

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/334203713>

България Анализ на здравната система 2018

Book · July 2019

CITATIONS

0

7 authors, including:



Antoniya Dimova

Medical University of Varna

52 PUBLICATIONS 154 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Stefka Koeva

Medical University of Varna

19 PUBLICATIONS 97 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

READS

2,982



Maria Rohova

Medical University of Varna

69 PUBLICATIONS 132 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Elka Atanasova

Medical University of Varna

30 PUBLICATIONS 205 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Health Policy [View project](#)



Drug Policy [View project](#)

All content following this page was uploaded by [Antoniya Dimova](#) on 03 July 2019.

The user has requested enhancement of the downloaded file.



България

Анализ на здравната система

Антония Димова
Мария Рохова
Стефка Коева
Елка Атанасова
Любомира Коева-Димитрова
Тодорка Костадинова
Ане Шпрангер

Здравни системи в преход

България

анализ на здравната система 2018

Антония Димова

Медицински университет – Варна

Мария Рохова

Медицински университет – Варна

Стефка Коева

Медицински университет – Варна

Елка Атанасова

Медицински университет – Варна

Любомира Коева-Димитрова

Медицински университет – Варна

Тодорка Костадинова

Медицински университет – Варна

Ане Шпрангер

Технически университет – Берлин и Европейска
обсерватория за здравни системи и политики



Публикувано на английски език от Регионалното бюро на СЗО за Европа от името на Европейската обсерватория за здравни системи и политики през 2018 г. под заглавието Bulgaria: Health System Review. Health Systems in Transition, 20(4):1-256

© World Health Organization 2018 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies)

България: Анализ на здравната система 2018

Превод: Антония Димова, Мария Рохова, Стефка Коева, Елка Атанасова

Редактор: Петя Райкова

© Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, 2019

Преводачите на тази публикация са отговорни за точността на превода.

Print ISBN 978-619-221-210-0

Web ISBN 978-619-221-211-7

СЪДЪРЖАНИЕ

ПРЕДГОВОР	iv
БЛАГОДАРНОСТИ	v
ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ	viii
ТАБЛИЦИ, ФИГУРИ И КАРЕТА	xi
РЕЗЮМЕ	xvii
РАЗШИРЕНО РЕЗЮМЕ	xix
1 Въведение	xix
1.1 <i>География и социогеография</i>	2
1.2 <i>Икономически контекст</i>	7
1.3 <i>Политически контекст</i>	11
1.4 <i>Здравен статус</i>	14
2 Организация и управление	26
2.1 <i>Общ преглед на здравната система</i>	27
2.2 <i>Историческо развитие</i>	30
2.3 <i>Организация</i>	34
2.4 <i>Децентрализация и централизация</i>	42
2.5 <i>Планиране</i>	44
2.6 <i>Междусекторно сътрудничество</i>	46
2.7 <i>Управление на здравната информация</i>	49
2.8 <i>Регулация на здравната система</i>	51
2.9 <i>Условия за гражданско участие</i>	59
3 Финансиране	69
3.1 <i>Здравни разходи</i>	71
3.2 <i>Източници на приходи и финансови потоци</i>	81
3.3 <i>Преглед на задължителната система на финансиране</i>	86
3.4 <i>Директни плащания от пациентите</i>	98
3.5 <i>Доброволно здравно осигуряване</i>	105
3.6 <i>Други източници на финансиране</i>	112
3.7 <i>Механизми за заплащане</i>	116
4 Материални и човешки ресурси	125
4.1 <i>Материални ресурси</i>	126
4.2 <i>Човешки ресурси</i>	136
5 Предоставяне на здравни услуги	152

5.1	Обществено здравеопазване	154
5.2	„Път“ на пациента	167
5.3	Извънболнична медицинска помощ	169
5.4	Болнична медицинска помощ	177
5.5	Спешна медицинска помощ	184
5.6	Лекарствоснабдяване	189
5.7	Физиотерапия и рехабилитация	194
5.8	Продължително лечение	196
5.9	Грижи в дома	199
5.10	Палиативни грижи	200
5.11	Психиатрична медицинска помощ	202
5.12	Дентална помощ	206
5.13	Неконвенционални методи	208
5.14	Здравни услуги за специални групи от населението	209
6	Основни реформи в здравната система	212
6.1	Анализ на последните реформи	213
6.2	Бъдещо развитие	226
7	Оценка на здравната система	228
7.1	Цели на здравната система	229
7.2	Финансова защита и равенство във финансирането	231
7.3	Потребителска оценка и равенство в достъпа	237
7.4	Здравно състояние, резултати от здравното обслужване и качество на обслужването	243
7.5	Ефективност на здравната система	254
7.6	Прозрачност и отчетност	259
8	Заклучение	264
9	Приложения	267
9.1	Библиография	267
9.2	Методика и издателски процес	284
9.3	Рецензиране	287
9.4	За авторите	287

Серията „Здравните системи в преход“ (The Health Systems in Transition - HiT) се състои от анализи за отделни страни, даващи детайлно описание на здравната система, инициативите за реформи и политики, протичащи или формиращи се в дадена страна. Всеки анализ е дело на експерти от страната в сътрудничество с експерти на Европейската обсерватория за здравните системи и политики. За да се улеснят сравненията между страните, разработките следват единна примерна форма (template), която се ревизира периодично. Формата задава детайлни насоки и указания, както и специфични въпроси, дефиниции и примери, нужни за съставянето на анализа.

Целта на тези публикации е да предоставят подходяща информация в подкрепа на политиците и анализаторите за развитието на здравните системи в Европа и могат да бъдат използвани за:

- детайлно изучаване на различните подходи към организацията, финансирането и предоставянето на здравни услуги и ролята на основните участници в здравните системи;
- описание на институционалната рамка, процеса, съдържанието и приложението на здравните реформи;
- извеждане на предизвикателствата и областите, налагащи по-задълбочени анализи;
- разпространение на информацията относно здравните системи и обмяна на опит за стратегиите на реформите между политици и анализатори от различни страни и
- по-нататъшен дълбочинен сравнителен анализ на здравните политики.

Съставянето на анализите поставя редица методологически предизвикателства. В много страни информацията за здравната

система и резултатите от реформите е оскъдна. Поради липсата на единен източник на данни, количествените данни за здравните услуги се основават на различни източници, в т.ч. базата данни „Здраве за всички“ (Health for All Database) на Регионалното бюро на Световната здравна организация за Европа, данни от националните статистически институти, Евростат, данни в областта на здравеопазването на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР), данни от Международния валутен фонд (МВФ), индикаторите за световно развитие на Световната банка (СБ) и редица други релевантни източници, смятани от авторите за полезни. Методите за събиране на данни и дефинициите понякога варират, но обикновено се прилага единен подход в рамките на отделните анализи.

Стандартизирането на този вид изследвания има известни недостатъци, тъй като финансирането и предоставянето на здравните услуги се различават между отделните страни. Но то дава и преимущества, тъй като извежда сходни проблеми и въпроси. Серията може да бъде използвана, за да информира здравните политици за опита в други страни, който може да бъде приложен и при местни условия. Тя може да послужи като източник на информация за сравнителен анализ на здравните системи. Изготвянето на разработките от серията е непрекъснат процес и материалът се обновява регулярно.

Коментари и предложения за по-нататъшното развитие и подобряване на серията ще бъдат приети с благодарност и могат да бъдат изпращани на contact@obs.who.int.

Целите анализи и резюмета могат да бъдат намерени на уеб страницата на Европейската обсерватория за здравни системи и политики (<http://www.healthobservatory.eu>).

БЛАГОДАРНОСТИ

Анализът за България от серията „Здравни системи в преход“ (The Health Systems in Transition, HiT) е подготвен от Европейската

обсерватория за здравни системи и политики и Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ – Варна, който е член на мрежата за проучвания на здравните системи и политики – Health Systems and Policy Monitor (HSPM).

HSPM е международна мрежа, която работи с Обсерваторията по мониторинга на страните. Тя се състои от национални партньори, които са високо ценени на национално и международно равнище и имат изявена експертиза в научните изследвания в областта на здравните системи, здравните услуги, общественото здравеопазване и здравния мениджмънт. Те използват собствените си партньорски мрежи в областта на здравеопазването и резултатите от успешното сътрудничество с Обсерваторията за разработване и актуализиране на анализите от серията.

Това издание е написано от Антония Димова, Мария Рохова, Стефка Коева, Елка Атанасова, Любомира Коева-Димитрова и Тодорка Костадинова (Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ – Варна, България). Редактирано е от Anne Spranger (Берлински технологичен университет) с подкрепата на Ewout van Ginneken, координатор на Берлинския център на обсерваторията. Директорът на Европейската обсерватория за здравни системи и политики, отговарящ за българския анализ от серията „Здравни системи в преход“, е Reinhard Busse (Берлински технологичен университет). Основата за това издание е предишният анализ за България от серията, който беше публикуван през 2012 г. и написан от Антония Димова, Мария Рохова, Емануела Мутафова, Елка Атанасова, Стефка Коева, Dimitra Panteli и Ewout van Ginneken.

Европейската обсерватория за здравни системи и политики и авторите са изключително благодарни на широк кръг експерти и представители на институции за подкрепата и рецензирането на анализа. Изказваме специални благодарности на Anna Maresso (Европейска обсерватория за здравни системи и политики) за нейните напътствия при финализирането на анализа. Обсерваторията и авторите са благодарни и на проф. Петко Салчев (НЦОЗА), проф. Милена Павлова (Университета Маастрихт) и Ewout van Ginneken (Европейската обсерватория за здравни системи

и политики) за предоставяне на ценна обратна информация при рецензирането.

Специални благодарности на Регионалното бюро на СЗО за Европа за техните Global Health Expenditure Database и European Health for All Database, от които са извлечени данни за разходите и услугите за здравеопазване; към Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) за данните за здравните услуги в Западна Европа; и на Световната банка за данните за разходите за здравеопазване в страните от Централна и Източна Европа. Изразяваме благодарност и към НСИ и НЦОЗА за предоставените данни. Публикацията отразява наличните данни към месец юни 2018 г., освен ако не е посочено друго.

Европейската обсерватория за здравни системи и политики е партньорство, домакинствано от Регионалното бюро на СЗО за Европа, на правителствата на Австрия, Белгия, Финландия, Ирландия, Норвегия, Словения, Швеция, Швейцария, Обединеното кралство и регион Венето на Италия; Европейската комисия; Световната банка; UNCAM (Френски национален съюз на здравноосигурителните фондове); Лондонското училище по икономика и политически науки (LSE); и Лондонското училище по хигиена и тропическа медицина (LSHTM). Европейската обсерватория има секретариат в Брюксел и центрове в Лондон (LSE и LSHTM) и в Техническият университет в Берлин.

Екипът на обсерваторията, работещ по серията „Здравни системи в преход“, се ръководи от Josep Figueras, директор, Elias Mossialos, Martin McKee, Reinhard Busse (съдиректори), Ewout van Ginneken и Suszy Lessof. Програмата за наблюдение на страните на Обсерваторията и серията „Здравни системи в преход“ се координира от Anna Maresso. Отпечатването и предпечатната подготовка на изданието на английски език, както и на българското издание, е координирано от Jonathan North, с подкрепата на Caroline White и Hugh Allan.

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

БАПЗГ	Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи
БВП	Брутен вътрешен продукт
БЗС	Български зъболекарски съюз
БЛС	Български лекарски съюз
БФС	Български фармацевтичен съюз
ВАС	Върховен административен съд
ВКС	Върховен конституционен съд
ВМС	Висш медицински съвет
ВСФ	Висш съвет по фармация
ДДЗО	дружества за доброволно здравно осигуряване
ДДС	Данък добавена стойност
ДЗО	доброволно здравно осигуряване
ДКЦ	Диагностично-консултативен център
ЕС	Европейски съюз
ЕС13	13-те страни, които се присъединяват към ЕС през 2004, 2007 и 2013 г.
ЕС15	Страните членки на ЕС преди май 2004 г.
ЕС28	Страните членки на ЕС преди юли 2013 г.
ЗЗО	задължително (социално) здравно осигуряване
ЗОВ	здравноосигурителни вноски
ИАЛ	Изпълнителна агенция по лекарствата
ИАМО	Изпълнителна агенция “Медицински одит”

КЗК Комисия за защитана конкуренцията
КФН Комисия за финансов надзор
МЗ Министерствона здравеопазването
МКБ Международна класификация на болестите
МРЗ минималната работна заплата
МС Министерски съвет
МТСП Министерствона труда и социалната политика

МФ Министерство на финансите

НАП Национална агенция за приходите

НАТО Организация на Северноатлантическия пакт

НЗК Национална здравна карта

НЗОК Национална здравноосигурителна каса

НЗС Национална здравна стратегия

НОИ Национален осигурителен институт

НПО Неправителствена организация

НРД Национален рамков договор

НСИ Национален статистически институт

НСЦРЛП Национален съвет по цени и реимбурсиране

на лекарствени продукти

НЦЗПБ Националният център по заразни и паразитни болести

х

Здравни системи в преход

НЦОЗА

Национален център по
обществено здраве и анализи

ОЗТ

Оценка на здравните
технологии

ОИСР Организацията за икономическо сътрудничество и развитие

ОНД

Общност на независимите държави

ООН

Организация на обединените нации

ОП

Оперативна програма (на ЕС)

ОПЛ

общопрактикуващ лекар

ПЛС

Позитивен лекарствен списък

ППС

паритет на покупателна
способност

РЗИ

Регионална здравна инспекция

РЗОК

Районна здравноосигурителна
каса

СЗО

Световна здравна организация

СПИН

Синдром на придобитата
имунна недостатъчност

СПС

стандарт на покупателна
способност

ХИВ

(от англ. HIV) Човешки
имунодефицитен вирус

ЦСМП

Център за спешна
медицинска помощ

DALY

Disability-adjusted life year,
загубена година живот

в добро здраве

SDR Standardized death rate, стандартизиран коефициент на смъртност

WHO World Health Organization,
Световна здравна
организация

YLD Year lived with disability,
година живот,

прекарана с увреждане

ТАБЛИЦИ, ФИГУРИ И КАРЕТА

Таблицы

Таблица 1.1 Тенденции на населението/демографски показатели, избрани години	4
Таблица 1.2 Макроикономически показатели, избрани години	8
Таблица 1.3 Здравни показатели и показатели за смъртност, избрани години	14
Таблица 1.4 Очаквана продължителност на живота в добро здраве, избрани години	14
Таблица 1.5 Основни причини за години живот с увреждания (years lived with disability-YLD) и загуба на години в добро здраве (disability-adjusted life years-DALY) като процент от общите YLD и DALY, 2015 г.	15
Таблица 1.6 Основни причини за смърт; избрани години; стандартизиран коефициент на смъртност на 100 000 души население	16
Таблица 1.7 Показатели за майчино, детско и младежко здраве, избрани години	20
Таблица 1.8 Избрани детерминанти на здравето, 2014 г.	20

Таблица 2.1	Права и задължения на пациентите	53
Таблица 3.1	Тенденции в здравните разходи в България, избрани години	61
Таблица 3.2	Общи разходи за здравеопазване по функции в % от текущите разходи, избрани години	69
Таблица 3.3	Източници на приходи като % от общите здравни разходи	70
Таблица 3.4	Основни категории осигурени лица и размер на осигурителните вноски	80
Таблица 3.5	Потребителски плащания за здравни услуги, 2018 г.	86
Таблица 3.6	Изследвания на неформалните плащания	89
Таблица 3.7	Премии и плащания по застраховка „заболяване“ в млн. евро (общозастрахователен пазар)	93
Таблица 3.8	Премии и плащания по застраховки „заболяване“ и „здравна застраховка“ в млн. евро (животозастрахователен пазар)	93
Таблица 3.9	Разходи от доброволно здравно осигуряване общо и по функции в млн. евро и като дял от общите текущи разходи за здравеопазване, 2013 – 2015 г.	95
Таблица 3.10	Финансиране от НПО и компании в милиони евро и в % от общите текущи разходи за здравеопазване	99
Таблица 3.11	Механизми на заплащане на доставчиците	100
Таблица 4.1	Здравна мрежа и леглови фонд, 2016 г.	110
Таблица 4.2	Високотехнологично медицинско оборудване за образна диагностика	115
Таблица 4.3	Медицински персонал, брой и промяна	118
Таблица 4.4	Медицински персонал на 1 000 души от населението, 1990 – 2016 г.	119
Таблица 4.5	Географски различия в разпределението на медицинските професионалисти, класирани според осигуреността с лекари,	

избрани области, 2016 г.	121
Таблица 5.1 Национални здравни програми в България, 2018 г.	135
Таблица 5.2 Имунизационно покритие в България, 2012 – 2016 г.	138
Таблица 5.3 Лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, 2010 – 2016 г.	151
Таблица 5.4 Болници по вид в България, 2010 – 2016 г.	154
Таблица 5.5 Институции за настаняване и домове за медико-социални грижи, 2016 – 2017 г.	171
Таблица 5.6 Лечебни заведения за извънболнична дентална помощ, 20100 – 2016 г.	179
Таблица 6.1 Преглед на поддръжниците и противниците на реформите през 2015 – 2016 г., съгласно техните инициативи пред съдилищата	187
Таблица 7.1 Сравнение между целите на НЗС 2020 и резултати за ЕС28 и България, избрани години	200
Таблица 7.2 Директни домакински разходи за здравеопазване по вид на услугите в милиони и процент от общите директни плащания	203
Таблица 7.3 Индикатори за превантивна помощ	214
Таблица 7.4 Ключови индикатори за болнична помощ	224
Таблица 7.5 Брой профилактични прегледи при ОПЛ на пациент	225
Таблица 7.6 Брой заявления за получаване на информация по реда на Закона за достъп до обществена информация	228

Фигури

Фигура 1.1 Карта на България	3
Фигура 2.1 Организация на здравната система в България, 2018	31 България
	xiii
Фигура 2.2 Варианти за лечение в чужбина	57
Фигура 3.1 Здравни разходи като дял (%) от БВП в Европейския регион на	

СЗО, 2015 или последна година с налични данни	62
Фигура 3.2 Тенденции в здравните разходи като дял от БВП в България, избрани страни и средно за ЕС, изчисления на СЗО, 1995 – 2014	63
Фигура 3.3 Тенденции в здравните разходи в България по източници на финансиране в милиони евро и като дял от БВП	63
Фигура 3.4 Здравни разходи в ППС на глава от населението в Европейския регион на СЗО, 2015 или последна година с налични данни	65
Фигура 3.5 Здравни разходи от публични източници като дял от общите разходи за здравеопазване в Европейския регион на СЗО, последна година с налични данни	66
Фигура 3.6 Публични разходи като дял от общите държавни разходи 2015, изчисления на СЗО	67
Фигура 3.7 Дял от общите здравни разходи по източници на приходи, 2015 г.	70
Фигура 3.8 Финансови потоци в българската здравна система, 2018 г.	72
Фигура 3.9 Здравноосигурителни приходи по източници в милиони евро и в процент	73
Фигура 3.10 Домакински разходи за здравеопазване по функции в милиони евро и като дял от общите директни плащания, 2015 г.	85
Фигура 4.1 Брой на леглата в болниците за активно лечение, психиатричните болници и болниците за продължително лечение на 1 000 души, 2005 – 2015	113
Фигура 4.2 Среден престой (в дни), всички болници, 1990 – 2014 г.	113
Фигура 4.3 Брой на леглата в болници за активно лечение на 100 000 души в България и избрани страни, 2005 – 2014 г.	114

Фигура 4.4 Брой на лекарите на 1000 души население, избрани страни, 1990 – 2014 г.	119
Фигура 4.5 Брой на медицинските сестри на 1000 души население, България и избрани страни, 1990 – 2014 г.	121
Фигура 4.6 Брой на лекарите и медицинските сестри на 100 000 души, 2016 или последна налична година	122
Фигура 4.7 Брой на денталните лекари на 1 000 души население, България и избрани страни, 1990 – 2014 г.	124
Фигура 4.8 Брой на фармацевтите на 1 000 души население, България и избрани страни, 1990 – 2014 г.	124
Фигура 5.1 Информационни потоци в системата за надзор на заразните заболявания	137
Фигура 5.2 „Път“ на пациента в България	145
Фигура 5.3 Брой население на един ОПЛ по области, 2016 г.	149
Фигура 5.4 Среден брой посещения в извънболничната помощ на човек от населението в Европейския регион на СЗО 2014 г.	152
Фигура 5.5 Брой изписани от болница пациенти на 1 000 души от населението в ЕС 2015 г.	156
Фигура 5.6 Легла за дневен стационар, 2010 – 2016 г.	159
Фигура 7.1 Индекси на нарастване на публичните и частните разходи за здравеопазване	201
Фигура 7.2 Индекси на нарастване на доходите и разходите на домакинствата и здравните разходи на член от домакинството	202
Фигура 7.3 Неудовлетворени потребности по финансови причини според подходящия квинтил, 2015, избрани страни	203
Фигура 7.4 Директни плащания за здравеопазване като дял от крайното потребление на домакинствата, 2016, страни членки на ЕС	205

Фигура 7.5	Медицински персонал на 100 000 души от населението по области, 2017 г.	208
Фигура 7.6	Предотвратима с добра превенция смъртност (preventable mortality), стандартизиран коефициент на смъртност на 100 000 души от населението, 2000 г. и 2015 г. (или последна година с налични данни)	215
Фигура 7.7	Предотвратима чрез добро лечение смъртност (amenable mortality), стандартизиран коефициент на смъртност на 100 000 души от населението, 2000 г. и 2015 г. (или последна година с налични данни)	216
Фигура 7.8	Хоспитализации при сърдечна недостатъчност на 100 000 души от населението, 2006 г. и 2015 г. (или последна година с налични данни)	217
Фигура 7.9	Хоспитализации по повод захарен диабет на 100 000 души от населението, 2006 и 2015 г. (или последна година с налични данни)	218
Фигура 7.10	Здравно състояние по доходни групи и равнище на образованието, 2015 г.	220
Фигура 7.11	Индекс на нарастване на публичните разходи по вид на услугите	222

Карета

Каре 2.1	Развитие на здравната система до 1949 г.	26
Каре 5.1	Възможности за спешна медицинска помощ	163
Каре 6.1	Основни реформи и инициативи през 2013 – 2018 (до месец март)	186

Този анализ на българската здравна система разглежда развитието на нейната организация и управление, финансирането, предоставянето на здравните услуги, здравните реформи и резултатите на здравната система. С Националната здравна стратегия 2020 от 2015 г. в основата, амбициозните планове за реформиране на системата включваха въвеждане на децентрализация, стратегическо закупуване и интегриране на услугите в българската система за социално здравно осигуряване. Обаче основните характеристики на българската здравна система като високата степен на централизация и единственият платец, администриращ задължителното здравно осигуряване, остават непроменени и само няколко реформи са извършени (например въвеждане на оценка на здравните технологии). Причините за това са много, от които политическата нестабилност и резистентността на заинтересованите страни са най-значимите.

Като цяло България бележи напредък по някои здравни показатели (например очаквана продължителност на живота и детска смъртност), но те остават под средните за ЕС. Системата е неефективна в намаляването на предотвратимата смъртност, за което свидетелстват колебанията, например в смъртността от злокачествени заболявания. Тези резултати са въпреки нарастването на общите разходи за здравеопазване като процент от Брутният вътрешен продукт до 8.2% през 2015 г.

Високите директни плащания (47.7% от общите разходи през 2015 г.) нарастват. Това свидетелства за неадекватната финансова защита, предоставяна от системата на социално здравно осигуряване, и изостря вече значителните социо-икономически и регионални неравенства. Например съществуват регионални дисбаланси в осигуреността с медицински професионалисти, които са по-концентрирани в големите населени места, и достъпът до медицинска помощ се влошава допълнително, особено в малките

населени места. Сегашните реформи трябва да се справят с тези предизвикателства и да постигнат консенсус сред заинтересованите страни в здравната система, за да се ускорят промените.

РАЗШИРЕНО РЕЗЮМЕ

Въведение

- България е сравнително малка европейска страна в източната част на Балканския полуостров, с население от 7.1 млн. души през 2016 г. Страната е демократична република с парламентарно управление, многопартийна система и свободни избори. България преживява драматична демографска криза, предизвикана от отрицателен прираст на населението и отрицателна нетна международна миграция, водещи до устойчиво и продължително намаляване на населението и рязък спад на хората в работоспособна възраст. Успоредно с това страната извършва дълбока трансформация от централно планирана в отворена пазарна икономика. Целият този процес се оказва твърде бавен и неравен, белязан с рецесии и подеми. През 2007 г. България стана член на Европейския съюз (ЕС) и това създава мощен импулс за развитието на страната. Независимо от относително по-силните икономически резултати през 2015 – 2016 г., България продължава да изпитва сериозни икономически и социални предизвикателства, с обезпокоително високо равнище на бедността и значителни регионални вариации във всички, свързани с това показатели. Липсата на политическа стабилност (изразяваща се в чести смени на правителството в периода 2013 – 2017 г.) подкопава реформаторските усилия в редица области, включително и в здравеопазването.

В отделни демографски показатели, като очаквана продължителност на живота (74.5 години през 2015 г.), както и в някои показатели за смъртност и заболяемост, като детска смъртност (6.6 умирация на 100 000 раждания през 2015 г.), е отбелязан прогрес. Но независимо от това България изостава от останалите страни членки на ЕС и подобренията са неустойчиви.

Трите водещи причини за смъртност са сърдечно-съдовите заболявания, злокачествените заболявания и болестите на дихателната система. Болестите на органите на кръвообращението са причина за 2/3 от умираанията през 2015 г., далеч над средните стойности за ЕС, но втората причина, ракът, е под средната за ЕС. Разпространението на рисковите фактори, като устойчиво високата консумация на алкохол и тютюнопушенето, е често по-високо от средното за ЕС и вероятно допринася за високото равнище на смъртност и ниската продължителност на живота в България.

Организция и управление

Здравната система в България е традиционно силно централизирана. Основните отговорни участници на национално равнище са Народното събрание, Министерският съвет (МС) и Министерството на здравеопазването (МЗ), Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина. МЗ е отговорно за цялостната организация и функциониране на здравната система (за здравното законодателство, координацията и ръководството на множество подчинени институции, за планирането и регулирането на доставчиците на здравни услуги и за финансирането на специфични видове здравни услуги).

Здравноосигурителната система със задължително и доброволно здравно осигуряване беше създадена чрез Закона за здравното осигуряване от 1998 г. Социалното (задължително) здравно осигуряване (ЗЗО) се осъществява от единствената Национална здравноосигурителна каса (НЗОК). НЗОК заплаща медицински и дентални услуги, включени в основен пакет, и лекарства, посочени в Позитивен лекарствен списък (ПЛС). Основният пакет от здравни услуги и цените на услугите се договарят между НЗОК и съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина ежегодно. Доброволното здравно осигуряване (ДЗО) се осъществява от работещи за печалба акционерни застрахователни дружества за общо и

животозастраховане, които директно сключват договори и с лечебните заведения, и със застрахованите лица.

Докато здравноосигурителната система (ЗЗО и ДЗО) обхваща диагностиката, лечението и рехабилитацията, както и някои лекарства за осигурените лица, МЗ отговаря за финансирането на дейностите в областта на общественото здраве, спешната помощ, трансплантациите, трансфузионната хематология, лечението на туберкулозата и стационарната психиатрична помощ. МЗ също така отговаря за планирането и осигуряването на човешки ресурси за системата, за развитието на медицинската наука и за събиране и поддържане на данни за здравния статус на населението, за дейностите в здравната система и за материалните и човешките ресурси.

Лечебните заведения са автономни самоуправляващи се организации. Цялата първична медицинска и дентална помощ, лекарствата, по-голямата част от специализираната извънболнична помощ и част от болничната се предоставят в частния сектор. Държавата е собственик на университетските болници и националните центрове, специализираните национални болници, центровете за спешна медицинска помощ, психиатричните болници, центровете за трансфузионна хематология и диализа, както и на 51% от областните болници.

Съгласно Закона за здравето осигуряване от 1998 г. всички български граждани са задължително здравноосигурени. Техните права като пациенти и като здравноосигурени лица са дефинирани в Конституцията, Закона за здравето, Закона за здравето осигуряване и много други национални и международни закони и регламенти.

Финансиране

България има смесена публично-частна система на финансиране на здравеопазването. Здравните услуги се финансират от задължителни здравноосигурителни вноски, данъци, директни плащания от пациентите, доброволни здравноосигурителни премии,

корпоративни плащания, дарения и външно финансиране. След въвеждането на ЗЗО в края на 90-те, общите разходи за здравеопазване като процент от БВП нарастват устойчиво до 8.2% през 2015 г. С изключение на Словения, България изразходва най-голям дял от БВП за здравеопазване от всички нови страни членки на ЕС. Въпреки че и публичните, и частните разходи за здравеопазване допринасят за увеличаването на общите разходи, темпът на нарастване на частните разходи изпреварва този на публичните. Частните разходи – основно директни плащания от пациентите – нарастват от 39.1% през 2000 г. до 48.9% от общите разходи през 2015 г. и представляват най-големият източник за финансиране на здравеопазването в България.

Разглеждайки само директните плащания от пациентите, България отчита най-големия дял сред всички страни членки на ЕС с 47.7% от общите разходи за здравеопазване през 2015 г. Това създава финансова тежест за населението, особено за лекарства, които изразходват приблизително две трети от общите директни плащания от пациентите. Корпоративните плащания заемат второ място в структурата на частните разходи, докато ДЗО има незначителна роля с по-малко от 1% от общите разходи за здравеопазване в България.

Ролята на публичното финансиране постепенно намалява след въвеждането на ЗЗО в края на 90-те и през 2015 г. то представлява малко повече от половината от общите разходи за здравеопазване. Публичните източници за финансиране са основно задължителните здравноосигурителни вноски, управлявани от НЗОК, които формират 41.9% от общите разходи. Държавното финансиране продължава да намалява и достига 9.2% от общите здравни разходи през 2015 г. Приблизително 60 % от приходите на здравноосигурителната система се формират от базирани на дохода здравноосигурителни вноски, заплащани от работниците и работодателите. В допълнение здравноосигурителните вноски, заплащани от държавата в полза на 11 групи от населението, като деца и пенсионери, представляват приблизително 1/3 от здравноосигурителните приходи, но покриват 2/3 от населението. По закон всички български граждани са задължително здравно

осигурени, обаче значителна част от близо 12% от населението на практика не са.

Основната финансираща здравните услуги институция е Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), основана през 1998 г. Отношенията между НЗОК и лечебните заведения са основани на договорния модел. НЗОК и съсловните организации на лекарите и зъболекарите подписват НРД, който регулира процесите в системата на задължителното здравно осигуряване. Основният пакет включва първична и специализирана извънболнична медицинска помощ, диагностика, дентална помощ и болнична помощ, извършвана чрез клинични пътеки и процедури. Доставчиците са финансирани предимно проспективно за оказваните от тях услуги на базата на такса за услуга или капитация. Дейностите в областта на общественото здравеопазване, спешната помощ и стационарната психиатрична помощ се финансират от МЗ на бюджетен принцип. Приблизително половината от разходите за здравеопазване са за лечебни и рехабилитационни услуги. Въпреки опитите за задържане на болничната дейност чрез намаляване на броя на публичните болници и легла, въвеждане на лимити в дейността на болниците и на клинични и амбулаторни процедури, болничната помощ има най-голям дял в разходите за лечение и рехабилитация.

Материални и човешки ресурси

Структурата и разпределението на материалните и човешки ресурси в здравния сектор на България се характеризират с неравновесия и значителни диспропорции. Болничният сектор традиционно се характеризира със свръхкапацитет и независимо от това продължава да расте. През 2016 г. в страната има 321 болници с малко под 50 000 легла общо. Увеличението на болниците и на леглата се дължи главно на частния сектор, докато броят на публичните болници (държавна и общинска собственост) е относително неизменен. Наблюдават се значителни регионални

■ различия в броя на стационарните заведения в полза на тези, разположени в градовете.

В здравната система на България работят повече от 120 000 души или приблизително 5.5% от заетите на основен трудов договор. Броят на лекарите на 1000 души население устойчиво расте, от 3.27 през 1990 г. на 4.06 през 2015 г., което поставя България над средното за ЕС28 равнище (3.5 на 1000 души). Броят на лекарите-специалисти е много по-голям, отколкото на общопрактикуващите лекари, като последните представляват само 15% от всички практикуващи лекари и това е вторият най-нисък дял в ЕС преди Гърция. Нещо повече, броят на общопрактикуващите лекари непрекъснато намалява.

Бързото застаряване и изтичането на лекари поради емиграция има за резултат големи регионални диспропорции и недостиг в осигуреността с лекари в някои специалности. Броят на медицинските сестри остава относително стабилен на много ниско равнище, България регистрира най-ниското отношение на медицински сестри на лекар за всички страни членки на ЕС, 1.1 на лекар. Това рязко контрастира с най-голямата наситеност с дентални лекари на 1000 население в ЕС през 2016.

Предоставяне на здравни услуги

Здравни услуги в България се предлагат от различни здравни и лечебни заведения, работещи в публичния или в частния сектор. Услугите в областта на общественото здраве са ангажимент и отговорност на държавата и тяхното предоставяне се ръководи от Министерството на здравеопазването. Различни дейности и програми, свързани с общественото здраве, се осъществяват от регионалните здравни инспекции, националните центрове и от общините.

Законът за лечебните заведения регламентира разделението между извънболничната и болничната помощ. Общопрактикуващият лекар е основна фигура в първичната медицинска помощ и се явява „пазач на входа“ на системата към следващите нива, а именно специализираната извънболнична и болничната помощ. Броят на общопрактикуващите лекари в

България постоянно намалява, а достъпът до първична помощ в селските и отдалечените райони е ограничен. Извънболничната медицинска помощ се предоставя също от специализирани лечебни заведения, включващи индивидуални и групови практики за специализирана медицинска помощ, медицински и медико-дентални центрове, диагностично-консултативни центрове, както и самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории. Те са автономни лечебни заведения, като повечето от тях работят по договор с НЗОК. Цялата първична и преобладаващата част от специализираната медицинска помощ в България са частна собственост. Разпределението на специалистите на територията на страната се характеризира с големи регионални различия.

Болничната помощ се осигурява от публични и частни болници, които основно се разделят на два вида – многопрофилни и специализирани. Други лечебни заведения, предлагащи болнични услуги, са комплексните онкологични центрове, центровете за кожно-венерически заболявания и отскоро създадените центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания. Броят и дялът на хоспитализациите в България е висок, факт, който подсказва за неефективната използваемост на извънболничната медицинска помощ и липсата на интеграция и координация между различните нива и звена в системата.

Продължителното лечение не е развито достатъчно в България, както по отношение на услугите, предлагани в общността, така и по отношение на лечението в специализираните болници. От години в страната се наблюдава свръхпредлагане на легла за активно лечение и недостиг на структури, предоставящи услуги в областта на продължителното лечение.

Регионалните центрове за спешна медицинска помощ, с техните филиали и спешните отделения в многопрофилните болници, са ключовите звена в спешната медицинска помощ в България. През 2014 г. Министерството на здравеопазването предприема серия от реформи, целящи да подобрят инфраструктурата и материалните ресурси, да осигурят необходимите човешки ресурси, да подобрят

организацията, координацията и управлението в системата на спешната медицинска помощ.

Лекарствената политика в България е част от националната здравна политика и се ръководи от министъра на здравеопазването. Българският фармацевтичен пазар е сред най-малките в Европейския съюз, но е и сред най-бързо развиващите се сектори в българската икономика.

Дентална помощ се оказва в извънболнични и болнични лечебни заведения. Изискванията към тях са подобни на тези в първичната и специализираната медицинска помощ. Преобладаващата част от денталните практики са концентрирани в големите градове. Само няколко определени услуги се покриват от бюджета на НЗОК, докато по-голямата част от денталната помощ се заплаща от пациентите.

Лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ включват психиатрични болници, центрове за психично здраве, психиатрични отделения в многопрофилните болници, както и социални домове за хора с психични заболявания. Въпреки усилията за деинституционализация на психиатричните пациенти в България все още преобладават традиционните психиатрични услуги, докато услугите, предлагани в общността и в извънболничната медицинска помощ, са недостатъчно развити, за да отговорят на потребностите.

Основни реформи в здравната система

Въпреки амбициозните намерения за реформиране на здравната система, след средата на 2000-та година не са правени значими промени в дизайна и функционирането на системата. Подобренията в стратегическото планиране след 2015 г., отразени в новата НЗС 2020, съвпаднаха с една експлицитно изразена нестабилна политическа ситуация. Инициативите за реформи бяха посрещнати с резистентност от заинтересованите страни в здравеопазването и някои обещаващи идеи и нормативни промени, които се очакваше да помогнат в решаването на най-пресиращите проблеми в

здравната система като ефективността и ефикасността на системата, финансовата стабилност, покритието на населението и равнопоставеността, бяха отхвърлени в съда, преди някои от тях дори да влязат в сила. Повечето от последните промени, извършени в системата, целят засилване на контрола върху публичните разходи и задържане на разходите и включват регулиране на цените на лекарствата, въвеждане на лимити в броя на хоспитализациите по болници и клинични пътеки, както и въвеждане на стандарт за финансово управление на държавните болници.

Само няколко промени, насочени към повишаване на ефективността, бяха успешно осъществени, като въвеждането на ОЗТ през 2015 г. и трансформирането на някои болнични услуги в извънболнични през 2016 г. Другите промени, които целяха повишаване на ефективността, например реорганизацията на основния пакет на НЗОК в основна и допълнителна част и въвеждане на селективното договаряне на базата на националната и регионалните здравни карти, бяха отхвърлени в съда. В началото на 2018 г. МЗ представи нови планове да въведе селективното договаряне и да промени основния пакет.

Правителствената програма от 2017 г. и програмата за председателството на България на ЕС за 2018 г. определиха реформи, насочени към подобряване на превенцията на болестите и повишаване на достъпността до лекарства. Продължават дискусиите за възможните подходи за осигуряване на финансова стабилност и за повишаване на ефективността.

Оценка на здравната система

■ Настоящата национална здравна стратегия, НЗС 2020, поставя акцент върху доближаването на здравните показатели на България със средните за ЕС. Въпреки че има значителен напредък по няколко показателя, като коефициент на детска смъртност и очаквана продължителност на живота, както и в полагането на усилия за превенция, все още има значителни възможности за подобрене. Неудовлетворителните резултати в областта на

смъртността от сърдечно-съдови и онкологични заболявания могат частично да се дължат на недостатъци в здравната система (особено по отношение на скрининга, ранното откриване и диагностика). Нещо повече, нарастващият процент на директните плащания в България, който е вече значително над средния за ЕС, подчертава неадекватната финансова защита, която системата на социално здравно осигуряване предоставя на гражданите. Директните разходи за здравеопазване нарастват трикратно между 2003 и 2015 г. и представляват 47.7% от общите здравни разходи. Това неизбежно води до неблагоприятни последици за достъпността на здравеопазването и поставя много групи в неравностойно положение (тези с ниски доходи, жители на селските райони, етнически малцинства, страдащи от хронични заболявания и възрастни хора) във висок риск от обедняване и пропуснати грижи. Гражданите, както и медицинските професионалисти, са неудовлетворени от здравната система и качеството на медицинската помощ, за което липсва национална система за мониторинг и стандартизирани данни.

Българската здравна система страда от регионални дисбаланси по отношение на осигуреността с медицински професионалисти, които са концентрирани в големите населени места. Достъпът до лекари се влошава още повече, особено в първичната помощ. Болничната помощ остава водещият сектор и през 2015 г. отчита най-висок процент на хоспитализациите при сърдечна недостатъчност (1334.9 на 100 000 души от населението), захарен диабет (721.2 на 100 000 души) и астма (183.0 на 100 000 души) сред всички страни членки на ЕС. За разлика от болничния, извънболничният сектор остава малък, с най-ниския дял от общите здравни разходи в ЕС. Има известен напредък по отношение на отчетността и прозрачността в здравната система, което е окуражителен знак.

Заклучение

Българската здравна система се характеризира с по-голяма степен на централизация от много други европейски страни. Въпреки че нови принципи като автономност, договорни отношения и пазарна регулация бяха въведени в края на 90-те години, на практика процесът на вземане на решения е силно централизиран. В същото време нестабилната политическа ситуация и честата смяна на здравните политици доведе до липса на устойчивост и последователност в осъществяването на политиките.

В резултат здравната система непрекъснато страда от съществени слабости, които допринасят за неудовлетворителното здравно състояние на населението. Здравните неравенства между градското и селското население, както и неравенствата в достъпа до здравната система продължават да нарастват. Подобриенето в здравното състояние на населението, отразено в някои здравни индикатори, е неудовлетворително, а други индикатори дори се влошават.

Финансовата нестабилност е постоянна характеристика на здравната система. Системата изпитва непрекъснат недостиг на финансови ресурси, водещ до неспособност да се осигурят здравни услуги в обем, обхват и качество, които да удовлетворяват здравните потребности. Въпреки значителния ръст на здравните разходи след въвеждането на здравното осигуряване, системата продължава да изпитва недостиг на финансови ресурси – нещо, което свидетелства за тяхното неефективно използване. Механизмите на заплащане не насърчават ефективността. Липсва ясна регулаторна рамка за формиране на цените на здравните услуги. Формирането на цените не е основано на реалните разходи, а по-скоро на наличните ресурси в бюджета на НЗОК. Липсата на политики и инструменти за ефективно разпределение на публичните ресурси има негативно отражение върху пазарното поведение на доставчиците на здравните услуги. То от своя страна е детерминирано от методите на финансиране, които стимулират количеството на предоставяните услуги и стоки, т.е. усвояването на финансовите ресурси. Противно на заявените цели за укрепване на

първичната и специализираната извънболнична помощ, налице е екстензивно развитие на болничната помощ в резултат на експанзията на частния сектор и ръста в броя на хоспитализациите. Качеството на медицинската помощ остава един от най-съществените проблеми, въпреки това – negliжиран.

Някои опити да се подобри ефективността на разпределението на финансовите ресурси бяха направени, но с частичен успех. Основен момент в това отношение беше въвеждането на оценката на здравните технологии през 2015 г. Обаче почти всички реформени инициативи, целящи повишаване на ефективността в лечебния сектор, бяха спрени от Върховния административен съд и Върховния конституционен съд.

Принципът на солидарност е компрометиран поради големия и постоянен брой на неосигуреното население. Голям брой хора не са покрити от системата на социалното здравно осигуряване, докато пазарът на доброволно здравно осигуряване продължава да бъде недоразвит. В допълнение големият и нарастващ дял на директните плащания в България показва неадекватната финансова защита, която системата на социалното здравно осигуряване предоставя на населението.

Някои значими подобрения в прозрачността и отчетността на здравната система бяха постигнати. Обаче остават по-големи предизвикателства. Въпреки че електронното здравеопазване е приоритет, в България все още липсва интегрирана здравна информационна система. Все още липсват данни по ключови показатели, особено в областта на качеството на здравните услуги.

НЗС 2020 представлява напредък в здравната политика в сравнение с предходните стратегии, най-вече в областта на общественото здраве и междусекторното сътрудничество. Бъдещето ще покаже дали НЗС 2020 ще доведе до реални подобрения и решения за здравната система. Найголямото предизвикателство остава финансовата стабилност на системата и качеството на грижите.

Липсата на ясна дългосрочна визия и политически консенсус за развитието на здравната система доведе до непоследователни реформи. Някои от фундаменталните принципи, върху които

здравноосигурителната система беше изградена, бяха постепенно изоставени или изначало нереализирани, като независимостта на НЗОК, равнопоставеността на държавата, работодателите и осигурените лица в управлението и контрола на НЗОК, прилагането на основани на доказателства политики. Подмяната на принципите доведе и до нестабилност, несигурност, недоверие в системата и съпротива срещу реформите.

Имайки предвид това, подобряването на комуникациите с гражданите и медицинските професионалисти изглежда критично важно за бъдещите реформи. Здравната система се нуждае от някои радикални промени, които могат да се случат само ако и политиците, и обществото ги подкрепят. Основа за постигане на това е решенията да бъдат основани на общоприети принципи и споделени ценности. Националната значимост на здравната реформа изисква решенията да бъдат съгласувани и подкрепени от широк кръг заинтересовани страни, включително граждански организации, синдикати, общини и научната общност.

Въведение

България е сравнително малка европейска страна в източната част на Балканския полуостров, с население от 7.1 млн. души през 2016 г. Страната е демократична република с парламентарно управление, многопартийна система и свободни избори. България преживява драматична демографска криза, предизвикана от отрицателен прираст на населението и отрицателна нетна международна миграция, водещи до устойчиво и продължително намаляване на населението и рязък спад на хората в работоспособна възраст. Успоредно с това страната извършва дълбока трансформация от централно планирана в отворена пазарна икономика. Целият този процес се оказва твърде бавен и неравен, белязан с рецесии и подеми. През 2007 г. България стана член на Европейския съюз (ЕС) и това създава мощен импулс за развитието на страната. Независимо от относително по-силните икономически резултати през 2015 – 2016 г., България продължава да изпитва сериозни икономически и социални предизвикателства, с обезпокоително високо равнище на бедността и значителни регионални вариации във всички, свързани с това показатели. Липсата на политическа стабилност (изразяваща се в чести смени на правителството в периода 2013 – 2017 г.) подкопава реформаторските усилия в редица области, включително и в здравеопазването.

В отделни демографски показатели, като очаквана продължителност на живота (74.5 години през 2015 г.), както и в някои показатели за смъртност и заболяемост, като детска смъртност (6.6 умирения на 100 000 раждания през 2015 г.), е отбелязан прогрес. Но независимо от това България изостава от останалите страни членки на ЕС и подобренията са неустойчиви.

Трите водещи причини за смъртност са сърдечно-съдовите заболявания, злокачествените заболявания и болестите на дихателната система. Болестите на органите на кръвообращението са причина за 2/3 от умираанията през 2015 г., далеч над средните стойности за ЕС, но втората причина, ракът, е под средната за ЕС. Разпространението на рисковите фактори, като устойчиво високата консумация на алкохол и тютюнопушенето, е често по-високо от средното за ЕС и вероятно допринася за високото равнище на смъртност и ниската продължителност на живота в България.

1.1 География и социогеография

България е разположена в източната част на Балканския полуостров, в югоизточната част на континента, на брега на Черно море. Със своите 110 372 кв. км тя е сравнително малка европейска страна (НСИ 2018и). Най-дългата ѝ граница (609 км), която в по-голямата си част следва река Дунав, е тази на север, с Румъния. На запад нейни съседки са Сърбия и бивша югославска република Македония. Гърция и Турция граничат със страната на юг, а Черно море е нейна естествена източна граница (с дължина 378 км) (Фигура 1).

България е забележителна с изключително разнообразния си релеф: Стара планина пресича страната от изток на запад, северната част се заема от обширната Дунавската равнина, а югът и югозападът – от планини и планински масиви. Климатът варира от умереноконтинентален на север от Стара планина до по-топъл средиземноморски в южната част на страната, а Черно море оказва своето влияние върху крайбрежните райони.

Страната е разделена на 28 административно-териториални единици, наречени „области“. Въпреки че България няма административни региони, терминът „регионален“ се използва за обозначаване на тези децентрализирани единици. За статистически нужди са създадени 6 региона, наречени „статистически райони“, които са агрегация на двадесет и осемте области: Северозападен, Северен централен, Североизточен, Югозападен, Южен централен и Югоизточен. Разположена в западната част на страната, столицата

София е най-големият град в България и лежи почти в географския център на Балканския полуостров. Населението ѝ е над милион (1.3 млн. през 2016 г.), почти четири пъти повече от населението във всеки от следващите най-големи градове, Пловдив (343 000) и Варна (335 000) (НСИ 2018а). Делът на хората, населяващи градовете, непрекъснато расте през последните няколко десетилетия и през 2015 г. е 74.3% (Таблица 1.1).

ФИГУРА 1.1 Карта на България



Източник: Собствена компилация.

Според последното преброяване на населението (2011 г.) голямото мнозинство от българските граждани (84.8% от населението) декларира етническата си принадлежност на българи. Етническите турци съставляват още 8.8%, ромите – 4.9%, а други традиционни етнически общности (арменци, гърци, евреи, руснаци, татари и пр.) – 1.5% (НСИ 2011). Преброяването от 2011 г. сочи, че 76% от населението се самоопределя като източноправославни

християни, 10% като мюсюлмани и 14% – към други вероизповедания или не споделят религията си.

Демографското състояние в България продължава да представлява изключително голямо предизвикателство. Таблица 1.1 предлага основна социо-демографска информация за страната. Броят на хората намалява непрекъснато и през 2015 г. е спаднал с почти 20% или с 1.5 млн. в сравнение с 1990 г. През 2016 г. населението на България наброява 7.1 млн. души.

ТАБЛИЦА 1.1 Тенденции на населението/демографски показатели, избрани години

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2016 ЕС28
Население, общо (милиони)	8.90	8.70	8.40	8.20	7.70	7.40	7.20	7.10	510.30
Население, жени (% от общото)	50.20	50.60	51.00	51.30	51.30	51.30	51.40	51.40	51.00
Население на възраст 0–14 г. (% от общото)	22.20	20.50	18.10	15.90	13.70	13.20	13.90	14.10	15.60
Население на възраст 65 г. и повече (% от общото)	11.80	13.00	14.90	16.20	17.40	18.20	20.00	20.40	19.20
Население на възраст 80 г. и повече (% от общото)	1.50	2.10	2.50	2.10	3.20	3.90	4.60	4.70	5.40
Нарастване на населението (среден годишен % на промяна)	0.40	1.80	0.44	0.49	0.75	0.66	0.64	-0.60	0.00
Гъстота на населението (на кв. км)	80.10	78.80	76.00	73.80	70.50	68.10	66.10	65.70	120.70
Плодовитост (раждания на една жена)	2.10	1.80	1.20	1.30	1.40	1.60	1.50	1.50	1.60
Раждаемост (на 1 000 души)	14.50	12.1	8.60	9.00	9.30	10.20	9.20	9.10	10.00
Смъртност (на 1 000 души)	11.10	12.50	13.60	14.10	14.80	14.90	15.30	15.10	10.30

Коефициент на възрастова зависимост (население под 15 и на 65 и повече г. като % от населението на възраст 15 – 64 г.)	51.80	50.30	49.30	47.60	45.10	46.70	51.90	52.80	53.70
Коефициент на възрастова зависимост (поради старост, население на 65 и повече г., като % от населението в работоспособна възраст, 15 – 64 г.)	18.00	19.80	22.60	24.50	25.30	26.80	30.40	31.10	29.90
Коефициент на възрастова зависимост (младежко население, 0 – 14 г. като % от населението в работоспособна възраст 15 – 64 г.)	33.50	30.50	26.70	23.10	19.80	19.80	21.50	21.50	23.70
Градско население (% от общото население)	62.10	66.40	67.80	68.90	70.60	72.30	73.90	74.30	75.00
Дял на домакинствата от едно лице	л.д.	л.д.	л.д.	л.д.	18.40	19.50	28.80	30.50	32.20
Грамотност на населението на 15 и повече г. (%) ^a	95.10	97.20	97.90	98.40	л.д.	л.д.	л.д.	л.д.	л.д.

Източници: World Bank 2017; Eurostat 2018; ^aUnited Nations 2017.

Бележка: л.д.: липсват данни.

Двете причини за непрекъснатия спад на населението остават намаляването на естествения прираст и отрицателната нетна миграция. След 1990 г. естественият прираст е отрицателен (годишно превишение на умрелите над живородените деца) и през 2016 г. той е минус 6 на 1 000 души население (абсолютният брой на естественото намаление е 42 600 души) (НСИ 2017л; Eurostat 2018).

След 2000 г. емиграцията също ускорява спада на населението. През 2015 г. броят на българите, напуснали страната (13 800 души), е все още по-голям от броя на чужденците, пристигнали в България

(9 500). Това е така, независимо от 10% увеличение на равнището на имиграцията, основно от страни като Сирия, Русия, Турция и от други страни от ЕС (главно студенти). Делът на чужденците в общото население е 1.9% (OECD 2017).

Голяма част от българските емигранти са млади хора (през 2016 68% от емигрантите са на възраст под 40 години (НСИ 2017а), търсещи в чужбина по-добри условия за живот и работа или с цел обучение. Въпреки че в началото икономическият спад и високата безработица са отчасти виновни за емиграцията, тенденцията продължава дори и след стабилизацията на икономическата среда. Българските емигранти се отправят главно към Гърция, Германия, Испания и Обединеното кралство. По данни на Международната организация за миграцията 14% от българските граждани живеят зад граница (EU Commission 2017b; вж. и 4.2.2 *Професионална мобилност на медицинския персонал*).

Подобно на останалите страни членки на ЕС, населението на България застарява. Делът на населението под 15 г. продължава да намалява (14.1% през 2016 г.), докато относителният дял на лицата на и над 65 г. (20.4% през същата година) се увеличава. Аналогично делът на хората над 80 години се е удвоил от 2.1% през 2000 г. на 4.7% през 2016 г. (вж. Таблица 1.1).

Непосредствен отрицателен ефект от свиване на населението и остаряването е намаляването на населението в работоспособна възраст.

През 2015 г. само 65.6% от цялото население е в работоспособна възраст (Таблица 1.1; Eurostat 2018). В резултат на това коефициентът на зависимост поради старост (отношението на относителния дял на хората на 65 и повече години към тези в работоспособна възраст, между 15 и 64 години) е 31.1 през 2016 г. Въпреки че този индикатор е по-нисък в сравнение с някои други страни от ЕС (Германия, Италия, Гърция, Финландия), той е най-висок сред новите страни членки (Eurostat 2018).

Друго основание за тревога е ниското равнище на плодовитост. През 1997 г. общият коефициент на плодовитост пада до изключително ниското равнище от 1.09 живородени на жена (Vassilev 2005). В по-ново време общото равнище на плодовитост нараства и се стабилизира на около 1.5 живородени на жена (1.53),

което е близо до средната стойност за ЕС 28 (1.58) и малко по-ниско от средната стойност за ЕС 15 (1.6 през 2015; Eurostat 2018).

Съответно коефициентът на общата раждаемост през 2016 г. е 9.1 на хиляда души от населението. Броят на живородените деца намалява непрекъснато, за да стигне през същата година 64 984. (НСИ 2018и).

Що се отнася до смъртността, след 2000 г. коефициентът на обща смъртност варира между 14 и 15 на 1000 и дори бележи увеличение през последните години. През 2016 г. България регистрира най-висока обща смъртност в ЕС 28 (15.1 срещу 10 ‰, Eurostat 2018).

1.2 Икономически контекст

След падането на комунизма България преживява дълбока трансформация от централно планирана към отворена пазарна икономика. През 2016 г. тя е класифицирана от Световната банка като страна с по-висок среден доход (upper middle income country) с брутен вътрешен продукт (БВП) на глава (по текущи US\$) 7 351. През 2006 г. доходът на глава е бил US\$ 4 513 (World Bank 2017).

Целият преход, обаче, е продължителен и неравен, белязан от дълбоки рецесии и подеми. През първата фаза на прехода от 1989 г. до 1996 г. бива поставено началото на серия от реформи без ясна визия, включващи икономическо реструктуриране, либерализация на цените и външната търговия, и приватизация. Тези реформи са ad hoc, прилагани бавно и често непоследователни. Проблематичният първи етап на прехода се дължи на цял спектър от „контекстуални фактори“: неблагоприятни начални условия; специфично наследство (културно и историческо); политическа поляризация; липса на визия и консенсус относно пътя на прехода; съществени проблеми на институционалната среда и неадекватни политики (Nikolov et al. 2004). В резултат на това при наличието на нестабилен монетарен сектор и неефективен надзор от страна на централната банка, през 1996/1997 г. България потъва в дълбока финансова и икономическа криза, характеризираща се с драматично влошаване на всички макроикономически индикатори (по-подробно за

причините, природата и механизма на финансовата и икономическа криза, вж. Dobrinski, 1997, 2000; Berlemann, Nenovski, Hristov 2002). Икономическите и социалните сътресения предизвикват политическа криза и поврат към по-мощни структурни реформи в края на 90-те години, включващи ускоряване на приватизацията, финансова стабилизация, рехабилитация на банките и мерки за смекчаване на безработицата. В комбинация с перспективата за приемане в ЕС, тези мерки предпоставят почти десетилетие на изключително висок икономически растеж (2000 – 2008) и последващо значително подобрене на стандарта на живота (Таблица 1.2). През 2007 г.

България става член на ЕС.

Глобалната икономическа криза от 2008 г. има много силен неблагоприятен ефект върху българската икономика, което е резултат от наследените слабости (вж. Nikolov et al. 2004), политическата нестабилност и честите смени на кабинетите между 2013 г. и 2017 г. Икономическото положение се подобрява през последните години. Благодарение на растящото вътрешно потребление и силната външна търговия БВП расте с 3.6% през 2015 г. и 3.4% през 2016 г. Подобрява се фискалната консолидация, подпомагана от по-добра данъчна събираемост. През 2016 г. правителството постига балансиран бюджет и едно от найниските равнища на съотношението държавен дълг/БВП в ЕС (29.5%; Таблица 1.2). През 2016 г. равнището на безработица пада до 7.6%, найниската стойност от седем години, под средната за ЕС.

Независимо от икономическия подем, обаче, България продължава да е изправена пред сериозни икономически и социални предизвикателства. През 2016 г. БВП на човек от населението в стандарт на покупателната способност (СПС) е все още най-нисък в ЕС 28 и е 51% под средния за съюза (Eurostat 2018). Работната сила и заетостта се характеризират със

ТАБЛИЦА 1.2 Макроикономически показатели, избрани години

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2016
БВП (в текущи US\$, млн.)	19 839	20 632	13 063	13 148	29 822	50 610	50 199	52 395

БВП, ППС (в текущи международни US\$, млн.)	24 651	45 228	44 692	52 049	78 696	110 660	130 990	136 848
БВП на човек от населението (в текущи US\$)	2239	2367	1554	1609	3894	6843	6993	7351
БВП на глава от населението, ППС (текущи международни US\$)	л.д	5188	5317	6371	10 275	14 963	18 249	19 199
Ръст на БВП (годишен %)	л.д	-9.10	2.90	5.00	7.20	0.00	3.6	3.40
Публични разходи (% от БВП) ^а	л.д	л.д	41.30	41.40	33.9 ²⁰⁰⁶	36.20	40.70	35.50
Бюджетен излишък/дефицит (% от БВП) ^а	л.д	л.д	-7.20	-0.50	1.8 ²⁰⁰⁶	-3.10	-1.60	0.00
Данъчни приходи (% от БВП) ^а	л.д	л.д	19.30	20.30	21.8 ²⁰⁰⁶	19.20	21.00	21.40
Брутен държавен дълг (% от БВП) ^а	л.д	л.д	59.3 ¹⁹⁹⁷	71.20	26.80	15.30	26.00	29.50
Добавена стойност в промишлеността (% от БВП)	54.40	49.20	28.40	25.80	28.20	27.30	27.90	28.00
Добавена стойност в селското стопанство (% от БВП)	14.60	17.00	14.75	12.60	8.50	4.80	4.80	4.40
Добавена стойност в услугите (% от БВП)	30.90	33.80	56.90	61.60	63.30	67.80	67.30	66.90
Работна сила (общо, млн.)	4.10	4.08	3.77	3.43	3.32	3.42	3.34	3.31
Равнище на безработицата (% от работната сила) ^а	л.д	1.70	15.90	16.20	10.10	10.30	9.10	7.60

Равнище на изложеност на риск от бедност (% от населението) ^{б, в}	л.д	л.д	л.д	л.д	л.д	20.70	22.00	22.90
Индекс GINI (оценка на Световната банка)	л.д	30.7 ¹⁹⁹²	л.д	л.д	35.7 ²⁰⁰⁶	35.7	37.4 ²⁰¹⁴	л.д
Реални лихвени проценти	л.д	л.д	10.50	3.90	2.00	8.30	5.10	5.20
Официален валутен курс (лев към US\$ (средногодишен))	л.д	0.002	0.067	2.11	1.56	1.47	1.76	1.77

Източници: World Bank 2017; ^аEurostat 2018; ^бНСИ 2017д.

Бележка: л.д.: липсват данни; ППС: паритет на покупателната способност; ^вРавнището на изложеност на риск от бедност представлява дела (в процент) на домакинствата под прага на бедност, който се дефинира като 60% от средния приравнен разполагаем доход.

сериозни структурни слабости, задълбочени от демографската ситуация: висок дял на дългосрочната безработица (59.6% от общата безработица през 2016 г.); висок дял на неактивните лица за определени възрастови групи (например процентът на участие на жените намалява от 55% през 1990 г. на 49% през 2016 г. и е под средния за ЕС – 51%), високи регионални вариации в безработицата (София, Пловдив и Варна с найдобри показатели – 6-7%, а Шумен, Силистра и Видин – с равнища на безработицата от 16-17% през 2015 г.). Младежката безработица е сравнително висока – 19.3% през 2015 г.

В резултат на по-високия икономически растеж и по-добрите възможности за заетост намалява бедността. По данни на Световната банка, „умерената бедност“ (с по-малко от 5 щатски долара на ден) леко намалява с един процентен пункт между 2015 г. и 2016 г., достигайки 13.7%. Има лек спад и на крайната бедност (с по-малко от 1.90 щатски долара на ден, World Bank 2017). Но дялът на населението, изложено на риск от изпадане в бедност (population

at-risk-of-poverty)¹ (22.9%), остава един от най-високите в ЕС, като само в Румъния е с по-високи стойности (25.3). Независимо от подобрението, България все още има най-висок дял в ЕС на населението, изложено на риск от бедност или социално изключване (AROPE)², 40.4%, пред Румъния (38.8%) и Гърция (35.6%) през 2016 г. (Eurostat 2018). В допълнение България има най-високо равнище на материални лишения³ в ЕС – 46.9% през 2016 г., което е спад от стойността от 60% през 2011 г. (Eurostat 2018). При подобни неблагоприятни социални показатели, жизнено равнище и демографска ситуация, България е изправена пред ключовото предизвикателство да подобри икономическото си развитие, а от голямо значение за това ще е провеждането на структурни реформи в области като образованието, пенсионната система и здравеопазването.

1.3 Политически контекст

Според Конституцията от 1991 г. България е демократична република с парламентарно управление, многопартиен режим и свободни избори при всеобщо избирателно право. Конституцията въвежда и гарантира принципа на разделение между законодателната, изпълнителната и съдебната власт.

Народното събрание, българският парламент, е с еднокамарен състав и се състои от 240 депутати, които се избират непосредствено от избирателите за срок от четири години. Конституцията

¹ Това са хората, които имат среден приравнен разполагаем доход под прага на бедност, дефиниран като 60% от националния среден приравнен доход след социалните трансфери.

² AROPE измерва дела/броя на хората, които са изложени на риск от бедност или изпитват сериозни материални лишения или живеят в домакинства с много нисък интензитет на трудова заетост.

³ Нивото на материални лишения (material deprivation rate) представлява показател, измерващ броя на хората, които не могат да си позволят поне три от следните девет неща: неочаквани разходи, едноседмична почивка годишно извън дома, ипотека или други комунални разходи, месно, пилешко или рибно ястие всеки втори ден, да поддържат подходяща топлина в дома си, пералня, цветен телевизор, телефон или личен автомобил.

предвижда още и Велико народно събрание, което се свиква при специални случаи, като приемане на нова конституция, промени в територията на страната или промени във формата на управление. Народното събрание има широки пълномощия, като приема закони, държавния бюджет, насрочва избори за президент, избира и отстранява министър-председателя и, по негово предложение, членовете на кабинета. Избори могат да бъдат насрочени преди края на парламентарния мандат в случаи, като например загубата на вот на доверие. След провеждането на изборите на най-голямата парламентарна група се възлага да състави правителство. Необходимо е просто парламентарно мнозинство за одобряването на правителството, наречено Министерски съвет (МС), както и за нормалната законодателна дейност. Мнозинство от три четвърти от народните представители е нужно за промени в конституцията. Министерският съвет (правителството) е главен орган на изпълнителната власт. Председателят на МС (министърпредседателят) се избира от Народното събрание.

Политическият живот в периода на прехода се характеризира със значителна нестабилност и колебания, които имат огромно въздействие върху икономиката, социалните условия и темпа на реформите. През последните десет години България преживява осем правителства и един-единствен кабинет (2005 – 2009) изкарва пълен мандат. Само през 2013 г. и 2017 г. страната има три временни правителства. Последното, 44 Народно събрание, е избрано през март 2017 г. чрез пропорционален вот. Дясноцентристката партия „Граждани за европейско развитие на България“ (ГЕРБ) печели 32.7% от гласовете и 95 места в Парламента. Следват я Българската социалистическа партия (БСП) (27.2% и 80 места), формацията „Обединени патриоти“ (9.1% и 27 места), Движението за права и свободи (ДПС) (9% и 26 места) и новообразуваната популистка партия „Воля“ (4.2% и 12 места). Настоящото правителство е коалиция между ГЕРБ и Обединените патриоти. Това е трето правителство на ГЕРБ, оглавявано от Бойко Борисов, след като нито един от предишните два кабинета не е изкарал цял мандат.

България има и президент, който се избира пряко от избирателите за период от пет години с право на най-много два последователни мандата. Президентът е държавен глава и

главнокомандващ въоръжените сили. Сред неговите прерогативи са да налага вето на приетите от Народното събрание закони и да ги връща за повторно обсъждане. Но върнатият закон може да бъде отново приет от повече от половината от всички народни представители. Президентът също обнародва законите. Настоящият президент на България е Румен Радев (от 2016 г.).

Съдебната система се администрира от Върховния касационен съд, Върховния административен съд и апелативни, окръжни, военни и районни съдилища. Върховният административен съд осъществява върховен съдебен надзор за законността на съдебните актове, включително и в областта на здравеопазването (вж. 6.1 *Анализ на последните реформи*). Всички въпроси на съдебната система се ръководят от Висшия съдебен съвет, който отговаря за управлението и организацията на магистратурата. Конституционният съд се произнася за конституционността на законите и другите актове, както и за съответствието им с международните договори. Членовете му са с мандат от 9 години и част от тях се избират от Народното събрание с мнозинство. През последните няколко години важни промени в законодателството често са били отменяни от Конституционния съд (вж. 6.1 *Анализ на последните реформи*).

Областните управители се назначават директно от правителството. Общините действат като самоуправляващи се единици. Кметовете и членовете на общинските съвети се избират на местни избори. След 1992 г. съществени въпроси, свързани със здравеопазването, образованието и социалните дейности, са прехвърлени на общините.

България се присъединява към Европейския съюз през 2007 г., но все още не е член на Шенгенското пространство и на Евронзоната. През първата половина на 2018 г. страната поема ротационното председателство на Съвета на ЕС. Приоритети в сектор здравеопазване през този период са здравословното детско хранене и ефективността и достъпността на лекарствените продукти.

България става членка на НАТО (Организацията на Северноатлантическия пакт) през 2004 г. Тя е член на ООН от 1955 г. и е основател на Организацията за сигурност и сътрудничество в Европа. Тя е член на Световната търговска организация (СТО) и

Съвета на Европа. Подписала е и е ратифицирала Всеобщата декларация за човешките права, Международния пакт за икономически, социални и културни права и Конвенцията за правата на детето. България е ратифицирала и различни международни споразумения, имащи отношение към здравеопазването: Европейската конвенция за правата на човека и биомедицината (подписана през 2001 г. и влязла в сила през 2003 г.), Рамковата конвенция за защита на националните малцинства (1997 г.) и Общото споразумение за търговията с услуги (1996 г.).

Като цяло България прави значителен напредък в създаването на консолидирана демократична система на управление със стабилен парламент, устойчиви държавни структури и активно гражданско общество. Приемането в ЕС дава сериозен импулс на този процес. Но общата политическа нестабилност значително подкопава реформаторските усилия. Въпреки че първоначалната правна и институционална рамка е създадена, много съществени проблеми, като борбата с корупцията по висшите ешалони, организираната престъпност, независимостта на съдебната система и недоволството от политическия процес продължават да представляват предизвикателство и изискват сериозно внимание (Freedom House 2010).

1.4 Здравен статус

Очаквана продължителност на живота

Както и в останалите страни от ЕС, очакваната продължителност на живота при раждане в България устойчиво расте след 1980 г. Между 2000 и 2015 г. и за двата пола тя се увеличава с 3.1 години и е 71.2 години за мъжете и 78.2 години за жените. Но подобрението е много по-бавно, отколкото в повечето страни членки на ЕС. През 1980 г. общата продължителност на живота в България е 71.1 години, само с 1.7 години под средното за ЕС. Разривът се увеличава на 5.9 години през 2015 г. Разликата със средната продължителност на живота в ЕС при жените през тази година е 5.1 години, а при мъжете – 6.7 години (Eurostat 2018). През 2015 г. България бележи най-ниската продължителност на живота за жени в целия ЕС. Разликата между двата пола е значителна. Противно на много други страни членки, разликата между продължителността на живота между

половете остава непроменена и през 2015 г. е 6.9 години (срещу средно 5.4 години за ЕС 28; Таблица 1.3).

През 2015 г. продължителността на живота при добро здраве (healthy life expectancy at birth) е 65 години за жените и 61.5 години за мъжете. Данните показват умерено подобрене на очакваната продължителност на живота при добро здраве, с 3 години между 2010 г. и 2015 г. (Таблица 1.4).

Водеща причина за уврежданията, измервани като години живот, прекарани с увреждания (years lived with disability, YLD) в България, са болките във врата и кръста (18.8% от всичките YLD), следвани от болести на сетивните органи (10.4%) и депресии (6.8%) (Таблица 1.5). При комбиниране на уврежданията и преждевременните умирения и се изчисли загубата на години в добро здраве (disability-adjusted life years-DALYs)⁴, основни причини за тази загуба са исхемичната болест на сърцето (18.6%), следвана от мозъчно-съдовите заболявания (11.2%) и болките във врата и кръста (6.3%) (Таблица 1.5).

Смъртност и заболяемост

През 2015 стандартизираният коефициент на смъртност (SDR) поради всякакви причини има стойност от 1660 на 100 000 души и е най-високият в ЕС, далеч над средната за съюза стойност (1035). Той е в рамките на стойностите на Румъния (1529), Унгария (1500), Литва и Латвия (и в двете 1498) и е почти двойно по-висок от показателя в страните с най-ниски стойности (Франция – 858 и Испания – 872, Eurostat 2018).

ТАБЛИЦА 1.3 Здравни показатели и показатели за смъртност, избрани години

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	74.7	ЕС28 2015 (2015)	80.6
Очаквана продължителност на живота, общо (години)	71.1	71.2	71.0	71.6	72.5	73.8	74.7	80.6	

⁴ Дефинирана като сума от загубата на години живот поради преждевременна смърт и години с увреждания.

Очаквана продължителност на живота, мъже (години)	68.4	68.0	67.4	68.4	69.0	70.3	71.2	77.9
Очаквана продължителност на живота, жени (години)	73.9	74.7	74.9	75.0	76.2	77.4	78.2	83.3
Смъртност, SDR на 100 000 души	л.д	л.д	2034	2042	1861	1688	1660	1036
Смъртност, мъже, SDR на 100 000 души	л.д	л.д	2441	2409	2291	2092	2060	1287
S DR всякакви причини, мъже, 0–64 години	501	550	618	561	553	496	525	282
S DR всякакви причини, мъже, >65 години	8416	8245	8318	8283	7918	7356	8400	5435
Смъртност, жени, SDR на 100 000 души	л.д	л.д	1697	1744	1530	1382	1361	849
S DR, всякакви причини, жени 0 – 64 г.	267	252	258	251	230	210	227	140
S DR, всякакви причини, жени, над 65 г.	6692	6260	6329	6356	5625	5085	6041	3775

Източник: Eurostat 2018; WHO HFA 2017. Бележка: л.д.: липсват данни; SDR: стандартизиран коефициент на смъртност (standardized death rate).

ТАБЛИЦА 1.4 Очаквана продължителност на живота в добро здраве, избрани години

	2006а	2010	2015	EC28 (2015)
Очаквана продължителност на живота при раждане, мъже (г.)	66.2	63.0	61.5	62.6
Очаквана продължителност на живота при раждане, жени (г.)	71.9	67.1	65	63.3
Очаквана продължителност на живота на 50 г., мъже (г.)	20.9	18.2	17.7	18.4
Очаквана продължителност на живота на 50 г., жени (г.)	25.3	20.9	20.0	19.0

Очаквана продължителност на живота на 65 г., мъже (г.)	11.4	8.9	8.7	9.4 ⁶
Очаквана продължителност на живота на 65 г., жени (г.)	13.7	9.9	9.5	9.4 ⁶

Източник: Eurostat

2018. Бележка: ³Различна дефиниция; ⁶Прекъсване в динамичния ред.

ТАБЛИЦА 1.5 Основни причини за години живот с увреждания (years lived with disability-YLD) и загуба на години в добро здраве (disability-adjusted life years-DALY) като процент от общите YLD и DALY, 2015г.

