



БЪЛГАРИЯ

ПРОФИЛ НА
ДЪРЖАВАТА ПО
ОТНОШЕНИЕ НА
РАКА

2025



European
Commission



BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Поредницата „Профили на държавите по отношение на рака“

Европейският регистър на неравенствата по отношение на рака (ECIR) е водеща инициатива от европейския план за борба с рака. Той предоставя надеждни и сигурни данни за профилактиката на рака и грижите за болните от рак, за да се установят тенденциите, различията и неравенствата между държавите членки, регионите и групите от населението. Профилите на държавите по отношение на рака определят силните страни, предизвикателствата и специфичните области на действие за всяка от 27-те държави – членки на ЕС, Исландия и Норвегия, така че инвестициите и интервенциите на европейско, национално и регионално равнище да се насочат в рамките на европейския план за борба с рака. Европейският регистър на неравенствата по отношение на рака подкрепя също така водеща инициатива 1 от Плана за действие за нулево замърсяване. Профилите са дело на ОИСР в сътрудничество с Европейската комисия. Екипът благодари за ценната информация, получена от националните експерти, както и за коментарите, предоставени от здравния комитет на ОИСР и тематичната работна група на ЕС за регистъра на неравенствата по отношение на рака.

Източници на данни и информация

Данните и информацията в профилите на държавите по отношение на рака са въз основа главно на официалните национални статистически данни, предоставени на Евростат и ОИСР, които бяха потвърдени, за да се гарантират най-високи стандарти за съпоставимост на данните. Източниците и методите, на които се основават тези данни, са достъпни в базата данни на Евростат и здравната база данни на ОИСР.

Допълнителни данни и информация са получени също така от Съвместния изследователски център (JRC) на Европейската комисия, изследването за статистиката на ЕС за доходите и условията на живот (EU-SILC), Световната здравна организация (СЗО), Международната агенция за изследване на рака (IARC), Международната агенция за атомна енергия (МААЕ), Европейското дружество по педиатрична онкология (SIOPE), Агенцията на Европейския съюз за основните права (FRA LGBTQ+), проучването „Поведение във връзка със здравето на деца в ученическа възраст“ (HBSC), както и профилите на държавите по отношение на рака за 2023 г. и други национални източници (независими от частни или търговски интереси). Изчислените средни стойности за ЕС са среднопретеглените стойности на 27-те държави членки, освен ако не е посочено друго. Тези средни стойности за ЕС не включват Исландия и Норвегия. Коефициентите на смъртност и заболяемост са възрастово-стандартизирани спрямо европейското стандартно население, прието от Евростат през 2013 г.

Паритетът на покупателната способност се определя като обменния валутен курс, при който покупателната способност на различните валути се уравнива, като се премахват разликите в равнищата на цените между държавите.

Отказ от отговорност: Настоящият документ се публикува под отговорността на генералния секретар на ОИСР и на председателя на Европейската комисия. Изразените становища и използваните в него доводи не отразяват непременно официалните позиции на държавите – членки на ОИСР или на Европейския съюз. Настоящият документ, както и всички данни и карти, включени в него, не засягат статута или суверенитета на дадена територия, нито определянето на международни граници или името на дадена територия, град или област. Наименованията на държавите и териториите, както и картите в настоящото съвместно издание са съобразени с практиката на ОИСР.

Специални откази от отговорност, приложими за ОИСР, във връзка с територии:

Бележка от Република Турция: Информацията в настоящия документ, в която се споменава „Кипър“, се отнася до южната част на острова. Няма единна власт, която да представлява едновременно турските и гръцките кипърци на острова. Турция признава Севернокипърската турска република. До намирането на трайно и справедливо решение в рамките на Организацията на обединените нации Турция запазва позицията си по „кипърския въпрос“.

Бележка от всички държави – членки на Европейския съюз, които членуват в ОИСР, и Европейския съюз: Република Кипър е призната от всички членове на Организацията на обединените нации без Турция. Информацията в настоящия документ се отнася до областта, която е под действителния контрол на правителството на Република Кипър.

