



State of Health in the EU

БЪЛГАРИЯ

Здравен профил на страната
2025

Поредица Здравни профили на държавите

В здравните профили на държавите от поредицата State of Health in the EU се представя кратък и имащ отношение към политиките преглед на здравето и здравните системи в ЕС и Европейското икономическо пространство. Основен акцент в тях се поставя върху характерните особености и предизвикателства във всяка държава, като са включени съпоставки между различните държави. Целта е да се подпомогнат политиките и влиятелните лица с инструменти за взаимно обучение и трансфер на знания. Изданието на „Здравни профили на страните“ за 2025 г. включва специална секция, посветена на фармацевтичната политика.

Профилите са продукт на съвместната работа на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и Европейската обсерватория за здравни системи и политики в сътрудничество с Европейската комисия. Екипът благодари за ценните коментари и предложения, предоставени от мрежата Health Systems and Policy Monitor на Обсерваторията, здравния комитет на ОИСР и експертната група на ЕС за оценка на функционирането на здравните системи (HSPA).

Съдържание

1	Акценти	1
2	Здравен статус в България	2
3	Рискови фактори	5
4	Здравна система	7
5	Функциониране на здравната система	10
6	На фокус: фармацевтични продукти	20
7	Основни констатации	24

Източници на данни и информация

Данните и информацията в здравните профили на държавите се основават предимно на официалните национални статистически данни, предоставени на Евростат и ОИСР, които са валидирани с цел да се гарантират най-високи стандарти на съпоставимост. Източниците и методите, на които се основават тези данни, са достъпни в базата данни на Евростат и в здравната база данни на ОИСР. Някои допълнителни данни са получени също и от Института за измерване и оценка на здравето (IHME), Европейския център за превенция и контрол на заболяванията (ECDC), проучванията за здравното поведение на децата в училищна възраст (HBSC), проучването за здравето, стареенето и пенсионирането в

Европа (SHARE), Европейската информационна система за рака (ECIS) и Световната здравна организация (СЗО), както и други национални източници.

Изчислените средни стойности за ЕС са среднопотеглените стойности на 27-те държави членки, освен ако не е посочено друго. Тези средни стойности за ЕС не включват Исландия и Норвегия.

Настоящият профил е завършен през септември 2025 г. въз основа на наличните през първата половина на септември 2025 г. данни.

Демографски и социално-икономически контекст в България, 2024 г.

Демографски фактори	България	ЕС
Население	6 445 481	449 306 184
Дял на населението над 65 години	24 %	22 %
Коефициент на плодовитост 2023 ¹	1,8	1,4
Социоикономически фактори		
БВП на глава от населението (евро ППП) ²	26 265	39 675
Дял на застрашени от бедност или социално изключване ³	30,3 %	20,9 %

- Среден брой деца, родени от жена на възраст 15—49 години.
- Паритетът на покупателната способност се определя като обменния валутен курс, при който покупателната способност на различните валути се приравнява, като се премахват разликите в равнищата на цените между държавите.
- Рискът от бедност или социално изключване (AROPE) е процентът на хората, които са изложени на риск от бедност, сериозно материално и социално лишение или живеят в домакинство с много ниска интензивност на работа.

Отказ от отговорност: За ОИСР тази работа е публикувана под отговорността на генералния секретар на ОИСР. Изразените мнения и използваните аргументи в настоящия документ не отразяват непременно официалните становища на страните членки на ОИСР. Становищата и мненията, изразени в публикациите на European Observatory on Health Systems and Policies, не отразяват непременно официалната политика на участващите организации.

Настоящата работа е изготвена с финансовата подкрепа на Европейския съюз. Изразените в нея възгледи по никакъв начин не могат да се считат за отражение на официалното становище на Европейския съюз.

Наименованията и представянето на страните и териториите, използвани в тази съвместна публикация, следват практиката на СЗО. Настоящият документ, както и всички данни и карти, включени в него, не засягат статута или суверенитета на която и да е територия, определянето на международните граници и границите и наименованието на която и да е територия, град или област. Специфични териториални декларации за отказ от отговорност са приложими за ОИСР и могат да бъдат намерени на следния линк: <https://www.oecd.org/en/about/terms-conditions/oecd-disclaimers.html>. Прилагат се допълнителни декларации за отказ от отговорност за СЗО. Този превод е проверен за терминология и яснота. В случай на несъответствие между този превод и оригиналният текст на английски език, английският текст има предимство.

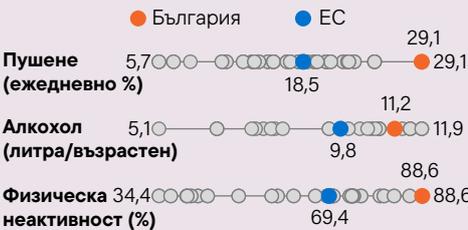
1 Акценти



Очаквана продължителност на живота при раждане

Здравен статус

Продължителността на живота в България остава най-ниската в ЕС, въпреки възстановяването след пандемията. След рязък спад през 2020–2021 г., тя се възстановява през 2022 г. и достига 75,9 години през 2024 г., надхвърляйки нивото си отпреди пандемията, но все още остава с почти шест години под средната стойност за ЕС. Голямата разлика от 7,4 години между половете отразява по-високата експозиция на мъжете на рискови поведенчески фактори, наред с трайно високата сърдечно-съдова смъртност.



Възрастни, 2022 г. (или най-близката година)

Рискови фактори

Делът на възрастните в България, които пушат ежедневно е най-висок в ЕС, без да се отбелязва намаление през последното десетилетие. Консумацията на алкохол също не намалява и остава с над 10 % по-висока от средната стойност за ЕС. Макар че процентът на затлъстяване сред възрастните е нисък, само 11 % от възрастните са посочили, че упражняват физическа активност поне три пъти седмично през 2022 г., което е най-малкият дял в ЕС.



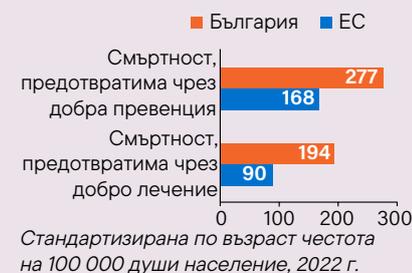
Разходи за здравеопазване на глава от населението (ППС в евро), 2023 г.

Здравна система

Разходите за здравеопазване на глава от населението в България през 2023 г. са едва около половината от средната стойност за ЕС (след коригиране с разликите в разходите за живот). Като дял от БВП България отделя 7,9 % за здравеопазване, което е значително под средната стойност за ЕС от 10,0 %. Публичното финансиране покрива 63 % от разходите за здравеопазване, което е много по-нисък дял от средния за ЕС от 80 %, като почти всички останали разходи се поемат директно от пациентите.

Функциониране на здравната система

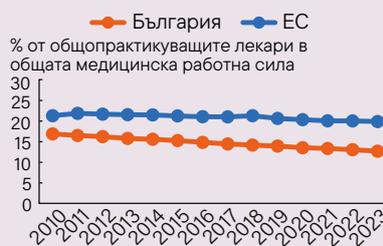
Ефикасност



Стандартизирана по възраст честота на 100 000 души население, 2022 г.

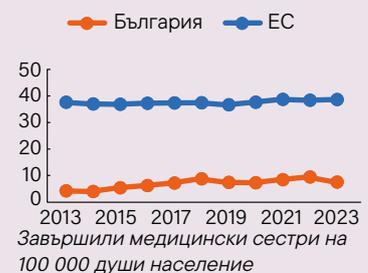
България отбелязва един от най-високите проценти на предотвратима смъртност в ЕС. Смъртността, предотвратима чрез добра превенция, се повишава през 2019—2022 г. поради COVID-19, докато смъртността, предотвратима чрез добро лечение, намалява незначително през последното десетилетие и остава повече от два пъти по-висока от средната стойност за ЕС. Тъй като инсултът и исхемичната болест на сърцето доминират и в двете категории, политиките отдават приоритет на безплатните лекарства за сърдечно-съдови заболявания и нови центрове за лечение на инсулт.

Достъпност



България е изправена пред нисък и намаляващ от десетилетие брой на общопрактикуващите лекари, усложнен от силни регионални дисбаланси, които ограничават достъпа и пренасочват грижите към болниците. Мярката от 2021 г. за разрешаване на самостоятелни практики на медицински сестри, акушерки и рехабилитатори има ограничен без финансиране от НЗОК, което наложи стимули, подкрепени от НПВУ, и разработване на национална стратегия до 2027 г. за балансиране и укрепване на първичната медицинска помощ.

Издръжливост



Продължаващият недостиг на медицински сестри в България се дължи на много ниския брой на дипломираните се, което задълбочава проблема с ниската осигуреност с медицински сестри и затруднява предоставянето на услуги. Структурните фактори включват ограничен брой места за обучение, лоши условия на труд и ниско заплащане, което затруднява набирането и задържането на кадри. Неотдавнашните реформи определят специалностите за медицински сестри и акушерки като приоритетни и въвеждат безплатно обучение по тези програми.

На фокус: фармацевтични продукти

България отделя най-голямата част от разходите си за здравеопазване в ЕС за фармацевтични продукти, но публичното покритие за лекарства, предлагани на дребно, е най-ниското в ЕС, което отразява ниските общи разходи за здравеопазване и ниското покритие на лекарствата за извънболнична помощ. Това създава висока финансова тежест за пациентите, като домакинствата плащат директно над 75 % от тези разходи. Въпреки че се въвеждат политики за облекчаване на финансовото бреме за гражданите, правилата, които забраняват заместването на лекарства в аптеките, ограничават спестяванията от по-евтини генерични лекарства, и макар че покритието за нови лекарства е широко, пациентите се сблъскват с едни от най-дългите забавяния в ЕС при включването на лекарства в реимбурсния списък. Положителният аспект е, че националната електронна система за проследяване се доказва като ефективна за преодоляване на недостига на лекарства.

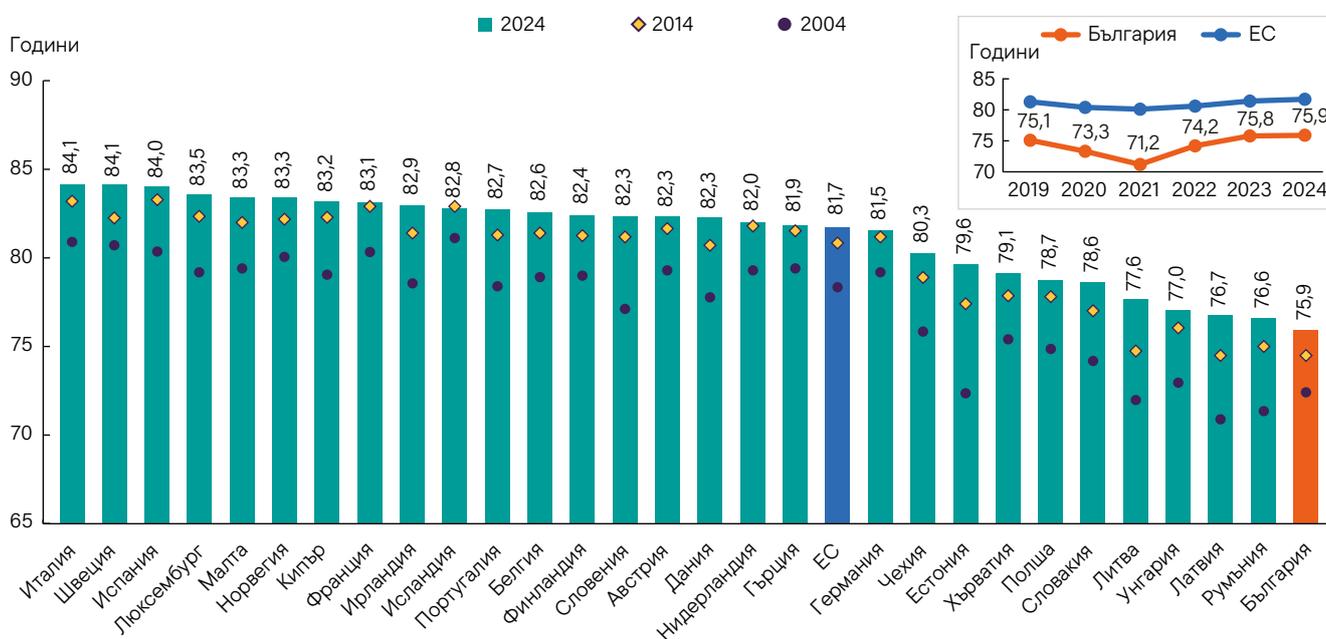
2 Здравен статус в България

Очакваната продължителност на живота при раждане в България е най-ниската в ЕС

Продължителността на живота в България исторически е сред най-ниските в ЕС. След рязък спад през първите две години на пандемията от COVID-19 през 2020 и 2021 г., продължителността на живота започва да се възстановява през 2022 г. и достига 75,9 години през 2024 г., надхвърляйки нивото си отпреди пандемията. Въпреки това възстановяване, България продължава да изостава значително: продължителността на живота в страната остава най-ниската в ЕС с почти шест години под средна стойност за ЕС (Фигура 1). Устойчивата

разлика отразява както общите модели на смъртност, така и значителни вътрешни неравенства: разликата в продължителността на живота между половете в България е особено изразена – 7,4 години, което е значително над средната стойност за ЕС от 5,2 години. Въпреки че разликата между половете постепенно намалява от 2010 г. насам, устойчивото неравенство се дължи до голяма степен на по-високата експозиция на мъжете на поведенчески рискови фактори, по-специално тютюнопушене и прекомерна консумация на алкохол.

Фигура 1. Очакваната продължителност на живота при раждане в България е с почти 6 години под средната стойност за ЕС през 2024 г.



Бележки: Средната стойност за ЕС е претеглена. Данните за Ирландия се отнасят за 2023 г.
Източник: Eurostat (demo_mlexрес)

Сърдечно-съдовите заболявания са причина за почти две трети от смъртните случаи

България е изправена пред сериозен и траен проблем със смъртността от сърдечно-съдови заболявания (ССЗ), която отбелязва най-бавното намаление в ЕС през последното десетилетие. Между 2012 и 2022 г. смъртността от ССЗ е спаднала само с 8 %, в сравнение със средно намаление от над 20 % в целия ЕС.