DALY (%) от общите)		YLD (% от общите)	
НЕЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ		НЕЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ	
89.9		89.5	
1. Ишемична болест на сърцето	18.6	1. Болки в кръста и врата	18.8
2. Мозъчно-съдови заболявания	11.2	2. Болести на сетивните органи	10.3
3. Болки в кръста и врата	6.3	3. Депресии	6.8
4. Болести на сетивните органи	3.5	4. Диабет	5.8
5. Рак на белия дроб	3.4	5. Кожни болести	4.3
6. Диабет	3.1	6. Мигрена	3.9
7. Хипертонична болест на сърцето	2.9	7. Орални заболявания	3.4
8. Други сърдечно съдови болести и болести на кръвоносната система	2.4	8. Тревожност	2.7
9. Депресии	2.3	9. Остеоартрит	2.7
10. Рак на дебелото черво	2.1	10. Желязодефицитна анемия	2.6

Източник: НМЕ 2016.

Бележка: DALY: загуба на години в добро здраве (disability-adjusted life-year); YLD: години живот, прекарани с увреждания (years lived with disability).

Анализът на причините за смъртността в България (Таблица 1.6) показва, че подобно на други страни в ЕС, болестите на органите на кръвообращението и ракът (злокачествените новообразувания) са категорично най-важни причини за умираанията.

Стандартизираният коефициент на смъртност от болестите на органите на кръвообращението достига най-високи стойности в края на 90-те години и намалява след 2000 г. Спадът се дължи отчасти на по-здравословния начин живот (избягване на небалансирана диета, по-ниски равнища на тютюнопушене и по-висока физическа активност), както и подобрената промоция и лечение (OECD/EU 2016). Но намалението на интензитета на тези болести между 2005 г. и 2015 г. (с 12%) далеч изостава от намалението

ТАБЛИЦА 1.6 Основни причини за смърт; избрани години; стандартизиран коефициент на смъртност на 100 000 души население

ПРИЧИНИ ЗА СМЪРТТА							EU28
	1995	2000	2005	2010	2014	2015	(2015)
Всички причини, всички възрасти	2034.4	2041.5	1861.4	1688.2	1646.5	1660.1	1036.0
Заразни болести							
Някои заразни и паразитни болести (A00 – B99)	3.7	10.2	9.0	8.3	6.2	8.2	17.4
Туберкулоза (A15 – A19)	л.д.	4.5	3.6	2.6	1.7	1.5	0.9
ХИВ/СПИН (B20 – B24)	л.д.	0.0	0.0	0.1	0.2	0.2	0.7
Незаразни болести							
Злокачествени новообразувания (C00 – C79)	230.4	218.1	249.7	226.9	242.4	241.9	260.6
Рак на дебелото черво, ректосигмоидиалната област, ректума, ануса и аналния канал (C18 – C21)	30.8	32.8	36.4	34.5	34.9	34.1	30.4

Рак на трахеята, бронхите и белия дроб (С33 – С34)	44.3	39.0	47.0	43.4	45.5	44.8	54.0
Рак на млечната жлеза (С50)	16.8	16.8	18.7	15.8	19.0	18.7	18.8
Рак на шийката на матката (С53)	л.д.	л.д.	л.д.	л.д.	4.7	5.1	2.1
Рак на простатата (С61)	л.д.	л.д.	л.д.	л.д.	13.6	13.8	14.8
Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм (D50 – D89)	1.5	2.4	2.3	1.9	2.2	1.9	3.1
Захарен диабет (Е10 – Е14)	34.1	32.1	27.7	25.1	20.9	25.1	23.2
Психични и поведенчески разстройства (F00 – F99)	4.0	4.1	1.6	1.2	1.1	1.3	43.4
Алцхаймер и други дегенеративни болести на нервната система	л.д.	л.д.	1.2	2.1	1.8	2.3	20.0
Деменция	л.д.	2.0	0.2	0.2	0.3	0.3	38.0
Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на алкохол	л.д.	1.1	0.7	0.4	0.3	0.4	3.1
Болести на нервната система и на сетивните органи (G00 – H95)	л.д.	12.4	12.8	14.8	15.32	16.4	42.1
Болести на органите на кръвообращението (I00 – I99)	1374.0	1418.0	1288.4	1176.0	1131.0	1133	381.4
Исхемична болест на сърцето (I20 – I25)	437.1	365.0	298.8	206.4	195.4	201.3	127.4
Мозъчно съдови болести (I60 – I69)	401.0	385.1	377.3	345.9	352.6	332.9	85.1
Болести на дихателната система (J00 – J99)	91.1	78.7	72.7	61.4	58.2	60.4	88.4
Астма и астматичен статус	л.д.	2.7	1.7	0.6	0.6	0.5	1.4

Болести на храносмилателната система (K00 – K93)	51.2	42.6	47.0	45.3	52.5	53	43.1
Външни причини							
Външни причини за заболяемост и смъртност (V01 – Y89)	72.5	62.1	52.6	41.2	40.8	40.4	46.7
Транспортни злополуки (V01 – V99, Y85)	16.0	12.9	11.8	9.8	9.0	9.6	5.8
Самоубийства и умишлени самонаранявания (X60 – X84)	19.9	19.5	13.5	11.8	9.9	9.3	10.9
Недобре определени и неизвестни причини за смърт (R95 – R99)	9.9	29.1	21.7	19.7	7.7	29 ^a ,2014	21 ^a

Източници: Eurostat 2018; ^aWHO Regional Office for Europe 2018.

в другите страни от ЕС и от средното за Съюза. В резултат на това този показател остава най-висок в ЕС и България е единствената страна, в която този коефициент се измерва с четирицифрено число, 1133 умирения на 100 000 души. Това е 3 пъти по-високо от средния за ЕС (381.4 умирения на 100 000 души) през 2015 г. (Eurostat 2018). Найчесто срещаната причина за смърт от тези болести са мозъчносъдовите заболявания и исхемичната болест на сърцето. В България, подобно на ЕС28, равнището на смъртност от исхемична болест пада между 2005 г. и 2014 г. с 30%. Но в България исхемичната болест е причина за 201.3 умирения на 100 000 души население в сравнение със средно 127.4 умирения на 100 000 души в ЕС28.

По-значителна между България и средно за ЕС28 е разликата в трендовете за злокачествени новообразувания (рак), втората най-важна причина за смъртност. В ЕС се наблюдава непрекъснато намаление на SDR за рак с 10% между 2005 и 2015 г. В България спадът е с 3% за същия период (Eurostat 2018). Подобна е тенденцията за някои специфични видове рак. Стандартизираният коефициент за смъртност от рак на гърдата в ЕС28 през 2015 г. е 18.8 умирения на 100 000 души (с 11.2 по-малко от 2005 г.). В България, макар и с по-ниски стойности, този показател не бележи

значими признаци на намаление: след спад от 18.7 на 15.8 между 2005 г. и 2010 г., той отново нараства на 18.7 на 100 000 души през 2015 г. Подобно на болестите на кръвообращението, различието в трендовете на показателите за раковите болести е в известна степен показателно за общото състояние и функциониране на здравната система. Общото намаляване на смъртността от злокачествени новообразувания се свързва с по-ефективни превантивни стратегии, ранно откриване и диагностициране и по-добър достъп до квалифицирана помощ (Coleman et al. 2011; Health System Performance Comparison 2013).

След болестите на кръвообращението (виновни за 68.2% от всички умирения) и рака (14.6%), третата най-важна причина за смъртност в България, с 60.4 умирения на 100 000 население, са респираторните заболявания (3.7% от всички умирения Eurostat 2018). И все пак, стойностите на SDR от Алцхаймер, някои инфекциозни и паразитни болести, СПИН, деменция, пневмония, астма, ревматоиден артрит, произшествия и външни причини в България са по-ниски от съответните средни стойности в страните от ЕС (Таблица 1.6). През 2015 г. показателите за заболяемостта от ред болести са по-високи от средните стойности за ЕС28 и ЕС15: сърдечно-съдовите заболявания бележат стойност от 1944 на 100 000 души в сравнение със средно 1186 за ЕС28 и 1064 за ЕС15; заболяемостта от болестите на нервната система е 9 441 на 100 000 население, при съответни средни стойности за ЕС28 от 9157 и ЕС1 на 100 000 души; заболяванията от диабет на 100 000 души е 362, което е по-високо от средната стойност за ЕС28 – 290 и тази за ЕС15 – 285. Заболяемостта от рак на 100 000 души расте от 362 през 1995 на 547 през 2010 г. и 599 през 2015г., но тя продължава да е по-ниска от средната заболяемост в ЕС28 (688) и ЕС15 (733). Заболяемостта от туберкулоза устойчиво намалява след 2000 г. и е 32.6 на 100 000 през 2015 г. Броят на новорегистрираните случаи през 2015 г. е 1660, с 30% по-малко от предходната година (НЦАОЗ 2017). И все пак, показателят за заболяемост от туберкулоза е два пъти по-висок от средния за ЕС28 (16.9 случая на 100 000 население) и повече от три пъти по-висок от средния за ЕС15 (10.8 случая на 100 000 души) (ИНМЕ 2016). Заразяването с ХИВ/СПИН на 100 000 души е сравнително ниско в България: 2.08 през 2005 г., 1.87 през 2010 г. и

2.2 през 2015 г., сравнени със средните стойности от 3.44 за ЕС28, и 3.73 за ЕС 15 през 2015 г. Според здравните власти броят на регистрираните случаи с ХИВ до края на 2015 г. е 2 267, броят на новите случаи през същата година е само 224: 85% мъже и 15% жени. През същата година са регистрирани и 45 нови случая на СПИН (МЗ 2018в).

Показатели за детска смъртност

България бележи значителен прогрес в намаляване на детската смъртност през последното десетилетие. Между 2000 г. и 2015 г. детската смъртност намалява от 13.3 на 6.6 на 1000 живородени деца, което е най-ниското равнище, регистрирано в страната. Смъртността на децата от 0 до 5 години също пада от 21 през 2000 г. на 8.2 на 1000 живородени деца през 2015 г. Но при все това България все още изостава от ЕС: детската смъртност на 1000 живородени деца е приблизително два пъти по-висока от средната за

ЕС28 (3.6) и втора най-висока в ЕК след Румъния (7.6) (НЦЗОА 2016; OECD/ EU 2016). Има значителни географски различия в този вид смъртност, като най-ниската е в Кюстендил (3.2) и столицата София (2.5), а най-висока е в Сливен (21.6) и Ловеч (12.9). Като цяло детската смъртност в селските райони (10.9) е с два пъти по-висока от тази в градските (5.2) (НЦЗОА 2016).

Неонаталната смъртност е по-чувствителна към качеството на здравните услуги и се съкращава почти наполовина от 7.5 умирация през 2000 г. на 4 умирация на 1000 живородени деца през 2015 г. Постнеонаталната смъртност (умрелите деца на възраст от 28-ия ден до 1 година), която отразява до голяма степен социално-икономическите условия, демонстрира още по-внушителен спад – от 7.1 на 1000 през 2000 г. на 2.6 на 1000 през 2015 г. (сравнено със средна стойност от 1.2 във ЕС28). Подобно е положението и при перинаталната смъртност (включваща мъртвородените и умрелите до шестия ден деца) – тя намалява от 12.2 през 2000 г. на 9.1 през 2015 г., но остава много по-висока от средната за ЕС28 (6) през 2015 г.

Майчината смъртност на 100 000 живородени деца (Таблица 1.7) бележи устойчива тенденция на спад и има стойност 11 през 2015 г., което надвишава средната за ЕС28 (8) (World Bank 2017).

Рискови фактори

Тютюнопушенето е най-предотвратимият рисков фактор. През 2014 г. България има най-високо равнище на тютюнопушене в ЕС: броят на хората на възраст на и над 15 години, които пушат ежедневно, е 27.3%, доста по-високо от средното за ЕС (18.4%). Делът на младите пушачи на възраст 15 – 25 години е също висок – 20.5% в България срещу 15.5% средно в ЕС28 (Таблица 1.8).

ТАБЛИЦА 1.7 Показатели за майчино, детско и младежко здраве, избрани години

ИНДИКАТОР	ЕС28							(2015) ⁶
	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2015	
Ранна бременност (на 1000 жени на възраст 15 – 19 г.) ^a	78.9	70.3	55.6	43.9	42.8	43.7	41.1	10.9
Прекратяване на бременността (на жени от 15 – 49 г., на 1000 живородени) ^b	1217	1375	1349	833	588	418	421	203
Детска смъртност (0 – 1 г. на 1000 живородени) ^a	20.2	14.8	14.80	13.31	10.4	9.4	9.3	3.6
Смъртност на децата под 5 г. (на 1000) ^a	28.7	22.1	23.1	21.0	15.9	13.0	8.2	4.2
Неонатална смъртност (на 1000 живородени) ^a	10.4	7.7	7.8	7.5	6.3	5.2	4.2 ₂₀₁₃	2.5
Постнеонатална смъртност (на 1000 живородени) ^a	9.9	7.1	7.0	5.9	4.2	4.2	3.1 ₂₀₁₃	1.2
Перинатална смъртност (на 1000 живородени) ^a	15.0	11.1	11.8	12.2	12.0	11.4	9.1	6.0
Майчина смъртност (на 100 000 живородени) ^b	л.д.	25.0	24.0	21.0	15.0	11.0	11.0	8.0
Новооткрити заболявания от сифилис (на 100 000) ^b	л.д.	4.0	20.1	19.8	6.7	л.д.	4.9 ₂₀₁₃	4 ₂₀₁₃
Новооткрити гонококови инфекции (на 100 000) ^b	л.д.	61.1	23.2	6.7	2.8	л.д.	1.3 ₂₀₁₃	11 ₂₀₁₃

Източници: ^aНЦЗОА 2016; ^bWHO Regional Office for Europe 2018; ^cWorld Bank 2017. Бележка: л.д.: липсват данни.

ТАБЛИЦА 1.8 Избрани детерминанти на здравето, 2014 г.

ПОКАЗАТЕЛИ	БЪЛГАРИЯ	ЕС28
Дял (%) на хората на 15 и повече години, които пушат ежедневно	27.3	18.4
Дял (%) на жените на 15 и повече години, които пушат ежедневно	19.9	15.1
Дял (%) на хората (15 – 24 г.), които пушат ежедневно	20.5	15.5
Употреба на алкохол сред възрастните (литри на лице на 15 и повече години)	11.3	10.0
Дял (%) на младежите на 15 и повече години с наднормено тегло и затлъстяване, декларирано от самите тях ^a	20.0	18.0
Дял (%) на възрастните, с наднормено тегло и затлъстяване, декларирано от самите тях	15.0	16.0
Дял (%) на младежите на 15 и повече години, които консумират плодове поне веднъж дневно	38.4	50.1
Дял (%) на младежите на 15 и повече години, които консумират зеленчуци поне веднъж дневно	35.4	55.7

Източници: ЕС 2017с; ^aОЕСD/EU 2016.

Данните от ЕС сочат, че консумацията на алкохол в България е подобна на средната за ЕС или малко по-висока. Но докато в много европейски страни се наблюдава тенденция към снижаване, в България тя расте. Заедно с Литва, Хърватска, Белгия и Австрия България има едно от най-високите равнища на употреба на алкохол (ОЕСD/EU 2016). Освен това България не е в съответствие с тенденциите на някои други средни за ЕС показатели, имащи отношение към здравословния начин на живот, като високото кръвно налягане и консумация на плодове (De Backer et al. 2016). Подобно на общото увеличаване на затлъстяването, то нараства, макар и по-умерено, и в България. Делът на самодекларираното затлъстяване сред възрастните през 2014 г. (15%) е малко по-нисък от този в ЕС28 (16%, Таблица 1.8). Но между 2001 – 2002 г. и 2013 – 2014 г. България (заедно с Гърция и Малта) е сред страните с най-голямо увеличение на самодекларираното наднормено тегло (включително и затлъстяване) сред 15-годишните, делът на които достига 20% от населението на съответната възраст (Таблица 1.8).

Имунизационното покритие в България е традиционно високо, но през последните години бележи спад и е под средното за ЕС. През

2015 г. процентът на имунизираните срещу морбили е 91.5%, срещу дифтерия, коклюш и тетанус (като % от броя на децата между 12 и 23 месеца) е 90.7%, срещу детски паралич – 90.7%, срещу хепатит В3 (като процент от едногодишните деца) – 91.6%.

2

Организация и управление

Здравната система в България е традиционно силно централизирана. Основните отговорни участници на национално равнище са Народното събрание, Министерският съвет (МС) и Министерството на здравеопазването (МЗ), Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина. МЗ е отговорно за цялостната организация и функциониране на здравната система (за здравното законодателство, координацията и ръководството на множество подчинени институции, за планирането и регулирането на доставчиците на здравни услуги и за финансирането на специфични видове здравни услуги).

Здравноосигурителната система със задължително и доброволно здравно осигуряване беше създадена чрез Закона за здравното осигуряване от 1998 г. Социалното (задължително) здравно осигуряване (ЗЗО) се осъществява от единствената Национална здравноосигурителна каса (НЗОК). НЗОК заплаща медицински и дентални услуги, включени в основен пакет, и лекарства, посочени в Позитивен лекарствен списък (ПЛС). Основният пакет от здравни услуги и цените на услугите се договарят между НЗОК и съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина ежегодно. Доброволното здравно осигуряване (ДЗО) се осъществява от работещи за печалба акционерни застрахователни дружества за общо и животозастраховане, които директно сключват договори и с лечебните заведения, и със застрахованите лица.

Докато здравноосигурителната система (ЗЗО и ДЗО) обхваща диагностиката, лечението и рехабилитацията, както и някои

лекарства за осигурените лица, МЗ отговаря за финансирането на дейностите в областта на общественото здраве, спешната помощ, трансплантациите, трансфузионната хематология, лечението на туберкулозата и стационарната психиатрична помощ. МЗ също така отговаря за планирането и осигуряването на човешки ресурси за системата, за развитието на медицинската наука и за събиране и поддържане на данни за здравния статус на населението, за дейностите в здравната система и за материалните и човешките ресурси.

Лечебните заведения са автономни самоуправляващи се организации. Цялата първична медицинска и дентална помощ, лекарствата, по-голямата част от специализираната извънболнична помощ и част от болничната се предоставят в частния сектор. Държавата е собственик на университетските болници и националните центрове, специализираните национални болници, центрoвете за спешна медицинска помощ, психиатричните болници, центрoвете за трансфузионна хематология и диализа, както и на 51% от областните болници.

Съгласно Закона за здравното осигуряване от 1998 г. всички български граждани са задължително здравноосигурени. Техните права като пациенти и като здравноосигурени лица са дефинирани в Конституцията, Закона за здравето, Закона за здравното осигуряване и много други национални и международни закони и регламенти.

2.1 Общ преглед на здравната система

Приоритетите на здравната политика са определени от МС и МЗ чрез правителствената програма за управление и националната здравна стратегия. На областно ниво държавната здравна политика се прилага от Регионалните здравни инспекции (РЗИ). Българската здравна система е основана на осигурителния модел и се състои от задължително социално и доброволно здравно осигуряване. Социалното здравно осигуряване се осъществява от една институция – Националната здравноосигурителна каса, докато ДЗО

се осъществява от работещи за печалба акционерни дружества за общо или животозастраховане. Здравноосигурителната система (социално и доброволно осигуряване) покрива диагностиката, лечението и рехабилитацията, както и лекарства за осигурените лица. Дейностите в областта на общественото здраве, психиатричната болнична помощ, спешната помощ, трансплантациите и трансфузионната хематология са организирани и финансирани от МЗ.

Здравноосигурителната система е създадена със Закона за здравното осигуряване от 1998 г. НЗОК беше създадена като автономна независима от изпълнителната власт (правителството) публична институция. Структурата на НЗОК се състои от централно управление, намиращо се в София, 28 клона – по един във всяка област – Регионални здравноосигурителни каси (РЗОК) и общински офиси на РЗОК. Висшият управленски орган на НЗОК включва представители на държавата, работодателите, синдикатите и осигурените лица. Основната цел на НЗОК е да гарантира равен достъп до здравната система за осигурените лица. НЗОК заплаща медицинските и денталните услуги, включени в основен пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК, както и лекарства (вж. точка 3.3.1 *Покритие*). Пакетът от здравни услуги и техните цени се договарят между НЗОК и съсловните организации на лекарите и зъболекарите в България. Договарянето се осъществява ежегодно и приключва с подписването на национален рамков договор (НРД) съответно за медицински и за дентални дейности. Националните рамкови договори дефинират правата и задълженията на НЗОК, лечебните заведения и здравноосигурените лица, организационните процедури и механизмите за контрол. На базата на НРД, лечебните заведения сключват индивидуални договори с РЗОК. РЗОК сключват договори с всички публични или частни лечебни заведения и аптеки, работещи на тяхната територия, които отговарят на критериите, определени в НРД. Това означава, че РЗОК не могат селективно да сключват договори с лечебни заведения и аптеки, въпреки че опит да се въведе това беше направен през 2016 г. (вж. 6.1 *Анализ на последните реформи*).

Съгласно Закона за лечебните заведения от 1999 г. лечебните заведения са автономни пазарни субекти. Законът разграничава три вида доставчици на здравни услуги: (1) лечебни заведения за извънболнична помощ (индивидуални и групови практики за първична и специализирана медицинска и дентална помощ, медицински и дентални центрове, диагностични лаборатории (2) лечебни заведения за болнична помощ (специализирани и многопрофилни болници, за активно лечение или продължаващо лечение и рехабилитация) и (3) група, обхващаща центрoвете за спешна медицинска помощ, центрoвете за трансфузионна хематология, центрoвете за психично здраве, комплексните онкологични центрове, центрoвете за кожно-венерически заболявания, домовете за медико-социални грижи, центрoветe за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (от 2015 г.), хосписи, диализните центрове и тъканните банки. Независимо от собствеността, публична или частна, всички лечебни заведения трябва да бъдат регистрирани по този закон, както и по Търговския закон или Закона за кооперациите. Към 2018 г. частният сектор обхваща първичната помощ, голяма част от специализираната извънболнична медицинска и дентална помощ, аптеките и някои болници.

Всички лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ, както и центрoвете за психично здраве, комплексните онкологични центрове, центрoвете по кожно-венерически заболявания и диализните центрове могат да сключват договори с НЗОК и с компаниите, извършващи здравно застраховане. Също така те могат да получават директни плащания от пациенти за услуги, които не са покрити от осигурителите, или в случай, че лечебното заведение няма договорни отношения с трета страна – платец на здравни услуги. Държавните и общинските лечебни заведения могат да получават плащания от МЗ и общините в допълнение към тези от НЗОК и директните плащания от пациенти (на базата на определена методика).

Болничната психиатрична помощ, спешната помощ, медикосоциалните грижи за деца, трансфузионната хематология и дейностите в областта на общественото здраве са организирани и

финансирани от МЗ. Съществуват 27 регионални центъра за спешна медицинска помощ, по един във всяка област (за област София и град София има един център), които имат филиали в по-малките градове от областта, 12 държавни психиатрични болници, един национален и 28 регионални центрове по трансфузионна хематология. Дейностите в областта на общественото здраве се осъществяват от 28 РЗИ, които са областните структури на МЗ. Мрежата в областта на обществено здраве също включва и други институции със специфични задачи (вж. 5.1 *Обществено здравеопазване*).

2.2 Историческо развитие

Развитие преди 1989 г.

България е имала едно от най-напредналите здравни законодателства в

Европа през първите няколко десетилетия на 20 век, обхващащо социално здравно осигуряване, обществено здравеопазване и подобряване на здравето на специфични групи от населението като майките и децата, датиращо още от 1903 г. (Каре 2.1).

КАРЕ 2.1 Развитие на здравната система до 1949 г.

1879	Създаване на Висшия медицински съвет
1888	Закон за опазване на общественото здраве
1891	И скане за задължително държавно застраховане на живота на остарелите, болните и пострадалите в процеса на работа работници, което да се управлява от самите тях.
1901	Основане на Българския лекарски съюз
1903	Закон за опазване на общественото здраве
1904	Закон за контрол върху храните и напитките

1905	Основаване на Българския зъболекарски съюз
1906	Въвеждане на осигуровка срещу болест на държавните служители и членовете на техните семейства
1918	Закон за осигуряване на работниците и служещите в случай на злополука и болест
1924	Закон за общественото осигуряване – въвежда задължително социално осигуряване за всички работници и служители наети в държавни, обществени и частни организации срещу злополука, заболяване, майчинство, инвалидност и старост. Създава се фонд „Обществени осигуровки“, който финансира построяването на болници, сестрински домове, диспансери, общински здравни служби и работнически домове.
1929	Закон за народното здраве (заменя Закона за опазване на общественото здраве) – въвежда санитарни и протиепидемични стандарти, борба със социалните болести и здравно-просветни дейности (отменен през 1951 г.).
1946	Закон за защита на майката и детето – поставя основите на стабилна система на здравно обслужване на майките и децата.

Източници: Valabanova 2001; Попов 2009;
Константинов 2017.

Преструктурирането на българската здравна система в централизирана държавна система започва през 1949 г. със заменянето на принципите на осигурителния модел на Бисмарк с тези на социалистическото здравеопазване.

През 1951 г. се въвежда „всенародна безплатната медицинска помощ“. Предоставянето на медицинската помощ е организирано на районен принцип. Създава се държавна мрежа за лекарствоснабдяване. Частните болници и аптеки се национализират. Кооперативите на лекарите и фармацевтите, както и частната медицинска практика, са забранени през 1972 г. Създава се специализирана система за медицинско обслужване на работниците, както и система за следене на разпространението на

значимите заболявания. Извънболничната помощ се оказва от районни лекари и специалисти в поликлиниките, които са свързани с болниците. Правителството организира система за майчино и детско здравеопазване. Нов Закон за народното здраве е приет през 1973 г. Законът акцентира върху опазване на околната среда, поведенческите фактори, демографските въпроси и включването на обществеността в решаването на здравните проблеми.

Периодът от 1949 до 1989 г. беляза развитието на здравната система в среда на централизирано финансиране и управление. Постепенно стават очевидни редица проблеми на здравния и демографския статус на населението, както и невъзможността за справяне с тях в условията на неефективно функциониране на здравния сектор, лошо управление и непълноценно използване на ресурсите на здравната система.

Развитие след 1989 г.

Политическите промени в България започват през 1989 г. с развитието на многопартийна система. През 1991 г. е приета новата Конституция на Република България и е поставено началото на икономическата реформа. Промените в публичния сектор следват нестабилни реформени траектории, с често подменящи се принципи и цели. Обсъждането на необходимостта от реструктуриране на здравната система в система на социално здравно осигуряване започва едновременно с трансформацията от централизирана планова към пазарна икономика (Димова, Попов, Рохова 2007).

През 1989 – 1996 г. държавният монопол е премахнат чрез възстановяването на частния сектор и професионалните организации на лекарите и зъболекарите, прехвърлянето на почти цялата система за лекарствоснабдяване в частния сектор и изграждането на децентрализирана здравна администрация. Възниква идеята за здравноосигурителна система като единствения възможен начин за ефективно реформиране на здравната система. Усилията през този период са насочени почти изцяло към въвеждането на някои наистина значими промени, които обаче не представляват една систематична здравна реформа.

В периода 1997 – 2001 г. се осъществяват най-значимите реформи до настоящия момент. Приемането на реформения пакет от закони – Закон за здравето осигуряване (1998), Закон за лечебните заведения (1999), Закон за съсловните организации (1998), в комбинация със Закона за лекарствата и аптеките в хуманната медицина (1995), осигурява нормативната база за здравноосигурителната система. Тези закони целят създаването на регулация за демократично и пазарно ориентирано развитие на медицинската помощ в България. Най-значимите промени са:

- въвеждането на здравноосигурителната система чрез създаването на НЗОК едновременно с въвеждането на доброволното здравно осигуряване (1998 г.). Събирането на здравноосигурителните вноски започва през 1999 г. Това осигурява финансовите ресурси за фактическото стартиране на реформата първоначално в извънболничната помощ през 2000 г. и през 2001 г. – и в болничния сектор. От държавно финансирана система, основана на принципа на универсалност и обща достъпност, здравната система е трансформирана в здравноосигурителна.
- реформата въвежда пазарните принципи, децентрализацията, както и плурализма в собствеността на здравните организации и предоставянето на здравните услуги. Управлението на доставчиците на здравни услуги е децентрализирано, въвеждат се договорни отношения между НЗОК и доставчиците на здравни услуги и нови механизми на заплащане;
- на съсловните организации на лекарите и зъболекарите се възлагат определени права и отговорности, свързани с регулирането на системата.

След реформата във фармацевтичния сектор (1995 г.) и лечебния сектор (1998 – 2001 г.), системата на общественото здравеопазване е найнакрая реформирана през 2005 г. Законът за народното здраве, приет през 1973 г., остава в сила до 2004 г., когато е заменен от Закона за здравето от 2005 г.

Целият реформен процес е силно критикуван поради непоследователните и частични, често противоречиви мерки и изолацията на здравните професионалисти и обществото като цяло от политическия процес (за повече информация Димова, Попов, Рохова, 2007).

Следват промени (до 2014 – 2015 г.) в управлението на здравната система, като сливане на областни здравни администрации в РЗИ, структурни промени в управлението на фармацевтичния сектор и въвеждането на оценката на здравните технологии (ОЗТ) през 2015 г.

(вж. 6.1 *Анализ на последните реформи*).

2.3 Организация

Основните отговорни участници в здравната система са Народното събрание и Парламентарната комисия по здравеопазване – представляващи законодателната власт, МС и МЗ – представляващи изпълнителната власт, НЗОК и съсловните организации на лекарите и зъболекарите, представляващи публичния и неправителствения сектор (Фигура 2.1). В последните години съдебната власт, в лицето на Върховния конституционен съд (ВКС) и Върховния административен съд (ВАС), придобиха особена важност в осъществяването на здравните реформи, притежавайки властта да отменят нормативни актове на законодателната и изпълнителната власт, която те често упражняваха (вж. 6.1 *Анализ на последните реформи*).

Народно събрание

Народното събрание има важна роля в осъществяването на националната здравна политика чрез приемането на законите, включително държавния бюджет и бюджета на НЗОК, одобряването на националната здравна стратегия, избирането на директора на НЗОК и упражняването на парламентарен контрол върху изпълнителната власт.

Парламентарната комисия по здравеопазване (създадена през 2000 г.) разглежда всички нормативни актове, стратегии, предложения, становища и други документи, свързани със здравето, които трябва да бъдат гласувани от Народното събрание. Предложения до Комисията могат да бъдат правени и от професионалистите, професионалните организации и неправителствените организации. Комисията инициира и организира обществени дискусии и дебати.

Министерски съвет

Съгласно Закона за здравето от 2005 г. държавната здравна политика се ръководи и провежда от МС, съставен от всички министри и министърпредседателя. МС, по предложение на министъра на здравеопазването, одобрява Националната здравна стратегия, която впоследствие трябва да бъде приета от Народното събрание и националните здравни програми. Освен това широк кръг въпроси, засягащи здравната система, се уреждат и регулират чрез укази на МС. Например условията и процедурата за упражняване на правото на достъп до медицинска помощ, националната здравна карта, представителите на държавата в управлението на НЗОК, включително председателя на надзорния съвет, условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, потребителските такси се уреждат с укази на МС по предложение на министъра на здравеопазването. В допълнение МС регулира и всички подчинени на МЗ структури.

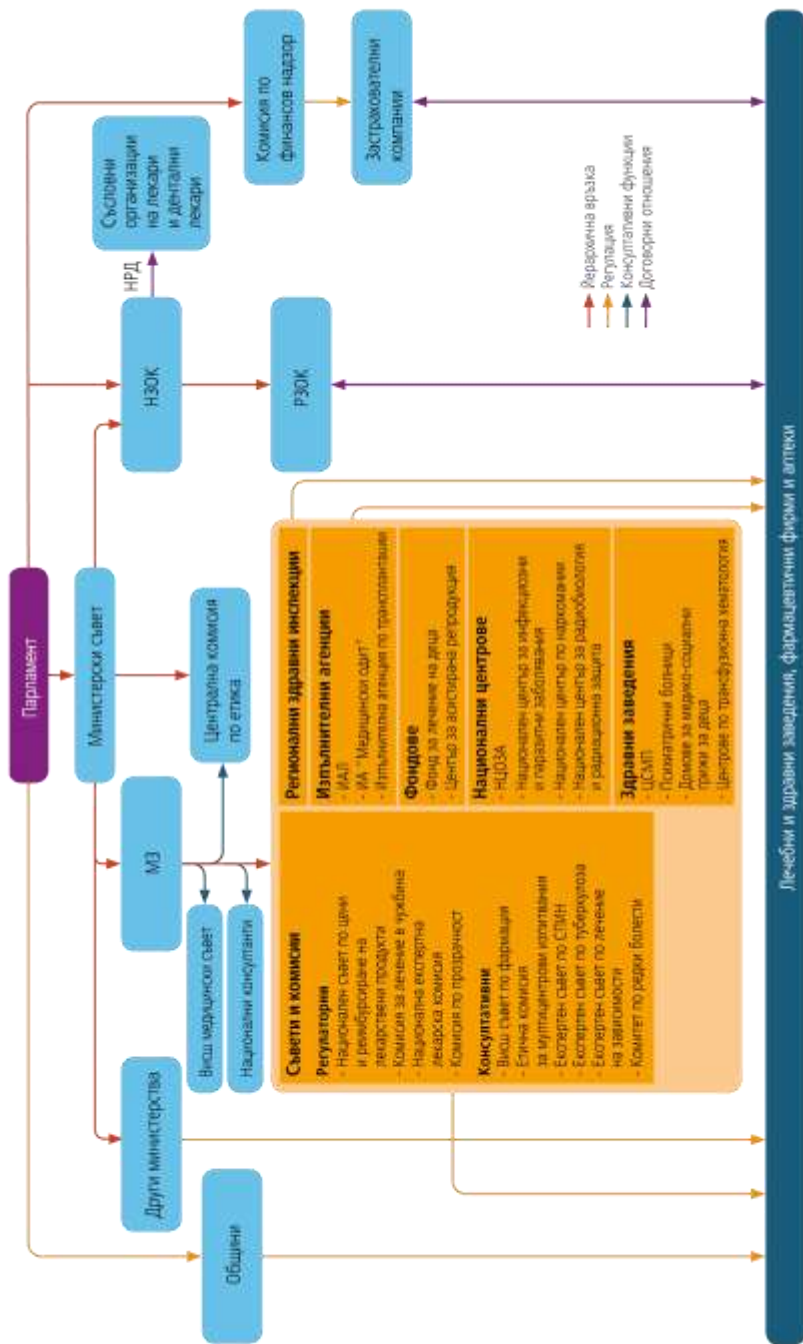
Министерство на здравеопазването

Министърът на здравеопазването е национално отговорният орган за цялостното управление на здравната система, опазването на общественото здраве и държавния здравен контрол, спешната помощ, трансфузионната хематология, стационарната психиатрична помощ, трансплантациите и продължаващото обучението на медицинския персонал. Министърът е отговорен за координацията между всички участници в системата, както и за междусекторното сътрудничество. Министърът е принципал на всички държавни лечебни заведения към МЗ, проследява и носи

отговорност за дейностите, свързани със здравето, осъществявани от МС и другите министерства. Изпълнителните агенции (например за трансплантациите и лекарствата), националните съвети и комисии (например за регулиране на цените на лекарствата и лечението в чужбина) и националните центрове (например по обществено здраве и асистирана репродукция) са подчинени и финансирани от МЗ.

Също така министърът на здравеопазването създава постоянни или временни консултативни органи и експертни групи в подкрепа на дискусиите и вземането на здравно-политически решения по отделни

ФИГУРА. 2.1 Организация на здравната система в България, 2018



Източник: Компиляция на авторите.

проблеми като ХИВ/СПИН и полово предавани болести и лечение на зависимости. Структурите на МЗ, които имат регулаторни функции, са описани в 2.8 *Регулация на здравната система.*

Висш медицински съвет и консултанти

Висшият медицински съвет и националните консултанти по медицински специалности подпомагат министъра в управлението на здравната система. Висшият медицински съвет е консултативен орган към МЗ, който включва петима представители, посочени от министъра на здравеопазването, петима представители на Българския лекарски съюз, трима представители на Българския зъболекарски съюз, трима представители на Българския фармацевтичен съюз, трима представители от НЗОК, по един представител от БАПЗГ, Националното сдружение на общините, Българския червен кръст и един представител от всяко висше медицинско училище. Министърът на здравеопазването председателства Съвета без право на глас.

Висшият медицински съвет дава съвети по националната здравна стратегия, законопроектите, свързани със здравето, проектобюджетите и годишния доклад на министъра, научните приоритети в медицината и денталната медицина, етиката в медицината и биомедицината, медицинското образование и специализация.

Министърът на здравеопазването назначава консултанти по отделни медицински специалности, които съветват министъра и лечебните заведения.

Регионални здравни инспекции

На областно равнище здравната политика по общественото здраве е организирана и прилагана от 28 Регионални здравни инспекции, които са местните органи на МЗ. РЗИ изпълняват дейности по държавния здравен контрол на областно равнище, контрол и регистрация на лечебни заведения, събиране и анализи на здравна информация, координация и изпълнение на национални здравни програми, мониторинг на екологични и други фактори и дейности

със значение за общественото здраве, лабораторни анализи и тестове.

Други министерства

МЗ си сътрудничи с Министерството на финансите по въпроси, свързани с финансирането и разпределението на средствата в системата. Въпросите, свързани с обучението на медицинския персонал, налагат сътрудничество с Министерството на образованието, младежта и науката. Освен това МЗ си сътрудничи с Министерството на околната среда и водите и с Министерството на земеделието и храните по въпроси, свързани със защитата на общественото здраве, околната среда и безопасността на храните. МЗ също тясно си сътрудничи с НЗОК, с Агенцията за социално подпомагане и с няколко съвета и комисии, създадени от МС, като Националния съвет по наркотичните вещества, Националния съвет по медицинска експертиза, Централната комисия по етика и Съвета „Партньорство за здравеопазване“.

Национална здравноосигурителна каса

НЗОК, създадена чрез Закона за здравното осигуряване от 1998 г., се състои от централно управление и 28 Регионални здравноосигурителни каси. Управлява се от Надзорен съвет и директор, избрани от Народното събрание. Бюджетът на НЗОК се приема ежегодно от Народното събрание и представлява основният публичен източник за финансиране на здравната система. Отношенията между НЗОК и лечебните заведения са основани на НРД и индивидуалните договори. НЗОК заплаща здравните услуги и стоки за осигурените лица, включени в основния пакет и ПЛС (вж. 3.3.1 *Покритие*). Цените на здравните услуги, включени в основния пакет, са определени в националните рамкови договори за медицинска и дентална помощ. Индивидуалните договори определят конкретните дейности, които лечебните заведения трябва да предоставят на осигурените лица. НЗОК контролира и наблюдава дейността на доставчиците на здравни услуги и налага санкции в случай на нарушения на правата на пациентите.

Съсловни организации

Съществуват четири съсловни организации, създадени по закон: Български лекарски съюз (БЛС), Български зъболекарски съюз (БЗС), Български фармацевтичен съюз (БФС) и Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ). Членството в тях е задължително за всяка от професионалните групи, като организациите защитават правата и интересите на своите членове. Част от дейностите им включват продължаващо професионално обучение, предоставяне на коментари и становища по проекти на нормативни актове, разработване на правила за добра практика и обсъждане на етични въпроси.

Общини

Общините са собственици на значителна част от лечебните заведения, повечето от които са за специализирана извънболнична помощ, но също така и на многопрофилни болници и някои специализирани болници. Общините участват и в собствеността на областните многопрофилни болници (вж. 5.4 *Болнична медицинска помощ*). Местните органи, ангажирани в здравеопазването, включват постоянните комисии по здравеопазване към общинските съвети и здравните дирекции. Постоянните комисии проучват здравните потребности на местното население и проблемите при предоставянето на здравните услуги и разработват предложения за тяхното решаване. Здравните дирекции организират здравното обслужване в общините под отговорността на РЗИ.

Частен сектор

Частният сектор в здравеопазването е възстановен с пакета реформени закони от 1991 г. По-голямата част от мрежата за лекарствоснабдяване е частна от средата на 90-те, докато цялата първична медицинска и дентална помощ и част от специализираната помощ преминаха в частния сектор със стартирането на здравното осигуряване през 2000 г. Към 2018 г. голяма част от специализираната извънболнична помощ, както и част от болничната помощ се предоставя от частния сектор. Броят на частните болници нараства съществено от 18 през 2000 г. до 111 през 2016 г. (с нарастване на броя на леглата от 206 през 2000 г. на

11 195 през 2016 г.; НЦОЗА 2017). Съгласно Закона за лечебните заведения от 1999 г. частните лечебни заведения могат да сключват договори с НЗОК при същите условия, както публичните.

Веригите на доставчиците на здравни услуги заемат важен пазарен дял. Една от най-големите вериги, Българският кардиологичен институт (създаден през 2007 г.), се разширява до една многопрофилна болница, пет специализирани болници в кардиологията и седем медицински центъра. Освен това един търговец на едро с лекарства, производител на генерични и иновативни лекарства, и застрахователна компания, предоставяща ДЗО, са част от конгломерат с Института.

Друга водеща верига от лечебни заведения, Сити Клиник (2010), притежаваше три болници и три медицински центъра. През 2016 г. турската група Ачибадем навлезе на българския здравен пазар чрез сливане със Сити Клиник и придобиване на болница Токуда и по този начин се превърна в най-голямата верига от доставчици на здравни услуги в България. През 2018 г. друга турска верига болници, Медикъл Парк, обяви навлизането си на българския пазар на здравеопазване.

Застрахователни компании, предлагащи ДЗО

Компании по общо и животозастраховане, лицензирани по Кодекса за застраховане от 2003 г., осъществяват ДЗО. Всички застрахователни компании са акционерни дружества, контролирани от Комисията за финансов надзор (КФН) (вж. 3.5 *Доброволно здравно осигуряване*). Застрахователните компании сключват договори с потребители и доставчици на здравни услуги. Застрахователните премии се определят от индивидуалния или груповия риск, въз основа на индивидуални договори за медицинска застраховка. Обезщетенията могат да бъдат в натура или като възстановима еднократна сума до предварително определен лимит, определен в договора. Застрахователите селективно сключват договори с частни и публични доставчици на здравни услуги.

Към 2016 г. 23 компании (16 за общо застраховане и 7 за животозастраховане) предлагат някакъв вид здравно застраховане (КФН 2017а, 2017б).

Повече от 100 НПО извършват дейност в здравната система, от които повече от 70 са пациентски организации. Техните дейности са насочени към широк кръг от проблеми като защита на правата на пациентите, защита на правата на пациенти с определени заболявания, проблеми на общественото здраве и здравната политика. Някои пациентски организации предоставят интегрирани здрави и социални услуги (като пример вж. Struckmann et al. 2017) и финансова подкрепа на граждани в нужда, главно чрез кампании за набиране на средства.

През 2009 г. е създаден Обществен съвет по правата на пациентите, чиято дейност е регламентирана през 2011 г. Съветът включва седем представители на организации за защита на правата на пациентите, един представител на организация на хора с увреждания и по един представител от МЗ, МТСП, НЗОК, БЛС, БЗС, БФС и Асоциацията на специалистите по здравни грижи. Обаче информацията за дейността на съвета не е налична.

Пациентски организации участват активно чрез техни представители в обществените съвети на различни агенции, съвети и фондове към МЗ, като например обществените съвети на Център „Фонд за лечение на деца“ и Комисията по редки заболявания.

2.4 Децентрализация и централизация

Системата на здравеопазване в България е силно централизирана в периода от 1949 г. до 1990 г. (вж. 2.2 *Историческо развитие* и Dimova et al. 2012). Цялата здравна и фармацевтичната мрежа бяха напълно национализирани, основани на принципите на свободна, общодостъпна и универсална здравна помощ. МЗ централно организира разпределението на ресурсите, включително човешките ресурси. Медицинското образование и наука бяха напълно централизирани с изграждането на Медицинската академия през 70-те години, обхващаща медицински институти в София, Пловдив, Варна, Плевен и Стара Загора.

■ Процесите на децентрализация след 1990 г. (като възстановяване на професионалната организация, регионалните структури на МЗ и създаването на НЗОК) имаха за цел да превърнат здравната система в либерализирана, пазарно ориентирана и демократична система. Въпреки това управлението все още е относително централизирано в МЗ и МС.

В средата на 90-те създаването на районните центрове по здравеопазване (РЦЗ) като местни структури на МЗ (които се сляха с предишните регионални инспекции за опазване и контрол на общественото здраве – РИОКОЗ в сегашните регионални здравни инспекции – РЗИ) имаше за цел да подкрепи децентрализацията, но техните функции останаха ограничени до елементарни административни и бюрократични отговорности, докато най-важните управленски функции, планирането и регулацията се изпълняваха изцяло на национално равнище.

В допълнение НЗОК загуби съществена част от своята независимост от създаването си през 1998 – 1999 г. Автономността на НЗОК беше ограничена на два пъти чрез законодателни промени в нейните управленски органи, като Събранието на представителите, Управителния съвет и Контролния съвет (през 2002 г. и 2009 г.). Това допринесе за силно централизираната управленска структура на НЗОК.

Договорните отношения между РЗОК и доставчиците на здравни услуги се основават на централизиран процес на договаряне между

НЗОК и съсловните организации на лекари и зъболекарите, което води до формализирани НРД за медицинска и дентална помощ, дефиниращи всички услуги и цени на национално ниво (вж. 2.1 *Общ преглед на здравната система*).

Въпреки че частният сектор се разшири значително, държавата остава собственик на много доставчици на здравни услуги. Изненадващо е, че въпреки съществените отговорности, които се възлагат на общините със съответните бюджети за здравеопазване, образование и социални дейности още от 1992 г., те продължават да играят незначителна роля в развитието на здравната политика. Като собственици на лечебни заведения, общините носят отговорност

основно за контрола върху дейността на собствените си лечебни заведения и по-малко за формирането на обществената здравна политика.

През 2015 г. беше направен опит за децентрализиране на планирането на ресурсите и договарянето с въвеждането на нови, регионални, и национална здравна карта. Този опит, обаче, се провали, след като ВКС и ВАС отмениха няколко нормативни акта, с които промените трябваше да се приложат на практика (вж. 6.1 *Анализ на последните реформи*).

Като цяло почти всички реформи на децентрализация целяха прехвърляне на отговорностите на по-ниските нива, както в географско, така и в организационно отношение (т.е. към регионите или подчинените органи), но без предоставяне на адекватни права. Това в последствие доведе до провал на реформите (вж. 6.1 *Анализ на последните реформи*) и до запазване на относително високо ниво на централизация.

2.5 Планиране

МЗ отговаря за стратегическото планиране в българската здравна система. Приоритетите на здравната политика са дефинирани в Националната здравна стратегия, като сегашната конкретизира целите за развитие на здравната система в България до 2020 г. (НЗС 2020; вж. 7.1 *Цели на здравната система*).

■ НЗС 2020 се основава на три основни приоритетни области за развитие на здравната система до 2020 г., определя пет ясно дефинирани и измерими стратегически цели (вж. 7.1 *Цели на здравната система*) и подчертава необходимостта да се следва устойчива дългосрочна стратегия в системата на здравеопазване.

МС отговаря за цялостната координация и управление на изпълнението на НЗС 2020 (сред различните министерства и институции). МЗ отговаря за плана за действие и ръководи изпълнението (но без никакви санкции в случай на закъснения). Планът за действие съдържа дейности, индикатори за мониторинг, крайни срокове, водещи институции и партньори и разпределение

на отговорностите в различни институции като Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА; за повече информация за участващите институции вж. 2.6 *Междусекторно сътрудничество*), източници на финансиране и финансов план за 2016 – 2020 г. Общият бюджет за изпълнение на НЗС 2020 е 25 032 милиона лева (12 799 милиона евро), от които 353 100 лева (180 537 евро) са финансиране от оперативните програми на ЕС (МЗ 2015в). Външното финансиране се използва за:

- Прилагане на политиките по първата приоритетна област за развитие на здравната система до 2020 г.;
- Развитие на спешната помощ;
- Осигуряване с човешки ресурси на здравната система;
- Здравни технологии, иновации и инвестиции;
- Развитие на електронното здравеопазване.

Съществуват три особено важни за организацията на здравната система планови документа, които се основават на НЗС 2020:

- *Концепция за реструктуриране на болничната помощ от 2009 г.*, последно изменена през 2014 г., която служи като ключов документ в процеса на планиране и адекватно използване на публичните средства и средствата по оперативните програми на ЕС. Концепцията поставя акцент върху реструктурирането на общинските болници в съответствие с тяхната финансова стабилност и здравни потребности на населението, развитие на дейности и оборудване на областните болници и развитие на високотехнологични регионални болници. Концепцията не включва частния болничен сектор.
- Концепция за развитие на спешната медицинска помощ (2014 – 2020), касаеща цялостното разпределение на структурите за спешна медицинска помощ (вж. 5.5. *Спешна медицинска помощ*).
- Концепция за деинституционализация на децата от Домовете за медико-социални грижи във връзка с Националната

стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ 2020. Концепцията предвижда закриване на домове за медико-социални грижи за деца до 3-годишна възраст към МЗ, предотвратяване на настаняването на деца до 3-годишна възраст и развитието на интегрирани социални и медицински услуги в общността. В резултат на концепцията, броят на домовете за медико-социални грижи за деца до 3-годишна възраст намалява от 32 през 2010 г. до 16 през 2017 г. (НСИ 2018з).

Една от основните пречки за доброто планиране е липсата на интегрирана информационна система на национално равнище (вж. 2.7.1 *Информационни системи*).

2.6 Междусекторно сътрудничество

■ Междусекторният подход към здравето е включен в различни национални стратегически документи. Националната програма за развитие: България 2020, приета от МС през 2012 г., разглежда най-важните детерминанти на здравето, включително икономическото развитие, транспортната инфраструктура, околната среда, социалното приобщаване и стандарта на живот (МС 2012а).

В допълнение към тази всеобхватна национална стратегия, НЗС 2020 поставя специален акцент върху междусекторното сътрудничество, включително и с неправителствения сектор. Стратегията отчита редица добри практики, като например Концепцията за деинституционализация на децата от домове за медицински и социални грижи 2020; Националната програма за безопасност и здраве на работното място за 2013 г.; Националната концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора в България (2012 – 2030 г.) и Националната програма за превенция на незаразните заболявания (2013 –2020 г.).

Специфични роли в изпълнението на НЗС 2020 са възложени на Министерството на труда и социалната политика, Министерството на околната среда и водите, Министерството на образованието и

науката, Министерството на земеделието, храните и горите, Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията, Министерството на младежта и спорта, Министерството на вътрешните работи, Министерството на финансите, професионалните сдружения, синдикатите и пациентските организации.

Всички институции и организации са представени в Плана за действие на НЗС като водещи институции, отговорни за планираните дейности или като партньори. Например Министерството на финансите регулира и контролира финансирането и по този начин участва в дефинирането на целите на здравната политика. Министерството на образованието и науката отговаря за въвеждането на програми за обучение по здравословен начин на живот и за обучението на бъдещите здравни професионалисти. Министерството на околната среда и водите и МЗ отговарят съвместно за здравословната околна среда и за защита от химическо, физическо и биологично замърсяване. Министерството на земеделието осигурява безопасността на храните и отговаря за предотвратяването на болести, предавани от домашни животни (например туберкулоза, бруцелоза и салмонелоза). Министерството на труда и социалната политика си сътрудничи с МЗ по политиката за интегриране на здравните и социалните услуги, безопасните и здравословни условия на труд и по въпросите на социалното подпомагане и социалната закрила. Министерството на транспорта и съобщенията си сътрудничи с МЗ за предотвратяване на транспортни произшествия. МЗ участва и в съвместни работни групи с Министерството на образованието и науката за обучението на студенти и следдипломното обучение за медицински специалисти и за определяне на приоритетите на медицинската наука. МЗ също така работи съвместно с Министерството на отбраната и Министерството на вътрешните работи по въпроси, свързани с безопасността по време на национални кризи и извънредни ситуации.

МЗ работи с Министерството на туризма по изпълнението на Националната стратегия за устойчиво развитие на туризма в Република България за периода 2014 – 2030 г. по отношение на

рехабилитацията, развитието на медицинския и балнеолечебен туризъм.

На оперативно ниво, междусекторното сътрудничество се осъществява чрез постоянни или ad hoc национални съвети и експертни групи за решаване на специфични задачи, свързани със здравето (вж. 2.3 *Организация*). Пример за ефективно междусекторно сътрудничество е Националната програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България. Тя включва представители на високо равнище от МЗ; Министерството на труда и социалната политика; Министерството на образованието и науката; Министерството на отбраната; Министерството на вътрешните работи; Министерството на външните работи; Министерството на финансите; Министерството на транспорта; Държавната агенция за младежта и спорта; академични институции; осем НПО и три международни организации.

В някои случаи обаче липсата на интегритет в публичните политики може да възпрепятства междусекторните инициативи за по-добро здраве. През 2015 г. министрите на здравеопазването и на младежта и спорта съвместно обявиха проект на Закон за данък обществено здраве, според който храни и напитки, съдържащи сол, захар, трансмастни киселини, кофеин и таурин над определеното количество, следва да се облагат с данък. Основната цел на закона е да се подобри здравето на населението чрез подобряване на хранителните навици и да се ограничи производството на нездравословна храна, да се спестят разходи за здравеопазване в дългосрочен план (Dokova, Dimova 2015). Въпреки това, поради силната опозиция, включително от някои представители на правителството, като министъра на финансите и министъра на икономиката, законопроектът беше изоставен.

2.7 Управление на здравната информация

2.7.1 Информационни системи

Въпреки че електронното здравеопазване е включено в дневния ред на здравната политика от 2006 г. насам, в тази област има само частични постижения. През 2006 г. стартира Националната стратегия за въвеждане на електронно здравеопазване, но не са предприети действия по нейното прилагане. През 2010 г. бе започнат обществен дебат за развитието на електронното здравеопазване, който беше един от приоритетите на МЗ по това време. Целта беше да се създаде интегрирана информационна система, свързваща всички ключови участници и даваща възможност за обмен на данни в реално време. Това се възприема като предпоставка за въвеждането на електронно досие на пациента, регистри и телемедицина.

Към 2018 г. доставчиците на здравни услуги, МЗ и НЗОК, все още работят с разпокъсани информационни системи. Здравните заведения използват паралелни информационни технологии и бази данни и обменят данни по електронен път с НЗОК и НЦОЗА. Последните две институции (както и други) консолидират информацията в бази данни на национално ниво. Не съществува обаче единна система, която да позволява комуникация между различни информационни системи и бази данни (Салчев 2016).

От средата на 2010 г. се наблюдава известен напредък: МЗ издаде Наредба (през 2016 г.) за единните здравни информационни стандарти, която да се прилага от здравните заведения като предпоставка за въвеждането на Националната здравна информационна система. Бяха определени и няколко стандарта за електронна архитектура на здравните записи, сигурност и защита на обмяна на данни, спецификации на интерфейса и съхранение на клинични данни.

През 2017 г. МЗ обяви проект за разработване и внедряване на национална здравна информационна система, финансирана по оперативната програма на ЕС „Добро управление“. Проектът, на стойност 12 млн. лв. (6,135 млн. евро), включва създаването на

здравни регистри, внедряване на фармако-терапевтична експертна система, отчитаща възможни лекарствени взаимодействия, изграждане на онлайн платформа на националната здравна информационна система, въвеждане на електронно здравно досие, направление и рецепта. Национална здравна информационна система е част от НЗС 2020 и Стратегията за развитие на електронното правителство в Република България (2014 – 2020 г.). МЗ отговаря за изграждането на системата в партньорство с НЗОК.

2.7.2 Оценка на здравните технологии

През 2016 г. беше въведена систематична оценка на терапевтичната ефикасност, ефективност и безопасност и разходната ефективност на лекарствените средства. Към НЦОЗА беше създадена специална комисия за оценка на здравните технологии. Комисията се състои от 13 члена представители на МЗ (3-ма), НЗОК (2-ма), Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти (НСЦРЛП) (3-ма), Изпълнителната агенция по лекарствата (ИАЛ) (2-ма) и НЦОЗА (3-ма).

ОЗТ се прилага за лекарствени продукти, принадлежащи към ново международно непатентно наименование, което не е включено в съответното приложение на ПЛС и съдържа:

- ■ анализ на здравния проблем (наличие или отсъствие на алтернативни лекарства за заболяването, очакван брой пациенти);
- ■ сравнителен анализ на терапевтичната ефикасност, ефективност и безопасност;
- ■ анализ на фармакоикономически показатели;
- ■ анализ на финансови показатели (включително анализ на бюджетното въздействие); ■ ■ етични съображения.

Фармацевтична компания, кандидатстваща за включване на лекарство в ПЛС, трябва да предостави задължителен набор от документи, изготвени въз основа на изчерпателна методика, описана в наредбата за ОЗТ. Този набор от документи се оценява от

експерти (лекари, фармацевти и икономисти), определени от комисията по ОЗТ от списък с експерти с опит в областта на съответното лекарство. Комисията към НЦОЗА отговаря за окончателните препоръки към НСЦРЛП, който поддържа ПЛС. В случай на положителна препоръка от комисията по ОЗТ, НСЦРЛП взема решение за точното ниво на реимбурсиране на новото лекарство. НСЦРЛП може да включва в ПЛС лекарства с отрицателна оценка на тяхната клинична ефикасност или ефективност на разходите. Въпреки това терапевтичният ефект на такива лекарства трябва да бъде проследен и анализиран 3 години след включването на лекарството в ПЛС. Всички доклади за ОЗТ се публикуват на интернет страницата на комисията (НЦОЗА 2018б).

2.8 Регулация на здравната система

Българската здравна система е регулирана чрез законодателни, административни и пазарни механизми. Държавните регулаторни функции са определени в Конституцията на Република България и редица закони, свързани със здравеопазването и местната администрация. Познавайки се на законите, приети от Народното събрание, МС приема подзаконовни нормативни актове (постановления, наредби или решения), регулиращи различни аспекти на здравеопазването (например структурни промени в здравната система или промени в бюджета на МЗ). Министърът на здравеопазването има право да издава наредби, правилници, инструкции и заповеди, които засягат функционирането на здравната система, когато това изрично се изисква по закон (например при утвърждаване на медицинските стандарти). В допълнение общинските съвети вземат решения, на базата на които кметът издава заповеди относно инициативи и дейности, свързани със здравеопазването на общинско равнище.

Административното регулиране се осъществява чрез различни разрешения и лицензи, издавани от МЗ, КФН и други държавни органи и агенции.

С въвеждането на договорните отношения между финансиращите организации и лечебните заведения се поставят основите на пазарните регулаторни механизми. НРД регулира дейностите и дефинира критериите за тяхното изпълнение като клинични пътеки, клинични и амбулаторни процедури, начини за изписване на лекарства и регулаторни стандарти за обхвата на предоставяните услуги в извънболничната и болничната помощ. Професионалните организации на лекарите и зъболекарите също имат влияние поради тяхното участие в приемането на националните рамкови договори (за медицински и за дентални дейности), които те подписват заедно с НЗОК. Позицията се на договори между финансиращите организации и лечебните заведения, платците регулират вида, обхвата и качеството на извършваните здравни услуги.

2.8.1 Регулация и управление на финансиращите организации

Законът за здравното осигуряване и последващите го изменения регламентират финансиращите организации в България – НЗОК и застрахователните компании.

НЗОК се управлява от Надзорен съвет и управител. Надзорният съвет се състои от девет членове, в това число един член от представителните организации за защита правата на пациентите, двама от представителните организации на работниците и служителите, двама представители на организации на работодателите и четирима представители на държавата, включително и изпълнителния директор на Националната агенция за приходите (НАП). Квотата на представителите на държавата е намалена през 2011 г. и към момента преобладават членовете, представляващи пациентите, синдикатите и работодателите (вж. 6.1 *Анализ на последните реформи*). Председателят на Надзорния съвет и останалите трима представители на държавата се определят и освобождават с решение на МС по предложение на министъра на здравеопазването. Народното събрание избира управителя на

НЗОК. Регионалните здравноосигурителни каси се управляват от директори, които представляват НЗОК на регионално равнище.

Обхватът на медицинската помощ, заплащана по линия на социалното здравно осигуряване, е регламентиран в Закона за здравното осигуряване, докато основният пакет здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, се определя с наредба на министъра на здравеопазването. Народното събрание приема със закон годишния бюджет на НЗОК и одобрява всяка година отчета за изпълнението на бюджета и отчета за дейността. На страницата на НЗОК се публикуват месечни и тримесечни финансови отчети. Сметната палата осъществява контрол върху изпълнението на бюджета на НЗОК, а органите на НАП контролират приходите от здравноосигурителни вноски и дължими лихви.

Доброволното здравно осигуряване се осъществява от застрахователни акционерни дружества, които са лицензирани и контролирани от КФН. Комисията издава лицензи за всички видове застраховки, включително и за медицинските (застраховка при заболяване и застраховка при злополука) и следи текущите бизнес индикатори на компаниите. В допълнение на това КФН контролира дейността на застрахователните дружества, спазването на законовите изисквания, финансовото състояние и достоверността на предоставяната информация. Целта на осъществяваната надзорна дейност е да се гарантира финансовото изпълнение на договорите, които компаниите са сключили със застрахованите лица.

2.8.2 Регулация и управление на изпълнителите на здравни услуги

- Съгласно Закона за лечебните заведения изпълнителите на здравни услуги са автономни юридически субекти, регистрирани като търговски дружества или като кооперации. Изключение правят само някои лечебни заведения, собственост на държавата, като централните за спешна медицинска помощ, централните за трансфузионна хематология, психиатричните болници и домовете за медико-социални грижи за деца, както и лечебните заведения към други министерства. Управленските органи са регламентираны от

Търговския закон или Закона за кооперациите в зависимост от правния статут – едноличен търговец, дружество с ограничена отговорност, акционерно дружество или кооперация. Министърът на здравеопазването издава разрешения за лечебните заведения за болнична помощ в съответствие с изискванията на Закона за лечебните заведения и Наредбата за устройството, дейността и вътрешния ред на болниците и домовете за медико-социални грижи от 2010 г. Комисия, председателствана от министъра на здравеопазването, прави оценка на потребностите на населението от болнична помощ, съобразно Националната здравна карта. Лечебните заведения за доболнична помощ и хосписите подлежат на регистрация от РЗИ.

През 2010 г. Министерството на здравеопазването пререгистрира всички болници, присъждайки им определени нива на компетентност. Нивото на компетентност се определя на базата на изискванията на медицинските стандарти, свързани с броя и професионалната квалификация на специалистите, наличното оборудване, от които зависи способността и капацитета на болницата да отговори на специфични клинични стандарти. Нивото на компетентност се използва за определяне на вида и обхвата на лечебните дейности, които дадена болница може да извършва, и цели гарантирането на определено ниво на качество на медицинските услуги.

Министерството на здравеопазването регулира и контролира различни аспекти от дейността на изпълнителите на здравни услуги чрез агенциите си и регионалните здравни инспекции. Изпълнителната агенция „Медицински одит“ (ИАМО) контролира лечебните заведения по отношение на качеството, безопасността на услугите и спазване на правата на пациентите. Изпълнителната агенция по трансплантация осъществява надзор върху съответствието с изискванията на медицинските стандарти, отнасящи се за трансплантациите. Наред с това НЗОК и нейните регионални поделения (РЗОК) регулират и контролират всички лечебни заведения, с които имат сключен договор съсловните организации на лекарите, зъболекарите и фармацевтите, разработват и приемат Правила за добра медицинска практика

- (съответно Правила за добра фармацевтична практика), регулирайки по този начин дейността на изпълнителите. Контролът по спазването на правилата, медицинските стандарти, изискванията на Закона за здравното осигуряване и НРД се осъществява и чрез съвместни проверки на РЗОК, РЗИ, ИАМО и представители на съсловните организации.

2.8.3 Регистрация и планиране на човешките ресурси

Министерството на здравеопазването и професионалните организации са съвместно отговорни за регистрацията и планирането на здравните професионалисти. Регионалните здравни инспекции заедно с професионалните организации и Висшия медицински съвет (ВМС) проучват потребностите от медицински и немедицински специалисти и предлагат годишен брой на специализантите, които да бъдат приети в медицинските университети. ВМС също така дефинира критериите, които се използват при определяне на лечебните заведения като бази за практическо обучение на студенти и специализанти. Министърът на здравеопазването годишно определя броя на специализантите, чието обучение се заплаща от държавата, съобразно целите и приоритетите, заложи в националната здравна стратегия. Министърът отговаря също за планирането, координацията и контрола на следдипломното обучение за придобиване на специалност.

След завършването си медицинските професионалисти са задължени по закон да станат членове на съответната професионална организация. За онези от тях, които не практикуват професията си, членството е доброволно. Министерството на здравеопазването събира информация за всички здравни професионалисти, придобили специалност в сферата на здравеопазването. Регионалните структури на професионалните организации също поддържат регистри на своите членове.

Като цяло системата за управление и планиране на човешките ресурси не работи ефективно. За това свидетелстват непрекъснато нарастващият недостиг на здравни професионалисти от определени групи и специалности, както и големите географски различия в

осигуреността с медицинския персонал. Причините са свързани и със засилените процеси на емиграция след приемането на България в ЕС, както и с вътрешната миграция (вж. 4.2 *Човешки ресурси*).

2.8.4 Регулация и управление на лекарствоснабдяването

Министърът на здравеопазването е отговорен за развитието и изпълнението на националната лекарствена политика, координира въпросите, свързани с лекарствоснабдяването, участва в международни организации и институции, чиято дейност засяга лекарствените продукти.

Важен консултативен орган към МЗ е Висшият съвет по фармация (ВСФ), който включва пет представители, определени от министъра на здравеопазването, пет представители на Българския фармацевтичен съюз, двама на НЗОК и по един представител на фармацевтичните факултети на медицинските университети в България. Съветът се председателства от министъра на здравеопазването. ВСФ обсъжда и дава консултации по проблеми, свързани с приоритетите в областта на лекарствената политика, етични въпроси, законодателство, научни приоритети, кампании за повишаване на информираността на обществото относно лекарствената употреба. Към министъра на здравеопазването като консултативен орган е създаден и Фармакопееен комитет.

Също така към МЗ са формирани няколко специализирани комисии. Централната комисия по етика се произнася по деонтологични и етични въпроси в областта на клиничните изпитвания на лекарствени продукти. НСЦРЛП определя пределни цени на лекарствата, отпускани по лекарско предписание, и регистрира максимална продажна цена за лекарства на свободна продажба. Съветът взема решения за включване, промени или изключване на лекарствени продукти от ПЛС (вж. 5.6 *Лекарствоснабдяване*). Решенията на НСЦРЛП могат да бъдат обжалвани в Комисията по прозрачност.

ИАЛ е държавният компетентен орган, който следи за качеството, безопасността и ефикасността на лекарствата на

българския пазар. Дейността на агенцията се финансира от бюджета на МЗ и от собствени приходи (административни такси). ИАЛ издава разрешения и контролира лекарствените продукти във връзка с производството, употребата, одобрението, продажбите на едро и дребно, вноса, паралелния износ, безопасността, клиничните изпитвания и рекламата. Агенцията също одобрява инвестиционните проекти за създаване или реструктуриране на съществуващо производство в съответствие с Правилата за добра производствена практика. Тя си партнира с Европейската агенция по лекарствата, Европейския директорат по качество на лекарствата и здравеопазването и други международни организации. ИАЛ координира и дейността на регионалните здравни инспекции в областта на лекарствените продукти. Към изпълнителния директор на агенцията е създаден Експертен съвет за търговия на дребно с лекарствени продукти. ИАЛ поддържа и регистри на фармацевтичните производители, вносителите, търговци на едро, аптеки, посредници, паралелния експорт, лекарствените продукти, разрешени за употреба, и клиничните изпитвания.

На регионално равнище изпълнението на националната лекарствена политика и контрола по спазването на нормативните актове се осъществява от РЗИ.

2.8.5 Регулация на медицинските изделия и помощните средства

Медицинските изделия и помощните средства се регулират от Закона за медицинските изделия от 2007 г. с последни изменения и допълнения от 2016 г. ИАЛ е отговорната институция, която се занимава с регистрацията и контрола на медицинските изделия. Агенцията регистрира медицинските изделия, производителите, търговците на едро, издава разрешения за търговска дейност и клинични изпитвания и осъществява контрол върху тяхното съхранение, продажба, клинични изпитвания и безопасност. ИАЛ поддържа списък на медицинските изделия, които се заплащат от НЗОК, от държавния бюджет, от бюджета на Министерството на труда и социалната политика и от лечебните заведения.

Медицинските изделия се пускат в продажба, след като отговорят на законовите изисквания. Производителите отговарят за извършване на оценка за съответствие с изискванията и стандартите след получаване на разрешение от ИАЛ.

- Медицинските изделия и помощните средства, както и приспособленията за хора с увреждания, са регулирани и от Закона за интеграция на хората с увреждания. Министерството на труда и социалната политика всяка година одобрява списък на тези медицински изделия и помощни средства, съгласувайки го с МЗ. Съобразно индивидуалните си потребности, хората с увреждания имат право да получат финансова помощ за закупуване на нужните изделия и помощни средства, с изключение на онези, които се покриват от бюджет на НЗОК. Агенцията за хората с увреждания регистрира търговците на дребно и контролира отпускането на медицински изделия и помощни средства за хора с увреждания.

2.8.6 Регулация на капиталовите инвестиции

Като разпоредител на бюджета, министърът на здравеопазването е отговорен за разпределението на капиталовите инвестиции между държавните лечебни заведения и в здравната система като цяло. Общините, както и частните собственици, са свободни да инвестират в собствените си лечебни заведения. Държавата и общините могат да финансират лечебните заведения чрез субсидии, одобрени със Закона за държавния бюджет, извън общинските бюджети. Субсидиите се предоставят за закупуване на дългосрочни материални активи, реконструкция и реновация, информационни технологии и системи и финансово стабилизиране на лечебните заведения.



2.9 Условия за гражданско участие

2.9.1 Информираност на пациентите

Министерството на здравеопазването (чрез регионалните здравни инспекции), общинските здравни дирекции, лечебните заведения и пациентските организации са съвместно отговорни за предоставянето на информация за здравето и заболяванията. Министерството на здравеопазването, регионалните здравни инспекции и НЦОЗА предоставят подробна информация на гражданите, целяща да повиши здравната култура и да промотира здравословен начин на живот. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (2014 – 2020) включва няколко информационни кампании с фокус върху поведенческите рискови фактори, които внасят по-систематичен подход към превенцията и профилактиката на хроничните заболявания. В допълнение на това много други национални програми в областта на общественото здраве (като тази за превенция и контрол на туберкулозата) също предвиждат различни информационни и образователни инициативи, чиято цел е да се повиши здравната култура на населението и рисковите групи (вж. 5.1 *Обществено здравеопазване*).

Като цяло пациентите с достъп до Интернет могат да открият разнообразна здравна информация в страниците на различните институции, пациентски организации и лечебни заведения. Голяма част от националните и регионалните регистри на изпълнителите на здравни услуги, аптеките и лекарствата също са публично достъпни в Интернет.

НЗОК е задължена по закон да предоставя на здравноосигурените лица информация за лечебните заведения и аптеките, с които има сключен договор, правата на пациентите, основния пакет с услуги, гарантиран от нейния бюджет, както и за цялостната организация на предоставяне на здравни услуги. Цялата информация е достъпна на интернет страницата на НЗОК. Гражданите могат да получат актуална информация и да подадат оплаквания в РЗОК. Лечебните заведения, сключили договор с

НЗОК, са задължени да информират своите пациенти за здравните услуги, заплащани по линия на задължителното здравно осигуряване, размера на доплащането и за договорите, сключени с частни застрахователни компании.

Информация за качеството на здравните услуги често липсва. Акредитационните оценки на лечебните заведения се публикуват на интернет страницата на МЗ, но от 2015 г. акредитацията не е задължителна за лечебните заведения, с изключение на онези от тях, които са база за практическо обучение на студенти и специализанти. В България все още липсва единна система за оценка на качеството на здравните услуги, която да даде възможност на пациентите да правят информирано своя избор на лечебно заведение въз основа на постигнатите от него резултати. Пациентите разчитат предимно на неформални източници на информация за качеството на медицинската помощ като роднини и приятели или на препоръка от лекар (вж. 7.3.1 *Потребителска оценка*) и често използват интернет форуми, в които достоверността на информацията е доста спорна.

Законодателни промени от 2009 г. дават право на достъп на пациентите до информация, свързана с тяхното здравословно състояние и съответната здравна документация. Преди пациентите да дадат информирано съгласие, лекарите трябва да ги запознаят с цялата необходима информация. Съгласно промени в Закона за здравното осигуряване от 2018 г., всеки здравно осигурен има право да получи от НЗОК цялата налична информация относно използваната от него през последните пет години медицинска и дентална помощ и цената, заплатена за тази помощ по линия на задължителното здравно осигуряване.

2.9.2 Избор на пациента

- Изборът на пациентите е регламентиран в Закона за здравното осигуряване, Закона за здравето и Наредба на Министерството на здравеопазването. Българските граждани свободно избират общопрактикуващ лекар (ОПЛ), специалист, диагностична лаборатория и болница, без териториални ограничения. Съществуват някои административни ограничения, свързани със

системата на задължителното здравно осигуряване. Например за да получат специализирана извънболнична помощ или болнично лечение, заплатени от НЗОК, пациентите се нуждаят от направление от личния си лекар или от специалист, който има сключен договор с НЗОК. Независимо от това, пациентът все пак има правото да избере конкретното лечебно заведение. Всеки пациент има правото да посети лекар, лаборатория или болница без направление, но трябва да заплати услугите със собствени средства или по линия на доброволното здравно осигуряване. Изключение от това правило правят само бременните жени и майките, които са свободни да изберат гинеколог за себе си или педиатър за своите деца без направление и без да е необходимо да заплащат за услугите.

