

# **„Надпартиен консенсус за ускорено развитие на здравеопазването 2021-2025“**

Инициатива „Заедно за повече здраве“

Български лекарски съюз, Български фармацевтичен съюз, Асоциация на научноизследователските фармацевтични производители

БТА, 02.03.2021 г.

# Проучване на Алфа Рисърч за предаването „Референдум“ , БНТ

КОИ СА НАЙ-ВАЖНИТЕ ТЕМИ, ПО КОИТО ИСКАТЕ  
ДА ЧУЕТЕ ПОЗИЦИЯТА НА ПАРТИИТЕ?

АНКЕТИРАНИТЕ СА ДАВАЛИ ДО ПЕТ ОТГОВОРА

ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

**82.8%**

ОБРАЗОВАНИЕ

**66.8%**

СОЦИАЛНА ПОЛИТИКА

**50.4%**

ИКОНОМИКА

**48.4%**

ПРАВОСЪДИЕ

**47.5%**

 **ALPHA**  
RESEARCH



trend

 *Заедно за*  
ПОВЕЧЕ ЗДРАВЕ

# Нагласи на българите към здравната система



## Паспорт на изследването

Реализация на изследването: „Тренд“

Източник на финансиране: Асоциация на научноизследователските фармацевтични производители в България (ARPharm)

Размер на извадка: 1005 ефективни интервюта с респонденти на възраст 18+ (август 2020) ;  
1008 ефективни интервюта с респонденти на възраст 18+ (октомври 2019)

Представителност: За пълнолетното население на страната

Метод на регистрация: Пряко полустандартизирано интервю „лице в лице“

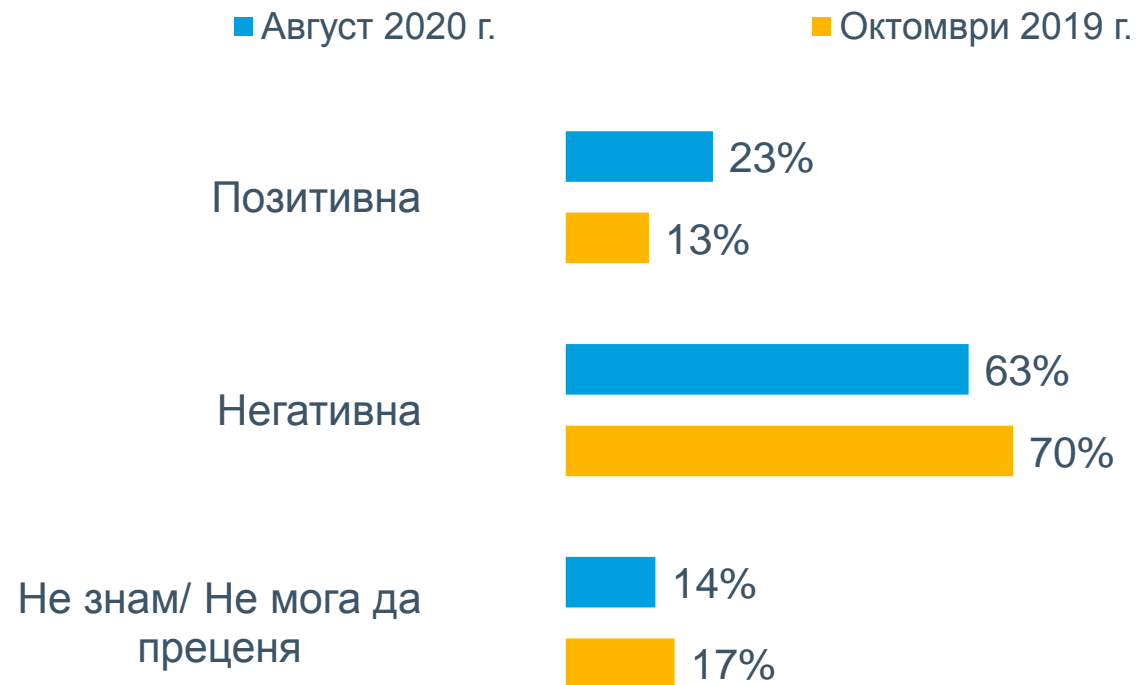
Период на провеждане: 12-19 август 2020 г.  
1-8 октомври 2019 г.

Размер на статистическата грешка:  $\pm 3.1\%$

Според Вас лично в последните години българската здравна система в позитивна или негативна посока се развива?

Спонтанен отговор

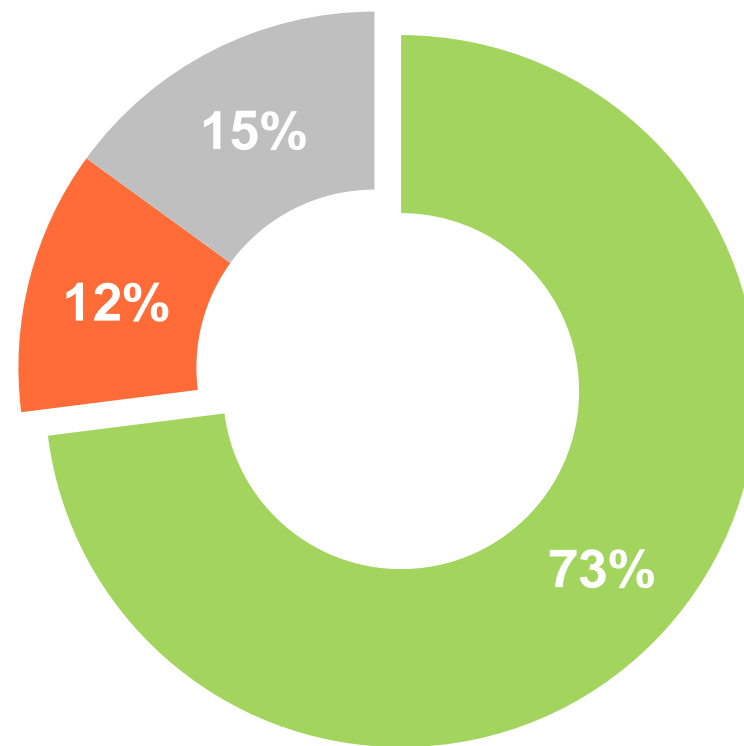
Един отговор



Според Вас лично има ли или няма нужда от допълнителни инвестиции в системата на здравеопазването заради евентуални епидемии, подобни на тази от COVID-19?

Спонтанен отговор

Един отговор



■ Има нужда

■ Няма нужда

■ Не знам/ Не мога да преценя

Според Вас лично  
на кое в най-  
голяма степен се  
дължат  
проблемите в  
българското  
здравеопазване?

Въпрос с предварително  
зададени опции

Един отговор



## Според Вас лично какво е необходимо да се направи, за да се повиши качеството на здравните услуги в България?

Спонтанен отговор

Повече от един отговор

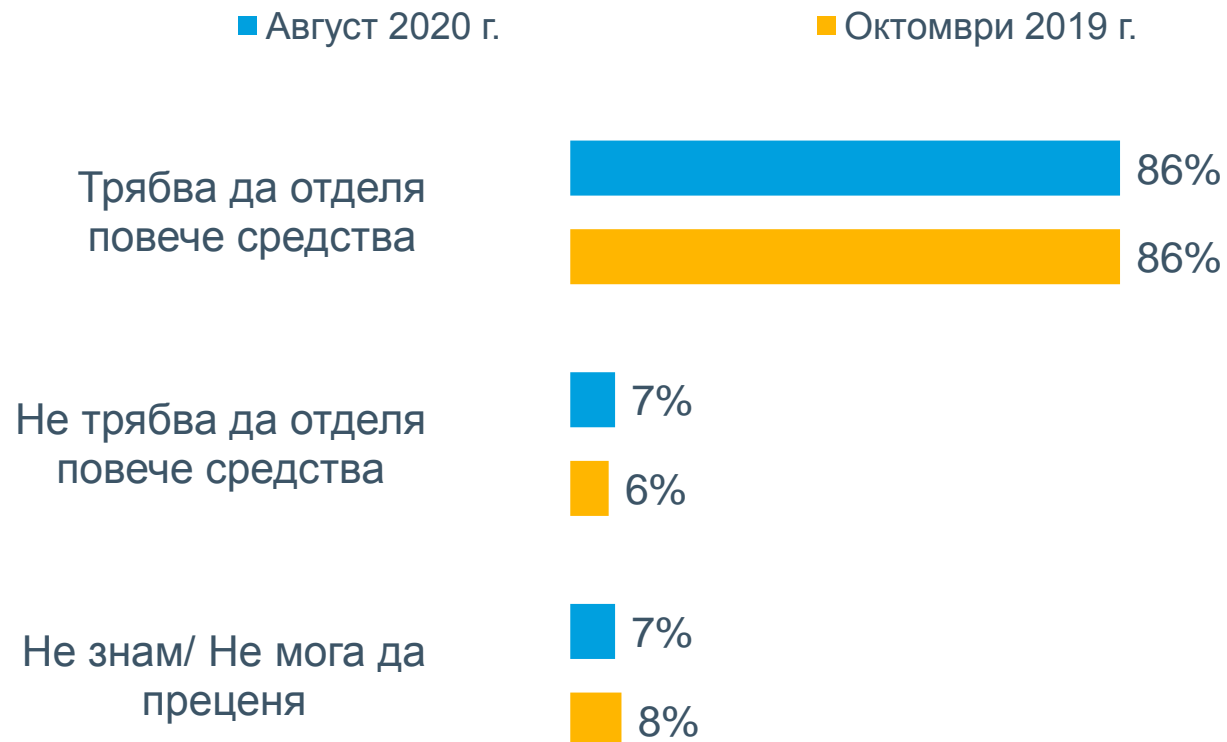
Повече средства за здравеопазване/ Повече финансиране, инвестиции	12%
Мотивация/ Повишаване на заплатите на медиците и здравните работници	11%
Материалната база (подобряване), модернизация	5%
Отговорно отношение, внимание към пациентите, качествено обслужване	5%
Да се премахне търговският принцип/ Лекарите да лекуват, а да не търгуват със здраве	5%
Достъпно здравеопазване/ По-ниски цени на лекарства и услуги	5%
Квалификация на кадрите, по-добри специалисти	4%
Безплатно здравеопазване/ Финансиране на здравната система изцяло от държавата	4%
Контрол върху качеството на лечението	3%
Нормативна база	3%
Подобряване състоянието на болниците, вкл. извън големите градове	3%
Повишаване ефективността на лечението, качество	2%
Да има повече здравни работници/ лекари и медицински сестри/	2%
Лошо управление и законодателство/ Цялостна реформа на системата	2%
Борба с корупцията в системата	2%
Друго	8%
Не мога да преценя/ Без отговор	22%



Според Вас лично  
трябва ли или не  
трябва държавата  
да отдели повече  
средства за  
здравеопазване?

