

# OECD *Multilingual Summaries*

## Health at a Glance: Europe 2012

Summary in Bulgarian



Read the full book on: [10.1787/9789264183896-en](https://doi.org/10.1787/9789264183896-en)

## ОБОБЩЕНИЕ

През последните десетилетия европейските държави постигнаха значителен напредък в областта на здравеопазването. Очакваната средна продължителност на живота при раждане в държавите — членки на Европейския съюз (ЕС), се е увеличила с повече от шест години от 1980 г. насам и е достигнала 79 години през 2010 г., докато преждевременната смъртност е намалила драстично. Може да се очаква над три четвърти от посочената продължителност на живота да преминат без ограничения при извършването на дейности. Сред възможните обяснения за повишаването на очакваната продължителност на живота са подобрените условия на живот и на труд, както и някои форми на поведение, свързани със здравето, но трябва да се отдаде дължимото и на подобрения достъп до здравни услуги и качеството им, за което свидетелства например рязкото понижаване на смъртните случаи вследствие на инфаркт или инсулт.

Много от подобренията в областта на здравеопазването бяха реализирани с цената на значителни финансови разходи. До 2009 г. разходите за здравеопазване в европейските държави нарастваха с по-бързи темпове от останалите икономически сектори, в резултат на което здравният сектор поглъщаше все по-голям дял от brutния вътрешен продукт (БВП). След започналата през 2008 г. финансова и икономическа криза редица европейски държави намалиха разходите за здравеопазване като част от по-широките усилия за овладяване на големите бюджетни дефицити и на нарастването на държавния дълг спрямо БВП. Макар и тези съкращения в разходите да бяха неизбежни, някои от предприетите мерки могат да се отразят на основните цели на системите за здравеопазване. Ето защо е важно да се извършва постоянно наблюдение на данните и показателите за здравето на населението и системите за здравеопазване. Благодарение на този подход се получава информация за евентуалното отражение в краткосрочен и дългосрочен план на търпящата промени икономическа конюнктура и на политиките в областта на здравеопазването върху достъпа до здравни услуги и качеството им, както и върху здравните резултати.

Във второто издание на „Здравето накратко: Европа“ са представени най-новите сравними данни по подбрани показатели за здравето на населението и системите за здравеопазване в 35 европейски държави: 27-те държави — членки на ЕС, пет страни кандидатки и три държави от ЕАСТ до 2010 г. Подборът на показателите се основава на краткия списък на здравните показатели на Европейската общност (ECHI), който представлява списък от показатели, изготвен от Европейската комисия, за да служи като ориентир при изготвянето и докладването на здравна статистическа информация. Освен това в публикацията се съдържа подробна информация за разходите за здравеопазване и за тенденциите във финансирането, като се използват резултатите, получени от годишния съвместен въпросник на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР), Евростат и СЗО относно разходите в областта на здравеопазването. В доклада е включена и нова глава за качеството на здравеопазването, в която се отразява напредъкът, постигнат по линия на проекта на ОИСР „Показатели за качеството на здравеопазването“. Представените в доклада данни са извлечени предимно от официални национални статистически данни, събрани поотделно или съвместно от ОИСР, Евростат или СЗО—Европа, както и от многонационални проучвания, като например „Проучване на здравното поведение на учениците“ (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC).

В доклада „Здравето накратко: Европа 2012 г.“ са представени тенденциите във времето и различията между европейските държави в пет основни области: 1) здравен статус на населението; 2) рискови фактори за здравето; 3) ресурси и дейности на системите за здравеопазване; 4) качество на здравите услуги при хронични и остри заболявания; и 5) разходи за здравеопазване и източници на финансиране. Предложените в доклада обяснения за тези различия могат да послужат като основа за допълнително проучване и анализ с цел по-пълното разбиране на причините за тях и разработването на варианти на политики за намаляване на изоставането спрямо държавите, които постигат по-добри резултати. Много от показателите съдържат разбивка по пол и възраст за всяка държава, а част от тях включват допълнителна разбивка по доход или степен на образование. Показателите сочат, че многобройни различия се наблюдават както в рамките на една държава (по региони, социално-икономически групи или етнически/расови групи), така и между отделните държави.