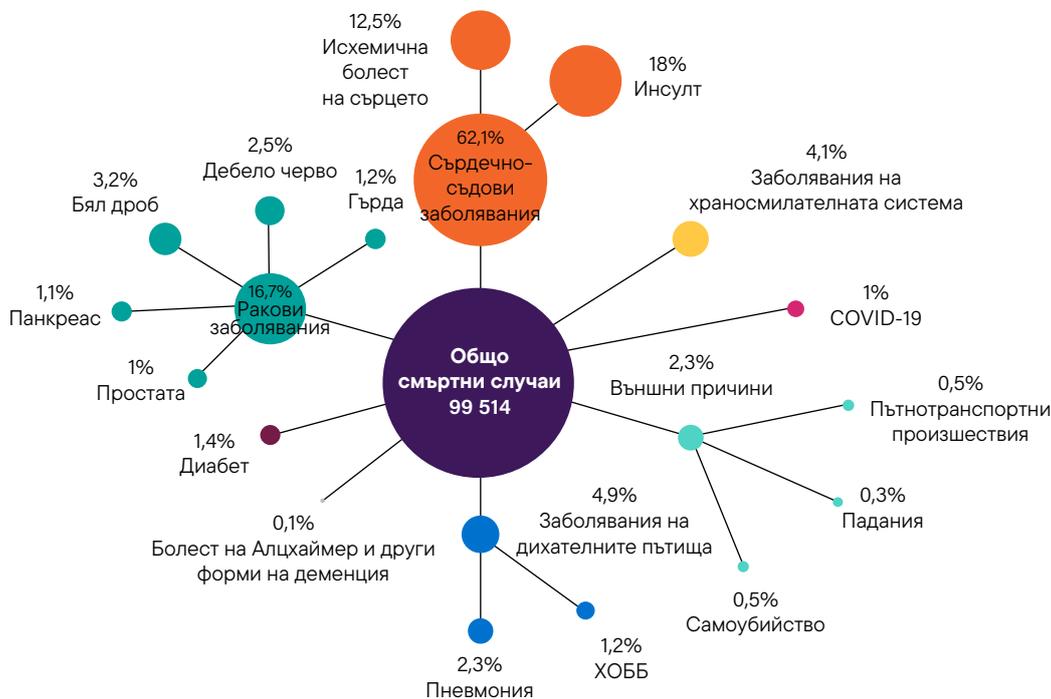
Това дългогодишно предизвикателство продължава да доминира в здравните резултати на страната. През 2023 г. ССЗ са водещата причина за смърт с голяма разлика, допринасяйки за над 60 % от всички смъртни случаи, което е почти двойно повече от средната стойност за ЕС от 33 % (Фигура 2). Това намалява относителния принос на

други причини: ракът е втората водеща причина със 17 % в сравнение със средната стойност за ЕС от 23 %, докато респираторните и заболяванията на храносмилателната система представляват по почти 5 %. Обратно - смъртните случаи, свързани с болестта на Алцхаймер и други форми на деменция, са незначителни, което съответства на модела на конкуриращи се рискове и възможни разлики в практиките за диагностика и регистриране на причините за смърт. В отговор на продължаващите пропуски в превенцията и лечението, през април 2024 г. правителството въведе знакова фармацевтична реформа. Политиката предвижда 100 % реимбурсиране за 56 основни сърдечно-съдови лекарства и значителни намаляване на доплащането за над 300 други. Първите резултати са обещаващи: девет

месеца след въвеждането на реформата Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) съобщава, че още 30 000 души успешно контролират състоянието

си, като съответно се наблюдава намаление на хоспитализациите поради усложнения.

Фигура 2. Сърдечно-съдовите заболявания и ракът са причина за над три четвърти от всички смъртни случаи в България през 2023 г.



Бележки: ИБС (исхемична болест на сърцето); ХОББ (хронична обструктивна белодробна болест)
Източник: Eurostat (hlth_cd_aro); Данните се отнасят за 2023 г.

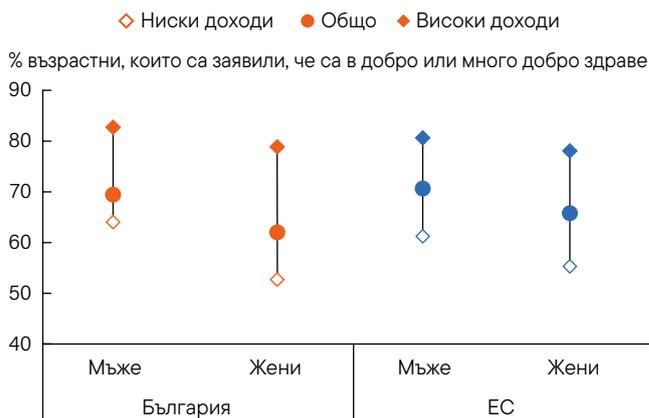
Повечето българи посочват, че са в добро здраве, но разликата между половете и доходите са големи

През 2024 г. 66 % от българите посочват, че са в добро здраве, което е малко под средната стойност за ЕС от 68 %. Както и в другите страни в ЕС, съществува значителна разлика между половете в полза на мъжете: 70 % от българските мъже посочват, че са в добро здраве, в сравнение с 62 % от жените (Фигура 3). Разликите, свързани с доходите, са още по-големи, особено сред жените: само 53 % от жените в най-ниския доходен квинтил посочват, че са в добро здраве, в сравнение с 80 % в най-високия квинтил. Както за мъжете, така и за жените, тези разлики в самооценката на здравето между различните доходни групи са по-големи от средната стойност за ЕС.

Застаряващото население на България е изправено пред голяма тежест от хронични заболявания

Населението на България е сред най-застаряващите в ЕС: делът на хората на възраст 65 и повече години се увеличава от 16 % през 2000 г. на 24 % през 2024 г. и се очаква да достигне около 31 % до 2050 г., което като цяло е в съответствие с очакваната средна стойност за ЕС. През 2022 г. средната продължителност на живота на 65-годишните е едва 15,4 години в

Фигура 3. Разликите в самооценката на здравето, свързани с доходите, са по-изразени в България, отколкото средната стойност за ЕС



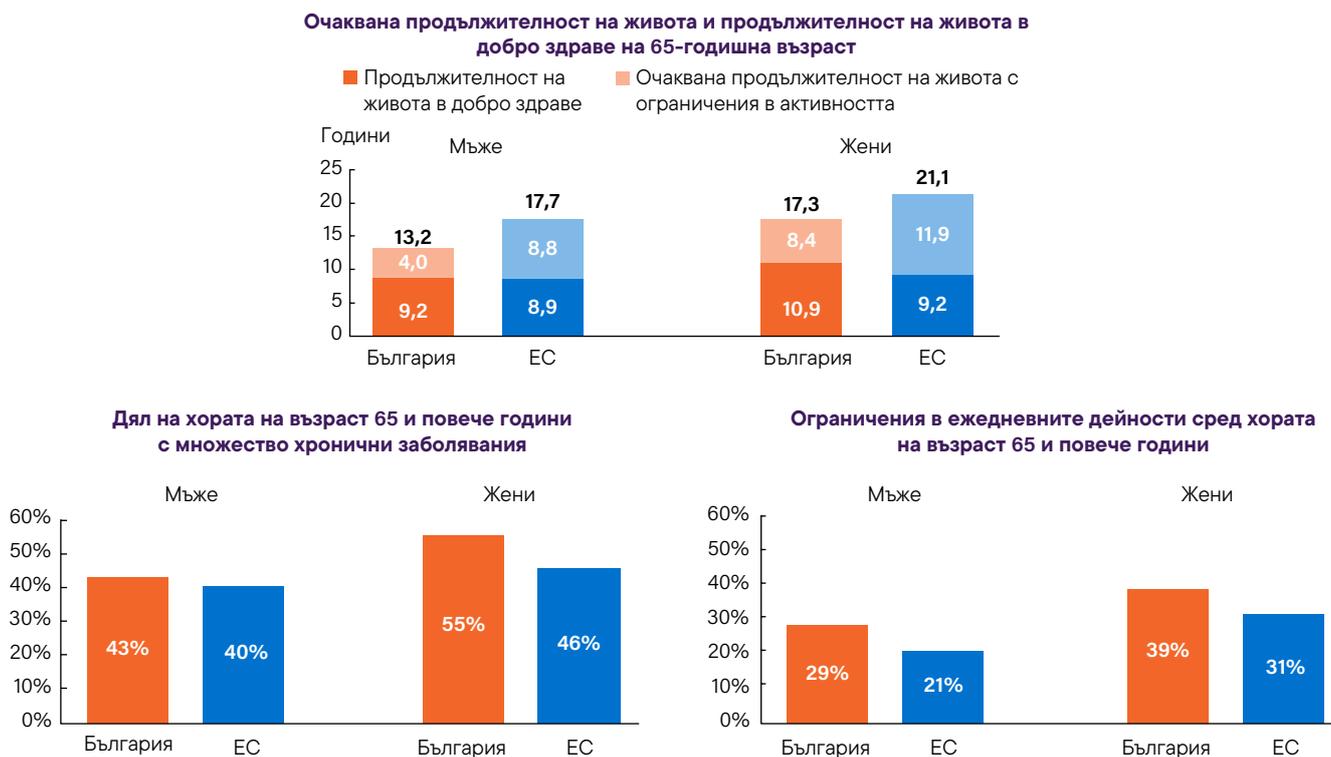
Забележка: Ниските доходи се отнасят за възрастните в най-ниските 20 % (най-ниската квинтилна група) от националното разпределение на еквивалентния разполагаем доход, докато високите доходи се отнасят за възрастните в най-високите 20 % (най-високата квинтилна група).
Източник: Eurostat въз основа на EU-SILC (hlth_silc_10). Данните се отнасят за 2024 г.

сравнение с 19,5 години в ЕС. За разлика от това, продължителността на живота в добро здраве на 65-годишните е малко по-висока от средната

стойност за ЕС — малко над 10 години в сравнение с 9,1 години. Тази на пръв поглед положителна статистика за здравето обаче е в противоречие с данните за хроничните заболявания: през 2022 г. 43 % от българските мъже и 55 % от жените на възраст 65 и повече години съобщават за множество хронични заболявания, а 29 % от мъжете и 39 % от жените съобщават за функционални ограничения, като всички

тези стойности са над средните за ЕС (Фигура 4). Тази сложна картина показва, че макар периодът на инвалидност в края на живота на българското население да е относително по-кратък, което вероятно отразява високата смъртност от остри сърдечно-съдови събития, тежестта на хроничната заболяемост сред оцелелите възрастни хора остава висока.

Фигура 4. Голяма част от българите на възраст над 65 години съобщават за множество хронични заболявания и ограничения в ежедневието си дейности



Източник: Eurostat за продължителност на живота в добро здраве (tespm120, tespm130) и проучването SHARE за хроничните заболявания и ограниченията в ежедневието си дейности. Данните се отнасят съответно за 2022 г. и 2021—2022 г.

Честотата на сърдечно-съдовите заболявания е сред най-високите в Европа

В съответствие с високата сърдечно-съдова смъртност в България, честотата на ССЗ е сред най-високите в ЕС. Според оценки на Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) през 2021 г. в България са регистрирани над 116 000 нови случая на ССЗ, а почти 950 000 души живеят със ССЗ. Това съответства на стандартизирана по възраст заболяемост от 1 688 на 100 000 души население, което е почти 50 % над средната стойност за ЕС, докато болестността е само малко по-висока (Фигура 5). Тази комбинация от по-висока заболяемост, но само малко по-голяма болестност, сочи по-ниска преживяемост след сърдечно-съдови събития в България в сравнение с всички останали държави от ЕС. Ишемичната болест на сърцето, наричана още коронарна болест — причинена от стесняване на коронарните артерии, е основният фактор за тази тенденция, като представлява половината от всички нови случаи на ССЗ - приблизително 58 000 годишно.

Високата смъртност от сърдечно-съдови заболявания потиска наблюдаваните равнища на ракови заболявания в България

Високата смъртност от сърдечно-съдови заболявания в България създава значима динамика на конкуриращи се рискове, която фундаментално променя епидемиологичния профил на други основни незаразни заболявания, по-специално рака. Тази динамика, при която значителна част от населението умира от сърдечно-съдови инциденти, преди да достигне напреднала възраст, когато рискът от рак е най-висок, оказва пряко влияние върху наблюдаваните модели на раковите заболявания. Ракът е втората водеща причина за смърт в България, но според оценките на European Cancer Information System (ECIS) заболяемостта през 2022 г. е с 26 % по-ниска, а разпространението му през 2020 г. е с 39 % по-ниско от средната за ЕС стойност (Фигура 6). Въпреки че тези числа са в съответствие с ефекта на конкуриращите се рискове, съчетан с по-ниски проценти на преживяемост при ракови заболявания,

Фигура 5. Приблизително един на всеки седем души в България страда от сърдечно-съдово заболяване



Източник: IHME, Global Health Data Exchange (прогнозите се отнасят за 2021 г.).

данните изискват предпазливо тълкуване, тъй като вероятно отразяват и недостатъци в диагностичните възможности, ограничен достъп до програми за

скрининг и проблеми с пълнотата и качеството на националните регистри за ракови заболявания (OECD/ European Commission, 2025).

Фигура 6. За 2022 г. в България са прогнозирани почти 31 500 нови случая на рак



Източник: European Cancer Information System (оценките се отнасят за 2022 г. за данните за заболяемост и за 2020 г. за болестност).
Бележки: Това са оценки, които могат да се различават от националните данни. Данните за рака включват всички видове ракови заболявания с изключение на немеланомния рак на кожата.

3 Рискови фактори

Поведенческите и екологичните рискови фактори са причина за 36 % от смъртните случаи

Значителна част от смъртността в България се дължи на предотвратими рискови фактори, като общата тежест значително надвишава средната стойност за ЕС. Оценките на Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) сочат, че през 2021 г. приблизително 50 000 смъртни случаи в България са били свързани с поведенчески фактори като рискове, свързани с хранене, тютюнопушене, консумация на алкохол и ниска физическа активност. Сред тях лошото хранене и високите нива на тютюнопушене са най-значимите фактори, допринасящи за това бреме. Освен това факторите на околната среда представляват значителна заплаха за общественото здраве. През същата година приблизително 11 000 смъртни случая се дължат на замърсяването на въздуха, по-специално на експозицията на фини прахови частици (PM_{2.5}) и озон. Като цяло тези рискови фактори допринасят за 36 % от всички смъртни случаи в България през 2021 г., което е значително по-висок дял от средната стойност за ЕС от 29 %.

Устойчиво високата консумация на тютюн и алкохол, особено сред младежите, налага необходимостта от засилване на превенцията

Процентът на пушачите сред възрастните в България е най-висок в ЕС: през 2019 г. 29 % от възрастните пушат ежедневно и, за разлика от повечето други страни от ЕС, през последното десетилетие този процент не намалява. Тежестта е неравномерно разпределена по пол, като мъжете са почти два пъти по-склонни да пушат в сравнение с жените, което отразява различните социални експозиции и полови различия в моделите на тютюнопушене. Процентът сред подрастващите е също толкова тревожен: през 2022 г. 32 % от 15-годишните са посочили, че са пушили цигари през последния месец, а почти една трета са посочили, че са употребявали електронни цигари. Тези стойности са сред най-високите в ЕС, което подчертава значителните пречки пред предотвратяването на употребата на тютюн и никотин сред младежите. В отговор на това България наскоро увеличи акцизите върху тютюневите изделия, като се планират допълнителни увеличения, за да съответстват на актуализираните минимални акцизни ставки на ЕС за 2025 г.

Консумацията на алкохол следва сходна тенденция: през 2022 г. 36 % от 15-годишните посочват, че са били пияни повече от веднъж — почти един и половина пъти повече от средната стойност за ЕС от 23 %. Сред възрастните консумацията на алкохол на глава от населението е 11,2 литра, което е с около 14 % над средната стойност за ЕС от 9,8 литра. Устойчивата висока консумация на тютюн и алкохол показва, че тези навици са дълбоко вкоренени и отразява липсата на адекватни стратегии за превенция.