Спонтанен отговор

Един отговор



Вие лично съгласни ли сте или не сте съгласни с всяко от следните твърдения, отнасящи се за българската здравна система:

Въпрос с предварително зададени опции

Повече от един отговор

Парите за здравеопазване трябва да се харчат по-ефективно

Трябва да се правят повече инвестиции в модернизиране на болници

Трябва да се осигурят повече лекари-специалисти

Трябва да се осигури по-добър и навременен достъп до лекарства

Здравеопазването трябва да се разглежда като инвестиция, а не като разход

Трябва да се увеличат финансовите средства, които държавата отделя за здравеопазване

Всеки български гражданин трябва да плаща повече за медицински услуги и лекарства

Съгласен(а) съм		Не съм съгласен(а)		Не знам/ Не мога да преценя	
08 '20	10 '19	08 '20	10 '19	08 '20	10 '19
96%	96%	1%	1%	3%	3%
96%	95%	1%	1%	3%	4%
96%	94%	1%	1%	3%	5%
95%	95%	1%		4%	5%
89%	88%	3%	2%	8%	10%
87%	87%	6%	5%	7%	8%
10%	8%	82%	83%	8%	9%



**Адрес:** ул. „Николай Хайтов“ №2Г, ет. 2, офис 2  
1113 София

**Телефон:** +359 886 31 76 73

**Имейл адрес:** [office@rctrend.bg](mailto:office@rctrend.bg)

**Сайт:** [www.rctrend.bg](http://www.rctrend.bg)

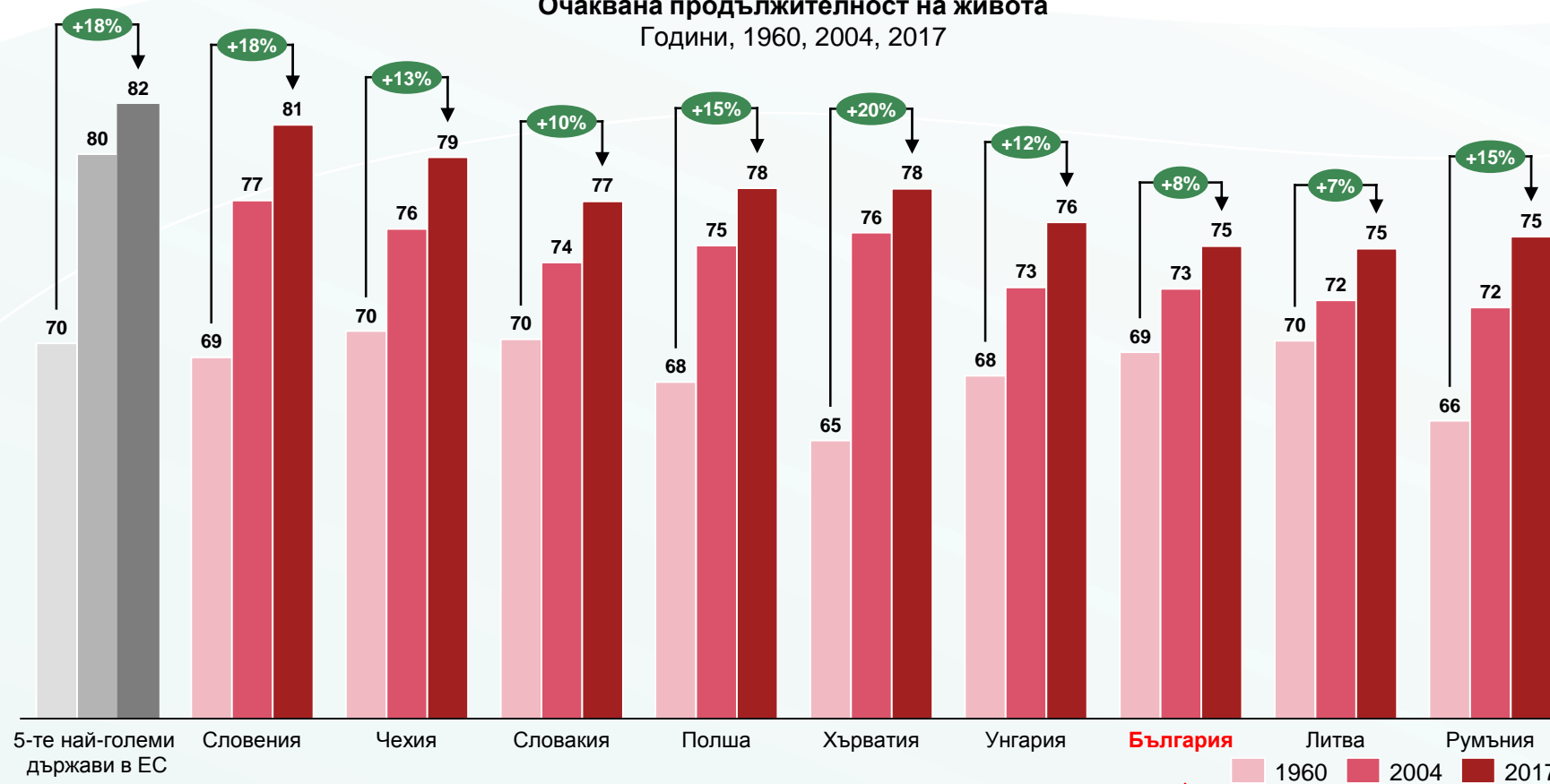
# Какви здравни резултати „произвежда“ българското здравеопазване?



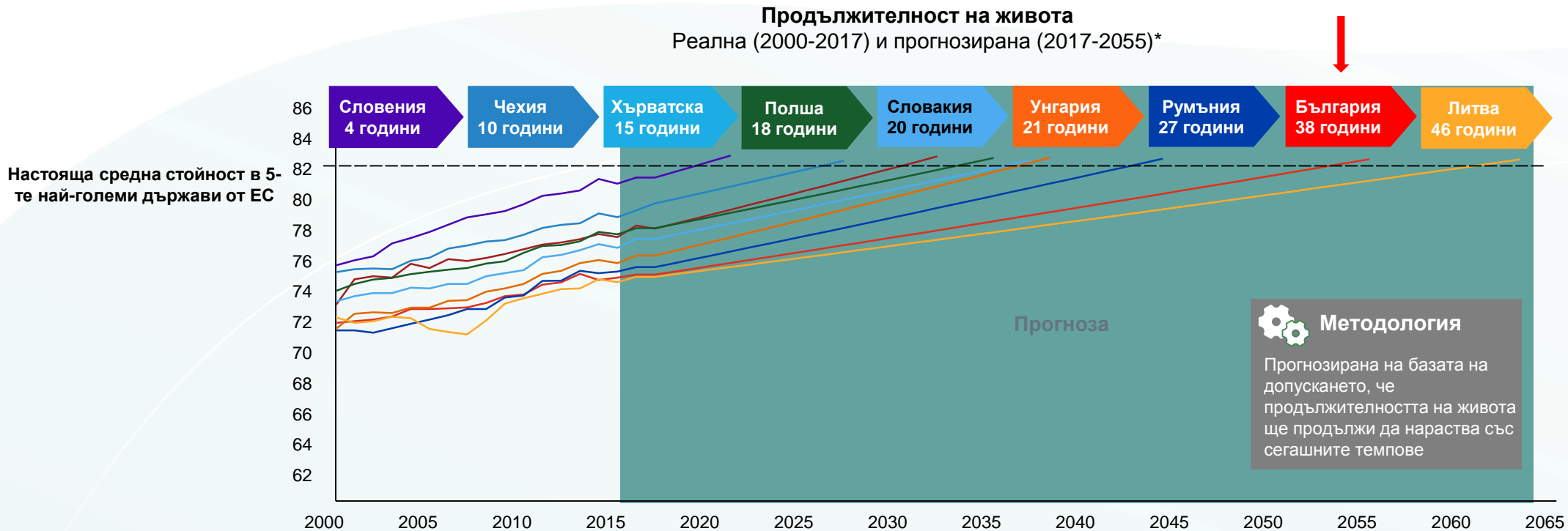
# Продължителността на живота се е увеличила, но българите все още живеят **7 години по-малко** отколкото гражданите на 5-те най-големи държави в ЕС

Продължителността на живот в 5-те най-големи държави от ЕС е настанала с **12 г.** от 1960 в сравнение със само **5 г.** в България

Очаквана продължителност на живота  
Години, 1960, 2004, 2017



# Със сегашните темпове на развитие на здравеопазването ще са ни нужни 38 години, за да догоним средната продължителност на живота в 5-те най-големи държави от ЕС (82 години)



- Ако продължителността на живота 5-те най-големи държави от ЕС продължи да расте със сегашните си темпове - периодът на наваксване ще бъде още по-дълъг, като за Чехия, например, ще отнема 22 години, вместо 10.



# Предотвратимата смъртност в България е близо 3 пъти по-висока, отколкото в 5-те най-големи държави от ЕС

13 580 предотвратими смъртни случаи годишно в България срещу 5 250 за същото население в 5-те най-големи държави от ЕС

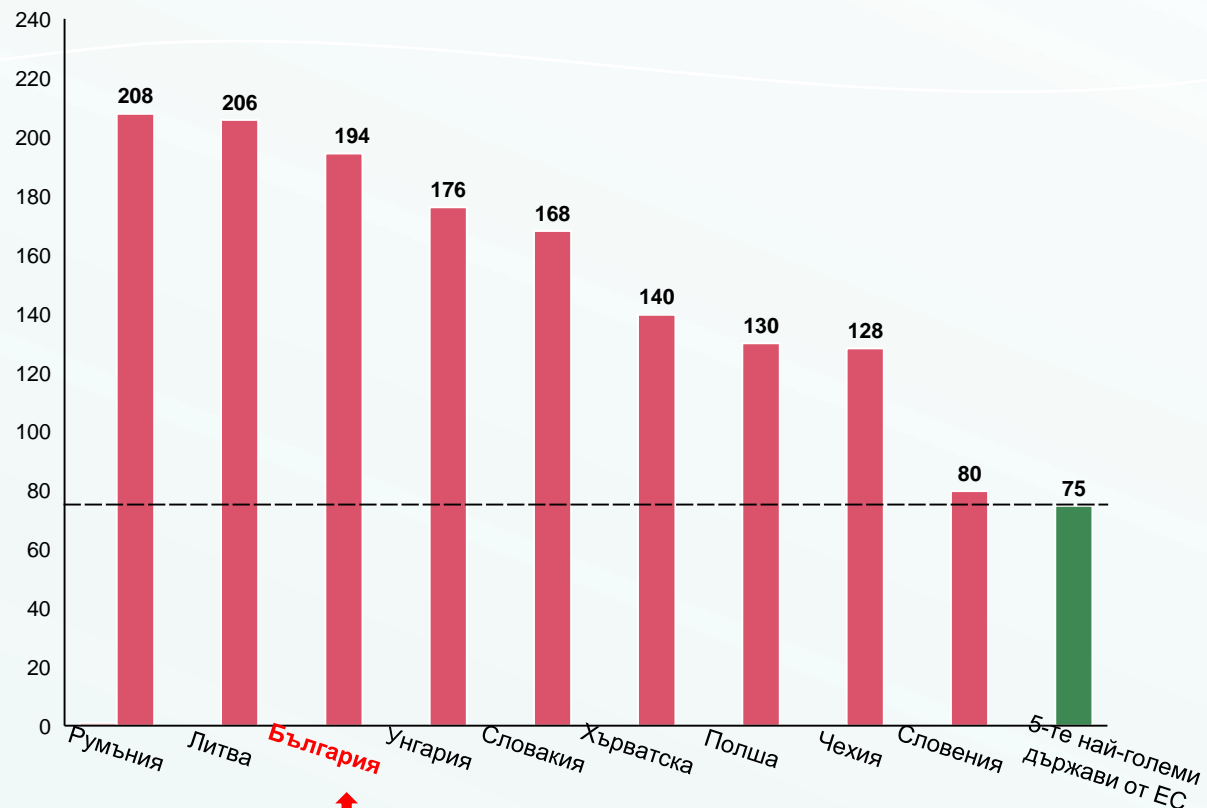
Показателят предотвратима смъртност измерва процента смъртност от кошница от заболявания, които могат да бъдат предотвратени при оптимално качество на здравеопазването.