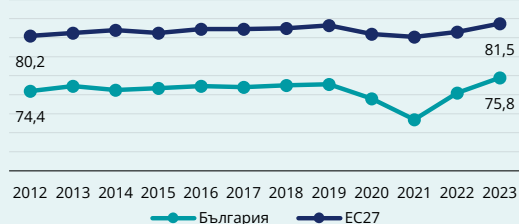
© ОИСР/Европейски съюз, 2025 г. В случай на несъответствие между оригинала и преведените версии на настоящия документ само текстът на оригиналния документ следва да се счита за валиден.

Съдържание

1. АКЦЕНТИ	3
2. РАКЪТ В БЪЛГАРИЯ	4
3. РИСКОВИ ФАКТОРИ И ПОЛИТИКИ ЗА ПРОФИЛАКТИКА	8
4. РАННО ОТКРИВАНЕ	12
5. ЕФЕКТИВНОСТ НА ГРИЖИТЕ ЗА БОЛНИТЕ ОТ РАК	14
5.1 Достъпност	14
5.2 Качество	18
5.3 Разходи и съотношение качество/цена	20
5.4 Благополучие и качество на живота	22
6. НАСОЧВАНЕ НА ВНИМАНИЕТО КЪМ РАКОВИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ДЕЦАТА	24

Обобщение на основните характеристики на здравната система

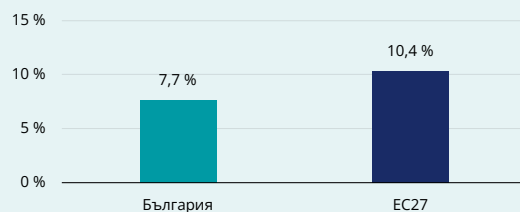
Очаквана продължителност на живота при раждане (в години)



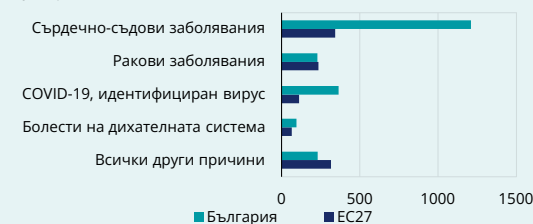
Дял на населението на възраст 65 и повече години (%)



Разходи за здравеопазване като % от БВП, 2022 г. или най-близка година

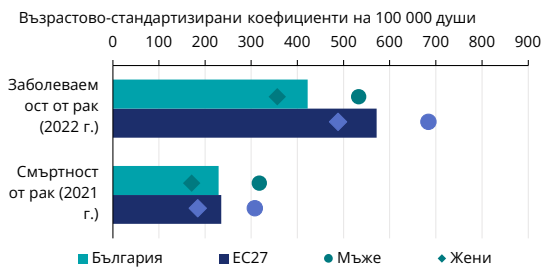


Възрастово-стандартизирана смъртност на 100 000 души население, 2021 г.



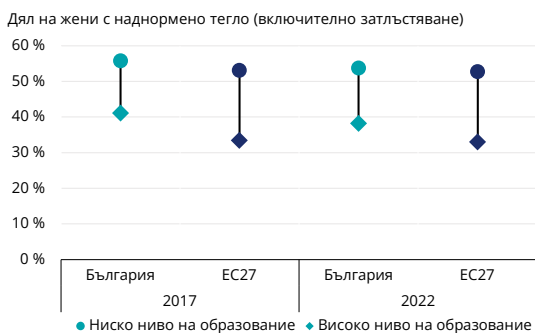
Източник: Базата данни на Евростат.

1. Акценти



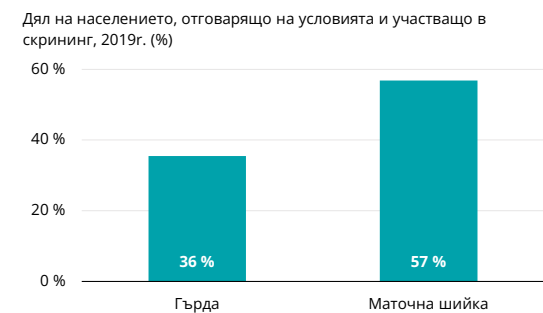
Ракът в България

Оценките за заболяемостта от рак през 2022 г. са били по-ниски от средните стойности за ЕС както за мъжете, така и за жените в България, а смъртността от рак през 2021 г. е била близка до средната стойност за ЕС. Въпреки това България е едната от двете държави в ЕС, която е отбелязала увеличение на смъртността от рак през последното десетилетие; смъртността е намаляла във всички други държави. При българските мъже бремето от рака е значително по-голямо – както по отношение на заболяемостта, така и на смъртността – отколкото при българските жени. През 2023 г. България прие своя първи национален план за борба с рака за периода 2021–2027 г. с цел подобряване на профилактиката и контрола на рака.