След като са хоспитализирани, пациентите имат право да изберат лекуващ лекар или екип срещу допълнително заплащане от своя страна или евентуално по линия на доброволното здравно осигуряване. Цените за избор на лекуващ лекар и екип се определят от лечебните заведения, но те не могат да надхвърлят определен лимит, регламентиран в наредба на МЗ. След приема в болница пациентите могат също да изберат някои допълнителни услуги като самостоятелна стая, специално меню и др., които обаче не се покриват от НЗОК и трябва да бъдат заплатени от тях. Пациентите могат също така да откажат лечение или да напуснат болницата предварително, но само след като са подписали съответните документи, с които декларират, че са информирани за рисковете, които поемат с това свое решение.

Въпреки че пациентите имат право на избор на лечебно заведение на територията на цялата страна, съществуват различни бариери пред достъпа до здравни услуги (лоша транспортна инфраструктура, неравенства в осигуреността с лекари и лечебни заведения), които на практика ограничават правото на свободен избор (вж. 7.3.2 *Равенство в достъпа до здравни услуги*).

2.9.3 Права на пациентите

Българското законодателство гарантира права на пациентите, подобни на приетите в другите страни членки на ЕС. Правата на

пациентите в България са застъпени в Конституцията и здравното законодателство. Някои международни регламенти в областта на човешките и пациентските права също са ратифицирани от България като Всеобщата декларация за правата на човека на Обединените нации, Международния пакт за икономически, социални и културни права, в сила са и директивите на ЕС.

Съгласно Конституцията на Република България всеки гражданин има право на здравно осигуряване, което му гарантира достъпна медицинска помощ и право да получава безплатна медицинска помощ в случаи, предвидени по закон. Никой не може да бъде обект на принудително лечение или хигиенни мерки освен в случаи, предвидени по закон. Основните права на пациентите са регламентирани в Закона за здравето и Закона за здравното осигуряване (Таблица 2.1) и доразвити в редица други закони и подзаконови нормативни документи.

ТАБЛИЦА 2.1 Права и задължения на пациентите

НОРМАТИВЕН ПРАВА ДОКУМЕНТНА ПАЦИЕНТИТЕ	ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА ПАЦИЕНТИТЕ
<p>Закон за здравето</p> <ul style="list-style-type: none"> ■■ качествена и достъпна медицинска помощ, независимо от пол, възраст, расова и етническа принадлежност, религия, образование, политически убеждения, културно равнище, сексуална ориентация, обществено и материално положение; ■■ повече от едно медицинско становище относно диагнозата и начина на лечение; ■■ защита на данните за здравословното състояние; ■■ информация за правата, здравословното състояние и евентуалните методи на лечение; ■■ здравна профилактика и рехабилитация; ■■ посещение от личния лекар при хоспитализация; ■■ приемане или отказване на посетители по време на болничен престой и др. 	<ul style="list-style-type: none"> ■■ грижа за собственото си здраве; ■■ съдействие на изпълнителите на медицинска помощ при осъществяване на дейности, свързани с подобряване и възстановяване на здравето; ■■ с пазване на установения ред в лечебните заведения и др.

Закон за здравното осигуряване	<ul style="list-style-type: none"> ■ медицинска помощ в обхвата на пакета, гарантиран от бюджета на НЗОК; ■ избор на лекар и лечебно заведение, сключило договор с РЗОК; ■ спешна медицинска помощ; ■ информация от РЗОК за договорните партньори; ■ участие в управлението на НЗОК; ■ да подават жалби пред директора на съответната РЗОК; ■ трансгранично здравно обслужване съгласно законовата уредба и др. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ заплащане на здравноосигурителни вноски и потребителска такса; ■ спазване на предписанията на лекарите, профилактичните прегледи и др.
--------------------------------	--	---

Източник: Компилация на авторите въз основа на цитираните закони.

Правата на хората с психични заболявания са обект на специално внимание. Законът за здравето регламентира законодателните процедури за задължителна хоспитализация и лечение на тези пациенти, заедно с процедурите за обжалване на съдебни разпореждания (вж. 5.11 *Психиатрична медицинска помощ*). Законът също определя правата на бременните жени, на децата, както и на пациенти, участващи в клинични проучвания.

Съгласно промени в Закона за здравето от 2009 г. към министъра на здравеопазването се създава Обществен съвет по правата на пациентите, в който участват представителните организации за защита правата на пациентите, представители на организация на хората с увреждане, на МЗ, Министерството на труда и социалната политика, НЗОК и на професионалните организации. Съветът е консултативен орган по въпросите на правата на пациентите, обсъжда и дава становища по проекти на нормативни актове и предлага законодателни промени, свързани с правата на пациентите. Към средата на 2018 г. само две пациентски организации отговарят на изискванията на закона за представителни организации за защита правата на пациентите и имат право да участват в съвета.

2.9.4 Процедури за подаване на жалби (посредничество, искове)

Както бе посочено по-горе, всички пациенти имат право да подават жалби относно качеството и организацията на медицинската помощ, както и в случаи на корупция. Пациентите могат да депозират жалби в различни институции и организации на национално, областно и местно равнище като Изпълнителната агенция „Медицински одит“ към Министерство на здравеопазването, РЗИ, НЗОК и РЗОК и регионалните структури на професионалните организации. Въпреки различните възможности, липсват данни на национално равнище по отношение на общия брой на подадените жалби от пациенти, както и основанията за тези оплаквания.

Пациентите могат да подадат сигнал към РЗИ в случай на нарушаване на правата, гарантирани от Закона за здравето. Ако жалбата се отнася за нарушения на други законодателни актове, РЗИ може да уведоми регионалните структури на професионалните организации на лекарите, зъболекарите или РЗОК. Здравноосигурените лица имат право да подават жалби пред директора на съответната РЗОК в случаи на незадоволително качество на медицинската помощ, отказан достъп до медицинска документация или нерегламентирани плащания. Ако проверката покаже, че жалбата е основателна, се налагат санкции на лечебното заведение и компенсация за пациента, съгласно разпоредбите на деликтното право. Сигнали за нарушаване на правата на пациентите, незадоволително качество, корупция или нерегламентирани плащания могат да бъдат подавани и към ИАМО. Наредбата за акредитация изисква лечебните заведения да създадат процедури за събиране и отговор на жалби от страна на пациентите. В допълнение на това пациентите често използват пациентските организации и медиите като посредници в случаи на нарушаване на правата им.

Сигнали за корупция могат да бъдат подавани на интернет страниците на всяка официална институция. Гражданите могат да подадат сигнали за корупция към Националния съвет по антикорупционни политики към МС или чрез страницата на МЗ.

Проверките по тези сигнали се извършват от Инспектората – звено за вътрешен контрол към МЗ.

2.9.5 Участие на обществото

Публичното участие в управлението на здравната система е регламентирано от Закона за здравето и Закона за здравното осигуряване. Здравноосигурените лица имат право да участват чрез свои представители в управлението на НЗОК, но общият брой на представителите на пациентите е редуциран на два пъти – през 2002 г. и 2009 г. Към 2018 г. в Надзорния съвет на НЗОК участва само един представител на пациентски организации. На местно равнище гражданите са представени в общинските съвети и комисиите по здравеопазване към общините.

Представителните пациентски организации участват в Обществения съвет по правата на пациентите към министъра на здравеопазването и в Обществения съвет към Фонда за лечение на деца, който отпуска финансова помощ за лечението на деца в чужбина. Съгласно Закона за лечебните заведения тези организации участват и в комисиите, разработващи областните и националната здравни карти.

През 2015 г. към МС е създаден консултативен съвет „Партньорство за здраве“. Той включва широк кръг от заинтересовани страни, професионални и пациентски организации и е инициран от Националната пациентска организация (вж. 7.6 *Прозрачност и отчетност*).

Като цяло публичното участие в управлението на здравната система е ограничено. Самите граждани го оценяват като свеждащо се предимно до осигуряване на информация и консултации, вместо активно въвличане в процеса на вземане на решения (Атанасова-Пийтърсе 2014).

2.9.6 Пациентите и трансграничното здравно обслужване

Здравноосигурените пациенти имат право да ползват здравни услуги, заплащани по линия на задължителното здравно

осигуряване, в друга страна членка на ЕС, както и в Исландия, Лихтенщайн, Норвегия и Швейцария, като за това съществуват няколко варианта. На фигура 2.2 е представен преглед на основните варианти за трансгранично здравно обслужване. Първият вариант за българските граждани е да използват спешна медицинска помощ при временно пребиваване в друга страна членка на ЕС, ако имат издадена Европейска здравноосигурителна карта. В този случай НЗОК урежда разходите директно с компетентните институции в страните, в които е предоставена здравната помощ. При втория вариант здравноосигурените български граждани имат право да получат медицинска помощ в друга страна членка въз основа на разпоредбите на Регламент № 883/2004 за координация на системите за социална сигурност, като и в този случай НЗОК заплаща за направените разходи директно на изпълнителите на здравни услуги в съответната държава. Трето, основавайки се на Директива 2011/24/ЕС за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, здравноосигурените граждани имат достъп до здравни услуги в друга страна членка на ЕС, но само в случай, че желаната услуга е включена в основния пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК. Наредба на министъра на здравеопазването за условията и реда за заплащане на лечение на български граждани в чужбина определя здравните услуги, лекарствата и медицинските изделия, за използването на които се изисква предварително разрешение. В този случай разходите се реимбурсират само до стойността, която НЗОК или МЗ заплащат за съответните здравни услуги в България. Това на практика създава финансови бариери пред достъпа до медицинска помощ в друга страна, доколкото по-голямата част пациентите не могат да си позволят да заплатят разликата в цената на услугите, както и да покрият разходите си по пътуването и престоя в друга държава. В проучване на Евробарометър от 2015 г. само около 1% от българските респонденти посочват, че са използвали медицинска помощ в чужбина, което е най-ниският резултат в ЕС. Въпреки това около 28% от анкетираните посочват, че биха искали да използват медицинска помощ в чужбина, тъй като се надяват да получат здравни услуги с по-високо качество (70%), лечението не е достъпно

в България (67%) или биха искали да се лекуват при известен специалист (21%). Над половината от българските респонденти заявяват, че не могат да си позволят лечение в чужбина (56%; България се нарежда на второ място след Гърция), като само 15% декларират, че са удовлетворени от националната здравна система – втората най-ниска стойност след Полша (European Commission 2015).

ФИГУРА 2.2 Варианти за лечение в чужбина



Източник: Компилация на авторите въз основа на цитираните нормативни актове.

В допълнение е налице и четвърти вариант за заплащане на здравни услуги, които не се покриват от НЗОК и не се извършват в България. Към МЗ е създадена Комисия за лечение в чужбина, която взема решение за финансиране на медицинска помощ в друга държава за всеки индивидуален случай. Процедурата задължително изисква получаването на предварително разрешение за лечение в чужбина. В случай, че лечението бъде одобрено, то се заплаща от бюджета на МЗ. Потребителските такси за здравните услуги, разходите за транспорт, престой и за придружител се заплащат от пациентите. Комисията предоставя информация за подходящи

лечебни заведения в чужбина. Пациентите също могат да се свържат с лечебно заведение по техен избор, като в този случай се изисква да получат официален документ, в който се посочва цената на лечението и очакваните резултати. В противен случай Комисията определя лечебното заведение, в което да се проведе лечението. От 2014 г. броят на заявленията и разрешенията за лечение в чужбина постоянно нараства.

Фондът за лечение на деца към МЗ осигурява финансова помощ за деца и младежи до 18-годишна възраст, които се нуждаят от лечение в чужбина, лечение на редки заболявания, трансплантация или медицински изделия, които не се покриват от НЗОК и не се предлагат в България. В някои случаи Фондът отпуска и финансова помощ за покриване на транспортни разходи, разходи за престой, придружител на детето, превод, както и до три контролни прегледа, ако се налага. Фондът за лечение на деца разполага със собствен бюджет, формиран от трансфери от държавния бюджет чрез бюджета на МЗ, от дарения и помощи. Средно около 90% от постъпилите заявления са одобрени.

Финансиране

България има смесена публично-частна система на финансиране на здравеопазването. Здравните услуги се финансират от задължителни здравноосигурителни вноски, данъци, директни плащания от пациентите, доброволни здравноосигурителни премии, корпоративни плащания, дарения и външно финансиране. След въвеждането на ЗЗО в края на 90-те, общите разходи за здравеопазване като процент от БВП нарастват устойчиво до 8.2% през 2015 г. С изключение на Словения, България изразходва най-голям дял от БВП за здравеопазване от всички нови страни членки на ЕС. Въпреки че и публичните, и частните разходи за здравеопазване допринасят за увеличаването на общите разходи, темпът на нарастване на частните разходи изпреварва този на публичните. Частните разходи – основно директни плащания от пациентите – нарастват от 39.1% през 2000 г. до 48.9% от общите разходи през 2015 г. и представляват най-големият източник за финансиране на здравеопазването в България. Разглеждайки само директните плащания от пациентите, България отчита най-големия дял сред всички страни членки на ЕС с 47.7% от общите разходи за здравеопазване през 2015 г. Това създава финансова тежест за населението, особено за лекарства, които изразходват приблизително две трети от общите директни плащания от пациентите. Корпоративните плащания заемат второ място в структурата на частните разходи, докато ДЗО има незначителна роля с по-малко от 1% от общите разходи за здравеопазване в България.

Ролята на публичното финансиране постепенно намалява след въвеждането на ЗЗО в края на 90-те и през 2015 г. то представлява малко повече от половината от общите разходи за здравеопазване. Публичните източници за финансиране са основно задължителните здравноосигурителни вноски, управлявани от НЗОК, които формират 41.9% от общите разходи. Държавното финансиране продължава да намалява и достига 9.2% от общите здравни разходи през 2015 г. Приблизително 60% от приходите на здравноосигурителната система се формират от базирани на дохода здравноосигурителни вноски, заплащани от работниците и работодателите. В допълнение здравноосигурителните вноски, заплащани от държавата в полза на 11 групи от населението, като деца и пенсионери, представляват приблизително 1/3 от здравноосигурителните приходи, но покриват 2/3 от населението. По закон всички български граждани са задължително здравно осигурени, обаче значителна част от близо 12% от населението на практика не са.

Основната финансираща здравните услуги институция е Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), основана през 1998 г. Отношенията между НЗОК и лечебните заведения са основани на договорния модел. НЗОК и съсловните организации на лекарите и зъболекарите подписват НРД, който регулира процесите в системата на задължителното здравно осигуряване. Основният пакет включва първична и специализирана извънболнична медицинска помощ, диагностика, дентална помощ и болнична помощ, извършвана чрез клинични пътеки и процедури. Доставчиците са финансирани предимно проспективно за оказваните от тях услуги на базата на такса за услуга или капитация. Дейностите в областта на общественото здравеопазване, спешната помощ и стационарната психиатрична помощ се финансират от МЗ на бюджетен принцип. Приблизително половината от разходите за здравеопазване са за лечебни и рехабилитационни услуги. Въпреки опитите за задържане на болничната дейност чрез намаляване на броя на публичните болници и легла, въвеждане на лимити в дейността на болниците и на клинични и амбулаторни процедури, болничната помощ има най-голям дял в разходите за лечение и рехабилитация.

3.1 Здравни разходи

България има смесена публично-частна система на финансиране на здравеопазването. Здравеопазването се финансира от задължителни здравноосигурителни вноски, данъци, директни плащания от пациентите, доброволни здравноосигурителни премии, корпоративни плащания, дарения и външни финансираня. След въвеждането на здравноосигурителната система през 1998 – 1999 г. общите разходи за здравеопазване в абсолютна стойност и на глава от населението нарастват постоянно, дори и по време на финансовата криза през 2008 – 2009 г. Делът на общите здравни разходи от БВП също нараства (Таблица 3.1).

ТАБЛИЦА 3.1 Тенденции в здравните разходи в България, избрани години

РАЗХОДИ	2000	2005	2010	2015	%
					ПРОМЯНА 2000 – 2015
Общи разходи, ППС \$ на глава от населението	373	706	1059	1492	+300
Общи разходи, % от БВП	5.9	6.9	7.1	8.2	+39
Средногодишен темп на нарастване на общите разходи ^а	2.1 ^б	1.8	2.7	3.3	н/п
Средногодишен темп на нарастване на БВП ^а	2.0 ^б	2.6	2.8	3.6	н/п
Публични здравни разходи, % от общите разходи за здравеопазване	59.6	59.9	55.4	51.1	-14
Частни здравни разходи, % от общите разходи за здравеопазване	40.4	40.1	44.6	48.9	+21
Държавни здравни разходи, % от общите държавни разходи	8.5	11.2	10.9	10.3	н/п
Държавни здравни разходи, % от БВП	3.5	4.2	3.9	4.2	н/п

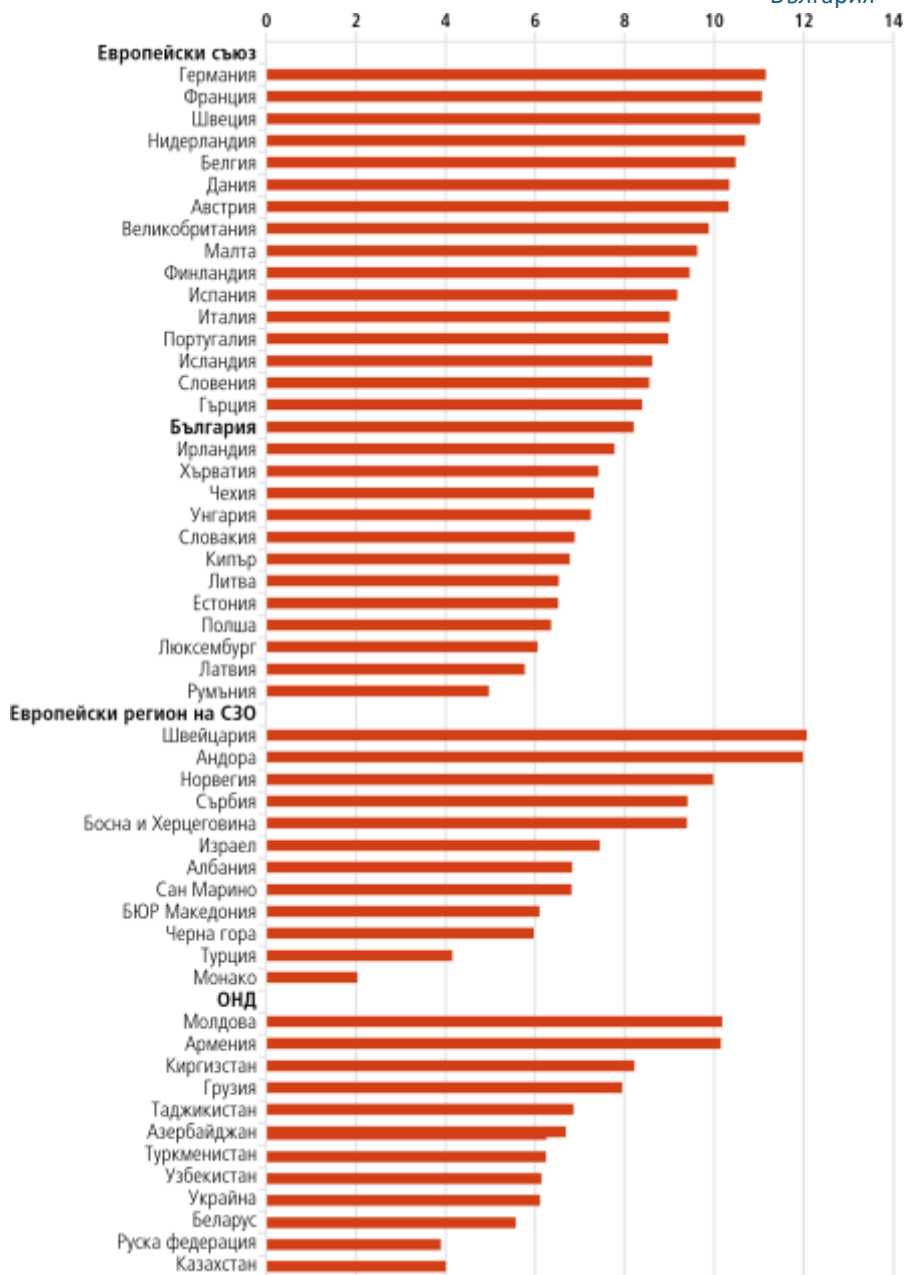
Директни плащания от пациентите, % от общите здравни разходи	40.4	38.9	43.1	47.7	н/п
Директни плащания от пациентите, % от частните здравни разходи	100	96.9	96.8	97.5	н/п
ДЗО, % от общите здравни разходи	0	0.3	0.5	0.4	н/п
ДЗО, % от частните здравни разходи	0	0.7	1.0	0.8	н/п

Източник: WHO Global Health Expenditure Database 2018.

Бележка: н/п: не е приложимо. ППС: паритет на покупателна способност; ^аИзчислен като средна стойност на годишните темпове на растеж в евро на база предходен период; ^бНа база 1995 г.

Делът от БВП на общите здравни разходи в България е под средния за ЕС15 (Фигура 3.1). Общите разходи като процент от БВП нарастват от 4.7% през 1998 г. до 7.2% през 2001 г. (WHO Regional Office for Europe 2018). През следващите години техният дял леко намалява до 6.5% през 2007 г., след което нараства до 8.2% през 2015 г. (Eurostat 2018), изпреварвайки

ФИГУРА 3.1 Здравни разходи като дял (%) от БВП в Европейския регион на СЗО, 2015 или последна година с налични данни

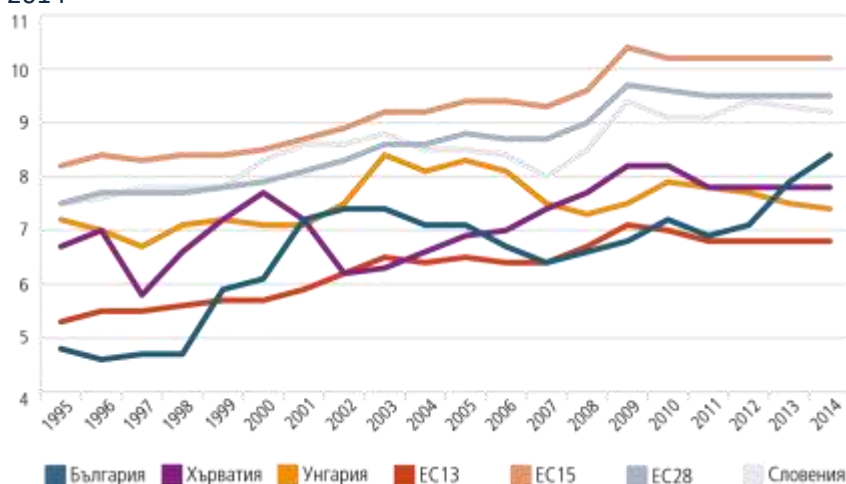


Източник: WHO Global Health Expenditure database 2018.

всички нови страни членки на ЕС (освен Словения) и средния за ЕС13 (Фигура 3.2). При намаляващ БВП през 2009 г. в резултат на финансовата криза, здравните разходи нарастват в сравнение с

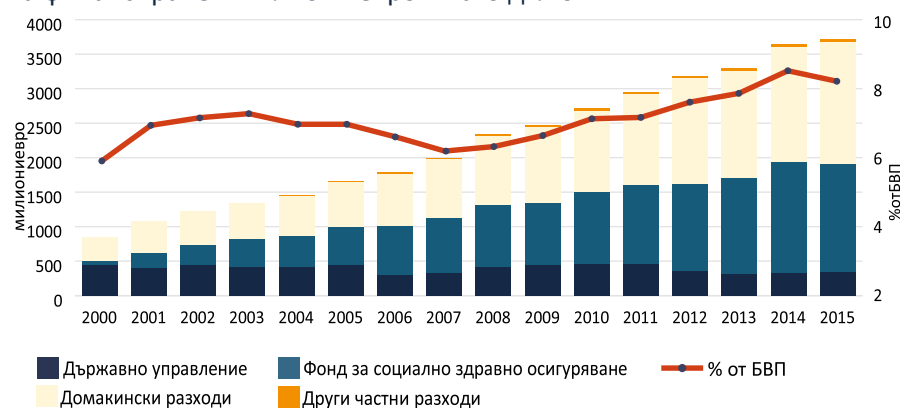
предходните 3 години и достигат 7.1% през 2009 г. Така общите разходи нарастват устойчиво и в абсолютна стойност (Фигура 3.3). Лекият спад в общите здравни разходи като дял от БВП между 2010 и 2011 г. вероятно е отражение на ръста на БВП, който изпреварва ръста в здравните разходи през 2011 г.

ФИГУРА 3.2 Тенденции в здравните разходи като дял от БВП в България, избрани страни и средно за ЕС, изчисления на СЗО, 1995–2014



Източник: WHO Regional Office for Europe 2018.

ФИГУРА 3.3 Тенденции в здравните разходи в България по източници на финансиране в милиони евро и като дял от БВП



Източник: WHO Global Health Expenditure database 2018.

Здравните разходи на глава от населението нарастват трикратно от 373 ППС в \$ през 2000 г. до 1492 ППС \$ през 2015 г., отразявайки едновременно ръста на БВП и на дела на общите здравни разходи от него (Таблицы 1.2 и 3.1). Така разликата между разходите за здравеопазване на глава от населението в България и средната стойност на показателя за ЕС намалява през последните 15 години. Обаче в България здравните разходи на глава от населението остават под средните за ЕС28 (3310 ППС\$) през 2015 г. (WHO, 2018). Сред страните членки на ЕС само Румъния и Латвия имат по-ниски разходи на глава от населението от България през 2015 г. (Фигура 3.4).

Докато държавните здравни разходи като % от БВП остават относително постоянни (около 4%) между 2000 г. и 2015 г. (Таблица 3.1), дялът на частните, предимно директни, плащания нараства от 2.2% през 2000 г. до 3.9% от БВП през 2015 г. (Eurostat 2018). Въпреки че и публичните, и частните разходи нарастват в абсолютна стойност, темпът на нарастване на частните разходи изпреварва този на публичните. Частните разходи като % от общите разходи нарастват от 39.1% през 2000 г. до 48.9% през 2015 г. (Таблица 3.1), което е втората най-висока стойност в ЕС след Кипър. Сравнявайки само директните плащания от пациентите, България има най-големия дял сред всички страни членки на ЕС (47.7% от общите разходи за здравеопазване през 2015 г.; Eurostat 2018). Междувременно публичните разходи за здравеопазване като дял от общите разходи за здравеопазване постепенно намаляват през целия преходен период от официално 100% през 1989 – 1990 г. до 51,1% през 2015 г. (WHO 2018). В сравнителен план дялът на публичните разходи в България е по-малък от всички с изключение на две европейски и девет страни от ОНД през 2015 г. (Фигура 3.5).

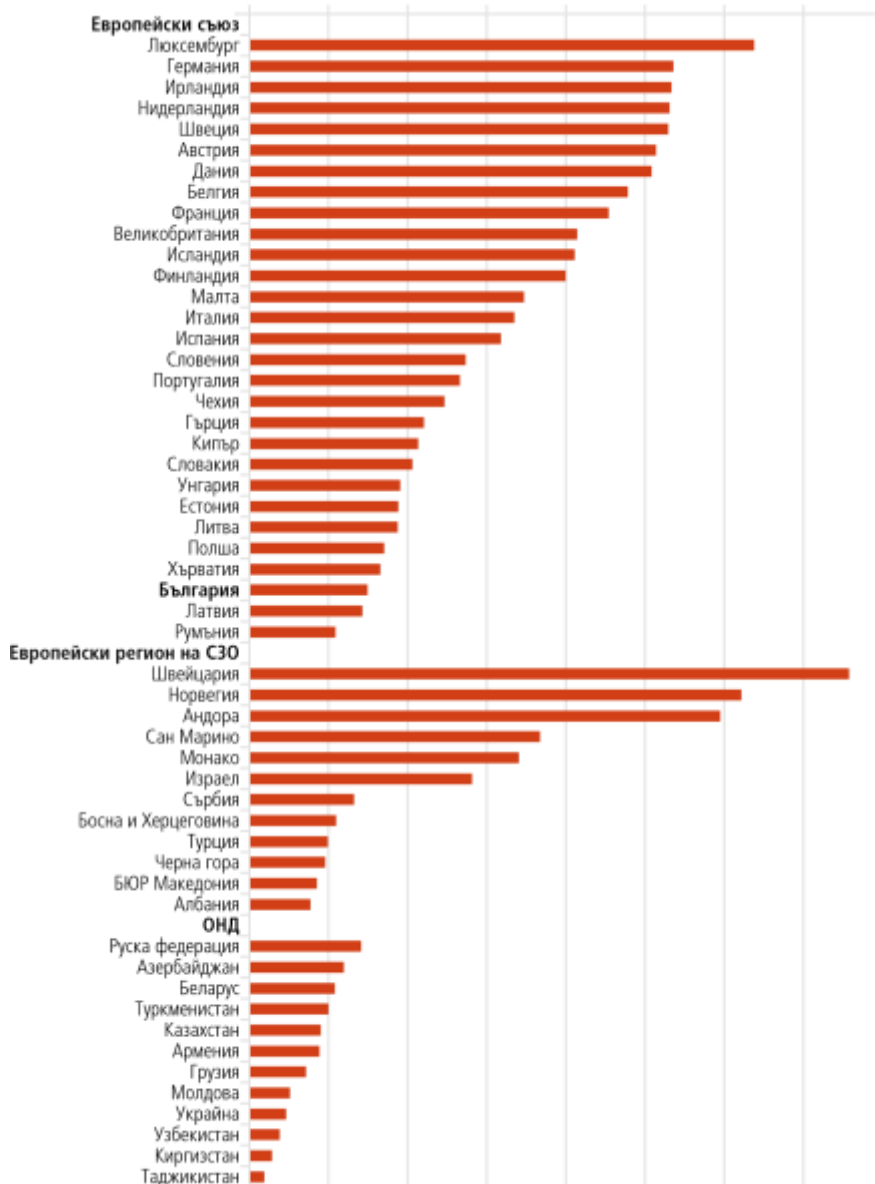
Дялът на публичните здравни разходи в общите държавни разходи (10.3% през 2015 г.) е сравним с този на новите страни членки на ЕС (Фигура 3.6), но по-нисък от средния за ЕС (15.3% през 2014 г.). През 2009 г. този индикатор достига най-ниската си стойност (9.1%) след 2000 г. (WHO 2018), отразявайки вероятно правителствените приоритети по време на икономическата криза.

Тенденцията на нарастване на частните (предимно директни) разходи като дял от общите разходи е стабилна, с някои вариации

през годините. Това може да се дължи на недостиг или по-скоро на неефективно използване на публичните ресурси за здравеопазване, предвид факта, че публичните разходи на глава от населението нарастват трикратно от 2000 г. (223 ППС \$) до 2015 г. (762 ППС \$)(WHO 2018).

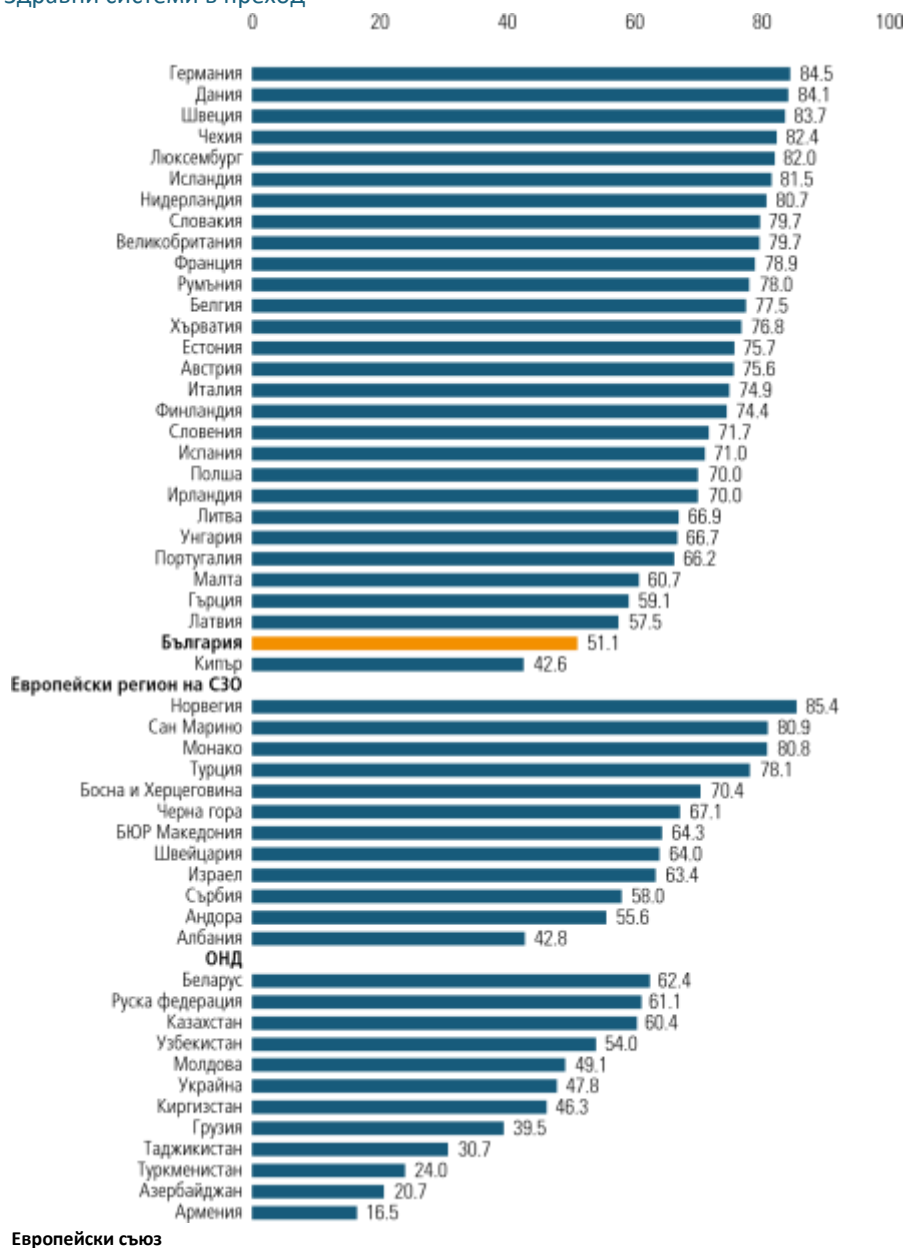
ФИГУРА 3.4 Здравни разходи в ППС на глава от населението в Европейския регион на СЗО, 2015 или последна година с налични данни

0 1000 2000 3000 4000 5000 6000 7000 8000



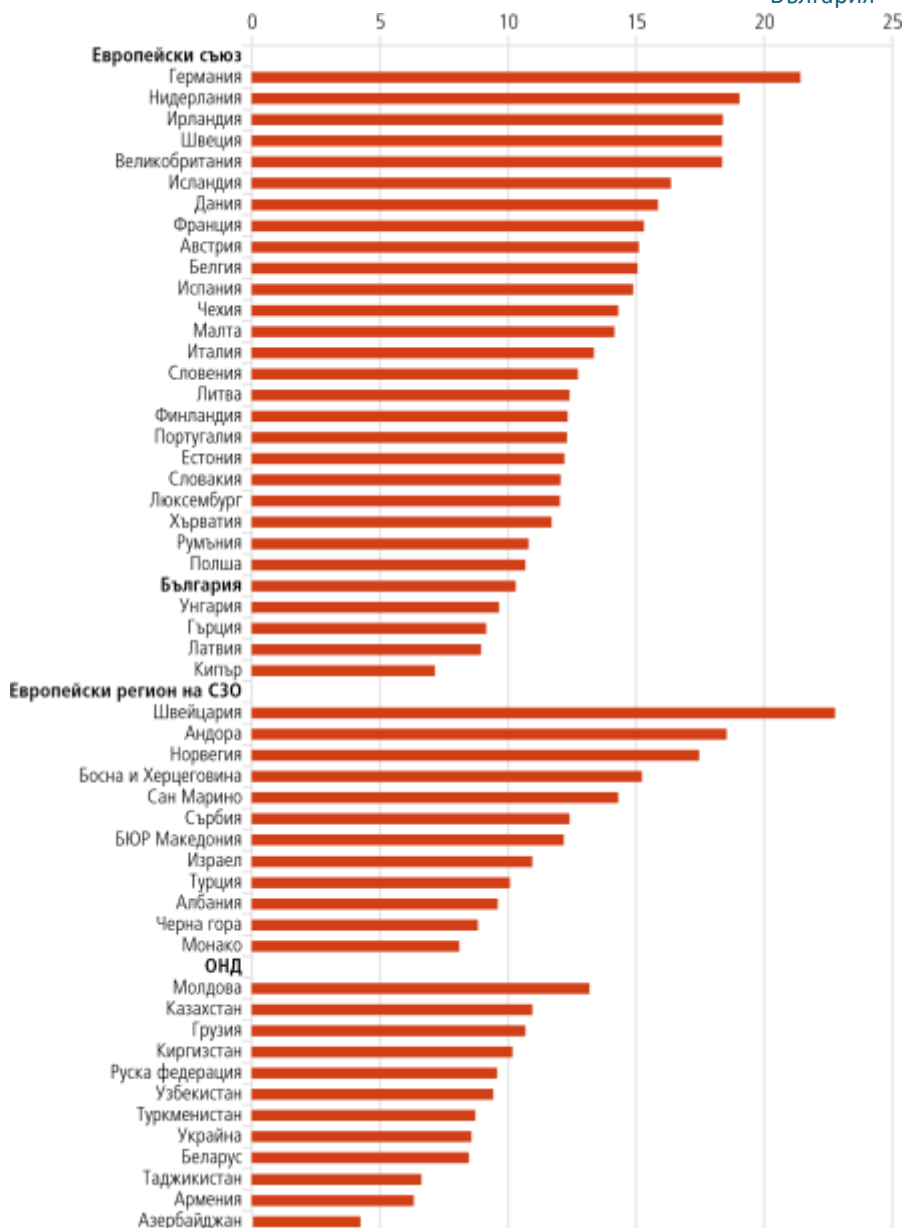
Източник: WHO Global Health Expenditure database 2018

ФИГУРА 3.5 Здравни разходи от публични източници като дял от общите разходи за здравеопазване в Европейския регион на СЗО, последна година с налични данни



Източник: WHO Global Health Expenditure database 2018

ФИГУРА 3.6 Публични разходи като дял от общите държавни разходи 2015, изчисления на СЗО



Източник: WHO Global Health Expenditure database 2018

Публичните разходи за здравеопазване се състоят от разходи на НЗОК, държавата (МЗ, министерствата със собствени лечебни заведения и централния бюджет) и общините. Делът на всеки

публичен източник в общите публични разходи за здравеопазване се променя през периода на преход. Делът на здравноосигурителните разходи постепенно се увеличава след 2000 г. и представлява най-големият публичен източник за финансиране на здравеопазването. През 2015 г. той е 41.9% (при 31.6% от общите разходи за здравеопазване през 2004 г.; WHO 2018). Едновременно с това държавните разходи като дял от общите здравни разходи намаляват от 26.3% през 2005 г. до 10.3% през 2015 г. (Eurostat 2018).

Приблизително половината на здравните разходи са за лечебни и рехабилитационни услуги (Таблица 3.2), варирайки между 51 и 54% през периода 2003 – 2010 г. и намалявайки до 48–49% през 2011 – 2015 г. Докато делът на болничната лечебна и рехабилитационна помощ в общите разходи за здравеопазване намалява от 41.1% през 2008 г. до 29.4% през 2015 г., делът на извънболничната помощ остава относително постоянен с около 14%, а разходите за дневната грижа нарастват до 4.7% през 2015 г.

Разходите за медицински стоки (лекарства и медицински изделия) заемат второ място в структурата на общите здравни разходи (Eurostat 2018). Техният дял нараства от 38.5% през 2003 г. до 40.7% от общите разходи през 2015 г., от които повече от 95% са за лекарства. В резултат разходите за лекарства на глава от населението (498 СПС) са четвъртите най-големи в ЕС след Германия, Франция и Белгия през 2015 г. (Eurostat 2018). Ръстът на разходите за лекарства и в абсолютна стойност (увеличението е тройно от 2003 г. до 2015 г.), и като % от общите здравни разходи е значителен и има най-голям принос за нарастването на директните плащания от пациентите предвид факта, че разходите за лекарства заемат най-голям дял в структурата на директните плащания. Традиционно близо 80% от разходите за лекарства са под формата на директни плащания (Eurostat 2018), което прави публичното осигуряване с лекарства най-ниското в ЕС, с изключение на Кипър (OECD/EU 2016).

Въпреки че услугите в областта на общественото здравеопазване, превенцията и здравната промоция са заявени като приоритетни от всички здравни власти, техният дял в общите здравни разходи е малък и допълнително намалява до под 3% през

2013 – 2015 г. (Eurostat 2018). Обаче в абсолютна стойност разходите за превенция и обществено здравеопазване нарастват всяка година след 2003 г. (с изключение на 2009 г. – не е показана в таблицата), достигайки най-високата си стойност през 2010 г. Разходите за превенция и обществено здравеопазване в абсолютна стойност са близо два пъти по-високи през 2015 г. спрямо 2003 г. (Eurostat 2018).

ТАБЛИЦА 3.2 Общи разходи за здравеопазване по функции в % от текущите разходи, избрани години

ФУНКЦИЯ	2003	2005	2010	2015	ЕС28 (2015) ^a
Лечебна и рехабилитационна помощ	51.2	54.1	51.9	47.7	л.д.
Болнична	33.7	40.3	л.д.	29.4	29.5
Извънболнична	14.5	13.7	л.д.	13.6	29.8
Дневна грижа	л.д.	0.05	л.д.	4.7	л.д.
Лекарства и медицински изделия	38.5	35.4	38.2	40.7	18.5
Спомагателни услуги	4.3	4.2	3.7	4.2	7.1a
Превенция и обществено здравеопазване	3.6	3.1	4.2	2.6	л.д.
Управление, администриране на здравната система и финансирането	1.4	1.6	1.3	1.3	л.д.
Други здрави услуги и категории ^a	1.0	1.6	0.7	3.5	л.д.

Източник: Eurostat 2018.

Бележка: л.д.: липсват данни. ^aДруги здравни услуги се различават от дефиницията на Евростат, тъй като служи като остатъчна категория и включва например дългосрочните грижи.

3.2 Източници на приходи и финансови потоци

Въпреки че в България съществува система на ЗЗО, основният източник на приходи за здравната система са частните плащания, повечето от които са директни плащания от пациенти и споделяне на разходи. Директните плащания се превръщат в основен източник

на приходи от въвеждането на здравноосигурителната система, въпреки че техният дял варира през годините. През 2000 г. дялът на директните плащания от текущите здрави разходи е 40.4%, намалява през 2005 г. и нараства значително до 47.7% през 2015 г. (Таблица 3.3 и Фигура 3.7). Преди въвеждането на здравноосигурителната система единствените частни разходи в здравната система са под формата на директни плащания от пациентите за услуги, извършвани от частните лечебни заведения (представляващи около ¼ от текущите разходи за здравеопазване). След 2000 г. тези директни плащания включват доплащане (споделяне на разходи) и заплащане на услуги, които не се поемат от НЗОК. В допълнение неспособността на здравноосигурителната система да осигури достъпа до здравните услуги и тяхното качество води до директни плащания за услуги, които всъщност са покрити от НЗОК.

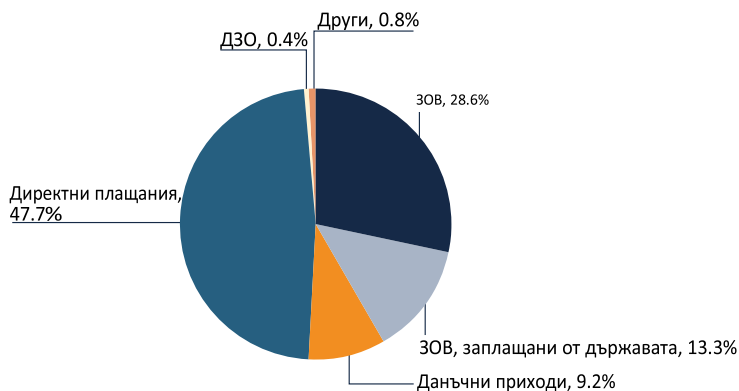
ТАБЛИЦА 3.3 Източници на приходи като % от общите здравни разходи

ИЗТОЧНИК НА ПРИХОД	1990 ^а	1995 ^б	2000	2005 ^б	2010 ^в	2015 ^в
Публични здравни разходи	100	73.3	59.6 ^б	60.7	55.4	51.1
МЗ	100	л.д.	17.8	17.4	17.6	9.2
Общини	н/п	л.д.	34.2	11.0	17.6	9.2
НЗОК ^г	н/п	л.д.	7.6	32.3	38.3	41.9
Частни здравни разходи	л.д.	26.7	40.4	39.3	44.6	48.9
Директни плащания	л.д.	26.7	40.4	38.9	43.1	47.7
Доброволно здравно осигуряване (ДЗО)	н/п	н/п	л.д.	0.3	0.5	0.4
Организации, обслужващи домакинствата (напр. НПО)	л.д.	л.д.	л.д.	0.7	0.5	0.6
Предприятия/фирми	л.д.	л.д.	л.д.	0.3	0.5	0.3

Източници: ^аKoulaksazov et al. 2003; ^бDimova et al. 2012; ^вWHO Global Health Expenditure

Database 2018. Бележки: н/п: неприложимо; л.д.: липсват данни. ^гВключва трансфери от данъчни приходи.

ФИГУРА 3.7 Дял от общите здравни разходи по източници на приходи, 2015 г.



Източници: Eurostat 2018; Сметна палата 2015а, 2016, 2017.

Директните разходи традиционно са около 97% от всички частни разходи. Въпреки че ДЗО беше въведено заедно със ЗЗО, то има незначителна роля за финансирането на здравната система. Друга малка част от частните разходи са корпоративни плащания, дарения и външно финансиране (не са включени във Фигура 3.8).

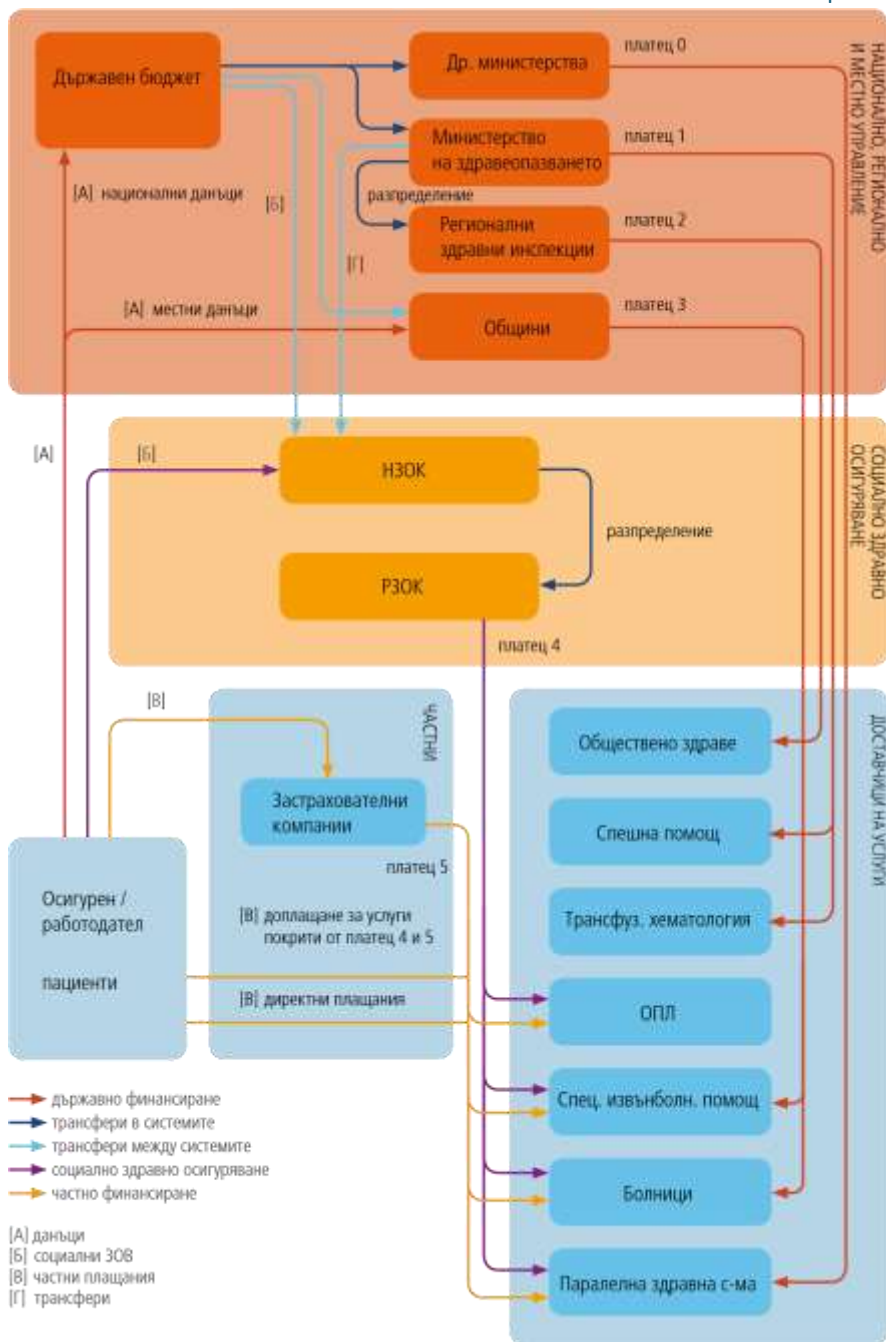
Задължителните здравноосигурителни вноски (ЗОВ) са вторият по размер източник на приходи (41.9% от общите разходи през 2015 г. (Таблица 3.3 и Фигура 3.7). Близко 99% от общите приходи на НЗОК се формират от ЗОВ. Те са обвързани с дохода и са определени със закон в размер на 8% от осигурителния доход. Вноските се заплащат от работниците и работодателите, индивидуално или от държавата (вж. 3.3.2 *Набиране на финансовите средства*). Задължителните ЗОВ, заплащани от работодателите и работниците, имат най-голям дял в общите приходи от вноски, който нараства от 56.7% през 2011 до 61.2% през 2016 г. (Фигура 3.9). Вноските, заплащани от държавата, представляват приблизително 1/3 от общите приходи от вноски, обаче покриват найголемия дял (около 60%) от осигурените лица, повечето от които са пенсионери и деца (вж. 3.3.1 *Покритие*). Въпреки че тези приходи се дефинират като ЗОВ, те произхождат от общи нецелевы данъци.

Здравноосигурителните приходи нарастват от създаването на НЗОК (с изключение на 2014 – 2015 г.). Прогнозните здравноосигурителни приходи за 2018 г. са повече от пет и половина

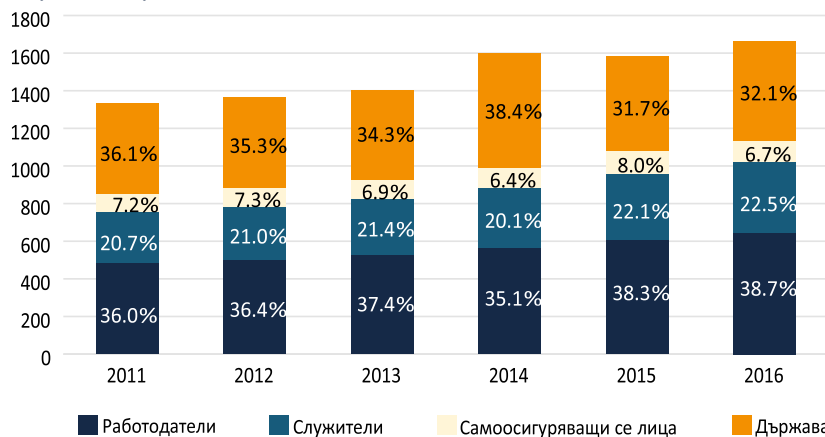
пъти по-големи в сравнение с първите години след въвеждането на здравното осигуряване. Няколко фактора допринасят за това: ръстът на БВП, увеличаването на минималната работна заплата и осигурителния доход, увеличаването на размера на ЗОВ от 6 на 8% през 2009 г., намаляването на безработицата, увеличаването през 2016 г. на осигурителната база за вноските, заплащани от държавата (вж. 3.3.2 *Набиране на финансовите средства*).

Третият източник на приходи, общите данъци (Фигура 3.7), са нецелеве приходи, постъпващи в бюджета на МЗ от държавния бюджет. Специфична особеност е, че МЗ прехвърля средства към НЗОК, които също са данъчни приходи, предназначени за оказване на здравни услуги на някои категории здравно неосигурени лица (за повече подробности вж. 3.3.3 *Събиране на фондовете*). Част от бюджета на МЗ се формира от приходи на РЗИ, националните центрове и Изпълнителната агенция по лекарствата под формата на такси за услуги, такси или глоби (за повече подробности вж. 3.3.2 *Набиране на финансовите средства*). Общините могат да използват приходи от местните данъци в допълнение към целевите трансфери за здравеопазване, които те получават от централния бюджет.

ФИГУРА 3.8 Финансови потоци в българската здравна система, 2018



Източник: компилация на авторите

ФИГУРА 3.9 Здравноосигурителни приходи по източници в милиони евро и в процент

Източник: Сметна палата, годишни одитни доклади за изпълнението на бюджета на НЗОК за съответните години.

Бележка: ЗОВ, плащани от държавата за значителна част от населението (например пенсионери, деца до 18-годишна възраст).

3.3 Преглед на задължителната система на финансиране

Здравноосигурителната система беше въведена през 2000 г. със Закона за здравното осигуряване от 1998 г., който радикално трансформира финансирането по два начина: първо, чрез прехвърляне на отговорността за финансиране на здравната система от държавата към гражданите и второ, чрез промяна на широчината, дълбочината и обхвата на покритието. До 2000 г. достъпът до здравни услуги беше безусловен и универсален, което означава свободен достъп до всички видове услуги за цялото население, предоставян от данъчно финансирана здравна система. С въвеждането на здравноосигурителната система достъпът беше предефиниран чрез обхвата и дълбочината на пакета от дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК. В допълнение държавата продължи да осигурява някои здрави услуги извън пакета на НЗОК за цялото население (например спешната помощ и трансфузионната

хематология). Така задължителната система на финансиране включва средствата от НЗОК и от държавата чрез бюджетите на МФ и МЗ.

3.3.1 Покритие

Широчина на покритието: обхванато от системата население

Съгласно Закона за здравното осигуряване (1998) всички български граждани са задължително осигурени. Освен тях задължително осигурени са и следните групи: български граждани, които са и граждани на друга страна, но живеят постоянно в България, чужди граждани или хора без гражданство с право на дългосрочно пребиваване в страната и хора със статус на бежанци или с хуманитарен статут или такива, на които е дадено право на убежище.

Съществува обаче значителен брой хора, които са на практика неосигурени. Проблемът стана очевиден през 2003 г., когато беше въведена електронна система, позволяваща на лечебните заведения да проверяват здравноосигурителния статус на пациентите, и НЗОК престана да заплаща за неосигурените лица. През 2003 г. броят на здравно неосигурените лица наброяваше повече от 2 милиона души. Бяха направени някои опити да се намали броя на здравно неосигурените лица, например с промени в регламента за възстановяване на правата. Независимо от това проблемът остава. По данни на НАП, 2 037 273 души (27.5%) са здравно неосигурени към края на 2016 г., 68.4% от които са регистрирани при общо практикуващ лекар (ОПЛ) (ИАМО 2017). В някои области неосигурените са повече от 25% от цялото население (27.5% в Кърджали, 25.7% в Разград, 25.4% в Добрич), докато в други техният дял е значително по-малък (13.5% в София-град, 14.5% в София област и 14.6% в Смолян; ИАМО 2017).

Точни данни за броя на здравно неосигурените лица липсват. Някои официални източници допускат, че около 50% от неосигурените са български граждани, които живеят в чужбина и 25% са трайно безработни, които изпитват финансови затруднения да заплащат ЗОВ. Останалата четвърт от неосигурените могат да си позволят да заплащат ЗОВ, но избират да не го правят по различни

причини, като например недоверие в здравноосигурителната система. Те заплащат ЗОВ (възстановявайки по този начин здравноосигурителния си статус) само в случай на сериозни здравни проблеми и необходимост, най-често от болнично лечение (Министерство на финансите 2014).

Хората губят покритието си, ако не са платили повече от три месечни вноски през последните 36 месеца. За да възстановят здравно осигурителните си права, гражданите трябва да заплатят всички дължими вноски за последните 60 месеца.

Официални данни за точния брой на хората, осигурени от държавата, липсват. Обаче пенсионерите и децата, които са осигурени от държавата по закон, формират значителна част от населението. През 2016 г. 30.6% от населението са пенсионери и 18.4% са деца до 19-годишна възраст (НОИ 2017). Общо те представляват около 60%⁵ от осигуреното население през 2016 г. Следва да се отбележи, че някои пенсионери работят по трудов договор или като самонаети лица, поради което те не се осигуряват от държавата, а лично или от техните работодатели. В допълнение деца над 18-годишна възраст, които не учат, са отговорни за здравните си осигуровки.

Обхват: услуги, които покрива системата

Здравноосигурителната система обхваща широк набор от здравни услуги и стоки, които формират основния пакет на НЗОК. Съгласно Закона за здравното осигуряване НЗОК заплаща за профилактика, скрининг, промоция на здравето, диагностика и лечение в извънболничната и болничната помощ, дългосрочни и рехабилитационни услуги, дентална помощ, лекарства за домашно лечение и медицински изделия, използвани в болничната помощ, медицински услуги в дома и транспорт по медицински причини.

Основният пакет се определя чрез три нормативни акта на МЗ:

⁵ Собствени изчисления, базирани на данни на НСИ за броя на населението през 2016 г., броя на населението от 0 до 19-годишна възраст, данни на НОИ за броя на пенсионерите и данни на НЗОК за броя на неосигурените лица през 2016 г.

- Наредба № 3 от 20.03.2018 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК
- Наредба № 8 от 03.11.2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията⁶
- Наредба № 7 от 06.11.2015 г. за критериите за определяне на заболяванията, за чието домашно лечение НЗОК заплаща напълно или частично лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели.

Конкретните услуги, включени в основния пакет на НЗОК, са определени по вид и обхват, по медицински специалности, по болести или групи от болести чрез друга наредба, издадена от МЗ. Важно е да се отбележи, че профилактичните прегледи и дейностите по диспансеризация, включени в основния пакет, се разглеждат в отделна наредба на МЗ.

Основният пакет включва:

- първична извънболнична медицинска помощ, която включва промоция на здравето и профилактика, оценка на здравния риск, дейности по диспансеризация, имунизации, определени по вид диагностични и лечебни услуги, домашни посещения и медицинска експертиза;
- специализирана извънболнична медицинска помощ, включваща консултации, профилактични прегледи, дейности по диспансеризация, медицинска експертиза и 64 високо специализирани дейности;
- извънболнични диагностични услуги; пакетът включва 184 диагностични теста по осем специалности (клинична лаборатория, клинична микробиология, медицинска

⁶ Терминът диспансеризация описва комплекс от лечебни, диагностични и профилактични услуги, които обикновено се оказват на хронично болни пациенти (диагнозите са определени с наредба). Диспансеризацията се изпълнява за пациенти с определени диагнози от лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ и включва регулярни прегледи и изследвания, медицинско проследяване и продължаващо и активно лечение. Тя има за цел предоставяне на интегрирана грижа за хора с хронични заболявания и превенция на последващи усложнения. Диспансеризацията като система на здравно обслужване произхожда от бившия Съветски съюз, въведена първоначално за пациенти с инфекциозни заболявания.

паразитология, вирусология, образна диагностика, обща и клинична патология, клинична имунология и имунохематология);

- извънболнична дентална помощ, обхващаща 17 услуги (първични, специализирани и хирургични) за деца до 18-годишна възраст; осем услуги (първични и хирургични) за лица над 18-годишна възраст и една допълнителна услуга за деца с психични заболявания;
- болнична помощ, която включва 267 клинични пътеки (с болничен престой не по-малък от 48 часа), четири клинични процедури (с продължителност на престоя до 24 часа) и 42 амбулаторни процедури, които не изискват хоспитализация. В допълнение към услугите, осъществявани от болниците, НЗОК заплаща за лекарства за болнично лечение на онкологични заболявания.

Основният пакет не включва дългосрочните сестрински грижи, дългосрочните грижи за възрастни хора, спа процедури, услугите в областта на трудовата медицина, алтернативната медицина, пластичната хирургия по желание, прекъсването на бременност по желание и контрацепцията.

Надзорният съвет на НЗОК издава списък със специфични заболявания, за които НЗОК заплаща напълно или частично лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели на базата на наредба на МЗ за критериите за определяне на тези заболявания. Последният списък съдържа 133 болести с 377 кода по Международната класификация на болестите (МКБ) (НЗОК Надзорен съвет 2016).

Лекарствата, предназначени за тези заболявания, които са напълно или частично платени от НЗОК, са определени в ПЛС, който се поддържа от НСЦРЛП. ПЛС съдържа 1744 лекарства към декември 2017 г. (НСЦРЛП 2017). НСЦРЛП поддържа ПЛС на базата на наредба, издадена с постановление на МС, и наредба на МЗ за оценка на здравните технологии (Министерски съвет 2011; Министерство на здравеопазването 2015б).

В допълнение здравни услуги и медицински продукти, извън обхвата на основния пакет, се заплащат чрез трансфери от бюджета

на МЗ към НЗОК. Такива услуги и продукти включват задължителни ваксини и ваксинации, извънболнично лечение на кожно-венерологични заболявания, интензивно лечение на здравно неосигурени лица и профилактика, диагностика и родилна помощ на здравно неосигурени жени.

Спешната помощ, болничната психиатрична помощ, трансфузионната хематология, инвитро процедурите и трансплантациите са покрити от държавния бюджет или специално създадени фондове.

Дълбочина: част от цената на дейностите в основния пакет, поета от НЗОК

Цената на медицинските услуги, включени в основния пакет, е покрита от НЗОК. Обаче за всяко посещение в извънболничната помощ, лабораторно изследване или болничен престой, включени в ЗЗО, всички пациенти, с малки изключения (децата, бременните жени, лицата с доходи под определен праг, пациенти с хронични заболявания и някои други групи), заплащат потребителски такси. Пенсионерите заплащат редуцирани потребителски такси (вж. 3.4.1 *Споделяне на разходи (потребителски плащания)*).

Цената на денталните услуги, включени в основния пакет, е само частично поета за пациенти над 18-годишна възраст. Доплащане се извършва за 11 от 17-те дентални услуги, осигурявани на деца до 18-годишна възраст. Пациентите заплащат по-малко от 20% от цената на повечето дентални услуги. НЗОК заплаща изцяло денталните услуги за някои – по-скоро ограничени – категории здравно осигурени лица, като деца и възрастни, живеещи в специализирани институции и деца с психични заболявания.

Доплащане за болнично лечение съществува, когато се използват медицински изделия. Някои медицински изделия са частично заплащани или незаплащани изобщо от НЗОК. В такива случаи, в допълнение към цената на лечението (цената на клиничната пътека), пациентите трябва да заплатят сами за медицинското изделие. Някои медицински изделия и диетични храни за извънболнично лечение са покрити до определено равнище, което обикновено е по-ниско от пазарната цена.

Дълбочината на покритието за лекарствата зависи от множество критерии, като предназначението на продукта (терапевтично, профилактично, палиативно, симптоматично или за поддържаща терапия), социалната значимост на заболяването, очакваните разходи и бюджетните възможности.

ПЛС дефинира конкретните нива на доплащане и реимбурсиране от НЗОК. НСЦРЛП определя реимбурсните нива за всяка група по международни непатентни наименования на базата на критерии, изброени в наредбата на МС за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, условията, правилата и критериите за включване, промени и/или изключване на лекарства от ПЛС:

- 100% ниво на реимбурсиране за лекарствените продукти, предназначени за хронични заболявания, водещи до тежки нарушения в качеството на живот или инвалидизация и изискващи продължително лечение;
- 75% ниво на реимбурсиране за лекарствени продукти за хронични заболявания с висока степен на заболяемост;
- за останалите лекарства, включени в ПЛС – до 50% ниво на реимбурсиране.

Съветът може да коригира нивото на реимбурсиране веднъж годишно. Реимбурсните нива за лекарства за болнично лечение, ХИВ, инфекциозни заболявания, ваксини за задължителна ваксинация и някои други са със 100% ниво на реимбурсиране, съгласно Закона за лечебните заведения и Закона за здравето.

3.3.2 Набиране на финансовите средства

Вноски към НЗОК

Задължителните ЗОВ се събират от НАП чрез нейните 28 поделения на областно равнище и се трансферират към НЗОК ежедневно. ЗОВ са специално предназначени за здравеопазване и могат да бъдат използвани само за предоставяне на здравни услуги и стоки на осигурените лица. Размерът на вноската е 8% (определен със закон)

от дохода. Съществуват минимален и максимален праг на дохода, които определят базата, на която се изчисляват осигурителните вноски. Минималният осигурителен доход за наетите и самонаетите лица се определя ежегодно със Закона за държавното обществено осигуряване и зависи от индустрията и изпълняваната професия. Минималният осигурителен доход за неосигурените лица нараства от 420 лв. (€215) през 2012 – 2016 г. до 460 лв. (€235) през 2017 г. Максималният осигурителен доход е 2600 лв. (€1329) през 2015 – 2017 г.

ЗОВ се заплащат от наетите (40%) и работодателите (60%), самостоятелно в пълен размер или от държавата (Таблица 3.4). За някои категории осигурени, като лица, получаващи обезщетения при временна загуба на работоспособност поради заболяване, бременност, раждане и майчинство, вноските се заплащат от работодателя. В тези случаи размерът на вноската е равен на дължимата част от нея, изчислена на базата на минималния осигурителен доход.

Държавният бюджет поема здравното осигуряване на повече от 3.5 милиона души, включително пенсионери; деца до 18-годишна възраст и ученици до 22-годишна възраст; студенти в редовна форма на обучение до 26-годишна възраст и докторанти; родители или съпрузи, които се грижат за лица със загуба на работоспособността над 90% и които се нуждаят от постоянни грижи; лица и членове на семейства, които получават социални помощи за непълнолетни сираци; ветерани от войните и военноинвалиди, лица, пострадали при отбраната на страната и при изпълнение на служебния си дълг; лица, кандидатстващи за статут на бежанци или право на убежище; затворници; лица без доходи, настанени в домовете за деца и младежи или в социалните домове; хора, получаващи обезщетения за безработица; хора с ниски доходи, подлежащи на социално подпомагане; и държавните служители. Обаче държавата не заплаща пълния размер на осигурителната вноска (Таблица 3.4). До 2016 г. държавата заплащаше здравни осигуровки в размер на 8% от половината от минималния осигурителен доход. По този начин, независимо от факта, че държавата заплаща за около 60% от осигурените лица (вж. 3.3.1. *Покритие*), тя има принос само за 1/3 от

здравноосигурителните приходи (вж. 3.2 *Източници на приходи и финансови потоци*). От 2016 г. базата за заплащане на ЗОВ беше увеличена до 55% от минималния осигурителен доход и с 5 процентни пункта през всяка следваща година до достигане на пълния размер на осигурителния доход за самоосигуряващите се лица.

ТАБЛИЦА 3.4 Основни категории осигурени лица и размер на осигурителните вноски

КАТЕГОРИИ ОСИГУРЕНИ ЛИЦА ВНОСКИ		БАЗА ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА ВНОСКАТА
Наети лица	8%, поделени между работодател и работник в съотношение 60:40	Размер на възнаграждението до 2600 лв. (€1329, максималният осигурителен доход за 2017 г.)
Самонаети лица, регистрирани земеделци и тютюнопроизводители	8%, заплащани от осигуреното лица	Деклариран доход между минималния и максималния осигурителен доход (размерът зависи от индустрията и професията)
Пенсионери	8%, заплащани от държавния бюджет	Размер на пенсията
Деца до 18 г., ученици до 22 г. и студенти в редовно обучение до 26 г.	8%, заплащани от държавния бюджет	55% от минималния осигурителен доход ^а
Граждани, които получават месечни социални или целеви помощи	8%, заплащани от държавния бюджет	55% от минималния осигурителен доход ^а
Безработни с право на обезщетения за безработица	8%, заплащани от държавния бюджет	Размер на обезщетението между минималния и максималния осигурителен доход
Безработни, които нямат право на обезщетения за безработица или	8%, заплащани от осигуреното лице	Избран доход, не по-нисък от половината от минималния осигурителен доход и

социално
подпомагане

максималния осигурителен
доход

Бележка: ^aОтнася се за 2016 г. Базата ще се увеличава с 5 процентни пункта всяка следваща година до достигане на пълния размер на минималния осигурителен доход за самоосигуряващите се лица до 2024 г.

Едноличните търговци, физическите лица, създали дружества с ограничена отговорност, партньорите в търговски дружества, практикуващите на свободна практика и лицата, които работят без трудова заетост или са безработни, носят лична отговорност за изплащането на пълния размер на вноската от 8% от осигурителния си доход до максималния размер. Хората, без деклариран доход и които не са осигурени на друго основание, са длъжни да заплащат ЗОВ в размер на най-малко 8% от половината от минималния осигурителен доход (460 лв., €235 през 2017 г.).

Централен държавен бюджет

През 2015 г. 341.71 милиона евро, генерирани от данъци (без трансферите в полза на специфични групи от населението), постъпват в здравната система. Това представлява 9.2% от общите здравни разходи през 2015 г. (Eurostat 2018).

Общите данъци са нецелеви приходи, постъпващи в бюджета на МЗ от централния държавен бюджет (вж. също 3.2 *Източници на приходи и финансови потоци*). Размерът на данъчните приходи за здравеопазване не е фиксиран и се определя ежегодно със Закона за държавния бюджет. НАП и нейните 28 поделения на областно равнище администрират събирането на данъците от 2006 г. НАП беше създадена в съответствие с препоръка на Международния валутен фонд и като част от по-мощен проект за подобряване на събираемостта на приходите към държавния бюджет, включващи подоходни данъци, данък добавена стойност (ДДС), патентен и корпоративен данък, както и здравноосигурителни и пенсионни вноски.

През 2017 г. 2.9% от данъчните приходи са разпределени към МЗ и общините и още 6.0% постъпват в НЗОК основно във вид на

здравноосигурителни вноски за лицата, осигурявани от държавата. Трансферите от държавния бюджет, предназначени за здравеопазване, към общините са 20.7% от общите данъчни приходи, отделени за здравеопазване през 2017 г. (в Закона за държавния бюджет). В допълнение към тези трансфери общините използват приходи от местни данъци за финансиране на здравни дейности. Общините сами определят ежегодно дела от общинския бюджет, предназначен за здравеопазване, но този дял обикновено е несъществен. Данъчните приходи на общините включват местни данъци и такси, като такса смет, данък сгради, данъци при сделки с имущество, и се събират от общините директно.

3.3.3 Събиране на фондовете

НАП събира приходите от данъци към държавни бюджет (включително общия данък върху доходите, корпоративните данъци, ДДС, патентния данък), здравноосигурителните вноски и социалните осигуровки, а Националната агенция по митниците събира акцизите и митата. Двете агенции са подчинени на Министерството на финансите.

Задължителните ЗОВ се събират от 28-те териториални поделения на НАП, които ги превеждат ежедневно по набирателна сметка на НАП. Получените средства в НАП отново ежедневно се превеждат по набирателната сметка на НЗОК. Трансферите обикновено се осъществяват веднъж месечно по административни и технически причини. От 2013 г. всички осигуровки (социални, здравни и други) се събират в единна сметка на НАП, което изисква повече време за разпределението и превеждането им по сметките на различните институции (като НЗОК) (Министерство на финансите и НЗОК 2013).

НЗОК разпределя фондовете към своите 28 РЗОК. Разпределението на бюджета на НЗОК се основава на броя и възрастовата структура на населението във всяка област, размера на средствата от предходни години и прогнози за бъдещите здравни потребности по области. Процесът е стандартизиран за цялата страна.

С цел ограничаване и контрол върху разходите, бюджетите на РЗОК са проспективни, разпределени по параграфи с месечни

годишни лимити, одобрени от НЗОК. В резултат средствата на РЗОК се изразходват в съответствие с тези предварително одобрени параграфи и на практика РЗОК управляват само административните си разходи. Обаче в рамките на фискалната година е възможно пренасочване на средства от един към друг параграф или искане на допълнителни средства по даден параграф, но с одобрение на НЗОК.

■ Държавният бюджет се разпределя между различните министерства в зависимост от предварително одобрени годишни бюджети. Средствата за здравеопазване се насочват към МЗ и другите министерства със собствени лечебни заведения. Общините получават целеви трансфери за здравеопазване от държавния бюджет, в зависимост от размера на общината и в съответствие със Закона за държавния бюджет.