## Методология

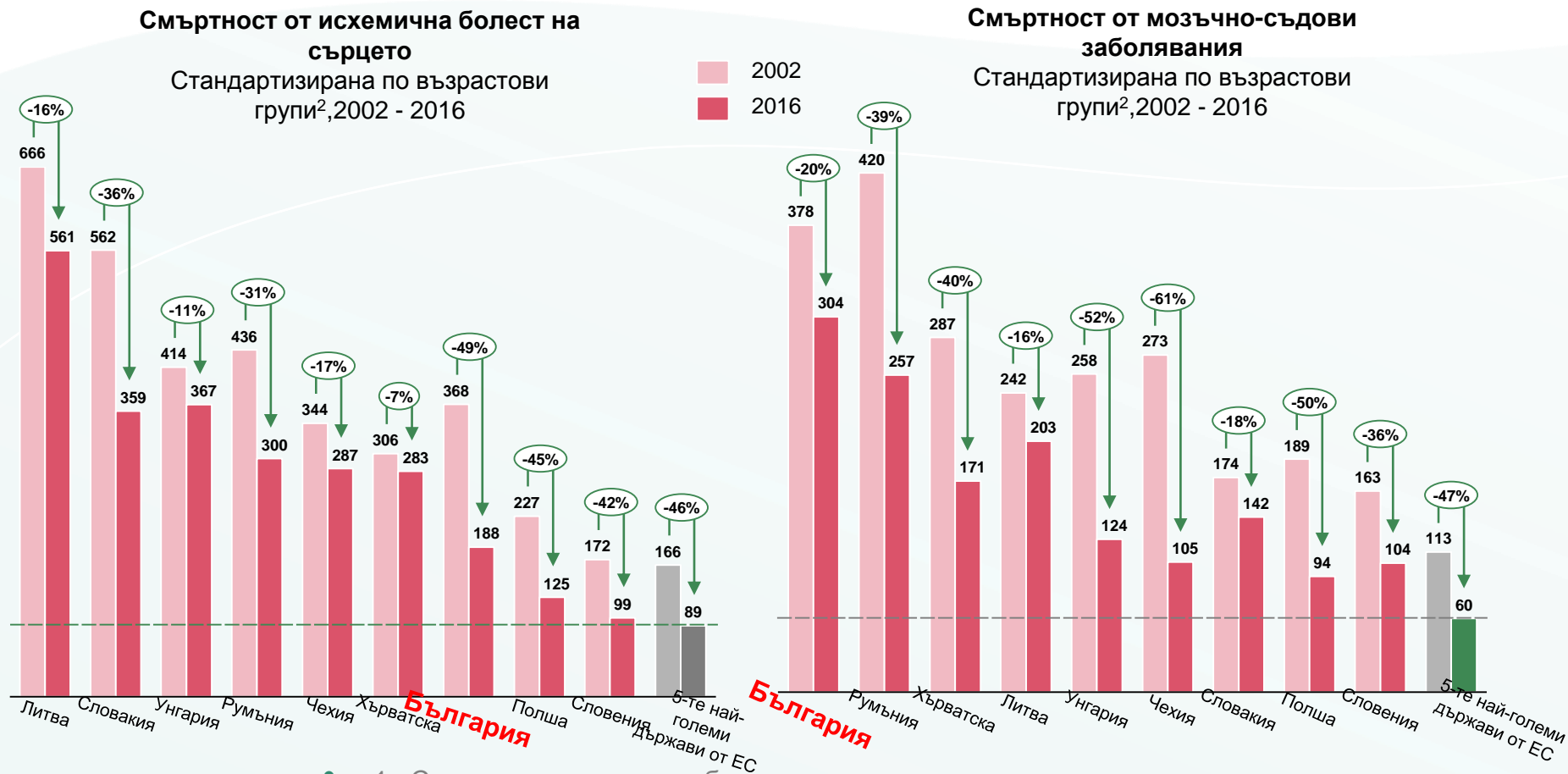
Стандартизиране по възрастови групи: смъртните случаи се стандартизират по възрасти, за да се отчете различната възрастова структура в държавите. Процентът се определя като претеглена средна величина в определени възрастови групи на 100 000 население.

**Предотвратима смъртност**  
Смъртни случаи на 100,000 население, стандартизирани по възрастови групи  
2016



# Смъртността от сърдечно-съдови заболявания в България намалява, но все още е два до три пъти по-висока от тази в 5-те най-големи държави от ЕС

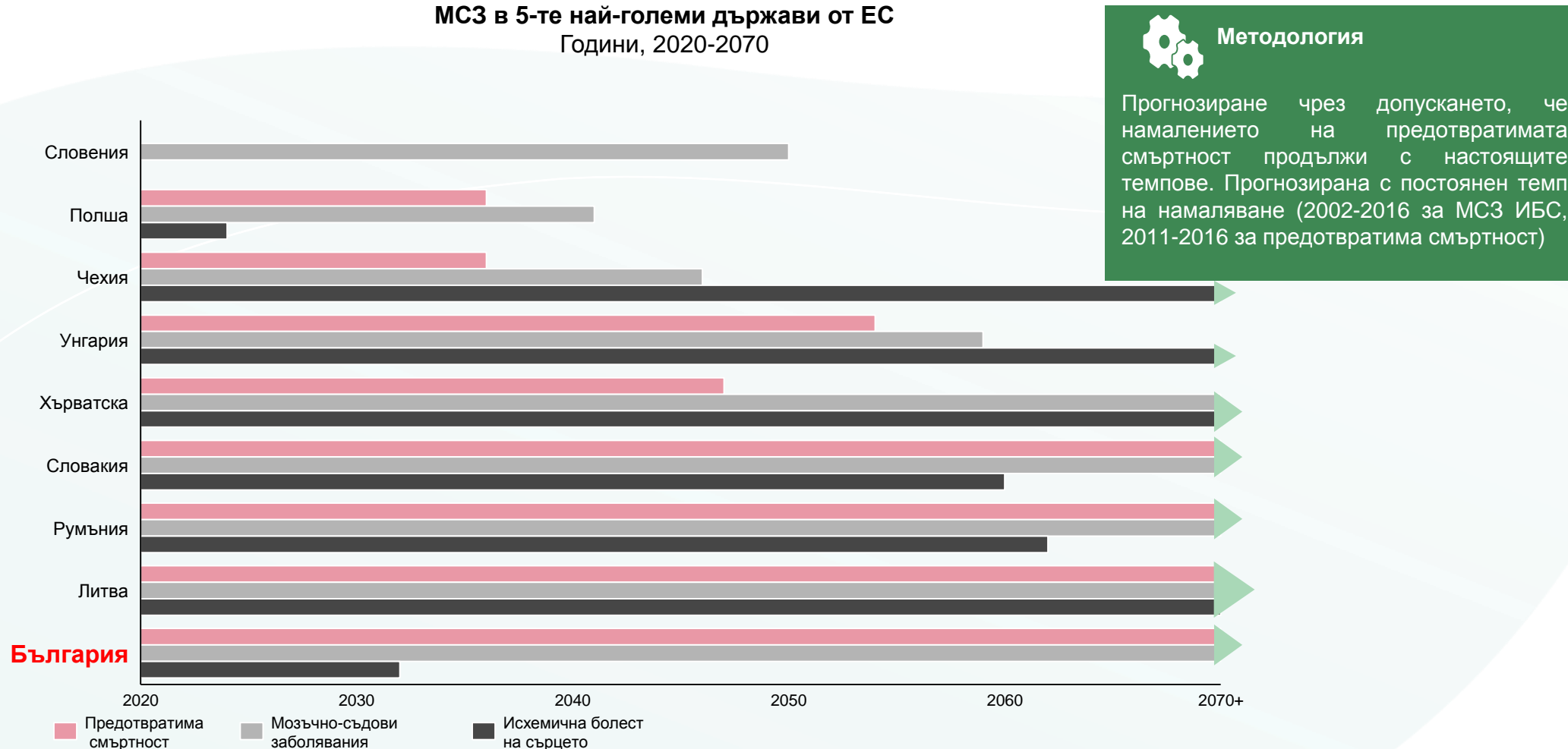
34 440 българи умират годишно от ИБС и МСЗ спрямо 10 430 за същото население в 5-те най-големи държави от ЕС



- 1. Сърдечно-съдовите заболявания са група нарушения на сърцето и кръвоносните съдове. Две основни заболявания в тази група са коронарна болест на сърцето (исхемична) и мозъчно-съдова болест
- 2. За дефиниция на стандартизирани по възраст нива на смъртност, вижте слайд 7.

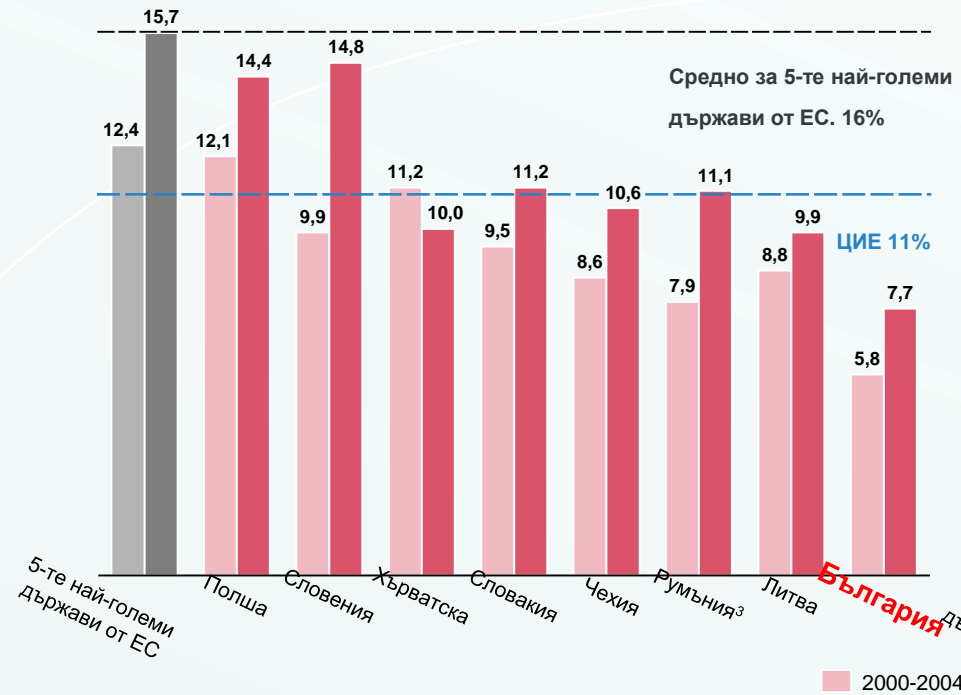
# Със сегашните темпове на развитие на здравеопазването ще ни отнеме повече от 50 години, за да догоним 5-те най-големи държави от ЕС