Рискови фактори и политики за профилактика

В България високата степен на разпространение на рисковите фактори за рак започва от детството и юношеството и продължава до зряла възраст. Стойностите за страната са сред най-лошите в ЕС по отношение на повечето рискови фактори за рак – включително тютюнопушене, консумация на алкохол, хранителни навици, ниска физическа активност, ниска степен на ваксинация срещу човешкия папиломен вирус и замърсяване на въздуха. Въпреки че процентът на хората с наднормено тегло и затлъстяване намалява с течение на времето, социалното разслоение остава високо. При българските жени с по-ниско ниво на образование вероятността да са с наднормено тегло е с 36% по-голяма. С цел справяне с рисковите фактори за рак България прие Националната програма за профилактика на незаразните хронични заболявания за периода 2021–2025 г., а през април 2024 г. одобри националната здравна стратегия до 2030 г.



Ранно откриване

Ранното откриване на рака в България представлява причина за безпокойство. За разлика от повечето други държави от ЕС България няма програми за масов скрининг за рак на гърдата, рак на маточната шийка, рак на дебелото черво и ректума, което обяснява ниските равнища на участие в скрининга. През 2019 г. делът на жените на възраст за провеждане на скрининг, на които е правена мамография през последните две години, е бил 36%. Покритието на скрининга за рак на маточната шийка сред жените на възраст 20–69 години е било 57% през 2019 г. В националния план за борба с рака за периода 2021–2027 г. се предлага въвеждането на програми за масов скрининг за рак на дебелото черво, гърдата, маточната шийка и простатата.



Ефективност на грижите за болните от рак

Предизвикателствата пред достъпността на грижите за болните от рак в България се дължат на преките плащания за услугите за лечение на рака, недостига на работна сила и неравномерното разпределение на специализираните болници и диагностичните центрове на територията на страната. Все пак доставката на апарати за лъчетерапия се е увеличила двойно в периода 2012–2022 г. Въпреки че наскоро България актуализира медицинските стандарти в областта на грижите за болните от рак и въведе процедури по одобрение на болници и онкологични центрове, текущата реорганизация на българския регистър на раковите заболявания възпрепятства мониторинга и подобряването на качеството на грижите за болните от рак. Очакванията за периода 2023–2050 г. са, че ракът ще окаже значително отрицателно влияние върху психичното здраве на населението.

2. Ракът в България

Забелеваемостта от рак в България е ниска в сравнение със средната за ЕС

Според Европейската информационна система за рака (ECIS) към Съвместния изследователски център, през 2022 г. в България са очаквани около 31 485 нови случая на рак, въз основа на тенденциите в забелеваемостта от годините преди пандемията. Възрастово-стандартизираната забелеваемост от рак в България е била най-ниска сред държавите от ЕС – 356 на 100 000 за жените (в сравнение с 488 на 100 000 жени в ЕС) и 533 случая на 100 000 мъже (в сравнение с 684 на 100 000 мъже в ЕС). Ниската забелеваемост обаче вероятно е резултат от непълна регистрация на новодиагностицираните пациенти, тъй като от 2020 г. българският регистър на раковите заболявания не е работил с пълния си капацитет, а през 2023 г. е престанал да функционира. Според оценките на ECIS случаите на рак ще се увеличат с 3 % до 2040 г.

През 2022 г. най-често диагностицираните нови случаи на рак сред българските мъже са рак на простатата, като възрастово-стандартизираната забелеваемост е 104 нови случая на 100 000 (в сравнение със 154 на 100 000 в ЕС). Следва ракът на дебелото черво и ректума – 95 нови случая на 100 000 мъже (в сравнение с 93 на 100 000 в ЕС), и ракът на белия дроб¹ – 88 нови случая на 100 000 мъже (в сравнение с 95 на 100 000 в ЕС).