Други трансфери се извършват между държавния бюджет и НЗОК и между МЗ и НЗОК. НЗОК получава месечни ЗОВ за тези групи от населението, които са осигурени от държавата. МЗ превежда средства към НЗОК, предназначени за задължителни ваксинации, осигуряване на специални услуги за някои категории здравно неосигурени лица (например интензивно лечение, родилна помощ на неосигурени жени) и доплащания за редуцираната потребителска такса за пенсионерите, която НЗОК заплаща на доставчиците на здравни услуги за всяко посещение на пациентите (вж. 3.4.1 *Споделяне на разходи (потребителски плащания)*).

3.3.4 Заплащане за медицинската помощ и отношения между платец и доставчик

Организационните взаимоотношения между „купувачите“ и „доставчиците“ на здравни услуги са регулирани със Закона за здравното осигуряване от 1998 г., както за публичния, така и за частния сектор (за заплащането и отношенията между платец и доставчик при ДЗО вж. 3.5 *Доброволно здравно осигуряване*). В публичния сектор отношенията между платеща (НЗОК) и лечебните заведения са основани на договорния модел. И публичните, и частните лечебни заведения могат да получават заплащане от НЗОК след подписване на договор с касата чрез нейните областни

поделения. НЗОК и съсловните организации на лекарите и зъболекарите подписват НРД, съответно за медицински и дентални услуги. НРД регулира лечебните заведения, обхвата на здравните услуги, методите за заплащане, цената на услугите, показателите за качество и механизмите за контрол и изпълнение на договорите. Всяка РЗОК сключва договори с доставчиците в областта, които отговарят на изискванията, посочени в НРД. През 2015 г. – 2016 г. беше направен опит да се въведе селективно договаряне между РЗОК и лечебните заведения на базата на Национална здравна карта (НЗК) чрез законодателни промени, които обаче бяха отменени от ВАС през 2017 г.

(Dimova 2016a; Dimova, Rohova 2017).

Индивидуалните договори между РЗОК и лечебните заведения не могат да включват услуги или условия, по-неблагоприятни от тези, предвидени в НРД. Индивидуалните договори включват ограничения в обема на дейностите, за които лечебното заведение ще получи заплащане от РЗОК.

През 2016 г. между РЗОК и лечебни заведения са сключени 13 434 индивидуални договори за извънболнична медицинска и дентална помощ и 365 договори за болнична помощ (НЗОК 2017a). Договори за болнична помощ са сключени с 311 болници, 42 лечебни заведения от извънболничната помощ и 12 диализни центъра. Броят на болниците, с които са сключени договори, нараства с 22 за периода 2014 – 2016 г.

РЗОК сключват индивидуални договори с аптеки на базата на правила и условия, разработени от НЗОК и Българския фармацевтичен съюз. През 2016 г. броят на аптеките, сключили договор с НЗОК/РЗОК е 2475 (НЗОК 2017a).

3.4 Директни плащания от пациентите

През 2015 г. директните плащания са в размер на 1770.82 милиона евро, представлявайки 47.7% от общите разходи за здравеопазване, 3.9% от БВП и 583.50 СПС на глава от населението (Eurostat 2018). За същата година само пет страни членки на ЕС имат по-високи

директни плащания на глава от населението (Кипър е на първо място с 698 СПС, следван от Австрия, Норвегия, Белгия и Финландия). Нещо повече, директните плащания на глава от населението в СПС нарастват 1.6 пъти в сравнение с 2010 г. и повече от три пъти спрямо 2003 г. (Eurostat 2018). Приблизително 2/3 от директните плащания са за лекарства, 15% за извънболнична (лечебна и рехабилитационна) помощ и 9% за болнична помощ (Фигура 3.10).

3.4.1 Споделяне на разходи (потребителски плащания)

Споделянето на разходи е въведено със Закона за здравното осигуряване от 1998 г. под формата на съвместни плащания (наричани в България потребителски такси) при посещения при лекар, зъболекар, лаборатория и болница за услуги, заплащани от НЗОК (Таблица 3.5). Потребителски такси плащат всички пациенти с някои изключения: деца; бременни жени и родилки до 45-ия ден след раждането; пациенти, страдащи от хронични заболявания, посочени в НРД; пациенти със злокачествени заболявания; медицинските професионалисти; хора с доходи под определен праг и някои други групи. Намалената потребителска такса за пенсионери до 1 лв. (€0.51) за посещение в извънболничната помощ, въведена в средата на 2008 лв. и премахната през 2011 г., беше възстановена отново през 2013 г. НЗОК заплаща на доставчиците на медицинска помощ разликата между редуцирания и пълния размер на потребителската такса.

Средствата за това идват от централния бюджет и се трансферират към НЗОК от МЗ. Потребителските такси се заплащат директно от пациентите на доставчиците на медицинска помощ при предоставянето на услугата.

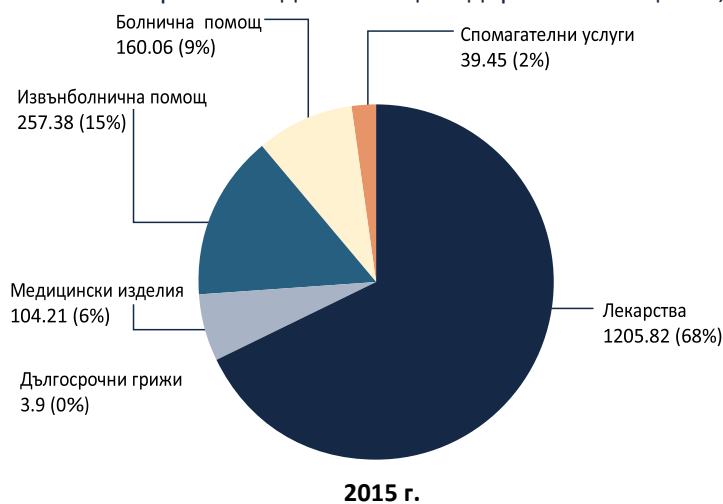
До 2012 г. потребителските такси бяха дефинирани като процент от минималната работна заплата (МРЗ), в зависимост от вида на услугата (например 1% от МРЗ за посещение в извънболничната помощ и 2% от МРЗ за всеки ден на хоспитализация до максимум 10 леглодни на година). По този начин потребителските такси нарастваха с увеличаването на МРЗ. МРЗ е най-ниското месечно възнаграждение, което работодателите могат

да заплащат по закон. Тя нараства от 79 лв. (€40.4) през 2000 г. до 290 лв. (€148.3) през 2012 г. и до 510 лв. (€260.7) през 2018 г. От 2012 г. размерът на потребителските такси беше фиксиран чрез постановление на МС на 2.90 лв. (€1.50) за всяко посещение в извънболничната помощ и 5.80 лв.

(€2.96) за всеки ден на болничен престой до не повече от 10 дни годишно.

Пациентите трябва да доплащат за денталните услуги, включени в основния пакет. Същото се отнася и за лекарствата за домашно лечение. Някои лекарства, включени в ПЛС, са напълно заплащани от НЗОК, но за други пациентите трябва да доплащат. Доплащанията са определени в НРД (вж. 3.7.1 *Заплащане за здравни услуги*).

ФИГУРА 3.10 Домакински разходи за здравеопазване по функции в милиони евро и като дял от общите директни плащания, 2015



Източници: Eurostat 2018; Сметна палата 2016.

Бележки: Извънболничната и болничната помощ се отнасят само за лечебни и рехабилитационни услуги. Директните плащания включват и споделянето на разходи. Липсват официални данни за размера на отделните видове директни разходи.

ТАБЛИЦА 3.5 Потребителски плащания за здравни услуги, 2018

ВИД НА	
ЗДРАВНА УСЛУГА	ПОТРЕБИТЕЛСКАТА ТАКСАЗАЩИТА

Посещение при ОПЛ	Фиксирана потребителска такса от 2.90 лв. (€1.50).	13 пациентски групи, включително деца, хронично болни, бременни и някои други са освободени от заплащане на потребителска такса. Пенсионерите заплащат редуцирана такса от 1 лв. (€0.51).
Посещение при специалист от извънболничната помощ	Фиксирана потребителска такса от 2.90 лв. (€1.50).	Същото като горното.
Извънболнични лабораторни изследвания	Фиксирана потребителска такса от 2.90 лв. (€1.50)	Същото като горното за случаите, в които се прилага потребителска такса.
Болнична помощ	Фиксирана потребителска такса от 5.80 лв. (€2.96) за всеки ден престой (до максимум 10 дни годишно). Допълнително плащане за „люксови“ болнични услуги (например избор на лекар или екип).	Същото като за посещения при ОПЛ и специалист, без редуциране на таксата за пенсионери Няма изключения.
Дентална помощ	Споделяне на разходите за услуги, включени в основния пакет на НЗОК.	Децата не заплащат или заплащат по-малко.
Лекарства за домашно лечение	Споделяне на разходите	Няма изключения.

Независимо от опасенията относно техния регресивен характер, съвместните плащания се възприемат като инструмент за ограничаване на ненужното търсене на медицинска помощ и са допълнителен източник на приходи за лечебните заведения, които могат да бъдат използвани за издръжка на практиките и закупуване на медицинско оборудване и консумативи.

Друга индиректна форма на споделяне на разходите съществува в болниците, когато пациентите доплащат за „люксови услуги“ като самостоятелна стая, ползване на телевизор в стаята, избор на лекар или екип. Допълнителното заплащане за тези услуги се основава на ценовата листа на болницата и варира между отделните болници.

През 2010 г. стана ясно, че в болничния сектор съществуват големи различия в цените за избор на лекар (според някои

съобщения в медиите, от приблизително 25 до 5000 евро). За да се преодолее тази ситуация, бяха въведени максимални цени за избор на лекар и/или екип. От 2011 г. болниците могат да получават от пациент, който желае да избере лекуващия си лекар, до 700 лв. (357 евро) и екип – до 950 лв. (485 евро).

В публичните болници пациентите могат да изберат от така наречените „VIP“ услуги (например „VIP“ стая). В повечето частни болници всички пациенти заплащат допълнителни такси за „люксови“ условия, доколкото други не съществуват. Допълнителното заплащане за луксови условия и избор на лекар са включени в общата цена на услугата. Тези допълнителни услуги в частните болници са неразделна част от болничния престой на пациентите и не могат да бъдат използвани отделно и независимо от медицинските услуги.

- Доброволното здравно застраховане може да покрие задължителните потребителски такси, особено за болничните услуги, денталните услуги и лекарствата (вж. 3.5 *Доброволно здравно осигуряване*). Когато пациентът получава медицинска или дентална помощ, заплащана от застрахователни компании, задължителните потребителски такси не се прилагат.

3.4.2 Директни плащания

Директни плащания има в три случая. Първо, пациентите заплащат за услуги и стоки, които не са включени в основния пакет на НЗОК по цени, определени от доставчика. Това включва например много от денталните услуги, дългосрочната рехабилитационна помощ и сестринските грижи, както и услугите в областта на пластичната хирургия по желание на пациента, някои лабораторни тестове, импланти, очила и различни медикаменти.

Второ, съществуват директни плащания за услуги и стоки, които са включени в основния пакет на НЗОК, но пациентите предпочитат (или са принудени) да ги получат извън стандартния „път“ на пациента в системата на задължителното здравно осигуряване. Например ако пациент отиде директно при специалист за преглед (услуга, която е включена в основния пакет) без направление от ОПЛ, той/тя ще трябва да плати за услугата. Същото

се отнася и ако пациентът отиде директно в лаборатория, болница или друг ОПЛ, който не е неговият/нейният личен лекар. Пациентите са мотивирани от различни причини да изберат този начин за получаване на медицинска помощ. Те може да търсят по-бърз достъп до услугите, от които се нуждаят, или да търсят услуги по желание. Но най-важната причина е, че хората често се сблъскват с административни и други препятствия пред услугите, от които се нуждаят, следвайки стандартния „път“ на пациента (например общопрактикуващият им лекар е отказал или забавил да издаде направление за специалист, лаборатория или болница, поради изчерпване на месечния лимит направления, определен от НЗОК).

Директни плащания възникват и в случаи, в които лекар насочва пациент за консултация към лечебно заведение, което няма сключен договор с НЗОК. Ако пациентът няма доброволна здравна застраховка, покриваща тази услуга, той/тя ще трябва да заплати за нея със собствени средства.

Регионалните неравенства в достъпа, които съществуват в България (Рохова 2015), също допринасят за директните плащания за услуги и стоки, които са включени в основния пакет на НЗОК.

За някои лекарства, които са частично покрити от НЗОК, реимбурсирането е по-малко от потребителската такса за посещение при лекар. В такива случаи потребителската такса е равна на или по-голяма от частта от цената на лекарството, заплащана от НЗОК, и пациентът може да предпочете да закупи лекарството директно в пълен размер, вместо да посети лекар, който да му го предпише.

Трето, неосигурените лица също трябва да заплащат директно за медицинските услуги или стоки, освен ако не потърсят спешна медицинска помощ.

Лечебните заведения, независимо от тяхната собственост (публична или частна), имат собствена ценова листа и определят как пациентите заплащат в посочените по-горе случаи.

3.4.3 Неформални плащания

Неформалните плащания включват всички неофициални плащания за стоки и услуги, които би трябвало да бъдат безплатни за пациента

и финансирани от НЗОК, както и регламентираните плащания, за които доставчикът не издава касова бележка.

Според последният Евробарометър за корупция, публикуван през октомври 2017 г., 8% от българските респонденти, които са имали контакт с публичния здравен сектор през последните 12 месеца, съобщават за неформални плащания (European Commission 2017a). Това е шестият найголям резултат (споделен с Латвия) след Румъния (19%), Унгария (17%), Гърция (13%), Литва (12%) и Австрия (9%).

Проследявайки резултати от национални представителни проучвания на неформалните плащания и корупционните практики в здравеопазването, изглежда, независимо от различните инструменти, използвани в тях, че неформалните плащания като цяло намаляват през годините (Таблица 3.6).

ТАБЛИЦА 3.6 Изследвания на неформалните плащания

ГОДИНА, ЗА КОЯТО СЕ ОТНАСЯТ ДАННИТЕ	ДАННИ ЗА НЕФОРМАЛНИ ПЛАЩАНИЯ	ИЗТОЧНИК
1994	43% от 1000 респонденти съобщават, че са платили директно за официално безплатни услуги в държавни здравни заведения.	Delcheva, Balabanova, McKee 1997
2006	22,4% от пациентите в болниците са посочили, че са плащали медицински дейности по нерегламентиран начин (за хирургични операции, консултации и др.), 11,4% са плащали на санитар и 7,3% – на медицински сестри.	Димова, Попов, Рохова 2007
2007	3% от пациентите съобщават за неформални плащания. Неформалните плащания в болничната помощ представляват 11.7% от всички директни плащания за болнична помощ. Неформалните плащания в извънболничната първична и извънболничната специализирана помощ са съответно 61.1% и 53.7% от всички директни плащания.	Институт Отворено общество – София 2008

2010 и 2011	13% от пациентите, които са плащали директно за извънболнична помощ, са платили неформално през 2010 г. (10% през 2011). 32% от пациентите, които са плащали директно за болнична помощ, са платили неформално през 2010 г. (18% през 2011 г.).	Atanasova 2014
2013	8% от респондентите (които са имали контакт с публичната здравна система) съобщават за неформални плащания.	European Commission 2014a
Октомври 2017	8% от респондентите (които са имали контакт с публичната здравна система) съобщават за неформални плащания.	European Commission 2017a

Пациентите обикновено плащат неформално, за да си осигурят по-добри условия на лечение и качество на услугите в болниците. Друга форма на неформални плащания е когато близки на пациенти, нуждаещи се от кръвопреливане, заплащат на трети лица, за да дарят кръв.

От началото на 2018 г. НЗОК заплаща частта от дължимата потребителска такса за посещения в извънболничната помощ за пенсионерите само ако е издадена касова бележка на пациентите, в допълнение към другите отчетни документи. Очаква се тази мярка да намали потребителските плащания, за които не се издават касови бележки (възприемани също като неформални плащания), но тя е ограничена само до някои случаи.

3.5 Доброволно здравно осигуряване

Доброволното здравно осигуряване (ДЗО) е въведено със Закона за здравното осигуряване от 1998 г., за да се диверсифицират източниците на приходи за здравната система. Въпреки това пазарът на ДЗО е все още ограничен и покрива относително малък дял от населението.

До 2013 г. ДЗО се осъществяваше от работещи с цел печалба акционерни дружества, предназначени единствено за ДЗО и предоставящи седем осигурителни пакета, включващи от превенция до комплексна медицинска помощ.

До месец август 2013 г. всички дружества за доброволно здравно осигуряване (ДДЗО) трябваше да бъдат прелицензирани по реда на Кодекса за застраховането от 2003 г. По този начин българското законодателство в областта на ДЗО беше хармонизирано с това за общото застраховане на ЕС (Dimova 2016b). Всички застрахователни компании са търговски акционерни дружества, контролирани от КФН и функциониращи като дружества за общо или животозастраховане. ДЗО се основава на договори за медицинска застраховка, която покрива финансови рискове, свързани с предоставянето на здравни услуги и стоки. Те обикновено се отчитат по три различни класове застраховки – „заболяване“ (при общото застраховане), „заболяване“ и „постоянна здравна застраховка“ (при животозастраховането), в зависимост от това дали застрахователната компания е лицензирана за общо или животозастраховане. В допълнение някои договори се отчитат към КФНН по други класове застраховки, като „злополука“ или „помощ при пътуване“ (Капитал 2017б). Отчитането на договорите за медицинска застраховка по тези различни класове води до непълни данни за пазара на ДЗО.

3.5.1 Роля и размер на пазара

ДЗО покрива допълнителни услуги и потребителски плащания, които не се поемат от НЗОК (като специфични лабораторни изследвания, дентални услуги и лекарства), допълващи услуги (например по-добро обслужване и свободен избор на лекар или екип в болница), както и услуги, включени в основния пакет на НЗОК (посещения при специалист, болнично лечение, профилактика). Това означава, че за някои услуги хората с доброволно здравно осигуряване имат двойно покритие.

През 2015 г. разходите за ДЗО са все още в размер на само 0.4% от общите разходи за здравеопазване и 0.8% от частните здравни разходи (вж. Таблица 3.1).

Когато ДДЗО преустановиха дейността си през 2013 г., броят на хората с ДЗО нарасна с 16.3% до 175 000 осигурени лица (2.4% от населението) в сравнение с 2012 г. (КФН 2013). До 2016 г. броят на лицата, притежаващи здравна застраховка, нарасна до 700 451 души (9.8% от населението). Повечето от здравно застрахованите лица

(96%) са на възраст между 18 и 65 г. и само 3% са деца под 18-годишна възраст. Делът на застрахованите лица над 65-годишна възраст намалява от 1.5% през 2015 г. до 0.9% през 2016 г., основно поради факта, че повечето полици през 2016 г. са корпоративни (ИАМО 2017).

3.5.2 Структура на пазара

Потребителски профил

Въпреки че индивиди, семейства и компании могат да закупуват застрахователни полици, индивидуалните здравни застраховки имат незначителна роля за общите разходи за здравеопазване. Повечето клиенти на застрахователните дружества са фирми, стимулирани от данъчните облекчения. Обаче тъй като данъчните облекчения не са съществени, работодателите са водени главно от желание за повишаване на удовлетвореността на персонала и за редуциране на разходите, свързани със заболяване и отсъствие от работа.

Традиционно повечето от клиентите на застрахователите са компании, които купуват полици в полза на работниците, въпреки че техният относителен пазарен дял намалява (98% през 2009 г. и 85 – 90% през 2016 г.; КЗК 2009; Капитал 2017б). Индивидуалните полици са 10 – 15%, повечето от които покриват членове на семейства на хора, застраховани от техния работодател (Капитал 2017б). Тази характеристика се запазва, като през 2016 г. 96% от новоподписаните договори са с корпоративни клиенти за разлика от 2015 г., когато повечето нови полици (71%) са били продадени на индивидуални клиенти. Тази промяна в структурата на полиците би могла да обясни 34%-то увеличение на броя на здравно застрахованите лица през 2016 г. спрямо предходната година.

Основната причина за значително по-ниския дял на индивидуалните полици е достъпността на застрахователните премии. Премиите за индивидуални клиенти са много по-високи, отколкото за груповите (корпоративните) клиенти. Освен това някои ограничения в допустимостта биха могли също да допринесат за по-малкия дял на индивидуалните договори. Например застрахователната компания може да откаже да подпише

индивидуални и дори семейни договори с хора над 65-годишна възраст, докато за груповите полици, които включват повече от 50 лица, няма възрастови ограничения.

Профил на застрахователите

През 2013 г. десет ДДЗО бяха прелицензирани, три се сляха и шест преустановиха дейност (Нейков 2013). През 2016 г. 23 компании (16 общозастрахователни и седем за животозастраховане) отчитат към КФН приход по застраховка „заболяване“ (КФН 2017а, 2017б), от които 16 компании (14 за общо застраховане и две животозастрахователни) предлагат пакети за ДЗО (ИАМО 2017), а останалите покриват рискове при заболяване (което технически не се приема за ДЗО, тъй като се компенсират само загуби на доход). През същата година четири от 16-те общозастрахователни компании и две от 7-те животозастрахователни, които предлагат застраховка „заболяване“, имат 57.6% дял от пазара по общо застраховане и 72.5% дял от животозастрахователния пазар (КФН 2017а, 2017б). Една от компаниите, оперираща на пазара на ДЗО, има 41% дял от пазара на индивидуалните полици и 34% от пазара на груповите полици през 2016 г. (ИАМО 2017).

В резултат на реформата от 2013 г. премиите по застраховки „заболяване“ и „злополука“ на пазара на общо застраховане нараства с 126.1% през 2013 г. в сравнение с 2012 г. (КФН 2013). Груповите застраховки „заболяване“ бележат най-голям ръст на пазара на общо и животозастраховане през 2013 и 2014 г. (КФН, 2013). През 2015 и 2016 г. общият премиен приход и плащанията по застраховка „заболяване“ продължават да нарастват (Таблица 3.7). Премиите и плащанията по застраховка „заболяване“ на животозастрахователния пазар дори изпреварват ръста на пазара на общо застраховане (Таблица 3.8). През първите 10 месеца на 2017 г. общият премиен приход по застраховка „заболяване“ е в размер на 42.36 млн. евро.

ТАБЛИЦА 3.7 Премии и плащания по застраховка „заболяване“ в млн. евро (общозастрахователен пазар)

	2012	2013	2014	2015	2016	31.10.2017	% ПРОМЯНА 2013 – 2016
Премии	0.18	18.68	22.40	22.27	22.76	22.27	21.8
Плащания	0.03	12.97	12.53	14.09	15.44	13.11	19.0
Комбинирано съотношение ^a	0.76	1.97	0.92	0.95	1.05	–	

Източник: КФН 2017б.

Бележка: ^aСъотношение на плащанията (загубите) и съотношение на разходите.

ТАБЛИЦА 3.8 Премии и плащания по застраховки „заболяване“ и „здравна застраховка“ в млн. евро (животозастрахователен пазар)

	2012	2013	2014	2015	2016	31.10.2017	% ПРОМЯНА 2013 – 2016
Постоянна здравна премии	1.22	0.30	0.21	0.18	0.16	–	–46.7
застраховка плащания (3 – 10 години)	0.43	0.14	0.07	0.04	0.03	–	–78.6
Застраховка премии „заболяване“	0.01	6.20	11.96	14.48	18.66	20.09	201.1
плащания	0.00	1.26	5.25	6.02	6.39	7.01	407.1

Източник: КФН 2017а.

3.5.3 Пазарно поведение

ДЗО се осъществява на основа на договор и е в съответствие с предпочитанията и рисковия профил на клиента. Повече от 90% от договорите са годишни и изискват подновяване (Капитал 2017а).

Застрахователните премии се определят на базата на риска за индивидуалните клиенти (индивидуалния риск) или на базата на риска за общността при груповите клиенти (еднакви за всички членове). Премиите за корпоративни клиенти се изчисляват въз основа на актюерски критерии, като размер на групата, възраст и

пол, както и предишния опит на застрахователната компания с клиента, поради което варират значително.

Застрахователните компании предлагат различни видове застрахователни пакети, които покриват извънболнични, болнични и дентални услуги, домашно лечение, медицински транспорт, лекарства и медицински изделия. Застрахователите предлагат различно покритие за онкологични, хронични и психични заболявания. Някои компании може напълно да изключат онкологичните заболявания, докато други могат да покриват само диагностика и ранно лечение (Капитал 2017а). Обезщетенията могат да бъдат предоставяне на услуги или възстановяване на разходи до предварително определен в договора лимит.

От 2013 г. извънболничната лечебна и рехабилитационна помощ има най-голям дял в общите текущи разходи за здравно застраховане (Таблица 3.9). Петдесет и един процента от застрахованите лица са имали покритие за амбулаторни медицински услуги, 42.5% за болнична помощ, 38.4% за профилактика и 17.2% за стоматологични услуги през 2016 г. (ИАМО 2017). Броят на застрахованите лица, които са предявили претенции към застрахователите, нараства с 37% между 2015 г. и 2016 г., но като дял от всички застраховани, той остава приблизително един и същ (50% през 2015 г. и 51% през 2016 г.) (ИАМО 2017).

Застрахователите избирателно сключват договори с публични и частни лечебни заведения. Нивото на заплащане се определя от пазара.

■ Най-често прилаганият механизъм на заплащане е таксата за услуга.

3.5.4 Обществени политики

Пазарът на доброволното здравно осигуряване е регулиран и контролиран от КФН надзор и МЗ. КФН лицензира всички застрахователни компании, които предлагат доброволно здравно осигуряване, ако те отговарят на изискванията, например за капитал от 7 млн. лв. за животозастрахователните компании. В допълнение КФН одобрява сливанията на застрахователи. От друга страна, Изпълнителната агенция „Медицински одит“ (ИАМО) на МЗ

контролира медицинските дейности, оказвани на лицата, покрити от ДЗО в съответствие със застрахователния договор.

Дейностите по ДЗО са освободени от ДДС. Работодателите получават данъчни облекчения до 60 лв. (€30.7) месечно за всеки осигурен от 2008 г. (съгласно Закона за корпоративното подоходно облагане от 2007 г.). Индивидуалните клиенти също получават данъчни облекчения в размер на до 10% от техния годишен облагаем доход общо за доброволно пенсионно осигуряване, здравни застраховки и застраховки „живот“ (Закон за облагане на доходите на физическите лица от 2007).

Засилването на ролята на ДЗО е призната цел, но липсва ясно виждане за необходимите промени и в ЗЗО, и в ДЗО. Обсъждани са основно две решения: първо, създаване на трети стълб на задължително допълнително здравно осигуряване и второ, въвеждане на свободен избор на фонд за задължително здравно осигуряване. През 2016 г. една предвиждана промяна в основния пакет на НЗОК през 2016 г. се очакваше да засили ролята на ДЗО, обаче беше отменена от ВКС като противоконституционна и в нарушение на правата на пациентите за равен достъп до медицинска помощ (вж. 6.1 *Анализ на последните реформи*).

ТАБЛИЦА 3.9 Разходи от доброволно здравно осигуряване общо и по функции в млн. евро и като дял от общите текущи разходи за здравеопазване, 2013 – 2015

		2013	2014	2015	% CHANGE 2013– 2015
Доброволно здравно осигуряване	млн. евро	11.48	12.24	14.79	28.8
	% от ОТР	0.35	0.34	0.40	14.3
От които:					
болнична лечебна и рехабилитационна помощ	млн. евро	0.75	1.16	1.33	77.3
	% от ОТР	0.02	0.03	0.40	1900.0
	% от ДЗО	6.50	9.50	9.00	38.5

извънболнична лечебна и рехабилитационна помощ	млн. евро	5.47	7.56	8.87	62.2
	% от ОТР	0.17	0.21	0.24	41.2
	% от ДЗО	47.60	61.80	60.00	26.1
домашни лечебни и рехабилитационни услуги	млн. евро	1.36	1.57	1.85	36.0
	% от ОТР	0.04	0.05	0.05	25.0
	% от ДЗО	11.80	12.80	12.50	6.0
други услуги, неизвестни	млн. евро	3.91	1.95	2.73	-30.2
	% от ОТР	0.12	0.05	0.07	-41.7
	% от ДЗО	34.10	15.90	18.50	-45.8

Източник: Eurostat

2018. Бележка: ОТР: общи текущи разходи.

3.6 Други източници на финансиране

3.6.1 Паралелна здравна система

Паралелни здравни системи се управляват от министерствата на отбраната, транспорта, информационните технологии и комуникациите, на вътрешните работи, на правосъдието и на МС. Те притежават и управляват лечебни заведения, включващи пет военни многопрофилни болници и три болници за продължително лечение, две транспортни многопрофилни болници и един диагностично-консултативен център, един Медицински институт с многопрофилна болница и регионални здравни заведения, две специализирани болници, 14 медицински центъра и една специализирана болница за затворници и една многопрофилна правителствена болница. Всички лечебни заведения, с изключение на тези, управлявани от Министерството на правосъдието, могат да сключат договор с НЗОК и да обслужват пациенти извън контингента на съответните министерства. Лечебните заведения, притежавани от Министерството на правосъдието, са основно финансирани от неговия бюджет, но могат да получават и заплащане от НЗОК за лица, обслужвани по реда на задължителното здравно осигуряване. Отношенията между лечебните заведения на

Министерството на правосъдието и НЗОК не са законодателно изяснени. Липсва детайлна информация за размера на финансирането на паралелната здравна система.

3.6.2 Външни източници на финансиране

От средата на 90-те години българската здравна система е получила значителна чуждестранна помощ, включително от правителствени заеми, международни проекти и грантове от различни правителства, институции и организации. Най-големият бенефициент е МЗ, но лечебните заведения, основно болниците, също получават чуждестранни инвестиции.

След приемането на България в ЕС основната част от чуждестранните инвестиции са получени по програми на ЕС, които са използвани основно за структурни промени в здравната система и развитие на човешките ресурси. През текущия програмен период (2014 – 2020) България е получила финансиране в размер на 9.88 милиарда евро по 10 различни програми. Текущите и важни проекти в областта на здравеопазването са (МЗ 2018д):

- Проект „Специализация в здравеопазването“, реализиран с финансовата подкрепа на ОП „Развитие на човешките ресурси“ 2014 – 2020, съфинансиран от ЕС чрез Европейския социален фонд (общ бюджет: 5 496 628.40 лв., €2 810 381.47, с 25% национално финансиране; период на изпълнение 2016 – 2019). Основните дейности по проекта включват предоставяне на стипендии и заплащане на такси за теоретично и практическо обучение.
- Проект „Подобряване на условията за лечение на спешни състояния“, финансиран от Европейския социален фонд чрез ОП „Развитие на човешките ресурси“ (общ бюджет: 7 млн. лв., 3.57 млн. евро; период на изпълнение 2017 – 2019). Проектът ще осигури подкрепа на работещите в системата на спешната медицинска помощ и създаването на Националния център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ.
- МЗ е бенефициент по ОП „Региони в растеж“ 2014 – 2020 със подпрограмата „Регионална здравна инфраструктура“ и

общо финансиране в размер на 83 597 313,00 евро (МЗ 2018б). Към началото на 2018 г. обаче, договор за тези средства все още не е подписан.

- Безвъзмездна финансова помощ чрез отпуснати от Европейската комисия средства от фонд „Солидарност“ за ремонт на многопрофилната болница в Силистра, по Заявление 2015BG16SPO001 за щети от природни бедствия през 2015 г.

Бюджет: 30 983.81 лв. (€15 841.77).

Друг проект, осъществяван от Агенцията по обществени поръчки на МФ, но с приложение и в здравната система, е развитието, приложението и поддържането на единна национална електронна платформа: Централизирана автоматизирана информационна система „Електронни обществени поръчки“. Този портал за обществени поръчки е създаден с финансовата подкрепа на програма ФАР и ОП „Административен капацитет“, съфинансирана от ЕС чрез ЕСФ. Общият бюджет на проекта е 6 999 982 лв. (3 589 млн. евро) с 1 049 997.3 лв. (€536 855) национално финансиране и период за изпълнение 2016 – 2020. Всички доставчици на здравни услуги и институции са задължени да използват централизираната електронна платформа за обявяване на обществени поръчки и сключване на договори.

От 2008 г. МЗ изпълнява две програми с финансовата подкрепа на Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария: Програма „Подобряване на контрола на туберкулозата в България“ (2008 – 2012) и Програма „Укрепване на националната програма по туберкулоза в България“ (2010 – 2015).

В допълнение Световната банка работи от години в България и поднови рамката си за партньорство със страната през 2016 г. Здравните проекти са включени в рамките на развитието на човешките ресурси и социалното приобщаване, особено насочени към достъпа до интегрирани и дългосрочни грижи през текущия програмен период 2017 – 2022 (World Bank 2015, 2016a,b).

България е и бенефициент на Европейската икономическа зона и на Норвежкия финансов механизъм за 2009 – 2014 г. Програмата

за инициативи в областта на общественото здраве беше насочена към социално-икономическите различия и териториалните дисбаланси в областта на детското здраве и психичното здраве и достъпа на ромското население до качествено здравно обслужване (бюджет от 13,415 милиона евро и национално съфинансиране в размер на 2,367 милиона евро).

Освен това съществува финансиране от Швейцария в размер на 76 милиона швейцарски франка (65,67 милиона евро) до 2019 г. чрез 15 проекта. През последния програмен период (2011 – 2017 г.) домашните сестрински грижи са финансирани с 2,4 милиона швейцарски франка (2,1 милиона евро) (Swiss Agency for Development and Cooperation SDC, State Secretariat for Economic Affairs SECO 2015).

3.6.3 Други източници на финансиране

Сравнително малки по размер приходи, в сравнение с други източници, постъпват от благотворителност от физически лица, частни компании, фондации и НПО.

Съгласно Кодекса на труда, на работещите в публични и частни компании се извършват регулярни профилактични прегледи. Изисква се работодателите да сключват договори със служби по трудова медицина, за да се осигурят необходимите услуги.

Финансирането от неработещи с цел печалба организации, обслужващи домакинствата и компаниите, заедно представлява по-малко от 1% от общите текущи разходи за здравеопазване (Таблица 3.10).

ТАБЛИЦА 3.10 Финансиране от НПО и компании в милиони евро и в % от общите текущи разходи за здравеопазване

	2013	2014	2015
Финансиране от неработещи	16.15	16.6	20.66
млн. евро			
с цел печалба	0.49	0.46	0.56
организации			
% от ОТР			
млн. евро			
Финансиране от предприятия	12.76	13.45	10.79
% от ОТР	0.39	0.37	0.29

3.7 Механизми за заплащане

3.7.1 Заплащане за здравни услуги

Българските лечебни заведения се финансират чрез различни методи в зависимост от вида на платеща и доставчика. В системата на ЗЗО лечебните заведения се финансират проспективно за услугите, които предоставят на населението, чрез заплащане на такса за услуга или на глава от населението (капитация). Размерът на заплащането се договаря преди извършване на услугите, за да се намали финансовия риск за платеща. Плащанията се извършват след предоставяне на услугите на месечна база. Когато лечебните заведения имат сключен договор със застрахователна компания, те получават заплащане на база такса за услуга. Прилаганите методи за заплащане са представени в Таблица 3.11.

Дейностите по обществено здравеопазване, извършвани основно от РЗИ, са финансирани от Министерството на здравеопазването чрез общ бюджет. Бюджетът на РЗИ се съставя на исторически принцип (основани на разходите от предходната година с отчитане на инфлацията и бюджетния ръст). Някои услуги, извършвани от РЗИ, се заплащат директно от потребителите на база такса за услуга (например лабораторни тестове, извършвани по желание на потребителя).

Други здравни заведения, които се финансират от държавния бюджет чрез бюджета на МЗ, са центровете за спешна медицинска помощ, държавните психиатрични болници и медико-социалните домове за деца. Държавните психиатрични болници и медико-социалните домове за деца се финансират за престой на ден от МЗ, като се поемат всички услуги и разходи за пациент на ден (за сестрински труд, общи разходи, за храна и т.н.), както и капиталовите разходи.

ТАБЛИЦА 3.11 Механизми на заплащане на доставчиците

	НЗОК		ЧАСТНИ	СПОДЕЛЯНЕ	ДИРЕКТНИ ПЛАЩАНИЯ
	МЗ	ЗАСТРАХОВАТЕЛИ		НА РАЗХОДИ	
ОПЛ	–	К, ТУ	ТУ	ПТ	ТУ
Специалисти от извънболничната помощ	–	ТУ	ТУ	ПТ	ТУ
Лаборатории	–	ТУ	ТУ	ТУ/ПТ	ТУ
Зъболекари	–	ТУ	ТУ	ТУ	ТУ
Болници (стационарни услуги)	ЛД ^а	КП	ТУ	ПТ	ТУ
Болници (амбулаторни услуги)	–	ТУ	ТУ	ПТ	ТУ
Дългосрочни грижи (вкл. хосписи)	–	–	ТУ	ПТ	ЛД/ТУ
Обществено здравеопазване	ОБ	–	–	–	ТУ

Бележки: ОБ: общ бюджет; К: капитация; ТУ: такса за услуга; ЛД: леглоден; КП: на случай (чрез клинични пътеки); ПТ: потребителска такса (вж. 3.4.1 *Споделяне на разходи* (потребителски плащания)).^а само за психиатричните болници.

Първична помощ

Първичната помощ се финансира основно на капитационен принцип (за услугите, предоставяни от ОПЛ) и чрез такса за услуга (за дейностите на денталните лекари). Първичната медицинска помощ се заплаща от НЗОК на база сключен договор, в съответствие с НРД. Съгласно договорите заплащането е месечно за осигурен пациент, включен в пациентската листа на ОПЛ. Размерът на капитационното заплащане варира за различните възрастови групи. Съгласно НРД 2017 ОПЛ получават 1.37 лв. (€0.70) месечно за пациент от възрастовата група 0 – 18 г.; 1.05 лв. (0.54 евро) за пациент от 18 до 65 г. и 1.47 лв. (€0.75) за пациент над 65-годишна възраст. НЗОК заплаща на ОПЛ допълнително 0.11 лв. (€0.06) на пациент за осигуряване на достъп до първична помощ извън

обявения работен график на практиката. ОПЛ от своя страна заплащат на други лечебни заведения, които предоставят неотложна помощ на техните пациенти в извън работно време и през почивните дни на базата на сключени договори.

Допълнителни плащания на базата на такса за услуга ОПЛ получават за:

- Профилактични дейности по програма „Детско здравеопазване“, включително имунизации – ОПЛ получават 10.50 лв. (€5.37) за профилактични прегледи на деца до 1 г. и 9.50 лв. (€4.86) за деца между 1 и 18 г. и 4.50 лв. (€2.30) за имунизации, независимо от възрастта;
- Ваксинации срещу рак на маточната шийка (4.00 лв., €2.05) и ротавирусните гастроентерити (7 лв., €3.58) в изпълнение на съответните национални програми;
- профилактични дейности по програма „Майчино здравеопазване“ (7 лв., €3.58);
- дейности по диспансерно наблюдение. Размерът на заплащането зависи от това дали пациентът страда от едно (9.50 лв., €4.86), две (11.40 лв., €5.83) или повече (13.30 лв., €6.80) заболявания;
- профилактични прегледи за ЗЗОЛ над 18 г. (12 лв., €6.14) и ваксинации (4.50 лв., €2.30);
- работа в отдалечени населени места или населени места с лоша инфраструктура и други неблагоприятни условия [през 2017 г. броят на такива населени места е 1074 и месечните плащания за практика на ОПЛ в тях варира от 139 лв. (€71.1) до 972 лв. (€497)]; ■ прегледи на ЗЗОЛ от други области (5.50 лв., €2.81 за преглед).

ОПЛ получават и потребителска такса за всяко посещение на пациент (2.90 лв. или 1 лв. за пенсионерите). Те получават заплащане във вид на такса за услуга за дейности, извън основния пакет (например за издаване на медицински свидетелства). Първичната помощ се заплаща и с такса за услуга от неосигурените пациенти.

Дентална помощ

Денталната помощ се заплаща на база такса за услуга от НЗОК и пациентите или само от пациентите. НЗОК и Българският зъболекарски съюз договарят цените на ограничен брой дентални услуги, включени в основния пакет. Заплащането от страна на НЗОК на лечебните заведения за извънболнична дентална помощ е определено в НРД за дентална помощ и покрива само определена част от цената на услугите. Съгласно НРД за дентална помощ за 2017 г. цените варират от 2.50 лв. (€1.30) до 139.7 лв. (€71.40) в зависимост от вида на услугата и категорията пациенти (за повече подробности вж. 3.3.1 *Покритие*). НЗОК заплаща допълнителни 20% от цената за услугите на зъболекари, които работят при неблагоприятни условия. Повечето от денталните услуги се доплащат от пациентите. Денталната помощ се заплаща на база такса за услуга от неосигурените пациенти, както и от осигурени пациенти за услуги, които не са включени в основния пакет.

Специализирана извънболнична помощ

Специализираната извънболнична помощ и лабораторните услуги се заплащат на база такса за услуга. В НРД за медицинска помощ за 2017 г. са определени следните такси за специализирани извънболнични услуги:

- първичен преглед при специалист – 20 лв. (€10.22), приблизително два пъти по-висока такса в сравнение с 2005 лв. (11.50 лв., €5.88);
- вторичен преглед по повод на същото заболяване или състояние 9.50 лв., (€4.86).

Лечебните заведения за специализирана извънболнична помощ получават и заплащане за:

- профилактични прегледи за пациенти, включени в програмите за детско и майчино здравеопазване и за пациенти над 18-годишна възраст, принадлежащи към определена рискова група; таксите са малко по-високи от тези в първичната помощ (12.00 лв., €6.14);

- диспансерно наблюдение (12.50 лв., €6.38 на преглед);
- експертиза за оценка на работоспособността (7.00 лв., €3.58);
- специализирани медицински дейности, като биопсия, ехокардиография, лазертерапия; цените за различните услуги варират от 5.00 лв. (€2.56) до 40.77 лв. (€20.85);
- физиотерапевтичен курс на лечение: първичен преглед (7.00 лв., €3.58), процедури (1.80 лв. всяка, €0.92) и финален преглед (9.00 лв., €4.60).

Специалистите получават потребителски такси за всяко посещение на пациентите, както и директни плащания. Конкретните цени за всички диагностични изследвания в извънболничната помощ, включени в основния пакет на НЗОК, са определени в НРД за медицински дейности.

Болнична помощ

Болниците получават заплащане основно за случаи, чрез т.нар. „клинични пътеки“ (от 2001 г.), клинични и амбулаторни процедури. През 2017 г. клиничните пътеки са 292 (158 през 2001 г.), заплащани по определена фиксирана цена. Клиничните и амбулаторните процедури са въведени през 2016 г., в опит да се оптимизира болничната помощ. Въведени са четири клинични процедури, изискващи болничен престой до 24 часа (като диализно лечение при остри състояния и интензивни грижи за новородени с асистирано дишане) и 42 амбулаторни процедури (като перитонеална диализа, химиотерапия, оперативно отстраняване на катаракта), които не изискват хоспитализация (вж 5.4.1 *Дневен стационар*).

Цените на клиничните пътеки, клиничните и амбулаторните процедури, заплащани от НЗОК, са определени в НРД и са обект на договаряне между НЗОК и БЛС. Цените се изчисляват на базата на разходите за медицински дейности, спомагателните услуги и до два контролни прегледа и консултации след изписването на пациентите от болницата. Обаче на практика цените зависят повече от способността на НЗОК да заплаща за услугите, отколкото от реалните разходи за извършване на болничните услуги. В допълнение към цените на определени клинични пътеки, болниците

получават заплащане за медицински продукти като лекарства за лечение на онкологични заболявания, кохлеарни импланти, клапни протези и др.

Болниците също получават потребителски такси (5.80 лв., €2.97 на ден болничен престой до максимум 10 дни годишно) от задължително здравноосигурени пациенти, приети по клинични пътеки, такси за услуги по желание и такива, които не са покрити от НЗОК, заплащани директно от пациентите, и плащания по линия на ДЗО.

Лекарства

Повечето лекарства се заплащат директно от пациентите по пазарни цени. Някои лекарства (предимно предназначени за лечение на хронични заболявания), които са покрити от ЗЗО, се заплащат напълно или частично от НЗОК (вж. 3.3.1 *Покритие. Широчина на покритието: обхванато от системата население*). Определени скъпоструващи лекарства (например за лечение на онкологични заболявания) се заплащат от НЗОК чрез бюджета на МЗ (вж. също 5.6 *Лекарствоснабдяване*).

3.7.2 Заплащане на медицинските професионалисти

Заплащането на медицинския персонал е различно за отделните професионални групи по отношение на методите и размера. Методите за заплащане на лекарите зависят от това, дали те работят в първичната, специализираната или болничната помощ.

ОПЛ са собственици на своите практики по закон и техният доход се формира от месечните плащания от НЗОК и разходите им за издръжка на практиката. Разходите на ОПЛ са основно за наем на помещения, оборудване, материали и консумативи и сестрински персонал. През 2016 г. най-голям дял в средния месечен приход на ОПЛ има капитационното заплащане (50.4%), следвано от плащанията по програма „Диспансерно наблюдение“ (22.8%), профилактични прегледи за пациенти над 18 г. (12.4%) и програма „Детско здравеопазване“ (11.8%) (НЗОК 2017б). Друга значима част от приходите на ОПЛ се формира от потребителски такси и директни плащания. Средномесечните плащания от НЗОК за един

ОПЛ нарастват с 90% между 2007 г. и 2016 г. [от 1897 лв. (€970) през 2007г. до 3600 лв. (€1 840) през 2016 г. (НЗОК 2017a)].

Специалистите от извънболничната помощ, както и зъболекарите, ако са самонаети, получават заплащане за услуга по различни цени в зависимост от вида на услугата (вж. 3.7.1 *Заплащане за здравни услуги*).

Методите за заплащане на персонала и за услугите са идентични.

В случаите, в които специалистите от извънболничната помощ и зъболекарите са наети по трудови договори в публични или частни лечебни заведения, техният доход обикновено се формира от заплата и надбавка, свързана с обема на дейността. Заплатите и бонусите на лекарите са обект на договаряне между работодателя и наетото лице. Бонусите обикновено са около 35-40% от приходите на лечебното заведение, получени от НЗОК и директните плащания от пациентите. В съответствие с Колективния трудов договор в здравния сектор от 2016 г. минималната месечна работна заплата за лекар с една медицинска специалност е 960 лв. (€490.80), а за лекар с две специалности е 990 лв. (€506.20) (МЗ 2016a). Средномесечното плащане от страна на НЗОК на специалист е 1210 лв. (€619) през 2007 г. и 1929 лв. (€986.30) през 2016 г. (ръст от 60%; НЗОК 2017a). Подобно на ОПЛ, специалистите също получават значим приход от потребителски такси и частни плащания в допълнение към плащанията от НЗОК.

В болничната помощ механизмите за заплащане на медицинския персонал зависят от вида на лечебното заведение (частно или публично). Като цяло се използва комбинация от методи за заплащане, като видът и собствеността на лечебното заведение определят преобладаващия метод. Лекарите, работещи в държавни и общински болници, получават основна заплата и свързани с извършената работа бонуси. Последните се основават на броя на услугите, заплатени от НЗОК, директно от пациентите и от други източници. Средствата за допълнителни възнаграждения зависят от финансовото състояние на лечебното заведение и приходите. В случаите, в които публични болници изпитват финансови затруднения, допълнителните възнаграждения са незначителни или въобще липсват. Съгласно Колективния трудов договор в здравеопазването от 2016 г., минималната работна заплата

(без допълнителните бонуси) за лекар, участващ в диагностично-лечебния процес, варира между 830 лв. (€424.40) и 1170 лв. (€598.20), в зависимост от собствеността на болницата, квалификацията и длъжността на лекаря (МЗ 2016а). За сравнение, минималната работна заплата за страната през 2016 г. е 420 лв. (€214.70), а средната месечна заплата в сферата на здравеопазването и социалните услуги през декември 2016 г. е била 1068 лв. (€546) (НСИ 2018з).

Средната месечна заплата в сектор здравеопазване нараства с 40% от 1351.14 лв. (€691) през 2010 г. до 1897.91 лв. (€970) през 2016 г. (Салчев, Станева 2018). През 2016 г. наетите в специализираните болници, центровете за лечение на онкологични заболявания и университетските болници имат най-висока средна месечна заплата (2200 – 2400 лв.; €1125 – 1227), а тези, в държавните психиатрични болници и специализираните болници за рехабилитация – най-ниските (1100 – 1200 лв.; €562 – 614) (Салчев, Станева 2018).

В частните болници механизмите на заплащане се договарят в трудовите договори директно между работодателя и наетото лице за всички категории персонал (лекари, специалисти по здравни грижи, зъболекари, фармацевти, управленски и административен персонал, помощен персонал). В повечето случаи бонусите, свързани с извършената работа, имат съществен дял в доходите на медицинския персонал.

Лекарите и другите професионалисти, работещи в здравни институции, финансирани от бюджета на МЗ, като националните центрове и РЗИ, получават предимно заплата. Минималните стартови заплати, установени в Колективния трудов договор в здравеопазването, са по-ниски в сравнение с тези в публичните и частните лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ, които са регистрирани като търговски дружества.

Медицинските сестри и другите здравни професионалисти (физиотерапевти, лаборанти, зъботехници и помощник-фармацевти), наети в лечебните заведения, обикновено получават заплата. Те също могат да получават бонуси, свързани с извършената работа, в допълнение към заплатата. Размерът на тези възнаграждения варира в широки граници. Минималните стартови заплати, определени в Колективния трудов договор в сферата на

здравеопазването, зависят от вида на организацията и длъжността и варират от 700 лв.(€358) до 890 лв. (€455) за месец (МЗ 2016а).

Минималната работна заплата, определена в Колективния трудов договор за здравния сектор, за фармацевти, които работят в лечебни заведения, е по-ниска от тази за лекарите-специалисти, но сравнима със заплата за лекарите без специалност. Фармацевтите, работещи в аптеки и дрогерии, получават заплата, договаряна между работодателя и наетото лице на пазарен принцип.

Материални и човешки ресурси

Структурата и разпределението на материалните и човешки ресурси в здравния сектор на България се характеризират с неравновесия и значителни диспропорции. Болничният сектор традиционно се характеризира със свръхкапацитет и независимо от това продължава да расте. През 2016 г. в страната има 321 болници с малко под 50 000 легла общо. Увеличението на болниците и на леглата се дължи главно на частния сектор, докато броят на публичните болници (държавна и общинска собственост) е относително неизменен. Наблюдават се значителни регионални различия в броя на стационарните заведения в полза на тези, разположени в градовете.

В здравната система на България работят повече от 120 000 души или приблизително 5.5% от заетите на основен трудов договор. Броят на лекарите на 1000 души население устойчиво расте, от 3.27 през 1990 г. на 4.06 през 2015 г., което поставя България над средното за ЕС28 равнище (3.5 на 1000 души). Броят на лекарите-специалисти е много по-голям, отколкото на общопрактикуващите лекари, като последните представляват само 15% от всички практикуващи лекари и това е вторият най-нисък дял в ЕС преди Гърция. Нещо повече, броят на общопрактикуващите лекари непрекъснато намалява.

Бързото застаряване и изтичането на лекари поради емиграция има за резултат големи регионални диспропорции и недостиг в осигуреността с лекари в някои специалности. Броят на медицинските сестри остава относително стабилен на много ниско равнище, България регистрира най-ниското отношение на медицински сестри на лекар за всички страни членки на ЕС, 1.1 на

■ лекар. Това рязко контрастира с най-голямата наситеност с дентални лекари на 1000 население в ЕС през 2016.

■ 4.1 Материални ресурси

4.1.1 Капитал и инвестиции

Болничният сектор в България традиционно се характеризира със свръхкапацитет, който по редица причини непрекъснато нараства от гледна точка на броя на болниците и на леглата (вж. 5.4 *Болнична медицинска помощ* и 7.5 *Ефективност на здравната система*). Като цяло болниците имат мотивацията да приемат повече пациенти и да предлагат широк кръг услуги, което води до недостатъчно използване и неефективност на амбулаторния сектор. През 2016 г. броят на болниците е 321 (срещу 312 болници през 2010 г.) с общ леглови капацитет от 49 589 легла. (Таблица 4.1).

Собствеността на болничните заведения е смесена и въпреки че броят на публичните болници (включващи държавните и общинските) е сравнително стабилен – общо 210, делът на частните болници расте всяка година. През 2016 г. броят на частните болници е 111 (срещу 88 през 2010 г.), което представлява 33% от всички болници и 22.6% от всички легла. Многопрофилните болници за активно лечение формират найголямата група – 34% от всички болници и 51% от леглата през 2016 г., макар че относителният им дял в болничното обслужване намалява. Специализираните болници за активно лечение заемат второ място и представляват 51% от всички специализирани болници с 43.5% от леглата през 2016 г. Броят за лечебните заведения за извънболнична помощ (медицински, дентални, диагностични и консултантски центрове и лаборатории) нараства от 1170 през 2011 г. на 2029 през 2016 г.

В отличие от болниците за активно лечение, броят на болниците за долекуване и продължително лечение остава стабилен през годините, което е крайно недостатъчно и съществена структурна слабост на системата. Подобно на това, броят на психиатричните болници остава неизменен – общо 12.

Налице са и значителни регионални вариации във всички видове болнични заведения и леглови фонд. Югозападният район

продължава да отчита най-висок брой болници (103 през 2016 г. с приблизително една трета от леглата), които са съсредоточени най-вече в столицата София. През същата година 54% от всички легла са съсредоточени в седем области: София-град (19%), Пловдив (11.9%), Стара Загора (5.2%), Бургас (5%), Варна (4.8%), Пазарджик (4.2%) и Плевен (4%) (НСИ 2017ж). Тази висока концентрация на болнични заведения не се дължи непременно на демографски фактори, тъй като някои области със сравнимо население имат много по-малък брой болници. Например в област Смолян (с население 109 000 души) има 8 болници, докато в област Перник (124 000 души) разполага с 4 болници, а област Разград (115 000 души) има само 3 болници (НСИ 2017ж). Освен това се наблюдават регионални различия в специализацията на болниците и технологичния им профил.

От правна гледна точка болниците са автономни организации, регистрирани като търговски дружества. Техните отчети са публични и би трябвало да са лесно достъпни. Но информацията за собствеността и оборудването им е недостатъчна, което не позволява да се оцени състоянието им и нуждата от обновяване. Като се има предвид, че болшинството от болниците съществуват от десетилетия и включват широк кръг оборудване, нуждата от ремонт и реконструкция на сградите и обновяване и модернизиране на медицинското оборудване е наложителна. За разлика от новоткритите частни болници, държавните болници в България се характеризират с хронично лошо състояние на оборудването поради недофинансиране и неефективно използване на наличните ресурси.

Както бе споменато по-горе (вж. 2.8.6 *Регулация на капиталовите инвестиции*), МЗ поема отчасти финансирането на капиталовите разходи на болниците, притежавани от държавата. Общинските болници разчитат главно на инвестиции от общинските бюджети, които като правило са много ограничени. Университетските многопрофилни болници за активно лечение концентрират голяма част от капиталовите разходи в болничния сектор. Независимо от колебанията за периода 2010 – 2016 г., през последните 2015 г. и 2016 г. се наблюдава значително повишаване на инвестициите в тях – съответно на 63 млн. лв., (32.2 млн. евро) и

125 млн лв. (63.9 млн. евро). Най-голямата част от тези разходи, 90% през 2016 г., са за придобиване на дълготрайни материални активи и около 8-9% за основен ремонт. За същите години областните многопрофилни болници за активно лечение са изразходвали 13 млн. лв. (6.6 млн. евро) и 41 млн. лв. (21 млн. лв.) с подобна структура. Общинските многопрофилни болници за активно лечение са особено недофинансирани. Капиталовите инвестиции за периода 2015 г. и 2016 г. са само съответно 8.8 млн. лв. (4.5 млн. евро) и 4.3 млн. лв. (2.2 млн. евро) (НЦЗОА 2017а).

ТАБЛИЦА 4.1 Здравна мрежа и леглови фонд, 2016 г.

ВИДОВЕ ЗАВЕДЕНИЯ	БРОЙ	ЛЕГЛА
Лечебни заведения за болнична помощ – всичко^a	321	49 589
Многопрофилни болници	112	25 353
Многопрофилни болници за активно лечение	110	25 238
Специализирани болници	65	7121
Специализирани болници за активно лечение	33	3100
Специализирани болници за долекуване и продължително лечение	10	930
Специализирани болници за рехабилитация	21	2951
Психиатрични болници	12	2225
Частни заведения за болнична помощ	111	11 195
Лечебни заведения за извънболнична помощ	2029	1163
Медицински центрове	702	825
Дентални центрове	50	13
Медико-дентални центрове	50	53
Диагностично-консултантски центрове	112	272
Медико-диагностични и медико-лабораторни центрове	1115	–
Амбулаторни индивидуални практики за първична медицинска помощ	3396	–
Амбулаторни индивидуални практики за първична дентална помощ	5062	–
Амбулаторни групови практики за първична медицинска помощ	214	–
Амбулаторни групови практики за първична дентална помощ	372	–
Амбулаторни индивидуални практики за специализирана медицинска помощ	2949	–

Амбулаторни индивидуални практики за специализирана дентална помощ	85	–
Амбулаторни групови практики за специализирана медицинска помощ	139	–
Амбулаторни групови практики за специализирана дентална помощ	1	–
Други лечебни и здравни заведения		
Комплексни онкологични центрове	7	1145
Центрове за кожно-венерически заболявания	5	50
Центрове за психично здраве	12	–
Центрове за спешна медицинска помощ	27	–
Центрове за трансфузионна хематология	4	–
Домове за медико-социални грижи за деца	17	1114
Хосписи	45	1079
Национални центрове по обществено здраве	5	–
Регионални здравни инспекторати	28	–

Източник: НЦОЗА

2017. Бележка: *Вкл. лечебни заведения към други ведомства, неразпределени по видове.

През 2016 г. консолидираната фискална програма на правителството предвижда капиталови разходи за здравеопазването в размер на

- 80.9 млн. лв. (41.4 млн. евро), от които 58.8 млн. лв. (30.06 млн. евро) се финансират от държавния бюджет, 3.7 млн. лв. (1.89 млн. евро) – от НЗОК, 9.5 млн. лв. (4.86 млн. евро) от общините, 8.5 млн. лв. (4.34 млн. евро) – от други международни програми и 0.2 млн. лв. (0.1 млн. евро) от европейски средства. В сравнение с това през 2015 г. капиталовите разходи са два пъти повече, на обща стойност 185.3 млн. лв. (94.72 млн. евро). Найголяма част от тях се финансират от европейска оперативна програма „Регионално развитие“ – 133.9 млн. лв. (68.44 млн. евро); 43 млн. лв. (17.38 млн. евро) от държавния бюджет, и 14.2 млн. лв. (7.26 млн. евро) се осигуряват от общините (Министерство на финансите 2016, 2017). Според базата данни на СЗО Global Health Expenditure капиталовите разходи за здравеопазване в страната намаляват (след известни колебания и връх през 2008 г.). По капиталови разходи за здравеопазване, измервани в постоянни (2010) ППС на глава от населението, България далеч изостава от останалите страни от ЕС. През 2015 г.

те са 5 в сравнение с 38 в Хърватия, 162 – в Естония, 65 – в Литва и 101 (2014 г.) в Румъния (WHO 2018).

4.1.2 Инфраструктура

През 2010 г. общият брой на лечебните заведения за болнична помощ е 346 с 48 934 легла, а лечебните заведения за извънболнична помощ са били 1613 с 938 легла. За сравнение, през 2016 г. броят на леглата във всички 345 лечебни заведения за болнична помощ (включително центровете за кожно-венерически заболявания, онкологичните центрове и центровете за психично здраве) достига 51 816, а броят на леглата и лечебните заведения за извънболнична помощ нарастват респективно на 1163 и 2029 (НСИ 2018и). Това увеличение се дължи предимно на откриване на частни болници (106% увеличение на леглата между 2010 г. и 2016 г.). По данни на ОИСР броят на болничните легла спрямо населението намалява във всички страни членки на ЕС от 2000 г. насам, с изключение на България (ОЕСД/EU 2016). Докато броят на публичните болници и леглата в тях намаляват през периода 2000 – 2016 г. (вж. 7.5.2 *Техническа ефективност*), следвайки стратегията на правителството за реструктуриране на болничния сектор, броят на частните болници и леглата в тях значително нарастват. Този феномен се дължи на факта, че НЗОК сключва договори с всички лечебни заведения, които отговарят на предварително определени критерии, без да има възможност за селективно договаряне (вж. 6. *Основни реформи в здравната система*).

По-голямата част от болничните легла са предназначени за активно лечение (Фигура 4.1) като през 2006 г. и 2011 г. се наблюдава лек спад в броя на този вид легла, след което техният брой се увеличава. Само 6% от общият брой легла са предназначени за психиатрична помощ и само 2% за дългосрочни грижи. През 2014 г. броят на леглата в болниците за активно лечение в България възлиза на 5.95 легла на 1000 души население и все още е сред най-високите в ЕС. Освен това в България са регистрирани много повече легла на 1000 души население от средните стойности за ЕС13 (4.61 легла), ЕС15 (3.77 легла) и ЕС28 (3.94 легла). Малко европейски

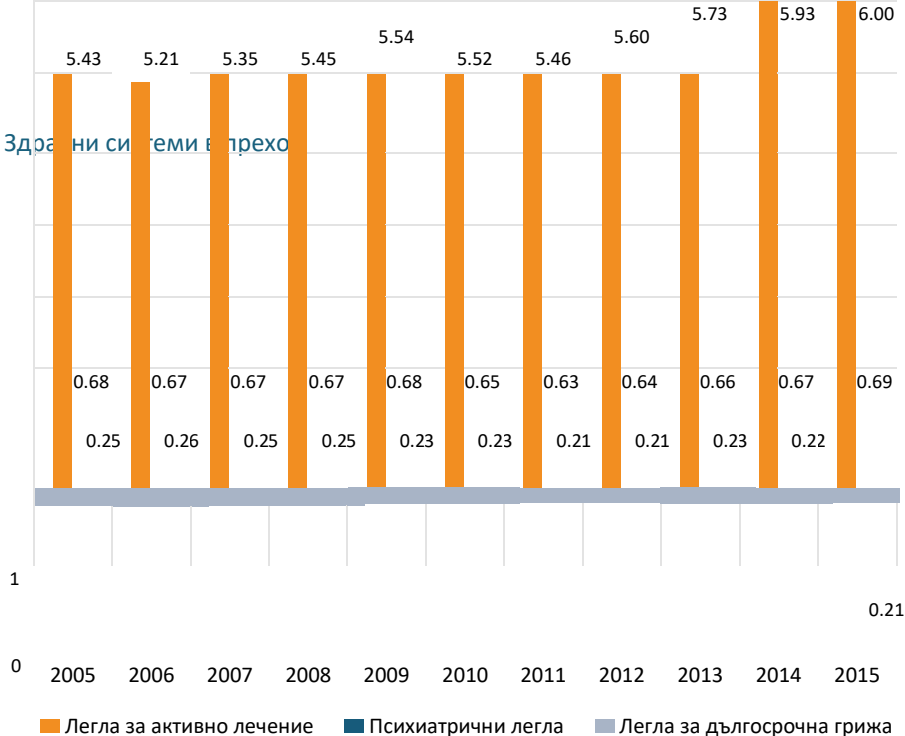
страни посочват повече легла за активно лечение на 1000 души население в сравнение с България: Литва (6.34 легла) и Германия (6.21 легла) (Фигура 4.3).

Средният престой в болниците за активно лечение намалява с повече от 50%, от 11.5 дни през 2000 г. той пада на 5.4 дни през 2014 г., по-нисък от средния за ЕС (8 дни) и остава стабилен до 2016 г. (НСИ 2018г). През 2014 г. само Дания има по-кратък среден болничен престой от България (Фигура 4.2). Бързото намаляване на средния престой в България отчасти се свързва с промяната в нормативните изисквания на клиничните пътеки, договорени с НЗОК, и съвпада със значителното намаляване на броя на публичните болнични легла на глава от населението от 2000 г. насам. Въпреки това болничният прием за кратък престой се е увеличил (OECD/ EU 2016). През 2016 г. най-дълъг среден престой има за психиатричната помощ (30.9 дни), следван от престоя в болниците за долекуване и продължително лечение (13.7 дни), за рехабилитация (7.4 дни) и за активно лечение (4 дни) (НСИ 2018).

Използваемостта на леглата се увеличава от 66% през 2000 г. на 79% през 2005 г., което отразява спада в броя на леглата през този период. След това обаче използваемостта на леглата отново пада на 67% през 2016 г., което е същото ниво от 2000 г. и означава, че 33% от общия леглови фонд в страната не се използва. Използваемостта на леглата е най-ниска в частните болници – 60%, докато в многопрофилните и специализираните болници за активно лечение през 2015 г. използваемостта на леглата е 70% (НЦОЗА 2018а).

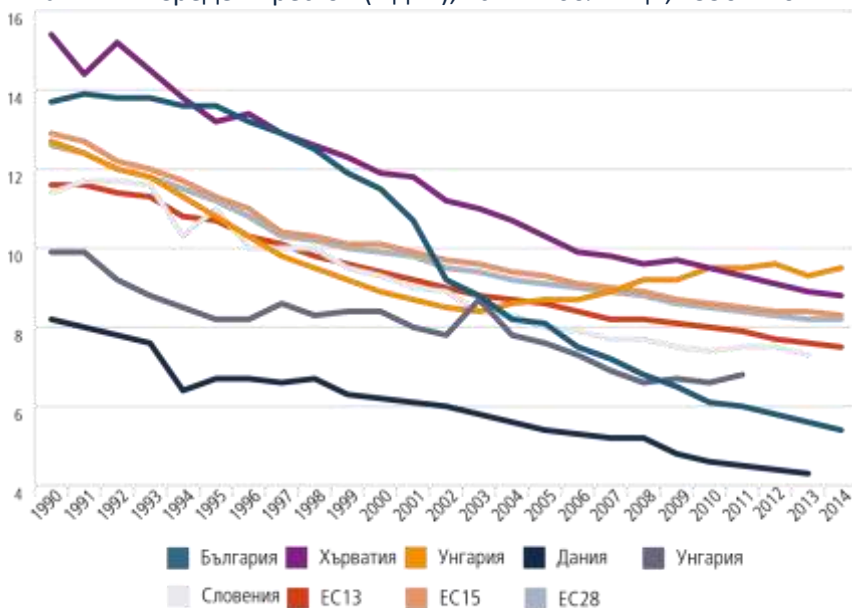
ФИГУРА 4.1 Брой на леглата в болниците за активно лечение, психиатричните болници и болниците за продължително лечение на 1000 души, 2005-2015

6
5
4
3
2



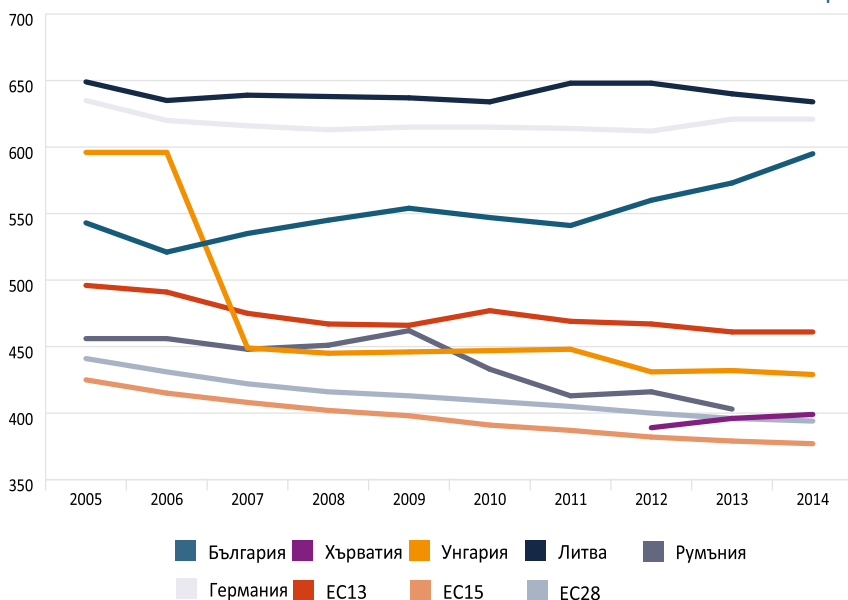
Източник: Eurostat 2018

ФИГУРА 4.2 Среден престой (в дни), всички болници, 1990 – 2014 г.



Източник: WHO, Regional Office for Europe 2018.

ФИГУРА 4.3 Брой на леглата в болници за активно лечение на 100 000 души в България и избрани страни, 2005 – 2014 г.



Източник: WHO, Regional Office for Europe 2018. Бележка: Липсват данни за България преди 2005 г.

4.1.3 Медицинско оборудване

Съгласно новия Закон за обществените поръчки (2016) лечебните заведения са длъжни да провеждат стандартизирана процедура на договаряне за доставка и монтаж на машини, съоръжения и технологично оборудване. Това е валидно за лечебни заведения, регистрирани като търговски дружества (съгласно чл. 36-37 от Закона за лечебните заведения), които получават повече от 50% от приходите си от НЗОК, от държавен или общински бюджет. Освен това чл. 20 от Закона за обществените поръчки урежда стойностните прагове, над които лечебните заведения следват определени процедури. Например за всички покупки на медицинско оборудване над 70 000 лв. (35 790 евро) е необходимо възлагане на обществена поръчка (Закон за обществените поръчки 2016). През последните години обезпечеността с медицинска апаратура в болниците в България е на относително добро ниво, което се дължи предимно на

финансиране по Оперативна програма „Регионално развитие“ между 2007 г. и 2013 г.

Според данни на Евростат броят на ядрено-магнитните резонанси в болничната помощ нараства от 15 на 30, а в амбулаторната помощ този брой се е увеличил от 16 на 21 в периода 2010 – 2015 г. В същото време броят на СТ скенерите и ангиографиите за амбулаторно лечение намалява, за разлика от броя на ПЕТ скенерите и мамографските апарати (Таблица 4.2).

ТАБЛИЦА 4.2 Високотехнологично медицинско оборудване за образна диагностика

ВИД	2010		2013		2014		2015	
	на милион брой население		на милион брой население		на милион брой население		на милион брой население	
Ядрено-магнитни резонанси								
Болнична помощ	15	2.0	27	3.7	24	3.330		4.2
Амбулаторна помощ	16	2.1	26	3.6	27 ^б	3.7	21 ^б	2.9
СТ скенери								
Болнична помощ	149	20.0	169	23.3	180 ^б	24.9	177 ^б	24.7
Амбулаторна помощ	75	10.0	80	11.0	67 ^б	9.3	64 ^б	8.9
Ангиографи								
Болнична помощ	53 ^а	7.0 ^а	66	9.1	69	9.6	70	9.8
Амбулаторна помощ	17 ^а	2.3 ^а	12	1.7	13	1.8	10 ^б	1.4
ПЕТ скенер								
Болнична помощ	2 ^а	0.3 ^а	2	0.3	2	0.3	3	0.4
Мамографски апарати								
Болнична и амбулаторна помощ	151 ^а	20.5	197	27.1	204	28.2	213	29.7
Апаратура за лъчелечение								
Болнична и амбулаторна помощ	43 ^а	5.9	37	5.1	52	7.2	60	8.4

Източник: Eurostat 2018

Бележка: ^а2011; ^бПосоченият спад може да се дължи отчасти на непълна информация, тъй като лечебните заведения подават тази информация на доброволен принцип.

През 2015 г. средните стойности за осигуреността с ядрено-магнитни резонанси и СТ скенери на милион население в ОИСР са съответно 15.9 и 25.7. България остава далеч под средните

стойности за ЕС по отношение на ядрено-магнитните резонанси (7.1), но демонстрира по-голям брой скенери (34.2) от средното равнище за ЕС (OECD/EU 2016). Нещо повече, България е на шесто място по брой на скенери на глава от населението през 2015 г. (след Исландия, Дания, Латвия, Германия и Кипър). Отново според данни на Евростат през 2015 г. в България, Финландия и Румъния, СТ скенерите са използвани найслабо, като на всеки се падат средно по-малко от 2.2 хиляди сканирания (Eurostat 2018). През следващата година Евростат посочва, че има три позитронно-емисионни томографски скенера, работещи в лечебните заведения. Също така има четири хирургични системи Да Винчи в четири болници в страната – две в София и две в Плевен, използвани главно за гинекологична и урологична хирургия, както и по клинична пътека „Високотехнологична, асистирана с робот гинекологична хирургия“ (въведена през 2016 г. от НЗОК).

4.1.4 Информационни технологии

По данни на Националния статистически институт 67.3% от домакинствата в България имат достъп до интернет през 2017 г. (НСИ 2017и). Достъпът до интернет варира според регионите, от 57.8% в северозападния район до 70.5% в югозападния район на страната. Делът на домакинствата с интернет достъп е по-нисък в сравнение със средните стойности за ЕС от 87% през 2017 г. (Eurostat 2018). Най-активната възрастова група е от 16 до 24 години, от която над 80% от лицата използват компютър или интернет всеки ден или поне веднъж седмично. Високоскоростният, надежден и непрекъснат достъп до интернет е най-важен за предприятията и 94.6% от тях са имали постоянна връзка с глобалната мрежа през 2017 г. Дялът на заетите, които използват интернет за професионални нужди, расте от 22.5% през 2012 г. на 26,7% през 2017 г. (НСИ 2017и). Броят на лицата на възраст между 16 и 74 години, използващи интернет за търсене на информация, свързана със здравето, нараства и достига 53.1% през 2017 г.