---

***Здравният статус на населението се е подобрил драстично в европейските държави, въпреки че продължават да се наблюдават големи различия***

---

- Очакваната средна продължителност на живота при раждане в държавите — членки на ЕС, се е увеличила с над шест години между 1980 и 2010 г. Средно на територията на ЕС очакваната продължителност на живота при раждане през тригодишния период 2008 — 2010 г. е била 75,3 години за мъжете и 81,7 години за жените. Очакваната средна продължителност на живота за жените е най-висока във Франция (85,0 години), а за мъжете — в Швеция (79,4 години). Очакваната средна продължителност на живота при раждане в Европейския съюз е най-ниска в България и Румъния — за жените (77,3 години), а в Литва — за мъжете (67,3 години). Разликата между държавите — членки на ЕС, с най-високата и най-ниската очаквана средна продължителност на живота при раждане е около осем години за жените и 12 години за мъжете (фиг. 1.1.1).
- Средно на територията на ЕС очакваната продължителност на живот в добро здраве при раждане, или броят на годините живот без ограничения при извършването на дейности, е била 62,2 години за жените и 61,0 години за мъжете през 2008 — 2010 г. Разликата между мъжете и жените по този показател е много по-малка, отколкото по отношение на очакваната средна продължителност на живота, което е отражение на факта, че жените прекарват по-продължителна част от живота си при някакви ограничения на дейността. Очакваната продължителност на живот в добро здраве при раждане през 2008 — 2010 г. е била най-висока за жените в Малта, а за мъжете в Швеция, и най-ниска както за жените, така и за мъжете в Словашката република (фиг. 1.1.1).
- Очакваната продължителност на живота на 65-годишна възраст също се е увеличила значително в европейските държави. През 2008 — 2010 г. тя е била средно 16,5 години за мъжете и 20,1 години за жените в Европейския съюз. Както и по отношение на очакваната средна продължителност на живота при раждане, именно във Франция очакваната продължителност на живота на 65-годишна възраст е най-висока както за жените (23,2 години), така и за мъжете (18,7 години). Очакваната средна продължителност на живота на 65-годишна възраст в Европейския съюз е най-ниска в България за жените (16,9 години) и в Литва за мъжете (13,2 години) (фиг. 1.2.1).
- Между различните социално-икономически групи продължава да съществува голямо неравенство по отношение на очакваната средна продължителност на живота. Както сред мъжете, така и сред жените високо образованите лица са с по-големи шансове да живеят по-дълго. Така например в Чешката република 65-годишните мъже, завършили висше образование, могат да очакват да живеят седем години по-дълго, отколкото техните връстници с ниска степен на образование (фиг. 1.2.3).
- Трудно е да се прецени относителният принос на многобройните немедицински и медицински фактори, които могат да повлияят на различията по отношение на очакваната средна продължителност на живота между държавите. По-високият национален доход обикновено се свързва с по-висока очаквана средна продължителност на живота (в добро здраве), въпреки че тази зависимост е по-слабо изразена при най-високите нива на доход, което свидетелства за „понижаваща се възвръщаемост“ (фиг. 1.1.2).

- Хроничните заболявания като диабет, астма и деменция са все по-разпространени, или поради по-добро диагностициране, или поради реално по-голяма заболеваемост. Над 6 % от населението на възраст 20—79 години в Европейския съюз, или 30 милиона души, са болните от диабет през 2011 г. (фиг. 1.14.1). По-доброто управление на хроничните заболявания се е превърнало в приоритет на здравната политика на много държави — членки на ЕС.