Очакван период на догонване на настоящите нива на предотвратима смъртност и смъртност от ИБС и МСЗ в 5-те най-големи държави от ЕС  
Година, 2020-2070

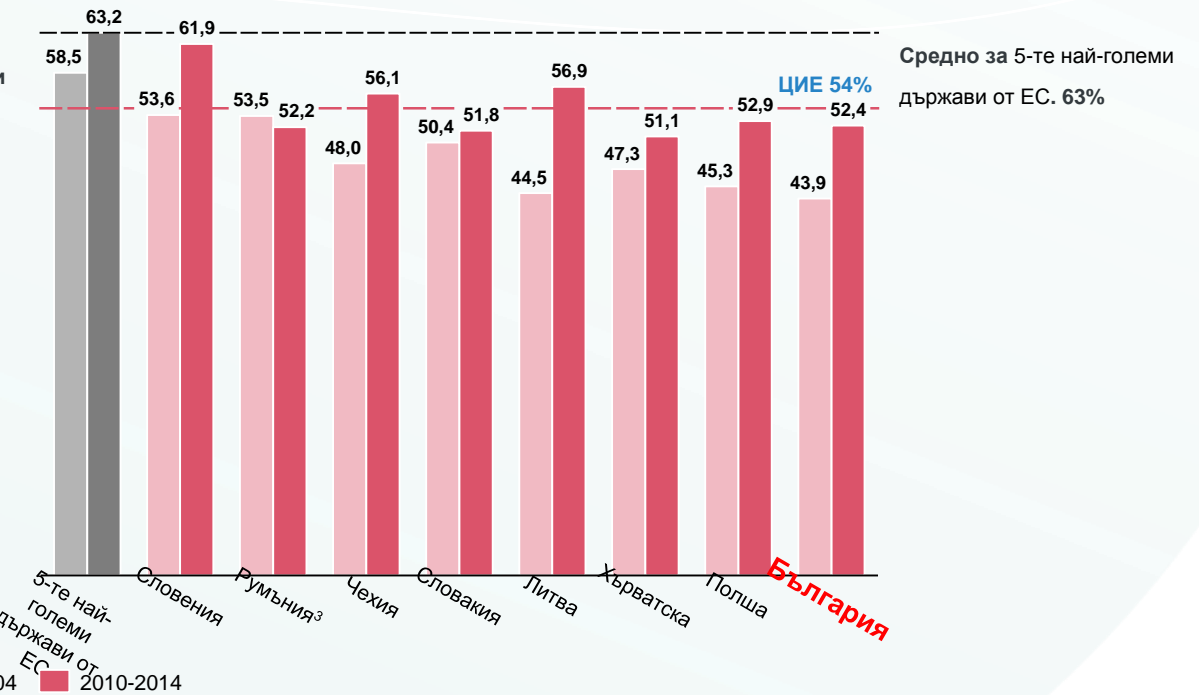


# Пациент, диагностициран в България между 2010 и 2014 с рак на белия дроб е имал два пъти по-малък шанс да преживее 5 години в сравнение с пациент със същата диагноза в 5-те най-големи държави от ЕС

**5-годишна преживяемост<sup>1</sup> за пациенти с РБЛ**  
%, стандартизирана по възрастови групи<sup>2</sup>, пациенти диагностицирани между 2000-2004 и между 2010-2014

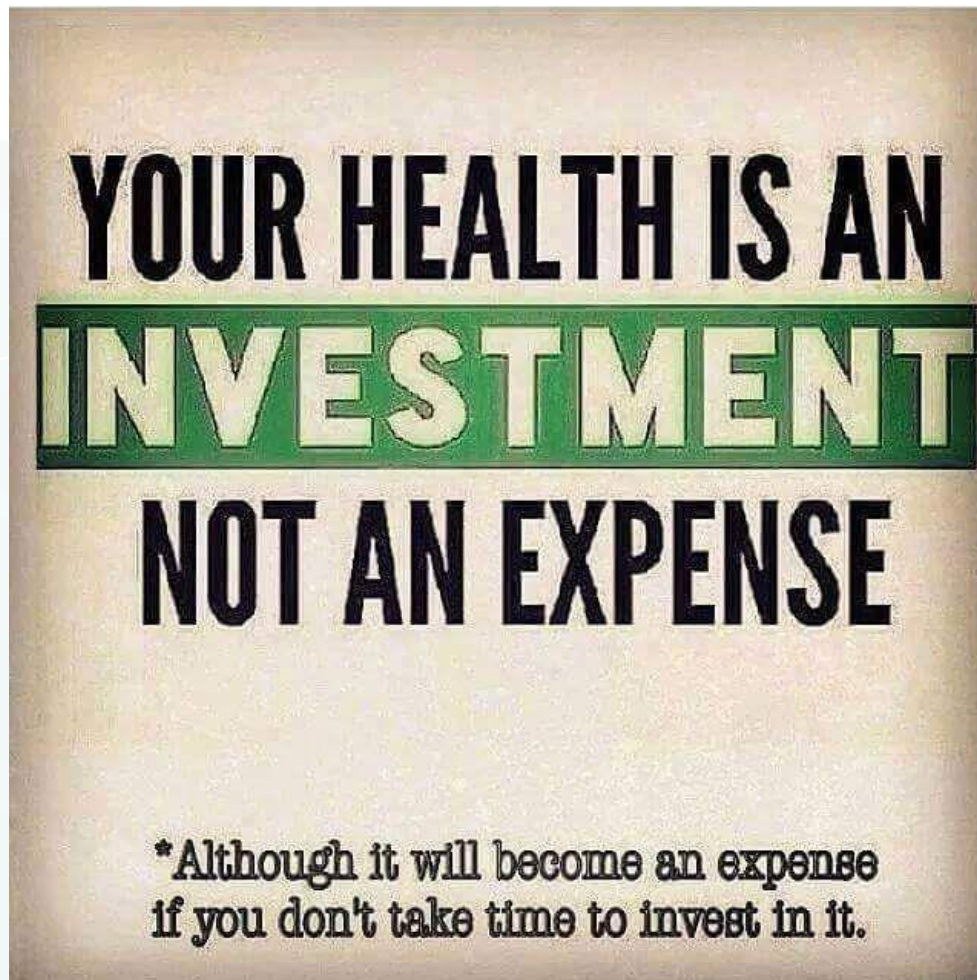


**5-годишна преживяемост<sup>1</sup> за пациенти с рак на дебелото черво**  
%, стандартизирана по възрастови групи<sup>2</sup>, пациенти диагностицирани между 2000-2004 и между 2010-2014



1. Използват се краткосрочни прогнози за 5-годишна преживяемост за пациенти, които са били диагностицирани с рак през 2000-2004 (и 2010-2014). Степента на оцеляване се изразява в нетно изражение (за отчитане на международните разлики във фонов риск от смърт)
2. За дефиниция на стандартизирани по възраст нива на смъртност, вижте слайд 7.
3. Данните за Румъния са за 2005-2009 г., тъй като липсват данни за 2000-2004 г. За Унгария липсват данни.

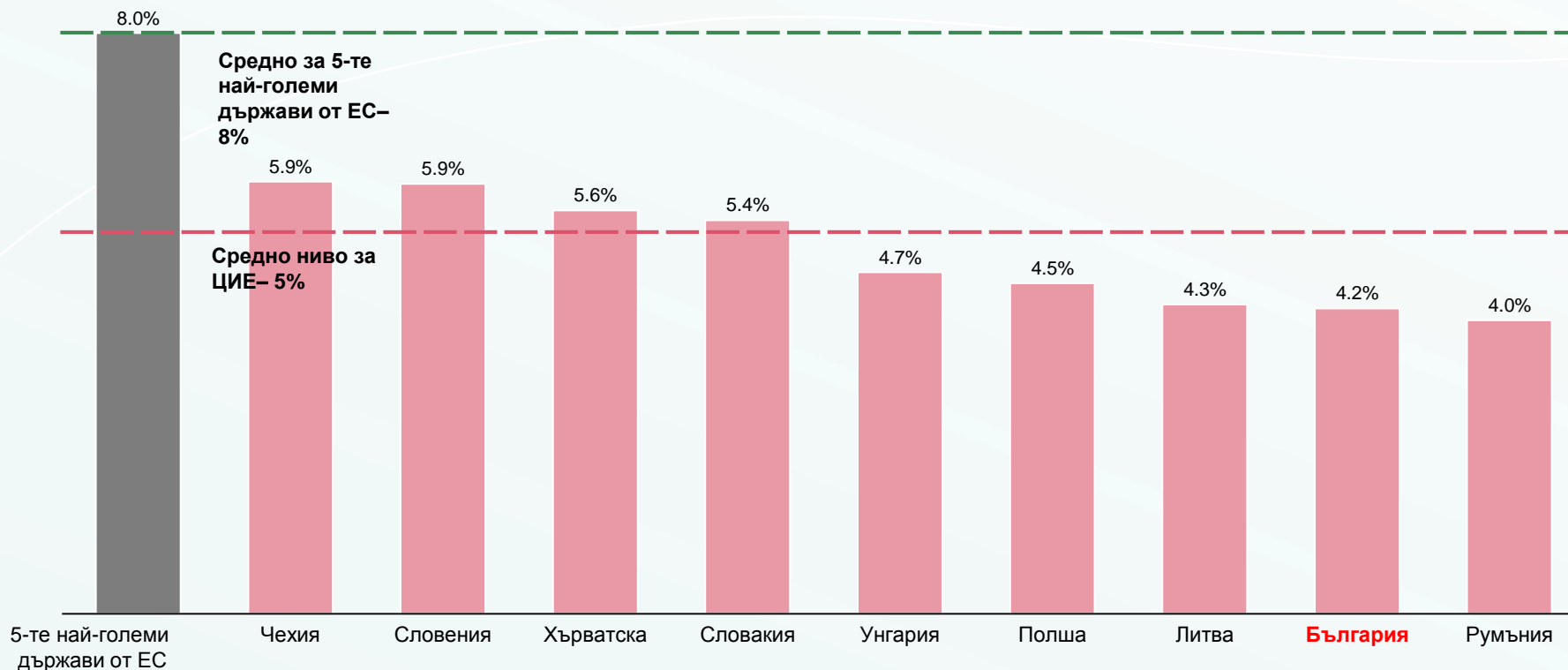
# Колко инвестира в здравеопазване България?