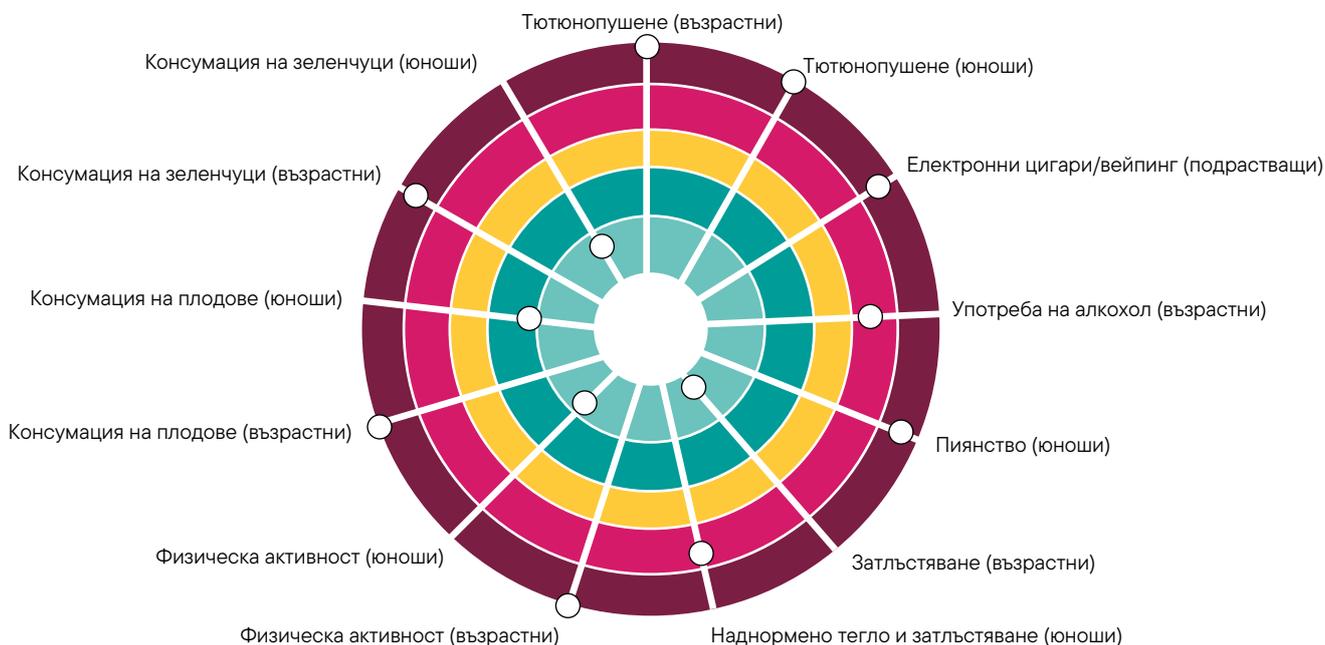
Ръстът на затлъстяването сред подрастващите застрашава настоящия благоприятен показател за затлъстяване сред възрастните в България

Макар че през 2022 г. процентът на затлъстяване сред възрастните в България е третият най-нисък в ЕС (12 %), този положителен резултат е в контраст с широко разпространените поведенчески рискови фактори. Над средното ниво е делът на възрастните, които посочват лоши хранителни навици, като само 34 % консумират плодове ежедневно, а 43 % — зеленчуци ежедневно. Освен това нивото на физическа активност е сериозен повод за загриженост: делът на възрастните, които се занимават с някаква форма на физическа активност поне три пъти седмично, е едва

11 %, което е най-ниското ниво в ЕС (Фигура 7). Най-належащото предизвикателство е сред подрастващите, където рискът от нарастващо затлъстяване застрашава относително благоприятните статистически данни за възрастните в България. През 2022 г. 24 % от 15-годишните са с наднормено тегло или затлъстяване, което е увеличение спрямо 20 % през 2014 г. и над средната стойност за ЕС от 21 %. Разликата между половете е голяма, като при момчетата вероятността от наднормено тегло или затлъстяване е три пъти по-висока от тази при момичетата.

Поведението на подрастващите е разнородно: през 2022 г. 18 % са посочили, че ежедневно извършват умерена физическа активност, което е малко над средната стойност за ЕС от 15 %, а ежедневният прием на плодове и зеленчуци също е малко по-висок от средната стойност за ЕС. Тези тенденции сочат, че последните политически мерки, включително ограниченията за нездравословни храни в училищата и задължителното предлагане на опции с ниско съдържание на сол и мазнини в детските градини и детските кухни, може би дават резултат, макар и все още недостатъчен, за да обърнат възходящата тенденция на затлъстяване при юношите (World Cancer Research Fund International, 2023).

Фигура 7. България се представя по-лошо от мнозинството страни от ЕС по отношение на повечето поведенчески рискови фактори за здравето



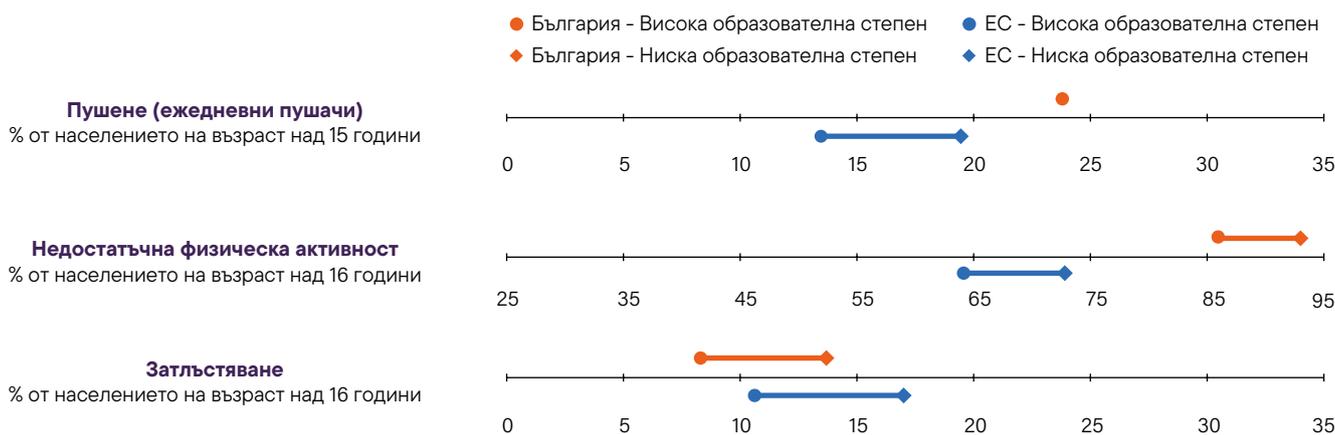
Забележка: Колкото по-близо е точката до центъра, толкова по-добри са резултатите на страната в сравнение с другите страни от ЕС. Нито една страна не достига бялата целева зона, което показва, че всички страни имат възможност за подобрене във всички области.
Източници: Изчисления на ОИСП въз основа на проучването HBSC 2022 за показателите за юношите; и Eurostat въз основа на EU-SILC 2022 и OECD Data Explorer за показателите за възрастните (2022 г. или най-близката година), с изключение на тютюнопушенето (EHIS 2019).

Повечето рискове за здравето в България са концентрирани сред по-малко образованите

С изключение на тютюнопушенето, което е еднакво разпространено сред българите с най-ниска и най-висока образователна степен, повечето поведенчески

рискови фактори в България са по-често срещани сред хората с ниска образователна степен. Контрастът е най-силен при затлъстяването при възрастните: 14 % сред хората без средно образование в сравнение с 8 % сред хората с висше образование. За сравнение,

Фигура 8. С изключение на тютюнопушенето, рисковите фактори са концентрирани сред най-малко образованите



Забележка: Ниската образователна степен се определя като население с не повече от основно образование (нива 0-2 по ISCED), докато високата образователна степен е население с висша образователна степен (нива 5-8 по ISCED). Ниската физическа активност се определя като хора, които извършват физическа активност 3 пъти или по-малко на седмица.

Източник: Eurostat въз основа на EHIS 2019 за тютюнопушенето (hlth_ehis_sk1e) и EU-SILC 2022 за физическата активност и затлъстяването (ilc_hch07b, ilc_hch10).

разликите, свързани с образованието, по отношение на физическата активност са по-малки, тъй като ниските

нива на активност са широко разпространени във всички образователни групи (Фигура 8).

4 Здравна система

България има централизирана здравноосигурителна система с един фонд и „пазеща входа“ на системата първична медицинска помощ

България има централизирана здравна система по модела на задължителното социално здравно осигуряване (ЗЗО). Министерството на здравеопазването (МЗ) контролира организацията и функционирането на системата, определя пакета от публично финансирани услуги и пряко управлява националната мрежа за спешна медицинска помощ, 28-те регионални здравни инспекции и няколко национални изследователски и референтни центъра. Изпълнителната агенция „Медицински надзор“ регистрира извънболничните лечебни заведения, хосписите и другите заведения и координира дейностите по трансплантация.

Здравното осигуряване е задължително за всички жители и се управлява централизирано от НЗОК, единственият купувач на услуги, като покупките се извършват чрез 28 регионални здравноосигурителни каси (РЗОК). На областно равнище 28 регионални здравни инспекции действат като клонове на МЗ за контрол на общественото здраве и изпълнение на политиките. Общините допринасят за управлението чрез общински здравни комисии и са собственици на лечебни заведения.

Управлението на фармацевтичния сектор се разделя между Изпълнителната агенция по лекарствата и Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти. Здравното обслужване се предоставя от публични и частни болници и лечебни заведения за извънболнична помощ, сключили договор с НЗОК, със свободен избор на доставчик. Общопрактикуващите лекари действат като „пазачи на входа“ за диагностика, специализирана извънболнична и болнична помощ, а броят на направленията се регулира чрез тримесечни квоти.

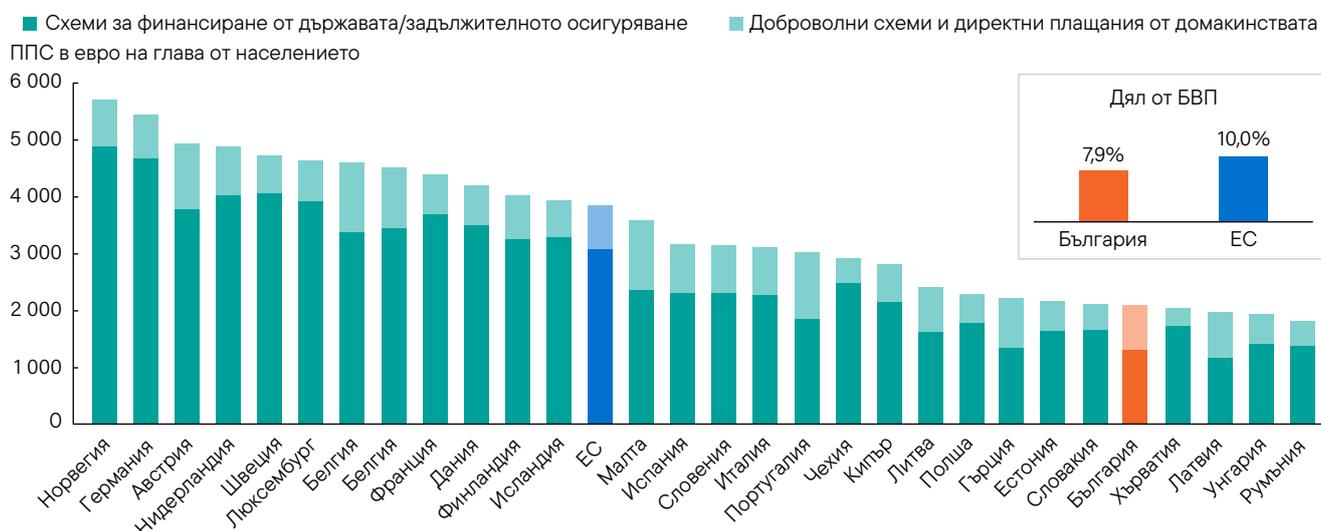
Ниското публично финансиране води до най-високия в ЕС процент на разходите за здравеопазване, заплащани от пациентите в България

Разходите за здравеопазване в България са значително по-ниски от средните за ЕС. През 2023 г. разходите на глава от населението са 2 085 евро (коригирани с разликите в покупателната способност), което е малко над половината от средната за ЕС стойност от 3 832 евро. Като дял от БВП разходите за здравеопазване са 7,9 %, което е значително под средната стойност за ЕС от 10,0 % (Фигура 9). Структурата на разходите също се различава значително от тази в ЕС средно: с публични средства се покриват едва 63,0 % от текущите разходи за здравеопазване, което е един от най-ниските

дялове в ЕС. Като пряка последица от това тежестта на финансирането пада в по-голяма степен върху физическите лица: директните плащания съставляват 36,0 % от всички разходи за здравеопазване, което е най-високият дял в ЕС и повече от двойно в сравнение със средната стойност от 16,0 %, като доброволното

здравно осигуряване (ДЗО) играе само маргинална роля. Този висок дял на директните плащания се дължи на доплащанията за повечето покрити от ЗЗО услуги и на директните плащания за лекарства и услуги извън пакета (вж. раздел 5.2).

Фигура 9. Разходите за здравеопазване на глава от населението в България са сред най-ниските в ЕС



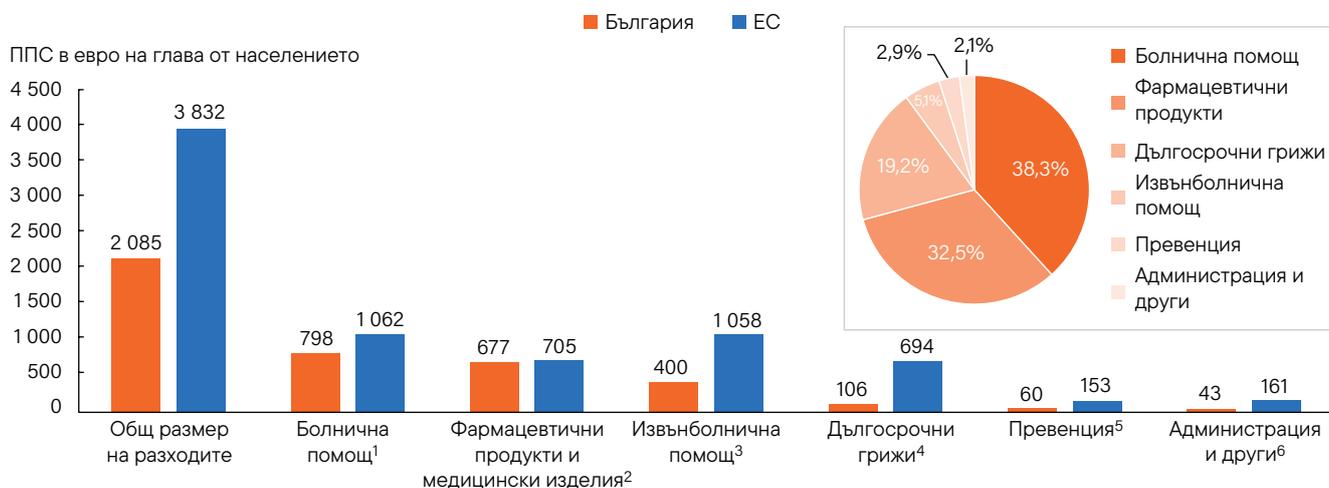
Забележка: Средната стойност за ЕС е претеглена (изчислена от ОИСП).
Източници: OECD Data Explorer (DF_SHA); база данни на Eurostat (demo_gind). Данните се отнасят за 2023 г.

Болничната помощ и лекарствата доминират в структурата на разходите за здравеопазване в България, измествайки извънболничната помощ

Разпределението на разходите за здравеопазване в България е силно изкривено в полза на болничната помощ и лечебните услуги. През 2023 г. разходите

за болнична помощ са 38 % от общите разходи за здравеопазване, което е значително над средната стойност за ЕС от 28 %. Разходите за фармацевтични продукти и медицински изделия също са изключително високи — 33 % от общите разходи, което е най-големият дял в ЕС (Фигура 10). Този висок дял на фармацевтичните продукти е особено забележителен:

Фигура 10. Разходите за здравеопазване са силно ориентирани към болнична помощ и фармацевтични продукти



Бележки: 1. Включва лечебна и рехабилитационна помощ в болница и други заведения; 2. Включва само амбулаторния сектор; 3. Включва услуги по домовете и спомагателни услуги (напр. транспорт на пациенти); 4. Включва само здравния компонент; 5. Включва само разходи за организирани програми за профилактика; 6. Включва управление и администрация на здравната система и други разходи. Средната стойност за ЕС е претеглена (изчислена от ОИСП).
Източник: OECD Data Explorer (DF_SHA). Данните се отнасят за 2023 г.

въпреки че общите разходи за здравеопазване на глава от населението в България са с 46 % по-ниски от средната стойност за ЕС, разходите за фармацевтични продукти на глава от населението са само с 4 % по-ниски. Това не означава необичайно високи обеми или цени, а по-скоро, че референтните цени и нееластичното търсене на много лекарства не намаляват абсолютните разходи на глава от населението пропорционално на по-ниските общи разходи. Тази концентрация на разходите е за сметка на други функции: разходите за извънболнична помощ са ниски – 19 % в сравнение със средната стойност за ЕС от 28 %, докато за превенция са отделени едва 3 %. Като цяло този профил подчертава, че здравната система в България е съсредоточена върху болничното лечение.