Най-често диагностицираните нови случаи на рак сред българските жени е ракът на гърдата, с възрастово-стандартизирана забелеваемост 88 нови случая

на 100 000 жени през 2022 г. (в сравнение със 148 на 100 000 жени в ЕС). Втори най-разпространен е ракът на дебелото черво и ректума – 49 нови случая на 100 000 жени през 2022 г. (в сравнение с 58 на 100 000 в ЕС).

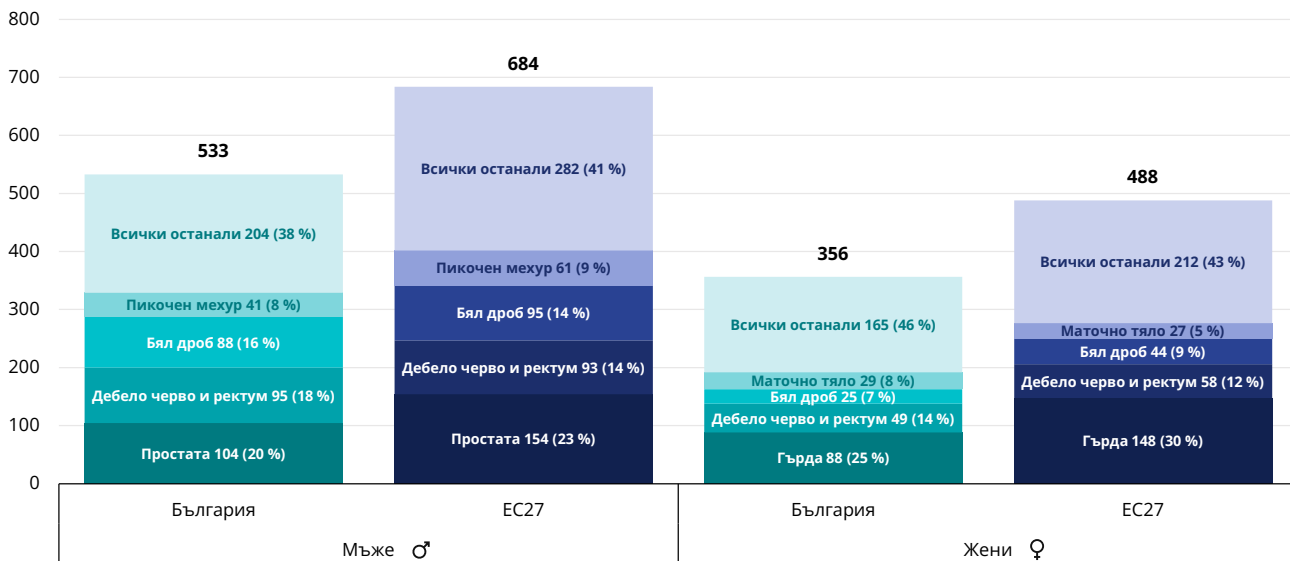
Ракът на дебелото черво и ректума и ракът на белия дроб имат по-голям дял от новодиагностицираните случаи на рак сред българските мъже в сравнение с мъжете в ЕС. Ракът на дебелото черво и ректума и ракът на шийката на матката заемат по-голям дял от новите случаи на рак сред българските жени в сравнение с жените в ЕС (фигура 1).

Докато ракът на простатата, на дебелото черво и ректума и на белия дроб са най-разпространени сред българските мъже, а забелеваемостта от всички видове рак при тях е по-ниска от средната за ЕС, забелеваемостта от няколко вида рак сред българските мъже е по-висока в сравнение със средната за ЕС през 2022 г. Това са ракът на стомаха с 28,6 новооткрити случая на 100 000 български мъже (в сравнение с 21,2 на 100 000 мъже в ЕС) и ракът на мозъка – 13 на 100 000 български мъже (в сравнение с 11 на 100 000 в целия ЕС).