---

### *Рисковите фактори за здравето се променят*

---

- Повечето европейски държави намалиха консумацията на тютюневи изделия с помощта на обществени осведомителни кампании относно вредите от тютюнопушенето, забрани за реклама и повишено данъчно облагане. Делът на възрастните, които пушат всекидневно, от над 30 % през 1980 г. е паднал под 15 % в Швеция и Исландия. В другия край на скалата, над 30 % от възрастните в Гърция пушат всекидневно. Делът на пушачите продължава да е висок в България, Ирландия и Латвия (фиг. 2.5.1).
- Консумацията на алкохол също се е понижала в много европейски държави. Ограниченията по отношение на рекламата и продажбите на алкохол, както и повишаването на данъчното облагане се оказаха ефективни. Държави, които са традиционни производители на вино, като Франция, Италия и Испания са свидетели на значителен спад на консумацията на алкохол на глава от населението от 1980 г. насам. Консумацията на алкохол на глава от пълнолетното население се е повишила значително в редица държави, сред които Кипър, Финландия и Ирландия (фиг. 2.6.1).
- В момента 52 % от пълнолетното население в Европейския съюз е с наднормено тегло, като 17 % от тях страдат от затлъстяване. На национално равнище делът на лицата с наднормено тегло и на страдащите от затлъстяване надхвърля 50 % в 18 от 27-те държави — членки на ЕС. Този дял е доста по-нисък във Франция, Италия и Швейцария, въпреки че и в тези страни процентите нарастват. Разпространението на затлъстяването (което крие по-голям риск за здравето от наднорменото тегло) варира от 8 % в Румъния и Швейцария до над 25 % в Унгария и Обединеното кралство (фиг. 2.7.1). Делът на лицата, страдащи от затлъстяване, е нараснал двойно от 1990 г. насам в редица европейски държави (фиг. 2.7.2). Повишаването на броя на лицата, страдащи от затлъстяване, засяга в различна степен всички групи от населението. Тенденцията е затлъстяването да е по-разпространено сред социалните групи в неравностойно положение, и най-вече сред жените.

---

### *Броят на лекарите и медицинските сестри на глава от населението е по-голям от всякога в повечето държави, но съществува загриженост за настоящ или бъдещ недостиг*

---

- Гарантирането на необходимия достъп до здравни грижи е основна цел на политиката във всички държави — членки на ЕС. Условие за това, наред с другите мерки, е осигуряването на достатъчно на брой доставчици на здравни услуги, съответно разположени така, че да може да се отговори на потребностите на населението. В много европейски държави съществува загриженост за недостиг на лекари и медицински сестри, въпреки че неотдашните съкращения на публичните разходи за здравеопазване в някои държави може да са довели до поне временно понижаване на търсенето.
- От 2000 г. насам броят на лекарите на глава от населението се е повишил в почти всички държави — членки на ЕС. Средно за Европейския съюз броят на лекарите е нараснал от 2,9 лекари на 1 000 души през 2000 г. до 3,4 лекари през 2010 г. Броят на лекарите се е увеличил особено бързо в Гърция и Обединеното кралство (фиг. 3.1.1).
- В почти всички държави съотношението между общопрактикуващите лекари и специалистите се е променило, като в момента преобладават специалистите (фиг. 3.1.2). Това би могло да се обясни с понижения интерес към традиционното практикуване на медицината („семеен лекар“) в комбинация с все по-голямата разлика в заплащането между общопрактикуващите лекари и специалистите. Бавното повишаване или намаляването на броя на

общопрактикуващите лекари поражда загриженост в много държави във връзка с достъпа до първична медицинска помощ за някои групи от населението.

- Съществуват опасения и за евентуален недостиг на медицински сестри, като тези опасения могат да се задълбочат в бъдеще, тъй като търсенето на медицински сестри продължава да расте, а застаряването на поколението, родено в годините на бума на раждаемостта, води до вълна от пенсионирания сред медицинските сестри. През изминалото десетилетие броят на медицинските сестри на глава от населението се е увеличил в почти всички държави — членки на ЕС (фиг. 3.3.1). Особено отчетлив е растежът в Дания, Испания, Португалия и Франция. Напоследък обаче броят на медицинските сестри е намалял в някои от държавите, които са били най-силно засегнати от икономическата криза. В Естония броят на медицинските сестри се е увеличавал до 2008 г., след което обаче е започнал да намалява, в резултата на което е спаднал от 6,4 сестри на 1 000 души през 2008 г. на 6,1 сестри през 2010 г..