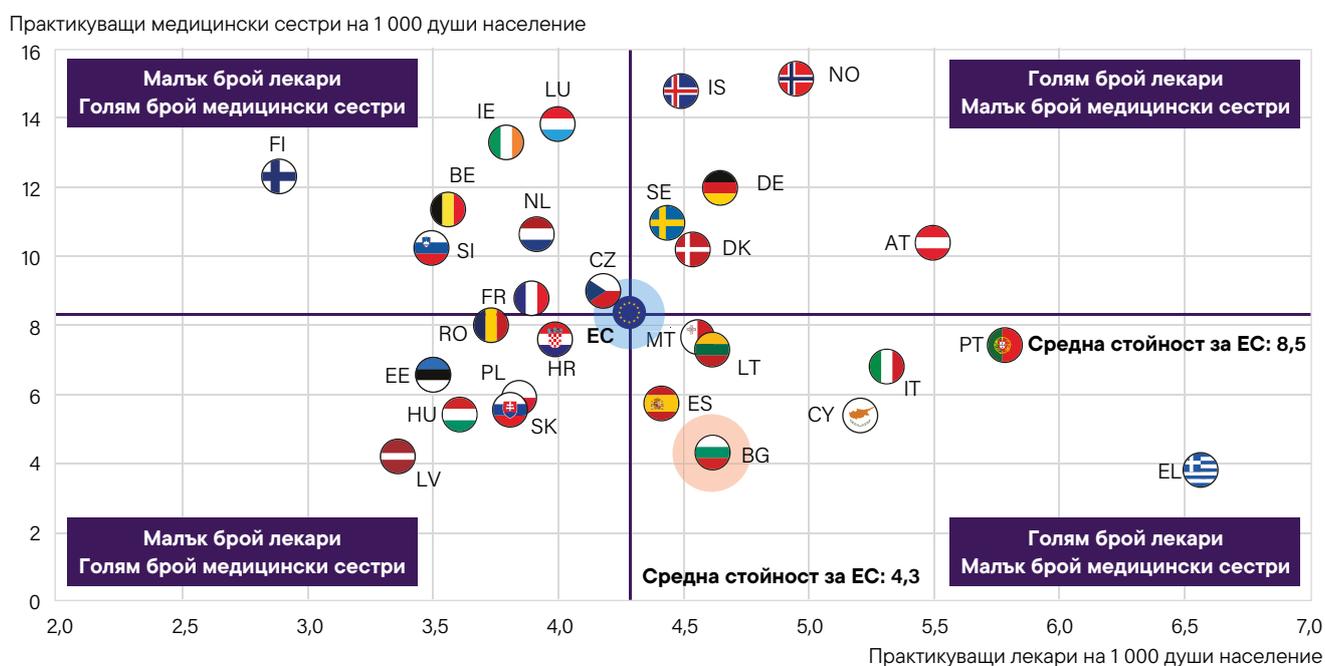
Въпреки високата осигуреност с лекари, недостигът на медицински сестри нарушава баланса на работната сила в България

През 2023 г. България отчита 4,6 лекари на 1 000 души население, което е осигуреност над средната за ЕС от 4,3. Тази агрегирана статистика обаче прикрива дисбаланси в състава на лекарите: общопрактикуващите лекари (ОПЛ) съставляват едва 13 % от лекарите в сравнение със средната стойност за ЕС от 20 %, което отразява десетилетен спад, ограничаващ капацитета на първичната медицинска

помощ и пренасочващ търсенето към по-скъпи специализирани извънболнични и болнични услуги.

За разлика от това, България разполага само с 4,4 медицински сестри на 1 000 души население, което е приблизително половината от средната стойност за ЕС от 8,5, като според оценките недостигът на медицински сестри, необходими за ефективното функциониране на здравната система, е между 16 900 и 29 000 (Simeonova-Ganeva & Ganev, 2025). Този недостиг води до изкривена структура на работната сила: съотношението между медицински сестри и лекари в България е около 1:1 в сравнение със средната стойност за ЕС от 2:1, което предполага недостатъчен капацитет на медицинските сестри да подпомагат лекарите или да се справят с нарастващите потребности, свързани с хроничните заболявания (Фигура 11). Множество фактори допринасят за този дефицит на медицински сестри. Демографският натиск е остър: средната възраст на българските медицински сестри е 53 години, а 20 % от работната сила е достигнала пенсионна възраст. Същевременно, ниското възнаграждение и лошите условия на труд водят до високо текучество. Тези условия стимулират високите нива на емиграция, като приблизително една трета от завършилите медицински сестри напускат страната скоро след дипломирането си, за да търсят по-добри възможности в чужбина (вж. раздел 5.3).

Фигура 11. Осигуреността с лекари в България е относително висока, но осигуреността с медицински сестри е сред най-ниските



Забележка: Средната стойност за ЕС не е претеглена. Данните за медицинските сестри включват всички категории медицински сестри (не само тези, които отговарят на Директивата на ЕС за признаване на професионалните квалификации). В Португалия и Гърция данните се отнасят за всички лекари с лиценз за практикуване, което води до значително надценяване на броя на практикуващите лекари. В Гърция броят на медицинските сестри е подценен, тъй като включва само тези, които работят в болници.

Източник: OECD Data Explorer (DF_PHYS, DF_NURSE). Данните се отнасят за 2023 г. или най-близката година.

5 Функциониране на здравната система

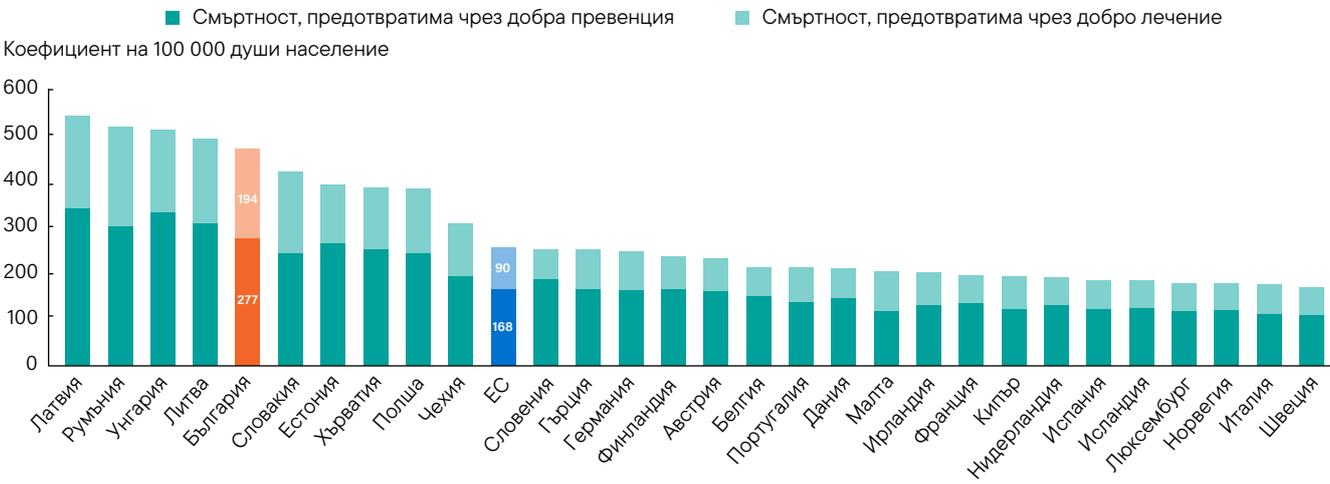
5.1 Ефикасност

Персистиращите пропуски както в превенцията, така и в лечението са причина за високия процент на предотвратима смъртност в България

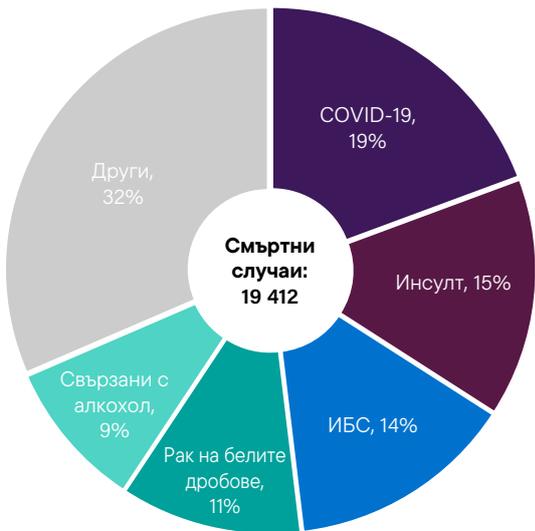
България продължава да има един от най-високите проценти на предотвратима смъртност в ЕС, което отразява както пропуските в предоставянето на медицинска помощ, така и по-широките предизвикателства в областта на общественото здраве.

Между 2019 и 2022 г. смъртността от предотвратими заболявания се е увеличила, главно поради смъртните случаи, свързани с COVID-19, които са класифицирани като предотвратими чрез ефективни мерки в областта на общественото здраве и превенцията. За разлика от това, смъртността от лечими заболявания е по-малко засегната от пандемията, но през последното десетилетие не е отбелязала значително подобрение, което се различава от тенденциите в повечето страни от ЕС и оставя смъртността от лечими заболявания в България повече от два пъти по-висока от средната

Фигура 12. България е една от страните с най-висока предотвратима смъртност в ЕС



Смъртност, предотвратима чрез добра превенция



Смъртност, предотвратима чрез добро лечение



Забелжка: Смъртност, предотвратима чрез добра превенция, се определя като смърт, която може да бъде избегната главно чрез интервенции в областта на общественото здраве и първичната превенция. Смъртност, предотвратима чрез добро лечение, се определя като смърт, която може да бъде избегната главно чрез интервенции в областта на здравеопазването, включително скрининг и лечение. И двата показателя се отнасят до преждевременната смъртност (под 75-годишна възраст). В списъците половината от всички смъртни случаи от някои заболявания (например исхемична болест на сърцето, инсулт, диабет и хипертония) са отнесени към списъка на смъртността, предотвратима чрез добра превенция, а другата половина — към лечимите причини, така, че няма двойно отчитане на един и същ смъртен случай. ХОББ се отнася до хронична обструктивна белодробна болест. Източник: Eurostat (hlth_cd_apr) (данните се отнасят за 2022 г.).

стойност за ЕС (Фигура 12). Освен COVID-19, през 2022 г. инсултът и исхемичната болест на сърцето са основните причини, допринасящи за смъртността, предотвратима чрез добра превенция и добро лечение. Това отразява възможността те да бъдат предотвратени както с първична превенция, така и с навременна и ефективна медицинска помощ.

България дава приоритет на превенцията и целевите инвестиции в лечението на сърдечно-съдовите заболявания и инсулта

Националната здравна стратегия на България до 2030 г. поставя силен акцент върху инвестициите в превенция и промоция на здравето чрез насърчаване на здравословен начин на живот, създаване на подкрепяща среда и прилагане на ефективни мерки за скрининг и профилактика на хроничните заболявания. Последните реформи са насочени към подобряване на достъпа до лекарства за сърдечно-съдови заболявания чрез намаляване на директните плащания, както и към подобряване на спешната медицинска помощ чрез създаване на нови центрове за интервенционна диагностика и ендоваскуларно лечение на инсулти, подкрепени от Националния план за възстановяване и устойчивост (НПВУ). Друг ангажимент по НПВУ, Националната карта на дългосрочните здравни нужди, приета от Министерския съвет през 2022 г., има за цел по-специално да укрепи капацитета за диагностика и лечение на инсулти чрез разширяване на високоспециализираните инсултни центрове.

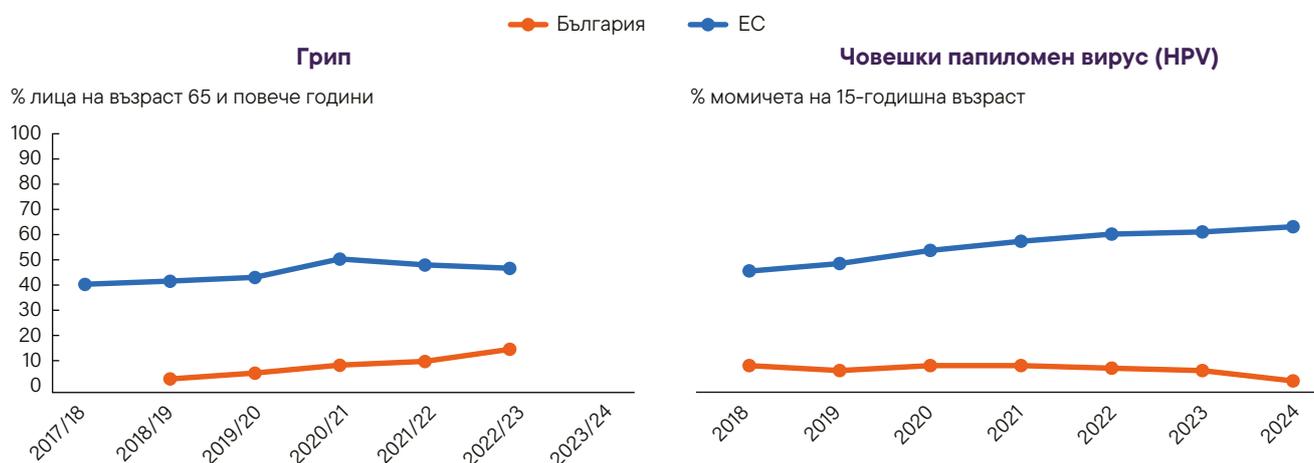
Въпреки новите инициативи, ваксинацията остава ниска поради колебания и ниска здравна грамотност

Ниското ваксинално покритие в България се дължи на съвкупност от фактори, включително ниската здравна грамотност, широко разпространеното колебание по отношение на ваксините и ниското доверие в институциите. Тази обстановка се влошава

от разпространението на дезинформация, особено след пандемията от COVID-19. Данните показват, че 36 % от населението има ниско или незадоволително ниво на здравна грамотност, като възрастните хора и хората с по-нисък социално-икономически статус се сблъскват с най-големи пречки за разбирането на здравната информация.

Въздействието на тези предизвикателства е видимо в неравномерните резултати на националните програми за имунизация: от една страна ваксинирането срещу грип на лицата на възраст 65 и повече години показва напредък, като се увеличава от 4 % през 2018/19 г. до 15 % през 2022/23 г., вероятно благодарение на националната програма за предоставяне на безплатни ваксини и повишената осведоменост по време на пандемията. Въпреки това този подобрен процент на ваксинирани остава далеч под средната за ЕС стойност от 47 %. В ярък контраст с това, обхватът на ваксинацията срещу човешкия папиломен вирус (HPV) е изключително нисък и намалява, което подчертава дълбокия ефект на колебанието и дезинформацията. Въпреки че ваксината е безплатна за момичетата на възраст 10—13 години, покритието в тази група е само 2 %, което води до едва 3 % момичета на 15-годишна възраст, ваксинирани през 2024 г. — най-ниският процент в ЕС и несравним със средната за ЕС стойност от 63 % (Фигура 13). За да се справи с тези дълбоко вкоренени проблеми, Министерството на здравеопазването стартира през 2022 г. инициативата „Плюс мен“ — онлайн платформа, предназначена да предоставя научно обоснована информация и да противодейства на неверни твърдения. Тя се допълва от нови специфични за програмата усилия, като разширяване на безплатната ваксинация срещу човешки папиломен вирус (HPV) за момчета на възраст 10—13 години и по-добро интегриране на имунизацията срещу грип/пневмококи в първичната медицинска помощ.

Фигура 13. Процентът на имунизация срещу грип и HPV е много нисък в България



Бележки: Средната стойност за ЕС е претеглена за грип (изчислена от Eurostat) и непреглена за HPV. Източници: Eurostat (hlth_ps_immu) и съвместна форма за отчитане на имунизациите (JRF) на СЗО/УНИЦЕФ.