От 2004 г. всички ОПЛ в България използват компютри в техните практики. Според проучване, проведено през 2012 г., българските ОПЛ са използвали компютрите си главно за

изпращане на направления до специалисти, за съхраняване на резултати от тестове, за предписване на лекарства и за търсене на медицинска информация (De Rosis, Seghieri 2015). Като цяло всички лечебни заведения в България използват информационни системи за счетоводни цели и електронно отчитане пред НЗОК. Те използват софтуерни приложения за наблюдение на движението на пациенти, лекарства и медицински изделия и поддържат свои собствени уебсайтове, за да информират пациентите. Данните за здравето и здравеопазването се съдържат в базите данни на доставчиците, част от които са обобщени в базите данни на НЗОК, НЦОЗА и други центрове и агенции. НЗОК и НЦОЗА консолидират базите данни на национално ниво. Не съществува обаче унифицирана система, която да позволява комуникация между различните информационни системи и бази данни. Едновременно с това няма възможност да се представят дейностите в реално време (Салчев 2016).

4.2 Човешки ресурси

4.2.1 Тенденции в медицинския персонал

Въпреки че не се наблюдава недостиг на лекари, съставът на човешките ресурси в здравната система е небалансиран. Първо, налице е липса на достатъчно на брой общопрактикуващи лекари (ОПЛ) и на медицински сестри, което допълнително ерозира първичната помощ в страната. Второ, наблюдават се значителни регионални неравновесия, както и недостатъчна осигуреност и свободни работни места за някои лекарски специалности. Освен това заетите в здравеопазването бързо застаряват, а емиграцията сред младите кадри не намалява.

През 2015 г. в здравната система работят повече от 120 000 души или приблизително 5.5% от заетите на основен трудов договор. Броят на лекарите е 20 038, което е с 5.5% повече от общия брой през 2010 г. (Таблица 4.3). С 15% от общия брой или 4 433 ОПЛ, България следва общата тенденция на нарастване на осигуреността с лекари на определен брой население в Европа. Броят на лекарите

на 1000 души население устойчиво расте от 3.27 през 1990 г. на 4.16 през 2016 г. (Таблица 4.4). Подобно на други европейски страни увеличението се дължи както на абсолютното увеличение на броя на лекарите, така и на намаляване на населението (вж. 1.1 *География и социодемография*).

В сравнение с останалите страни от ЕС, България демонстрира сравнително висока осигуреност заедно с Австрия (5.04), Португалия (4.42), Литва (4.30), Швеция (4.12) и Германия (4.11). От гледна точка на относителния дял на лекарите, България стои по-добре от средните стойности за ЕС13 (2.8), ЕС28 (3.5) и ЕС15 (3.7), както и пред страни като Полша (2.3), Румъния (2.4), Хърватия (3.13) и Унгария (3.3) (Фигура 4.4).

Макар че много страни членки на ЕС изпитват небалансиран дял на лекарите по обща медицина към лекарите-специалисти, в България този дял е изключително нисък. Нещо повече, броят на първите намалява с 21.6% между 2000 г. и 2015 г., докато този на лекарите-специалисти расте с 11.8%. Делът на лекарите по обща медицина в общия брой лекари непрекъснато намалява от 21% през 2000 г. на 16.6% през 2015 г., което е вторият най-нисък дял пред Гърция и далеч под средната стойност от 30.2% в ЕС. В унисон с общата тенденция към повече лекари-специалисти, отношението на специалистите към лекарите обща медицина расте от 3.8 през 2000 г. на 5.5 през 2015 г. В рамките на групата на лекарите по обща медицина броят на ОПЛ непрекъснато намалява, бележейки отрицателна промяна от 16.2% за 15 години. Част от причините за това са административната натовареност, недостатъчното заплащане и признание, липсата на интерес сред младите лекари и проблемите с обучението и придобиването на специалност по обща медицина (Валентинова, Недкова-Миланова 2018).

ТАБЛИЦА 4.3 Медицински персонал, брой и промяна

	2000	2005	2010	% ПРОМЯНА	
				2015	2000 –
Лекари	27 526 ²⁰⁰²	28 174	27 963	29 038	5.5
Лекари обща медицина (Generalist medical practitioners) ^a	5760 ²⁰⁰²	5631	5014	4517	-21.6

от които ОПЛ	5293 ²⁰⁰²	5232	4761	4433	-16.2
Лекари-специалисти	21 928 ²⁰⁰²	22 543	22 949	24 521	11.8
Дял на специалистите към лекарите обща медицина	3.8	4.0	4.6	5.4	42
Лекари по дентална медицина	6778	6516	6389	7547	11.3
Медицински сестри и акушерки	35 610	34 690	35 033	34 671	-2.6
от които медицински сестри	31 479	31 235	31 786	31 397	-0.3
от които акушерки	4131	3455	3247	3274	-20.7
Лекари, работещи в болниците	13 093 ²⁰⁰³	13 268	14 802	16 478	25.9
Дял от общия брой лекари	-	47.1%	52.9%	56.7%	л.д.
Медицински сестри и акушерки, работещи в болниците	23 009	23 377	23 556	23 171	0.7
Дял от всички медицински сестри и акушерки	64.6%	67.4%	67.2%	66.8%	л.д.

Източник: Eurostat 2018.

Бележки: ^aВключва всички ОПЛ, както и лекари по обща медицина, които работят на трудов договор в здравно заведение. л.д.: липсват данни

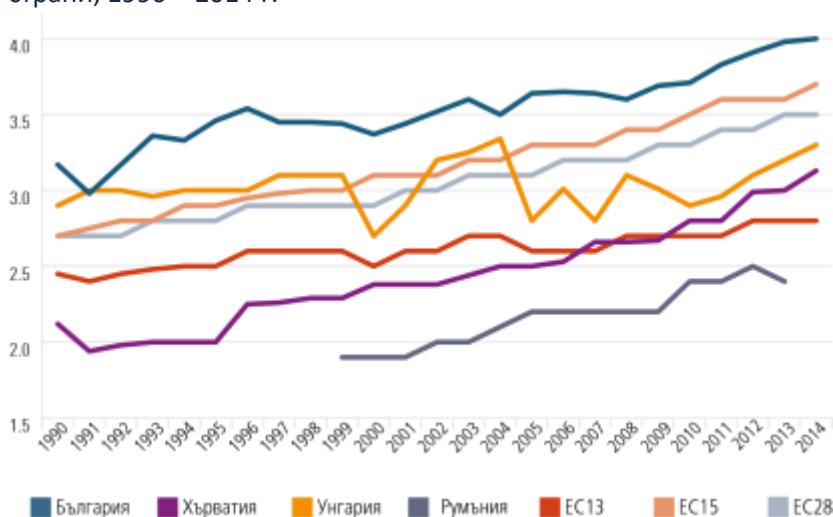
ТАБЛИЦА 4.4 Медицински персонал на 1 000 души от населението, 1990-2016 г.

	1990	1995	2000	2005	2010	2014	2015	2016
Лекари (общо)	3.27	3.46	3.37	3.64	3.75	3.99	4.05	4.16 ^a
ОПЛ	л.д.	л.д.	0.67 ²⁰⁰²	0.68	0.64	0.63	0.62	л.д.
Лекари обща медицина (Generalist medical practitioners)	л.д.	л.д.	0.73 ²⁰⁰²	0.73	0.67	0.66	0.63	л.д.
Лекари-специалисти	л.д.	л.д.	2.79	2.91	3.07	3.33	3.42	л.д.
Вътрешни болести	л.д.	л.д.	л.д.	0.26	0.23	0.21	0.19	л.д.
Кардиология	л.д.	л.д.	л.д.	0.12	0.14	0.17	0.18	л.д.
Онкология	л.д.	л.д.	л.д.	0	0.002	0.017	0.02	л.д.
Обща хирургия	л.д.	л.д.	л.д.	0.193	0.208	0.22	0.23	л.д.
Медицински сестри	6.17	6.07	3.85	4.04	4.26	4.42	4.37	4.36 ^a
Лекари по дентална медицина	0.70	0.65	0.83	0.84	0.86	0.98	1.05	1.13 ^a
Фармацевти	0.50	0.22	0.17 ¹⁹⁹⁹	л.д.	0.75	л.д.	0.84	л.д.
Лаборанти (клинични и рентгенови) ^a	0.88	0.88	0.73	0.77	0.77	0.83	0.83	0.84

Зъботехници ^а		0.33	0.32	0.16	0.18	0.18	0.24	0.23	0.22
Други медицински специалисти ^а		0.56	0.57	0.39	0.38	0.36	0.40	0.40	0.41

Източник: Eurostat 2018; ^аНСИ 2018г.

ФИГУРА 4.4 Брой на лекарите на 1000 души население, избрани страни, 1990 – 2014 г.



Източник: WHO, Regional Office for Europe 2018.

България има най-висока осигуреност с хирурзи (заедно с Гърция, Литва и Австрия), над един лекар на 1000 души население (Eurostat 2018).

Повече от половината от лекарите работят в болниците. През последното десетилетие този дял непрекъснато расте – от 47.1% през 2005 г. на 56.7% през 2015 г. Жените представляват 55.1% от всички лекари. Общото бързо застаряване на медицинските специалисти, характерно за Европа, се наблюдава и в България. Делът на лекарите на възраст 55 – 74 години през 2015 г. е 44.5%, а 13.3% са между 65 и 74 години и само 10.1% са под 35 години (Eurostat 2018).

В България са налице значителни и повтарящи се деформации в разпределението на здравните кадри. Областите с медицински университети и университетски болници концентрират най-голям брой лекари и здравни професионалисти на 1000 души население в

сравнение с останалите области. Например през 2016 г. област Плевен разполага с 5.63 лекари на 1 000 население, докато средната национална осигуреност е 4.16. Една пета от всички лекари работят в столицата, където осигуреността е 5.03 на 1000 (Таблица 4.5). В същото време разпределението на здравни професионалисти е диспропорционално ниско в област Разград (2.63 на 1000), Добрич (2.70 на 1000) и Перник (2.73 на 1000), което поставя сериозни предизвикателства пред равенството в достъпа. Особено тревожни са големите регионални различия в осигуреността с ОПЛ и наличието на много незаети места в отдалечените и селски райони. Продължават да липсват сериозни стимули за работа на лекарите в тези райони.

Подобно на другите страни членки на ЕС, медицинските сестри в България са най-многобройната професионална група сред медицинските специалисти. За разлика от лекарите, броят на сестрите остава относително неизменен през последните 15 години, около 31 000. Но от гледна точка на осигуреността с медицински сестри, страната регистрира второто най-ниско отношение в ЕС, с 4.9 на 1000 души население, като единствено Гърция е с по-ниска стойност, 3.4 на 1000 (Фигура 4.6). Тази осигуреност е значително по-ниска от Румъния (15.5), Унгария (16.6) и Хърватия (6.1) и е далеч под средната за ЕС, 8.7 на 1000 души. Така България бележи най-ниското от всички страни членки на ЕС отношение на медицински сестри на един лекар, 1.1, което е повече от два пъти под средното за съюза, 2.5 на лекар. Недостигът на медицински сестри също се характеризира с регионални неравновесия (макар и по-слабо изразени в сравнение с лекарите и денталните лекари).

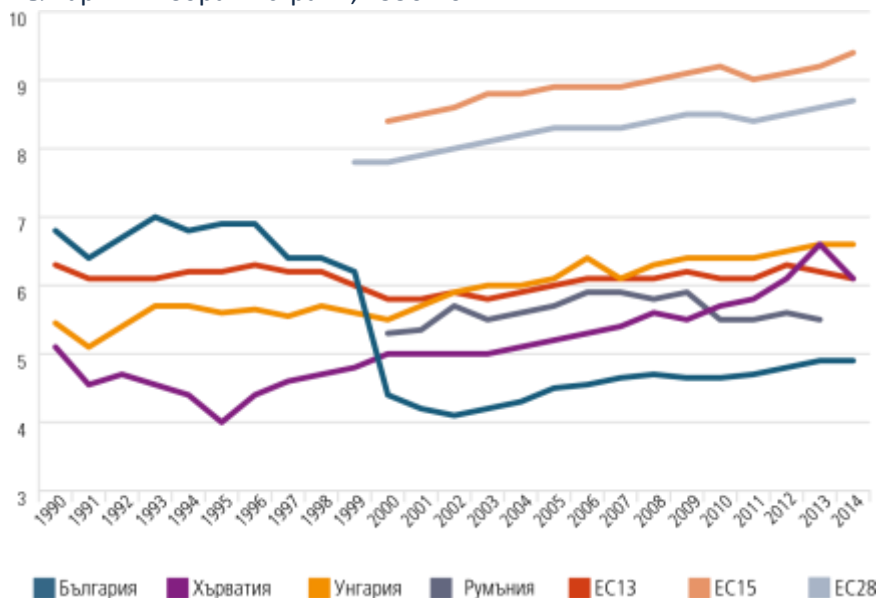
ТАБЛИЦА 4.5 Географски различия в разпределението на медицинските професионалисти, класирани според осигуреността с лекари, избрани области, 2016 г.

ОБЛАСТ	ЛЕКАРИ ПО ДЕНТАЛНА		МЕДИЦИНСКИ			
	ЛЕКАРИ	МЕДИЦИНА	СЕСТРИ			
	брой на 1000 население	брой на 1000 население	брой на 1000 население	брой на 1000 население		
София град	6663	5.03	2050	1.55	6426	4.85
Пловдив	3329	4.96	1194	1.78	3137	4.67

Варна	2287	4.84	616	1.30	1854	3.92
Плевен	1396	5.63	192	0.77	1391	5.61
Стара Загора	1375	4.28	332	1.03	1528	4.75
Разград	303	2.63	80	0.69	343	2.97
Добрич	482	2.70	145	0.81	537	3.01
Перник	338	2.73	163	1.32	371	3.00
Кърджали	413	2.74	132	0.88	571	3.79

Източник: НСИ 2018г.

ФИГУРА 4.5 Брой на медицинските сестри на 1000 души население, България и избрани страни, 1990-2014 г.

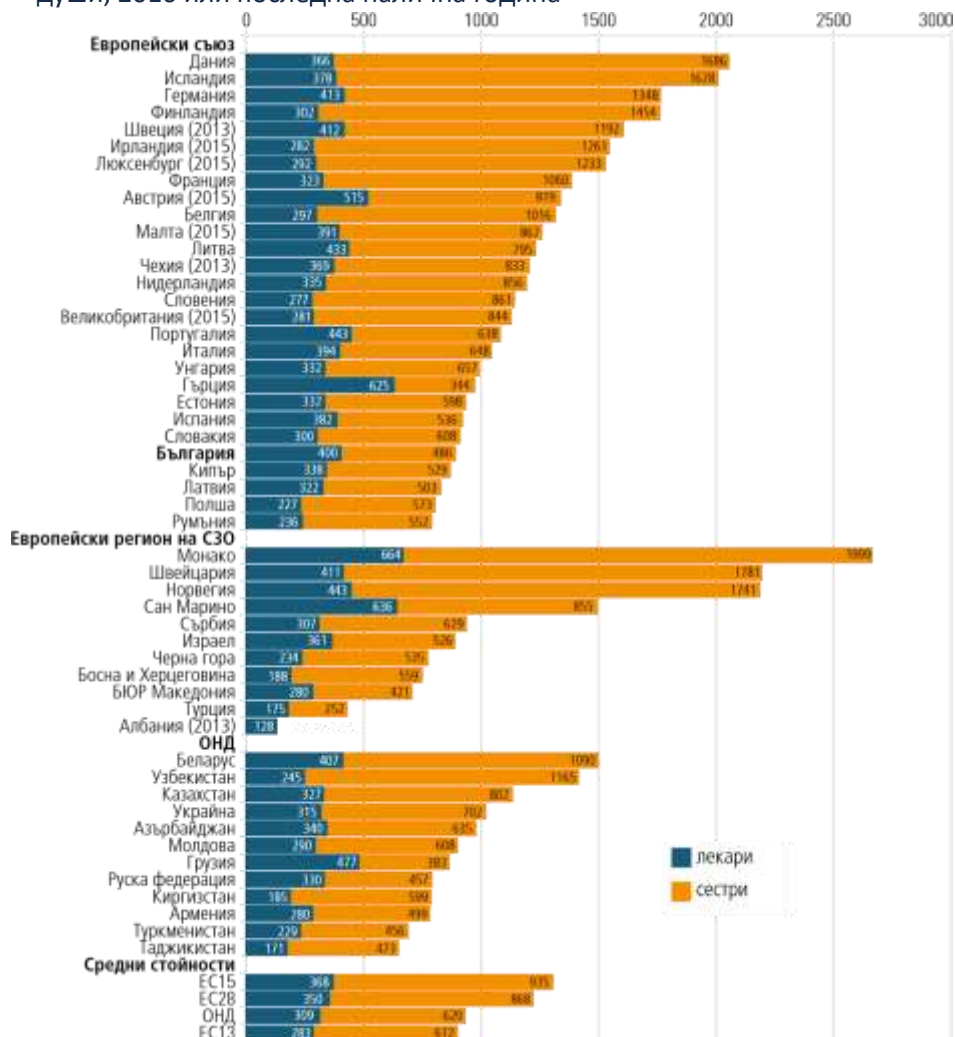


Източник: WHO, Regional Office for Europe 2018.

Бележка: Наличните данни се отнасят до физически лица

Броят на завършващите медицински сестри се колебае през последните 15 години: от 828 през 2000 г. до 379 през 2015 г. Но България все още има най-ниския брой завършващи медицински сестри на определен брой население, почти 10 пъти по-ниски стойности от средния за ЕС (Eurostat 2018). Което е по-тревожно, голям брой обучени сестри емигрират поради липса на адекватна работа и по-добро заплащане в чужбина (Veleva et al. 2013).

ФИГУРА 4.6 Брой на лекарите и медицинските сестри на 100 000 души, 2016 или последна налична година



Източник: WHO, Regional Office for Europe 2018.

Подобно на медицинските сестри, броят на акушерките е устойчив – около 3200 през последните пет години. През 2016 г. осигуреността на 1000 души е 0.46 акушерки, което е едно от най-високите равнища в ЕС, надвишавано само от Швеция (0.75), Полша (0.52) и Великобритания (0.48) (Eurostat 2018).

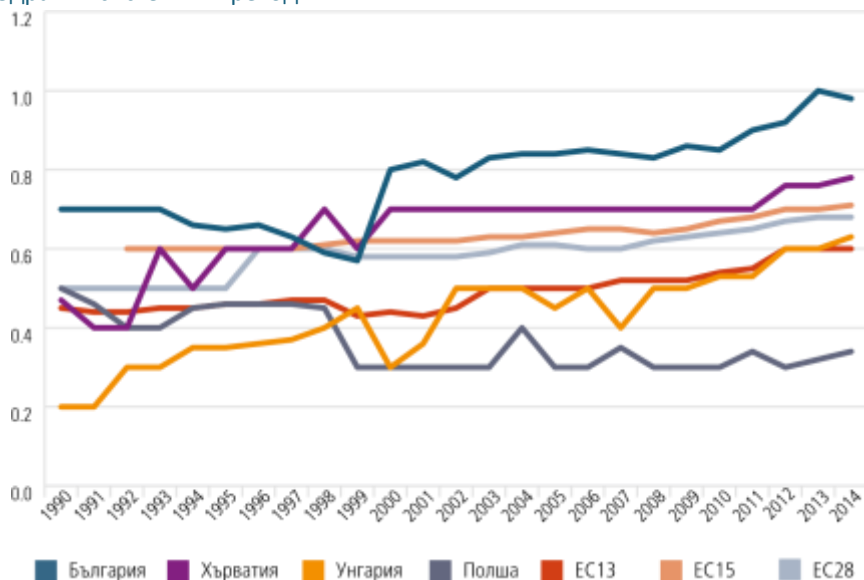
За разлика от повечето страни членки на ЕС, където броят на практикуващите дентални лекари на брой население е относително неизменен между 2010 г. и 2015 г., в България този показател

непрекъснато расте, достигайки връх от 1.05 на 1000 души. През 2015 г. са регистрирани 7 547 дентални лекари, което е с 11.3% повече от 2000 г. 2016 г. бележи ново увеличение и осигуреността е вече 1.16 на 1000 души (НСИ 2018). Нещо повече, България отбелязва най-голямата абсолютна промяна сред всички страни членки на ЕС по наситеността с дентални лекари за 2010 – 2015 г. с нови 2 дентални лекари на 1000 души. Така през 2015 г. е една от двете страни (заедно с Кипър) с най-висока осигуреност с практикуващи дентални лекари в ЕС (Eurostat 2018). Но в същото време тяхното разпределение между различните области е крайно неравномерно. Почти половината от всички дентални лекари (48% през 2016 г.) работят само в 3 области – Пловдив, Варна и град София (НСИ 2018).

По данни на Евростат България заема средно положение сред европейските страни членки на ЕС по осигуреност с фармацевти, 0.84 на 1000 души население. Според Българския фармацевтичен съюз броят на фармацевтите през 2018 г. е 6202. За съжаление, ограничения в данните не позволяват пълен анализ на развитието и динамиката на тази професионална група.

Медицинските специалисти по обществано здраве са особено слабо представена част от професионалистите в здравната сфера. Наблюдава се непрекъснато намаление на техния брой, от 3341 през 2010 г. на 2500 през 2015 г. По-ниското заплащане поставя тази професионална група в по-неизгодно положение, което е причина много квалифицирани кадри с медицинска диплома да напускат работата си, поради слаба мотивация на наличния състав и недостиг на медицински и немедицински млади кадри. През 2015 г. средната възраст на професионалистите с медицинска диплома в системата на публичното здравеопазване е 54 години (НЦОЗА 2017).

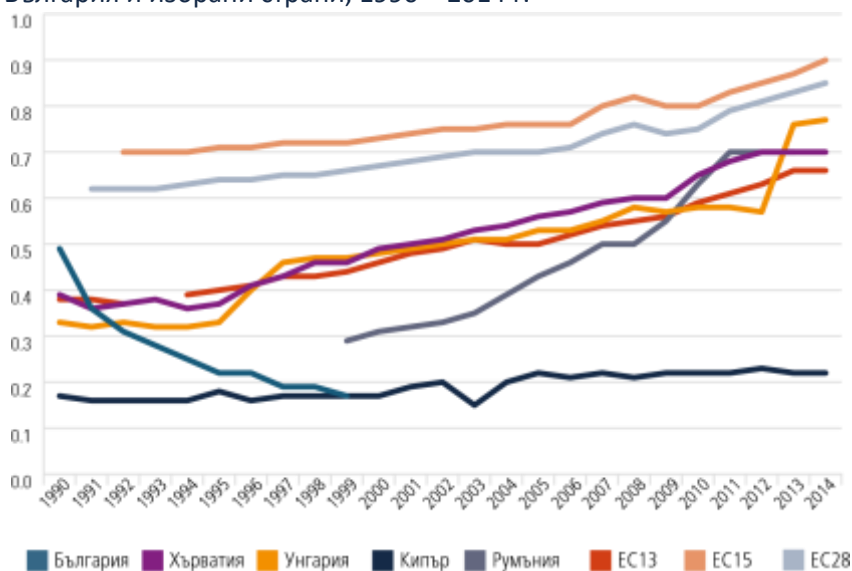
ФИГУРА 4.7 Брой на денталните лекари на 1000 души население, България и избрани страни, 1990 – 2014 г.



Източник: WHO, Regional Office for Europe 2018.

Бележка: Наличните данни се отнасят до физически лица

ФИГУРА 4.8 Брой на фармацевтите на 1000 души население, България и избрани страни, 1990 – 2014 г.



Източник: WHO, Regional Office for Europe 2018.

■ 4.2.2 Професионална мобилност на медицинския персонал

Миграцията се развива в резултат на демократичните промени след 1989 г., разширението на Европейския съюз и икономическата и културната глобализация. Отворените граници, бързият технологичен напредък и признаването на дипломите за висше образование са основни предпоставки за засилване на процеса на емиграция.

Въпреки добрата обща осигуреност с лекари и здравни професионалисти в страната, междурегионалните различия са огромни. По този начин част от миграционните потоци се насочват от по-малките градове към големите населени места, което оказва влияние върху свободния избор на лечебно заведение, достъпа и адекватното предоставяне на здравни услуги. Миграционни потоци има и от публичния към частния сектор. Здравните специалисти могат да поделят работното си време между двата сектора, което влошава работата на здравеопазната система (ниска мотивация), създава дезорганизация (несигурност за пациентите, препращани към частните практики) и е източник на икономически загуби.

През 2013 г. 2636 български лекари са наети в страните на ОИСР (Lafortune 2016). Този масов отлив на медицински специалисти се превръща в сериозен проблем за българската здравна система: само през 2014 г. около 540 лекари напускат страната, а през първите 6 месеца на 2015 г. повече от 280 лекари ги последват. Според Българския лекарски съюз сертификати, позволяващи на лекарите да работят в чужбина, са издадени предимно на лекари с придобита специалност (Янева 2017). Въпреки че няма точна статистика за броя на медицинските сестри, които напускат страната, миграцията сред тях преобладава. През 2015 г. МЗ издава общо 291 сертификата на медицински сестри за работа в чужбина. Но издаването на сертификати е само приблизителен индикатор, който подсказва потенциала за емиграция. Според данни на Асоциацията на професионалистите по здравни грижи най-много български медицински сестри работят във Великобритания, следвана от

Испания, Италия, Германия, Белгия, Франция и Швейцария (Василева 2017).

Най-честите причини за напускане на страната са ниското удовлетворение и престиж, ниското равнище на заплатите в сравнение с приемащите страни, дисбалансът в заплащането по специалности, недостатъчното медицинско оборудване и серията неуспешни реформи. Някои от най-важните мерки за задържане на младите лекари и другите здравни професионалисти в страната са възможностите за професионално развитие (вж. 6.1 *Анализ на последните реформи*).

4.2.3 Обучение на медицинския персонал

Както е предвидено в Закона за висшето образование от 1995 г., МС утвърждава държавни изисквания за придобиване на висше образование по образователно-квалификационни степени и по специалности от регулираните професии (лекари, дентални лекари, фармацевти, медицински сестри, акушерки и всички парамедицински професии). Ежегодно до 30 април МС също утвърждава броя на приеманите за обучение студенти и докторанти в съответствие с капацитета на висшето училище, на професионалните направления и на специалностите от регулираните професии. МС приема това решение въз основа на предложение на министъра на образованието и науката, както и въз основа на предложения на съответните университети.

Понастоящем обучението на медицинския персонал се извършва в четири медицински университета и два медицински факултета. Всеки от медицинските университети в София, Пловдив и Варна имат по четири факултета: медицина, дентална медицина, фармация и обществено здравеопазване. През 2016 г. медицинският университет в Плевен открива факултет по фармация в допълнение на трите факултета по медицина, обществено здраве и здравни грижи. Факултетът по медицина в Стара Загора е основан като Висш медицински институт по медицина в рамките на Медицинска академия – София. Той остава като независимо висше училище до 1995 г., когато се слива с Тракийския университет – Стара Загора. От друга страна, Факултетът по медицина, принадлежащ към

Софийския университет „Св. Климент Охридски“ между 1917 г. и 1950 г., е възстановен през 2003 г. и отново е част от СУ.

Висшето медицинско образование продължава шест години и включва пет години теоретична подготовка и една година практика. През последната година завършващите медици трябва да положат пет държавни изпита. След дипломирането си лекарите продължават своето обучение в съответствие с Наредба за специализациите на Министерството на здравеопазването. Продължителността на обучението за повечето специалности е от четири до пет години, но обучението може да бъде и по-дълго, докато обучението по специалността обща медицина отнема три години. След като приключат обучението си за придобиване на специалност, лекарите трябва да се регистрират в Министерството на здравеопазването и да получат удостоверение за придобита професионална квалификация.

Обучението по дентална медицина продължава пет години, последвани от половин година практика. Учебният план включва фундаментални и специални дентални дисциплини, като часовете по специалните предмети постепенно се увеличават от първата до петата година. Студентите завършват обучението си с държавен изпит.

Магистър-фармацевтите се обучават пет години и обучението им е организирано на три нива: първото равнище осигурява фундаментални професионални знания, докато второто е ориентирано към специфични знания и умения за професията. Студентите могат да се специализират в обща или промишлена фармация, като изборът им трябва да бъде направен след шестия семестър. Третото равнище е практика и се провежда в аптеки, дрогерии, фармацевтични компании и/или лаборатории за лекарствен контрол, които са официално признати като центрове за обучение. Образователно-квалификационната степен се присъжда след успешно положени четири държавни изпита, а защита на магистърска теза може да бъде избрана като алтернатива на един от тези изпити. Специалностите „Медицина“, „Дентална медицина“ и „Фармация“ се предлагат само в редовно обучение и студентите завършват с образователно-квалификационната степен „магистър“.

Всички факултети по обществено здравеопазване в медицинските университети предлагат бакалавърска и магистърска степени по различни специалности. Тези факултети предоставят 18 бакалавърски и 17 магистърски програми, което показва богат избор от специалности.

Понастоящем медицинските сестри и акушерки се подготвят не само в медицинските университети, но и в техните филиали. През последните години нарастващият недостиг на този вид професионалисти доведе до създаването на отделни факултети по обществено здравеопазване и здравни грижи в структурата на други университети. Обучението на медицинските сестри и акушерки продължава четири години и завършва с образователно-квалификационната степен бакалавър. Този вид специалисти могат да продължат обучението си в подходящи магистърски програми.

През 2017 г. за първи път в България Медицински университет – Варна, съвместно с Висшето военноморско училище „Н. Й. Вапцаров“ – Варна и Военномедицинска академия – София, предлагат обучение по две нови специалности „Военен лекар“ и „Военна медицинска сестра“. След шест години обучение военните лекари придобиват образователноквалификационна степен магистър по „Медицина“ от Медицински университет – Варна и образователно-квалификационна степен бакалавър по „Организация и управление на военни формирования на тактическо ниво“ от Висшето военноморско училище – Варна. Студентите, които се обучават за военна медицинска сестра, завършват с образователноквалификационна степен бакалавър.

Шест медицински колежа, четири от които са част от медицински университети, предлагат обучение за парамедицински персонал (помощник-фармацевти, рехабилитатори, медицински и рентгенови лаборанти, зъботехници, медицински козметици и др.). Тези колежи предоставят степен „професионален бакалавър“ в областта на здравеопазването и продължителността на обучението е три години. Някои от завършилите продължават образованието си в бакалавърска или магистърска програма с оглед по-добро професионално развитие и по-високо възнаграждение.

Професионалните специалности, придобивани от медицинския и немедицинския персонал в системата на здравеопазването, се регулират чрез Наредба на МЗ. През 2015 г. МЗ издава нова Наредба, която урежда условията и редът за провеждане на обучението за придобиване на специалност в системата на здравеопазването и финансирането му. Тя има за цел да осигури по-добри условия за специализация, премахване на финансовите ограничения и осигуряване на по-добри възможности за професионално развитие на младите лекари в България. Новата наредба променя статуса на специализантите, от стажанти на служители в лечебното заведение. Специализантите вече имат право да работят на трудов договор на пълно работно време за периода на специализация в лечебно заведение по техен избор и акредитирано за обучение. По този начин вместо да плащат такси, специализантите получават възнаграждения. Приемните изпити за зачисляване в специализация са премахнати. Местата за обучение на специализанти са децентрализирани и се определят по предложение на лечебните заведения и медицинските университети за клиничните и неклинични специалности, като след това се одобряват от МЗ. В същото време новата наредба изисква базите за обучение да обявяват целогодишно свободните длъжности за специализанти. Освен това свободните места за специализации се обявяват и на уеб сайта на МЗ, за да се повиши прозрачността и осведомеността на специализантите. Новият режим обаче се сблъсква с някои проблеми. Платежоспособността е проблем за по-малките лечебни заведения, когато трябва да обявяват места за специализации и особено за специализация по обща медицина. Въпреки това новата наредба създава допълнителни стимули за завършване на обучението по определени медицински специалности, като анестезиология и интензивно лечение, обща и клинична патология, педиатрия, спешна медицина, инфекциозни болести и неонатология. Медицинските сестри и акушерките също се специализират в съответствие с горепосочената наредба, като специализацията отнема една година. Всички специализации завършват с държавен изпит, полаган пред държавна изпитна комисия в София.

Продължаващото медицинско обучение се регистрира и организира от БЛС в съответствие със Закона за здравето. БЛС сключва договори с научни организации, асоциации, фармацевтични фирми и други за провеждане на индивидуална квалификация. В договорите са посочени реда и условията за провеждане на формата на продължителна квалификация, както и финансовите взаимоотношения. Има различни форми на такова обучение: курсове, семинари, конференции, конгреси, презентации, работни срещи, дистанционно обучение и абонамент за специализирани медицински издания. Лекарите могат да избират курсовете, в които искат да участват, и доказват квалификацията си с удостоверение, издадено от БЛС. За оценка на представянето на специалистите на тези обучения се използва кредитна система на базата на различни категории. Всяка категория (например лекции, конгреси, дистанционно обучение) признава определен брой кредитни точки за период от три години.

4.2.4 *Кариерно развитие на лекарите*

След придобиване на магистърската степен по медицина лекарите обикновено кандидатстват за придобиване на специалност. След придобиване на специалност лекарите могат да започнат да работят в лечебните заведения за доболнична и болнична медицинска помощ. В доболничната медицинска помощ лекарите могат да избират между индивидуални и групови практики, както и между работа в диагностично-консултативни центрове и медицински центрове. Въпреки тези възможности частната индивидуална практика за специализирана доболнична медицинска помощ е преобладаваща.

Израстването по време на болничната кариера на лекарите се извършва на основата на специалността и продължителността на стажа. Предложенията за израстване се правят от началниците на клиники и се одобряват от болничното ръководство. В университетските болници лекарите могат да изберат академична кариера чрез комбиниране на клинични задължения и изследователски дейности. Освен това лекар или друг специалист (например лице с немедицинско образование) може да бъде

управител на лечебно заведение в съответствие със Закона за лечебните заведения от 1999 г. след завършен курс по здравен мениджмънт.

Друга възможност за лекарите е да работят като медицински представители за фармацевтични компании, които предлагат гъвкаво работно време и по-добро заплащане. Тази опция обаче не е толкова привлекателна поради развитието на лечебния сектор. През последните години тенденцията за кариера в чужбина се запазва. Първо, завършилите медици могат да специализират в чужбина и второ, след като придобият специалност, могат да практикуват в рамките на Европейския съюз. За да работят в държава членка на Европейския съюз, основните изисквания за българските кандидати (съгласно автоматичното признаване на професионалните квалификации) са завършено висше медицинско образование, документ за призната специалност, трудов стаж в съответната област на медицинската професия и добро владеене на езика на приемащата страна.

4.2.5 Кариерно развитие на другите медицински специалисти

Регистрираните медицински сестри, независимо от образователноквалификационната си степен, са задължени да преминат през курсове на специализация. Медицинските сестри и акушерки с бакалавърска и магистърска степен по управление на здравни грижи могат да участват в конкурси за управленски позиции (старши сестри/акушерки, главни сестри/акушерки). Законът за лечебните заведения регламентира изискванията за тяхното кариерно развитие. Здравните професионалисти също могат да изберат академично развитие в университетите, в зависимост от техните лични цели и амбиции.

Предоставяне на здравни услуги

Здравни услуги в България се предлагат от различни здравни и лечебни заведения, работещи в публичния или в частния сектор. Услугите в областта на общественото здраве са ангажимент и отговорност на държавата и тяхното предоставяне се ръководи от Министерството на здравеопазването. Различни дейности и програми, свързани с общественото здраве, се осъществяват от регионалните здравни инспекции, националните центрове и от общините.

Законът за лечебните заведения регламентира разделението между извънболничната и болничната помощ. Общопрактикуващият лекар е основна фигура в първичната медицинска помощ и се явява „пазач на входа“ на системата към следващите нива, а именно специализираната извънболнична и болничната помощ. Броят на общопрактикуващите лекари в България постоянно намалява, а достъпът до първична помощ в селските и отдалечените райони е ограничен. Извънболничната медицинска помощ се предоставя също от специализирани лечебни заведения, включващи индивидуални и групови практики за специализирана медицинска помощ, медицински и медикодентални центрове, диагностично-консултативни центрове, както и самостоятелни медико-диагностични и медикотехнически лаборатории. Те са автономни лечебни заведения, като повечето от тях работят по договор с НЗОК. Цялата първична и преобладаващата част от специализираната медицинска помощ в България са частна собственост. Разпределението на специалистите на територията на страната се характеризира с големи регионални различия.

Болничната помощ се осигурява от публични и частни болници, които основно се разделят на два вида – многопрофилни и специализирани.

Други лечебни заведения, предлагащи болнични услуги, са комплексните онкологични центрове, центрoвете за кожно-венерически заболявания и отскоро създадените центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания. Броят и делът на хоспитализациите в България е висок, факт, който подсказва за неефективната използваемост на извънболничната медицинска помощ и липсата на интеграция и координация между различните нива и звена в системата.

Продължителното лечение не е развито достатъчно в България, както по отношение на услугите, предлагани в общността, така и по отношение на лечението в специализираните болници. От години в страната се наблюдава свръхпредлагане на легла за активно лечение и недостиг на структури, предоставящи услуги в областта на продължителното лечение.

Регионалните центрове за спешна медицинска помощ, с техните филиали и спешните отделения в многопрофилните болници, са ключовите звена в спешната медицинска помощ в България. През 2014 г. МЗ предприема серия от реформи, целящи да подобрят инфраструктурата и материалните ресурси, да осигурят необходимите човешки ресурси, да подобрят организацията, координацията и управлението в системата на спешната медицинска помощ.

Лекарствената политика в България е част от националната здравна политика и се ръководи от министъра на здравеопазването. Българският фармацевтичен пазар е сред най-малките в Европейския съюз, но е и сред най-бързо развиващите се сектори в българската икономика.

Дентална помощ се оказва в извънболнични и болнични лечебни заведения. Изискванията към тях са подобни на тези в първичната и специализираната медицинска помощ. Преобладаващата част от денталните практики са концентрирани в големите градове. Само няколко определени услуги се покриват от

■ бюджета на НЗОК, докато по-голямата част от денталната помощ се заплаща от пациентите.

Лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ включват психиатрични болници, центрове за психично здраве, психиатрични отделения в многопрофилните болници, както и социални домове за хора с психични заболявания. Въпреки усилията за деинституционализация на психиатричните пациенти в България все още преобладават традиционните психиатрични услуги, докато услугите, предлагани в общността и в извънболничната медицинска помощ, са недостатъчно развити, за да отговорят на потребностите.

5.1 Обществено здравеопазване

Дейностите, свързани с общественото здраве в България, се координират от Министерството на здравеопазването, което отговаря за цялостното им планиране и надзор, както и за държавния здравен контрол. Отговорностите за това са разпределени между дирекция „Промоция и профилактика на болестите и зависимостите”, занимаваща се основно с превенция и контрол на инфекциозните болести, и дирекция „Здравен контрол“, отговорна предимно за превенция на хроничните незаразни заболявания, здравна промоция и ограничаване на рисковите фактори.

Регионалните здравни инспекции в 28-те области на страната, които представляват МЗ на регионално равнище, са отговорни за координацията и осъществяването на дейностите, свързани с общественото здраве. РЗИ изпълняват следните функции на територията на съответната област: мониторинг на здравословното състояние на населението и на детерминантите на здравето; промоция на здравето и интегрирана профилактика на болестите; лабораторен контрол на факторите на жизнената среда, анализиране и оценка на влиянието им върху здравето; консултативна и експертна помощ в областта на опазване на общественото здраве; координация и изпълнение на национални и международни здравни програми; разработване и изпълнение на регионални здравни програми и проекти; контрол върху заразните болести; контрол по

спазването на здравните изисквания към обектите с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда.

Органи на държавния здравен контрол са главният държавен здравен инспектор, регионалните здравни инспекции и Националният център по радиобиология и радиационна защита. Главният държавен здравен инспектор, който се назначава от министър-председателя по предложение на министъра на здравеопазването, организира и ръководи държавния здравен контрол, дейностите по промоция на здравето и интегрирана профилактика на болестите, профилактичните и противоепидемичните дейности при бедствия, аварии и катастрофи. Или държавният здравен инспектор ръководи цялостната система за здравен контрол на национално равнище, като дейността му се подпомага от администрацията на МЗ.

Националният център по радиобиология и радиационна защита отговаря за контрола на параметрите на работната и жизнената среда; извършва оценка и предприема мерки за ограничаване на публичното излагане на йонизиращи източници, дозиметричен контрол на излагането на йонизиращи източници, както и оценка на риска за населението и за специфични групи, изложени на лъчение.

Системата на общественото здравеопазване в България обхваща още няколко национални центъра към министъра на здравеопазването, ангажирани в опазването и промоцията на общественото здраве. Те оказват експертна и консултативна помощ на регионалните здравни инспекции и на лечебните заведения при необходимост.

- **Национален център по заразни и паразитни болести** – центърът осъществява наблюдение и провежда изследвания на инфекциозните и паразитни заболявания, осъществява противоепидемиологичен контрол и превенция на епидемии.
- **Национален център по наркомании** – координира и осигурява методическо ръководство по въпросите, свързани с наркотичните зависимости и употребата на наркотици, включително и превенция, лечение и рехабилитация на лица,

употребяващи наркотици, специализиран контрол върху лечебния процес и експертиза на наркотична зависимост.

- **Национален център по общественото здраве и анализи** – осигурява методична и експертна помощ в областта на опазване на общественото здраве, консултации на здравната администрация и лечебните заведения; извършва оценка на влиянието на околната среда и други рискови фактори върху здравето на населението; разработва и осъществява програми в областта на промоция на здравето и превенция на заболяванията; ръководи оценката на здравните заведения и акредитацията на лечебните заведения и провежда научни изследвания и обучение. Центърът отговаря също за събиране, обобщаване и анализ на информацията за здравния статус на населението, социално-икономическите детерминанти на здравето, за здравната система, нейните структури и ресурси.

Контролът върху качеството и безопасността на храните се осъществява от Българската агенция по безопасност на храните към Министерството на земеделието, храните и горите.

При изпълнение на своите задачи и отговорности МЗ и неговите поделения си взаимодействат с други институции на национално и регионално ниво, като Министерството на околната среда и водите и неговите регионални инспекции, Министерството на труда и социалната политика, Министерството на образованието и науката, Министерството на земеделието, храните и горите, Държавната агенция за закрила на детето, общинските съвети, областните администрации и пациентски организации (вж. 2.6 *Междусекторно сътрудничество*).

Основните програми, свързани с общественото здравеопазване в България, са обобщени в Таблица 5.1. Те са разработени от МЗ и приети от МС. Тези програми се осъществяват от различните държавни институции, общините и неправителствените организации. Общините също приемат и изпълняват програми за здравна промоция и профилактика на местно ниво, които се финансират от общинските бюджети или от донорски програми.

ТАБЛИЦА 5.1 Национални здравни програми в България, 2018

ПРОГРАМА	ПЕРИОД
Национален план на Република България за готовност за грипна пандемия	2006 – безсрочен
Национална програма за намаляване въздействието на радон в сгради върху здравето на българското население	2013 – 2017
Националната програма „Превенция на самоубийствата в Република България“	2013 – 2018
Национална програма за профилактика и контрол на векторно предавани трансмисивни инфекции при хората в Република България	2014 – 2018
Национална стратегия за борба с наркотиците	2014 – 2018
Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести	2014 – 2020
Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве	2014 – 2020
Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18-годишна възраст в Република България	2015 – 2020
Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България	2017 – 2020
Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България	2017 – 2020
Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка	2017 – 2020
Национална програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити в Република България	2017 – 2021

Източник: Министерски съвет 2017а.

Услугите, свързани с общественото здраве, се осигуряват от държавата и се финансират основно от държавния бюджет чрез бюджета на МЗ (вж. 3.7.1 *Заплащане за здравни услуги*). В допълнение на това общините изпълняват общински здравни програми, а НЗОК заплаща за някои услуги, предоставяни от ОПЛ (като имунизации и профилактични прегледи).

През 2015 г. от общите разходи за здравеопазване в България 2,55% са отделени за превенция и профилактика, като този дял се доближава до средното равнище за ЕС. За същата година 0,42% са

изразходвани за ваксинапрофилактика – стойност, която е сред най-високите в ЕС (Eurostat 2018).

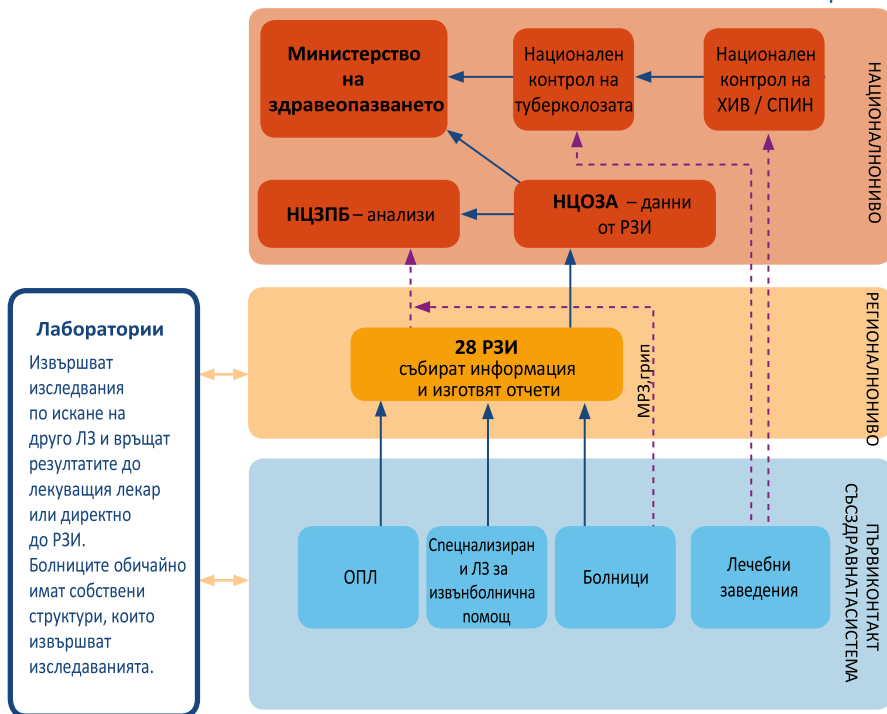
Заразни заболявания и имунизации

Регионалните здравни инспекции са отговорни за надзора на заразните заболявания в България. Пациентите със заразни заболявания, контактните лица и заразноносителите подлежат на регистрация и задължително съобщаване. Съгласно Закона за здравето с наредба на министъра на здравеопазването се определят заболяванията, които са задължителни за съобщаване, регистрация и отчет. Всеки медицински специалист, който диагностицира подобно заболяване, е длъжен да уведоми РЗИ и личния лекар на пациента.

На фигура 5.1 е представена системата за надзор на заразните заболявания. НЦОЗА събира и обобщава информация, получена от РЗИ, поддържа централната информационна система за мониторинг и отчет на заразните заболявания и подготвя седмичен и месечен епидемиологичен бюлетин по диагнози и по области. Министерството на здравеопазването поддържа специализирана информационна система, функционираща от 2005 г., за регистрация на случаите на ХИВ/СПИН и туберкулоза. Информационната система за случаите на морбили, рubeола и паротит, както и грипните инфекции се поддържа от РЗИ. Епидемиологични взривове и нозокомиални инфекции се докладват веднага в МЗ и Националния център по заразни и паразитни болести (НЦЗПБ). Центърът участва в организацията и контрола на профилактиката на заразните заболявания и противоепидемиологичните дейности в България.

С наредба на министъра на здравеопазването се определят лицата, които трябва да се имунизират (по възраст), както и условията и методите на задължителни, целеви и препоръчителни имунизации.

ФИГУРА 5.1 Информационни потоци в системата за надзор на заразните заболявания



Източник: European Centre for Disease Prevention and Control 2017.

Забележка: Пунктирните линии отразяват движението на информацията само за конкретни заболявания. МРЗ – морбили, рубеола, паротит; ЛЗ – лечебно заведение

Имунизационният календар в България се одобрява всяка година, като ваксинациите и реваксинациите са определени по възрастови групи. Задължителните имунизации се извършват от ОПЛ безплатно и включват ваксини против туберкулоза, хепатит Б, дифтерит, тетанус, коклюш, детски паралич, рубеола, морбили, паротит, хемофилус инфлуенца тип Б и пневмококи. Тези ваксини са задължителни за определените целеви групи. При отказ на задължителна имунизация са определени наказания, например родители, които не ваксинират децата си, не могат да ползват детска градина и трябва да платят глоби, регламентирани в Закона за здравето. Целеви имунизации се правят в определени случаи срещу бяс, Кримска-Конго хеморагична треска и кореман тиф. Те се заплащат от държавния бюджет и са безплатни за пациентите. Третият вид ваксинации – препоръчителни – са тези против жълта

треска, хепатит А, ротавируси, човешки папиломен вирус, грип, менингококи и пневмококи. Част от тези имунизации за определени рискови групи се извършват безплатно за пациентите (напр. срещу ротавируси и човешки папиломен вирус). Препоръчителни ваксини се правят по искане на пациента, заплащат се от него и се извършват от НЦЗПБ, лечебните заведения и РЗИ.

От 2012 г. имунизационното покритие в България спада (Таблица 5.2). През 2016 г. покритието при задължителните имунизации е под целевата стойност от 95% с изключение на имунизациите против туберкулоза (Национален център по заразни и паразитни болести 2017). Намаляващото покритие е резултат както от негативните нагласи към ваксините, които се засилват сред родителите, така и от проблемите сред някои от рисковите групи от населението като ромската общност например.

ТАБЛИЦА 5.2 Имунизационно покритие в България, 2012 – 2016 г.

ИМУНИЗАЦИИ	2012	2013	2014	2015	2016
Туберкулоза	97.0	97.2	96.7	95.8	96.2
Хепатит Б	95.4	95.2	95.0	91.6	91.1
Дифтерит, тетанус, коклюш	95.3	94.9	87.6	90.7	92.1
Детски паралич	95.3	94.9	87.6	90.7	92.1
Хемофилис инфлуенца тип Б	95.3	94.9	82.7	87.1	92.1
Пневмококи	93.5	93.7	91.7	90.4	90.3
Рубеола, морбили, паротит (първа доза)	93.7	95.1	93.2	91.5	92.1

Източник: Национален център по заразни и паразитни болести 2017.

Епидемия от морбили е регистрирана за последно през 2009 – 2010 г., предимно сред деца от ромски произход. През 2017 г. са установени 36 случая на морбили в ромската общност от град Пловдив. В подобни случаи, както и при възникване на извънредна епидемична обстановка или значителен спад на имунизационното покритие, министърът на здравеопазването може да разпорежи задължителни имунизации и реимунизации.

В България се извършват и целеви имунизации срещу човешкия папиломен вирус при момичета на възраст от 12 или 13 години. В тези възрастови групи имунизационното покритие през 2016 г. е съответно 14,3% и 5% (Национален център по заразни и паразитни болести 2017). Ниските му стойности, наред с други фактори, се дължат и на смъртен случай при 14-годишно момиче, който в медиите се свързва именно с тази ваксина.

Промоция на здравето и профилактика на заболяванията

В Концепцията „Цели за здраве 2020“ се предвижда укрепване на общественото здраве, включително с промоция на здравето и превенция на заболяванията. Изпълнителите в първичната медицинска помощ се разглеждат като ключови фигури при осъществяването им. Съгласно концепцията *„съществуващият досега немалък брой национални програми с профилактична насоченост поражда дублиране на дейности ..., което е неоправдано разпиляване на финансови ресурси“* (МЗ 2015а). Поради това се дава приоритет на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести (2014 – 2020) като интегриран подход за намаляване на преждевременната смъртност, заболяемостта и свързаните с нея последствия за здравословното състояние.

Този подход е развит в Националната здравна стратегия 2020 (МЗ 2015в). В стратегията са предвидени мерки за ограничаване на рисковите фактори, увеличаване на броя на услугите, свързани с промоция на здравето и профилактика на заболяванията, здравословно хранене, повишаване на качеството на здравното образование и обучение, координация и синхронизиране на секторната политика и активното въвличане на различни заинтересовани страни (вж. 2.5 *Планиране*). В рамките на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести също се осъществяват разнообразни дейности и инициативи, които имат за цел да насърчат здравословния начин на живот, като:

- информационни и образователни кампании;
- кабинети за консултации за отказ на употребата на тютюневи изделия към лечебните заведения;
- спортни инициативи;
- обучение на здравни специалисти;
- изследване на рисковите фактори и равнището на здравна култура на населението.

Национално представително проучване, свързано с рисковите фактори и здравната култура, е проведено сред населението в рамките на програмата. Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести ще се изпълнява до 2020 г., като за нея са отпуснати 9,5 млн. лв. от държавния бюджет (МЗ 2014в).

Ограничаване на рисковите фактори

Законът за здравето включва редица разпоредби, целящи ограничаване на рисковите фактори.

Тютюневи изделия и алкохол

През 2009 г. са приети допълнения към закона, забраняващи тютюнопушенето на закрити обществени места. Изключение законът предвижда само за обособени самостоятелни помещения в летищата. През 2010 г. са приети изменения, които налагат големи ограничения, включващи забрана за тютюнопушене на открити детски площадки и открити пространства около детските градини и училищата. Но на практика много от тези забрани се нарушават. Законът за здравето забранява и пряката реклама на алкохол; непряката реклама по радиото и телевизията е разрешена след 22:00 часа. Други мерки по отношение на тютюнопушенето включват ограничения за рекламиране на тютюневи продукти, увеличаване на цените на цигарите, промяна в опаковките им с информация и снимки за вредите и рисковете. Освен това продажбата на тютюневи изделия и алкохол на лица под 18 години е напълно забранена. Съгласно разпоредбите на Закона за здравето 1% от приходите, постъпили в държавния бюджет от акцизи на

тютюневи изделия и спиртни напитки, се изразходват за финансиране на национални програми за ограничаване на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол и недопускане на употребата на наркотични вещества.

Нездравословно хранене

През октомври 2015 г. министърът на здравеопазването предлага законопроект за нов данък върху вредните храни. Храните и напитките, съдържащи сол, захар, хидрогенирани растителни мазнини, кофеин и таурин, трябва да се облагат с този данък, ако съдържанието им надхвърля определено количество. Целта на това предложение е да се подобрят хранителните навици на населението, да се ограничи производството на нездравословни храни и по този начин да се подобри здравословното състояние в дългосрочен период. След бурни публични дебати законопроектът не е приет от Народното събрание.

Въпреки многобройните дейности и програми в областта на здравната промоция и обучение все още резултатите са крайно неудовлетворителни. Рисковото поведение като тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и нездравословно хранене е широко разпространено (вж. 1.4 *Здравен статус*). Според НЦОЗА рисковете от употребата на тютюневи изделия се подценяват, тютюнопушенето като цяло се толерира, а законодателството, свързано с него, не се спазва (НЦОЗА 2018а). Национално представително проучване, проведено през 2014 г., показва, че информацията и знанията по отношение на рисковите фактори и причините за някои хронични заболявания в България са недостатъчни (Димитрова и кол. 2015).

Мониторинг на рисковите фактори и скрининг

Профилактичните прегледи и диспансеризацията са регламентирани в наредба на МЗ. Съгласно нейните разпоредби ОПЛ правят оценка на рисковите фактори на своите пациенти по определени критерии и групират пациентите съобразно установения риск за тяхното здраве. В допълнение на това са

определени профилактични прегледи по вид, обем и честота за всяка рискова група. Те са насочени предимно към ранно откриване на сърдечно-съдови заболявания, диабет тип 2 и злокачествени новообразувания. Профилактичните дейности при децата включват различни лабораторни изследвания, прегледи и имунизации, определени по възрастови групи. Всеки здравноосигурен над 18 години има право на един профилактичен преглед годишно. Той включва снемане на анамнеза и подробен статус, лабораторни изследвания на кръв и урина, оценка на рисковите фактори и определяне на рисковата група. От 2011 г. са въведени профилактични изследвания на простатен специфичен антиген при мъже над 50 години и мамографско изследване на гърдата за жени над 50 годишна възраст на всеки две години. При риск от диабет, инфаркт, инсулт, сърдечно-съдово заболяване или злокачествено новообразование ОПЛ може да даде направление на пациента за преглед при съответния специалист. Броят на лабораторните изследвания и прегледите при хронично болни пациенти, които са под диспансерно наблюдение, зависи от тяхното състояние и диагноза. Профилактичните прегледи и диспансерните дейности се заплащат от НЗОК.

Системата за скрининг в България включва Национален скринингов регистър и регионални координатори към всяка РЗИ. Националният скринингов регистър се поддържа от НЦОЗА. Финансирането на скрининговите програми се извършва от различни източници – проекти, държавния бюджет, бюджета на НЗОК, донорски програми.

Според резултатите от национално представително проучване от 2014 г. честотата на профилактичните прегледи е много ниска (Димитрова и кол. 2015). Около една четвърт от респондентите не са правили изследване на холестерола; над 70% от мъжете не са преминали тест за рак на простатата и 33% от жените не са изследвани с мамограф. За разлика от това обаче, профилактични прегледи и изследвания за сърдечно-съдови заболявания и диабет (измерване на кръвно налягане и кръвна захар) за последните пет години са преминали между 78% и 89% от населението (Eurostat 2018). През 2016 г. средният брой профилактични прегледи на

децата до 1 година е 10, а при лицата над 18-годишна възраст – 0,37 (НЗОК 2017б).

Майчино и детско здравеопазване, репродуктивно здраве

Майчиното и детското здраве са сред приоритетите на националната здравна политика, заложи в Концепция „Цели за здраве 2020“ и в Националната здравна стратегия 2020 (МЗ 2015а, 2015в). Всяка жена има право на безплатни здравни услуги от установяване на бременността до 42-я ден след раждането. Пренаталните и постнаталните грижи включват промоция и обучение за кърмене, хранене и грижи за новороденото, както и регулярни прегледи, пренатална диагностика и превенция на вродените аномалии, осигурявани от лечебни заведения за първична и специализирана медицинска помощ, както и болнична помощ по време на раждането. Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве (2014 – 2020) предвижда интегриран подход в работата на всички институции и организации, свързани с майчиното и детското здравеопазване. В рамките на тази програма са създадени центрове за майчино и детско здраве към областните болници. Програмата включва също дейности и инициативи, свързани с промоция на здравето и обучение на бременните жени и родителите. Общият бюджет на програмата е 128,6 млн. лв. (МЗ 2014б).

Изпълняват се и редица други програми и инициативи за подобряване на детското здраве и за намаляване на детската смъртност. Децата и младежите до 18-годишна възраст имат право на свободен достъп до педиатрична помощ, както и на редовни профилактични прегледи при ОПЛ или при педиатър. Към училищата, детските градини и социалните институции за деца са създадени здравни кабинети, в които се оказва първа помощ при необходимост. Медицинските специалисти, работещи в тези кабинети, се включват в програмите за здравно обучение. През 2015 г. с промени в Закона за лечебните заведения са създадени нов вид лечебни заведения – центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания. Тези центрове трябва да

осъществяват скрининг, профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация, долекуване и палиативни грижи за деца с увреждания и хронични заболявания (вж. 6 *Основни реформи в здравната система*).

Репродуктивното здраве на населението е грижа и отговорност на държавата чрез осигуряване на промоция и консултации, достъп до специализирана медицинска помощ, превенция, лечение на стерилитета и др. През изминалото десетилетие са открити няколко центъра за репродуктивно здраве, някои от тях част от публични или частни лечебни заведения, други – като самостоятелни медицински практики или медицински центрове. Много от тях осигуряват също асистирана репродукция (инвитро оплождане). През 2009 г. МЗ създава Фонд за асистирана репродукция, който финансира до три инвитро опита на пациентка. През май 2017 г. МС одобрява допълнително финансиране за асистираната репродукция, с което отпада ограничението за три опита (Министерски съвет 2017в). Това решение е свързано с политиката за повишаване на раждаемостта и справяне с демографската криза в България (вж. 1.1 *География и социодемография*). През август 2017 г. МЗ предлага броят на опитите да се увеличат до осем. За периода 2014 – 2015 г. са финансирани общо 7 598 процедури и са родени 2 171 деца (Сметна палата 2017а). Някои общини в България също осъществяват програми за допълнително финансиране на инвитро процедури.

Трудова медицина и други дейности в областта на общественото здравеопазване

Организацията на дейностите, свързани с опазване на здравето на работещите, е регламентирана основно в Закона за здравословни и безопасни условия на труд. Министерството на здравеопазването и Министерството на труда и социалната политика са съвместно отговорни за опазване на здравето на работещите и превенция на трудовия травматизъм. Дейностите, свързани с превенция на професионалните заболявания, са отговорност на службите по трудова медицина, които могат да бъдат или самостоятелни

юридически лица, или структури, създадени от работодател, или лечебно заведение под формата на дъщерно дружество или структурно подразделение. Услугите, които извършват, са предимно превантивни – оценка на риска в работната среда, мониторинг на здравния статус и трудоспособността на заетите, задължително наблюдение на здравословното състояние на работници, изложени на специфични рискове, осигуряване на информация за работодателите и работниците, съвети и насоки относно рисковете за здравето и тяхната превенция.

НЦОЗА отговаря за събирането, обобщаването, анализа и публикуването на здравна статистика и епидемиологична информация. Системата за регистрация и наблюдение на заразните заболявания и епидемиите е ефективна и позволява вземането на навременни и адекватни мерки. Но същото не може да се твърди за останалите (незаразни) заболявания, за които данни обикновено липсват или са непълни и неточни. Не се извършват и регулярни изследвания на начина на живот и поведението, свързано със здравето. Подобни проучвания обикновено се провеждат в рамките на отделни програми или проекти.

Въпреки различните програми и инициативи в областта на общественото здравеопазване резултатите не са напълно задоволителни. Все още остават редица предизвикателства и проблеми за осигуряване на достъп до качествени услуги в сферата на общественото здраве за жителите на селските региони, както и за хората с увреждания и представителите на етническите малцинства.

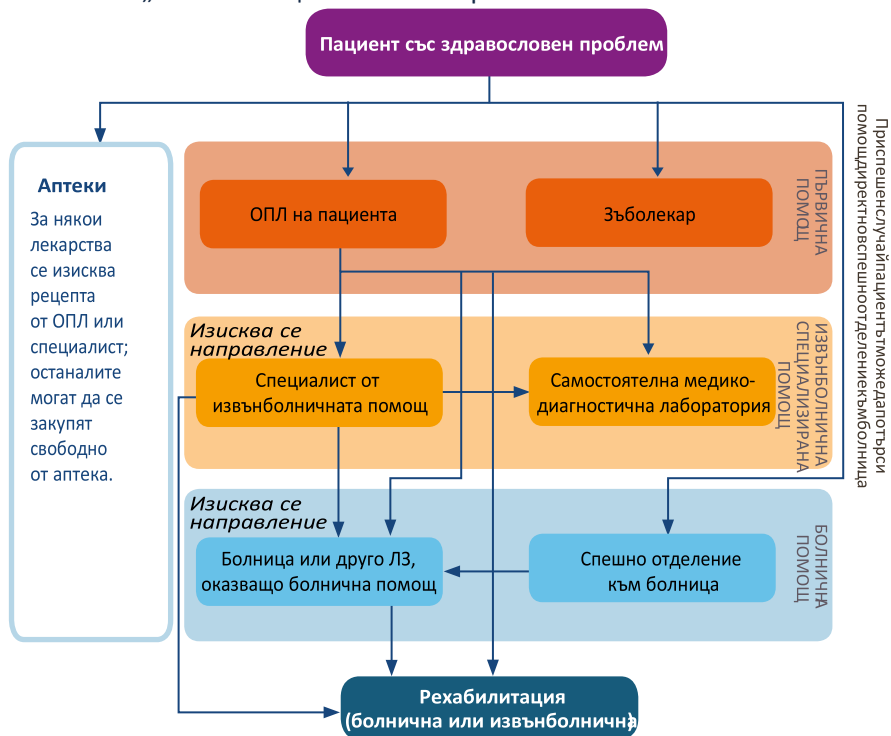
5.2 „Път“ на пациента

„Пътят“ на пациента през здравната система (условно описващ нивата на системата, през които пациентът трябва да премине) зависи на първо място от вида и тежестта на състоянието му. Други фактори, които оказват влияние, включват вида осигуровка (задължително или доброволно здравно осигуряване), нагласите и желанията на пациента. В общия случай ОПЛ се явява като „пазач на входа на системата“ и е основното звено, през което пациентът

може да „влезе“ в здравната система. Освен ОПЛ без направление могат да бъдат посещавани само зъболекарите.

На фигура 5.2 е представен възможния „път“ на пациент, който е задължително здравноосигурен и се нуждае от медицинска помощ.

ФИГУРА 5.2 „Път“ на пациента в България



Източник: Компиляция на авторите въз основа на действащото законодателство.

Ако състоянието на пациента изисква специализирана медицинска помощ, то ОПЛ го насочва към специалист. Специализирана помощ може да бъде потърсена в диагностично-консултативен център (ДКЦ), медицински център или в индивидуална или групова практика до 30 дни след издаване на направлението. Общопрактикуващ лекар или специалист може да насочи пациента за болнично лечение. Приемът в болница обикновено се извършва до няколко дни след издаване на направлението. Времето от издаването на направление до

хоспитализацията варира в зависимост от диагнозата и състоянието на пациента, както и от листата на чакащите в конкретната болница. След изписването от болница има две възможности: (1) ако е необходимо, пациентът се хоспитализира в болница за продължително лечение и рехабилитация; или (2) последващото лечение и рехабилитация се назначават от ОПЛ на пациента. За някои лекарства, както и за лабораторните изследвания, са необходими рецепта или направление от ОПЛ или от специалист.

Ако пациентът иска да получи директен достъп до специализирана медицинска помощ (без да посещава ОПЛ), той трябва да заплати за нея и не може да се възползва от правата си на задължително здравно осигурен. Ако пациентът има здравна застраховка, той може да използва директно специализирана медицинска помощ, но това зависи от вида и условията на застраховката. При спешен случай пациентът може да потърси медицинска помощ при своя ОПЛ, от Център за спешна медицинска помощ (ЦСМП), т.е. да повика спешен екип с линейка или да посети директно спешно отделение в болница (вж. 5.5 *Спешна медицинска помощ*).

5.3 Извънболнична медицинска помощ

Законът за лечебните заведения регламентира разделението на извънболничната от болничната помощ в България и определя различните лечебни заведения, които ги предоставят. Извънболничната медицинска помощ се състои от първична и специализирана помощ, предоставяна от общопрактикуващи лекари и специалисти, които работят в различни лечебни заведения като индивидуални и групови практики за първична и специализирана медицинска помощ, медицински центрове, диагностичноконсултативни центрове и лаборатории.

Цялата първична и голяма част от специализираната медицинска помощ са частна собственост. Някои специализирани лечебни заведения са собственост на общините или на публични болници, но също са отделни юридически субекти.

Като цяло извънболничната помощ в България се предоставя от амбулаторни лечебни заведения. Единственото изключение са психиатричните болници и болниците, които са собственост на министерствата на отбраната, на транспорта, информационните технологии и съобщенията, на вътрешните работи и на правосъдието, както и на МС, които могат да сключват договор с НЗОК за предоставяне на първична и специализирана извънболнична помощ.

Първична медицинска помощ

Първичната медицинска помощ се предоставя от общопрактикуващи лекари, които са регистрирани като физически или юридически лица с частна практика, работещи задължително по договор с НЗОК. Медицинските практики за първична помощ са два вида – индивидуални и групови. В практика за първична медицинска помощ могат да бъдат наети медицинска сестра или други медицински специалисти. Българските граждани, които са задължително здравно осигурени, имат право на свободен избор на ОПЛ, както и на специалист. Пациентите имат право да сменят своя личен лекар два пъти годишно.

През 2016 г. приблизително 14,9% от всички лекари в България работят в първичната медицинска помощ (НСИ 2017е), а осигуреността с ОПЛ е сравнително ниска (0,62 на 1 000 души от населението) в сравнение със средните стойности за ЕС (вж. 4.2.1 *Тенденции в медицинския персонал*). По-притеснителен е фактът, че това съотношение постоянно се влошава и е намаляло спрямо 2006 г.

За да ползват здравноосигурителните си права, пациентите трябва да получат направление от ОПЛ както за специалист, така и за лабораторно изследване. Децата и бременните жени имат директен достъп до педиатри и акушер-гинеколози. Всеки ОПЛ разполага с ограничен брой направления за специализирана медицинска помощ. Броят на направленията се определя на тримесечие от РЗОК в зависимост от пациентите на общопрактикуващия лекар, техните характеристики (например

хронични заболявания, възраст) и от изразходваните направления през предходния период. Около една трета от пациентите в България (включително и неосигурените) заобикалят първичната помощ като търсят директно спешна помощ, обаждайки се на ЦСМП или посещавайки спешно отделение към болница (вж. 5.5 *Спешна медицинска помощ*).

Общопрактикуващите лекари извършват прегледи, диагностика, лечение, дават консултации и изписват лекарства в съответствие с ПЛС. Те са отговорни също за осъществяване на консултации по семейно планиране, превенция (имунизации), промоция на здравето и здравно обучение. Някои от дейностите, извършвани от ОПЛ, които не са свързани с оказването на здравни услуги (като издаване на медицинско свидетелство за работа или за шофиране на автомобил), се заплащат от пациентите. В практиките за първична медицинска помощ трябва да се постави на видимо място ценоразпис на платените услуги и таксите, които се заплащат от пациентите.

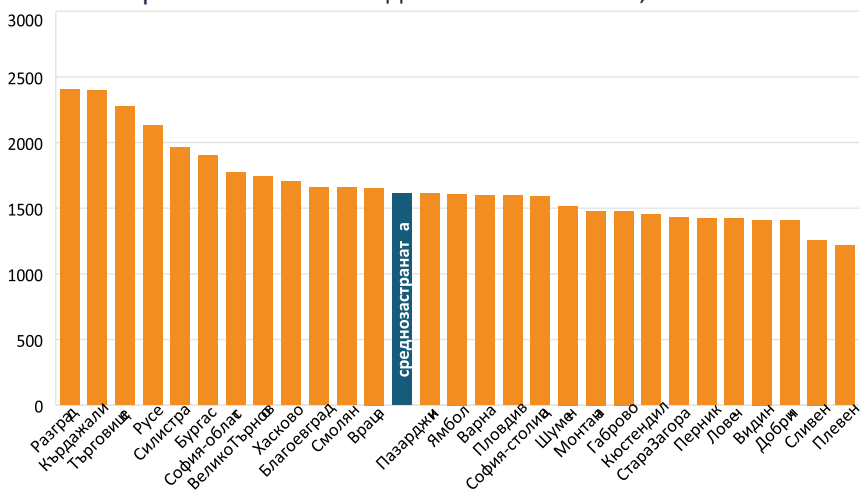
От 2010 г. броят на ОПЛ в България постоянно намалява (Таблица 5.3). През 2017 г. техният брой възлиза на 4 287, което предполага средно 1 656 пациента на един ОПЛ. Индивидуалните практики за първична медицинска помощ преобладават (3 476 или 81,1%), докато 18,9% от общопрактикуващите лекари работят в групови практики (НЗОК 2017г).

Броят на общопрактикуващите лекари значително варира между областите на страната. Тези диспропорции водят до неравенства в достъпа до първична медицинска помощ, особено за населението в селските райони. През 2016 г. средният брой на пациентите на ОПЛ се различава значително в различните области – от 1 216 души на ОПЛ в област Плевен до 2 404 в област Разград (Фигура 5.3). Като цяло достъпът до първична медицинска помощ в градските и селските райони се различава съществено, като жителите на отдалечените села срещат редица затруднения поради недостига на ОПЛ, лошата инфраструктура и географската отдалеченост. За да се намалят тези неравенства в достъпа, са предприети някои мерки като финансови стимули за ОПЛ в селските и отдалечените райони на страната под формата на

месечно отпускана сума за съответната практика. Тези суми са определени в НРД по населени места и варират в зависимост от отдалечеността на практиката от други лечебни заведения, затруднената достъпност поради лоша транспортна инфраструктура, разпръснатост на обслужваните населени места (при практики, обслужващи две или повече такива), обслужваното население и замърсяването на околната среда. Високата средна възраст на лекарите също буди притеснения и засилва недостига, особено в селските райони (вж. 4.2 *Човешки ресурси*). В резултат на това общопрактикуващите лекари често трябва да обслужват няколко различни населени места, отдалечени едно от друго на километри.

Официални данни по отношение на качеството на първичната медицинска помощ не са налични. Най-честите нарушения на НРД в първичната медицинска помощ, установени при проверки на РЗОК, са свързани с оказване на профилактични услуги, диспансеризация, неспазване на работното време и изискванията за медицинско оборудване (НЗОК 2016).

ФИГУРА 5.3 Брой население на един ОПЛ по области, 2016 г.



Източник: НСИ 2017е; изчисленията са на авторите.

Анализът към концепцията „Цели за здраве 2020“ от 2015 г. показва, че развитието на първичната помощ в България остава едно от основните предизвикателства пред здравната система. Това се

дължи на ограничения брой дейности, недостатъчното стимули за екипна работа, ниското признание, слабата връзка със специализираната медицинска помощ и недостатъчното финансиране (МЗ 2015а).