---

*Качеството на здравните грижи се е подобрило в повечето европейски държави, въпреки че всички те могат да положат още повече усилия за подобрене, по-специално с цел да се избегне хоспитализацията на лица, страдащи от хронични заболявания*

---

- Във всички докладващи европейски държави се наблюдава напредък в лечението на застрашаващи живота заболявания като инфаркт, инсулт и ракови заболявания. Броят на смъртните случаи след хоспитализация поради инфаркт (остър инфаркт на миокарда) се е понижил близо два пъти между 2000 и 2009 г. (фиг. 4.3.3), а за инсулт — с над 20 % (фиг. 4.4.3). Тази положителна промяна свидетелства за подобрени интензивни грижи и по-широк достъп до специализирани отделения за мозъчно-съдова патология в държави като Дания и Швеция.
- Преживяемостта за различни видове ракови заболявания също е нараснала в повечето държави благодарение на по-ранното диагностициране и по-ефективното лечение (фиг. 4.7.2 и 4.8.2). Преживяемостта за рак на гърдата продължава да е под 80 % в Чешката република и Словения, но въпреки това се е увеличила с над 10 проценти пункта между 1997—2002 г. и 2004—2009 г. В тези две държави се наблюдава значително повишаване и на преживяемостта за рак на дебелото черво (фиг. 4.9.2).
- По-трудно е да се следи за качеството на здравните услуги в сектора на първичната медицинска помощ, тъй като се разполага с по-малко данни, отколкото за болничния сектор. Броят на хоспитализациите, които е можело да се избегнат, често се използва като показател за проблеми с достъпа до първична медицинска помощ или като показател за качеството и последователността на грижите. По общо мнение астмата и диабетът би трябвало до голяма степен да се лекуват посредством уместни интервенции на първичната медицинска помощ, за да се избегне обостряне на заболяването и скъпоструваща хоспитализация. В някои държави хоспитализацията поради астма е рядко срещано явление, докато в други държави, като Словашката република, тя е много по-разпространена (фиг. 4.1.1). Във всички европейски държави обаче е много висок броят на хоспитализациите поради декомпенсиран захарен диабет (фиг. 4.2.1).

---

*Разходите за здравеопазване бележат по-бавен растеж или дори спад в много от европейските държави*

---

- През 2010 г. разходите за здравеопазване на глава от населението бележат по-бавен растеж или дори отчитат спад в реално изражение в почти всички европейски държави, като по този начин се обръща тенденцията на постоянно нарастване. Разходите започнаха да спадат още през 2009 г. в държавите, които бяха най-силно засегнати от икономическата криза (като Естония и Исландия), но през 2010 г. последваха още по-големи съкращения поради натиска върху бюджетите и нарастването на държавния дълг спрямо БВП. Средно годишно за ЕС

разходите за здравеопазване на глава от населението са се повишавали с 4,6 % в реално изражение между 2000 и 2009 г., след което през 2010 г. са спаднали с 0,6 % (фиг. 5.2.2).