Нови програми, насочени към населението, имат за цел да преодолеят пропуските в скрининга за рак в България

Покритието на скрининга за ракови заболявания в България остава сред най-ниските в ЕС, което е следствие от историческата зависимост от опортюнистични, а не популационно базирани програми (OECD/European Commission, 2025). Това води до значителни пропуски в обхвата: скринингът за рак на гърдата при жени на възраст 50-69 години достига 36 % през 2019 г. в сравнение с 66 % в целия ЕС, скринингът за рак на шийката на матката достигна 57 % при средната стойност за ЕС от 71 %, а участието в скрининг за рак на дебелото черво е едва 4 % сред възрастните на 50-74 години. Скринингът се предоставя формално чрез годишни профилактични прегледи, финансирани от НЗОК, но липсата на системи за покана и напомняне прави участието зависимо от това дали хората ще се свържат с личния си лекар, което засилва неравенството и непоследователното проследяване.

Осъзнавайки тези недостатъци, България започва фундаментална промяна към систематичен популационно базиран скрининг, заложен в Националния план за борба с рака 2027. През януари 2025 г. страната стартира първата си програма за скрининг на рак на маточната шийка на населението. С начално финансиране от 4,5 млн. евро, тя предлага универсална достъпност, независимо от здравноосигурителния статус, и включва мобилни единици за подобряване на достъпа в отдалечените райони. Националната кампания за скрининг на рак на дебелото черво през пролетта на 2024 г., в рамките на която са тествани 50 000 възрастни, служи като предшественик на всеобхватна национална програма, планирана за периода 2025–2030 г. В допълнение към тези усилия, бюджетът на НЗОК за 2025 г. въвежда пълно възстановяване на разходите за тестове за биомаркери с цел повишаване на точността на диагностицирането на рак след положителен резултат от скрининга (Република България, 2025).

5.2 Достъпност

Значителна част от българското население остава неосигурено

Всички жители, които плащат задължителни осигуровки в България, имат право на основен пакет от услуги, финансирани от НЗОК. През 2024 г. около 94 % от населението е осигурено, което означава, че около 6 % са неосигурени, въпреки че национални източници оценяват дела им на 11–12 %, което отразява разлики в измерването поради включването на живеещи в чужбина, пропуски в плащанията и статуса на регистрация. Неосигурените обикновено включват граждани, пребиваващи в чужбина, дългосрочно безработни и хора, които се отказват от осигуровка

или се сблъскват с документни пречки. Освен трайно неосигурените, временните пропуски са често срещани: регионални данни сочат, че над една пета от жителите имат прекъсване на осигурителните си права през 2020–2022 г., като този дял се увеличава до около една трета сред възрастните в трудоспособна възраст, което подчертава нестабилността на покритието (Kostadinov et al., 2023). Мерки, като заплащаната от НЗОК акушерска помощ за неосигурени жени и действията в рамките на Националната стратегия за интеграция на ромите, целят да намалят тези разлики.

България разширява достъпа до здравно осигуряване от държавата чрез повишаване на доходните прагове и замяна на остарелия ориентир за минимален доход

Съгласно Закона за здравното осигуряване получателите на месечни социални помощи имат автоматично здравно осигуряване за сметка на държавата. Правото на тази подкрепа преди се определяше на база гарантиран минимален доход (ГМД) – статичен праг, определен значително под националната линия на бедност (фиксиран на 75 лв.), което оставяше редица хора с ниски доходи без достъп до социални помощи и здравно осигуряване от държавата.

С изменения в Закона за социално подпомагане, влезли в сила на 1 юни 2023 г., ГМД е отменен и е въведена по-динамична база за месечна социална помощ, определена на 30 % от официалната линия на бедност. Заедно с увеличението на линията на бедност с 22 % (от 413 лв. през 2022 г. на 504 лв. през 2023 г.), тази реформа значително повишава доходния праг за получаване на подкрепа.

Премахването на лимитите за плащания в болниците подобрява достъпа на пациентите, но изисква нови мерки за контрол на разходите

През 2024 г. Конституционният съд на България отмени разпоредба от Закона за здравното осигуряване, която забранява на НЗОК да възстановява разходите за болнична помощ над предварително определени месечни квоти, постановявайки, че тя нарушава правото на гражданите на достъпна и навременна медицинска помощ. Преди решението на съда болниците работеха при ограничения на обема/бюджета; след достигане на ограничението следващите случаи или не се заплащаха от НЗОК, или се прехвърляха на пациентите, което водеше до забавяне на приема или директни плащания от пациентите. Премахването на това ограничение означава, че болниците могат да предоставят лечение и да получат плащания дори да превишават договорените обеми. Отпадането на таваните премахва и един ефективен инструмент за контрол на разходите, което създава бюджетен натиск и изисква преминаване към по-сложни, ориентирани към качеството системи за закупуване и одит, така че по-високата активност да

отразява подходяща грижа, а не търсене, предизвикано от изпълнителите (вж. раздел 5.3).

Публичното финансиране в България е широкообхватно за болниците, но оставя значителни пропуски по отношение на фармацевтичните продукти и извънболнична помощ

Публично финансираният пакет в България обхваща основен набор от услуги за осигурените жители, но степента на покритие варира значително в различните сектори. Болничната помощ получава широкообхватно публично финансиране, като 92 % от разходите се покриват. Това като цяло е в съответствие със средната стойност за ЕС и отразява приоритета, даден на активното болнично лечение. За разлика от това, извънболничната помощ изисква значителни доплащания: публичното финансиране покрива само 58 % от разходите за извънболнична помощ

в сравнение със средната стойност за ЕС от 77 % (Фигура 14). Денталната помощ се покрива частично, както в повечето страни от ЕС, но публичните източници все пак финансират 44 % от разходите за дентална помощ, което е над средната стойност за ЕС от 35 %. Покритието за фармацевтични продукти е много по-ниско: само 23 % от разходите се покриват с публични средства, което е далеч под средната стойност за ЕС от 59 %. Покритието е ограничено до лекарства, включени в сравнително рестриктивен позитивен лекарствен списък, което означава, че за много основни или по-нови продукти има високи доплащания или те са изключени изцяло (вж. раздел 6). Усилията за разширяване на покритието за фармацевтични продукти се сблъскват с фискални и процедурни ограничения, което забавя напредъка към по-справедлива финансова защита в цялата система на здравеопазване.

Фигура 14. Процентът на публичното финансиране за извънболнична помощ и фармацевтични продукти е нисък



Бележки: Извънболничната медицинска помощ се отнася главно до услуги, предоставяни от общопрактикуващи лекари и специалисти в извънболничния сектор. Фармацевтичните продукти включват предписани и безрецептурни лекарства, както и медицински нетрайни стоки. Средната стойност за ЕС е претеглена.

Източник: OECD Data Explorer (DF_SHA). Данните се отнасят за 2023 г.

Високите директни плащания за лекарства са основната причина за финансовите затруднения в България

Делът на директните плащания в България отдавна е сред най-високите в ЕС. От 2006 до 2017 г. той постоянно надвишава 40 % от текущите разходи за

здравеопазване, като достига връх през 2017 г., след което постепенно спада до около 35 % през 2023 г. Въпреки това подобрение България все още отбелязва най-високата тежест на директни плащания в ЕС, която е повече от двойно по-висока от средна за ЕС стойност от 16 %.

Фигура 15. Разходите за фармацевтични продукти формират две трети от директните плащания



Забележка: ДЗО включва и други доброволни схеми за предплащане. Средната стойност за ЕС е претеглена.

Източник: OECD Data Explorer (DF_SHA). Данните се отнасят за 2023 г.

до голяма степен на директните плащания за услуги и стоки, които не са покрити, следвани от доплащанията за услуги, включени в пакета на НЗОК. Това високо бреме се превръща директно в сериозни финансови затруднения: през 2018 г. (последната година, за която има данни) България отбеляза най-високия процент катастрофални разходи за здравеопазване в ЕС, засягащи 19 % от домакинствата, което е приблизително три пъти повече от средната стойност

за ЕС. Това бреме е силно регресивно, засягайки непропорционално най-бедните домакинства.

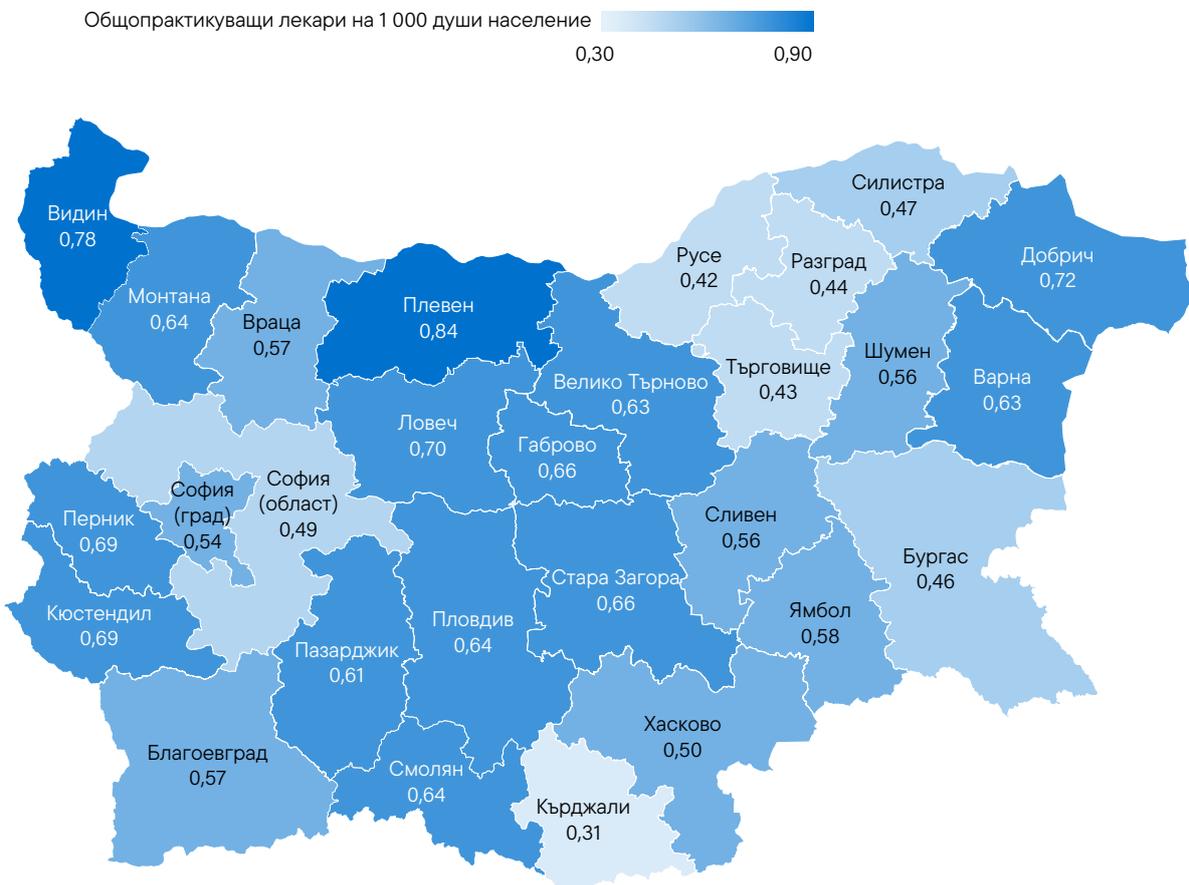
Основният фактор за високите директни плащания и катастрофалните разходи са фармацевтичните продукти, като те формират над две трети от общите директни плащания, което отразява комбинация от рестриктивен лекарствен списък, ниско публично покритие и сравнително висока ставка на ДДС от 20 %

Каре 1. Скорошни стимули за доставчиците водят до повишена активност в целеви райони с недостатъчно обслужване, както и в превантивните услуги

През 2023 г. България предприема целенасочени мерки за укрепване на първичната медицинска помощ, включително увеличени капитационни ставки и такси за услуги за общопрактикуващите лекари, наред с плащания основани на резултатите за постигане на цели за превантивни услуги. Реформите също така поставят акцент върху справянето с регионалните неравенства чрез въвеждане на значителни финансови стимули за практики в отдалечени и недостатъчно обслужвани райони.

Последни данни на НЗОК за 2024 г. показват, че тези инвестиции успешно разширяват обхвата на услугите. Най-значителен ръст е регистриран в диспансерното наблюдение за хронични заболявания и годишните профилактични прегледи за възрастни. В рамките на програмата „Детско здравеопазване“ подобренията са обусловени от по-високи нива на имунизация и превантивен скрининг за деца в училищна възраст. Забележително е, че целенасоченото финансиране за отдалечени и труднодостъпни райони се увеличава повече от четири пъти от 2,2 милиона лева през 2023 г. до 9,0 милиона лева през 2024 г.

Фигура 16. Неравномерното разпределение на общопрактикуващите лекари затруднява достъпа до първична медицинска помощ в някои региони



Източник: Министерство на здравеопазването, 2023 г.

върху предписваните лекарства (Фигура 15). За да се намали тази тежест, последни реформи разширяват през 2024 г. до 100% реимбурсацията на редица лекарства за сърдечно-съдови заболявания, които преди това са само частично реимбурсирани (вж. раздел 2). Въпреки това разходите за лекарства за извънболнична помощ, заплащани от пациентите, остават основен източник на финансови затруднения.

Нови стимули и национална стратегия имат за цел да коригират сериозните дисбаланси в работната сила в здравеопазването

Сериозните географски дисбаланси в медицинските специалисти в България подкопават достъпа до здравни услуги, особено в селските райони. Разпределението на общопрактикуващите лекари, например, варира повече от два пъти между различните региони от най-ниското ниво от 0,31 на 1 000 души население в Кърджали до най-високото ниво от 0,84 в Плевен, което води до неравен достъп до първична медицинска помощ и натиск върху болничната помощ (Фигура 16). Първоначалната реформа през 2021 г. има за цел да разреши този проблем, като позволи на лекарските асистенти, медицинските сестри и други здравни професионалисти да разширят услугите в общността и да направят тези професии по-привлекателни. Въпреки това, нейното въздействие е ограничено, тъй като услугите, предоставяни от тези практики, не се покриват от НЗОК и трябва да се заплащат директно от пациентите.

Осъзнавайки необходимостта от публично финансирани решения, България предприема по-широки мерки. В рамките на Националния план за възстановяване и устойчивост се реализират целеви инициативи за набиране и задържане на кадри в районите с недостатъчна осигуреност (Каре

1). Те се подкрепят от нова национална стратегия до 2027 г., която има за цел да реши проблема с недостига на кадри чрез инвестиции в лечебни заведения за първична помощ, предлагане на стимули за привличане на млади специалисти и въвеждане на мониторинг в реално време, за да се осигури по-балансирано разпределение на персонала в цялата страна.

5.3 Издръжливост

Издръжливостта на здравната система – способността да се подготвя, управлява (абсорбира, адаптира и трансформира) и да се учи от шокове и структурни промени – е централна тема в политическите програми. Ключовите приоритети включват облекчаване на натиска върху предоставянето на услуги, укрепване на здравната инфраструктура и капацитета на работната сила, адаптиране на стратегиите за готовност при кризи, подкрепа на цифровите иновации и гарантиране на дългосрочна устойчивост.

Финансовите стимули и слабата първична медицинска помощ поддържат прекалено голям и неефективен болничен сектор

Болнично-ориентираният модел на България се отразява в голямото и нарастващо предлагане на легла. През 2023 г. на 1 000 души население се падат 8,6 болнични легла, което е с повече от 50 % над средната стойност за ЕС, и в ярък контраст с тенденциите в ЕС броят на леглата продължава да нараства през последните години (Фигура 17). Моделите на използваемост сочат неефективност: през последните пет години делът на изписаните от болница е над два пъти по-висок от средната стойност за ЕС, но заетостта на леглата е само 57 % през 2023 г.,

Фигура 17. Осигуреността с болнични легла в България е с над 50 % по-висока от средната стойност за ЕС и продължава да нараства



Забележка: Средната стойност за ЕС е претеглена.