Специализирана извънболнична медицинска помощ

Специализирана извънболнична медицинска помощ се осигурява от специализирани практики, центрове за диагностика и лечение и лаборатории. Подобна помощ предоставят също центрoвете за психично здраве, комплексните онкологични центрове, центрoвете за кожно-венерически заболявания и тези за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания. Лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ могат да бъдат регистрирани като:

- индивидуални или групови практики за специализирана медицинска помощ по определени медицински специалности;
- медицински и медико-дентални центрове с минимум трима лекари и/или зъболекари с различни медицински специалности; ■ диагностично-консултативни центрове с минимум 10 лекари с различни медицински специалности и собствени диагностични звена – клинична лаборатория и образна диагностика;
- самостоятелни медицински лаборатории, които могат да бъдат два вида: (1) медико-диагностични лаборатории, извършващи лабораторни тестове и анализи или образна диагностика; и (2) медико-технически лаборатории, изработващи специални медицински изделия (напр. зъботехнически лаборатории).

Към медицинските, медико-денталните и диагностично-консултативните центрове могат да се разкриват звена, в които лекарски асистенти, медицински сестри или акушерки самостоятелно оказват здравни грижи.

Диагностично-консултативните центрове често са собственост на общините и са под контрола на съответните общински съвети. Останалите видове лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ са предимно частна собственост. Всички, независимо от собствеността си, са регистрирани по Търговския закон като търговски дружества. Пациентите в България имат право на свободен избор на специалист на територията на цялата страна.

Подобно на първичната медицинска помощ, и при специализираната преобладават индивидуалните практики, но техният брой намалява с 40% спрямо 2010 г. За разлика от тях, броят на медицинските центрове, медико-денталните центрове и самостоятелните медико-диагностични лаборатории нараства значително (Таблица 5.3). Много от специалистите работят едновременно в извънболнични лечебни заведения и в болници.

По-голямата част от специалистите в извънболничната помощ работят по договор с НЗОК. През 2017 г. 3 224 лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ са сключили договор за предоставяне на здравни услуги, заплащани от бюджета на НЗОК (НЗОК 2017д). Основният пакет специализирани здравни услуги, покриван по линия на задължителното здравно осигуряване, включва първични и вторични прегледи, профилактични прегледи, диспансерно наблюдение, рехабилитация, високоспециализирани медицински дейности и експертиза за временна неработоспособност, ако състоянието на пациента изисква по-дълъг отпуск по болест.

През 2016 г. по линия на задължителното здравно осигуряване са направени 0,77 първични и 0,31 вторични посещения при специалист средно на здравноосигурен гражданин. Броят на вторичните консултации намалява и през 2016 г. се осъществяват средно 40 – 41 вторични посещения на всеки 100 първични прегледи (НЗОК 2016).

Най-многобройни сред специалистите са хирурзите, педиатрите, акушер-гинеколозите, кардиолозите и невролозите (НСИ 2017е). Наблюдава се недостиг на лекари със специалност по клинична токсикология, паразитология, инфекциозни заболявания и алергология. Според доклада на НЦОЗА капацитетът на

специализираната извънболнична помощ не е достатъчно развит, което създава неравенства в достъпа на населението особено в отдалечените райони (НЦОЗА 2018а). Разпределението на специалистите показва значими регионални вариации и дисбаланси между областите.

ТАБЛИЦА 5.3 Лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, 2010 – 2016 г.

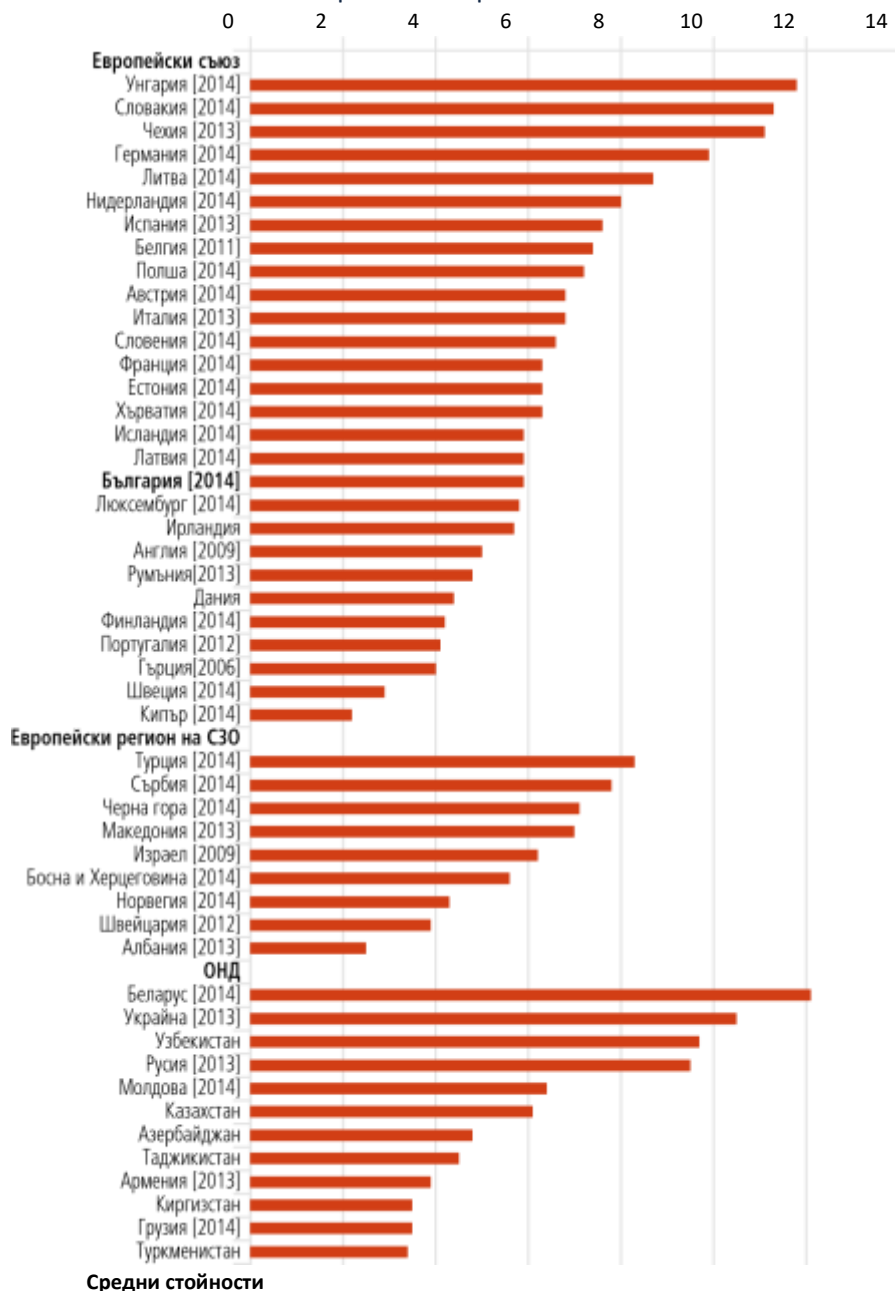
ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ	201	201	201	201	201	201	201	% ПРОМЯНА (2010 – 2016)
	0	1	2	3	4	5	6	
ОПЛ ^а	4761	4697	4900	4572	4525	4433	4407	-7.5
Индивидуални практики за специализирана медицинска помощ ^б	6219	2858	3050	2864	2887	2915	2949	-52.6
Групови практики за специализирана медицинска помощ ^б	205	146	149	142	139	139	139	-32.2
Медицински центрове ^а	520	559	575	604	617	631	702	35.0
Медико-дентални центрове ^а	29	35	33	39	44	45	50	72.0
Диагностичноконсултативни центрове ^а	113	121	121	117	117	112	112	-1.0
Самостоятелни медикодиагностични и медикотехнически лаборатории ^а	902	1006	1026	1078	1103	1096	1115	23.6

Източници: ^аНСИ 2017г; ^бНЦОЗА 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017; ^вНСИ 2017ж.

На фигура 5.4 е представен средният брой на посещенията в извънболничната помощ в Европейския регион на СЗО за 2014 г.

Със среден брой от 5,9 посещения за 2014 г. България е под средното равнище

ФИГУРА 5.4 Среден брой посещения в извънболничната помощ на човек от населението в Европейския регион на СЗО 2014 г.



за ЕС13 (7,54 през 2014 г.) и за ЕС28 – 7,03 на човек от населението (WHO Europe 2017). Тези данни обхващат първичната и специализираната извънболнична помощ. Освен това средният брой прегледи на лекар е едва 1 480 през 2014 г., което е сред най-ниските стойности в ЕС (OECD/EU 2016).

5.4 Болнична медицинска помощ

Съгласно Закона за лечебните заведения болниците в България се разделят на многопрофилни (с минимум две отделения по различни специалности) и специализирани (обикновено гинекологични, хирургични, педиатрични или психиатрични). Болничните лечебни заведения могат да бъдат класифицирани и според продължителността на лечението в тях на болници за активно лечение (за по-кратък престой), болници за продължително лечение и/или за рехабилитация. Университетските болници са свързани с обучението на студенти в някой от четирите медицински университета и двата медицински факултета в страната. Те са многопрофилни или специализирани, определени от МС, и обучават студенти, както и здравни професионалисти в системата на следдипломното образование. Броят на болниците в България по видове е представен в Таблица 5.4. Болнична помощ се предоставя също от центрoвете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове и центрoвете за психично здраве (бившите диспансери), както и от центрoвете за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания. Пациентите имат право на свободен избор на болница на територията на страната.

Друга класификация на болничните лечебни заведения се базира на тяхното собственоост и вида на предоставяните услуги. Националните болници оказват високоспециализирана помощ в случаи, които не могат да бъдат лекувани в общинските или областните лечебни заведения, и са собственоост на държавата.

Областните болници са разположени в областните центрове, обхващат почти всички медицински специалности и осигуряват услуги за случаи, които не са в компетенциите на общинските болници. Те задължително трябва да имат 24-часово спешно отделение, отделения по клинична патология и трансфузионна хематология, както и звено по съдебна медицина. Областните болници са собственост на държавата, която притежава 51% от капитала, и на общините, включени в областта, които притежават останалите 49%. Общинските болници са многопрофилни или специализирани и са разположени предимно в по-малките градове, като обикновено имат няколко отделения (педиатрично, акушеро-гинекологично, неврологично, вътрешни болести, хирургично и физиотерапевтично). Те са собственост на съответната община. Останалите болници са частна собственост.

ТАБЛИЦА 5.4 Болници по вид в България, 2010 – 2016 г.

БОЛНИЦИ ПО ВИД	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% ПРОМЯНА (2010 – 2016)
Многопрофилни болници	121	120	114	111	113	114	112	-7.4
Специализирани болници за активно лечение	39	39	37	37	36	34	33	-15.4
Специализирани болници за продължително лечение	5	5	5	5	4	3	0	-
Специализирани болници за продължително лечение и рехабилитация	14	13	12	12	12	11	10	-28.6
Специализирани болници за рехабилитация	19	19	19	19	19	19	21	10.5
Психиатрични болници	12	12	12	12	12	12	12	0.0
Болници към други ведомства	14	18	21	24	21	21	21	50.0
Болници по вид на собствеността								
Частни болници	88	89	92	99	106	108	111	26.1

Други лечебни заведения, предоставящи болнична помощ (предишни диспансери)								
Комплексни онкологични центрове	9	7	7	7	7	7	7	-22.2
Центрове за кожновенерически заболявания	10	10	8	7	7	7	5	-50.0
Центрове за психично здраве	12	12	12	12	12	12	12	0.0

Източници: НЦОЗА 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017.

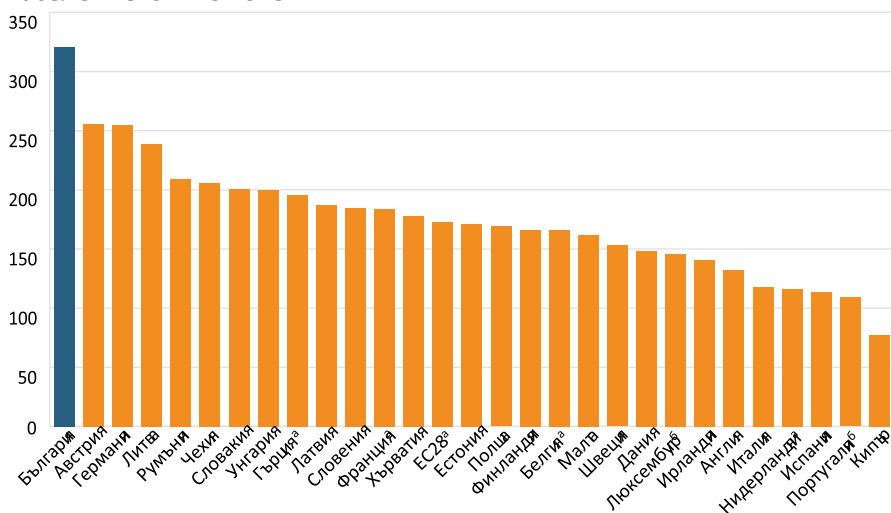
Болничната помощ в България се осигурява от публични и частни лечебни заведения. Броят на частните нараства значително и през 2016 г. те са близо една трета от общия брой на болниците в България (Таблица 5.4). Преобладаващата част са специализирани в областта на хирургията, офталмологията, акушерството и гинекологията, ортопедията. Между 2010 г. и 2016 г. броят на хоспитализираните в частни болници пациенти се увеличава близо два пъти. През 2016 г. 111-те частни болници в България имат общо 11 195 легла, което е двойно нарастване на броя им спрямо 2010 г. (НЦОЗА 2017).

Всички болници са регистрирани по Търговския закон като определено търговско дружество (АД, ООД). Разрешение за осъществяване на дейност се издава от МЗ. При болниците, собственост на държавата, правото на собственост се упражнява от министъра на здравеопазването, а при общинските болници – от съответния общински съвет. МС, по предложение на министъра на здравеопазването, може да прехвърли правата на едноличния собственик на капитала по управлението на държавните лечебни заведения, които са университетски болници, на съответния университет за срока на акредитационната им оценка. Болниците към други ведомства (министерствата на отбраната, на вътрешните работи, на транспорта и на правосъдието) са изцяло държавна собственост и правата се упражняват от съответния министър. Най-общо управлението на болниците се организира от собственика на съответното лечебно заведение и зависи от формата на търговското дружество. Основните принципи и изисквания са регламентирани в

Закона за лечебните заведения. Болниците се ръководят от управител или изпълнителен директор. В публичните лечебни заведения управленските позиции се заемат след конкурс, организиран от съответния собственик (МЗ или общинските съвети). Болничните мениджъри подписват тригодишен договор за управление със собственика, като те могат да бъдат лекари или икономисти с допълнителна квалификация по здравен мениджмънт. Всички болници имат задължително главна медицинска сестра (акушерка или рехабилитатор) съгласно изискванията на Закона за лечебните заведения. Колективни органи със съвещателни функции също участват в управлението – Медицински съвет, Съвет по здравни грижи и др.

В България преобладават болниците за активно лечение, по брой на които страната се нарежда на трето място в ЕС, докато структурите (и болничните легла) за продължително лечение са недостатъчни. През 2015 г. делът на хоспитализираните пациенти в България е най-високият в ЕС – делът на изписаните от болница пациенти на 1000 души от населението е 50% по-висок от средния за ЕС и продължава да нараства през последните години (Фигура 5.5).

ФИГУРА 5.5 Брой изписани от болница пациенти на 1 000 души от населението в ЕС 2015 г.



Източник: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017.

Бележки: ^аСтойности, прогнозираны от ОИСР, за да се изчисли средната претеглена стойност за ЕС28. ^бПрогнозни стойности.

Част от тези хоспитализации могат да се разглеждат като излишни, тъй като някои хронични заболявания могат да бъдат лекувани ефективно в извънболничната помощ (най-често това са вродена сърдечна недостатъчност, астма и диабет – вж. 7.4.2 *Резултати от здравните услуги и качество на услугите*). Въпреки че извънболничната помощ и особено първичната, са приоритет в здравната политика на почти всички правителства, те все още не са развити достатъчно и се използват доста неефективно. Някои от причините за високия брой на хоспитализациите са очертани в доклад на Световната банка от 2015 г.:

- някои услуги, които могат да се осъществяват в извънболничната помощ, се извършват в болниците;
- дори пациентът да се лекува в извънболничната помощ, то за някои изследвания като компютърна томография или ядреномагнитен резонанс листите на чакащите и затрудненията да се получи направление (поради ограничения им брой) са толкова големи, че приемът в болница се оказва много по-лесен начин да бъдат направени тези изследвания на пациента;
- плащанията за болнична помощ (по клинични пътеки) са значително по-високи, отколкото тези за услугите в извънболничната помощ;
- специалистите, работещи едновременно в извънболничната и болничната помощ, в някои случаи получават допълнителни финансови стимули, ако насочат пациент за прием в болница.

Освен това според резултати от проверки на НЗОК някои пациенти, които страдат от повече хронични заболявания, са хоспитализирани по няколко последователни пъти в болница по отделно за всяко заболяване и по този начин болниците отчитат различни клинични пътеки (НЦОЗА 2018а).

През 2015 г. в опит да се ограничат ненужните хоспитализации се въвеждат лимити за прием по отделни клинични пътеки за всяка болница. Съобразно тези нови ограничения НЗОК не би трябвало да заплаща за хоспитализации, които надхвърлят определения лимит за съответната болница. На практика обаче болниците продължават да приемат пациенти, дори и след изчерпване на лимитите, като предявяват искания към НЗОК за допълнително финансиране за спешни случаи, които не влизат в определените лимити.

Опити за въвеждане на интегрирани грижи

Според концепцията „Цели за здраве 2020“ структурите и процесите в здравеопазването се характеризират с липса на координация между различните нива на медицинска помощ, както и между здравните и социалните услуги, включително и по отношение на промоцията на здравето, профилактиката на заболяванията и рехабилитацията. Взаимодействието между болничната помощ и социалните институции е много слабо, което се дължи основно на различния им статут, отговорности и подчинеността към различни ведомства.

В близкото минало интегрирани услуги се предоставят от диспансерите. От 50-те години на миналия век в България е функционирала добре изградена система от диспансери, чиято цел е била да предоставят комплексни здравни услуги за пациенти с онкологични, дерматовенерологични, психиатрични и белодробни заболявания. Диспансерите са лечебни заведения, които извършват диагностика, извънболнично и болнично лечение, проследяване, рехабилитация за хора със специфични хронични заболявания и поддържат регистри на тези пациенти. През 2010 г. с промяна в Закона за лечебните заведения тези диспансери са преобразувани в комплексни онкологични центрове, центрове за психично здраве и центрове за кожно-венерически заболявания, които трябва да предоставят интегрирани грижи за пациенти със съответните заболявания.

През 2015 г. интегрираните грижи за първи път са регламентирани в българското законодателство с допълнения към

Закона за здравето и Закона за лечебните заведения. Законът за здравето дефинира интегрираните здравно-социални услуги като „дейности, чрез които медицинските специалисти и специалистите в областта на социалните услуги предоставят здравни грижи и медицинско наблюдение и осъществяват социална работа, включително в домашна среда, в подкрепа на деца, бременни жени, хора с увреждания и хронични заболявания и възрастни хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности“.

С допълнения към Закона за лечебните заведения са регламентирани нов вид лечебни заведения – центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания – и нов вид дейност – интегрирани здравно-социални услуги, които всички лечебни заведения могат да предоставят.

5.4.1 Дневен стационар

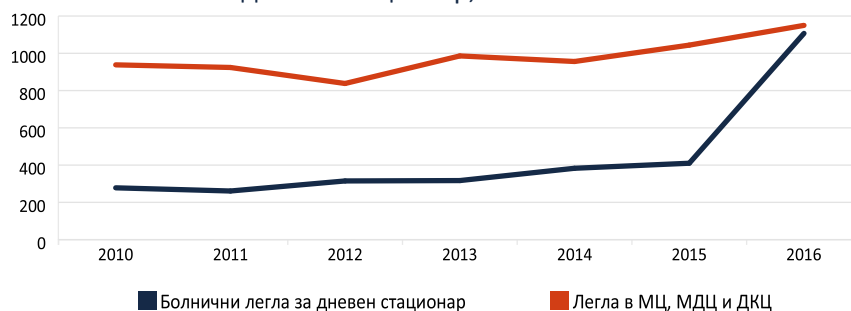
Съгласно наредбата за основния пакет здравни услуги, гарантиран от бюджета на НЗОК, лечебните заведения за болнична помощ могат да сключват договори за клинични пътеки, както и за т.нар. клинични и амбулаторни процедури. Клиничните процедури се изпълняват в болници, като престоят в лечебното заведение е до 24 часа (напр. интензивно лечение на новородени деца с асистирано дишане). За разлика от тях, амбулаторните процедури (напр. хемодиализа, химиотерапия, биопсия) могат да се осъществяват в лечебни заведения за извънболнична или за болнична помощ за пациенти, чието състояние не изисква по-дълъг болничен престой.

Обикновено легла за дневен стационар се разкриват в хирургичните отделения (за едnodневна хирургия), както и за психиатрична помощ, рехабилитация и др. Медицинските, медикоденталните и диагностично-консултативните центрове могат да разкриват до 10 легла за краткосрочно наблюдение и лечение. В диагностично-консултативните центрове могат да се разкриват до пет допълнителни легла за наблюдение и лечение до 48 часа за целите на клиничните изпитвания на лекарства.

Броят на тези легла нараства спрямо 2010 г. (Фигура 5.6).

Делът на еднодневния прием в болниците е незначителен. От 2010 г. броят на болничните легла за дневен стационар се увеличава (Фигура 5.6). През 2016 г. той достига 1,6 на 10 000 души от населението (НЦОЗА 2017). Липсва информация за броя и дела на еднодневните хоспитализации, но използваемостта на леглата за дневен стационар нараства от 2010 г.

ФИГУРА 5.6 Легла за дневен стационар, 2010 – 2016 г.



Източници: НЦОЗА 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017.

Бележки: МЦ – медицински център; МДЦ – медико-дентален център; ДКЦ – диагностично-консултативен център.

5.5 Спешна медицинска помощ

Спешната медицинска помощ в България е организирана на няколко равнища в зависимост от неотложността на състоянието –

- пациентите могат да повикат линейка или да посетят директно спешното отделение в болницата. Общопрактикуващите лекари трябва да са на разположение и да осигуряват т.нар. неотложна помощ през нощта и през почивните дни. Тези задължения могат да бъдат прехвърлени на групови практики, на други лечебни заведения (на разстояние не по-голямо от 35 км) или могат да бъдат осигурявани по телефона или чрез домашни посещения. В България спешната помощ се осигурява основно от центровете за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и от спешните отделения в болниците.

Спешна медицинска помощ се осигурява от 27 ЦСМП на територията на страната (областите София-столица и Софийска

имат един общ център) и техните 198 филиала за спешна медицинска помощ. Освен ЦСМП спешните отделения към болниците са другите основни звена в осигуряването на спешна медицинска помощ. През 2017 г. спешни отделения са разкрити към 37 многопрофилни болници в страната. Съгласно Закона за здравето всяко лечебно заведение е длъжно да предоставя медицинска помощ според възможностите си на пациент в спешно състояние. При невъзможност да се осигури необходимата медицинска помощ (поради липса на специалисти, медицинско оборудване или свободни легла) и ако състоянието на пациента позволява, то той/тя трябва да бъде транспортиран до най-близкото лечебно заведение, което разполага с необходимите условия.

Центровете за спешна медицинска помощ са публични лечебни заведения, които са разположени в областните градове и са финансирани от МЗ. Те оказват медицинска помощ на болни и пострадали при злополука в дома им, на мястото на инцидента, по време на бедствия и по време на транспортирането им до болница. Всеки център има административен отдел, регионален координационен офис и филиали за спешна медицинска помощ в обслужваната област. Дейността на центровете включва оказване на спешна помощ за болни и пострадали при инциденти, специализиран транспорт за пациенти, донори, органи и кръв, осигуряване на транспорт за националните медицински консултанти и обучение на медицински специалисти. Те се ръководят от директор, който се назначава от министъра на здравеопазването.

Филиалите за спешна медицинска помощ извършват медицински триаж, диагностика, краткосрочно наблюдение и лечение на пациенти в спешни състояния до 24 часа. В някои по-малки градове и в повечето селски райони, където няма спешни отделения в болниците, филиалите запълват тази липса. В някои градове обаче функционират и спешни отделения, и филиали на спешната медицинска помощ. Всеки филиал има определен брой и вид мобилни екипи, стационарни екипи и санитарен транспорт, които се определят въз основа на критериите, регламентирани в стандарта за спешна медицинска помощ.

Въпреки различните промени, които са осъществени в системата за спешна медицинска помощ, тя се характеризира с екстензивно развитие, но неефективно действие на мрежата от лечебни заведения, без координация между тях. През 2014 г. е приета Концепция за развитие на спешната медицинска помощ в България (2014 – 2020), в която се посочват основните проблеми в системата:

- Съществуват неравенства в достъпа до спешна медицинска помощ – за около 15% от населените места в страната времето за достъп до спешна помощ е над 30 минути.
- Някои спешни отделения са претоварени с пациенти (често неосигурени) в сравнение с други болници, които обикновено приемат само планови пациенти. Това често води до ситуации, в които пациентите са транспортирани между различни лечебни заведения, за да получат необходимата им медицинска помощ.
- Съществуват големи различия в броя и в състава на екипите между различните региони в страната, които не са свързани с броя на обслужваното население.
- Спешната медицинска помощ се характеризира с недостатъчно персонал и недостиг на лекари и парамедици. Ниското заплащане, лошите условия на работа и ограничените кариерни възможности са причина за засилващо се текучество на персонала, особено сред лекарите. В ЦСМП се наблюдават и проблеми с квалификацията на персонала. През 2013 г. лекарите със специалност са едва 30% от всички лекари, работещи в системата на спешната помощ.
- Освен с персонала, проблеми съществуват и по отношение на медицинското оборудване и транспортните средства, както и с лошата транспортна и комуникационна инфраструктура в селските райони.
- Въпреки че бюджетът на спешната помощ е увеличен, се отчита сериозен недостиг на финансови средства,

включително за мотивация на персонала, както и за поддръжка и подобряване на материалните ресурси.

За преодоляване на тези проблеми са предприети редица мерки, които имат за цел осигуряване на адекватно и равномерно териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ; подобряване на инфраструктурата и материалните ресурси (сгради, оборудване, санитарен транспорт), както и на комуникационните и информационните системи; устойчиво развитие на човешките ресурси; ефективна организация, координация и управление; и осигуряване на финансова устойчивост на системата.

През 2015 г. заплатите на работещите в спешната медицинска помощ са увеличени с 20%. В резултат на това се отчита значителен ръст в броя на новопостъпилите служители в ЦСМП (НЦОЗА 2018а). Възнагражденията трябва да нараснат двойно до 2020 г. През 2016 г. започва изграждането на система за селекция, продължаващо обучение и оценка на служителите в спешната медицинска помощ, като е създаден Национален център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ. Близо 7 000 лекари и здравни професионалисти ще бъдат обучени в рамките на проект „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“, финансиран по Оперативна програма „Човешки ресурси“.

Медицинският стандарт, определящ изискванията към структурите за спешна медицинска помощ, е променен в края на 2015 г. В стандарта е регламентирана системата за триаж, времето, за което трябва да се реагира на спешни обаждания, както и изискванията към структурите и дейностите на всички звена за спешна медицинска помощ, включително и показателите за качество и достъп. Стандартът регламентира и нов вид здравни професионалисти в системата на спешната медицинска помощ – лекарски асистенти и парамедици. Определят се и изискванията към нивата на компетентност за спешните отделения към болниците. През месец март 2016 г. МС приема и Карта на спешната медицинска помощ, като част от Националната здравна карта.

Също през 2016 г. са въведени нови правила за финансиране на спешните отделения в болниците, които зависят от капацитета на човешките ресурси. Съгласно тези правила в допълнение към заплащането за преминали пациенти и извършени дейности, спешните отделения получават еднократно допълнително заплащане, изчислено на база на средногодишните разходи за персонал.

Броят на повикванията към спешната медицинска помощ се увеличава през последните години. През 2016 г. приблизително 2,6 млн. пациенти са преминали през системата на спешната медицинска помощ, като 49,4% от спешните случаи се обслужват от ЦСМП (НЦОЗА 2017). За същата година броят на спешните повиквания и посещенията в спешните отделения е нараснал (МЗ 2016в). В каре 5.1 са представени различните варианти, при които пациент може да получи спешна медицинска помощ.

КАРЕ 5.1 Възможности за спешна медицинска помощ

Пациенти, нуждаещи се от неотложно медицинско обслужване, могат да се свържат с ОПЛ, да повикат линейка (на номер за спешни повиквания 112) или директно да потърсят помощ в спешно отделение на болница.

- ОПЛ ще лекува пациента и ако е необходимо, ще го насочи към болница.
- Ако пациентът се обади на номера за спешни повиквания, неговото състояние ще бъде оценено и той ще бъде насочен към най-близкия център (филиал) за спешна медицинска помощ, спешно отделение или към личния си лекар. Пациентът може да бъде лекуван във филиал за спешна медицинска помощ до 24 часа, да бъде приет в болница или да получи медицинска помощ в дома си от екип на ЦСМП.
- Състоянието на пациентите, които посещават спешно отделение, също се оценява и те получават нужното лечение. Те могат да бъдат приети в болница или да им бъде оказана спешна помощ и да бъдат пуснати за домашно лечение.

Често спешната медицинска помощ се използва като директен „вход“ към специализираната медицинска помощ. Между 2011 г. и

2013 г. 34,2% от пациентите, потърсили помощ в спешно отделение, заявяват, че са го направили, тъй като не са могли да се свържат с ОПЛ, като делът им е по-висок от средния за ЕС (OECD/EU 2016). За неосигурени пациенти това е и вариант да получат безплатно медицинско обслужване.

5.6 Лекарствоснабдяване

Лекарствената политика е част от държавната здравна политика, която се провежда от МЗ. ИАЛ е специализиран орган към министъра на здравеопазването, който оценява и контролира качеството, безопасността и ефикасността на лекарствата и медицинските изделия, издава разрешения за производство, регистрира и издава лицензи за търговия на едро, на аптеки и за паралелен износ (вж. 2.8.4 *Регулация и управление на лекарствоснабдяването*).

Регулация на фармацевтичното производство

Към средата на 2017 г. в ИАЛ са регистрирани 39 местни фармацевтични производители и девет вносители от трети страни (извън ЕС) (ИАЛ 2017б). Производителите на лекарствени продукти трябва да изпълняват правилата за Добра производствена практика на ЕС. През 2015 г. местното производство възлиза на 121 млн. евро или 13% от фармацевтичния пазар в България по цени на производител (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations 2017). Чуждестранните производители работят в България със свои представителства, които осъществяват основно промоция на продуктите и извършват определени маркетингови дейности или имат местни клонове, които продават техните лекарства на търговци на едро, аптеки или лечебни заведения. Много чужди компании са разкрили местни подразделения, лицензирани като търговци на едро.

Съгласно Закона за лекарствата в хуманната медицина, търговия на едро може да бъде осъществявана от физически или юридически лица, които имат разрешение, издадено от компетентен орган на страна от ЕС. Ако складовете на търговеца са в България,

то е необходимо разрешение от ИАЛ. Търговците на едро трябва да изпълнят изискванията за Добра дистрибуторска практика. Повече от 300 търговци на едро са получили разрешение от ИАЛ, като част от тях имат филиали в няколко града на страната (ИАЛ 2017в). В закона също е регламентирано посредничеството при търговията на едро с лекарства.

Фармацевтичните производители и вносители могат да разпространяват своите продукти въз основа на лиценза си за производство или внос. Те могат да участват директно в търгове за обществени поръчки, организирани от МЗ или от болниците. Публичните лечебни заведения обявяват конкурси за доставка на лекарства съгласно условията и изискванията на Закона за обществените поръчки. Търговските взаимоотношения между търговците на едро и тези на дребно (аптеките) не са регулирани, с изключение на търговската надценка (за някои лекарства), която е определена в наредба на МЗ. През 2015 г. са приети нормативни разпоредби, съгласно които снабдяването на публичните болници трябва да става чрез електронни търгове през централна електронна платформа. Идеята е да се централизира снабдяването с лекарства от ПЛС, като се сключват рамкови договори за всички публични лечебни заведения. Тези мерки целят да се осигури по-голяма прозрачност на процеса на снабдяване, да се спести време и да се договорят по-ниски цени на лекарствата.

Продажба на лекарства

Продажби на дребно на лекарства се осъществяват от аптеки и дрогерии. Лечебните заведения за болнична помощ могат да разкриват аптеки, но само за свои собствени нужди. Според регистъра на ИАЛ към средата на 2017 г. са регистрирани 4 203 аптеки в България, включително и тези към лечебните заведения (ИАЛ 2017а). От тях 2 324 или 55,3% са сключили договор с НЗОК през 2017 г. (НЗОК 2017в). Управител на аптека може да бъде само фармацевт с магистърска степен. Повечето аптеки в България са собственост на независими предприемачи. Физическо или юридическо лице може да притежава не повече от 4 търговски

обекта. През 2015 г. Комисията за защита на конкуренцията установява 17 аптечни вериги с повече от четири аптеки, които работят под същата фирмена марка въз основа на франчайзингов договор, лиценз или споразумение за използване на едно и също наименование. Четири от тези вериги са осъществили вертикална интеграция с търговец на едро (КЗК 2015). България е една от страните в Европа с най-голяма осигуреност с аптеки на 100 000 души от населението. През 2015 г. страната се нарежда на трето място по този показател след Гърция и Кипър (Pharmaceutical Group of the European Union 2015).

Търговията на дребно на лекарства, отпускани по лекарско предписание, е разрешена само в аптеки. Тези лекарства могат да се продават само от фармацевт с магистърска степен. Лекарства, отпускани без лекарско предписание (ОТС-продукти), могат да се продават в аптеки и в дрогерии. В България са разкрити 983 дрогерии, регистрирани от МЗ (МЗ 2017). Управител на дрогерия може да бъде медицински специалист. Законът за лекарствата в хуманната медицина изрично забранява продажбата на лекарства с рецепта в други търговски обекти или по Интернет. Рекламата към крайния потребител за такива лекарства също е забранена. Лекарства, за които не се изисква лекарско предписание, могат да бъдат продавани по Интернет от аптека или дрогерия. Продажба с автомати е разрешена само за определени лекарства, които са регламентирани с наредба на МЗ. В закона обаче са предвидени някои изключения за населени места, в които няма аптека. В този случай лекар или зъболекар може също да продава лекарства, след като получи разрешение от МЗ. Списъкът с лекарствени продукти, които могат да бъдат продавани от лекари, се определя с наредба на

здравеопазването.

Фармацевтичен пазар

Въпреки че фармацевтичният пазар в България е сред най-малките в ЕС, той бележи значителен ръст през последните няколко години

и един от най-бързо развиващите се отрасли в българската икономика (КЗК 2015). Този ръст се дължи главно на два фактора – увеличените разходи на НЗОК за онкологични и други скъпоструващи лекарства и нарасналото потребителско търсене на лекарства без рецепта. През 2012 г. МЗ прехвърля към бюджета на НЗОК заплащането за някои скъпоструващи лекарства, които се реимбурсират 100% и включват лекарства за онкологични заболявания, за редки заболявания, както и за имunosупресия след трансплантации. МЗ заплаща за лекарства за лечение на СПИН, туберкулоза, психични и поведенчески разстройства, причинени от употребата на опиоиди, радиофармацевтици или от наркотична зависимост.

Ценообразуване и реимбурсиране

Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти към министъра на здравеопазването решава кои лекарства да бъдат включени в ПЛС и определя кои да бъдат реимбурсирани по линия на задължителното здравно осигуряване и кои да бъдат заплащани от държавния бюджет. Позитивният лекарствен списък се състои от четири анекса:

- лекарствени продукти, предназначени за лечение на заболявания, които се заплащат по реда на Закона за здравното осигуряване, като е определен и делът, заплащан от НЗОК;
- лекарствени продукти, заплащани от бюджета на публичните лечебни заведения (болниците с държавно или общинско участие, центровете за спешна медицинска помощ, психиатричните лечебни заведения, медико-социалните центрове за деца и центровете за трансфузионна хематология);
- лекарствени продукти, предназначени за лечение на СПИН, на инфекциозни заболявания, на заболявания извън обхвата на Закона за здравното осигуряване, заплащани по реда на Закона за здравето, както и ваксини за задължителни

имунизации и реимунизации, ваксини по специални показания и при извънредни обстоятелства, специфични серуми и имуноглобулини;

- пределни цени на лекарствените продукти, включени в ПЛС.

Позитивният лекарствен списък е съставен по фармакологични групи със съответното международно генерично наименование и включва определената дневна доза, референтната стойност за тази доза и референтната цена. Списъкът се публикува от НСЦРЛП и за включените в него продукти се обновява два пъти месечно. Нови лекарства се включват само веднъж годишно на 1-ви януари, като Съветът може да променя нивото на реимбурсиране веднъж годишно, докато промени в цените могат да се правят по-често.

Здравноосигурените пациенти имат право на лекарства, които се реимбурсират изцяло или частично от НЗОК. Съгласно Закона за здравното осигуряване НЗОК заплаща само за лекарствените продукти, включени в ПЛС, за лечение на заболявания, покривани по линия на задължителното здравно осигуряване. Равнището на реимбурсиране се определя според бюджета на НЗОК за съответната година и е посочено в ПЛС (в Приложение 1). То варира между 25 и 100%. Лекарствата могат да бъдат реимбурсирани и по линия на доброволното здравно осигуряване. Цената на лекарствените продукти в ПЛС се определя въз основа на сравнение с цените на същите продукти в няколко държави членки на ЕС, като се приема най-ниската от тях за определената дневна доза.

През 2014 г. разходите за лекарства на глава от населението са 438 евро в ППС и са сред най-високите в ЕС – България се нарежда на седмо място по този показател (OECD/EU 2016). Цените на лекарствата са сравнително високи – пациентите често не могат да си позволят предписаните им медикаменти. Доплащането за лекарства, реимбурсирани частично от НЗОК, също е сравнително високо. По време на икономическата криза от 2010 г. до 2012 г. около 20% от домакинствата не си купуват редовно лекарства, за да съкратят разходите си (World Bank 2012). Според резултатите от изследване, проведено през 2014 г., приблизително 20% от респондентите също посочват, че не винаги си закупуват

предписаните им лекарства заради недостатъчно средства (Рохова 2015).

Оценка на здравните технологии

През 2015 г. оценката на здравните технологии е въведена в България. Тя е задължителна за включването на нови лекарства (с ново международно непатентно наименование) в ПЛС. Лекарствата, включени в ПЛС, са оценявани по няколко критерия като ефективност, терапевтична ефикасност и безопасност, както и въз основа на фармакоикономически анализ. Оценката на здравните технологии се осъществява от НЦОЗА (вж. 2.7.2 *Оценка на здравните технологии* и 6. *Основни реформи в здравната система*).

5.7 Физиотерапия и рехабилитация

Физиотерапия и рехабилитация се осигурява от лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ (индивидуални или групови практики, медицински центрове и ДКЦ), както и от специализирани отделения в многопрофилните болници за активно лечение и специализирани болници за рехабилитация. Легла за продължително лечение и рехабилитация могат да бъдат разкрити към многопрофилни или специализирани болници за активно лечение. Минималният брой на леглата в подобни структури за продължително лечение и/или рехабилитация е пет.

По линия на задължителното здравно осигуряване се заплащат по-голяма част от рехабилитационните услуги в извънболничната помощ с направление от ОПЛ или специалист. Услугите в извънболничната помощ включват мануална терапия, електро-, водо- и термотерапия, както и лечебна физкултура. През 2016 г. средният брой рехабилитационни процедури на здравноосигурено лице е 0,72 (НЗОК 2016).

В болничната помощ НЗОК финансира процедури по определени клинични пътеки за физиотерапия и рехабилитация (напр. физикална терапия и рехабилитация при детска церебрална

парализа, физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателния апарат и др.). Министерството на труда и социалната политика заплаща част от услугите, предоставяни в специализираните болници по линия на фонд „Пенсии“. Националният осигурителен институт покрива разходите за рехабилитация на работещи с хронични заболявания веднъж годишно. Съгласно Закона за интеграция на хора с увреждания, лицата с трайно намалена работоспособност, деца до 16 години с ограничена възможност за социална адаптация и военноинвалидите имат право на физиотерапия и рехабилитация веднъж годишно.

През 2016 г. в страната са разкрити общо 6 365 легла за физиотерапия и рехабилитация или 9,0 на 10 000 души от населението (НЦОЗА 2017). През последните години броят им постоянно нараства. През 2016 г. функционират 10 болници за продължително лечение и рехабилитация с 930 легла и 21 специализирани болници за рехабилитация с 2 951 легла. Използваемостта на леглата за физиотерапия и рехабилитация за същата година е 238 дни, а средният престой – 7,4 дни (НЦОЗА 2017).

В случай, че здравноосигурен пациент се нуждае от физиотерапия, неговият общопрактикуващ лекар може да го насочи към лечебно заведение за извънболнична помощ. След определен брой процедури специалист от извънболничната помощ може да насочи пациента към болница. Направление за рехабилитация в болничната помощ може да бъде получено и от болница за активно лечение, но трябва да бъде използвано до 30 дни след издаването му.

Освен в извънболничната и болничната помощ, рехабилитационни и спа-услуги под наблюдение от специалист се предлагат и в редица комплекси в морските и планинските курорти на страната. През 2016 г. Министерството на туризма и МЗ приемат наредба, която регламентира четири вида центрове за подобен вид услуги - балнеолечебен (медикъл СПА), СПА, уелнес и таласотерапевтичен център. С наредбата се определят изискванията към помещенията, оборудването, персонала и процедурите в тези

центрове. Услугите, предоставяни от подобни центрове, не се покриват от НЗОК.

5.8 Продължително лечение

Продължително лечение и дългосрочни грижи се предоставят както в институции (в които се настаняват пациентите), така и в общността (в центрове за дневни грижи или за домашни грижи). Част от услугите се покриват от държавата чрез бюджета на МЗ или Министерството на труда и социалната политика, а други се финансират от общините. В някои случаи услугите се заплащат от пациентите.

Институционалната грижа за пациентите се осигурява от болници за продължително лечение, медико-социални домове и различни видове домове за настаняване. През 2016 г. в България има 2 461 легла за дългосрочни грижи или 3,5 на 10 000 души от населението, от които 930 легла в 10 болници за продължително лечение и рехабилитация (НЦОЗА 2017). Многопрофилните болници за активно лечение също могат да разкриват легла за дългосрочни грижи в структури с минимум пет легла, специализирани за деца или за възрастни.

Освен болниците, са изградени също и центрове за медико-социални грижи и домове за настаняване. Центровете за медико-социални грижи са лечебни заведения, в които медицински и други специалисти осъществяват продължително медицинско наблюдение и грижи за пациенти с хронични заболявания. Те предоставят и специализирани грижи по домовете за болни с хронични заболявания и медико-социални проблеми. Различните домове предлагат настаняване за хора, изискващи постоянни здравни грижи (напр. пациенти с деменция) или хора, които се нуждаят от по-малко интензивни грижи (възрастни хора). Тези домове са собственост на държавата, общините или са частна собственост, лицензирани по реда на Закона за социалното подпомагане. През 2016 – 2017 г. функционират 17 домове за медико-социални грижи за деца (НСИ 2017б) и 181 различни

специализирани институции за настаняване (Таблица 5.5). През последните години броят им намалява, като се дава приоритет на услугите, предоставяни в общността.

Услуги за деца

Широко дискутирана е необходимостта от реформа в социалната система, свързана с грижите за децата и потребността от повече услуги от семеен тип. Държавната агенция за закрила на детето приема Национална стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ (2010 – 2025 г.). През 2015 г. в изпълнение на стратегията са създадени комплексни центрове за деца, предоставящи социални и здравни услуги, в рамките на проекта „Посока: семейство“, осъществяван от МЗ. Основната цел на този проект е затварянето на осем дома за медико-социални грижи за деца и развитието на интегрирани здравни и социални услуги в общността, които да заменят институционализираната грижа. Домовете за медико-социални грижи за деца са преобразувани в комплексни социални услуги, които се предоставят от общините, включващи дневни центрове за деца с увреждания, центрове за ранна интервенция, центрове от семеен тип за деца и младежи, нуждаещи се от постоянни медицински грижи, центрове за психично здраве и др. Много от тези новосъздадени структури предоставят интегрирани социални и здравни услуги за своите потребители.

Услугите, предоставяни в общността, включват центрове за социална интеграция и рехабилитация за деца, възрастни и хора с умствена изостаналост, както и социални центрове за обучение и домове за временно настаняване. Те се предоставят от общините или от неправителствени организации и се финансират от държавния или общинските бюджети по различни национални и международни програми. Броят на доставчиците на услуги в общността през последните години нараства (European Commission 2016).

ТАБЛИЦА 5.5 Институции за настаняване и домове за медико-социални грижи, 2016 – 2017 г.

ВИД НА ИНСТИТУЦИЯТА	БРОЙ КАПАЦИТЕТ	
Домове за възрастни хора с умствена изостаналост ^а	27	2083
Домове за възрастни с умствени увреждания ^а	13	1028
Домове за възрастни с физически увреждания ^а	21	1287
Домове за хора със зрителни увреждания ^а	4	133
Домове за възрастни хора с деменция ^а	14	825
Домове за възрастни ^а	82	5 605
Домове за деца, лишени от родителски грижи ^а	20	499
Центрове за медико-социални грижи за деца ^б	17	1114

Източници: ^аАгенция за социално подпомагане 2017; ^бНСИ 2017б.

Услуги за възрастни хора

Грижите за възрастни се поемат от общинските служби за социално подпомагане. Възрастни с увреждания, живеещи в общността, могат да кандидатстват за подпомагане за социална рехабилитация и интеграция.

Помощта, която им се оказва по домовете (или т.нар. домашен патронаж), включва социални, медико-социални и/или здравни услуги. За целта общинският съвет може да наема персонал или да сключва договори с частни доставчици на услуги, които са лицензирани в съответствие със закона. Грижи в дома се предлагат също и от специализираните институции за настаняване, хосписите и центрoвете за медико-социални грижи.

Много от инициативите за развитие на дългосрочните грижи в България произлизат от социалната сфера въз основа на Закона за социално подпомагане и стратегиите на Министерството на труда и социалната политика. През 2014 г. е приета Национална стратегия за дългосрочна грижа, която предвижда развитие на интегрирани социални и здравни услуги за възрастни и хора с увреждания.

Въпреки тези усилия капацитетът за предоставяне на дългосрочни грижи за хора с увреждания, хронични заболявания и възрастни хора все още е незадоволителен (НЦОЗА 2018а). Взаимодействието между лечебните заведения и социалните институции често се характеризира с неефективност, липса на колаборация и интеграция на услугите. В контекста на бързо застаряващото население едно от основните предизвикателства пред здравната и социалната системи в България е осигуряването на качествени дългосрочни грижи за нарастващия брой нуждаещи се (European Commission 2016).

5.9 Грижи в дома

Поради недостатъчния капацитет на предлаганите дългосрочни грижи от институционален тип и в общността, грижата за нуждаещите се пациенти обикновено се поема от семейството и роднините им. Основно тези грижи се поемат от жените. Работещите членове на семейството, които се грижат за свой близък, могат да ползват платен отпуск по болест, но само за кратък период от време. Повечето подобни болногледачи (неформално заети) се грижат за своите близки за дълги периоди от време и това ограничава значително техните възможности за друга трудова заетост. През последните години се засилва ролята на неправителствените организации при предоставянето на подобни грижи по домовете. Например Българският Червен кръст и Каритас България предоставят комплексни социални и здравни услуги в домовете на възрастни хора (над 65 години) с хронични заболявания и увреждания.

От 2003 г. Министерството на труда и социалната политика осъществява програмата „Асистенти за хора с увреждания“. Компонентите на програмата включват създаването на позициите „личен асистент“ и „социален асистент“, а по-късно на „домашен асистент“ и „помощник-възпитател“:

- „личният асистент“ полага постоянни грижи в домашни условия за дете или възрастен с трайно увреждане;
- „социалният асистент“ помага при посрещане на ежедневните потребности и организирането на свободното време на хора с тежки заболявания или трайни увреждания и има за задача да предотврати социалната изолация и да подкрепи интеграцията в обществото;
- „домашният асистент“ помага на болния за личната хигиена, домакинството, храненето и др.;
- „помощник-възпитателят“ подпомага физическото, социалното, емоционалното и интелектуалното развитие на деца с увреждания.

Програмата има за цел да намали броя на хората в институции, като им осигури грижи в семейна среда, както и да създаде работни места в социалната сфера, като по този начин да се създадат повече възможности за безработните. Одобрените асистенти подписват споразумение с лицензиран работодател (подразделение на Агенцията за социално подпомагане, общинската администрация или лицензирана фирма), който отговаря за тяхната работа.

През 2017 г. са сключени договори с близо 6 400 лични асистенти, 1 000 социални асистенти и 2 500 домашни асистенти. За същата година тези асистенти полагат грижи за 15 000 души с увреждания или възрастни хора, които не могат да се обслужват сами, в 178 общини в страната (Министерство на труда и социалната политика 2017). Оценка на нуждаещите се от подобни грижи се прави от териториалните поделения на Агенцията за социално подпомагане. Средствата за наемане на лични, социални и домашни асистенти се осигуряват от общините чрез Агенцията за социално подпомагане.

5.10 Палиативни грижи

Основните принципи на палиативните грижи са регламентирани в Закона за здравето. Те целят да осигурят най-доброто възможно качество на живот за пациентите и техните семейства. Съгласно изискванията на закона палиативни грижи се осигуряват от ОПЛ, от

лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ и от хосписи.

През 2003 г. НЗОК започва да реимбурсира палиативните грижи. Клиничната пътека „Палиативни грижи за терминално онкологично болни пациенти“ може да бъде изпълнявана само от лечебни заведения за болнична помощ, включващи болници за продължително лечение, многопрофилни болници за активно лечение с отделения за палиативни грижи и комплексни онкологични центрове и е с продължителност от 20 дни. Болници, които нямат разкрити структури за палиативни грижи, могат да сключат договор с хосписи за изпълнение на тази клинична пътека.

Болниците могат да разкриват отделения за палиативни грижи с минимум пет легла. Палиативни грижи се предлагат също от хосписите и медико-социалните центрове. През 2016 г. в страната работят 45 хосписа с 1 079 легла, като броят им намалява спрямо 2010 г. (НЦОЗА 2017). Преобладаващата част от тях са частна собственост, а някои са собственост на общини, неправителствени организации или религиозни институции. По-голяма част от хосписите, както и някои медицински центрове, предлагат палиативни грижи и по домовете, но те обикновено се заплащат от самите пациенти. Съществуват също различни програми, финансирани от общините или от други донори, но те са с ограничена продължителност и обхват. Много малко публични ресурси се отпускат за палиативните грижи, което обикновено възпрепятства достъпа на пациентите до тях. В повечето случаи за пациентите се грижат техните семейства, основно поради финансови причини (Foreva, Assenova 2014). Друга възможност е наемането на болногледачи (обикновено това са пенсионирани медицински сестри).

Достъпът до палиативни грижи в България е ограничен, няма достатъчно лечебни заведения, предлагащи подобни услуги. Съществуващите лечебни заведения обикновено са концентрирани в по-големите градове. Основните проблеми за развитието на палиативните грижи са свързани с големите регионални различия в разпределението на специализираните структури, ограничения брой услуги, финансирани от бюджета на НЗОК и липсата на

координация и взаимодействие между отделните лечебни заведения при предоставянето на подобни услуги.

5.11 Психиатрична медицинска помощ

Основните принципи и правила за предоставяне на психиатрична помощ са регламентирани в Закона за здравето. Съгласно закона държавата, общините и неправителствените организации са отговорни за опазване на психичното здраве на гражданите, като осигуряват достъпна и качествена психиатрична помощ и организират програми за превенция, обучение, промоция и опазване на психичното здраве на рискови групи (деца, студенти, възрастни хора, хора в социални институции, военнослужещи, задържани и затворници). Общините предоставят възможности за психосоциална рехабилитация, както и материална и социална подкрепа на хора с психични заболявания.

Законът за здравето утвърждава следните основни принципи за осигуряване на психиатрична помощ:

- минимално ограничаване на личната свобода;
- ограничаване на институционалната зависимост от дългосрочно болнично лечение на хора с психични заболявания;
- интеграция и равнопоставеност на психиатрията с другите медицински специалности;
- специализация, професионално обучение и преквалификация на хора с психични заболявания, подпомагащи тяхната социална адаптация;
- стимулиране на самопомощта и взаимопомощта и осигуряване на активна обществена и професионална подкрепа на нуждаещите се;
- изграждане на широка мрежа от специализирани заведения за извънболнична психиатрична помощ и даване на приоритет на грижите в семейството и социалната среда.

В закона са предвидени и конкретни правила за физическо ограничаване и задължително настаняване и лечение на пациенти с психични разстройства. И в двата случая пациентът има същите права, както и останалите граждани, докато не бъде постановено друго. Съдът взема решение за задължително настаняване и лечение. Условието и процедурите за лечение са регламентирани в заповед на министъра на здравеопазването. Медицинският стандарт по психиатрия, приет с наредба на МЗ от 2004 г., регламентира изискванията към качеството на психиатричната помощ и лечебните заведения, които я предоставят. МЗ трябва да разработи и поддържа Национален регистър на хора с психични заболявания.

Психиатрична помощ се предлага от лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ. Услуги в извънболничната помощ се предоставят от ОПЛ, индивидуални практики на психиатри и от психиатрични кабинети към медицински и диагностично-консултативни центрове. През 2017 г. НЗОК е сключила договор с 341 лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ за предоставяне на психиатрични услуги, като броят им намалява спрямо 2010 г. (НЗОК 2017д). Те са неравномерно разпределени на територията на страната, концентрирани предимно в областните градове.

Болнична помощ се оказва от специализираните психиатрични болници, от психиатричните отделения към многопрофилните болници за активно лечение, както и от централите за психично здраве (бившите психиатрични диспансери). Психиатричните болници са държавна собственост. През 2016 г. в България има 12 психиатрични болници с 2 225 легла, 12 центъра за психично здраве с 1 032 легла и 750 легла в многопрофилните болници (НЦОЗА 2017). Или общият брой на психиатричните легла в България през 2016 г. е 4 007 и е значително под средната осигуреност в ЕС15 и ЕС12 (WHO 2017). Между 2010 г. и 2016 г. броят на хоспитализациите и използваемостта на болничните легла намаляват. В някои психиатрични и многопрофилни болници са разкрити и дневни стационари.

Центровете за психично здраве предоставят извънболнична и болнична помощ, профилактика и някои социални услуги. Те

реализират програми за ранна диагностика, продължително лечение и промоция на психичното здраве. Центровете изпълняват и много от функциите на организации, работещи в общността, включващи наблюдение и консултиране на пациентите, програми за т.нар. „домашен патронаж“ и програми за психосоциална рехабилитация и социална адаптация. Те имат също стационарни отделения за активно лечение на пациенти, чието състояние изисква болничен престой. Финансирането на психиатричната помощ, включително амбулаторното наблюдение и стационарното лечение, се осигурява от МЗ.

Спешна психиатрична помощ се оказва от центровете за психично здраве, специализираните психиатрични болници, психиатричните отделения в многопрофилните болници и от центровете за спешна медицинска помощ. Когато състоянието на пациента изисква по-дълго лечение след овладяване на спешното състояние, той може да бъде задържан до 48 часа.

Освен това Министерството на труда и социалната политика и общините създават различни социални заведения, които допълват мрежата лечебни заведения за психично здраве (вж. 5.8 *Продължително лечение*). В специализираните социални институции работят мултидисциплинарни екипи, включващи лекари, медицински сестри, социални работници и фелдшери. В края на 90-те години на миналия век някои неправителствени организации създават комуни за лечение на наркотични зависимости. Финансирането се осигурява от донори, от роднини на пациентите и чрез различни проекти.

През последните години броят на психиатрите в България намалява, като през 2016 г. спада до 518 психиатри или 0,7 на 10 000 души от населението (НЦОЗА 2017). Липсват данни за броя на психолозите и останалите здравни професионалисти, работещи в областта на психичното здраве.

Психичните заболявания в България са 1 780,5 на 100 000 души от населението за 2016 г. и като цяло намаляват спрямо 2010 г. (НЦОЗА 2017). По отношение на тежките психични заболявания преобладаващите диагнози са умствена изостаналост (397,3 на 100 000 души от населението за 2016 г.), шизофрения (363,2 на 100 000

души от населението през 2016 г.) и афективни разстройства (301,5 на 100 000 души от населението през 2016 г.). Те засягат относително малък процент от населението в сравнение с по-леките психични заболявания като чувството на безпокойство и депресивните състояния, които са по-широко разпространени.

Според Националната здравна стратегия 2020 основните предизвикателства в областта на психичното здраве в България са следните (МЗ 2015в):

- увеличаване на случаите на депресия и самоубийство;
- нарастване на случаите на временна и постоянна неработоспособност поради психични разстройства;
- институционализиране на грижата за болните с психични заболявания и недостиг на услуги, предоставяни в общността.

Анализът към концепцията „Цели за здраве 2020“ подчертава, че България все още разчита на традиционните психиатрични услуги и 90% от бюджета за психично здраве се изразходва за лечение. Болничната помощ се оказва от лечебни заведения, които са отдалечени значително от дома на пациентите. Възможностите на системата да предоставя психосоциална рехабилитация са далеч под необходимите за покриване на установените потребности. Липсва приемственост и координация между различните медицински професионалисти и лечебни заведения, ангажирани в лечението на пациенти с тежки психични заболявания (МЗ 2015а). Предвиждат се различни мерки за преодоляване на тези проблеми – развитие на програми за психично здраве в общността; осигуряване на взаимодействие и координация между структурите, предоставящи психиатрични услуги; подобряване на координацията с други здравни и социални програми; превенция на психичните заболявания чрез програми за намаляване на стреса в ежедневието и на работното място; разработване на кампании и дейности срещу стигмата в обществото и улесняване на интеграцията на хора с психични заболявания.

5.12 Дентална помощ

Дентални услуги се предоставят в лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ. Според Закона за лечебните заведения извънболничните заведения за дентална помощ са:

- индивидуални или групови практики за първична дентална помощ;
- индивидуални или групови практики за специализирана дентална помощ;
- медико-дентални и дентални центрове;
- самостоятелни медико-диагностични и зъботехнически лаборатории.

Изискванията към лечебните заведения за извънболнична дентална помощ са сходни с тези за първична и специализирана медицинска помощ. Лекарите по дентална медицина с обща специалност работят в индивидуални или групови практики за първична помощ, докато лекарите по дентална медицина с призната специалност имат право да работят и в индивидуални и групови практики за специализирана помощ, както и в медико-дентални и дентални центрове. В медико-денталните центрове трябва да има поне трима лекари и/или зъболекари с различни специалности, а в денталните центрове трябва да работят не по-малко от трима лекари по дентална медицина с различни специалности. Дентална помощ се предоставя предимно от лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ; болнично лечение се провежда в специализирани лицево-челюстни отделения в болниците.

През 2016 г. има разкрити 50 медико-дентални и 50 дентални центрове в страната (Таблица 5.6). Както и при медицинската помощ, индивидуалните практики преобладават, въпреки че броят им през последните години намалява. Преобладаващата част от лечебните заведения за извънболнична помощ са частна собственост.

ТАБЛИЦА 5.6 Лечебни заведения за извънболнична дентална помощ, 2010 – 2016 г.

ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ								ПРОМЯНА (2010 – 2016)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Индивидуални практики за първична помощ ^а	7768	4850	5046	4876	4864	4956	5062	-34.8
Групови практики за първична помощ ^а	367	264	300	335	367	366	372	1.4
Индивидуални практики за специализирана помощ ^а	134	62	76	77	83	85	85	-36.6
Групови практики за специализирана помощ ^а	1	1	1	1	1	1	1	0.0
Дентални центрове ^б	49	49	49	48	50	47	50	2.0
Медико-дентални центрове ^б	29	35	33	39	44	45	50	72.4

Източници: ^аНЦОЗА 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017; ^бНСИ 2017ж.

Осигуреността със зъболекари в България е висока (вж. 4.2.1 *Тенденции в медицинския персонал*), като през последните години броят на зъболекарите значително нараства поради развитието на частния сектор и преобладаващия дял на директните плащания от пациентите. Разпределението на зъболекарите е много по-неравномерно от това на лекарите с преобладаваща концентрация в големите градове (Rohova 2017b).

Достъпът до дентални услуги се различава значително между градските и селските райони. Подобно на първичната медицинска помощ, и за денталната помощ НРД определя финансови стимули за обслужване на селски и отдалечени райони, които са конкретизирани по населени места.

Лечебните заведения за дентална помощ функционират подобно на тези за извънболнична медицинска помощ. Те могат да сключват договор с НЗОК и да предлагат услуги, покривани по линия на задължителното здравно осигуряване, както и да сключват

договори със застрахователни компании. През 2017 г. 5 815 лечебни заведения за първична и специализирана дентална помощ са сключили договор с НЗОК (НЗОК 2017д). Пациентите могат директно да посещават зъболекар (без направление), но НЗОК покрива само ограничен брой дентални услуги. През 2016 г. средният брой посещения на здравноосигурено лице в първичната дентална помощ е 0,55 (НЗОК 2017а).

За някои специални групи осигурени лица (деца, лишени от родителски грижи, затворници, деца и младежи до 18 години с психични заболявания) денталните услуги се финансират изцяло от НЗОК. За другите се реимбурсират частично няколко услуги и пациентите трябва да заплащат останалата част. През 2017 г. броят на услугите, покривани от НЗОК, нараства. Болничната дентална помощ се заплаща от НЗОК въз основа на клинични пътеки.

През 2015 г. МЗ приема Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18-годишна възраст в Република България, която предвижда различни профилактични дейности, включително обучение в училищата (МЗ 2015г).

5.13 Неконвенционални методи

Законът за здравето определя неконвенционалните методи с благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, които могат да бъдат практикувани:

- ■ използване на нелекарствени продукти от органичен или минерален произход (като растителни екстракти, животински органи и тъкани и химически субстанции);
- ■ нетрадиционни физикални методи;
- ■ хомеопатия;
- ■ акупунктура и акупресура;
- ■ ирисови, пулсови и аурикуларни методи на изследване;
- ■ диетика и лечебно гладуване.

Хомеопатията може да бъде практикувана само от лекари и зъболекари (без определена специалност). Всички останали методи могат да бъдат прилагани от лекари, зъболекари, фармацевти, специалисти по здравни грижи с диплома от медицински колеж или с бакалавърска степен от медицински университет, както и от хора, които са преминали успешно обучение не по-малко от 4 семестъра във висше медицинско училище.

Специалистите, практикуващи неконвенционални методи с благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, трябва да се регистрират в РЗИ. Регионалните здравни инспекции създават и поддържат регистри на практикуващите неконвенционални методи. Пациентите трябва да бъдат регистрирани в специален журнал, като се отразяват данните за здравните проблеми и предписаното или проведено лечение. Тези услуги не се покриват от НЗОК и се заплащат директно от пациентите. Всички форми на реклама на неконвенционалните методи, включително свързването им с дейности по профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация, са забранени.

5.14 Здравни услуги за специални групи от населението

■ Последното преброяване на населението от 2011 г. потвърждава, че ромската общност е третата по големина етническа група в България (с 325 343 души, което е 4,9% от българските граждани). Сред етническите малцинства рисковите фактори като бедност, висока безработица, лоши условия на живот, нездравословни навици и генетични заболявания са често срещани, както и хроничните заболявания (Министерски съвет 2012б). Най-честите оплаквания и хронични заболявания сред възрастното ромско население са високо кръвно налягане, мигрена и главоболие, артрит и ревматизъм, астма и хроничен бронхит, хронична обструктивна белодробна болест и сърдечно-съдови заболявания.

Здравният статус при децата също е влошен. Изследване показва, че 12,6% от цялото ромско население в страната, включително и

децата, страда от тежки хронични заболявания или увреждания (Министерски съвет 2012б). Лошата инфраструктура в районите и населените места, които обитават, създава предпоставки за увеличената заболяемост сред малцинствата от хепатит, стомашно-чревни и други заболявания, причинени от паразити. Тези проблеми се срещат най-често сред ромското население. Инфекциозните заболявания също представляват сериозен проблем сред тази общност. Предизвикателство е и липсата на здравна осигуровка сред ромското население (Kuehlbrandt et al. 2014).

Министерският съвет приема някои важни мерки за преодоляване на бариерите пред достъпа на ромската общност до здравни услуги и подобряване на здравословното състояние. През 2012 г. е одобрена Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите. Заедно с неправителствени организации са предприети и редица национални и регионални инициативи за интегриране на ромското население към здравната система. Представители на ромската общност са обучени като медиатори, чиято основна задача е да информират и провеждат здравно обучение. Медиаторите изпълняват ролята на връзка с лечебните заведения, подпомагат провеждането на специфични здравни изследвания и координират местни програми. В партньорство с местните власти се създават условия за доближаване на здравното обслужване до ромското малцинство чрез откриване на медицински и дентални служби, екипиране на мобилни лаборатории и организиране на консултации в райони с висока концентрация на роми. Провеждат се и скринингови програми. И въпреки това продължава да съществува една сравнително голяма част от населението (хора с нисък доход, безработни и необразовани, включително и роми), които срещат значителни затруднения при достъпа до здравни услуги.

Осигуряването на медицински услуги за затворници се регламентира със заповед на МЗ и Министерството на правосъдието. Медицинска помощ се осигурява от медицински центрове и специализирани болници в затворите, които са собственост на Министерството на правосъдието. При

необходимост лишените от свобода могат да се лекуват и от други лечебни заведения.

Военните служители и полицаите, както и служителите на Български държавни железници могат да посещават директно (без направление) лечебните заведения, собственост на Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи и Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията. Те имат достъп до останалите лечебни заведения по реда на условията на Закона за здравното осигуряване.

Съгласно Закона за здравното осигуряване към задължително здравноосигурените лица се включват и лица, които са получили бежански статус, хуманитарен статус или политическо убежище. Здравните осигуровки на бежанците се заплащат от Държавната агенция за бежанците от държавния бюджет. Техните права на здравноосигурени възникват от започването на процедура за получаване на бежански статус или политическо убежище. След стартиране на процедурата се провежда медицински преглед и лечение (при необходимост). Те са безплатни за лица, потърсили закрила, и се провеждат в приемателните центрове на Държавната агенция за бежанците. След приключване на процедурата и при получаване на регистрационна карта по Закона за убежището и бежанците, лицата, получили бежански статут или убежище, могат да си изберат ОПЛ. Те са здравноосигурени и имат право на здравни услуги, покривани от бюджета на НЗОК.

6

Основни реформи в здравната система

Въпреки амбициозните намерения за реформиране на здравната система, след средата на 2000-та година не са правени значими промени в дизайна и функционирането на системата. Подобренията в стратегическото планиране след 2015 г. , отразени в новата НЗС 2020, съвпаднаха с една експлицитно изразена нестабилна политическа ситуация. Инициативите за реформи бяха посрещнати с резистентност от заинтересованите страни в здравеопазването и някои обещаващи идеи и нормативни промени, които се очакваше да помогнат в решаването на най-пресиращите проблеми в здравната система като ефективността и ефикасността на системата, финансовата стабилност, покритието на населението и равнопоставеността, бяха отхвърлени в съда, преди някои от тях дори да влязат в сила. Повечето от последните промени, извършени в системата, целят засилване на контрола върху публичните разходи и задържане на разходите и включват регулиране на цените на лекарствата, въвеждане на лимити в броя на хоспитализациите по болници и клинични пътеки, както и въвеждане на стандарт за финансово управление на държавните болници.

Само няколко промени, насочени към повишаване на ефективността, бяха успешно осъществени, като въвеждането на ОЗТ през 2015 г. и трансформирането на някои болнични услуги в извънболнични през 2016 г. Другите промени, които целяха повишаване на ефективността, например реорганизацията на основния пакет на НЗОК в основна и допълнителна част и

въвеждане на селективното договаряне на базата на националната и регионалните здравни карти, бяха отхвърлени в съда. В началото на 2018 г. МЗ представи нови планове да въведе селективното договаряне и да промени основния пакет.

Правителствената програма от 2017 г. и програмата за председателството на България на ЕС за 2018 г. определиха реформи, насочени към подобряване на превенцията на болестите и повишаване на достъпността до лекарства. Продължават дискусиите за възможните подходи за осигуряване на финансова стабилност и за повишаване на ефективността.

6.1 Анализ на последните реформи

Въпреки ясно заявените и амбициозни намерения на политиките да реформират здравната система, изразени в многобройни национални стратегии, планове и програми, никакви значими промени в дизайна и функционирането на системата не са изцяло реализирани през последното десетилетие. Подобряването на стратегическото планиране и очертаването на общите цели на реформата на здравната система, отразени в новата НЗС 2020, както и политическата воля за промяна, която липсваше преди, бяха основните двигатели на промените в законодателството в областта на здравеопазването след 2015 г. Няколко промени в законите за здравното осигуряване и лечебните заведения през 2015 г. представляват последователен (макар и не напълно цялостен) подход за подобряване на здравната система. Обаче имаше разминаване между законодателните промени и тяхното приложение в практиката поради отмяна от съда на подзаконовите нормативни актове, с които те да се реализират (вж. Каре 6.1). Инициативите за реформи бяха посрещнати с резистентност от заинтересованите страни в здравната система (вж. Таблица 6.1), а съдилищата (Висшия административен съд, ВАС, и Висшия конституционен съд, ВКС) имаха решаваща роля. Всъщност законодателните идеи и промени, от които се очакваше да повишат ефективността на системата, бяха отменени в съда, преди някои от тях да влязат в сила. В последствие само няколко реформи бяха

въведени, предимно отнасящи се до стабилизиране на приходите и увеличаване на ефективността (например във фармацевтичния сектор).

Освен това, общата политическа ситуация в България е нестабилна.

От 2009 г. страната има осем правителства и 13 министри на

КАРЕ 6.1 Основни реформи и инициативи през 2013 – 2018 (до месец март)

2018	Въвеждане на управление	на на	единен стандарт за държавните	за болници	финансово
2018	Нов за и НЗК	проект на селективно болниците	наредба за договаряне и нов	критерии между проект на	НЗОК
2018	Забрана за нови дейности	за болници и	договаряне за нови	на НЗОК с болнични	
2017	Дискусия включване ПЛС, нови през	по на включване болници и 2018 г.	мораториума на за нови	за лекарства договори нови дейности	в с
2017	Либерализация реимбурсиране	на след	крайното процеса на	решение за ОЗТ	
2016	Въвеждане селективно болниците	на договаряне (отменено)	критерии между от	за НЗОК и	Върховния
	<i>административен съд през 2017 г.)</i>				
2016	Въвеждане за селективно	на селективно	НЗК като договаряне	инструмент	(отменено от
	<i>Върховния административен съд през 2017 г.)</i>				
2016	Въвеждане идентификация	на при	система за хоспитализация	пръстова	
	<i>(отменено от Върховния административен съд по-късно през същата година)</i>				
2016	Мерки (промени достъпа до	срещу в медицинска	неформалните плащания наредбата за помощ)		

2015	Въвеждане на комплексни грижи за увреждания и регламентиране на здравносоциални услуги	на	центрове за деца с хронични заболявания	за	интегрираните
2015	Създаване	на	„Партньорство за здраве“	за	здраве“
2015	Въвеждане на технологии	на	оценка на здравните	на	здравните
2015	Въвеждане на сектор от административен съд през 2018 г.)	на	лимити в НЗОК (отменено от Върховния)	в	болничния
2015	Реформав	основния	пакет на НЗОК (отменена от Висшия конституционен съд през 2016 г.)	на	НЗОК
2015	Наредба за удовлетвореността на медицинските дейности, НЗОК (обжалвана пред Върховния административен съд през 2016 г.)	на	проучване на пациентите от заплащани от	на	пациентите от
2015	Реформав	системата	на специализациите в здравеопазването	на	специализациите в
2013	Реформав предоставянето на всички ДДЗО)	организацията	и ДЗО (прелицензиране на	и	(прелицензиране на
2013	Промяна	основния	пакет	пакет	
2013	Създаване на цени и продукти	на	реимбурсиране на	Националния съвет по	съвет по
				на	лекарствени

здравеопазването. Като се има предвид централната роля на МЗ в сектора на здравеопазването, честата промяна в неговото ръководство води до непоследователност в изпълнение на политиките.