# В България, публичните инвестиции в здравеопазване са почти **два пъти по-ниски** като процент от БВП спрямо тези в 5-те най-големи държави от ЕС

Разликата в доходите не е достатъчна, за да обясни разликата в публичното финансиране на здравеопазването

Публични разходи за здравеопазване като % от БВП  
%, PPP коригирани, 2017

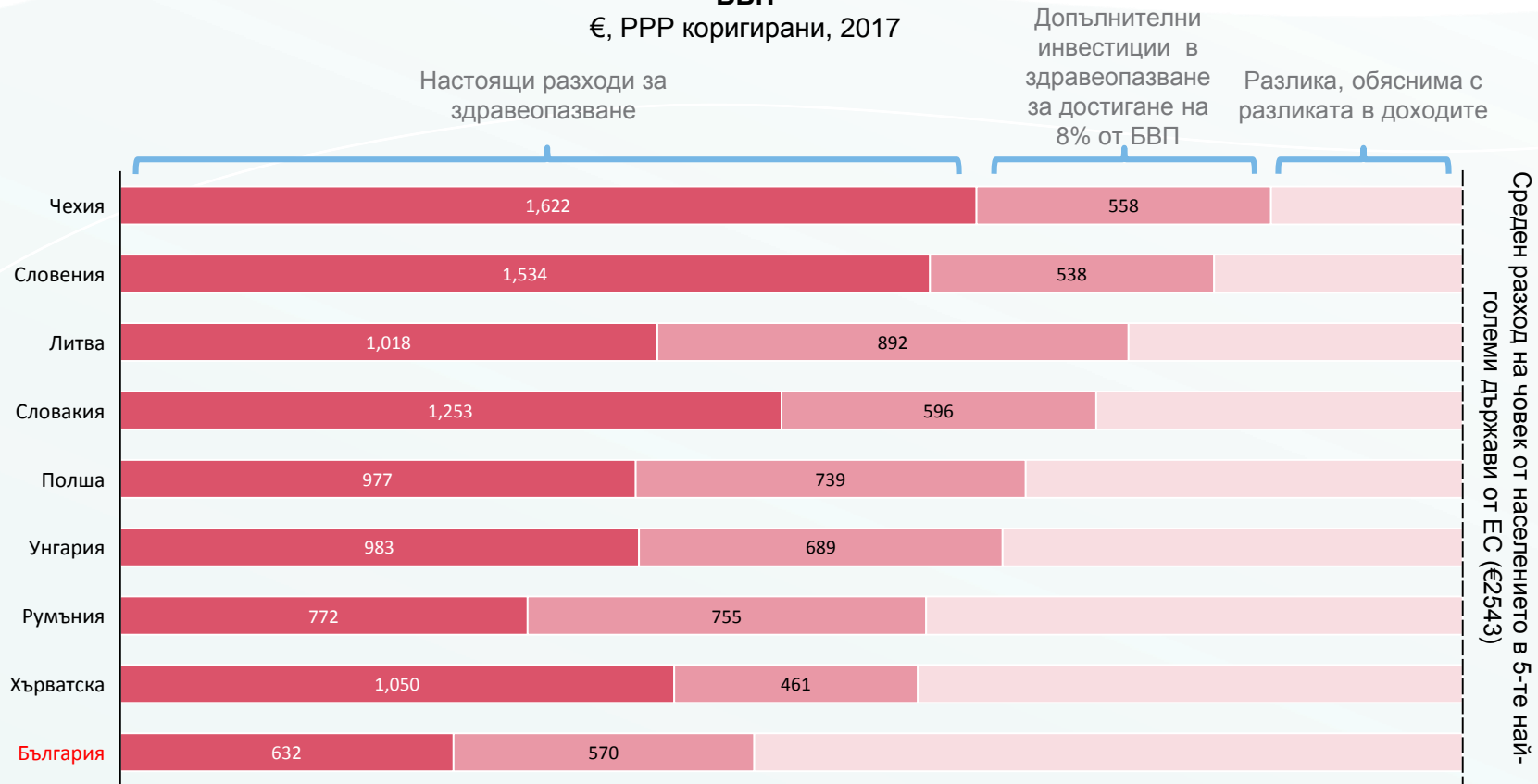




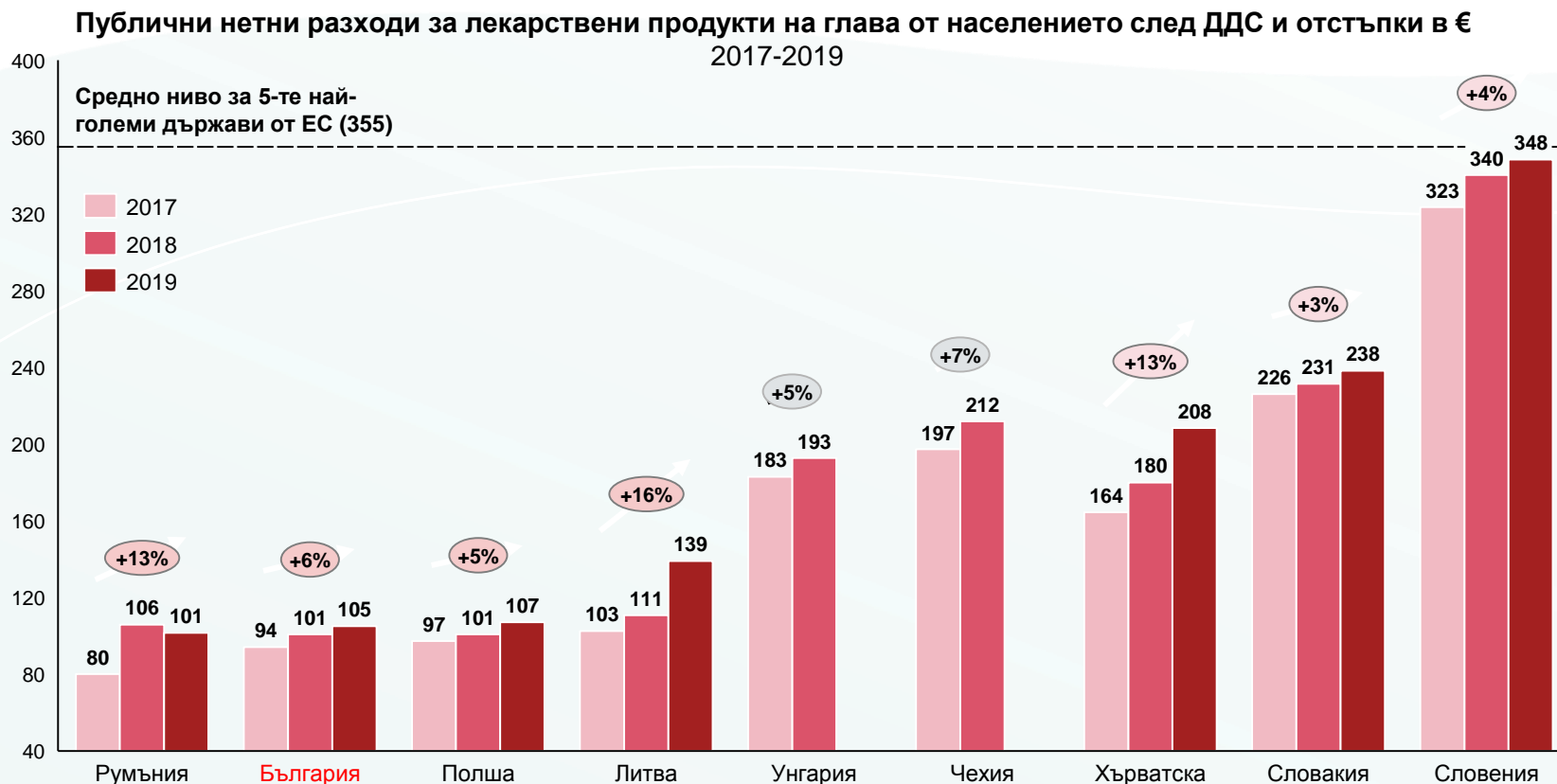
# Ако България инвестира в здравеопазване същия процент от БВП както 5-те най-големи държави в ЕС, увеличението на човек от населението ще е 90 % или 570 евро повече

Допълнителни инвестиции, необходими за увеличаване на публичните инвестиции в здравеопазване до 8% от БВП

€, PPP коригирани, 2017



# Публичните разходи за лекарствени продукти в България остават значително по-ниски от тези в повечето държави от ЕС и повече от 3 пъти по-ниски от тези в 5-те най-големи държави от ЕС



Ниски инвестиции в здравеопазване = лоши здравни резултати  
По-високи инвестиции = по-добри резултати



По-високи нива на публични инвестиции в здравеопазване водят до по-добри здравни резултати  
 Високото доплащане от пациенти води до ограничаване на достъпа до медицинска грижа  
 Тази взаимовръзка е налице в ЕС относно здравни резултати като DALYs, предотвратима смъртност и смъртност от болести на кръвоносната система

Публични разходи на човек от населението (2006) и ключови здравни индикатори (2016) в ЕС



**Методология**

Година живот, прекарани в болест (DALYs) - Сумата от DALYs сред населението измерва разликата между текущото здравословно състояние и идеалната здравна ситуация. Това е сумата от години загубен живот (YLL) поради преждевременна смъртност и години, загубени поради инвалидност (YLD) за хора, живеещи със заболяване или последствията от него.

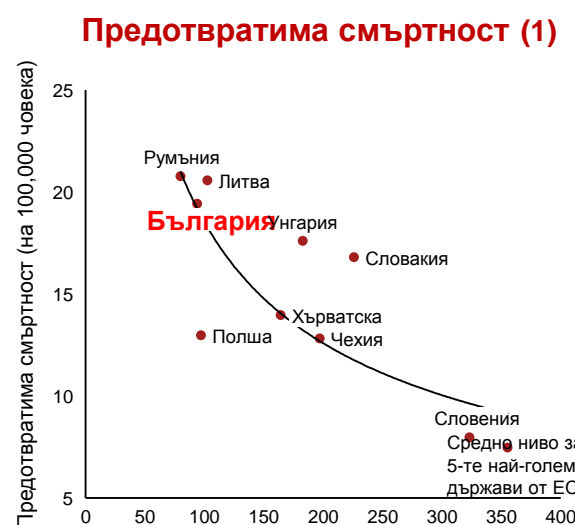
Бележка: Анализът е направен с 10-годишна разлика между нивото на инвестициите в здравеопазване и здравните резултати, за да е възможно ефектът от промените във финансирането да се материализира напълно.

1. За дефиниция на предотвратима смъртност вижте слайд 7.