Източник: Eurostat (hlth_rs_bds1) и OECD Data Explorer (DF_KEY_INDIC).

което е значително под средната за ЕС стойност от 68 %. В съчетание с една от най-ниските стойности на показателя за средна продължителност на престоя в ЕС, това е признак за модел с висок оборот и ниска интензивност, при който оборотът на леглата е бърз, но капацитетът не е напълно използван.

Причините за този неефективен модел са свързани с организацията на предоставянето на здравните услуги и финансовите стимули: първичната медицинска помощ е ограничена от тримесечните квоти за насочване, които принуждават пациентите да чакат, да плащат или да заобикалят системата, като отиват директно в болниците. Системите за заплащане засилват този модел: болниците получават възстановяване на разходите на базата на всеки отделен случай с бонуси за лекарите, свързани с обема на работата, докато извънболничната помощ, която не разполага с достатъчно ресурси, функционира на принципа „плащане за услуга“.

Съдебно решение срещу лимитите на плащанията за болниците предизвика значителен фискален натиск

Системата за финансиране на здравеопазването в България навлезе в период на нестабилност след съдебните решения от 2024 г., с които са отменени лимитите за плащания към болниците (вж. раздел 5.1). Макар отмяната на лимитите за плащания да подобри съответствието с потребностите от лечение, тя също така генерира задължения за НЗОК, повишавайки ги над планираните. Към октомври 2024 г. разходите за болнична помощ са с 6 % по-високи от предвидените в бюджета, което води до дефицит от 150 млн. евро. Този натиск засегна сектор, който вече е обременен с над 400 млн. лв. комбиниран държавен и общински дълг на болниците, като голяма част от този дълг е натрупан при предходния режим на ограничения в плащанията. НЗОК отчита дефицит от 75 млн. евро през 2024 г., като прогнозираният дефицит за 2025 г. е около 110 млн. евро за първите девет месеца на годината (Сметна палата, 2025).

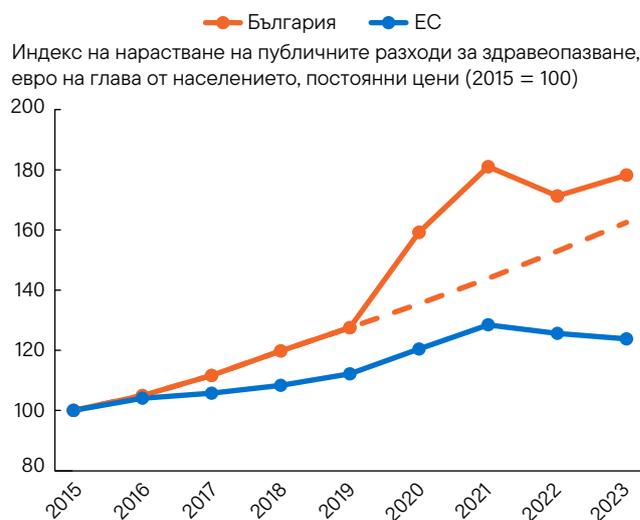
Политическите мерки стабилизират паричния поток, но не и основния дисбаланс. Въпреки че парламентът увеличи бюджета на НЗОК за 2025 г. с 16 %, натрупаните дефицити — включително 212 млн. евро просрочени плащания за 2024 г. — вече надхвърлят резерва на фонда от 141 млн. евро, оставяйки малко резерви в система, в която болничната помощ поглъща вече от половината от разходите за здравеопазване (вж. раздел 4). По отношение на лекарствата държавният бюджет е изчерпан до септември 2024 г. и 412 млн. евро са попълнени чрез задължителни отстъпки от производителите, което е по-скоро спешна мярка, отколкото структурно решение. Междувременно, сроковете за проверка и обжалване на съдебните решения означават, че забавянията в плащанията продължават, което поддържа ликвидността на задължените болници ниска, дори

и след като правните задължения за плащане са изяснени. Допълнително усложнение възникна през юли 2025 г., когато парламентът измени Закона за здравното осигуряване, за да обвърже плащанията на НЗОК с договорно определени лимити и целеви бюджети, като по този начин ефективно се опита да въведе отново тавани. Към септември 2025 г. правният и оперативният статут остава несигурен, с възможност за конституционно преразглеждане на закона.

Тенденцията на бърз растеж на разходите, ускорена от пандемията, подкрепя настоящия бюджетен натиск

На този фон по-дългосрочните тенденции помагат да се обясни високият фискален натиск. През петте години преди пандемията публичните разходи за здравеопазване в България нарастват с над 6 % годишно в реално изражение, което е значително над средната стойност за ЕС от 2,9 %. COVID-19 доведе до допълнителен скок, като през 2020 г. е отбелязан реален ръст от 25 %; след леко свиване през 2022 г. разходите отново нарастват през 2023 г. Като цяло публичните разходи за здравеопазване нарастват с около 80 % в реално изражение между 2015 и 2023 г., а ръстът след 2020 г. остава над траекторията, очертана от тенденцията на растеж преди пандемията (Фигура 18). Бюджетът на НЗОК за 2025 г. отразява нарастващия натиск от липсата на ограничения в болничната помощ и задълженията от минали „надлимитни“ дейности, наред с продължаващото нарастване на заплатите и цените на ресурсите. Новите средства са предназначени предимно за справяне с този натиск в болничната помощ и лекарствата, като същевременно финансират и нови политически

Фигура 18. Публичните разходи за здравеопазване се увеличават значително както преди, така и след пандемията



Бележки: Средната стойност за ЕС е претеглена, изчислена от ОИСР. Прекъснатата линия представлява прогнозираната тенденция въз основа на данни от периода преди пандемията (2015—2019 г.).

Източник: OECD Data Explorer (DF_SHA).

Каре 2. Програми на ЕС подкрепят инвестициите в здравната система и устойчивостта в България

Здравният сектор на България се подкрепя от значително финансиране от ЕС чрез множество инструменти. Съгласно Плана за възстановяване и устойчивост (ПВУ), България отпуска 287 милиона евро (около 5% от общите средства по ПВУ) за здравеопазване. С това финансиране България се стреми да подобри предоставянето и достъпността на здравни услуги в цялата страна. Планът предвижда реформи и инвестиции за модернизиране на болниците (включително психиатрични грижи), създаване на амбулаторни отделения, както и за създаване на система за въздушна линейка за отдалечени региони. Част от финансирането е отпусната и за справяне с недостига на здравни специалисти и географския дисбаланс, докато други ресурси са отпуснати за подобряване на електронното здравеопазване чрез завършване на Националната здравно-информационна система и създаване на платформа за медицинска диагностика.

С цел модернизиране на лечебните заведения и подобряване на качеството на услугите в цялата страна са предвидени около 181 милиона евро от Европейския фонд за регионално развитие за мерки като изграждането на необходимата общинска здравна инфраструктура и подкрепа за общопрактикуващите лекари, като се фокусира върху отдалечени и труднодостъпни места. Допълнителни 84 милиона евро са предназначени за подобряване на системата за спешна медицинска помощ.

Програмата EU4Health подкрепя здравния сектор на България, като финансира проекти, насочени към укрепване на устойчивостта на здравната система, подобряване на достъпа до висококачествени услуги и справяне с предизвикателствата пред общественото здраве в области като превенцията на рака и готовността за пандемии. Програмата подкрепя инициативи за модернизиране на здравната инфраструктура, насърчаване на цифровото здравеопазване и разширяване на превантивните услуги, включително кампании за скрининг на рака и ваксинация.

ангажименти, като разширяване на покритието на лекарствата за деца и редки видове ракови заболявания, тестване на биомаркери и подкрепа за аптеките в отдалечени райони (Република България, 2025). Тези инвестиции са допълнително подкрепени от различни програми за финансиране на ЕС (Каре 2).

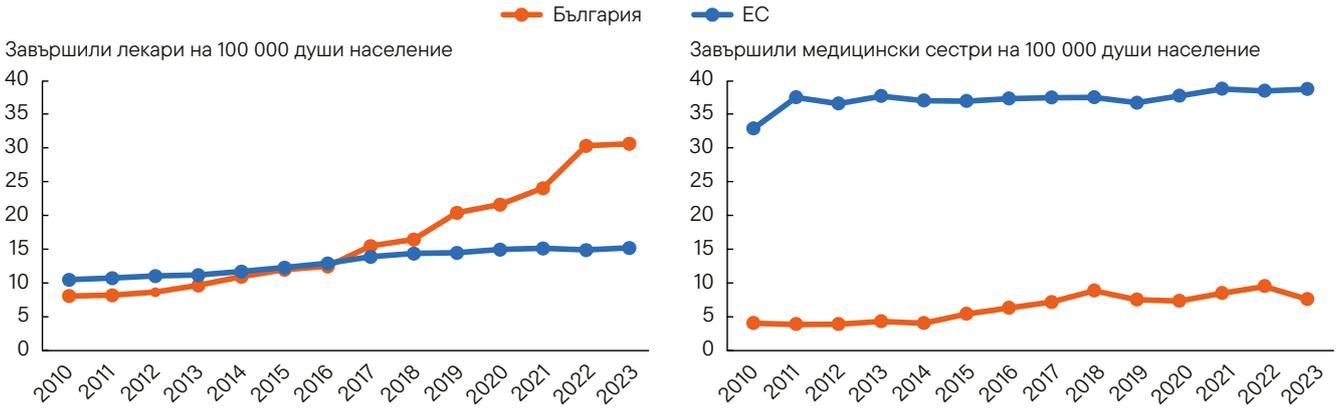
Реформите в работната сила са насочени към двойното предизвикателство, свързано с емиграцията на завършилите медицина и сериозния недостиг на медицински сестри

През 2023 г. България е на второ място в ЕС по брой на новозавършилите медици на глава от населението, което е приблизително двойно повече от средната стойност за ЕС (Фигура 19). Този висок резултат се дължи до голяма степен на чуждестранните студенти, като чужденците съставляват почти 60 % от студентите по медицина през 2021/22 г. Въпреки това, нетният ефект върху местната работна сила е ограничен, тъй като повечето чуждестранни студенти напускат България след дипломирането си, за да търсят по-добри кариерни перспективи другаде. Проблемът със задържането на кадри се усложнява от неравномерното разпределение на следдипломното обучение, което води до остър недостиг на кадри в ключови специалности като обща медицина, инфекциозни болести, анестезиология и спешна медицина.

В отговор на това, през юни 2025 г. правителството въвежда целенасочена политика за ограничаване на нарастващата тенденция на емиграция след дипломиране сред студентите по медицина, като обвързва финансираното от държавата медицинско образование с трудови задължения. По-конкретно, 15% от финансираните от държавата места за прием в специалност медицина са свързани с подписването на обвързващи трудови договори от студентите с избрани лечебни заведения. За да се справи с недостига на специалисти, държавата финансира специализантите по обща медицина с над 2,5 пъти по-висока заплата от минималната за страната, което допринася за почти удвояване на броя на завършилите следдипломно обучение по обща медицина между 2022 и 2024 г.

В ярък контраст с това, България е изправена пред сериозен дефицит на дипломирани медицински сестри: броят на дипломираните медицински сестри е повече от пет пъти по-нисък от средната стойност за ЕС, което съответства на ниската осигуреност на медицинските сестри в страната (вж. раздел 4). Този недостиг се дължи на ограничените места в университетите, лошите условия на труд и ниското възнаграждение, които възпрепятстват както набирането, така и задържането на кадри. Неотдавнашни реформи в отговор на този проблем определят медицинските сестри и акушерките като приоритетни специалисти и правят университетските програми за тях безплатни.

Фигура 19. Броят на завършилите медицина се увеличава значително през последното десетилетие, но броят на завършилите медицински сестри остава нисък



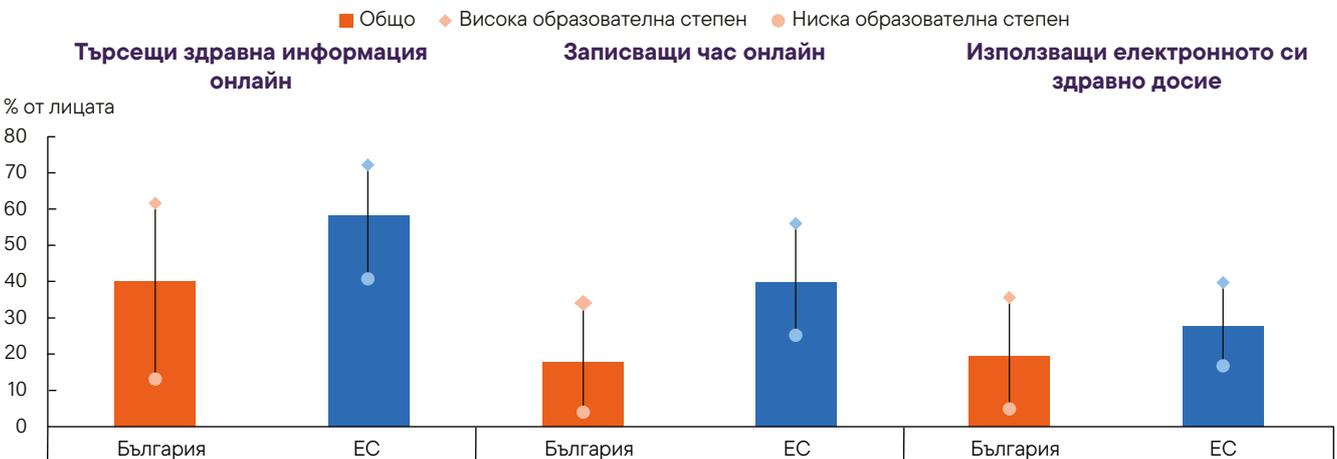
Забележка: Средната стойност за ЕС е претеглена (изчислена от ОИСР).
Източник: OECD Data Explorer (DF_GRAD).

Ниското общо ниво на усвояване и широкото цифрово разделение възпрепятстват напредъка в областта на електронното здравеопазване

Въпреки последните реформи, които значително преобразиха електронното здравеопазване в България (Каре 3), използването на цифрови инструменти за здравеопазване в страната остава относително ниско в сравнение с другите страни от ЕС. Към 2024 г. само около 40 % от хората в България са потърсили здравна информация онлайн, което е увеличение спрямо приблизително 36 % през 2018—2021 г., но все още е значително под средната стойност за ЕС от 58 %. По същия начин онлайн записване за медицински прегледи остава рядкост: около 18 % са резервирали онлайн час за преглед при лекар, в сравнение със средната стойност за ЕС от 40 %. Достъпът до електронни здравни досиета (ЕЗД), макар и да нараства от 10 % през 2020 г. до 19 % през 2024 г., също изостава от средната стойност за ЕС от 28 %.

На този фон България е изправена пред значителни различия, свързани с образованието в използването на цифрови здравни услуги, като неравенствата често са по-големи от средните за ЕС. Например за основни дейности като търсене на здравна информация онлайн, разликата между най-ниско и най-високо образованите в търсенето на здравна информация онлайн е 49 процентни пункта през 2024 г., което е значително повече от средната за ЕС стойност от 32 пункта. При по-интерактивните услуги картината е смесена. Докато разликата при онлайн запазването на часове за посещение при лекар съответства на средната стойност за ЕС, неравенството е най-изразено при достъпа до лични здравни данни: само 5 % от българите с ниска образователна степен имат достъп до своите електронни здравни досиета, в сравнение с 36 % от хората с висока образователна степен, което е по-голяма разлика от средната стойност за ЕС (Фигура 20).

Фигура 20. Разликите, свързани с образованието в използването на цифрови инструменти за здравеопазване, са по-големи в България, отколкото в ЕС



Забележка: Ниската образователна степен се определя като население с не повече от основно образование (нива 0-2 по ISCED), докато високата образователна степен е населението с висше образование (нива 5-8 по ISCED).
Източник: База данни на Eurostat (isoc_ci_ac_i). Данните се отнасят за 2024 г.