За жените локализациите, които надвишават средната забелеваемост за ЕС през 2022 г., са рак на маточната шийка – 23 на 100 000 при българските жени (в сравнение с 12 на 100 000 жени в ЕС), рак на стомаха – 14 на 100 000 (в сравнение с 11 на 100 000 в ЕС), както и мозъчните тумори – 9 на 100 000 български (в сравнение с 8 на 100 000 в ЕС).

Фигура 1. Забелеваемостта от рак в България е доста под средните стойности за ЕС както при мъжете, така и при жените

Възрастово-стандартизирана забелеваемост на 100 000 души, приблизителни стойности, 2022 г.



Бележки: Стойностите за 2022 г. са оценени въз основа на тенденциите в забелеваемостта от предишни години и може да се различават от наблюдаваните през последните години. Включени са всички видове рак, с изключение на рака на кожата от немеланомен тип. В данните за рака на матката не са включени данни за рака на шийката на матката.

Източник: Европейска информационна система за рака (ECIS). От <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, посетен на 10.3.2024 г. © Европейски съюз, 2024 г. Процентното разпределение на забелеваемостта е преизчислено въз основа на възрастово-стандартизираната забелеваемост и поради това се различава от процентното разпределение на абсолютния брой нови случаи, показано на уебсайта на ECIS.

1 Ракът на белия дроб включва също рак на трахеята и бронхите.

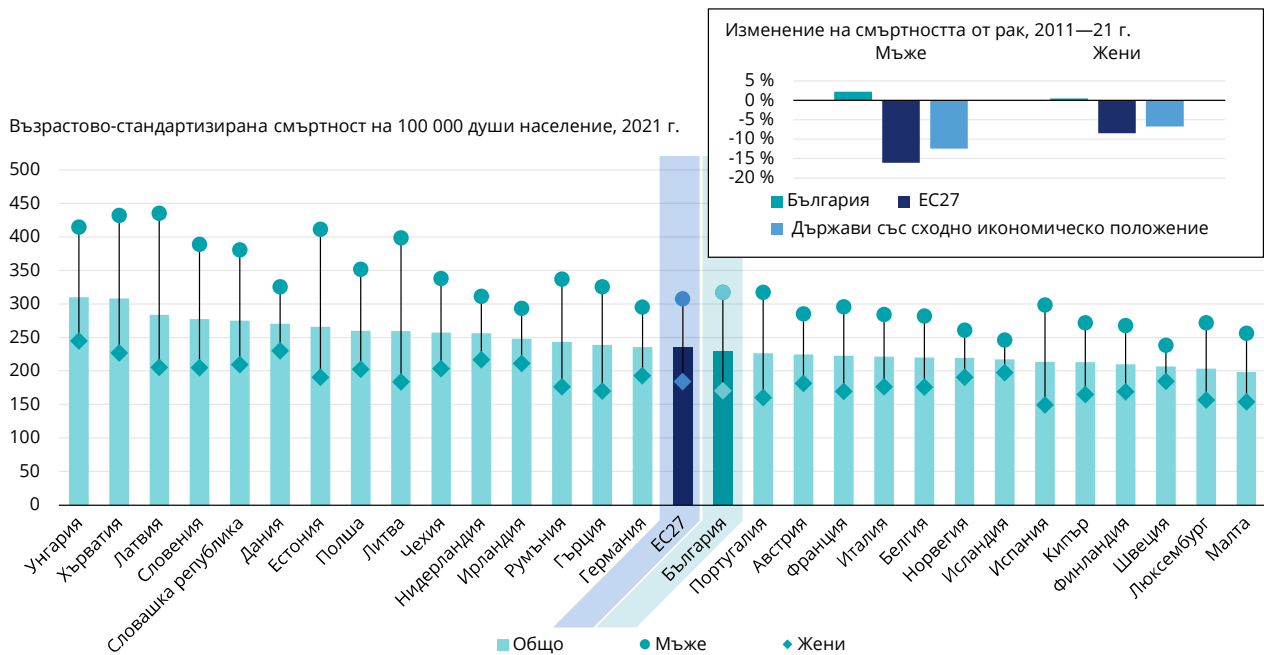
България е едната от двете държави в ЕС, в които смъртността от рак се е увеличила през последното десетилетие

През 2021 г. стандартизираният коефициент на смъртност от рак в България е 229 смъртни случая на 100 000 души население, което е под средната стойност за ЕС – 235 на 100 000. Както и във всички други държави от ЕС+2,² смъртността при българските мъже е значително по-висока, отколкото при жените (фигура 2). През периода 2011–2021 г. смъртността от рак при мъжете в България се е увеличила с 2 %, докато

в държавите със сходно на страната икономическо положение³ е намаляла с 12 %, а в държавите от ЕС е намаляла с 16 %.