# ... и по-ниските нива на публичните разходи на България за лекарствени продукти са свързани с по-лоши здравни резултати

Тази връзка се отнася за DALYs, предотвратима смъртност и смъртност от заболявания на кръвообращението

Публични нетни разходи за лекарствени продукти на глава от населението (2017 г.) и ключови здравни показатели (2016 г.) в целия ЕС



Публични разходи за лекарства на човек от населението t-1 (€) Публични разходи за лекарства на човек от населението t-1 (€) Публични разходи за лекарства на човек от населението t-1 (€)

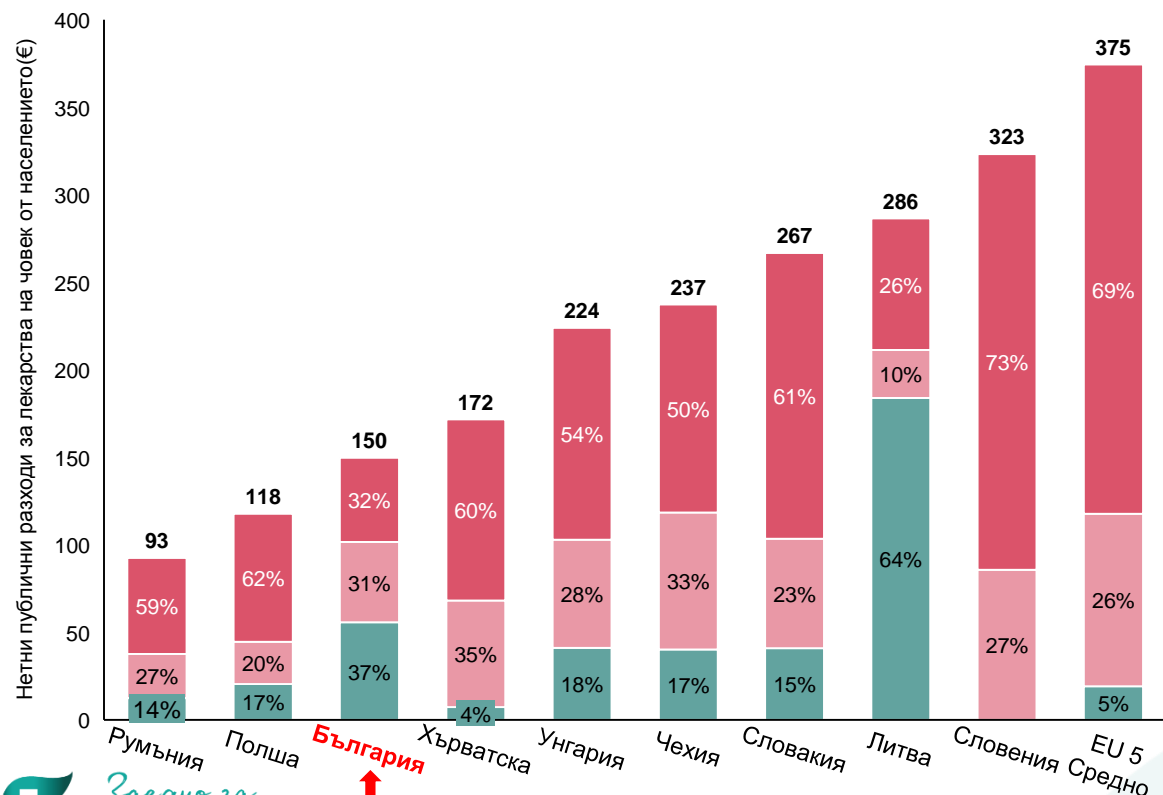
## Методология

Години живот, прекарани в болест (DALYs) - Сумата от DALYs сред населението измерва разликата между текущото здравословно състояние и идеалната здравна ситуация. Това е сумата от години загубен живот (YLL) поради преждевременна смъртност и години, загубени поради инвалидност (YLD) за хора, живеещи със заболяване или последствията от него.

# В България доплащането от страна на пациентите е 37% от разходите за лекарства по лекарско предписание срещу 5% в 5-те най-големи държави от ЕС

Високото доплащане влошава здравните резултати, като стимулират ниското придържане към лекарствена терапия

## Разбивка на общите нетни разходи за лекарствени продукти на човек от населението 2017 г.



- Нетни публични разходи за домашно лечение на човек от населението
- Нетни публични разходи за болнично лечение на човек от населението
- Доплащане на човек от населението



# Пациентите в 5-те най-големи държави от ЕС са имали достъп до над два пъти повече иновативни терапии от тези в България между 2015 и 2018 г.

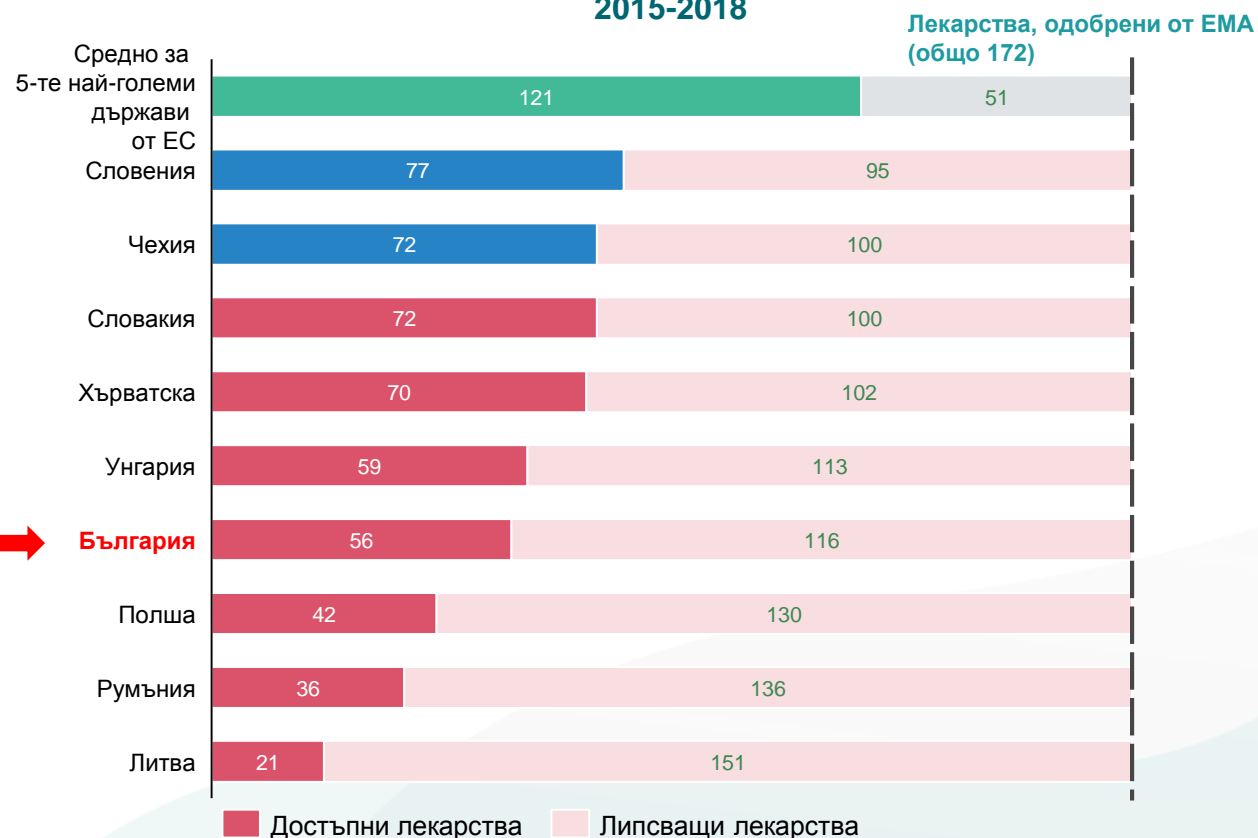
Само 32% от новите лекарства, разрешени от Европейската агенция по лекарствата (ЕМА), са достъпни в България

W.A.I.T. (1) Индикаторът на изчакването измерва разликите във времето до реимбурсация в цяла Европа. Едно лекарство се счита за достъпно, ако пациентите могат да го получат по схема за реимбурсиране. Диаграмата показва броя на новите разрешени от ЕМА лекарства, достъпни за пациенти в цяла Европа.

## Методология

Дата на достъпност - първата дата, когато лекарите могат да предписват/ болниците могат да прилагат лекарството на пациенти в страната, които ще могат да се възползват от условията на реимбурсация, приложими в страната.

Индикатор на изчакването: Достъпност на нови лекарства 2015-2018



# Пациентите в България чакат по-дълго за да получат достъп до нови лекарства, които са разрешени за употреба между 2015 и 2018 г.

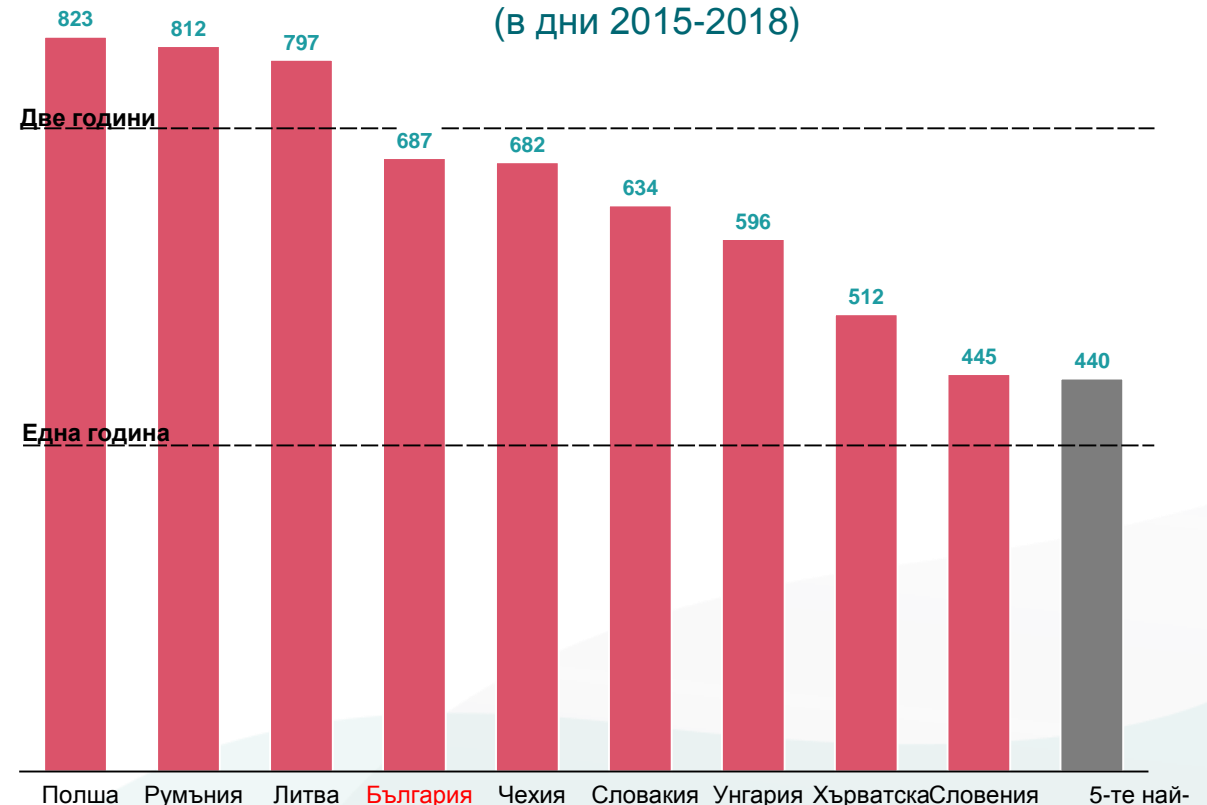
Необходими са 247 допълнителни дни, за да може дадено ново лекарство да стане достъпно в България (сравнено с 5-те най-големи държави от ЕС )

Има голяма разлика във времето на осигуряване на достъп до различни продукти в рамките на дадена държава. В България някои нови лекарства стават достъпни след 9 месеца, докато за други това може да отнеме почти пет години.

## Методология

Време за осигуряване на достъп - броят дни между разрешението на разрешение за употреба на лекарството от ЕМА и датата, когато то стане достъпно за пациентите, което за повечето страни е момента, в който то се включва в системата на заплащане с публични средства.