Каре 3. България ускорява цифровата трансформация в здравеопазването с реформи в цялата система

България ускорява своята цифрова трансформация в областта на здравеопазването, преминавайки от пилотни проекти към всеобхватно внедряване в цялата система. Последните промени в политиката имат за цел да внедрят цифровите инструменти в предоставянето на здравни услуги, подкрепени от значително финансиране от ЕС чрез Плана за възстановяване и устойчивост и Кохезионния фонд (вж. Каре 2).

Значимо изменение в Закона за здравето от 2024 г. направи електронните здравни досиета (ЕЗД) задължителни за всички медицински дейности както в публичния, така и в частния сектор, като създаде единен цифров здравен профил за всеки гражданин. Законодателството също така официално регулира телемедицината, установява стандарти за дистанционни консултации и налага национална онлайн система за планов прием за болниците, като разширява удобството, което преди беше обичайно само в частните клиники. Тези реформи се основават на разширяващата се Национална здравна информационна система (НЗИС), която вече поддържа милиони електронни рецепти и електронни направления. Промените отговарят на критични предизвикателства пред системата: задължителното въвеждане на ЕЗД намалява фрагментирането на данните, подобрява непрекъснатостта на грижите и създава солидна основа за планиране, основано на доказателства, и контрол на качеството. Единната система за планов прием може да съкрати времето за чакане и да повиши прозрачността за пациентите, а ясните правила за телемедицина са предназначени да разширят достъпа до специалисти извън големите градски центрове.

Основното предизвикателство е превръщането на тази правна и техническа рамка в широко и равноправно използване. Приоритетите за 2025 г. са насочени към: подкрепа за включването на изпълнителите, прилагане на стандарти за оперативна съвместимост за ИТ доставчиците и стартиране на кампании за осведомяване на обществеността, за да се стимулира приемането. Основен акцент е намаляването на цифровото разделение чрез точки за асистиран достъп (като киоски в болниците) и целенасочени инициативи за повишаване на цифровата грамотност. Ключовите рискове, които трябва да се наблюдават, включват разлики в спазване на изискванията от изпълнителите, инциденти, свързани с киберсигурността, и осигуряването на устойчиво финансиране за поддържане и модернизиране на цифровите системи след изчерпване на средствата от ЕС.

Задължителното електронно предписване е в основата на усилията за ограничаване на високата консумация на антибиотици в България

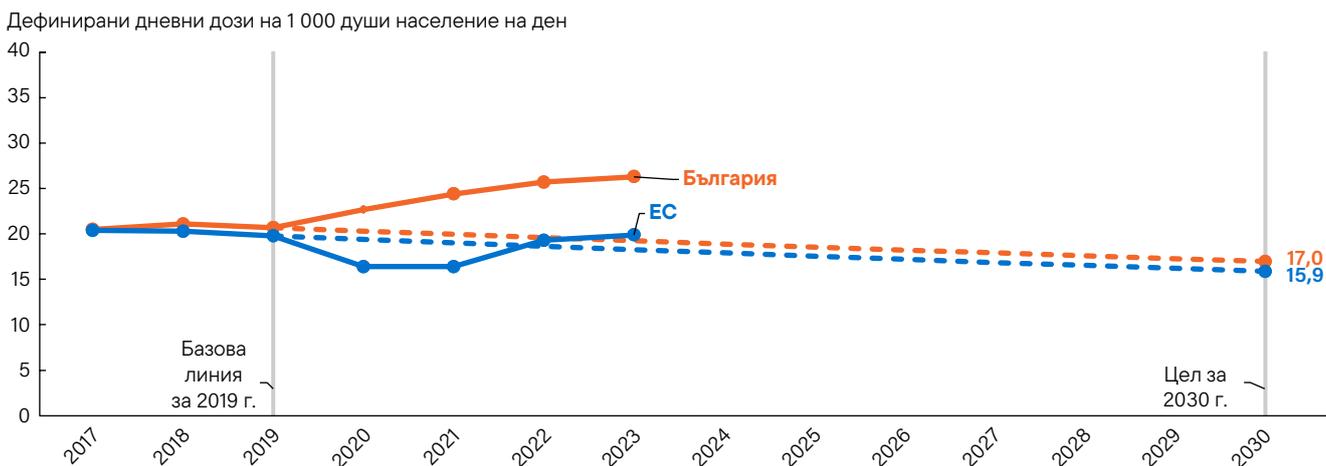
Намаляването на нецелесъобразното използване на антибиотици е основен стълб в усилията за борба с антимикробната резистентност (АМР), приоритет, подкрепен от целите за употреба до 2030 г. на Съвета на ЕС, приети през 2023 г.¹ България е изправена пред особено сериозно предизвикателство: употребата на антибиотици в страната остава сред най-високите в ЕС и, за разлика от повечето страни от ЕС, се е увеличила рязко по време на пандемията и след нея, достигайки 26,3 дефинирани дневни дози (DDD) на 1000 души население на ден през 2023 г., което е с около 30 % над средната стойност за ЕС (Фигура 21). Съставът на употребата също е тревожен, тъй като само 42 % са от групата „Достъп“ на СЗО, която има по-нисък потенциал да доведе до АМР, в сравнение със средната стойност за ЕС от над 60 %. Тези стойности поставят България далеч от целта ѝ за 2030 г., което подчертава неотложната необходимост от ефективна интервенция.

В отговор на това България въвежда задължително електронно предписване на антибиотици като основна политическа мярка. След трудно начало, което включва временно преустановяване за разрешаване на технически проблеми, системата е напълно възстановена през април 2024 г. и сега функционира, като до януари 2025 г. са издадени над 7,1 милиона електронни рецепти. Първите сигнали за нейната ефикасност са предпазливо положителни, като предварителните данни показват спад в продажбите на дребно на антибиотици през 2024 г. за първи път от началото на пандемията. Правителството планира да надгради тази техническа инфраструктура като разшири електронното изписване на рецепти за всички лекарства в рамките на Националната стратегия за здравеопазване 2030.

България в момента формализира по-дългосрочна стратегия чрез Национален план за борба с АМР за 2025-2028 г., който в момента е в процес на приемане. Програмата има за цел да повиши информираността на обществото, да намали мултирезистентните инфекции и да насърчи по-разумното предписване, особено на цефалоспоринови от трето поколение, като

¹ Препоръка на Съвета за засилване на действията на ЕС за борба с антимикробната резистентност в рамките на подхода „Единно здраве“, 2023/С 220/01.

Фигура 21. Употребата на антибиотици в България се увеличава стабилно от 2019 г.



Забележка: Средната стойност за ЕС е претеглена. Графиката показва потреблението на антибиотици в болниците и в извънболничната помощ. Прекъснатата линия илюстрира пътя за постигане на целите до 2030 г.

Източник: ECDC ESAC-Net.

същевременно поставя цели за ветеринарния сектор. В съчетание с техническото прилагане, осигурено от електронното предписване, и подкрепено от участието

в инициативи като EU-JAMRAI-2, този национален план означава по-систематичен подход към справянето с предизвикателството на AMP в България.

6 На фокус: фармацевтични продукти

Бюджетните лимити и възстановяването на надлимитните средства имат за цел да ограничат високите разходи за лекарства

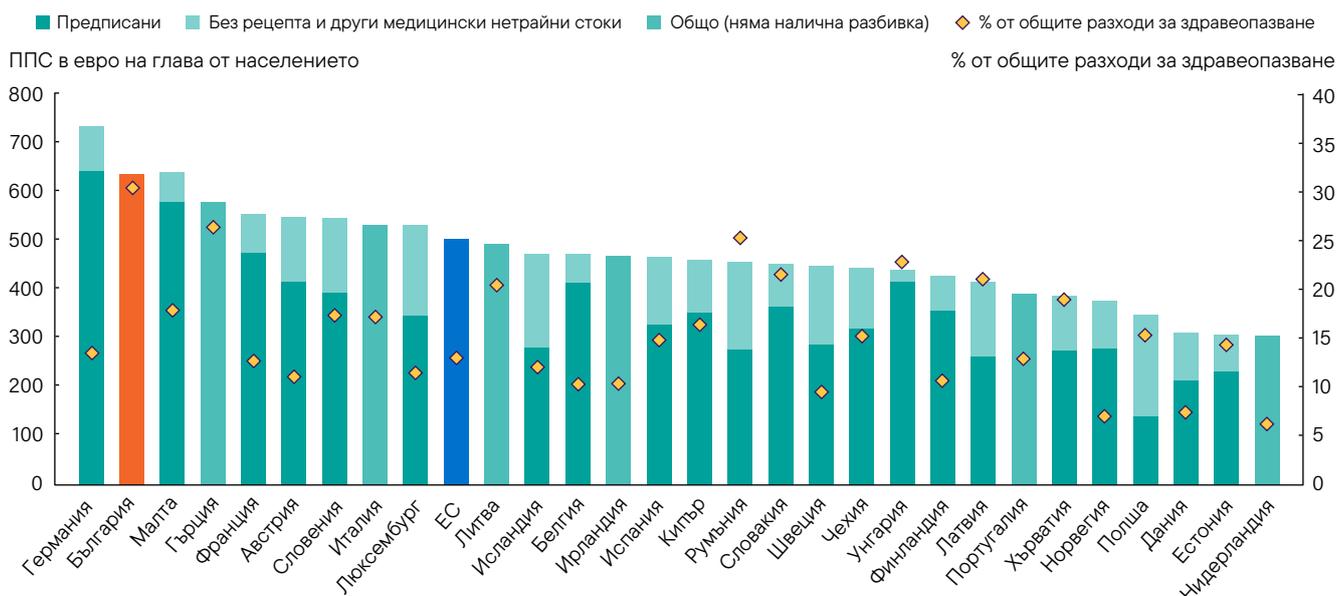
През 2023 г. фармацевтичните продукти, предлагани на дребно, формират 31 % от разходите за здравеопазване в България — най-високият дял в ЕС и далече над средната стойност за ЕС от 13 %. Разходите за лекарства на дребно на глава от населението достигнат 644 евро, в сравнение със средната за ЕС стойност от 510 евро (Фигура 22). Този необичайно висок дял отразява отчасти относителната ценова нееластичност на лекарствата в целия ЕС: когато общите разходи за здравеопазване и БВП са по-ниски, лекарствата поглъщат по-голяма част от бюджета, дори когато обемите или цените не са изключително високи.

За да подобри предвидимостта и да ограничи ръста на разходите, НЗОК прилага от 2018 г. механизъм за контрол на бюджета и възстановяване на надлимитните разходи („clawback“). Реимбурсираните лекарства за извънболнично лечение са групирани в три категории: група А (скъпи лекарства, които изискват предварително одобрение от специализирана комисия), група Б (всички други реимбурсирани

лекарства) и група В (онкологични и други животоспасяващи лекарства). НЗОК договаря годишни (и ревизирани на тримесечие) лимити на разходите за всяка група. Когато действителните разходи надвишат лимита, компаниите възстановяват надвишението пропорционално на пазарния си дял. Механизмът повишава прозрачността и отчетността и води до значителни възстановявания – 59 млн. евро през 2021 г. спрямо 34 млн. евро през 2019 г. – но те не компенсират напълно преразходите и бюджетният натиск върху НЗОК остава (Mitkova et al., 2022).

Ръстът на разходите остава концентриран в група В, като основен фактор са онкологичните лекарства, като терапиите за диабет също допринасят за него. Лекарствата за сърдечно-съдови и неврологични заболявания добавят допълнителен, макар и по-малък, натиск. Предварителните данни за 2024 г. сочат продължаващ растеж, като група В се разраства най-бързо. Макар рамката за ограничаване и възстановяване да засилва бюджетната дисциплина, тя само частично абсорбира шоковете от инфлацията и бързото навлизане на скъпоструващи терапии.

Фигура 22. Разходите за лекарства на дребно на глава от населението са едни от най-високите в ЕС



Забележка: Тази фигура представя разходите за фармацевтични продукти за извънболнично лечение, отпускани в аптеките. Тя не включва лекарства, прилагани в болници, клиники или лекарски кабинети.

Източник: OECD Data Explorer (DF_SHA). Данните се отнасят за 2023 г., с изключение на Норвегия (2022 г.).

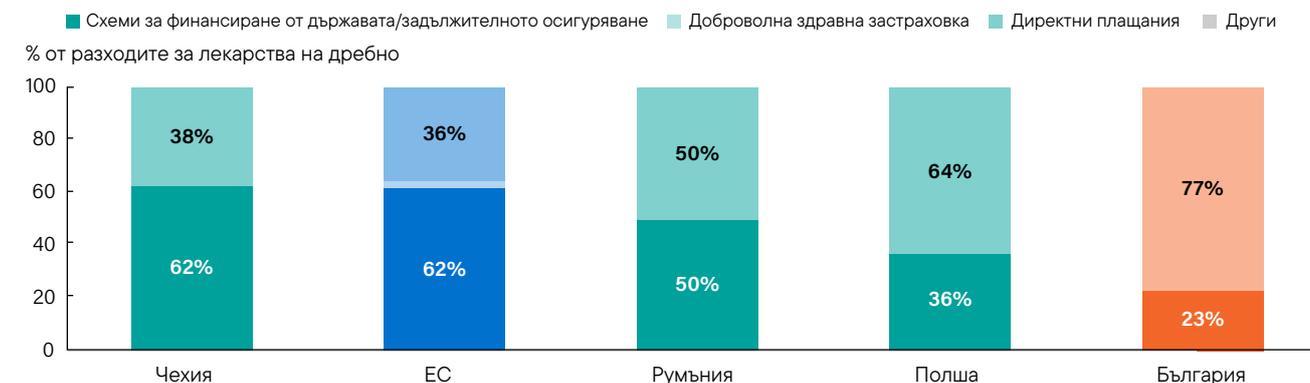
Ограниченото покритие кара домакинствата да плащат по-голямата част от разходите за лекарства на дребно, въпреки че скорошни мерки имат за цел да облекчат тежестта на директните плащания

Рамката на покритие на НЗОК е определена с наредба на Министерството на здравеопазването и се прилага от Надзорния съвет на НЗОК чрез списъка на заболяванията, за които се реимбурсират лекарства, и позитивния лекарствен списък (вж. раздел 5.2). В рамките на обща горна граница на разходите за извънболнична помощ, схемата осигурява 100 % възстановяване на разходите за избрани специализирани лекарства, по-конкретно за онкологично лечение. От друга страна, публичното

покритие на лекарствата на дребно остава изключително ниско: през 2023 г. социалното здравно осигуряване финансира около 23 % от разходите за лекарства на дребно, което е най-ниският дял в ЕС, като домакинствата плащат директно около 77 % (Фигура 23). Това отразява тесния обхват на обезщетенията и процента на доплащанията за много рутинни лекарства за извънболнично лечение, в комбинация с немалката част неосигурено население и ограниченото използване на по-евтини генерични лекарства.

Скорошни мерки имат за цел да засилят финансовата защита: от 2024 г. за всеки от около 52-те активни съставки за сърдечно-съдови заболявания (INN) поне един продукт се реимбурсира изцяло от НЗОК

Фигура 23. По-малко от една четвърт от разходите за лекарства на дребно в България се покриват от НЗОК



Забележка: Средната стойност за ЕС е претеглена.

Източник: OECD Data Explorer (DF_SHA). Данните се отнасят за 2023 г.

(вж. раздел 2). Бюджетът на НЗОК за 2025 г. въвежда допълнително пълно възстановяване на разходите за антибиотици и антивирусни средства, предписани на деца до седем години, считано от 1 юли 2025 г. (Република България, 2025). Тези мерки следва да намалят разходите за пациентите и да подпомогнат спазването на предписанията, но ефектът им зависи от допълващи политики за насърчване на разходноефективното предписване, включително по-широко предписване на генерични лекарства и по-стриктно съгласуване между оценката на здравните технологии (ОЗТ), референтното ценообразуване и договарянето.