Смъртността от рак при българските жени се е увеличила с 1 % през периода 2011–2021 г., за разлика от наблюдаваното намаление от 7 % в държавите със сходно на страната икономическо положение и намалението от 9 % в държавите от ЕС. България и Кипър са единствените държави от ЕС, в които смъртността от рак се е увеличила, вместо да намалее през периода 2011–2021 г.

Фигура 2. В сравнение с други държави от ЕС в България се наблюдава увеличение на смъртността от рак при мъжете и при жените



Бележки: Държавите със сходно икономическо положение са една трета от страните определени въз основа на покупателната способност на БВП на глава от населението за 2022 г. За България държавите със сходно икономическо положение са Гърция, Естония, Латвия, Полша, Португалия, Румъния, Словакия, Унгария и Хърватия. Източник: База данни на Евростат.

При мъжете се наблюдава по-висока възрастово-стандартизирана смъртност, отколкото при жените за всички видове рак, с изключение на рака на жлъчния мехур и щитовидната жлеза. Най-големите разлики между двата пола се наблюдават при рака на фаринкса и ларинкса (10 пъти по-висок коефициент при мъжете) и рака на белия дроб; това съответства на по-високата честота на тютюнопушенето сред мъжете (вж. раздел 3).

Съществуват и доказателства за значителни регионални неравенства по отношение на стандартизираната смъртност от рак в България през периода 2000–2012 г. Разликата между регионите с най-висока и най-ниска възрастово-стандартизирана смъртност от рак на гърдата и маточната шийка е била повече от три пъти. В област София-столица възрастово-стандартизираната смъртност от рак на гърдата е била най-висока – 43 на 100 000

души население, докато в област Кърджали е била най-ниска – 13 на 100 000. Регионалните различия във възрастово-стандартизираната смъртност са значителни (повече от два пъти) и при рака на простатата и дебелото черво. В област София-столица смъртността от рак на простатата е била 39 смъртни случая на 100 000 мъже, докато в област Силистра - 15 на 100 000. Големите регионални различия подчертават неравенствата по отношение на резултатите от лечението на онкологичните заболявания в различните региони в България (Атанасова, 2016 г.).

Предотвратимата смъртност от рак в България е по-висока от средната за ЕС

Благодарение на подобрените стратегии за профилактика и напредъка във възможностите за лечение значителна част от смъртните случаи от рак сред хората до 75 години се считат за потенциално