## Изминал период след разрешение за употреба от ЕМА<sup>(1)</sup> (в дни 2015-2018)



Забележка: липсват данни за Словакия

1. Европейска агенция по лекарствата

държави от ЕС

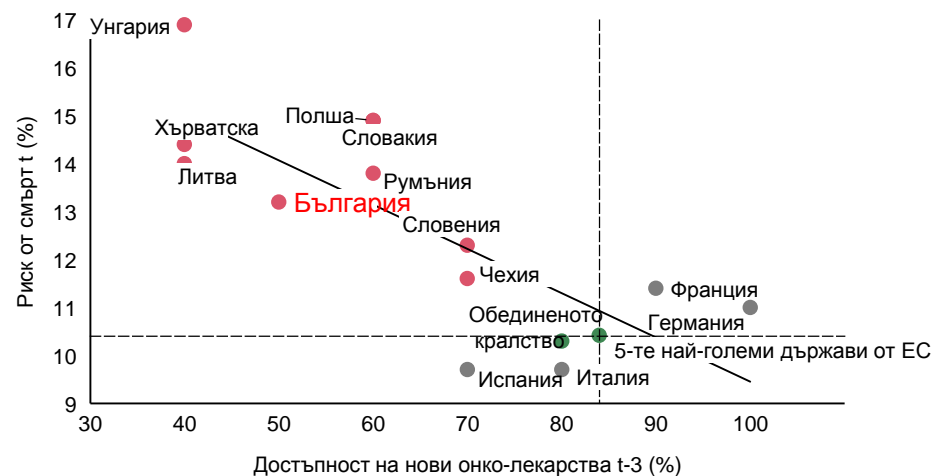
# По-лошият достъп до иновативни терапии води до увеличен риск от смърт от онкологични заболявания

Пациентите в 5-те най-големи държави от ЕС са имали достъп до повече нови онкологични лекарства от тези в България и са имали по-нисък риск от смърт от рак между 2015 и 2018 г.

Показател на изчакване: Достъп до нови онкологични лекарства 2015-2018



Показател на изчакване: Достъп до нови онкологични лекарства (2015) спрямо риск от смърт от рак (2018) Стандартизиран по възраст, %



## Методология

Риск за смърт от рак - кумулативната вероятност за смърт от рак, изразена като % от новородените деца, за които се очаква да умрат от рак преди навършване на 75-годишна възраст, като се приеме постоянен процент на заболяемост от рак, наблюдаван в периода на наблюдение и при липса на конкуриращи се причини за смърт. Изчислява се по възрастови групи и следователно не се влияе от разликите във възрастовите структури.

1. Средната стойност за 5-те най-големи държави от ЕС за показателя W.A.I.T се състои от Италия, Испания, Франция, Германия и Англия (а не Великобритания). Това контрастира с индикатора „Риск от смърт“, където има данни за Обединеното кралство (а не за Англия).

# Нужно е значително подобрене на ефективността на здравеопазването в България



# Ефективността на здравната система в България може и трябва да бъде съществено подобрена

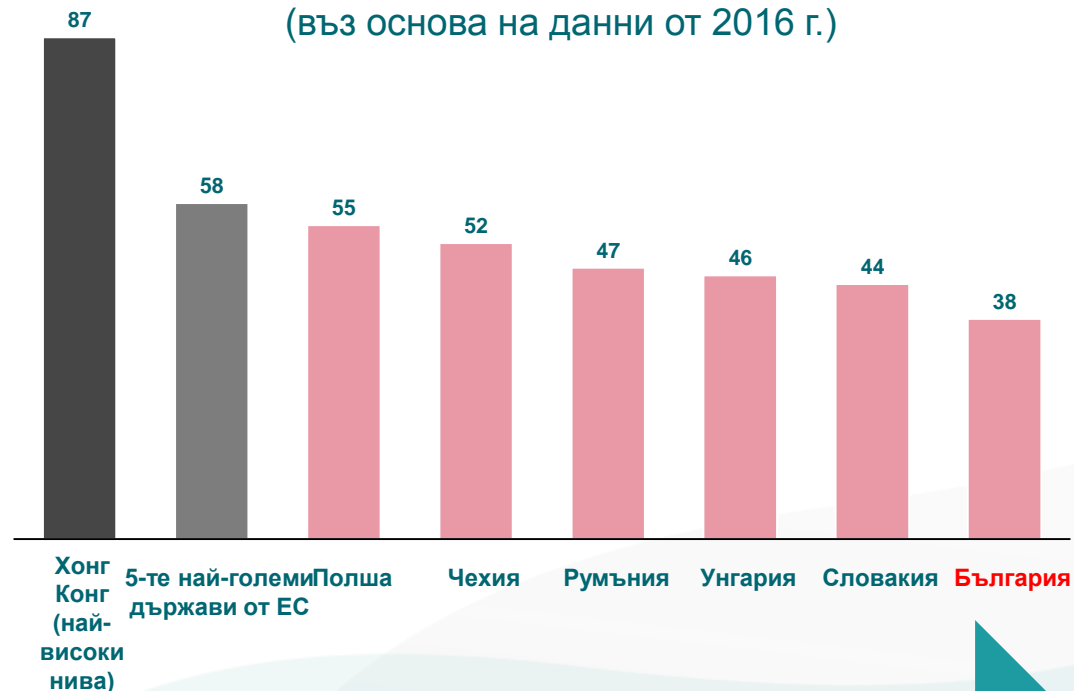
България сериозно изостава от 5-те най-големи държави от ЕС и страните в ЦИЕ, когато става въпрос за ефективност на здравната система

## Основни източници на неефективност (1):

- **Загуби в медицинските грижи** - пациентите получават неподходяща или неефективна грижа с ниска или никаква полза за пациента.
- **Неефективно управление** - лошо управление на ресурсите и разходи за лекарства.
- **Неефективна правителствена политика** - използване на ресурси без те да допринасят пряко за грижата за пациентите (например административна тежест, злоупотреби и др.).

Резултатите се основават на три характеристики: здравен статус (продължителност на живота), разходи за здравеопазване като % от БВП на човек от населението и разходи за здравеопазване на човек от населението

## Индекс на здравна ефективност на Bloomberg (2) (въз основа на данни от 2016 г.)



Следващите слайдове очертават редица реформи за повишаване на ефективността в целия сектор на здравеопазването

Източник: Индекс за ефективност на здравеопазването на Bloomberg (2018)

1. ОИСР (2017 г.) Борбата с неефективни разходи за здравеопазване
2. Словения, Литва и Хърватия са изключени от индекса поради размера на държавата

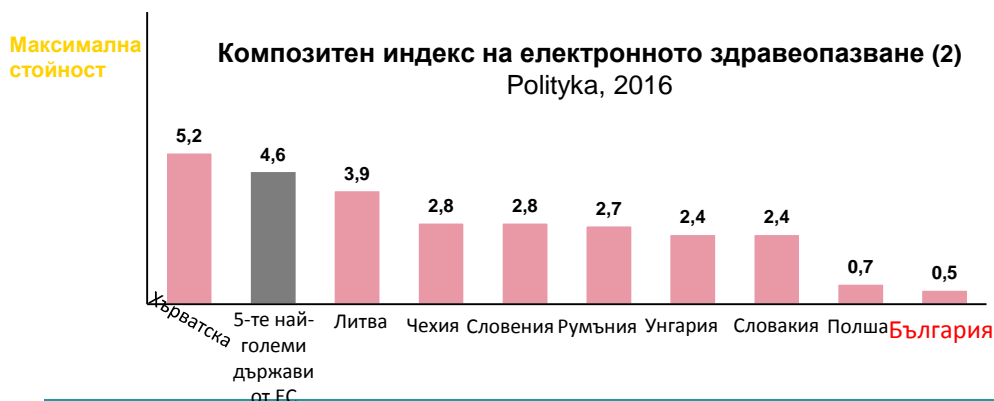


# Здравните системи могат да подобрят ефективността и да увеличат достъпа на пациентите, като инвестират в дигитализация

Пандемията COVID-19 разкри ограниченията на “хартиеното здравеопазване и демонстрира необходимостта от бърза дигитализация

## Предизвикателство:

- Ограниченото въвеждане на електронно здравеопазване (напр. невъзможност за записване на преглед при лекар онлайн или ограничени възможности за анализ на пациентски данни) представлява предизвикателство за управлението на нарастващите разходи за здравеопазване и променящите се нужди на пациентите.
- България изостава сериозно при въвеждането на електронно здравеопазване.



Допълнителни източници:  
OECD (2019) – “Здравето през 21-ви век “Да впрегнем данните да работят в полза на по-силни здравни системи “

## Възможност:

Дигитализацията може да генерира значителни икономии на разходи чрез намаляване на разходите за услуги - Polityka изчислява, че решенията на електронно здравеопазване могат да намалят разходите за здраве в повечето европейски страни с ~ 5%.

Примери за дигитализация:

- Телемедицина (медицински консултации от разстояние), която намалява необходимостта от пътуване и вероятността от пропуснати прегледи, спестявайки време на лекар и пациент.
- Електронни здравни системи, досиета и регистри, които подобряват точността и достъпността на медицинските данни, позволявайки по-добро и по-ефективно управление на лечението.
- Устройства за дистанционно наблюдение + биосензори за подобряване на наблюдението на заболяванията и съответно на здравните резултати.
- Анализ на данни + изкуствен интелект за идентифициране на високорискови пациенти и осигуряване на целенасочено лечение.

**COVID-19** показва необходимостта от нови дигитални подходи за предоставяне на здравни грижи и управление на сектора.



# Ефективността на лечението може да бъде подобрена чрез **намаляване на доплащането** и повишаване степента на придържане към терапията

Ниската степен на придържане към терапията коства близо 200 000 смъртни случая в Европа годишно, струвайки 125 млрд. Евро (1)

## Предизвикателство:

Ниската степен на придържане към лекарствена терапия води до **по-лоши здравни и икономически резултати** по няколко начина:

- **Терапията носи ниски или никакви ползи за пациента** и увеличава цената на лечението.
- Намалява ефективността на лечението и **увеличава риска от допълнителни нежелани събития** (напр. инсулт, инфаркт), които водят до допълнителни разходи.

Ниската степен на придържане към терапията се дължи на редица фактори като **високо доплащане**, липса на информация за пациентите, странични ефекти от лечението или полипрагмазия (когато пациентът приема 5+ лекарства):

## Възможност:

Повишаване степента на придържане към терапията може да се постигне чрез:

- **Увеличаване на реимбурсацията и намаляване на доплащането**
- Въвеждане на **ръководства, които насърчават по-честите обзори на лекарствените списъци**, за да се идентифицират възможностите за намаляване на полипрагмазията и осигуряване на оптимален резултат при комбинирането на лекарства.
- **Подкрепа за пациентите** чрез предоставяне на обучение от страна на медицински специалисти за самостоятелно справяне, с цел възприемане на устойчиви умения и поведение за самопомощ.
- **Инвестиране в медицински технологии**, които имат по-малко странични ефекти и намаляват нуждата от полипрагмазия напр. чрез комбинацията от активни съставки в едно лекарство.