Правилата за реимбурсиране забавят достъпа, но осигуряват широко покритие за нови лекарства

Навлизането на пазара и реимбурсирането на нови лекарства се уреждат от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, приет за първи път през 2007 г. и впоследствие изменян. За да се реимбурсират, продуктите трябва да бъдат включени в позитивния лекарствен списък, който обхваща лекарствата, считани за необходими за удовлетворяване на здравните потребности на населението. Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти определя и регистрира максималните цени, като използва външни референтни цени, и поддържа публичен ценови регистър. От януари 2025 г. България участва и в съвместни клинични оценки на равнище ЕС съгласно Регламента за оценка на здравните технологии за онкологични лекарства и лекарствени продукти за модерна терапия. След получаване на разрешение за пускане на пазара в ЕС, иновативните (негенерични) лекарства преминават през централизиран преговори с НЗОК относно отстъпки и условия за възстановяване на надлимитни разходи. Годишните преговори за отстъпки се отнасят и за лекарствата, включени в национални, регионални и общински програми. Освен тези стандартни стъпки, две структурни характеристики допринасят за по-дълги срокове за достъп: изискването лекарството да бъде реимбурсирано в поне 5 от 17 определени държави от ЕС, преди българските власти да разгледат включването му в позитивния лекарствен списък, и годишен бюджетен цикъл, при който новите включвания в списъка обикновено влизат в сила от 1 януари след вземането на решението.

Своевременността и обхватът, отчетени в проучването на EFPIA „Patients W.A.I.T.“, поставят България, макар и само индикативно, сред по-бавните страни, в сравнение със стандартите в ЕС, по отношение на достъпа. За лекарствата, одобрени от ЕС през 2020-2023 г., средният период от разрешаването до реимбурсирането в България е 768 дни, в сравнение със средно 578 дни в ЕС. Към януари 2025 г. обаче 53 % от тези лекарства се реимбурсират на национално ниво, което е над средната стойност за ЕС от 46 %. Това показва, че покритието е относително широко, но забавено (Newton et al., 2025).

Националната цифрова система за проследяване има за цел да намали недостига на лекарства

За да се намали риска от недостиг на лекарства и да се подобри способността на страната да реагира при прекъсване на доставките, в България е внедрена Специализирана електронна система за проследяване и анализ на лекарствените продукти (СЕСПА), управлявана от Българската агенция по лекарствата. СЕСПА изисква от доставчиците, търговците на едро и аптеките да докладват движението на и запасите от лекарства, включени в позитивния лекарствен списък, като осигурява почти в реално време информация за националните запаси и автоматично сигнализира за продуктите, които са изложени на риск. Когато за дадено лекарство бъде определен критичен недостиг, властите могат временно да ограничат износа, за да стабилизируют вътрешното предлагане, докато се организира попълването на запасите. Тези мерки засилват ранното предупреждение и координацията от 2022 г. насам, намалявайки случаите на „липса на запаси“ в аптеките и последващия натиск върху първичната медицинска помощ и болниците. Въпреки това проследяването и контролът на износа не могат да решат проблемите с производствените ограничения нагоре по веригата или внезапните скокове в търсенето, така че периодичният недостиг продължава поради фактори като ограничено предлагане от производителите и скокове в търсенето. По-нататъшното повишаване на издръжливостта ще зависи от по-доброто прогнозиране и доставки (включително съвместни покупки), по-тясното координиране на равнище ЕС и по-тясното свързване на СЕСПА с националните системи за електронно здравеопазване, за да се съгласуват нуждите на складовете, аптеките и лечебните заведения.

Правилата ограничават заместването с генерични лекарства и ограничават потенциалните икономии

В България НЗОК възстановява разходите за извънболнична помощ по референтна цена за определена дневна доза (DDD), обикновено съобразена с най-ниската налична еквивалентна цена. Когато се предприше по-скъпа марка или генерично лекарство, пациентите заплащат разликата. Генеричните лекарства формират около 30 % от продажбите на лекарства по стойност през 2022 г., което е нисък дял по стандартите на ЕС, въпреки високата употреба на генерични лекарства по обем (EFPIA, 2024). Ключово ограничение е, че заместването на ниво аптека не е разрешено: лекарите предписват конкретен продукт, а фармацевтите трябва да отпускат този продукт (оригинален или определен генеричен), ако е наличен. Този модел на предписване поддържа употребата на по-скъпи продукти и повишава директните плащания от пациентите. Въвеждането на Националната здравна информационна система (НЗИС) с електронно предписване позволява систематично наблюдение на предписването на международни непатентни

наименования (INN), употребата на генерични лекарства и навлизането на биоподобни лекарства, което подпомага по-целенасочено управление на разходите за лекарства. Въпреки това, само видимостта на данните е малко вероятно да промени поведението в голям мащаб, като международният опит показва, че са необходими допълнителни лостове. Приложени заедно с надеждно референтно ценообразуване и договаряне, изискванията за предписване на INN с клинично превъзходство, позволяващи заместване от фармацевтите в рамките на референтните групи, диференцираните доплащания, които благоприятстват най-нискоценовите варианти, и бенчмаркингът на предписващите лекари биха помогнали за превръщането на високата осигуреност с генерични лекарства в България в по-големи икономии и по-ниски разходи за пациентите.

Динамичният сектор на клиничните изпитвания контрастира с ограничената база за научноизследователска и развойна дейност

Фармацевтичният сектор в България е сравнително малък, но ориентиран към износ, основан на производството на генерични лекарства и договорно производство от местни участници, заедно с мултинационални предприятия (напр. Балканфарма на Teva). Освен това България служи като ключов център за договорно производство и износ в Централна и Източна Европа, като се възползва от по-ниските производствени разходи

и достъпа до пазара на ЕС. Тази ориентация обаче означава, че местната промишленост е насочена към възпроизвеждане на съществуващи продукти, а не към научноизследователска и развойна дейност на оригинални продукти. Вложенията в иновации остават ограничени: научноизследователската и развойна дейност на фармацевтичните предприятия се движи около 10 милиона евро годишно през последните години, а международното патентоване от заявители, базирани в България, е незначително.

В контраст с това, клиничните изследвания са сравнително динамични: през 2024 г. България е регистрирала малко над 21 клинични изпитвания на милион души население, което е над средната стойност за ЕС, като изпитванията са предимно спонсорирани от индустрията и около една трета от тях са в ранни фази, което е малко под средната стойност за ЕС. Този профил отразява конкурентни по отношение на разходите изпитвания и експериментални центрове, но и слаба научна база и ограничено рисково финансиране. Политическата подкрепа е по-скоро обща, отколкото специфична за сектора, и се фокусира върху нисък корпоративен данък от 10 %, схеми за насърчаване на инвестициите и иновационни програми, финансирани от ЕС, с целеви инструменти за фармацевтични научноизследователски и развойни дейности и публични безвъзмездни средства, използвани селективно за клинична инфраструктура и технологични подобрения.

- Продължителността на живота в България остава най-ниската в ЕС – 75,9 години през 2024 г., което е с почти шест години под средна стойност за ЕС, с голяма разлика от 7,4 години между половете. Смъртността се дължи предимно на сърдечно-съдови заболявания, които са причина за повече от 60 % от смъртните случаи, с висока честота и признаци за по-лоша преживяемост след инциденти, въпреки че реформата от 2024 г., която предвижда пълно възстановяване на разходите за основни сърдечно-съдови лекарства, показва ранни положителни резултати. Бързото застаряване и високата полиморбидност увеличават натиска, докато наблюдаваните равнища на рак са понижени от конкурентни сърдечно-съдови рискове и възможен недостиг на диагностика.
- Поведенческите и екологичните рискове водят до висока смъртност в България, представляваща 36 % от смъртните случаи в сравнение с 29 % в ЕС. Пушенето сред възрастните остава най-високо в ЕС, а употребата на тютюн и електронни цигари сред подрастващите е широко разпространена, като употребата на алкохол също е повишена. Въпреки че затлъстяването сред възрастните е относително ниско, лошото хранене и едно от най-ниските нива на физическа активност в ЕС водят до нарастване на затлъстяването сред подрастващите. Скоростни мерки включват по-висок акциз върху тютюна и стандарти за хранене в училищата, но рисковите фактори остават концентрирани сред по-малко образованите групи.
- България разполага с централизирана система за социално здравно осигуряване с единствен купувач и „пазещи входа“ на системата общопрактикуващи лекари, но ниското публично финансиране води до това, че домакинствата поемат най-високия дял от разходите за здравеопазване в ЕС. Разходите са концентрирани в болниците и фармацевтичните продукти в ущърб на извънболничната помощ и превенцията. Въпреки над средната осигуреност с лекари, първичната медицинска помощ е слаба, а сериозният недостиг на медицински сестри води до съотношение 1:1 между медицински сестри и лекари, което е наполовина от средното за ЕС. Тази комбинация между финансиране и работна сила ограничава ефективното покритие и затруднява непрекъснатостта на грижите за хронични заболявания.
- Предотвратимата смъртност в България остава сред най-високите в ЕС: смъртните случаи, които могат да бъдат предотвратени с добра превенция, се увеличават по време на пандемията, а смъртността, предотвратима чрез добро лечение не отбелязва значително подобрение през последното десетилетие и е повече от два пъти по-висока от средна стойност за ЕС. Основните причини за това са инсултът и исхемичната болест на сърцето. Въвеждат се политически мерки: безплатни лекарства за сърдечно-съдови заболявания, нови центрове за интервенционно лечение на инсулти и преминаване към популационно-базиран скрининг за рак, включително скрининг за рак на шийката на матката, стартиран през 2025 г., и планове за скрининг за рак на дебелото черво. В същото време ваксинацията остава ниска, особено за HPV, което подчертава необходимостта от съчетаване на реформи в услугите с по-силна превенция и комуникация.
- Пропуските в покритието и структурата на финансирането продължават да затрудняват достъпа и финансовата защита в България, като според оценки 6-12 % от гражданите са без здравна осигуровка. Премахването на болничните лимити през 2024 г. следва да намали забавянията, но засилва необходимостта от по-стратегическо заплащане на болничната помощ. Общественото покритие е широко за болнична помощ, но недостатъчно за извънболнична помощ и лекарства, което води до най-високия дял на разходите, покривани от пациентите в ЕС и широко разпространени катастрофални разходи, главно за фармацевтични продукти. Географските дисбаланси в работната сила допълнително ограничават достъпа, което е адресирано с нови стимули и национална стратегия до 2027 г.
- Болничният сектор в България е прекалено голям и неефективен: осигуреността с легла е с повече от 50 % над средната стойност за ЕС, процентът на изписванията е над два пъти по-висок, но заетостта е само 57 %, а престоят е кратък, което показва модел на грижи с голям обем и ниска ефективност. Лесният достъп и финансовите стимули за болниците, основани на плащанията за случай, насочват търсенето към болниците. Премахването на лимитите за плащания през 2024 г. освободи достъпа и предизвика задължения и увеличени бюджетни дефицити, въпреки по-голямата бюджетна рамка на НЗОК за 2025 г. Мерките за работната сила увеличават възможностите за прием на студенти по медицина и разширяват финансирането за обучението на общопрактикуващите лекари, но недостигът на медицински сестри продължава. Използването на цифрови технологии от пациентите остава ниско, докато усилията за борба с антимикробната резистентност се основават на задължителното електронно изписване на рецепти.
- Поради сравнително малките си общи разходи за здравеопазване, България отделя голяма част за лекарства. Лимитите и връщането на надлимитни разходи подобряват прозрачността и генерират възстановяването на средства, но преразходът продължава. Публичното покритие за извънболнична помощ е най-ниското в ЕС, което оставя домакинствата да покриват директно около три четвърти от разходите. Скоростни мерки облекчават разходите за лекарства за сърдечно-съдови заболявания и за деца. Достъпът до нови лекарства е широк, но се забавя от правилата за включване в позитивния лекарствен списък и бюджетните цикли. Макар че националната система за проследяване значително подобрява управлението на недостига, предписването на оригинални лекарства и липсата на заместване в аптеките ограничават спестяванията от използване на генерични лекарства.

ОСНОВНИ ИЗТОЧНИЦИ

OECD/European Commission (2024), Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

Dimova A, Rohova M, Polin K. (2024), Bulgaria: Health System Summary, 2024. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe; 2024.

ИЗТОЧНИЦИ

Министерски съвет (2023), Национален план за борба с рака в Република България 2027. София: Министерски съвет / Министерство на здравеопазването. Достъпен на: <https://www.strategy.bg/bg/strategy-documents/1588>

EFPIA (2024), The Pharmaceutical Industry in Figures: 2024.

European Commission (2022), Proposal for a Council Recommendation on strengthening prevention through early detection: A new EU approach on cancer screening replacing Council Recommendation 2003/878/EC [COM(2022) 474 final].

Kostadinov, S., Stefanova, P., Georgiev, A., Vasileva, R., Kamburova, M., & Stoilova, I. (2023), Restrictions on access to medical care for the uninsured in Bulgaria. *European Journal of Public Health*, 33(Suppl. 2), ckad160.1113.

Newton M. et al. (2025), EFPIA Patients WAIT Indicator 2024 Survey, European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.

Сметна палата (2025), Одитен доклад на Сметната палата №0400102825 за извършен финансов одит на консолидирания годишен финансов отчет на Националната здравноосигурителна каса за 2024 г. София: Сметна палата на Република България. PDF е достъпен чрез интернет страницата на Националната

здравноосигурителна каса (НЗОК): <https://www.nhif.bg> → За НЗОК / Финансови отчети на НЗОК / Годишни финансови отчети

OECD (2021), Preventing Harmful Alcohol Use, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, doi:10.1787/6e4b4ffb-en.

OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Bulgaria 2025, OECD Publishing, doi:10.1787/c6533317-en.

Република България (2025), Закон за бюджета на НЗОК за 2025 г.

Simeonova-Ganeva, R. I., & Ganev, K. I. (2025), Healthcare workforce shortages: Evidence from communist and postcommunist Bulgaria. *Comparative Southeast European Studies*, De Gruyter, vol. 73(1), pages 82-100. Available at: <https://ideas.repec.org/a/bpj/soeuro/v73y2025i1p82-100n1001.html>.

World Cancer Research Fund International (2023), Nutrition policy status in Bulgaria: NOURISHING policy index country snapshot (May 2023). London: World Cancer Research Fund International. Available at: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2024/11/Bulgaria-NOURISHING-snapshot-May-2024.pdf>

Абревиатури на страните

Австрия	AT	Дания	DK	Италия	IT	Малта	MT	Румъния	RO	Франция	FR
Белгия	BE	Естония	EE	Кипър	CY	Нидерландия	NL	Словакия	SK	Хърватия	HR
България	BG	Ирландия	IE	Латвия	LV	Норвегия	NO	Словения	SI	Чехия	CZ
Германия	DE	Исландия	IS	Литва	LT	Полша	PL	Унгария	HU	Швеция	SE
Гърция	EL	Испания	ES	Люксембург	LU	Португалия	PT	Финландия	FI		



State of Health in the EU

Здравни профили на страните 2025

Здравните профили на страните са ключов елемент от цикъла „Състоянието на здравеопазването в ЕС“ на Европейската комисия, проект за обмен на знания, разработен с финансовата подкрепа на Европейския съюз.

Тези профили са резултат от сътрудничеството между Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и European Observatory on Health Systems and Policies, които работят съвместно с Европейската комисия. Въз основа на последователна методология, използваща както количествени, така и качествени данни, анализът обхваща най-новите предизвикателства и развития в областта на здравната политика във всяка страна от ЕС/ЕИП.

Изданието на „Профили на здравеопазването в страните“ за 2025 г. предоставя синтез на различни критични аспекти, включително:

- настоящото състояние на здравеопазването в страната;
- детерминанти на здравето, с конкретен акцент върху поведенческите рискови фактори;
- структурата и организацията на здравната система;
- ефективността, достъпността и издръжливостта на здравната система;
- отчет за фармацевтичния сектор и политиките в страната.

Допълнение към основните констатации на профилите на здравеопазването в страните е *обобщаващият доклад*.

За повече информация, моля, вижте: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu_en

Моля, цитирайте тази публикация като: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), *Здравни профили на страните 2025: България. State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.