ТАБЛИЦА 6.1 Преглед на поддръжниците и противниците на реформите през

2015 – 2016 г., съгласно техните инициативи пред съдилищата

ГОДИНА	СЪДЪРЖАНИЕ НА РЕФОРМАТА (ПРЕДСТАВЕНИ В СЪДА)	ПОДДРЪЖНИЦИ	ИНИЦИАТОРИ НА СЪДЕБНИТЕ ДЕЛА
2016	Въвеждане на критерии за селективно договаряне между НЗОК и болниците (отменено от ВАС през 2017 г.)	МС, НЗОК, МЗ	Национална асоциация на частните болници, Център за защита на правата в здравеопазването, Българска болнична асоциация и Асоциация на общинските болници в България
2016	Въвеждане на нова НЗК като инструмент за селективно договаряне (отменено от ВАС през 2017 г.)	МС, МЗ, НЗОК	Център за защита на правата в здравеопазването и Националната асоциация на частните болници
2016	Въвеждане на система за пръстова идентификация при хоспитализация (отменено от ВАС покъсно през 2016 г.)	МС, МЗ, НЗОК	Федерация „Български пациентски форум“, Център за защита на правата на пациентите и Националната асоциация на частните болници
2015	Реформа в основния пакет на НЗОК (отменена от ВКС през 2016 г.)	МС, МЗ, Министерство на финансите, НЗОК, Комисията за защита от дискриминация и Национална пациентска организация	62 депутати от 43-то Народно събрание, подкрепени от БЛС, Висшия адвокатски съвет и Асоциацията на здравните застрахователи

2015	Наредба за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, заплащани от НЗОК (<i>обжалвана пред ВАС през 2016 г. </i>)	МЗ, НЗОК	Център за защита на правата в здравеопазването, Националното сдружение на общопрактикуващите лекари и Националната асоциация на частните болници
2015	Въвеждане на лимити в болничния сектор от НЗОК (<i>отменено от ВАС през 2018 г. </i>)	НЗОК	Федерация „Български пациентски форум“, Център за защита на правата в здравеопазването и Националната асоциация на частните болници

Източник: Компиляция на авторите. Бележки: ВАС: Висш административен съд. ВКС: Висш конституционен съд.

6.1.1 Мерки, целящи финансова стабилност

Липсата на финансова стабилност е характеристика на здравната система от 1990 г. Въвеждането на здравноосигурителната система през 1998 – 1999 не преодоля този проблем и директните плащания от пациентите остават основният източник на приходи за здравната система. Въпреки значителния ръст на разходите за здравеопазване след въвеждането на ЗЗО (вж. 3.1 *Здравни разходи*), системата продължи да страда от липса на финансови ресурси и лоша ефективност. Болничните продължават да акумулират дългове, които обикновено се покриват от МЗ ежегодно. Общинските болници продължават да изпитват финансови затруднения дори в по-голяма степен. Основна причина за това недофинансиране са цените на здравните услуги. Цените не се формират на базата на реалните разходи с отчитане на стандартите за качество, а на финансовите възможности на НЗОК.

Неефективното използване на финансовите ресурси е признат проблем (вж. 7.5 *Ефективност на здравната система*), обаче повечето промени в последните години целят по-скоро засилване на контрола върху публичните разходи и задържането на разходите, отколкото върху повишаването на ефективността.

Промените, целящи засилване на контрола върху публичните разходи и задържането на разходите, са най-вече в сферите с най-големи разходи и най-ниска ефективност – лекарствоснабдяването и болничната помощ.

Разходи за лекарства

Важни изменения в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина от 2007 г., засягащи държавното управление на фармацевтичния сектор, бяха направени през 2012 г. Промените целяха по-стриктен контрол върху фармацевтичния пазар чрез прехвърляне на лицензирането и регистрацията на аптеките от МЗ към ИАЛ. В същото време беше създаден НСЦРЛП като държавна комисия към МЗ, поемаща отговорностите на две предишни комисии на МЗ – Комисията по ПЛС и Комисията по цени и реимбурсиране. Понастоящем НСЦРЛП определя пределните цени на прескрипционните медикаменти, регистрира максималните продажни цени на лекарствата, отпускани без рецепта, и взема решения за включване, промени или изключване на лекарства от ПЛС (Rohova 2013). В допълнение МС прие нова наредба за цените на лекарствата през 2013 г. с цел основно да се намалят цените. От 2014 г. ценообразуването на лекарствата, включени в ПЛС, е референтно като се използват 10 основни страни (Румъния, Франция, Латвия, Гърция, Словакия, Литва, Португалия, Италия, Словения и Испания) и седем допълнителни страни (Белгия, Република Чехия, Полша, Унгария, Дания, Финландия и Естония). Надценките за търговец на едро и търговец на дребно бяха намалени през 2013 г. и като процент, и като максимална сума в зависимост от цената на лекарството.

Цените на близо 1400 лекарства намаляват през първата година след създаването на НСЦРЛП (в сравнение със 190 лекарства през периода 2007 – 2011), което води до спестяване на публични средства от близо 15 млн. лв. през 2013 г. (€7.7 млн.) (Форум Медикус 2014; Парламентарна комисия по здравеопазване 2014). През периода 2014 – 2017 г. са спестени повече от 54 млн. лв. (€27.7

млн.) публични разходи за лекарства (НСЦРЛП 2015, 2016, 2017, 2018).

НЗОК започна централизирано договаряне на отстъпки за лекарства, включени в ПЛС, след промяна през 2011 г. в наредбата за условията и реда за заплащане на лекарствените продукти от 2009 г. Изискванията за договаряне на отстъпки бяха разширени през 2014 г. (за лекарствени продукти, предназначени за национални, регионални и общински програми) и през 2015 г. (за лекарствени продукти за болнично лечение на онкологични заболявания). През 2017 г. специфични нива на отстъпки бяха въведени за лекарства с ново непатентно наименование, които кандидатстват за включване в ПЛС.

Разходи за болнична помощ

За да регулира бързо нарастващите болнични разходи, НЗОК въведе лимити за хоспитализации за всяка болница и за всяка клинична пътека през 2015 г. (на базата на постановление на МС). В съответствие с това, НЗОК спря да заплаща за хоспитализации, които надвишават определения лимит. Подобно на специализираната извънболнична помощ, лимитите за болниците имаха за цел да намалят стимулите за хоспитализации и да рационализират болничните услуги. Тази политика беше посрещната с остра критика от страна на медицинската общност, включително на БЛС и представителите на болниците. Много болници, особено общинските, се почувстваха застрашени от лимитите, поради дълговете, които вече имаха. През 2018 г. ВАС отмени лимитите на болниците, въведени през 2015 г. (Таблица 6.1).

В началото на 2016 г. МС въведе система за пръстова идентификация при хоспитализации с промяна в наредбата за достъпа до здравна помощ. Причината за това беше желанието за засилване на контрола върху използваемостта на публичните болници и намаляване на измамите. Обаче системата беше отменена от ВАС по-късно през 2016 г. (Таблица 6.1).

Нов пакет от мерки за задържане на разходите беше предложен с проектобюджета на НЗОК за 2018 г. Те засягаха както лекарствата, така и разходите на НЗОК за болнична помощ, чрез въвеждането на забрана за включване на нови лекарства с ново непатентно

наименование в ПЛС през 2018 г. и забрана за сключване на договори с нови болници и за нови клинични пътеки.

Тези мерки имаха за цел да намалят финансовия риск за бюджета на НЗОК и да осигурят финансовата стабилност в системата на задължителното здравно осигуряване. От друга страна, проектът предвиждаше нарастване на общите разходи на НЗОК с 406.7 млн. лв. (€208 млн.) в сравнение с 2017 г. Допълнителните средства бяха предвидени за нови профилактични прегледи (като скрининг за рак на шийката на матката) и за увеличаване на равнището на заплащане в извънболничната и болничната помощ.

Проектозаконът за бюджета на НЗОК за 2018 г. предизвика сериозни протести на пациенти, подкрепяни от НПО и различни политически партии, главно по отношение на забраната за включване на нови лекарства в ПЛС за 2018 г. Мораториумът върху лекарствата се отнасяше до 32 лекарства за онкологични и други хронични заболявания, за които бяха изготвени или вече са подадени в НСЦРЛП заявления за включване в ПЛС. Тези нови лекарства щяха да струват около 50 млн. лв. (приблизително €25.6 млн.) допълнително към общия бюджет от 1.1 млрд. лв. (€562.4 млн.), предвидени за лекарства през 2018 г. След няколко протеста законът беше приет от Парламента без спорния меморандум за включване на нови лекарства в ПЛС, но със запазване на забраната през 2018 г. НЗОК да сключва договори с нови болници и за нови дейности (Rohova 2017a).

През 2018 г. МЗ въведе стандарт за финансово управление на държавните болници, който поставя изисквания към управлението на болниците, свързани с подписване на нови договори, преустановяване на увеличаването на просрочените задължения спрямо предходната година и провеждането на обществени поръчки над определен праг. Въвеждането на стандарта беше обосновано от факта, че през 2017 г. държавните болници имаха просрочени задължения в размер на 155 млн. лв. (€79.3 млн.), които бяха нараснали в сравнение с предходните години (МЗ 2018б).

6.1.2 Мерки за увеличаване на ефективността на публичните разходи

Най-съществената промяна за ефективността и ефикасността на публичните разходи беше направена във фармацевтичния сектор чрез въвеждането на ОЗТ. Въвеждането на ОЗТ през 2016 г. имаше за цел повишаване на ефективността и прозрачността на процеса на реимбурсиране на лекарствата (за подробности вж. 2.7.2 *Оценка на здравните технологии*). Към ноември 2017 г. Комисията по ОЗТ, оценила 45 нови лекарства, от които 8 не са били препоръчани за включване на ПЛС, е намалила общото 5-годишно негативно бюджетно въздействие с 34% (Salchev 2018).

Също толкова голяма стъпка като въвеждането на ОЗТ беше планираната реорганизация на основния пакет на НЗОК и разработването на нова национална здравна карта (и регионални здравни карти) и въвеждането им като инструмент за селективно договаряне между НЗОК и болниците. За разлика от промените във фармацевтичния сектор, почти всички инициативи през 2015 г. и 2016 г. , които се очакваше да имат значим ефект върху ефективността в лечебния сектор, бяха отменени от ВСК и ВАС по различни причини.

Промени в основния пакет

През април 2016 г. чрез наредба на МЗ бяха извършени промени в основния пакет на НЗОК, включващи:

- Разделяне на пакета на основен и допълнителен. Основният пакет включва профилактика, диагностика и лечение на водещите заболявания и състояния, които предизвикват смърт и увреждания и дейностите по майчино и детско здравеопазване в съответствие с НЗС 2020. Допълнителният пакет включва услуги, заплащани от НЗОК, чието получаване може да бъде отложено с до 2 месеца, без риск от влошаване на състоянието на пациентите. Пациентите, нуждаещи се от тези услуги, могат да използват доброволната си здравна застраховка, за да получат помощта без отлагане.

- Трансформиране на някои болнични дейности в такива, изпълнявани от болниците в амбулаторни условия или от лечебни заведения за извънболнична помощ. Тази промяна въведе клиничните и амбулаторните процедури, дискутирани в 5.4.1 *Дневен стационар*, целящи оптимизиране на хоспитализациите.

Разделянето на пакета на НЗОК на основна и допълнителна част беше отменено от ВКС през 2016 г. като противоконституционно във връзка с правата на пациентите за равен достъп до здравеопазване (Таблица 6.1).

Национална здравна карта и използването и като инструмент за селективно договаряне

След намеренията да се позволи селективно договаряне въз основа на националната здравна карта, датиращи от 2011 г. , през 2015 г. и 2016 г. бяха направени по-нататъшни стъпки в тази посока. НЗК от 2011 г. беше заменена с нова в края на 2015 г. и МС определи правилата и критериите за селективно договаряне през март 2016 г. Специфична характеристика на изработването на НЗК от 2015 г. е, че тя беше създадена въз основа на регионалните здравни карти, изготвени от местните здрави власти и представители на общините, лекарите и пациентите. През 2017 г. ВАС отмени наредбата на МЗ за критериите и реда за селективно договаряне между НЗОК и болниците и постановлението на МС за НЗК, обосновавайки решението си с нарушаване на Закона за административните актове (Таблица 6.1).

В началото на 2018 г. МС и МЗ подготвиха и публикуваха нови проекти на актове за селективното договаряне и основния пакет (за подробности вж. 6.2 *Бъдещо развитие*).

Регулация на директните плащания (потребителски такси и неформални плащания)

Потребителските такси за всяко посещение в извънболничната помощ и за ден престой в болница бяха фиксирани през 2012 г. , а тези за пенсионерите – намалени през 2014 г. (вж. 3.4.1 *Споделяне*

на разходи (потребителски плащания)). Промени в наредбата за достъпа до медицинска помощ през 2016 г. (първоначално предложени през 2013 г.), засягаха неформалните плащания. Наредбата постановява, че лечебните заведения не могат да искат или получават плащания или съвместни плащания от пациенти за услуги, заплащани от НЗОК. В допълнение всички услуги, предоставяни от болниците, които могат да бъдат директно заплащани от пациентите, са също регулирани. Определени са условията, при които пациентите могат да изберат лекар или екип и да платят за направения избор.

Доброволно здравно осигуряване

Въпреки че реформата в ДЗО от 2013 г. беше обоснована единствено с необходимостта от синхронизиране на българското законодателство в областта на застраховането с това на ЕС (вж. 3.5 *Доброволно здравно осигуряване*), тя имаше последствия и върху пазара. Броят на лицата, притежаващи полици за ДЗО, нарасна от по-малко от 3% от населението през 2010 – 2013 до 9.8% през 2016 г. Разходите на ДЗО нараснаха с 28.8% в стойност през 2015 г. в сравнение с 2013 г. Предвид малкия размер на пазара на ДЗО (разходите на ДЗО са само 0.4% от общите разходи за здравеопазване и 0.8% от частните здравни разходи през 2015 г.), тези промени нямат съществено влияние върху финансирането на здравната система.

6.1.3 Други реформи

Качеството, развитието на човешките ресурси и структурата и управлението на здравната система също бяха обект на нормативни промени. Най-значими промени бяха направени в областта на осигуряване на качеството на лекарствата и системата на специализация в здравеопазването.

Осигуряване на качеството на лекарствата и здравните услуги

През 2012 г. българското фармацевтично законодателство беше хармонизирано с европейското в две направления: (1) производство, внос и търговия на едро с активни субстанции и (2) търговията с лекарства. Съгласно изменение на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, производството, експортът и търговията с активни вещества трябва да бъде в съответствие с директивата на ЕС за добра производствена и добрата дистрибуторска практика. ИАЛ е отговорният регулаторен орган, който разрешава производството и търговията с такива вещества или контролира изпълнението на нормативните изисквания. Тази промяна е насочена към преодоляване на широко разпространените злоупотреби с фалшиви лекарства и увеличаване на контрола върху производството на лекарства и тяхното качество. Фирмите, които търгуват с лекарства, включително тези, които извършват това без физическо складиране на лекарствата (също възприемани за търговци на едро), трябва да бъдат лицензирани от ИАЛ и да изпълняват изискванията на правилата за Добра дистрибуторска практика.

По същия начин бе регулирана и безопасността на лекарствата. Промените се отнасят до съобщаването и регистрирането на странични ефекти (не само по време на клинични изпитвания); въвеждането на постклинични маркетингови проучвания, свързани с безопасността; разпространението на надеждна информация за пациентите и повишаването на прозрачността във връзка с рисковете при употребата на лекарства. ИАЛ пое отговорността за всички мерки, свързани с безопасността на лекарствата, и придоби споделена отговорност с Европейската агенция по лекарствата в целия ЕС.

В областта на качеството на здравните услуги, опитите да се въведат индикатори за качество и безопасност и система за измерване на удовлетвореността на пациентите през 2015 г. се провалиха. Проектонаредбата за индикатори за качество и безопасност, приложими в първичната и специализираната извънболнична помощ и в болничната помощ, получи силна опозиция от БЛС, сдружението на ОПЛ, асоциацията на частните болници и други, и към датата на публикацията индикаторите за качество все още не са въведени. През 2015 г. МЗ издаде наредба за

измерване на удовлетвореността на пациентите от услугите, заплащани от НЗОК. Съгласно наредбата НЗОК трябва да провежда допитвания до пациентите за техните очаквания, потребности и получена помощ. През 2016 г. , обаче, ВАС отмени наредбата, преди още тя да е влязла в сила (Таблица 6.1).

Реформа в системата на специализациите в здравеопазването

Нова наредба, регулираща условията и реда за провеждане на обучението за придобиване на специалност в системата на здравеопазването и финансирането му, издадена от МЗ през 2015 г. , цели повишаване на удовлетвореността на специализантите по отношение на условията за специализация и осигуряване на възможности на завършилите медицинско образование за професионално развитие в България без финансови затруднения. Специализантите, вместо да заплащат такси за обучение, вече са наемани с трудови договори в избрани от тях лечебни заведения, акредитирани за обучение на специализанти. При новите условия възникнаха някои проблеми, свързани с финансовите възможности на лечебните заведения да обявяват места за обучение на специализанти; особено чувствителен е проблемът за специализациите по обща медицина. Обаче новата система за специализациите в здравеопазването има положителен ефект върху броя на специализиращите лекари, който нараства през 2015 г. В допълнение МЗ отчита намаляване на броя на издадените сертификати за работа в чужбина, което според Министерството е в резултат на новата система за специализация (МЗ 2016б).

Структура и организация на здравната система

Терминът интегрирани грижи се появява за първи път през 2015 г. в Закона за здравето от 2005 г. и Закона за лечебните заведения от 1999 г. Законът за здравето дефинира интегрираните здравно-социални услуги като *„дейности, чрез които медицинските специалисти и специалистите в областта на социалните услуги предоставят здравни грижи и медицинско наблюдение и осъществяват социална работа, включително в домашна среда, в*

подкрепа на деца, бременни жени, хора с увреждания и хронични заболявания и възрастни хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности⁷. Въпреки че това може да бъде възприемано като първа стъпка в прилагането на интегрирани грижи, все още има нерешени въпроси за осигуряването на финансирането им.⁷ През 2015 г. с промени в Закона за лечебните заведения е въведен нов вид лечебни заведения, наречени центрове за комплексна грижа за деца с увреждания и хронични заболявания. Те са държавни лечебни заведения, директно финансирани от МЗ, които са предназначени за извършване на скрининг, профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация, продължително лечение и палиативни грижи за деца с увреждания и хронични заболявания. За осигуряването на тази комплексна грижа центрoвете могат да сключват договори с други лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ. В края на 2016 г. МЗ издаде наредба за структурата, дейността и вътрешния ред на новите лечебни заведения, обаче, такива центрове все още не са създадени.

6.2 Бъдещо развитие

Бъдещите реформи са очертани в настоящата национална здравна стратегия (НЗС 2020) и други концепции и национални програми (вж. 5.1 *Обществено здравеопазване* и 7.1 *Цели на здравната система*). В по-близък план (тъй като НЗС 2020 беше приета през 2015 г.), приоритетите за здравеопазването бяха представени след изборите през 2017 г. (ГЕРБ 2017) и включват:

- засилване на ролята на профилактиката като възможност за по-добро здраве и качество на живот чрез разширяване на обхвата на превенцията и профилактиката;
- стабилизиране на здравноосигурителната система и демонополизация на НЗОК;
- развитие на електронното здравеопазване;

⁷ Бележка на преводача: Раздел I „а“ Интегрирани здравно-социални услуги на Закона за здравето е напълно отменен през 2019 г. в сила от 2020 г.

- преодоляване на регионалните дисбаланси и осигуряване на функционално взаимодействие между отделните нива на медицинската помощ, подобрения в достъпа и качеството и осигуряване на здравните услуги в малките населени места.

В краткосрочен план здравните политики трябва да предприемат действия във връзка с отменените от ВКС и ВАС реформи. Нов проект за критериите за селективно договаряне между НЗОК и болниците беше публикуван за обществено обсъждане в началото на 2018 г., но трябва да бъдат преработени и други разпоредби, например за измерването на удовлетвореността на пациентите. Въпреки това несигурността относно конкретните промени в системата на здравеопазването и дали тези промени ще бъдат приложени, остава.

През март 2018 г. министърът на здравеопазването и генералният директор на СЗО д-р Тедрос Гебрейесус подписаха двугодишно споразумение за сътрудничество за 2018 – 2019. Споразумението подчертава приоритетите в областта на инфекциозните и неинфекциозните болести, подобряването на майчиното и детското здравеопазване, националната здравна политика и готовността на държавата за реакция при извънредни ситуации (МЗ 2018д).

По време на своето първо председателство на ЕС (януари-юли 2018 г.), България избра три приоритета, които да бъдат поставени в дневния ред на ЕС:

- регулацията на лекарствата,
- здравословното хранене на децата,
- паралелния експорт и други икономически причини, водещо до недостиг на лекарства.

За тази цел в рамките на българското председателство бяха организирани събития и конференции и бяха формулирани някои ключови послания. Много вероятно е те да послужат и като основа за бъдещата национална здравна политика.

7

Оценка на здравната система

Настоящата национална здравна стратегия, НЗС 2020, поставя акцент върху доближаването на здравните показатели на България със средните за ЕС. Въпреки че има значителен напредък по няколко показателя, като коефициент на детска смъртност и очаквана продължителност на живота, както и в полагането на усилия за превенция, все още има значителни възможности за подобрение. Неудовлетворителните резултати в областта на смъртността от сърдечно-съдови и онкологични заболявания могат частично да се дължат на недостатъци в здравната система (особено по отношение на скрининга, ранното откриване и диагностика). Нещо повече, нарастващият процент на директните плащания в България, който е вече значително над средния за ЕС, подчертава неадекватната финансова защита, която системата на социално здравно осигуряване предоставя на гражданите. Директните разходи за здравеопазване нарастват трикратно между 2003 г. и 2015 г. и представляват 47.7% от общите здравни разходи. Това неизбежно води до неблагоприятни последици за достъпността на здравеопазването и поставя много групи в неравностойно положение (тези с ниски доходи, жители на селските райони, етнически малцинства, страдащи от хронични заболявания и възрастни хора) във висок риск от обедняване и пропуснати грижи. Гражданите, както и медицинските професионалисти, са неудовлетворени от здравната система и качеството на медицинската помощ, за което липсва национална система за мониторинг и стандартизирани данни.

Българската здравна система страда от регионални дисбаланси по отношение на осигуреността с медицински професионалисти,

които са концентрирани в големите населени места. Достъпът до лекари се влошава още повече, особено в първичната помощ. Болничната помощ остава водещият сектор и през 2015 г. отчита най-висок процент на хоспитализациите при сърдечна недостатъчност (1334.9 на 100 000 души от населението), захарен диабет (721.2 на 100 000 души) и астма (183.0 на 100 000 души) сред всички страни членки на ЕС. За разлика от болничния, извънболничният сектор остава малък, с най-ниския дял от общите здравни разходи в ЕС. Има известен напредък по отношение на отчетността и прозрачността в здравната система, което е окуражителен знак.

7.1 Цели на здравната система

След широка обществена дискусия през 2013 – 2015 НЗС 2020 беше официално приета в Народното събрание. За разлика от предишни стратегии, настоящата ясно дефинира пет стратегически цели, които да бъдат постигнати през 2020 г., например по отношение на детската смъртност. Целите са избрани на базата на анализи, извършени през 2011 г., но останали неадаптирани през почти тригодишния период на дискусии. По този начин, когато стратегията беше приета от Парламента през 2015 г., три от петте национални стратегически цели (детската смъртност, смъртността във възрастовата група 1 – 9 г. и очакваната продължителност на живот над 65 г.) бяха вече достигнати (Таблица 7.1). Като цяло, тези цели не бяха много амбициозни предвид средните за ЕС28. Целите за намаляване на смъртността сред подрастващите (10 – 19 г.) и възрастните (между 20 и 65 г.), са достигнати през 2016.

Постигането на националните здравни цели се основава на специфични политики в три приоритетни области – създаване на условия за здраве за всички през целия живот; изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система и укрепване на капацитета на общественото здравеопазване – и специфични политики, например развитие на електронното здравеопазване.

НЗС 2020 представлява напредък в здравната политика в сравнение с предходните стратегии. Подобренията са в области като:

- подчертаване на необходимостта от дългосрочни здравни политики, непрекъснатост и съгласуваност на управлението на базата на широк обществен и политически консенсус;
- осигуряване на устойчивост на процеса на изпълнение чрез планове за действие и консултации със заинтересованите страни;
- поставяне на акцент върху интеграцията на здравната система (между различните нива на предоставяне на медицинска помощ), както и интеграция на услугите (с фокус едновременно върху здравните и социалните потребности);
- адресира проблеми като недостига и миграцията на здравните професионалисти, здравната профилактика и превенция, регионалните неравенства, антикорупционните практики, здравето на възрастните хора и хората с увреждания, развитието на гражданското общество и участието на гражданите в управлението на системата;
- разпределяне на отговорностите между институциите и междусекторното сътрудничество;
- поставя акцент върху регионалните здравни политики.

ТАБЛИЦА 7.1 Сравнение между целите на НЗС 2020 и резултати за ЕС28 и България, избрани години

ИНДИКАТОРИ	ЦЕЛИ НА НЗС 2020	ИЗПЪЛНЕНИЕ	
		ДОСТИГНАТИ В ЕС СРЕДНИ (ГОДИНА)	СТОЙНОСТИ В БЪЛГАРИЯ (ГОДИНА)
Детска смъртност, 0 – 1 г.	6.8 на 1000 живородени	6.5 (1998)	6.6 (2015) 6.5 (2016)
Смъртност във възрастова група 1 – 9 г.	0.24 на 1000	0.26 (2002)	0.25 (2015) 0.21 (2016)

Смъртност във възрастова група 10 – 19 г.	0.28 на 1000	0.26 (2002)	0.31 (2016)
Смъртност във възрастова група 20 – 65 г.	4.19 на 1000	4.1 (1997 ^a)	5.1 (2016)
Очаквана продължителност на живот след 65 г.	16.4 години	16.4 (2000)	16.3 (2013) 16.1 (2014)

Източник: WHO Regional Office for Europe

2018; НСИ 2018д. Бележка:

^aвъзрастова група от 25 до 65 г.

Остава да се види дали НЗС 2020 може да доведе до реални подобрения и решения за здравната система. Най-голямото предизвикателство остава финансовата устойчивост на системата, която беше разгледана и в препоръката на Съвета на Европейския съюз от 2014 г. (Council of the EU 2014). В съответствие с тези препоръки правителството очерта приоритетите за развитието на здравната система през 2007 г. 2017 – 2021 (МС 2017б).

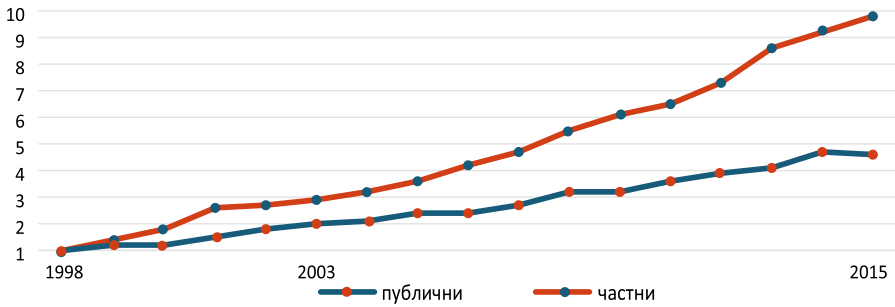
7.2 Финансова защита и равенство във финансирането

7.2.1 Финансова защита

Значително високият (в сравнение с всички страни от ЕС) и нарастващ процент на директните плащания показва неадекватна финансова защита, която системата на социално здравно осигуряване предоставя на гражданите. От 1998 г. частните разходи нарастват значително, изпреварвайки ръста на публичните разходи за здравеопазване, като разликата в ръста между двата вида разходи се задълбочава след 2003 г.

(Фигура 7.1).

ФИГУРА 7.1 Индекси на нарастване на публичните и частните разходи за здравеопазване

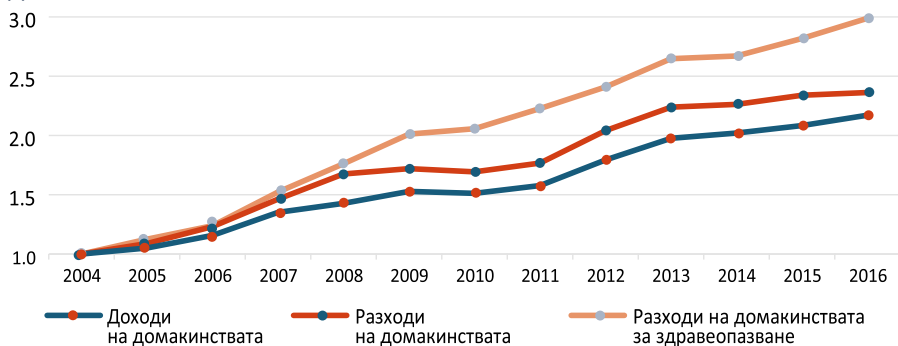


Източник: Eurostat

2018. Бележка: Базата за изчисление на индекса е стойността за 1998 г.

От 1999 г. разходите на домакинствата за здравеопазване нарастват всяка година в абсолютна стойност и като процент от общите домакински разходи. Като дял от общите домакински разходи, здравните разходи нарастват от 2.9% през 1999 г. до 6.7% през 2016 г. През същия период ръстът на домакинските разходи за здравеопазване значително изпреварва ръста и на общите доходи, и на общите разходи (Фигура 7.2). Не е изненадващо, че домакинските разходи за здравеопазване минават от предпоследното девето място в потребителската кошница през 1999 г. на четвърто място през 2008 г., което задържат до 2016 г. (Dimova et al. 2012; НСИ 2018в).

ФИГУРА 7.2 Индекси на нарастване на доходите и разходите на домакинствата и здравните разходи на член от домакинството



2018в. Бележка: Базата за изчисление на индексите е стойността за 2004 г.

Директните разходи за здравеопазване нарастват повече от три пъти между 2003 г. и 2015 г. (Таблица 7.2). През същия период средногодишната инфлация е 4.1%, а средногодишната инфлация в здравния сектор е 2.4% (НСИ 2018е). По отношение на директните плащания по вид на услугите, най-голям ръст се наблюдава при болничната помощ, които нарастват повече от четири пъти при средногодишна инфлация в болничния сектор от 8.2% за 2003 – 2015 г.

През 2015 г. 4.7% от българите съобщават неудовлетворени потребности, което е седмият най-висок дял сред страните членки на ЕС (средно за EU28: 3.2%; Eurostat 2018).

Неудовлетворените потребности са големи сред групата с най-ниски доходи, с 11.7% отчитащи неудовлетворени потребности от медицинска помощ през 2015 г. Финансовите причини са най-важните фактори (9.5%, Фигура 7.3), следвани от листите на чакащите и разстоянието до доставчика на здравни услуги (всеки по 1.1% съответно). За денталната помощ 11.6% съобщават за неудовлетворена потребност, от които за 10.4% причината е финансова. По отношение на денталната помощ, разликата в използването е ясно изразена, като потреблението преобладава в групите

ТАБЛИЦА 7.2 Директни домакински разходи за здравеопазване по вид на услугите в милиони и процент от общите директни плащания

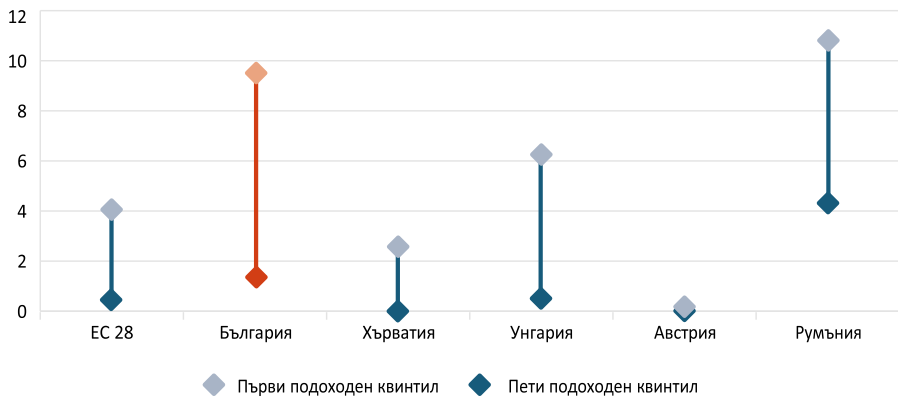
ВИД НА УСЛУГИТЕ		2003		2005		2010		2015	
		МЛН.	%	МЛН.	%	МЛН.	%	МЛН.	%
Лекарства и други стоки	лв.	746.9		902.8		1662.1		2540.6	
	€		74.4		71.5		72.3		75.7
		381.9		461.6		849.8		1299.0	
Индекс на нарастване ^а		1		1.2		2.2		3.4	
Извънболнична помощ	лв.	181.6		199.5		301.3		503.4	
	€		18.1		15.8		13.1		15.0
		92.9		102.0		154.1		257.4	

Индекс на нарастване		1	1.1	1.7	2.8
Болнична помощ	лв.	75.3	161.0	335.8	313.1
	€	7.5	12.7	14.6	9.3
Индекс на нарастване		1	2.1	4.5	4.2
Общо	лв.	1003.8	1263.4	2299.2	3357.0
	€	513.2	646.0	1175.6	1716.4
Индекс на нарастване		1	1.3	2.3	3.3

Източник: НСИ

2018ж. Забележка: ^aИндексът е изчислен на база стойността за 2003 г.

ФИГУРА 7.3 Неудовлетворени потребности по финансови причини според доходния квинтил, 2015, избрани страни



Източник: Eurostat 2018.

Бележка: Първият доходен квинтил представлява най-бедната група, петият квинтил е групата на най-богатите хора.

с високи доходи. Повечето дентални услуги се заплащат от пациентите (с някои малки изключения), което създава финансова бариера за хората с по-ниски доходи. През 2015 г. 2.3% от респондентите в квинтила с най-високи доходи съобщават за неудовлетворени потребности от дентална помощ по финансови причини (и само 1.4% по същите причини за медицинска помощ). Времето за чакане е също сред причините за неудовлетворените

потребности в петия подоходен квинтил едновременно за медицински и дентални прегледи.

Според Международната банка за възстановяване и развитие повече от 20% от хората с най-ниски доходи съобщават за неудовлетворени потребности, като само в Латвия този процент е по-висок. Финансовата защита се влошава между 2010 г. и 2013 г., като прекалено високите разходи за здравеопазване причиняват на някои домакинства бедност, включително и на такива от най-високия подоходен квинтил (International Bank for Reconstruction and Development 2015).

Значителна част от хората със здравни потребности заявяват, че са отложили преглед при специалист (40.4%) и болнично лечение (29.1%) поради финансови причини през 2010 г. (Tambor et al. 2014). Повечето пациенти са плащали директно за преглед при специалист (72.4%) и болнична помощ (61%), някои от които са заемали пари или са продавали активи, за да платят за здравни услуги (5.6% за посещение в извънболничната помощ и 18.5% за болнична помощ) (Tambor et al. 2014).

Тези данни, въпреки че се отнасят за цялото население и така вероятно отразяват и значителния брой на здравно неосигурените лица в България, заедно с високия дял на директните разходи за здравеопазване, представляват силни доказателства за слабата финансова защита, която системата на социалното здравно осигуряване предоставя на населението. През 2016 г. България има най-висок дял на разходите за здравеопазване в крайното потребление на домакинствата сред всички държави членки на ЕС (Фигура 7.4).

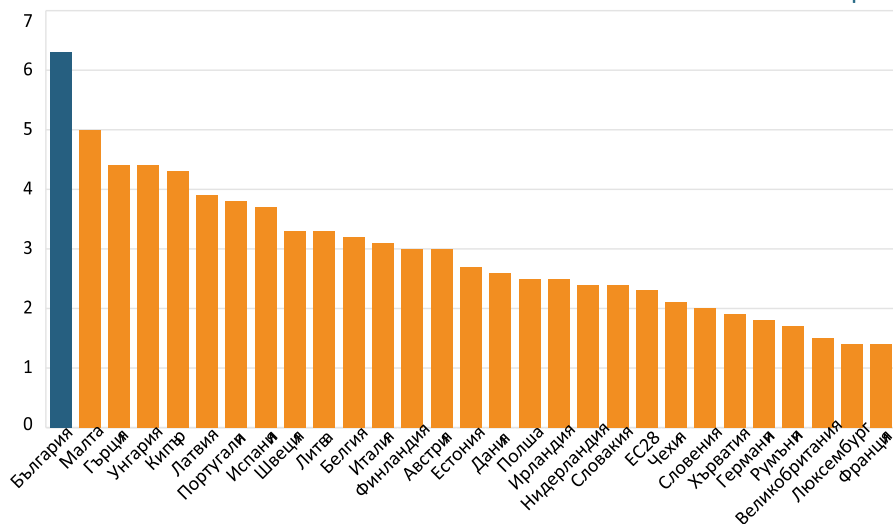
7.2.2 Равенство във финансирането

Една от целите на здравната реформа беше да се създаде система на финансиране, основана на солидарността и социалната справедливост в разпределението на финансовата тежест, но тази цел все още не е постигната. Докато в системата на социалното здравно осигуряване финансовата тежест е разпределена между осигурените лица, техните работодатели и държавата (вж. 3.2 *Източници на приходи и финансови потоци*), съществува горен праг

за изчисляване на размера на осигурителната вноски (2600 лв., €1329 от 2015 г.), което има регресивен ефект. С други думи, колкото повече доходът надвишава този максимален праг, толкова по-малка е относителната тежест, която понасят хората с високи доходи. Вярно е, че те плащат по-големи данъци в абсолютна стойност, част от които се отделят за здравеопазване, но данъчните приходи, използвани за здравната система, са само малка част от общите разходи за здравеопазване, поради което нямат съществен принос за подобряване на равенството във финансирането (2.9% от данъчните приходи се използват за здравеопазване през 2017; данъчните приходи намаляват до 9.2% от общите здравни разходи през 2015 г. (вж. 3.2 *Източници на приходи и финансови потоци* и 3.3.2 *Набиране на финансовите средства*). Следва също да се отбележи, че част от бюджета на НЗОК произхожда от ЗОВ, заплащани от държавата в полза на определени категории лица (вж. 3.2 *Източници на приходи и финансови потоци*), което би имало прогресивен ефект върху финансирането, ако не представляваше значителен проблем. Съществува диспропорция по отношение на ЗОВ, заплащани от държавата, и тези, заплащани от останалите категории здравно осигурени лица. Както беше посочено в 3.3.2 *Набиране на финансовите средства*, държавата не заплаща пълния размер на ЗОВ, което увеличава неравенството във финансирането (вж.

3.3.2 *Набиране на финансовите средства, Вноски към НЗОК*).

ФИГУРА 7.4 Директни плащания за здравеопазване като дял от крайното потребление на домакинствата, 2016, страни членки на ЕС



Източник: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017.

В допълнение, значителният брой на неосигурените лица (някои от тях с високи доходи, самонаети лица, които нямат доверие в системата) (вж. 3.3.1 *Покритие*) увеличава неравенството във финансирането.

Слабата финансова защита на населението, която води до относително високия дял на директните плащания, причинява допълнително неравенство. Хората с ниски доходи плащат пропорционално повече от тези с високи доходи, тъй като потребителските такси, които формират значима част от директните плащания, са еднакви за всички, като съществуват само някои изключения за уязвими групи (например за пенсионерите). По този начин най-голямата финансова тежест се понася от хората с ниски и средни доходи.

7.3 Потребителска оценка и равенство в достъпа

7.3.1 Потребителска оценка

Няколко проучвания показват, че потребителската оценка за здравната система и здравните услуги е предимно негативна.

В България липсва практика да се изследва систематично и регулярно общественото мнение за здравната система. В проведено проучване от 2013 г. (с повече от 1 300 респонденти) 45,5% от участниците заявяват, че не са удовлетворени от здравната система. Причините за това неудовлетворение варират от ниското качество на здравните услуги, високите здравни разходи на пациентите, затруднения достъп, корупцията, липсата на комуникация и ниската отзивчивост от страна на лекарите. Освен това ниската удовлетвореност от здравната система се дължи и на липсата на избор на здравноосигурителен фонд (Петрова 2013).

Проучване на Евробарометър от 2014 г. изследва индивидуалните възприятия по отношение на качеството на услугите и сигурността за пациентите (European Commission 2014b). По-голямата част от българските респонденти оценяват качеството на здравните услуги като лошо (68%), а само 29% го преценяват като добро (и 3% посочват „не знам“). Само в няколко други страни членки на ЕС резултатите са толкова ниски (например в Румъния с 25% удовлетвореност; при средна стойност в ЕС 71%). Седем от десет респонденти в България (72%) посочват, че качеството на медицинската помощ в страната е по-ниско в сравнение с другите страни членки и едва 10% са убедени, че то е сходно с другите държави на ЕС. Българските граждани разчитат предимно на неформални източници на информация за качеството на здравните услуги – 58% смятат, че мнението на други пациенти дава най-полезната информация при оценка на качеството на болничната помощ (това е и най-високата стойност в ЕС и доста над средната стойност за ЕС28, която е 31%). Седем от десет българи посочват, че основен източник на информация за качеството на здравните услуги за тях са приятели и роднини, което също е сред най-високите стойности в ЕС, докато другите източници като статистика (6%), неправителствени организации (3%) и Интернет източници (3%) нямат особено значение (European Commission 2014b).

Институтът за пазарна икономика периодично провежда проучвания за качеството на здравните услуги на регионално ниво. В последното такова проучване от 2015 г. повече от 60% от респондентите са удовлетворени от качеството на болничната

помощ в областите Търговище, Русе и Варна (Институт за пазарна икономика 2015). В областите Кюстендил, Сливен, Стара Загора и Смолян повече от половината от анкетиранията са неудовлетворени от болничните услуги. Близко 70% от респондентите са неудовлетворени в областите София, Пловдив и Бургас, както и в по-малките области Силистра и Видин. Най-поразителни са резултатите в област Перник, където близо 90% от участниците в проучването изразяват недоволство от болничната помощ (Институт за пазарна икономика 2015).

През 2015 г. МЗ приема наредба за изследване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, заплащани от НЗОК, която обаче е отменена от Висшия административен съд през 2016 г.

(вж. 6.1 *Анализ на последните реформи*).

7.3.2 Равенство в достъпа до здравни услуги

Конституцията гарантира равни права в здравеопазването за всички здравноосигурени граждани. Независимо от това някои групи от населението (социално слаби, безработни и хора с увреждания, жителите на селата и представителите на етническите малцинства) изпитват проблеми с достъпа до здравни услуги – факт, който повлиява негативно техния здравен статус.

Неравенства между областите

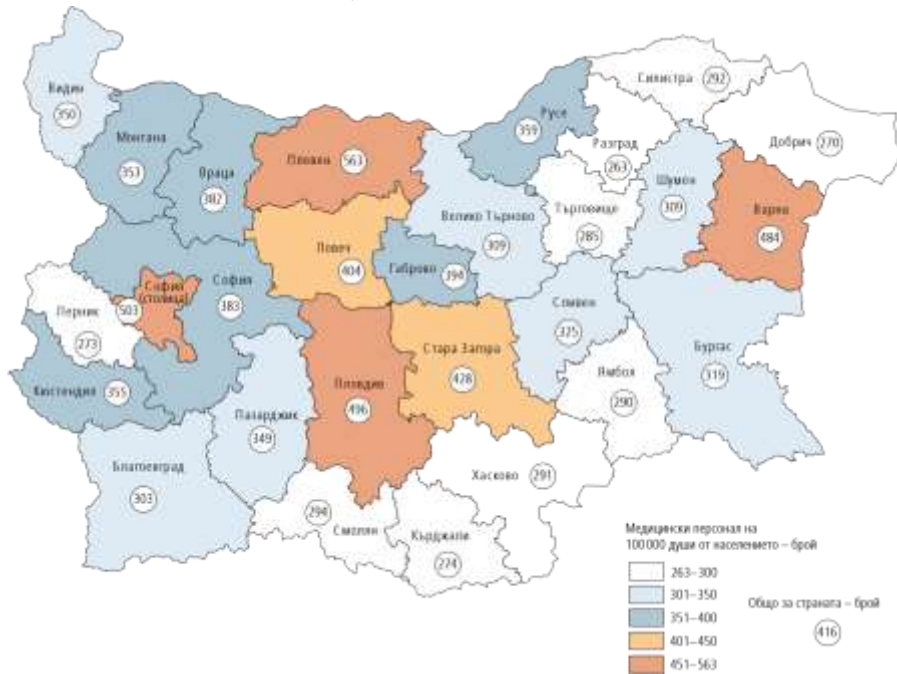
Качеството и достъпността на здравните услуги варират значително между различните области. Разпределението на ресурсите между областите е неравномерно, което най-вече важи за здравните професионалисти и лечебните заведения.

Осигуреността с лекари на 1000 души от населението в западната част на страната (Северозападен и Югозападен район на планиране) е над средната за България (НСИ 2017е). В Северозападния район тази пропорция се увеличава поради застаряване и намаляване на населението, докато в Югозападния район броят на лекарите нараства поради по-високата концентрация на лечебни заведения в столицата. За разлика от тях, осигуреността

с лекари в Югоизточния и Северния централен район е значително по-ниска.

Регионалните дисбаланси по отношение на наличността на здравни професионалисти между 28-те области в страната са още по-големи (Фигура 7.5; вж. 4.2 *Човешки ресурси*). Тези различия в осигуреността с лекари се увеличават, разглеждани както в абсолютни, така и в относителни разлики.

ФИГУРА 7.5 Медицински персонал на 100 000 души от населението по области, 2017 г.



Източник: НСИ

2017е. Бележка: Включени са лекарите и специалистите по здравни грижи.

Подобни дисбаланси се отчитат и при общопрактикуващите лекари по области (вж. 5.3 *Извънболнична медицинска помощ*). Според Националната здравна карта от 2016 г. най-голям недостиг на ОПЛ се наблюдава в източната част на страната (Североизточен и Югоизточен район на планиране). През 2015 г. в област Бургас не достигат повече от 130 общопрактикуващи лекари, подобно е

положението в област Варна. Останалите области от тези райони също не могат да осигурят адекватен достъп до първична медицинска помощ поради недостатъчен брой ОПЛ, което създава съществени затруднения в цялостната организация на медицинската помощ (Атанасова, Вълканова, Рохова 2017).

Неравномерно са разпределени и специалистите – с висока концентрация в университетските центрове и значителен недостиг в по-малките градове и селските райони. Най-големи регионални различия се установяват при специалистите по оториноларингология, ортопедия и травматология, дерматовенерология и офталмология. Тези различия могат да бъдат разглеждани и като бариери пред достъпа до специализирана медицинска помощ. В някои области това се свързва и със здравословното състояние на населението. В области с висока детска смъртност се наблюдава ниска осигуреност със специалисти. Например в Ловеч и Сливен – областите с най-висока детска смъртност в страната – броят на специалистите по педиатрия и акушерство и гинекология са доста под средните стойности за страната (Рохова 2017b).

Много по-големи обаче са различията в разпределението на зъболекарите между областите (Рохова 2017b). Те са силно концентрирани в София и няколко по-големи града, докато в по-малките градове и селските райони се установява недостиг.

Териториалните различия в разпределението на лекарите и зъболекарите са свързани също и с неравното разпределение на лечебните заведения. Повечето болници са концентрирани в столицата, университетските центрове и по-големите градове. През 2016 г. разликата между областта с най-голям брой болнични легла на брой население и тази с най-малък е почти три пъти (НСИ 2017ж).

Не на последно място, съществуват и големи различия между градските и селските райони в България. Делът на жителите на селата, които декларират, че имат неудовлетворени потребности от медицинска помощ поради високите разходи (21,7%), е по-висок от този в малките градове (15,8%) и по-големите областни центрове (14,4%) през 2014 г.

Заплащането за преглед в случай, че пациентът няма направление от ОПЛ или е неосигурен, създава бариери пред достъпа до здравни услуги. Жителите на селските райони се отказват от преглед или хоспитализация поради невъзможност да си позволят свързаните с тях разходи (заплащане за прегледа, транспортни разходи). Проблемът с достъпа до здравни услуги в по-малките градове и в селата е свързан и с недостатъчния брой здравни професионалисти и лечебни заведения в тези населени места. Поради това отдалечеността от лечебни заведения е втората по ред причина за неудовлетворените потребности от медицинска помощ. В проучване, проведено през 2014 г., респондентите посочват, че най-често отлагат преглед при ОПЛ – приблизително 62% от жителите на малките градове и 59% от жителите на селата (Atanasova, Rohova, Dimova 2016). Въпреки че причините за това се различават, най-често като такива се посочват разходите и дългото време за чакане пред кабинета на лекаря.

Неравенства, свързани с доходите

Финансовата тежест на здравните разходи е сериозна бариера пред достъпа до здравни услуги, особено за хората с ниски доходи, неосигурените и другите уязвими групи. Изследване, проведено през 2014 г., показва значими различия между групите с най-ниски и най-високи доходи при използването на здравни услуги при ОПЛ, зъболекар и болница (Рохова, Атанасова, Димова 2017). Според резултатите от проучването по-бедните хора използват по-често първична медицинска помощ и болнична помощ.

Налице са значими бариери пред достъпа до медицинска помощ, с териториални диспропорции, различия в осигуреността и използваемостта на здравни услуги. Сред групите, които срещат проблеми с достъпа до здравни услуги, са етническите малцинства. Значима бариера е липсата на здравни осигуровки сред представителите на ромската общност (вж. 5.14 *Здравни услуги за специални групи от населението*).

Правителството е приело няколко стратегически документа, които са насочени към проблемите на уязвимите групи – Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на

- социалното включване 2020, Национална стратегия за хората с увреждане (2016 – 2020) и Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012 – 2020).

■ 7.4 Здравно състояние, резултати от здравното обслужване и качество на обслужването

7.4.1 Здравно състояние на населението

През последните две десетилетия и особено след приемането ѝ в ЕС през 2007 г., България бележи известни подобрения в показателите на здравния статус на населението (Postolovska 2015). Но тя изостава в сравнение в средните стойности за ЕС28, с новите страни членки и особено със страните с добри резултати. Поради бавния ход на подобренията очакваната продължителност на живота на българите през 2015 г. е 4 години под тази в Чехия (74.7 срещу 78.7 г.) и 0.3 г. по-ниска от тази на Румъния (75 г.). Изоставането от средната за ЕС28 продължителност на живота (80.6 г.) се разширява през последното десетилетие и вече е 5.9 г. през 2015 г. (Eurostat 2018).

Резюмирани накратко, промените в здравното състояние на населението, анализирани много по-обширно в 1.4 Здравен статус, изглеждат така:

- България бележи най-големия отрицателен естествен прираст в ЕС (– 6‰) през 2016 г., който се подхранва от най-високата в ЕС обща смъртност (15.1 умирения на 1000 души население) и много ниската раждаемост (9.1 живородени на 1000 души).
- Въпреки че смъртността от болести на кръвоносната система намалява през последното десетилетие, тя е все още най-висока в ЕС, превишавайки няколко пъти средната стойност за съюза.
- България заема сравнително умерено място от гледна точка на смъртността от рак. Противно на общата тенденция на спад на умиренията от злокачествени образувания, в България

този вид смъртност се колебае, без да бележи съществено намаление.

- Детската смъртност (и тази под една, и тази под пет години) намалява: между 2005 г. и 2015 г. Смъртността под една година се съкращава почти с една трета, от 10.4 на 6.6 умирения на 1000 живородени. И все пак всички показатели (включително и неонаталната, постнеонаталната и перинаталната смъртност) остават над средните стойности за ЕС.
- Висока е преждевременната смъртност в страната. В някои случаи (загубени години поради високо кръвно налягане) показателите за преждевременна смъртност са едни от най-високите сред сравними страни (ИММЕ 2016).
- Предотвратимата смъртност (която зависи от навременните и качествени здравни услуги) е два пъти по-висока от средната за ЕС. Подобно високи са стойностите и на смъртните случаи, които могат да бъдат предотвратени чрез по-добра здравна политика и интервенции (preventable deaths). По-важно е, че тези показатели не показват устойчиво подобрене, така както е в други страни от ЕС, а имат тенденция на нарастване или се колебаят.

Здравният статус на населението не е просто резултат от получените здравни грижи, но зависи и от социо-икономическите, културни, политически условия и състоянието на околната среда. Съществено подобрене в състоянието на населението е мислимо само в резултат на всеобхватно подобрене на комплексните детерминанти: повишаване на материалното благосъстояние на семействата, благоприятни тенденции в условията на работа и живот, по-добро социално сближаване, положителни промени в поведенческите модели (например към здравословен начин на живот), цялостната социално-икономическа и политическа динамика, както и по-добра организация и състояние на здравната система.

Липсват цялостни проучвания за оценка на този, последния фактор. Подобен анализ допълнително се усложнява от сложната

политическа и икономическа ситуация в страната през последните години (характеризираща се с политическа нестабилност, икономически трудности и демографски спад и липса на последователност на реформите). И все пак, определени заключения могат да бъдат направени относно ефекта на здравната система върху състоянието на здравето.

Слабите резултати по отношение на смъртността от сърдечно-съдови заболявания и липсата на значително намаление на смъртността от рак могат отчасти да бъдат свързани с проблеми и слабости на здравната система (особено във връзка със скрининга, ранното откриване и диагностицирането). Например през 2014 г. само на половината (52.2%) от всички жени на възраст 20 – 69 г. е направена цитонамазка през предишните три години, докато този дял в ЕС28 е 78%. Подобно на това, през същата година дялът на населението на възраст 50 –74 г. с колоректален скрининг през предишните две години в България е 5.7%, в сравнение с 31.3% средно за страните от ЕС28 (European Commission 2017c). Неравномерното намаляване на детската предотвратима смъртност също може да бъде разгледано като свързано отчасти със слабости на здравеопазването и отразява неефективна и зле функционираща здравна система, дестабилизирана от незавършени реформи и непоследователните, некоординирани и дори противоречиви управленски решения, разгледани в предишните глави. Здравната система допълнително се обременява и от бързо растящата тежест на хроничните болести.

7.4.2 Резултати от здравните услуги и качество на услугите

Качеството на медицинската помощ е и си остава един от най-съществените проблеми, въпреки че е по-малко дискутиран на политическата арена, отколкото финансовата стабилност на системата. Неудовлетворителният здравен статус на населението в България, в комбинация с общата неудовлетвореност от здравната система, подчертават проблема с качеството на здравните услуги (вж. 7.3.1 *Потребителска оценка*).

Понастоящем липсва система за управление на качеството, която да включва надеждни качествени показатели и механизми за мониторинг и непрекъснато подобряване на качеството. Анализите на резултатите от здравното обслужване и качеството на услугите са затруднени от липсата на данни по ключови показатели и на национално, и на организационно равнище. Поради това анализите на качеството на здравеопазване се основават само на показатели за ваксинациите и предотвратимата с добра превенция (preventable) смъртност (показатели за превантивната помощ) и за предотвратимата с добро лечение (amendable) смъртност и хоспитализациите (показатели за лечебна помощ).

България традиционно има висок процент на ваксинации против дребна шарка, дифтерия, тетанус, пертусис (коклюш) и други инфекциозни заболявания, особено в годините преди въвеждането на здравноосигурителната система (Таблица 7.3). Обаче равнището на ваксинации намалява след 1992 – 1993 с някои вариации през годините. През 2015 г. всички показатели за ваксинации са под средните за ЕС. За щастие, случаите на ваксина-предотвратими заболявания през последните години намаляват.

ТАБЛИЦА 7.3 Индикатори за превантивна помощ

% НА ДЕЦАТА, ВАКСИНИРАНИ СРЕЩУ:		1990	2000	2005	2010	2015
Дребна шарка	БГ	99	89	96	97	92
	ЕС	78	92	94	97	94 ^a
Дифтерия	БГ	99	93	96	94	91
	ЕС	88	92	96	97	97 ^a
Тетанус	БГ	99	93	96	94	91
	ЕС	88	92	96	97	97 ^a
Пертусис (коклюш)	БГ	99	93	96	94	91
	ЕС	88	92	96	97	97 ^a

Източник: WHO Regional Office for Europe 2018.

Бележка:

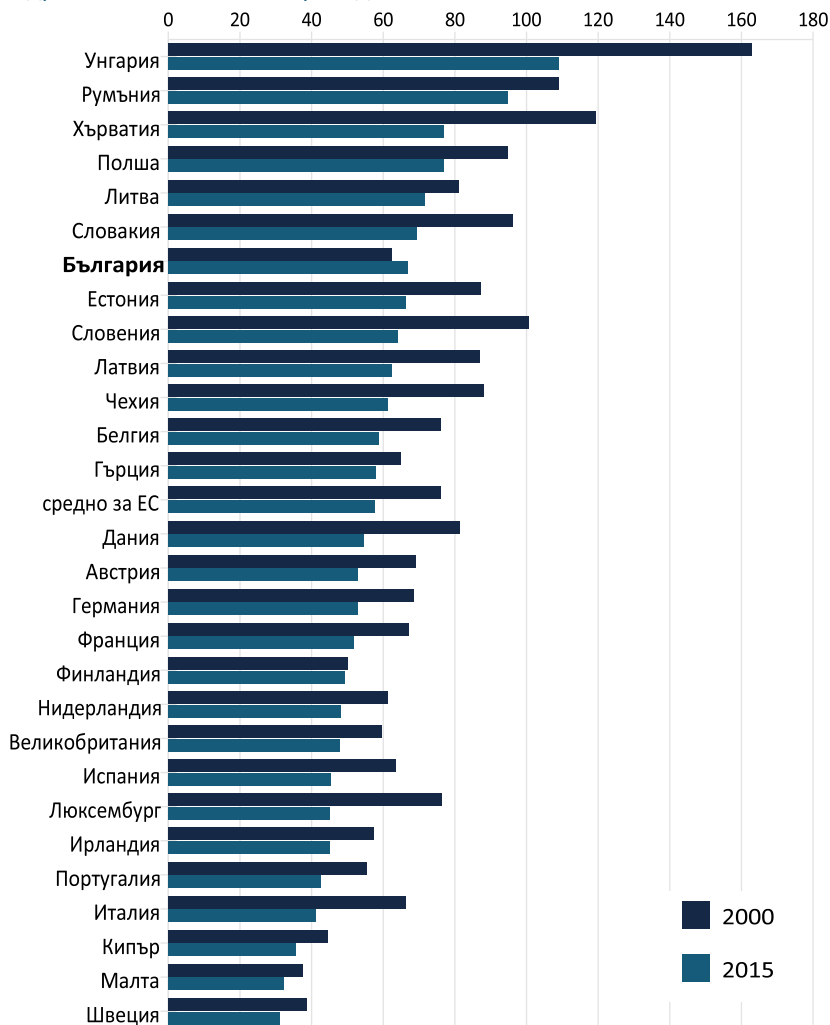
^a2014.

Относно качеството на интервенциите в областта на общественото здраве, данните за предотвратима (preventable) смъртност показват, че има място за подобрене. За разлика от намаляването в целия ЕС между 2000 и 2015 г., предотвратимата смъртност в България се повишава (Фигура 7.6).

Предотвратимата с добро лечение (amendable) смъртност в България е втората най-висока след Румъния през 2015 г. (Фигура 7.7). Въпреки че тя намалява в сравнение с 2000 г., подобрието е много по-бавно, отколкото в други страни, като Естония и Латвия. В резултат България се премества от четвърто на второ място в тази негативна класация.

България има най-високите нива на хоспитализации при сърдечна недостатъчност (1334.9 на 100 000 души), диабет (721.2 на 100 000 души) и астма (183.0 на 100 000 души) сред всички страни от ЕС през 2015 г. (Фигури 7.8 и 7.9). Хоспитализациите при диабет и особено при сърдечна недостатъчност нарастват между 2006 и 2015 г., докато тези при астма варират през същия период. Въпреки че тези данни са в съответствие с общото нарастване на хоспитализациите, което би могло да се свърже с някои финансови стимули за болниците, те показват, че проблемът с ниското качество и на извънболничната, и на болничната помощ се задълбочава.

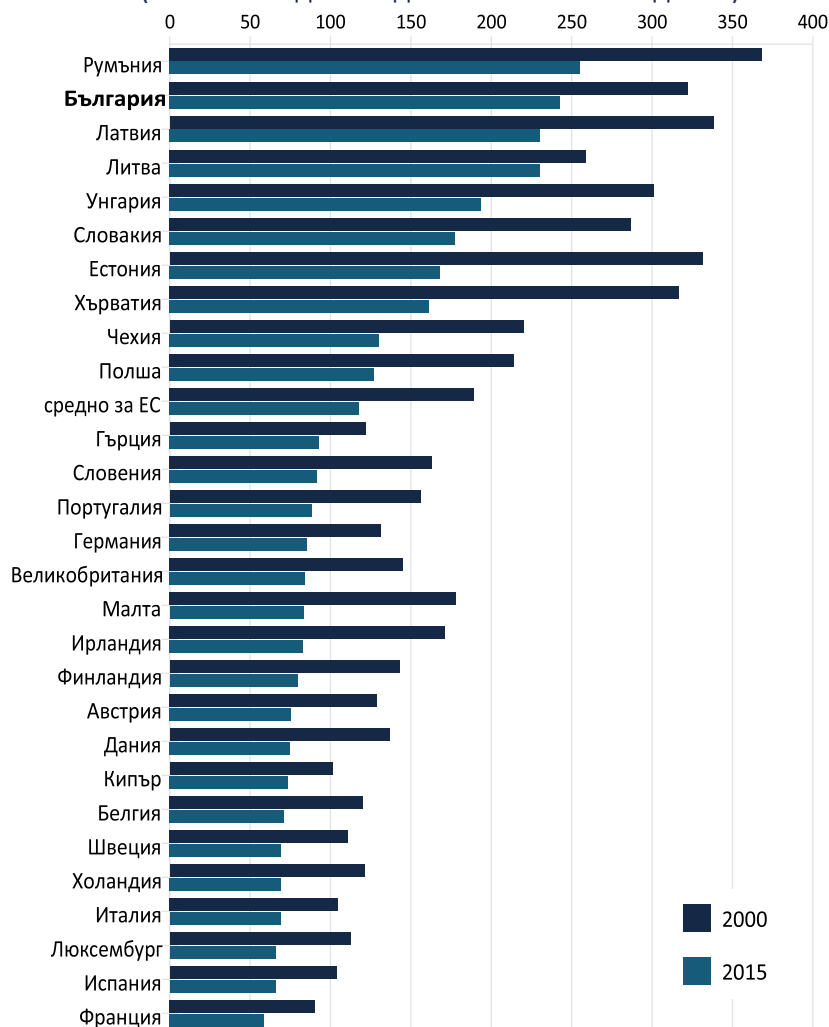
ФИГУРА 7.6 Предотвратима с добра превенция смъртност (preventable mortality), стандартизиран коефициент на смъртност на 100 000 души от населението, 2000 г. и 2015 г. (или последна година с налични данни)



Източник: WHO Mortality Database 2017a

Бележки: Предотвратимата с добро лечение (amenable) и предотвратимата с добра превенция (preventable) смъртност са на базата на класификация на Nolte & McKee; 2014 последна година за Белгия, България, Финландия, Франция, Гърция, Италия, Малта, Португалия, Словакия; 2013 последна година за Ирландия; 2001 базова година за Обединеното Кралство; 2004 базова година за Кипър

ФИГУРА 7.7 Предотвратима чрез добро лечение смъртност (amenable mortality), стандартизиран коефициент на смъртност на 100 000 души от населението, 2000 г. и 2015 г. (или последна година с налични данни)

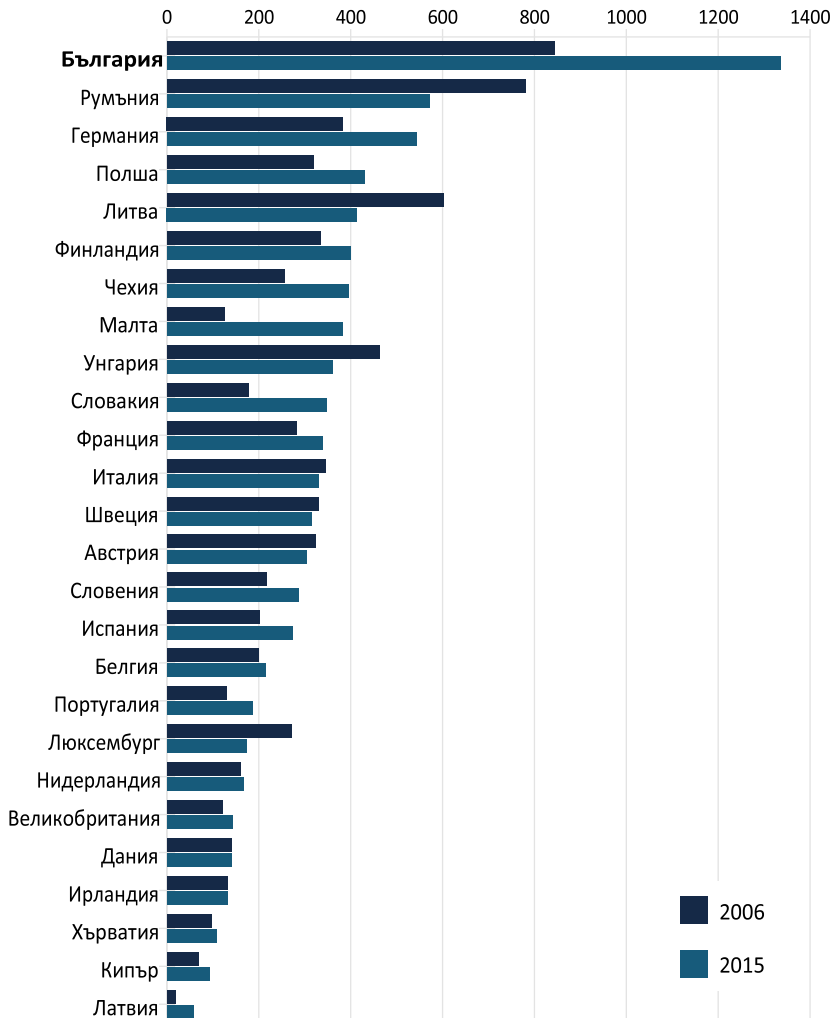


Източник: WHO Mortality Database 2017a

Бележки: Предотвратимата с добро лечение (amenable) и предотвратимата с добра превенция

(preventable) смъртност са на базата на класификация на Nolte & McKee; 2014 последна година за Белгия, България, Финландия, Франция, Гърция, Италия, Малта, Португалия, Словакия; 2013 базова година за Ирландия; 2001 базова година за Обединеното Кралство; 2004 базова година за Кипър

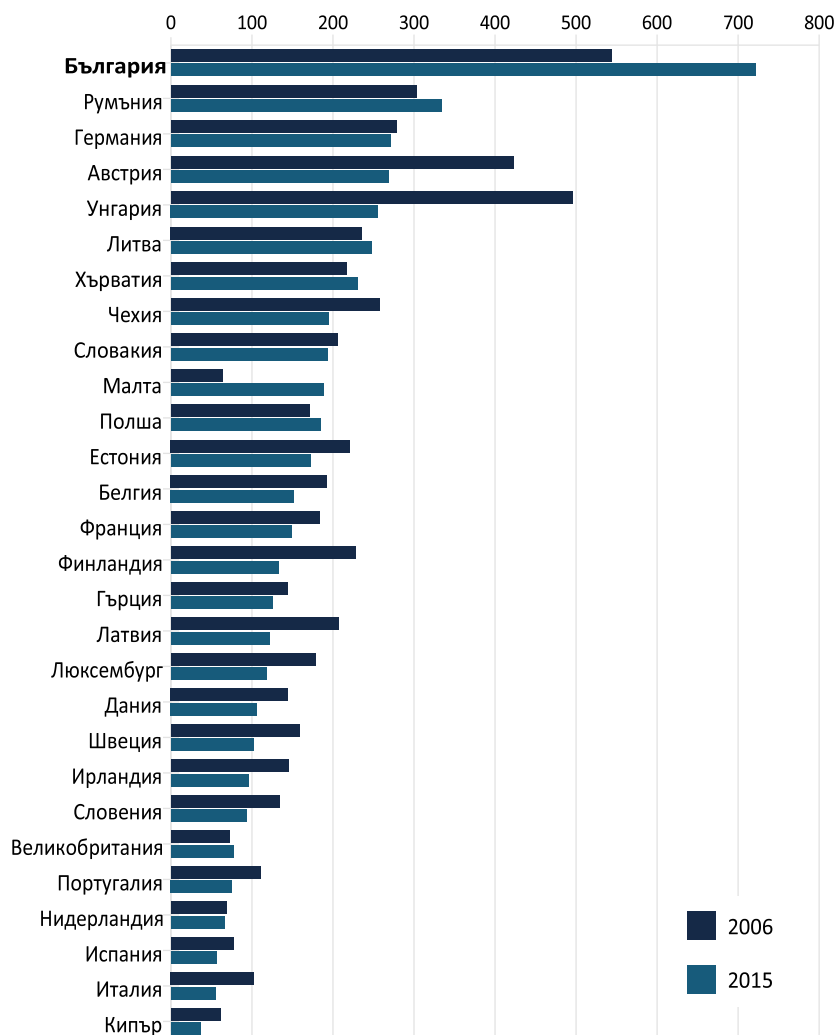
ФИГУРА 7.8 Хоспитализации при сърдечна недостатъчност на 100 000 души от населението, 2006 г. и 2015 г. (или последна година с налични данни)



Източник: Eurostat 2018.

Бележки: 2014 последна година за Белгия и Дания; 2012 последна година за Нидерландия; 2007 базова година за Румъния.

ФИГУРА 7.9 Хоспитализации по повод захарен диабет на 100 000 души от населението, 2006 и 2015 г. (или последна година с налични данни)



Бележки: 2014 последна година за Белгия, Дания и Естония; 2012 последна година за Гърция и Нидерландия; 2007 базова година за Гърция.

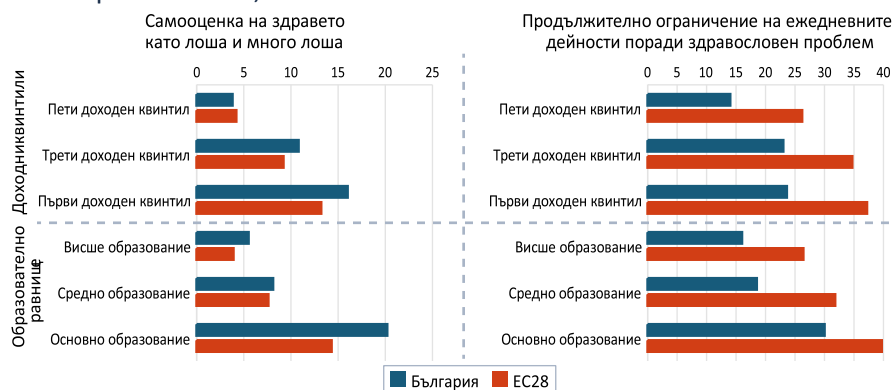
По отношение на качеството България притежава добре подготвен медицински персонал със световни постижения в областта на медицината (за пример, Petrov et. al. 2017), технологии (например хирургическа роботизирана система „Да Винчи“) и лечебни заведения; обаче, както показват данните, цялостното качество на национално ниво е проблемно. Съществуват значими регионални различия в качеството на здравеопазването и множество фактори, които застрашават безопасността за пациентите, като отсъствие на система за регистрация на медицински грешки и система за управление на риска, недостиг на медицински персонал и недостатъчна компетентност в областта на безопасността за пациентите (ИАМО 2016). В доклада си за 2016 г. ИАМО отчита, че повечето от сигналите и оплакванията от пациенти и организации (62.4%) са свързани с проблеми на безопасността за пациентите, следвани от нарушения на правата на пациентите (11.9%), етични проблеми (5.1%) и неформални плащания (3.5%). Съгласно последният специален Евробарометър на ЕК, посветен на безопасността за пациентите и качеството на грижите, 11% от българите са претърпели неблагоприятно събитие, повечето от които не са съобщили за него (European Commission 2014b).

7.4.3 Равенство в резултатите

Равенството в резултатите е предизвикателство не само поради различията в здравните потребности, но и в следствие на социално-икономическите неравенства и териториалните дисбаланси. Наблюдават се съществени различия в самооценката на здравето по доходни групи и равнище на образованието (Фигура 7.10). През 2015 г. 79.3% от хората с най-високи доходи (пети подоходен квинтил) оценяват здравословното си състояние като много добро или добро в сравнение с 51.9% от хората с най-ниски доходи (първи подоходен квинтил) (Eurostat 2018). За същата година по-голям дял от хората с ниски доходи (20.3%) изпитват продължителни затруднения в изпълнението на ежедневните си дейности поради

здравословен проблем в сравнение с хората с високи доходи (8,8%) (Eurostat 2018). Подобни различия се наблюдават в самооценката на здравето между хора с различно образователно равнище – тези с високо ниво на образование оценяват по-често здравето си като добро (Eurostat 2018). Равнището на образование оказва влияние и върху продължителността на живота. Според данни на Евростат за 2015 г. хората с висше образование живеят 7,3 години по-дълго от хората с основно и средно образование (Eurostat 2018). При мъжете тази разлика е дори по-голяма (7,9 години).

ФИГУРА 7.10 Здравно състояние по доходни групи и равнище на образованието, 2015 г.



Източник: Eurostat 2018.

По отношение на географските неравенства здравословното състояние на населението в селата е значително по-лошо от това на жителите на градовете. Майчината и детската смъртност отразяват и проблемния достъп до здравни услуги на жителите на селските райони. През 2016 г. детската смъртност в градовете е 5,8 на 1000 новородени, докато тази в селата достига 8,5 (НСИ 2018д). Тази разлика обаче намалява в сравнение с 2010 г. Детската смъртност варира съществено и между областите – разликата между областта с най-висока и тази с найниска детска смъртност е повече от шест пъти през 2016 г. (НСИ 2018д).