Допълнителни източници:

Pfizer (2018) Ползата от придържането към лекарствената терапия  
PwC (2019) Touching lives, improving health

# Споделянето на информация и нейният анализ могат да подобрят разпределението на ресурсите и ефективното планиране на бюджета

Това включва използването на индикатори за ефективност при предоставяне на здравни грижи и предварителна подготовка за въвеждане на нови технологии

## Предизвикателство:

Липсата на подходяща информация или данни може да ограничи ефективността на здравната система и разпределението на ресурси, например:

- Практикуващите лекари имат ограничена информация за здравните резултати, които те постигат при лечение на различни заболявания на своите пациенти или най-подходящото лечение за тях. Това може да доведе до **неефективни медицински грижи**, обусловени от погрешни убеждения относно ефективността на лечението и невъзможността да се установи кои интервенции дават по-добри резултати за пациентите.
- Правителствата, които имат **ограничен поглед върху големия брой предстоящи иновативни здравни технологии**, не могат ефективно да планират бюджети за финансиране им, когато излязат на пазара.

Допълнителни източници:

NHS (2018) - Доклад за прегледа на QoF в Англия

OECD (2019) - Подобряване на прогнозирането на фармацевтичните разходи р17-20

## Възможност:

Споделянето на информация и здравните анализи (напр. чрез рамка от показатели за оценка на качеството и резултатите) има потенциал да:

- **Да подобри ефективността** на грижите за пациентите, посредством оценка на представянето и получаване на непрекъсната обратна връзка.
- **Да намали ненужните процедури и разходи**, посредством по-добро разбиране какво има значение за пациентите по отношение на здравето им и приоритизиране на интервенциите, които дават по-добри резултати.
- **Да намали загубите** чрез анализи и препоръки - оценката на разходите за лечението на пациенти позволява подходящо разпределение на персонала и ресурсите.
- **Намаляване на разходите за лечение на хронични заболявания чрез прогностичен анализ** - идентифициране на високорискови пациенти, което прави възможно ранната намеса.

Правителствата могат да се подготвят за лекарствата на бъдещето чрез ефективно **ранно откриване и систематично проследяване** и оценка на иновативни здравни технологии и същевременно за лекарства с изтичащ патент. Сътрудничеството с фармацевтичните компании дава възможност на правителствата да идентифицират, оценят и приоритизират новите здравни технологии по-рано и да планират по-добре бюджетите си.

# Новите модели на реимбурсиране могат да подкрепят устойчивостта на финансирането на иновативни лекарства

Чрез допускане на несигурност относно ползите и разпределяне на разходите за по-дълги периоди

## Предизвикателство:

Научният напредък и новите лечения предлагат значителни ползи за пациентите, но създават нови предизвикателства пред настоящите модели на плащане, които могат да ограничат тяхната достъпност:

- **Високи еднократни разходи за иновативни лекарства, способни да постигнат пълно излекуване.** Заплащащите институции се сблъскват с ограничения във възможността да заплащат, тъй като първоначалната стойност на лечението е висока, докато ползите за пациентите и здравната система са видими в разстояние на много години.
- **Несигурност по време на оценката за това колко значими са ползите от лечението** и ползата от тях в реалната практика.
- **Ползите от едно лекарство могат съществено да се различават в различен контекст и в различните индикации/пациентски подгрупи,** докато настоящите процеси на ценообразуване и реимбурсиране не са гъвкави и водят до определяне на една цена.

Допълнителни източници:

EFPIA (2019) - Преодоляване на предизвикателствата в здравеопазването. Нови цени и методи на заплащане.

## Възможност:

Предвид тези предизвикателства традиционните модели на ценообразуване и реимбурсиране могат да се превърнат в бариера за достъпа на пациентите. Може да се изискват нови модели за ценообразуване и плащане:

- **Плащанията въз основа на резултатите (OBPM)** са обусловени от наблюдаваните резултати от лечението в реалната медицинска практика и осигуряват стимули за реимбурсация на най-ефективните лечения.
- **Плащания, отложени във времето** означават, че на производителите ще се заплаща в рамките на определен период от време за всеки пациент, който получава терапия, за да се смекчат високите начални разходи.
- **Абонаментните плащания** включват отделяне на плащанията за лечение от броя на пациентите, които получават лекарството. Това може да помогне на платците да предвидят въздействието върху бюджета от лечението на пациенти в дадена област на заболяването, тъй като плащането не е свързано с броя на лекуваните пациенти.
- **Ценообразуването въз основа на индикации и комбинации** позволява определянето на различна цена за едно и също лекарство в зависимост от ползата от прилагането му за различни показания.

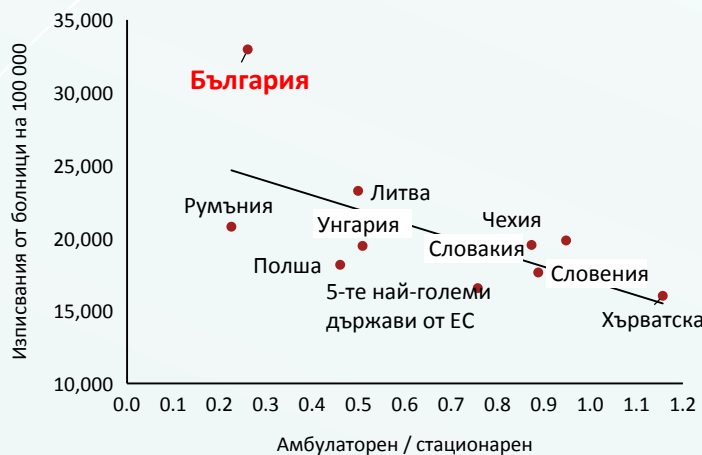
# Подобрените здравни грижи могат да намалят тежестта върху болниците и генерират икономии на разходи за системата на здравеопазването

Това изисква насочване на ресурси в първична медицинска помощ

## Предизвикателство:

- Недостатъчните инвестиции в системите за първична медицинска помощ (включително липсата на локално базирани по общини лекари) и разчитане само на вторична медицинска помощ с излишен болничен прием (както е показано в таблицата по-долу, с изписване от болниците използвано за нов прием).
- Над една четвърт от пациентите в ЕС посещават спешни медицински звена поради неадекватна първична помощ; това е особено значим проблем в селските райони<sup>1</sup>.

Съотношение между разходите за извънболнична и болнична помощ<sup>2</sup> в сравнение с общите изписвания от болници, 2017



По-висок дял на разходите за извънболнична помощ

## Възможност:

Развитието на висококачествени, достъпни грижи в общинското здравеопазване може да укрепи цялостната здравна система чрез:

- **Намаляване на предотвратими хоспитализации**, които могат да намалят общите разходи за системата на здравеопазването и подобряване на използваните ресурси.
- **Подобряване на здравните резултати на пациентите** - доказано е, че първичната помощ е ефективен начин за справяне с причините за влошено здраве и свързаните с тях рискове.
- Отговор на все по-сложните нужди от здравеопазване в бъдеще, което ще изисква **ориентирано към хората обществено здравеопазване**.
- **Подобрени грижи за пациентите** чрез по-добра координация на грижите и предоставяне на най-подходящите услуги в правилните структури.

Допълнителни източници:

OECD (2019) - Осъзнаване на пълния потенциал на първичното здравеопазване

Fig

- Източник: PwC анализ на данните на Евростат<sup>1</sup>. Европейска комисия (2017) Състояние на здравето в ЕС Амбулаторните грижи включват както амбулаторни лечебни и рехабилитационни грижи, така и домашни грижи.

# Консенсус (надпартиен) за ускорено развитие на здравеопазването 2021-2025 г.

- Пандемията от COVID-19 показва, че не може да има успешна икономика без добро здравеопазване.
- Ускореното развитие на нашата здравна система може да доведе до догонване на европейските здравни показатели в рамките на следващите 10 години.
- През следващите 5 години България трябва да догони ЕС по отношение на публичните инвестиции за здраве и те да се увеличат от 4.2% на 8% от БВП, или от 6 милиарда до 10 милиарда лв.
- Нарастването на инвестициите в здравеопазване у нас трябва да бъде съпроводено от повишаване на тяхната възвращаемост чрез ефективно използване и ускорена дигитализация, измерена чрез подобрени здравни резултати за обществото и засилено икономическо развитие на страната.
- Нужно е запазване, надграждане и оптимизация на здравноосигурителния модел с доброволни здравни фондове, които да дофинансират системата.
- Нужна е държавна политика в областта на финансиране на кадрите по региони.



ЕКСПЕРТЕН КЛУБ ЗА  
ИКОНОМИКА И ПОЛИТИКА

# УСТОЙЧИВО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В ГОДИНИ НА КРИЗА

Финансиране на системата на  
здравеопазването чрез бюджетно-  
неутрални инструменти

*Аркади Шарков,  
Здравен икономист,  
ЕКИП*





	2020	2021	2022
Ръст на БВП	-4,4%	3,7%	3,6%
Инфлация	0,3%	2,0%	0,9%
Безработица	5,4%	5,3%	4,8%
Публично БВП за здравеопазване	4,5%	n/a	n/a
% увеличение бюджет НЗОК	9,1%	12%*	n/a

- ▶ Проектобюджет на НЗОК ~ 5,34 млрд. лв.

## МАКРОИКОНОМИЧЕСКА КАРТИНА



	2020	2021
<b>10%</b>	<b>544,0</b>	<b>558,0</b>
Болнична помощ	286,0	n/a
Извънболнична помощ	99,6	n/a
Лекарства и мед. изделия	158,3	n/a

УСТОЙЧИВО  
ЗАДЕЛЯНЕ  
ОТ АКЦИЗИ



- ▶ Всеки „умно“ инвестиран допълнителен лев в българското здравеопазване може да донесе възвръщаемост от 3,4 лева чрез по-голяма и по-здрава работна сила;\*
- ▶ Прозрачността при доплащанията може да доведе до намаляване на персоналните разходи и да подобри достъпа до здравни грижи;
- ▶ Въвеждането на допълнително доброволно здравно осигуряване/застраховане може да доведе до изсветляване на доплащанията и подобряване здравето и благосъстоянието на българските пациенти, както и на медицинските специалисти

## ЗДРАВЕТО КАТО СТРАТЕГИЧЕСКА ИНВЕСТИЦИЯ



\*Направеното съотношение е на база макроикономически модел на Макинзи, приспособен към българската икономика по изчисления на Стоян Панчев

- ▶ Българска народна банка, Макроикономическа прогноза, Декември 2020 г.
- ▶ Министерство на финансите, Изпълнение на държавния бюджет и основните показатели по консолидираната фискална програма, месец Януари 2021 г.
- ▶ Jaana Remes et al., “Prioritizing health: A prescription for prosperity”, McKinsey Global Institute, 2020
- ▶ Собствени изчисления

## ИЗТОЧНИЦИ





ЕКСПЕРТЕН КЛУБ ЗА  
ИКОНОМИКА И ПОЛИТИКА

Аркади Шарков

Здравен икономист

ЕКИП

**e-mail:** [arkshark@gmail.com](mailto:arkshark@gmail.com)

**тел:** +359887699712

Стоян Панчев

Макроикономист

ЕКИП

**e-mail:** [stpanchev@gmail.com](mailto:stpanchev@gmail.com)

**тел:** +359898466808

БЛАГОДАРЯ! ВЪПРОСИ?



**Благодарим за вниманието!**