- Намаляването на публичните разходи за здравеопазване стана възможно благодарение на серия от мерки, в това число намаление на заплатите и/или равнищата на заетост, повишаване на преките плащания от домакинствата за някои услуги и фармацевтични продукти и налагането на строги бюджетни ограничения на болничните заведения. Повишаване на ефективността се търсеше и с помощта на сливането на болници или ускоряването на процеса на преминаване от болнично лечение към амбулаторно лечение и еднократно хирургия.
- В резултат на отрицателния растеж на разходите за здравеопазване през 2010 г. предназначеният за разходи за здравеопазване дял от БВП се е стабилизирал или леко се е понижил в редица държави от на ЕС. През 2010 г. държавите — членки на ЕС, са изразходвали средно 9,0 % (непретеглени стойности) от своя БВП за разходи за здравеопазване (фиг. 5.3.1), т.е. значително повече от изразходваните през 2000 г. 7,3 %, но малко под достигнатия максимум от 9,2 % през 2009 г.
- През 2010 г. Нидерландия е заделила най-голям дял от своя БВП за здравеопазване (12 %), като след нея се нареждат Германия и Франция, с по 11,6 %. По разходи за здравеопазване на глава от населението на челно място сред държавите — членки на ЕС, са Нидерландия (3 890 EUR), Люксембург (3 607 EUR) и Дания (3 439 EUR). След тях се нареждат Австрия, Германия и Франция с над 3 000 EUR разходи за здравеопазване на глава от населението. С най-ниски разходи за здравеопазване (около 700 EUR) са България и Румъния.
- Публичният сектор е основният източник на финансиране на здравеопазването във всички европейски държави, с изключение на Кипър (фиг. 5.6.1). През 2010 г. средно около три четвърти (73 %) от всички разходи за здравеопазване са били финансирани с публични средства в държавите — членки на ЕС. Финансирането с публични средства е съставлявало над 80 % в Нидерландия, северните държави (с изключение на Финландия), Люксембург, Чешката република, Обединеното кралство и Румъния. Делът на публичното финансиране е бил най-нисък в Кипър (43 %), България, Гърция и Латвия (55—60 %).
- В някои държави икономическата криза е дала отражение върху съотношението публично/ частно финансиране на здравеопазването. Публичните разходи са били намалени за някои стоки и услуги, като това намаление често се е придружавало от повишаване на дела на преките плащания от домакинствата. В Ирландия делът на публичното финансиране на разходите за здравеопазване се е понижил с близо 6 процентни пункта между 2008 и 2010 г. и в момента се равнява на 70 %, докато делът на собствените плащания от страна на домакинствата се е повишил. Значителен спад в разходите за здравеопазване се наблюдава също така в България и Словашката република.
- В повечето държави вторият най-голям източник на средства за здравеопазване след публичното финансиране са преките плащания от страна на пациентите. Финансирането със средства от частното здравно осигуряване играе съществена роля само в малко на брой страни. През 2010 г. делът на преките плащания от страна на пациентите е бил най-висок в Кипър (49 %), България (43 %) и Гърция (38 %), а най-нисък в Нидерландия (6 %), Франция (7 %) и Обединеното кралство (9 %). В близо половината от държавите — членки на ЕС, този дял се е повишил през последните десет години, и най-вече в България, Кипър, Малта и Словашката република (фиг. 5.6.3).
- Икономическата криза и нарастващите бюджетни ограничения оказват допълнителен натиск върху системите за здравеопазване в редица европейски държави. Много от държавите, които бяха най-силно засегнати от кризата, предприеха серия от мерки за намаляване на публичните разходи за здравеопазване. Много е важно да продължи да се следи отблизо отражението на тези мерки в краткосрочен и дългосрочен план върху основните цели на системите за здравеопазване в европейските държави, а именно осигуряването на необходимия достъп до качествени здравни услуги.

This translation was undertaken by the European Commission.

**Multilingual summaries are translated excerpts of OECD publications originally published in English and in French.**

**They are available free of charge on the OECD Online Bookshop [www.oecd.org/bookshop](http://www.oecd.org/bookshop)**

For more information, contact the OECD Rights and Translation unit,

Public Affairs and Communications Directorate at: [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org) or by fax: +33 (0)1 45 24 99 30.

OECD Rights and Translation unit (PAC)

2 rue André-Pascal, 75116

Paris, France

Visit our website [www.oecd.org/rights](http://www.oecd.org/rights)



**Read the complete English version on OECD iLibrary!**

© + (2012), *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing.

doi: 10.1787/9789264183896-en