Съществуват и други доказателства за значими регионални неравенства. Например общата смъртност варира между регионите. Въпреки че тези различия не са много големи (след стандартизиране

на показателя), се наблюдава ясна и устойчива разлика между северната и южната част на страната с по-високи нива на смъртност в северните райони (Atanasova, Mircheva, Dokova 2016). Наред с това е установена и значителна положителна зависимост между общата смъртност и дела на населението, живеещо под линията на бедността, по области (Dokova et al. 2013). Регионални неравенства се наблюдават също и по отношение на заболяемостта и рисковите фактори за населението (Салчев, Дикова 2015).

Здравният статус на уязвимите групи от населението се характеризира с по-ниска продължителност на живота, по-кратка продължителност на живота в добро здраве, по-висока заболяемост и по-висока смъртност.

■ Намаляването на здравните неравенства е един от приоритетите в Националната здравна стратегия 2020 (МЗ 2015в).
■ Част от приоритетите на избраното през 2017 г. правителство по отношение на здравеопазването включват намаляване на регионалните неравенства, подобряване на достъпа и качеството на здравните услуги в малките населени места. Към края на 2017 г. обаче все още не са предприети специфични мерки в тази насока.

7.5 Ефективност на здравната система

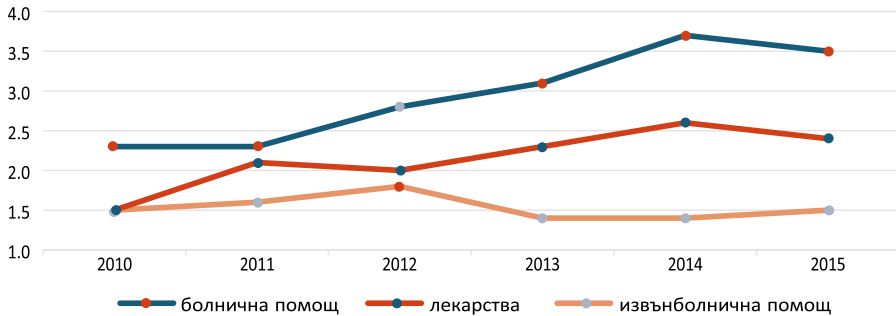
7.5.1 Финансова ефективност

Въпреки че неефективното използване на финансови ресурси за здравеопазване е добре разпознат проблем както от здравните политици, така и от здравните професионалисти, той получава по-малко внимание, отколкото липсата на ресурси. Съществува непрекъснат натиск от страна на здравните професионалисти и някои пациентски групи за увеличаване на средствата на здравеопазване, обаче значителният и постоянен ръст в здравните разходи не води нито до подобряване на здравния статус на населението, нито до финансова стабилност на системата. Това доказва, че неефективното използване на финансовите ресурси е по-големият проблем от техния недостиг.

Неефективното използване на финансовите ресурси е резултат от методите на заплащане, които не подкрепят ефективността, и от неефективното им разпределение. Изборът на приоритети се основава по-скоро на наличните ресурси и политическия натиск, отколкото на мерки с доказателства за ефикасност и ефективност. Някои ясни знаци, свързани със здравното състояние на населението и финансовата стабилност на системата, отразяват лошата финансова ефективност:

- Разходите за здравеопазване нараства повече от четири пъти от въвеждането на здравноосигурителната система, обаче резултатите остават неудовлетворителни. Системата продължава да бъде финансова нестабилна, изпитвайки недостиг на финансови ресурси и влошена способност да осигури финансовата защита на населението. Непрекъснатото нарастване на директните плащания, независимо от ръста на публичните разходи, свидетелства за неефективното разпределение на ресурсите. Здравният статус на нацията не се е подобрил съществено, а някои индикатори подсказват дори влошаващо се качество. Значими неравенства и неравнопоставеност продължават да съществуват.
- Ръстът на публичните разходи за болнична помощ и лекарства е много по-голям от този за извънболнична помощ. Единствено през 2015 г. ръстът на разходите за извънболнична помощ изпреварва този на разходите за болнична помощ и лекарства (Фигура 7.11), обаче делът на разходите за извънболнична помощ остава най-малкият в ЕС. Публичните разходи за превенция са едва 2.3% от общите разходи за здравеопазване през 2013 – 2015 (Eurostat 2018).
- В допълнение съществуват огромни регионални различия в средните месечни плащания за болнична помощ на едно осигурено лице. Разходите на НЗОК варират между областите от 84 лв. (€42.9) до 4320 лв. (€2208.80) на един осигурен през 2015 г. (НЗОК 2016), което подчертава цялостната неефективност на болничната помощ.

ФИГУРА 7.11 Индекс на нарастване на публичните разходи по вид на услугите



Източник: НСИ

2018ж. Бележка: Индексите са изчислени на база стойността за 2005 г.

През 2015 и 2016 г. бяха направени някои опити да се подобри финансовата ефективност, но имаха само частичен успех. По отношение на разходната ефективност, важно значение има въвеждането на оценката на здравните технологии (ОЗТ) през 2016 г. (вж. 6.1 *Анализ на последните реформи*). Други инициативи за реформи, целящи повишаване на ефективността, като реорганизация на основния пакет (2015), въвеждането на пръстова идентификация при хоспитализация (2015) и на Националната здравна карта като инструмент за селективно договаряне между НЗОК и болниците, бяха спрени от Върховния административен и Върховния конституционен съд (Dimova, Rohova 2017).

7.5.2 Техническа ефективност

Техническата ефективност също представлява проблем. За разлика от заявените цели за укрепване на първичната и специализираната извънболнична помощ (и последващо оптимизиране на болничната помощ), на лице е екстензивно развитие на болничната помощ. Хоспитализациите нарастват значително от 145 на 1000 през 2000 г. до 322 на 1000 души от населението през 2014 г. Независимо от лекия спад през 2015 и 2016 г., България има най-висок показател за

хоспитализациите в ЕС (Таблица 7.4). Това основно се дължи на експанзията на частния сектор. За разлика от броя на публичните болници и легла, които намаляват съответно с 16.7% и 32.6% през 2016 г. спрямо 2000 г., броят на частните болници нараства шест пъти, а леглата в тях – 36 пъти. Само през 2016 г. броят на публичните болници намалява с 6% и леглата в тях са редуцирани с 2.3% в сравнение с 2015 г., докато частният сектор нараства с три болници и 799 легла (ръст със 7.7%). Докато броят на хоспитализациите в публичните болници нараства 1.7 пъти през 2016 в сравнение с 2000 г., хоспитализациите в частните болници нарастват 78 пъти за същия период. Така делът на хоспитализациите в частите болници от общия брой на хоспитализациите нараства от 0.6% през 2000 г. до 15.6% през 2010 г. и 28.3% през 2016 г. (НЦОЗА 2017). Сравнително краткият среден престой в България (Таблица 7.4) в сравнение със средния за ЕС (8.2 дни през 2014 г., WHO Regional Office for Europe 2018) се дължи на значителния превес на леглата за активно лечение (18% през 2016 г.) и клиничните пътеки, които предопределят средния престой.

ТАБЛИЦА 7.4 Ключови индикатори за болнична помощ

	2000	2005	2010	2014	2015	2016
Хоспитализации на 1000 души	145	209	254	322	321	318
Използваемост на леглата (дни)	242	286	248	258	248	241
Оборот на леглата	21	36	42	49	48	47
Среден престой (дни)	11.5	7.9	5.9	5.3	5.2	5.1

Източник: НЦОЗА 2017.

Значителният ръст на болничната помощ след въвеждането на системата на социално здравно осигуряване отразява неефективността и недостатъчното използване на извънболничната помощ.

Броят на прегледите на едно лице в извънболничната помощ е много под средното за ЕС (вж. 5.3 *Извънболнична медицинска помощ*, *Специализирана извънболнична медицинска помощ* и 5.4

Болнична медицинска помощ). Профилактичните прегледи в първичната помощ са традиционно под заложените цели, най-вече за хората над 18 г., и съществуват чувствителни регионални различия (Таблица 7.5). Броят на първичните прегледи при специалист от извънболничната помощ на един осигурен също варират между областите от 0.56 до 0.93 през 2016 г. (ИАМО 2017).

В комбинация с увеличението брой на спешните повиквания (вж. 5.5 *Спешна медицинска помощ*), делът на амбулаторните прегледи, извършвани от медицинските екипи на ЦСМП, повечето от които не са спешни, остава постоянно висок. Амбулаторните прегледи са 82% от всички спешни повиквания средно през 2010 – 2014 (Сметна палата 2015). Средният разход на повикване нараства с 34% през 2014 г. в сравнение с 2010 г. Средното натоварване на спешните екипи също се увеличава. Подобно на извънболничната и болничната помощ, всички индикатори за спешна помощ варират съществено между областите.

Значимо подобряване на резултатите във връзка с ефективността може да се постигне и във фармацевтичния сектор (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2017). Въпреки че българският фармацевтичен пазар е един от най-малките в ЕС, той отбелязва стабилен и значим ръст през последните няколко години (Ministry of Foreign Affairs of Denmark 2014; International Bank for Reconstruction and Development 2015).

ТАБЛИЦА 7.5 Брой профилактични прегледи при ОПЛ на пациент

		ЦЕЛ	2011	2013	2014	2015	2016
Профилактични прегледи на деца до 1 г., брой на едно лице	най-ниска стойност най-висока стойност	12	9.94	10.08	9.97	10.01	9.94
			6.86	л.д.	6.61	6.47	6.18
			10.92	л.д.	11.09	11.11	11.02
Профилактични прегледи на деца между 1 и 2 г., брой на едно лице	най-ниска стойност най-висока стойност	4	3.16	3.16	3.08	3.08	3.04
			2.23	л.д.	2.21	2.10	1.99
			3.53	л.д.	3.58	3.43	3.42

Профилактични прегледи на деца между 2 и 7 г., брой на едно лице	най-ниска стойност най-висока стойност	2	1.57	1.58	1.55	1.55	1.51
			1.22	л.д.	1.17	1.14	1.07
			1.73	л.д.	1.76	1.75	1.72
Профилактични прегледи на деца между 7 и 18 г., брой на едно лице	най-ниска стойност най-висока стойност	1	0.86	0.86	0.86	0.85	0.83
			0.78	л.д.	0.74	0.75	0.73
			0.93	л.д.	0.92	0.91	0.90
Профилактични прегледи за възрастни над 18 г., брой на едно лице	най-ниска стойност най-висока стойност	1	0.44	0.48	0.48	0.50	0.48
			0.17	л.д.	0.22	0.25	0.25
			0.61	л.д.	0.67	0.68	0.68

Източник: НЗОК 2011, 2013, 2014, 2015а, 2016, 2017а;
 ИАМО 2017 Бележки: Липсват данни за 2012 г. л.д.:
 липсват данни.

Няма проучвания, които да са фокусирани върху причините за високия дял на разходите за лекарства в България; въпреки това съществуват значителни силогистични доказателства, че комплекс от причини води до това явление, като високи цени на лекарствата в сравнение с други държави от ЕС, практики за предписване и прекомерна употреба на лекарства, насърчаване на употребата на по-скъпи лекарства, 20% ДДС за лекарствата и паралелна търговия (International Bank for Reconstruction and Development 2015).

В отговор на препоръките на Съвета на ЕС от 2014 г. (Council of the EU 2014) няколко промени в здравното законодателство бяха направени през 2015 – 2016, чиито принос за ефективността на здравната система ще може бъде оценен в бъдеще (вж. 6.1 *Анализ на последните реформи*).

7.6 Прозрачност и отчетност

През последните години България направи значителна стъпка към подобряване на прозрачността и отчетността. Подобренията се отнасят до процеса на разработване на здравната политика, наличието на данни и засилването на обществения контрол върху

здравната система. Въпреки това трябва да се направи много повече по отношение на овластяването на гражданите и пациентите.

Здравно-политически процес и прозрачност при развитие на законодателството

Създаването на Партньорство за здраве през 2015 г., нов консултативен орган на МС за координация и партньорство при разработването и прилагането на политики в областта на общественото здраве, беше важна стъпка към подобряване на процеса на здравна политика в България (Dimova et al. 2017). Поради двете промени в екипа на МЗ през 2017 г.

(Dimova 2017), дейността на Партньорството се забави.

Процесът на разработване на политики и прозрачността при създаването на нормативните актове се подкрепя от уеб портала на МС за обществени консултации, където стратегически документи и нормативни актове са представени за обществено обсъждане (МС 2017а). Например 17, свързани със здравеопазването документа, са публикувани в уеб портала за първите два месеца на 2018 г., които получават 81 коментара и предложения от граждани и организации – повече от всяка друга година след 2008 г., когато порталът започва да функционира. Възможността за обществени консултации се свързва с Инициативата „Партньорство за отворено управление“, към която България се присъедини през 2011 г.

В допълнение МЗ публикува всички проекти на нормативни актове за обществено обсъждане в рамките на един месец, заедно със съответните мотиви и становища на заинтересованите страни. Дискусиите в парламентарната комисия по здравеопазване и в пленарната зала, както и свързаните с тях документи, са достъпни на уеб страницата на българския парламент.

НЗС 2020, приета в Народното събрание след широка обществена дискусия през 2015 г. (вж. 7.1 *Цели на здравната система*), съдържа механизъм за отчетност, който определя показатели за мониторинг и оценка на изпълнението, срокове и отговорни институции. Постоянна работна група за мониторинг, контрол и отчитане на резултатите е създадена от МЗ. Консултативни функции за мониторинг и оценка на изпълнението

на стратегията са предоставени на Висшия медицински съвет и на Съвета „Партньорство за здраве“.

Наличност на данни и публичен контрол

Наличността на данни, която е важна предпоставка за засилване на публичния контрол върху здравната система, също се подобри през последните години. Въпреки че правото на гражданите да получават от обществени органи или институции информация, която представлява легитимен интерес за тях, е дефинирано още през 1991 г. в конституцията, прилагането на това право се реализира едва отскоро.

Отделно от международните източници на данни и информация, националните източници, както и публично достъпните данни по вид, се увеличават. През 2016 г. промяната в Закона за достъп до обществена информация от 2000 г. задължи институциите да публикуват разнообразна нова информация, включително стратегии, планове, програми, доклади и анализи за тяхната дейност, бюджетни планове и доклади за изпълнението на бюджетите, информация за обществени поръчки, проекти на нормативни актове заедно с мотивите и резултатите от обществените обсъждания по тях. Така данните, които могат да бъдат намерени в доклади и анализи на институции като МЗ, НЗОК, Сметната палата и ИАМО, станаха по-богати и последователни.

В допълнение всички институции предоставят възможност за достъп до обществена информация при поискване в изпълнение на Закона за достъп до обществената информация от 2000 г. Съгласно промяна в закона от 2016 г., всички обществени институции са задължени да публикуват (обикновено на техните уеб страници) отчети за всички случаи на получени заявления за предоставяне на информация. Броят на заявленията за достъп до обществена информация от граждани и организации към НЗОК и МЗ нараства през 2015 – 2017 (Таблица 7.6). Съгласно доклад на МЗ повечето от заявленията за информация са в областта на упражняването на права или легитимни интереси, отчетност на институциите, контролни дейности, осъществявани от администрацията и изразходването на публичните средства (МЗ 2018а).

ТАБЛИЦА 7.6 Брой заявления за получаване на информация по реда на Закона за достъп до обществена информация

ЗАЯВЛЕНИЯ ДО:		ЗАЯВЛЕНИЯ ОТ:		2014	2015	2016	2017
НЗОК	Фирми	л.д.	89	154	235		
	Граждани	л.д.	50	57	32		
	НПО	л.д.	35	27	33		
	Журналисти	л.д.	9	6	21		
	Общо	л.д.	183	244	321		
МЗ	Фирми		7	20	13	25	
	Граждани		26	54	49	57	
	НПО		22	23	25	20	
	Журналисти		20	13	22	23	
	Общо		84 ^а	111 ^а	109	125	

Източници: НЗОК 2018; МЗ 2018а.

Бележка: ^аВключва неклаифицирани по подател заявления към МЗ, които са били насочени към други институции

С цел засилване на обществения контрол върху предоставянето на здравни услуги и съответните публични плащания, НЗОК въведе от 2013 г. електронна система, която позволява на гражданите да имат достъп до здравните си досиета и да информират НЗОК или РЗОК при несъответствие между регистрираните и получените здравни услуги. Обаче по данни от медиите до 2017 г. само 38 000 граждани са поискали персонален код за достъп до системата (Берберов 2017).

Електронен портал за обществени поръчки, реализиран по проект (вж. 3.6.2 *Външни източници на финансиране*), подкрепя прозрачността и отчетността на здравната система, тъй като всички здравни институции и обществени лечебни заведения са длъжни да я използват. Порталът поддържа статистика на публичните търгове по организации и предмет на договорите от 2014 г.

Търговският регистър и регистър на юридическите лица с нестопанска цел предоставя информация за дейностите и бюджетите на лечебните заведения и здравните организации; тази информация обаче е трудна за възприемане от гражданите.

Независимо от цялостното подобряване на прозрачността и отчетността на здравната система, някои предизвикателства остават.

Въпреки че през последните десетилетия електронното здравеопазване е постоянен приоритет във всички правителствени програми и национални здравни стратегии, в България все още липсва интегрирана здравна информационна система. Все още липсват данни по ключови показатели, особено в областта на качеството на здравните услуги, което би позволило информиран избор от страна на пациентите. Много от източниците на информация трябва да станат по-лесни за използване за гражданите. На пациентите им липсва информация за правата им при предоставянето на здравни услуги, което може да допринесе за корупционни практики и високи директни плащания.

8

Заклучение

Българската здравна система се характеризира с по-голяма степен на централизация от много други европейски страни. Въпреки че нови принципи като автономност, договорни отношения и пазарна регулация бяха въведени в края на 90-те години, на практика процесът на вземане на решения е силно централизиран. В същото време нестабилната политическа ситуация и честата смяна на здравните политици доведе до липса на устойчивост и последователност в осъществяването на политиките.

В резултат здравната система непрекъснато страда от съществени слабости, които допринасят за неудовлетворителното здравно състояние на населението. Здравните неравенства между градското и селското население, както и неравенствата в достъпа до здравната система продължават да нарастват. Подобриенето в здравното състояние на населението, отразено в някои здравни индикатори, е неудовлетворително, а други индикатори дори се влошават.

Финансовата нестабилност е постоянна характеристика на здравната система. Системата изпитва непрекъснат недостиг на финансови ресурси, водещ до неспособност да се осигурят здравни услуги в обем, обхват и качество, които да удовлетворяват здравните потребности. Въпреки значителния ръст на здравните разходи след въвеждането на здравното осигуряване, системата продължава да изпитва недостиг на финансови ресурси – нещо, което свидетелства за тяхното неефективно използване. Механизмите на заплащане не насърчават ефективността. Липсва ясна регулаторна рамка за формиране на цените на здравните услуги. Формирането на цените не е основано на реалните разходи, а по-скоро на наличните ресурси в бюджета на НЗОК. Липсата на политики и инструменти за ефективно

разпределение на публичните ресурси има негативно отражение върху пазарното поведение на доставчиците на здравните услуги. То от своя страна е детерминирано от методите на финансиране, които стимулират количеството на предоставяните услуги и стоки, т.е. усвояването на финансовите ресурси. Противно на заявените цели за укрепване на първичната и специализираната извънболнична помощ, налице е екстензивно развитие на болничната помощ в резултат на експанзията на частния сектор и ръста в броя на хоспитализациите. Качеството на медицинската помощ остава един от най-съществените проблеми, въпреки това – negliжиран.

Някои опити да се подобри ефективността на разпределението на финансовите ресурси бяха направени, но с частичен успех. Основен момент в това отношение беше въвеждането на оценката на здравните технологии през 2015 г. Обаче почти всички реформени инициативи, целящи повишаване на ефективността в лечебния сектор, бяха спрени от Върховния административен съд и Върховния конституционен съд.

Принципът на солидарност е компрометиран поради големия и постоянен брой на неосигуреното население. Голям брой хора не са покрити от системата на социалното здравно осигуряване, докато пазарът на доброволно здравно осигуряване продължава да бъде недоразвит. В допълнение големият и нарастващ дял на директните плащания в България показва неадекватната финансова защита, която системата на социалното здравно осигуряване предоставя на населението.

Някои значими подобрения в прозрачността и отчетността на здравната система бяха постигнати. Обаче остават по-големи предизвикателства. Въпреки че електронното здравеопазване е приоритет, в България все още липсва интегрирана здравна информационна система. Все още липсват данни по ключови показатели, особено в областта на качеството на здравните услуги.

НЗС 2020 представлява напредък в здравната политика в сравнение с предходните стратегии, най-вече в областта на общественото здраве и междусекторното сътрудничество. Бъдещето ще покаже дали НЗС 2020 ще доведе до реални подобрения и решения

за здравната система. Найголямото предизвикателство остава финансовата стабилност на системата и качеството на грижите.

Липсата на ясна дългосрочна визия и политически консенсус за развитието на здравната система доведе до непоследователни реформи.

Здравни системи в преход

Някои от фундаменталните принципи, върху които здравноосигурителната система беше изградена, бяха постепенно изоставени или изначало нереализирани, като независимостта на НЗОК, равнопоставеността на държавата, работодателите и осигурените лица в управлението и контрола на НЗОК, прилагането на основани на доказателства политики. Подмяната на принципите доведе и до нестабилност, несигурност, недоверие в системата и съпротива срещу реформите.

Имайки предвид това, подобряването на комуникациите с гражданите и медицинските професионалисти изглежда критично важно за бъдещите реформи. Здравната система се нуждае от някои радикални промени, които могат да се случат само ако и политиците, и обществото ги подкрепят. Основа за постигане на това е решенията да бъдат основани на общоприети принципи и споделени ценности. Националната значимост на здравната реформа изисква решенията да бъдат съгласувани и подкрепени от широк кръг заинтересовани страни, включително граждански организации, синдикати, общини и научната общност.

Приложения

9.1 Библиография

■ На български език

- Агенция за социално подпомагане (2017). Социални услуги. (<http://www.asp.government.bg/web/guest/socialni-uslugi>, посетен на 30 ноември 2017 г.).
- Атанасова Е, Вълканова М, Рохова М (2017). Национална здравна карта – правно регулиране и реалност. Сборник с резюмета и доклади от Първа национална конференция „Общественото здраве – глобален приоритет в науката и практиката“, Варна, с. 135-143.
- Атанасова-Пийтърсе Д (2014). Въвличане на гражданите във вземане на решения, свързани със здравеопазването на местно ниво. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор”. Медицински университет-Варна.
- Берберов И (2017). А вие взехте ли кода за електронното си здравно досие? НЗОК насърчава всеки да се възползва от безплатната услуга. Bulgaria On Air, 28.08.2017 (<https://www.bgonair.bg/bulgaria/2017-08-28/a-vie-vzехте-likoda-za-elektronnoto-si-zdravno-dosiee>, посетен на 7 март 2018 г.).
- Валентинова Цв, Недкова-Миланова В (2018). Фактори, повлияващи мотивацията за работа на общопрактикуващите лекари. Обща медицина, бр. 1. (http://cml.mu-sofia.bg/cmb_htm/Obsta_Medicina/1-2018.html, посетен на 20 март 2018 г.).
- Василева Е (2017). Тревожно, но не пресилено: България може да остане без медици. (<https://www.dnes.bg/obshtestvo/2017/03/01/trevojno-i-ne-e-presilenobygariia-moje-da-ostane-bez-medici.333533>).
- Върховен административен съд. Решение № 2730 от 2017 г. Държавен вестник, бр. 64, 8 август 2017 г.
- ГЕРБ (2017). Приоритети за управление (2017–2021). (<http://www.gerb.bg/bg/pages/prioriteti-125.html>, посетен на 23 април 2018 г.).

- Димитрова А и кол. (2015). Национално проучване на факторите на риска за здравето. Данни за здравето. Национален център по общественото здраве и анализи. (<http://ncphp.government.bg/files/news/flash/slide5.swf>, посетен на 10 октомври 2017 г.).
- Димова А, Попов М, Рохова М (2007). Здравната реформа в България: анализ. София, Институт „Отворено общество“.
- Закон за данъците върху доходите на физическите лица. Държавен вестник, бр. 95, 24 ноември 2006 г.; с последни изменения и допълнения от 5 декември 2017 г.
- Закон за здравето. Държавен вестник, бр. 70, 10 август 2004 г.; с последни изменения и допълнения от 18 юли 2017 г.
- Закон за здравното осигуряване. Държавен вестник, бр. 70, 19 юни 1998 г.; с последни изменения и допълнения от 9 декември 2016 г.
- Закон за здравословни и безопасни условия на труд. Държавен вестник, бр. 124, 23 декември 1997 г.; с последни изменения и допълнения от 13 октомври 2015 г.
- Закон за интеграция на хората с увреждания. Държавен вестник, бр. 81, 17 септември 2004 г.; с последни изменения и допълнения от 14 ноември 2017 г.
- Закон за корпоративното подоходно облагане. Държавен вестник, бр. 105, 22 декември 2006 г.; с последни изменения и допълнения от 28 декември 2017 г.
- Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина. Държавен вестник, бр. 31, 13 април 2007 г.; с последни изменения и допълнения от 7 юни 2016 г.
- Закон за лечебните заведения. Държавен вестник, бр. 62, 9 юли 1999 г.; с последни изменения и допълнения от 9 декември 2016 г.
- Закон за медицинските изделия. Държавен вестник, бр. 46, 12 юни 2007 г.; с последни изменения и допълнения от 19 февруари 2016 г.
- Закон за обществените поръчки. Държавен вестник, бр.13, 16 февруари 2016 г.
- Закон за социалното подпомагане. Държавен вестник, бр. 56, 19 май 1998 г.; с последни изменения и допълнения от 29 януари 2016 г.
- Изпълнителна агенция „Медицински одит“/ИАМО (2016). Доклада за дейността на ИАМО 2016. Министерство на здравеопазването, София. (<http://www.eama.bg/images/Dokladi/Doklad%202016%D0%B3.pdf>, посетен на 7 февруари 2018 г.).
- Изпълнителна агенция „Медицински одит“/ИАМО (2017). Годишен доклад за състоянието и цялостната дейност по здравното осигуряване в Република България през 2016 г. Министерство на здравеопазването, София. (<http://eama.bg/images/Dokladi/Zdravno%20osigurjavane%202016.pdf>, посетен на 10 февруари 2018 г.).
- Изпълнителна агенция по лекарствата/ИАЛ (2017а). Регистър на аптеките в Р България (<http://www.bda.bg/bg/>; посетен на 22 август 2017 г.).

- Изпълнителна агенция по лекарствата/ИАЛ (2017б). Регистър на производителите и вносителите на лекарствени продукти на територията на Р България ([http:// www.bda.bg/bg/](http://www.bda.bg/bg/), посетен на 22 август 2017 г.).
- Изпълнителна агенция по лекарствата/ИАЛ (2017в). Регистър на търговците на едро, получили разрешение за търговия с лекарствени продукти ([http://www. bda.bg/bg/](http://www.bda.bg/bg/), посетен на 22 август 2017 г.).
- Институт за пазарна икономика (2015). Регионални профили: характеристики на здравеопазването по области в България. София. ([http://www.regionalprofiles. bg/var/docs/HC_Regional_Profiles.pdf](http://www.regionalprofiles.bg/var/docs/HC_Regional_Profiles.pdf), посетен на 10 октомври 2017 г.).
- Институт Отворено общество - София (2008). Неформалните плащания в системата на здравеопазването. Доклад. ([http://www.osf.bg/cyeds/downloads/ Neform_plaschtania_Report.pdf](http://www.osf.bg/cyeds/downloads/Neform_plaschtania_Report.pdf), посетен на 12 януари 2018 г.).
- Капитал (2017а). Двойно здравно подсигурен. 13 януари 2017. ([https://www.capital. bg/pazari/lichni_finansi/2017/01/13/2898489_dvoino_zdravno_podsiguren/](https://www.capital.bg/pazari/lichni_finansi/2017/01/13/2898489_dvoino_zdravno_podsiguren/), посетен на 12 януари 2018 г.).
- Капитал (2017б). Здравните застраховки нарастват. 2 януари 2017. ([https://www. capital.bg/specialni_izdaniia/zdrave/2017/01/02/2884790_zdravnite_zastrahov ki_narastvat/](https://www.capital.bg/specialni_izdaniia/zdrave/2017/01/02/2884790_zdravnite_zastrahovki_narastvat/), посетен на 12 януари 2018 г.).
- Комисия за защита на конкуренцията/КЗК (2009). Анализ на конкурентната среда на националния пазар при доброволното здравно осигуряване. София, Комисия за защита на конкуренцията ([http://reg.cpc.bg/DepartmentDecisions. aspx?vp=4](http://reg.cpc.bg/DepartmentDecisions.aspx?vp=4), посетен на 12 януари 2018 г.).
- Комисия за защита на конкуренцията/КЗК (2015). Решение № 1132. София, 22 декември 2016 г. (<http://reg.cpc.bg/Decision.aspx?DecID=300047511>, посетен на 10 февруари 2018 г.).
- Комисия за финансов надзор/КФН (2013). Обзор на небанковия финансов сектор в България. Комисия за финансов надзор, София. (<http://www.fsc.bg/bg/zakomisiyata/analizi-na-kfn/>, посетен на 13 януари 2018 г.).
- Комисия за финансов надзор/КФН (2017а). Статистика на животозастрахователния пазар. ([http://www.fsc.bg/bg/pazari/zastrahovaten-pazar/statistika/ zhivotozastrahovane/](http://www.fsc.bg/bg/pazari/zastrahovaten-pazar/statistika/zhivotozastrahovane/), посетен на 12 януари 2018 г.).
- Комисия за финансов надзор/КФН (2017б). Статистика на общо застрахователния пазар. (<http://www.fsc.bg/bg/pazari/zastrahovaten-pazar/statistika/obshtozastrahovane/>, посетен на 12 януари 2018 г.).
- Константинов Н (2017). Насоки в здравната политика на България (1912-1929), Издателство „Фабер“, София.
- Министерски съвет (2011). Постановление № 340 от 14.12.2011 г. за приемане на Наредба за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти, условията, правилата и критериите за включване, промени и/или

- изключване на лекарствени продукти от Позитивния лекарствен списък и условията и реда за работа на Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти (http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/17/naredbaregulirane-registrirane-tsenite-na-lekarstvata.pdf, посетен на 20 август 2018 г.).
- Министерски съвет (2012а). Национална програма за развитие: България 2020. (<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?Id=765>, посетен на 21 март 2018 г.).
- Министерски съвет (2012б). Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012-2020). (<http://www.nccedi.government.bg/page.php?category=125&id=1740>, посетен на 10 ноември 201 г.7).
- Министерски съвет (2017а). Портал за обществени консултации. Стратегически документи. Здравеопазване. (<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/List.aspx?lang=bg-BG&categoryId=14&typeConsultation=1&typeCategory=0&docType=1>, посетен на 12 август 2017 г.).
- Министерски съвет (2017б). Приоритети за управление (2017–2021). Здравеопазване. (<http://www.gov.bg/bg/pravitelstvo/programa-na-pravitelstvoto/zdraveopazvane>, посетен на 8 март 2018 г.).
- Министерски съвет (2017в). Решенията накратко. Гарантира се осигуряването при необходимост на допълнителни средства за асистирана репродукция. 17 май 2017. (<http://www.government.bg/cgi-bin/e-cms/vis/vis.pl?s=001&p=0228 &n=9235&g>, посетен на 10 ноември 2017 г.).
- Министерство на здравеопазването/МЗ (2014а). Концепция за развитие на спешната медицинска помощ в Република България. София, Министерство на здравеопазването. (<https://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-ikontseptsii/koncepcii/koncepciya-za-razvitie-speshnata-medicinska-pomosht/>, посетен на 2 март 2018 г.).
- Министерство на здравеопазването/МЗ (2014б). Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г. София, Министерство на здравеопазването. (<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=907>, посетен на 5 март 2018 г.).
- Министерство на здравеопазването/МЗ (2014в). Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. София, Министерство на здравеопазването. (<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=861>, посетен на 10 март 2018 г.).
- Министерство на здравеопазването/МЗ (2015а). Концепция „Цели за здраве 2020“. София, Министерство на здравеопазването. (<https://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-ikontseptsii/koncepcii/koncepciya-celi-za-zdrave-2020/>, посетен на 20 август 2017 г.).
- Министерство на здравеопазването/МЗ (2015б). Наредба № 9 от 1 декември 2015 г. за условията и реда за извършване на оценка на здравните технологии. (<https://>

- www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/12/11/naredba9-1-12-2015.pdf, посетен на 20 август 2018 г.).
- Министерство на здравеопазването/МЗ (2015в). Национална здравна стратегия 2020 и План за действие. София, Министерство на здравеопазването. ([https:// www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/strategii/nacionalnazdravna-strategiya-2020/](https://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/strategii/nacionalnazdravna-strategiya-2020/), посетен на 20 март 2018 г.).
- Министерство на здравеопазването/МЗ (2015г). Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18-годишна възраст в Република България 2015-2020 г. София, Министерство на здравеопазването. (<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=931>, посетен на 20 август 2017 г.).
- Министерство на здравеопазването/МЗ (2016а). Колективен трудов договор в отрасъл „Здравеопазване“. (https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/10/10/ktd-10-10-2016.pdf, посетен на 10 януари 2018 г.).
- Министерство на здравеопазването/МЗ (2016б). Намалява броят на лекарите, заминаващи за чужбина. Новини, 13 януари 2016 г. (<http://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/namalyava-broyat-na-lekari-zaminavashi-za-chuzhbin/>, посетен на 23 април 2018 г.).
- Министерство на здравеопазването/МЗ (2016в). Отчет за степента на изпълнение на утвърдените политики и програми на Министерство на здравеопазването за 2016 г. (http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2017/03/22/otchet_mz_programen_31122016-end.pdf, посетен на 23 август 2017 г.).
- Министерство на здравеопазването/МЗ (2017). Регистър на дрогерите. (<http://isr.mh.government.bg/pls/mhrb/f?p=100:1:4212696246940465>, посетен на 23 август 2017 г.).
- Министерство на здравеопазването/МЗ (2018а). Годишни отчети за предоставянето на достъп до обществена информация за 2014, 2015, 2016 и 2017 г. ([https:// www.mh.government.bg/bg/administrativni-uslugi/dostap-do-obshtestvenainformatsiya/](https://www.mh.government.bg/bg/administrativni-uslugi/dostap-do-obshtestvenainformatsiya/), посетен на 7 март 2018 г.).
- Министерство на здравеопазването/МЗ (2018б). Зам.-министър Жени Начева: Стандартът за финансово управление цели недопускане на увеличение на просрочените задължения. Новини, 19 април 2018 г. (<https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/zam-ministr-zheni-nacheva-standartt-zafinansovo-u/>, посетен на 23 април 2018 г.).
- Министерство на здравеопазването/МЗ (2018в). Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България за периода 2017-2020 г. София, Министерство на здравеопазването. (https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2017/04/28/natsionalna_programa_za_preventsiiia_i_kontrol_na_khiv_i_seksualno_predavani_infektsii_v_republika_blgariia_za_perioda_2017-2020_g.pdf, посетен на 2 юли 2018 г.).

- Министерство на здравеопазването/МЗ (2018г). Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014-2020 г. (<https://www.mh.government.bg/bg/evropeyski-programi/tekushti-programi-i-proekti/operativna-programa-regioni-v-rastezh-2014-2020g/>, посетен на 13 февруари 2018 г.)
- Министерство на здравеопазването/МЗ (2018д). Световната здравна организация ще подкрепи България в реформата на здравната система. Новини, 2 март 2018 г. (<https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/svetovnatazdravna-organizaciya-she-podkrepi-blgar/>, посетен на 23 април 2018 г.).
- Министерство на труда и социалната политика (2014). Национална стратегия за дългосрочна грижа. (<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=882>, посетен на 23 септември 2017 г.).
- Министерство на труда и социалната политика (2017). Осигуряват се 15,7 млн. лв. за асистенти на хора с увреждания. Новини. (<https://www.mlsp.government.bg/index.php?section=FA2&fcats=18>, посетен на 23 септември 2017 г.).
- Министерство на финансите (2014). Писмен отговор на въпрос относно броя на здравно неосигурените лица към 31.12.2013. Парламентарен контрол, 07/02/2014 (<https://www.parliament.bg/pub/PK/144583отговор%20%2045406-35.docx>, accessed 1 December 2017).
- Министерство на финансите (2016). Доклад по отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2015 г. (<http://www.minfin.bg/bg/940>, посетен на 20 ноември 2017 г.).
- Министерство на финансите (2017) Доклад по отчета за изпълнението на държавния бюджет на Република България за 2016 г. (www.minfin.bg/bg/1095, посетен на 20 ноември 2018 г.).
- Министерство на финансите и НЗОК (2013). Становище до Парламента за разходите на средства от здравни осигуровки в отговор на въпрос от народни представители от 42-то Народно събрание, № 354.06.210 от 11 септември 2013. (http://parliament.bg/bg/topical_nature/20250, accessed 23 January 2018).
- Наредба № 10 от 2015 г. за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от Националната здравноосигурителна каса. Министерство на здравеопазването. Държавен вестник, бр. 97, 11 декември 2015 г.
- Наредба № 12 от 2015 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“. Министерство на здравеопазването. Държавен вестник, бр. 4, 15 януари 2016 г.
- Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България. Министерство на здравеопазването. Държавен вестник, бр. 45, 31 май 2005 г.
- Наредба № 2 от 2016 г. за условията и реда за сертифициране на “балнеолечебен (медикъл спа) център”, “спа център”, “уелнес център” и

- “таласотерапевтичен център”. Министерство на туризма, Министерство на здравеопазването. Държавен вестник, бр. 11, 9 февруари 2016 г.
- Наредба № 21 от 2005 г. за реда за регистрация, съобщаване и отчет на заразните болести. Министерство на здравеопазването. Държавен вестник, бр. 62, 29 юли 2005 г.
- Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи. Министерство на здравеопазването. Държавен вестник, бр. 83, 22 октомври 2010 г.
- Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията. Министерство на здравеопазването. Държавен вестник, бр. 92, 22 ноември 2016 г.
- Наредба за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори. Приета с Постановление на Министерски съвет № 45 от 2016 г. Държавен вестник, бр. 19, 11 март 2016 г.
- Наредба за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствените продукти. Приета с Постановление на Министерски съвет № 97 от 2013 г. Държавен вестник, бр. 40, 30 април 2013 г.
- Национален осигурителен институт/НОИ (2017). Статистически справочник. Демография, икономика и социално осигуряване 2016 г. (http://www.nssi.bg/images/bg/about/statisticsandanalysis/statistics/pokazатели/pokazатели_Demography_2016.pdf, посетен на 1 декември 2017 г.).
- Национален статистически институт/НСИ (2011) Преброяване на населението и жилищния фонд в Република България, 2011. (<http://www.nsi.bg/census2011/index.php>, посетен на 21 юли 2017 г.).
- Национален статистически институт/НСИ (2017а). Външна миграция по възраст и гражданство на мигриралите лица. (<http://www.nsi.bg/bg/content/13036/външна-миграция-по-възраст-и-гражданство-на-мигриралите-лица>, посетен на 12 август 2017 г.).
- Национален статистически институт/НСИ (2017б). Домове за медико-социални грижи за деца. (<http://www.nsi.bg/bg/content/3340/домове-за-медико-социални-грижи-за-деца>, посетен на 24 август 2017 г.).
- Национален статистически институт/НСИ (2017в). Заетост и безработица. Годишни данни 2016. София, Национален статистически институт. (http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/ZB_2016.pdf, посетен на 21 юли 2017 г.).
- Национален статистически институт/НСИ (2017г). Здравеопазване 2017. София, Национален статистически институт, Национален център по обществено здраве и анализи. (<http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdrave2017.pdf>, посетен на 28 юли 2017 г.).
- Национален статистически институт/НСИ (2017д). Индикатори за бедност и социално включване за 2016 г.

(<http://www.nsi.bg/bg/content/8256/индикаториза-бедност-и-социално-включване>, посетен на 17 юли 2017 г.).

Национален статистически институт/НСИ (2017е). Лекарите по специалности в лечебните и здравните заведения на по статистически райони и области. (<http://www.nsi.bg/bg/content/3324/лекарите-по-специалности-в-лечебните-издравните-заведения-на-3112-по-статистически>, посетен на 8 август 2017 г.).

Национален статистически институт/НСИ (2017ж). Лечебни и здравни заведения по статистически райони и области. (<http://www.nsi.bg/en/content/5578/healthestablishments-3112-statistical-regions-and-districts>, посетен на 12 август 2017 г.).

Национален статистически институт/НСИ (2017з). Население и демографски прогнози. (<http://www.nsi.bg/bg/content/2972/население-и-демографскипрогнози>, посетен на 16 юли 2017 г.).

Национален статистически институт/НСИ (2017и). Основни резултати от изследване на информационното общество в домакинствата през 2017 г. София, Национален статистически институт. (http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/ICT_hh2017_ZW9AP4W.pdf, посетен на 23 февруари 2018 г.).

Национален статистически институт/НСИ (2017й). Основни резултати от изследване на информационното общество в предприятията през 2017 г. София, Национален статистически институт. (http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/ICT_ent2017_ZW9AP4W.pdf, посетен на 23 февруари 2018 г.).

Национален статистически институт/НСИ (2017к). Смъртност по причини по пол, статистически райони и области. (<http://www.nsi.bg/bg/content/3357/смъртност-по-причини-по-пол-статистически-райони-и-области>, посетен на 29 юли 2017 г.).

Национален статистически институт/НСИ (2017л). Статистически годишник 2016. София, Национален статистически институт. (<http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/God2016.pdf>, посетен на 23 януари 2017 г.).

Национален статистически институт/НСИ (2017м). Статистически справочник 2017. София, Национален статистически институт. (<http://www.nsi.bg/bg/content/15234/публикация/статистически-справочник-2017>, посетен на 15 юли 2017 г.).

Национален статистически институт/НСИ (2018а). Демографска и социална статистика. (https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/module.jsf?x_2=3, посетен на 24 януари 2018 г.).

Национален статистически институт/НСИ (2018б). Домове за медико-социални грижи за деца. (<http://www.nsi.bg/bg/content/3340/домове-за-медико-социалнигрижи-за-деца>, посетен на 16 април 2018 г.).

Национален статистически институт/НСИ (2018в). Доходи, разходи и потребление на домакинствата. (<http://www.nsi.bg/bg/content/3168/доходи-разходи-ипотребление-на-домакинствата>, посетен на 25 януари 2018 г.).

- Национален статистически институт/НСИ (2018г). Здравеопазване 2017. София, Национален статистически институт, Национален център по обществено здраве и анализи. (http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdraveopazvane_2017.pdf, посетен на 22 февруари 2018 г.).
- Национален статистически институт/НСИ (2018д). Коефициенти на смъртност по местоживеене, статистически райони, области и пол. (<http://www.nsi.bg/bg/content/3014/коефициенти-на-смъртност-по-местоживеене-статистическирайони-области-и-пол>, посетен на 12 февруари 2018 г.).
- Национален статистически институт/НСИ (2018е). Макроикономическа статистика. Индекси на потребителските цени. (https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/module.jsf?x_2=6, посетен на 25 януари 2018 г.).
- Национален статистически институт/НСИ (2018ж). Система на здравни сметки (SHA 2011). <http://www.nsi.bg/bg/content/14521/система-на-здравни-сметкиsha-2011>, посетен на 25 януари 2018 г.).
- Национален статистически институт/НСИ (2018з). Средна месечна заплата на наетите лица по трудово и служебно правоотношение. (<http://www.nsi.bg/bg/content/3928/национално-ниво>, посетен на 19 януари 2018 г.).
- Национален статистически институт/НСИ (2018и). Статистически годишник 2017. София, Национален статистически институт. (<http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/God2017.pdf>, посетен на 10 юни 2018 г.).
- Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти/НСЦРЛП (2015). Годишен доклад за дейността на НСЦРЛП за 2014 г. (<http://www.ncpr.bg/bg/за-съвета/годишни-доклади.html>, посетен на 23 април 2018 г.).
- Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти/НСЦРЛП (2016). Годишен доклад за дейността на НСЦРЛП за 2015 г. (<http://www.ncpr.bg/bg/за-съвета/годишни-доклади.html>, посетен на 23 април 2018 г.).
- Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти/НСЦРЛП (2017). Годишен доклад за дейността на НСЦРЛП за 2016 г. (<http://www.ncpr.bg/bg/за-съвета/годишни-доклади.html>, посетен на 23 април 2018 г.).
- Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти/НСЦРЛП (2018). Годишен доклад за дейността на НСЦРЛП за 2017 г. (<http://www.ncpr.bg/bg/за-съвета/годишни-доклади.html>, посетен на 23 април 2018 г.).
- Национален център по заразни и паразитни болести (2017). Анализ на изпълнението на дейностите по имунопрофилактика в България през 2016 г. (https://www.ncipd.org/index.php?option=com_docman&view=download&alias=122analysis-immuno-activities&category_slug=epidemiologiya-i-nadzor&Itemid=1127&lang=bg, посетен на 13 февруари 2018 г.).

- Национален център по обществено здраве и анализи/НЦЗОА.(2017a) Икономически анализ на дейността на лечебните заведения за болнична помощ в системата на общественото здравеопазване в Р България за периода 2010-2016 г. София, НЦЗОА. (http://ncphp.government.bg/files/nczi/izdania_2010/MBAL_economics_17.pdf, посетен на 22 март, 2018)
- Национален център по обществено здраве и анализи/НЦЗОА (2011). Кратък статистически справочник. Здравеопазване 2011. София, НЦЗОА. (http://ncphp.government.bg/files/nczi/izdania_2010/healthcare_11.pdf, посетен на 10 януари 2018 г.).
- Национален център по обществено здраве и анализи/НЦЗОА (2012). Кратък статистически справочник. Здравеопазване 2012. София, НЦЗОА. (http://ncphp.government.bg/files/nczi/izdania_2010/healthcare_12.pdf, посетен на 10 януари 2018 г.).
- Национален център по обществено здраве и анализи/НЦЗОА (2013). Кратък статистически справочник. Здравеопазване 2013. София, НЦЗОА. (http://ncphp.government.bg/files/nczi/izdania_2010/healthcare_13.pdf, посетен на 10 януари 2018 г.).
- Национален център по обществено здраве и анализи/НЦЗОА (2014). Кратък статистически справочник. Здравеопазване 2014. София, НЦЗОА. (http://ncphp.government.bg/files/nczi/izdania_2010/healthcare_14.pdf, посетен на 10 януари 2018 г.).
- Национален център по обществено здраве и анализи/НЦЗОА (2015). Кратък статистически справочник. Здравеопазване 2015. София, НЦЗОА. (http://ncphp.government.bg/files/nczi/izdania_2010/healthcare_15.pdf, посетен на 10 януари 2018 г.).
- Национален център по обществено здраве и анализи/НЦЗОА (2016). Кратък статистически справочник. Здравеопазване 2016. София, НЦЗОА. (http://ncphp.government.bg/files/nczi/izdania_2010/healthcare_16.pdf, посетен на 10 януари 2018 г.).
- Национален център по обществено здраве и анализи/НЦЗОА (2017). Кратък статистически справочник. Здравеопазване 2017. София, НЦЗОА. (http://ncphp.government.bg/files/nczi/izdania_2010/healthcare_17.pdf, посетен на 10 януари 2018 г.).
- Национален център по обществено здраве и анализи/НЦЗОА (2018a). Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите в Република България и изпълнение на националната здравна стратегия за 2015 г. София, НЦЗОА. (http://ncphp.government.bg/files/doklad_zdrave_-17-10.pdf, посетен на 23 февруари 2018 г.).
- Национален център по обществено здраве и анализи/НЦЗОА (2018b). Доклади за оценка на здравните технологии. (http://ncphp.government.bg/index.php?option=com_content&view=article&id=1430:hta-dokladi&catid=358&Itemid=638&lang=bg, посетен на 4 май 2018 г.).
- Национална здравноосигурителна каса/НЗОК (2011). Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2011 г. (ftp://http://www.parliament.bg/pub/cW/20120717100537OTCHET_ZA_DEJNOSTTA_NZOK-2011.pdf, посетен на 8 март 2018 г.).

- Национална здравноосигурителна каса/НЗОК (2013). Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2013 г. (<https://www.nhif.bg/page/222>, посетен на 20 август 2018 г.).
- Национална здравноосигурителна каса/НЗОК (2014). Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2014 г. (https://www.nhif.bg/page/74?section57_page=3§ion58_page=1, посетен на 8 март 2018 г.).
- Национална здравноосигурителна каса/НЗОК (2015). Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2015 г. (<https://www.nhif.bg/page/699>, посетен на 8 март 2018 г.).
- Национална здравноосигурителна каса/НЗОК (2016). Годишен отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2015 г. (<http://www.parliament.bg/bg/parliamentarycommittees/members/2340/documents>, посетен на 8 март 2018 г.).
- Национална здравноосигурителна каса/НЗОК (2017а). Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2016 г. (<http://www.parliament.bg/bg/parliamentarycommittees/members/2588/documents>, посетен на 8 март 2018 г.).
- Национална здравноосигурителна каса/НЗОК (2017б). Годишен отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2016 г. (<http://www.parliament.bg/bg/parliamentarycommittees/members/2588/documents>, посетен на 8 март 2018 г.).
- Национална здравноосигурителна каса/НЗОК (2017в). Договорни партньори. Аптеки. (<https://services.nhif.bg/references/lists/pharmacies.xhtml>, посетен на 23 август 2017 г.).
- Национална здравноосигурителна каса/НЗОК (2017г). Договорни партньори. Общопрактикуващи лекари. (<https://services.nhif.bg/references/lists/opl.xhtml/>, посетен на 8 август 2017 г.).
- Национална здравноосигурителна каса/НЗОК (2017д). Договорни партньори. Специалисти. (https://services.nhif.bg/references/lists/specialists.xhtml?sessionid=WYgPTQJ0VYq9y18K8G51NO9BtEN5J-rqrMlxMB3peaO_1-GQvdp0!-242228155, посетен на 12 август 2017 г.).
- Национална здравноосигурителна каса/НЗОК (2018). Годишни отчети за предоставянето на достъп до обществена информация за 2015, 2016 и 2017 г. (<https://www.nhif.bg/page/1066>, посетен на 3 март 2018 г.).
- Национална здравноосигурителна каса/НЗОК Надзорен съвет (2016). РЕШЕНИЕ № РД-НС-04-12 от 10 февруари 2016 г. (https://www.nhif.bg/get_file?uuid=ba34f611-0bc9-43fc-8a03-913b831db68b; посетен на 21.12.2017)
- Нейков П (2013). КФН прелицензира здравните дружества в застрахователи. Ivestitor.BG, 7 август 2013 г. (<https://www.investor.bg/ikonomika-i-politika/332/a/kfn-prelicenzira-zdravnite-drujestva-v-zastrahovateli-155651/>, посетен на 12 януари 2018 г.).
- Парламентарна комисия по здравеопазване (2014). Становище от Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти, 4 юни 2014 г. (<http://>

www.parliament.bg/pub/cW/20140604050510dopolnitelno%20Stanovishte%20na%20Nac.%20suve%20po%20ceni%20i%20reimb.%20po%20ZID%20na%20ZZ.pdf, посетен на 23 април 2018 г.).

- Петрова Д (2013). Сравнителен анализ на общественото удовлетворение от здравните системи в България, Англия, Германия и Чехия. Медицински преглед, 49(1):65–69.
- Попов М (2009). Националната здравна служба в третата българска държава – История на медицината, София.
- Рохова М (2015). Намаляване на неравенствата в достъпа до регионална здравна мрежа. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор”. Икономически университет-Варна.
- Рохова М, Атанасова Е, Димова А (2017). Социоикономически здравни неравенства в използването на здравни услуги в България. Варненски медицински форум, 6(1):184-190.
- Салчев П (2016). Електронното здравеопазване – мит или реалност. Трета годишна конференция „Може ли здравният сектор да бъде следващият двигател на икономически растеж“, в-к „Капитал“, София. (https://www.researchgate.net/publication/308886687_Elektronnoto_zdraveopazvane_-_mit_ili_realnost, посетен на 2 март 2018 г.).
- Салчев П, Дикова К (2015). Регионални различия и здравни рискове. Социална медицина, социална фармация и мениджмънт в здравеопазването, 1(1):25–40.
- Салчев П, Станева Е (2018). Кратък икономически анализ на лечебните заведения за болнична помощ по типове за периода 2012-2016 година. Технически доклад. (https://www.researchgate.net/publication/322764568_A_brief_economic_analysis_for_the_period_2012-2016, посетен на 11 февруари 2018 г.).
- Сметна палата (2015). Одитен доклад № 0800100214 за извършен одит на изпълнението на дейността по оказване на спешна медицинска помощ за периода от 01.01.2010 г. до 30.06.2014 г.
- Сметна палата (2015а). Одитен доклад за извършен одит на отчета за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2014 г. (<http://www.bulnao.government.bg/bg/articles/dokladi-128>, посетен на 19 ноември 2017 г.).
- Сметна палата (2016). Одитен доклад за извършен одит на отчета за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2015 г. (<http://www.bulnao.government.bg/bg/articles/dokladi-128>, посетен на 19 ноември 2017 г.).
- Сметна палата (2017). Одитен доклад за извършен одит на отчета за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2016 г. (<http://www.bulnao.government.bg/bg/articles/dokladi-128>, посетен на 19 ноември 2017 г.).

- Сметна палата (2017a). 2 171 деца родени ин витро с финансова помощ от държавата, но забавяне на финансирането намалява ефекта от дейността. Прессъобщение, 10 юли 2017. (<http://www.bulnao.government.bg/bg/articles/2171-deca-rodni-in-vitro-s-finansova-pomosht-ot-dyrzhavata-no-zabavqne-nafinansiraneto-namalqva-efekta-ot-dejnostta-1776>, посетен на 8 август 2017 г.).
- Форум Медикус (2014). Интервю с проф. Татяна Бенишева, председател на Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствени продукти. 22 юли 2014. (<http://forummedicus.com/archives/all-publications/3996>, посетен на 23 април 2018 г.).
- Янева И (2017). Защо младите лекари не остават в България? Българско списание за обществено здраве, 9(4):63-69.

На английски език

- Atanasova E (2014). Formal and informal patient payments for public health services in Bulgaria [dissertation]. Maastricht University, Steno Publishing House-Varna.
- Atanasova E, Rohova M, Dimova A (2016). Unmet needs for health care services in Bulgaria. *Journal of IMAB*, 22(3):1324–1327.
- Atanasova V, Mircheva I, Dokova K (2016). Regional disparities in all-cause mortality in Bulgaria for the period 2000–2012. *Scripta Scientifica Salutis Publicae*, 2(1):7–11.
- Balabanova D (2001). Financing the health care system in Bulgaria: options and strategies [PhD thesis]. London School of Hygiene & Tropical Medicine. DOI: <https://doi.org/10.17037/PUBS.00682297>.
- Berleemann M, Nenovski N, Hristov K (2002). Lending of Last Resort, Moral Hazard and Twin Crises: Lessons from the Bulgarian Financial Crisis 1996/1997. William Davidson Institute Working Paper No. 464, May.
- Coleman MP, et al. (2011). Cancer Survival in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden, and the UK, 1995–2007 (The International Cancer Benchmarking Partnership): An Analysis of Population-based Cancer Registry Data. *The Lancet*, 377(9760):127–38.
- Council of the European Union (2014). Council Recommendation of 8 July 2014 on the National Reform Programme 2014 of Bulgaria and delivering a Council opinion on the Convergence Programme of Bulgaria, 2014. Official Journal of the European Union 2014/C 247/02.
- De Backer G et al (2016). Lifestyle and risk factor management in people at high cardiovascular risk from Bulgaria, Croatia, Poland, Romania and the United Kingdom who participated in both the EUROASPIRE III and IV primary care surveys. *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(15):1618–1627.
- De Rosi S, Seghieri C (2015). Basic ICT adoption and use by general practitioners: an analysis of primary care systems in 31 European countries. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15:70.

- Delcheva E, Balabanova D, McKee M (1997). Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria. *Health Policy*, 42: 89–100.
- Dimova A (2016a). Enabling for selective contracting between the Regional Health Insurance Funds and healthcare providers. 31/05/2016 Reform Log, HSPM. (<http://www.hspm.org/countries/bulgaria22042013/countrypage.aspx>, accessed 23 January 2018).
- Dimova A (2016b), Bulgaria. In: Sagan A, Thomson S, eds. *Voluntary health insurance in Europe. Country experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Dimova A (2017). Ministry of Health headed by new team. 15/11/2017 Reform Log, HSPM. (<http://www.hspm.org/countries/bulgaria22042013/countrypage.aspx>, accessed 8 March 2018).
- Dimova A, et al. (2012). Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(3):1–186.
- Dimova A, et al. (2017). An innovative approach to participatory health policy development in Bulgaria: The conception and first achievements of the Partnership for Health. *Health Policy* (2017). (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol>, accessed 2 November 2017).
- Dimova A, Rohova M (2017). Recent reform initiatives stopped by the Supreme Constitutional and Administrative courts in 2015 and 2016. 18/04/2017 Policy Update, HSPM. (<http://www.hspm.org/countries/bulgaria22042013/countrypage.aspx>, accessed 23 January 2018).
- Dobrinsky R (1997). *Transition Failures: Anatomy of the Bulgarian Crisis*, The Vienna Institute for Comparative Economic Studies Research Reports No. 236, April.
- Dobrinsky R (2000). The Transition Crisis in Bulgaria. *Cambridge Journal of Economics*, 24(5):581–602.
- Dokova K, Dimova A (2015). The discussion of a new public health tax in Bulgaria. 14/12/2015 Policy Update, HSMP. (<http://www.hspm.org/countries/bulgaria22042013/countrypage.aspx>; accessed 20 March 2018).
- Dokova K, et al. (2013). Regional mortality inequities in Bulgaria in relation to socioeconomic deprivation. *European Journal of Public Health*, 23 Suppl. 1:190–191.
- European Centre for Disease Prevention and Control. *Technical missions: HIV, STI and viral hepatitis in Bulgaria*. Stockholm: ECDC; 2017.
- European Commission (2014a). Special Eurobarometer 397 – February 2014 “Corruption”. Report. (<http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/yearFrom/1974/yearTo/2018/search/corruption/surveyKy/1076>, accessed 11 January 2018).
- European Commission (2014b). Special Eurobarometer 411. Patient safety and quality of care. European Union. (http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_411_en.pdf, accessed 20 March 2018).

- European Commission (2015). Special Eurobarometer 425. Patients' rights in crossborder healthcare in the European Union. (http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_425_en.pdf).
- European Commission (2016). Joint report on health care and long-term care systems and financial sustainability. Volume 2 Country documents. Institutional paper 037. (https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/ip037_vol2_en.pdf, accessed 10 January 2018).
- European Commission (2017a), Special Eurobarometer 470 – October 2017 “Corruption”. Report. (<http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/2176>, accessed 11 January 2018).
- European Commission (2017b). Country Report Bulgaria 2017, Brussels. (https://ec.europa.eu/info/files/2017-european-semester-country-report-bulgaria_en, accessed 21 July 2017).
- European Commission (2017c). ECHI – European Core Health Indicators. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm, accessed 4 August 2017).
- European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (2017). The pharmaceutical industry in figures. Key data 2017. (https://www.efpia.eu/media/219735/efpia-pharmafigures2017_statisticbroch_v04-final.pdf, accessed 10 December 2017).
- Eurostat (2018). Eurostat database. Luxembourg, European Commission. (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, accessed 19 February 2018).
- Foreva G, Assenova R (2014). Hidden patients: The relatives of patients in need of palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 17(1):56–61.
- Freedom House (2017). Nations in transit: country report on Bulgaria. (<https://freedomhouse.org/report/nations-transit/2017/bulgaria>, accessed 18 October 2017).
- Health System Performance Comparison (2013). An agenda for policy, information and research. Ed. by Irene Papanicolas and Peter C. Smith European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press.
- Institute for Health Metrics and Evaluation/IHME (2016). The Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015). Seattle, US, Institute for Health Metrics and Evaluation (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>, accessed 30 July 2017).
- International Bank for Reconstruction and Development (2015). Final Report on Health Financing Diagnostic and Review of Envisaged Reforms. Washington, DC, The World Bank. (<https://www.openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/22964/Final0Output.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, accessed 25 January 2018).
- Koulaksazov, S. et al. in Tragakes, E. (ed.) Health care systems in transition: Bulgaria. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 5(2)(2003)
- Kuehlbrandt Ch, et al. (2014). An examination of Roma health insurance status in Central and Eastern Europe. *European Journal of Public Health*, 24(5):707–712.

- Lafortune G. (2016). Monitoring health workforce migration through international data collection: progress with OECD/Eurostat/WHO-Europe joint questionnaire. Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting, 18–19 February 2016, Varna (presentation).
- Ministry of Foreign Affairs of Denmark (2014). The Trade Council. Pharmaceutical and Healthcare Sector Bulgaria. September 2014.
- Nikolov B, et al. (2004). Understanding reform: a country study for Bulgaria. Global Development Network Southeast Europe (GSN-SEE).
- OECD (2017). International Migration Outlook 2017. Paris, OECD Publishing. (http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2017-en, accessed 14 July 2017).
- OECD/EU (2016). Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris. (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>, accessed 1 August 2017).
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). Bulgaria: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264283305-en>, accessed 29 January 2018).
- Petrov I, et al. (2017). Endovascular treatment of acute aortic dissection Stanford Type A. JACC: Cardiovascular Interventions 3538; DOI: 10.1016/j.jcin.2017.10.048
- Pharmaceutical Group of the European Union (2015). Pharmacy with you throughout life. Annual Report 2015. (<http://www.pgeu.eu/en/library/530:annual-report-2015.html>, accessed 10 March 2018).
- Postolovska, I. (2015). International comparisons of Bulgaria's health system performance: background paper. Washington, D.C.: World Bank Group (<http://documents.worldbank.org/curated/en/774801468197986416/International-comparisons-of-Bulgaria-s-health-system-performance-background-paper>, accessed 4 August 2017).
- Rohova M (2013). Establishment of National Council on Prices and Reimbursement of Medicinal Products. 19/09/2013 reform Log, HSPM (<http://www.hspm.org/countries/bulgaria22042013/countrypage.aspx>; accessed 30 March 2018).
- Rohova M (2015). Introduction of ceilings to hospital sector. 15/06/2015 Policy Update, HSPM. (<http://www.hspm.org/countries/bulgaria22042013/countrypage.aspx>, accessed 24 March 2018).
- Rohova M (2017a). Disputed budget of the NHIF for 2018. 20/12/2017 Policy Update, HSPM (<http://www.hspm.org/countries/bulgaria22042013/countrypage.aspx>, accessed 24 March 2018).
- Rohova M (2017b). Regional imbalances in distribution of Bulgarian health professionals. Journal of IMAB, 23(1):1427–1431.
- Salchev P (2018). Activity of the HTA Commission 2017. Technical Report, February 2018. (https://www.researchgate.net/profile/Petko_Salchev/contributions; accessed 16 March 2018).

- Struckmann V, et al. (2017). Integrated Diabetes Care Delivered by Patients – A Case Study from Bulgaria. *International Journal of Integrated Care*, 17(1):1–6. Swiss Agency for Development and Cooperation SDC, State Secretariat for Economic Affairs SECO (2015). Home nursing service for elderly people in Bulgaria: Maintaining Independence Improves the Quality of Life for Elderly People (<https://www.eda.admin.ch/dam/erweiterungsbeitrag/en/documents/Projekte/Home-CareBulgarien-EN.pdf>; accessed 14 February 2018).
- Tambor M, et al. (2014). The inability to pay for health services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries. *European Journal of Public Health*, 24(3):378–385.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2017. *World Population Prospects: The 2017 Revision*. New York (<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>; accessed 15 July 2017).
- Vassilev, R. (2005). Bulgaria's demographic crisis: underlying causes and some shortterm implications. *Southeast European Politics*, Vol. VI, No. 1.
- Veleva, N, et al. (2013). Bulgarian nursing workforce forecast (2013–2015). *European Journal of Public Health*, 23 suppl. 1, Oct. 2013.
- WHO (2017). *Global Health Observatory Database*. Geneva, World Health Organization. (<http://www.who.int/gho/en/>, accessed 25 July 2017).
- WHO (2017a). *Mortality Database*. Geneva, World Health Organization (https://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/, accessed 15 January 2018)
- WHO (2018) *Global Health Expenditure Database*. (<http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>, accessed 23 February 2018).
- WHO Regional Office for Europe (2017). *European Health for All database (HFADB)*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (<http://data.euro.who.int/hfad/>, accessed 13 August 2017).
- WHO Regional Office for Europe (2018). *European Health for All database (HFADB)*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/hfad>, accessed 6 February 2018).
- World Bank (2012). *Bulgaria: Household welfare during the 2010 recession and recovery*. Washington: World Bank. (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/12789>).
- World Bank (2015). *Systematic Country Diagnostic: Bulgaria's Potential for Sustainable Growth and Shared Prosperity*. (<http://documents.worldbank.org/curated/en/521881467994600656/pdf/99721-CAS-P151391-SecM2015-02172-IFC-SecM2015-0085-2-Box393212B-PUBLIC-mark-VERSION-REVISED.pdf>; accessed 14 February 2018).
- World Bank (2016a). [Press release] Bulgaria and World Bank Group Renew Partnership for Strengthening Institutions and Investing in People (<http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2016/05/19/bulgaria-and-world-bank-groupprenew-partnership-for-strengthening-institutions-and-investing-in-people>, accessed 14 February 2018).

World Bank (2016b). Country Partnership Framework for Bulgaria for the Period FY17– FY22, International Bank for Reconstruction and Development, International Finance Corporation, Multilateral Investment Guarantee Agency (<http://documents.worldbank.org/curated/en/583161467119287449/pdf/104987REVISED-CASD-P149302-PUBLIC-BulgariaCPFenglishfinal.pdf>; accessed 14 February 2018).

World Bank (2017). World Development Indicators [online database]. Washington, DC, World Bank (<http://databank.worldbank.org>, accessed 13 July 2017).

9.2 Методика и издателски процес

Анализите от серията „Здравни системи в преход“ (HiTs) са дело на експерти от съответната страна в сътрудничество с директорите по изследователската дейност и експерти на Обсерваторията. Те са основани на единна форма (template), ревизирана периодично, която задава детайлни общи и специфични насоки, дефиниции, източници на данни и примери, необходими за съставянето на анализите. Въпреки че формата предлага изчерпателен набор от въпроси, предназначението ѝ е да бъде използвана по гъвкав начин, позволяващ на авторите и редакторите да я адаптират към специфичните национални условия. Последната налична форма може да бъде намерена на: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/hit-template-2010>.

За изработване на профилите авторите черпят информация от найразнообразни източници, обхващащи както национална статистика, национални и регионални политически документи, така и публикувана научна литература. В допълнение се използват международни бази данни, като тези на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и Световната банка. Базата здравни данни на ОИСР съдържа 1200 показателя за 34 страни членки на ОИСР. Използват се данни и от националните статистически агенции и министерства на здравеопазването. Световната банка предоставя Индикатори на световното развитие, които също се позовават на официални източници.

В допълнение към информацията и данните, предоставени от местните експерти, Обсерваторията предлага количествени данни

под формата на стандартни сравнителни данни за всяка страна, извлечени от базата данни „Здраве за всички“ (Health for All) за Европа. Базата данни „Здраве за всички“ (Health for All) съдържа повече от 600 показателя, дефинирани от Регионалното бюро на СЗО за Европа за целите на подхода „Здраве във всички политики“ в Европа. Тя се обновява два пъти годишно от най-разнообразни източници, като разчита основно на официалните данни, предоставяни от правителствата, а също така и на здравна статистика, събирана от техническите подразделения на Регионалното бюро на СЗО за Европа. Стандартните данни „Здраве за всички“ са официално одобрени от националните правителства.

Авторите на анализите се насърчават да обсъждат в детайли данните, включително и тези, подготвени от сътрудниците на Обсерваторията, особено ако има пораждащи въпроси различия между данните от различни източници.

Един типичен анализ се състои от девет раздела.

- 1. Въведение:** очертава по-широкия контекст на здравната система, включително географията и социодемографията, икономическия и политическия контекст и здравето на населението.
- 2. Организация и управление:** предлага общ поглед върху организацията, управлението, планирането и регулирането на здравната система в дадена страна, както и историческото ѝ развитие; очертава основните участници и тяхната отговорност за вземане на решения; описва равнището на овластяване на пациентите: информираност, избор, права, процедури за оплаквания, публично участие и трансгранично здравно обслужване.
- 3. Финансиране:** предоставя информация за равнището на разходите и разпределението им между различните подсектори на системата, източниците на приходи, как се събират и разпределят ресурсите, кои групи от населението са обхванати в системата, какви здравни услуги са осигурени, равнището на потребителските плащания и директните разходи на пациентите, доброволното здравно осигуряване и методите на заплащане на изпълнителите на медицинска помощ.

4. Материални и човешки ресурси: посветена е на планирането и разпределението на капитала и инвестициите, инфраструктурата и медицинското оборудване; влиянието на информационните технологии и развитието на човешките ресурси, включително тенденциите в работната сила, професионалната мобилност, обучението и кариерното развитие.
5. Предоставяне на здравни услуги: акцентира върху организацията и предоставянето на услугите и „пътя“ на пациента в системата, като разглежда общественото здравеопазване, първичната помощ, специализираната помощ, дневния стационар, спешната помощ, лекарствоснабдяването, рехабилитацията, продължителното лечение, неинституционализираните здравни грижи, палиативните грижи, психиатричната помощ и денталната помощ.
6. Основни реформи в здравеопазването: прави преглед на реформите, политиката и организационните промени, както и предоставя общ поглед върху бъдещото развитие.
7. Оценка на здравната система: представя оценка на цялостното функциониране на здравната система, резултатите за здравето на населението, достъпа до здравни услуги, финансовата закрила, ефективността на здравната система, качеството и безопасността в здравеопазването и прозрачността и отчетността в системата.
8. Заключение: посветена е на ключовите резултати; подчертава изводите от промените в здравната системата и обобщава актуалните предизвикателства и бъдещи перспективи.
9. Приложения: включват използваната литература и полезни уеб страници.

Качеството на анализите е от особено значение, тъй като те са източник на информация при формиране на здравната политика и за метаанализа. Анализите са предмет на широки и многократни консултации в процеса на писане и редактиране. След това те са предмет на:

- Прецизен процес на рецензиране;

- По-нататъшни усилия за гарантиране на качеството при довършителните работи, които се концентрират върху стилистичната редакция и коригирането;
- Разпространение на анализите (издания на хартия, под формата на електронни публикации, преводи и публични представяния). Редакторът оказва подкрепа на авторите по време на процеса на създаване и в тесни консултации с тях прави цялостния процес възможно най-ефективен.

Един от авторите е член на екипа от сътрудници на Обсерваторията и отговаря за подкрепата на останалите автори в процеса на подготовка. Те се консултират непосредствено един с друг с оглед на това всеки етап от процеса да е възможно най-ефективен, така че анализите да отговарят на стандартите на поредицата и да са полезни както при вземането на решения на национално равнище, така и за сравнения между страните.

9.3 Рецензиране

Процесът на рецензиране се състои от три етапа. Първо, текстът на анализа се проверява, рецензира и одобрява от редакторите на поредицата от страна на Европейската обсерватория. След това той се изпраща на двама независими академични експерти и техните коментари и препоръки се вземат предвид, като се правят нужните корекции. След това текстът се предоставя на съответното министерство на здравеопазването или на подходяща институция, като техните представители са ограничени да коментират само фактически грешки в анализа.

9.4 За авторите

Антония Димова е професор по здравен мениджмънт, управление на качеството в здравеопазването и здравна политика в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването, Медицински

университет – Варна. Тя притежава магистърска степен по здравен мениджмънт и докторска степен по управление на качеството.

Мария Рохова е доцент по здравен мениджмънт и маркетинг в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването, Медицински университет – Варна. Тя притежава магистърска и докторска степен по мениджмънт от Икономически университет – Варна.

Стефка Коева е професор по икономика и здравна икономика в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването, Медицински университет – Варна. Тя притежава докторска степен и степен „доктор на науките“ по икономика. Била е Фулбрайт-професор и е работила като професор по икономика в Университета в Делауеър и Колежа Гетисбърг в Съединените американски щати.

Елка Атанасова е доцент по икономика и здравна икономика в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването, Медицински университет – Варна. Притежава магистърска степен по здравен мениджмънт от Медицински университет – Варна и докторска степен от Университета Маастрихт.

Любомира Коева-Димитрова е доцент по счетоводство и финанси в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването, Медицински университет – Варна. Притежава магистърска и докторска степен по икономика от Икономически университет – Варна.

Тодорка Костадинова е професор по стратегически мениджмънт, бизнес планиране и социален маркетинг в Катедрата по икономика и управление на здравеопазването, Медицински университет – Варна. Притежава магистърска и докторска степен по икономика от Университета за национално и световно стопанство – София.

Анне Шпрангер е научен сътрудник в Катедрата по здравен мениджмънт в Берлинския технологичен университет и Берлинския център на Европейската обсерватория за здравни системи и политики. Тя има магистърска степен по публична политика от Училището по управление Херти в Берлин и диплома по международна икономика от Университета в Тюбинген и Висшето училище по икономика в Москва.