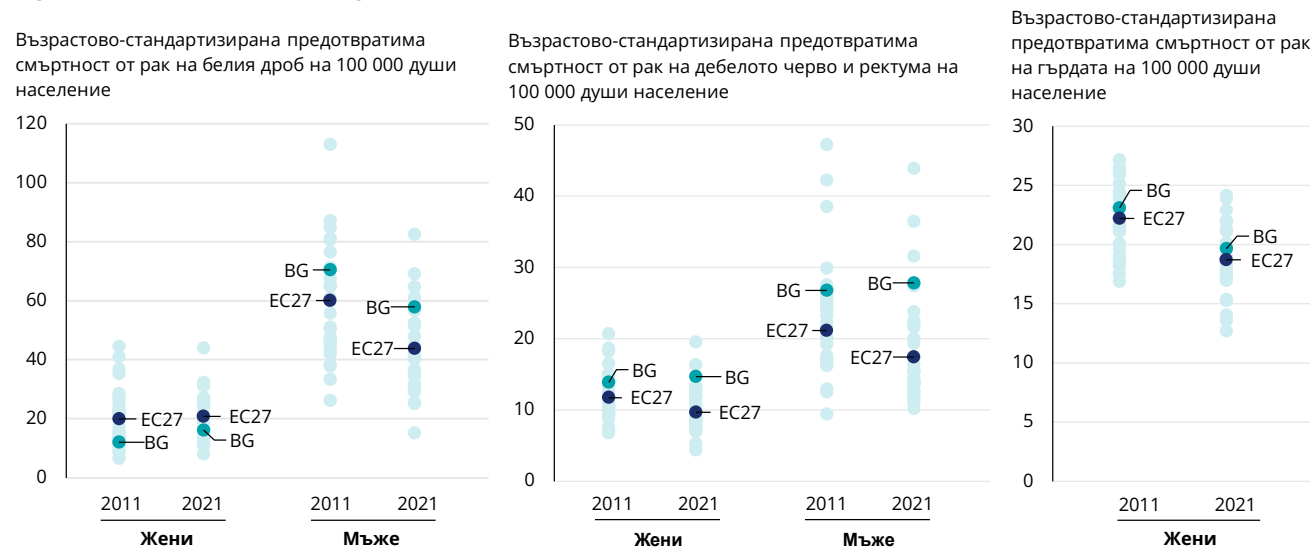
2 Държавите от ЕС+2 включват 27-те държави – членки на ЕС (ЕС-27), както и Исландия и Норвегия.

3 Държавите със сходно икономическо положение са една трета от страните определени въз основа на покупателната способност на БВП на глава от населението за 2022 г. За България държавите със сходно икономическо положение са Гърция, Естония, Латвия, Полша, Португалия, Румъния, Словакия, Унгария и Хърватия.

предотвратими.⁴ В България предотвратимата смъртност от три от най-разпространените видове рак – на белия дроб, гърдата и дебелото черво и ректума – е по-висока от средната за ЕС. При българските мъже се наблюдава по-висока предотвратима смъртност от рак на белия дроб (в повечето случаи може да бъде предотвратен) и рак на дебелото черво и ректума (в повечето случаи лечим), отколкото при българските жени и мъжете в ЕС. При българските жени се наблюдава по-висока предотвратима смъртност от рак на гърдата (в повечето случаи лечим) от средната за ЕС (фигура 3).

По отношение на предотвратимата смъртност разликата между България и ЕС се е увеличила през периода 2011–2021 г., по-специално по отношение на рака на дебелото черво и ректума и рака на белия дроб при мъжете. Тази увеличаваща се разлика навежда на мисълта, че са необходими по-ефективни първична профилактика и интервенции в областта на общественото здравеопазване за намаляване на рисковите фактори за рак, свързани с рака на белия дроб, като например тютюнопушенето. Освен това са необходими по-ефективно ранно откриване и навременно лечение за рака на дебелото черво и ректума, за да се преодолее разликата с ЕС (вж. раздели 4 и 5).

Фигура 3. Предотвратимата смъртност от рак на белия дроб при мъжете, рак на дебелото черво и рак на гърдата е по-висока в България, отколкото в ЕС



Бележки: Стойностите за предотвратимата смъртност се отнасят за лицата под 75-годишна възраст. Източник: База данни на Евростат. Данните се отнасят за 2021 г.

Болестността от рак в България е сред най-ниските за държавите от ЕС+2

Съгласно оценките на Globocan към IARC през 2022 г. петгодишната стандартизирана болестност от рак в България⁵ е най-ниска сред държавите от ЕС+2 – 1 267 случая на 100 000 души население (фигура 4) – с 32 % по-ниска от средната за ЕС. Това е в резултат на ниската заболяемост и високата смъртност. Вероятното занижаване на заболяемостта от рак се дължи на непълната регистрация на случаите в регистъра на раковите заболявания след 2015 г.,

което от своя страна води до по-ниска оценка за болестността. Въпреки това болестността от рак в България се е увеличила с 33 % през периода 2010–2020 г., като тази промяна в болестността е сред най-големите в ЕС. Увеличаващата се разлика между България и ЕС подчертава необходимостта от съсредоточаване на усилията върху качеството на живота и преживяемостта (вж. раздел 5.4), тъй като хората живеят по-дълго с рак и повече хора се срещат с болестта.

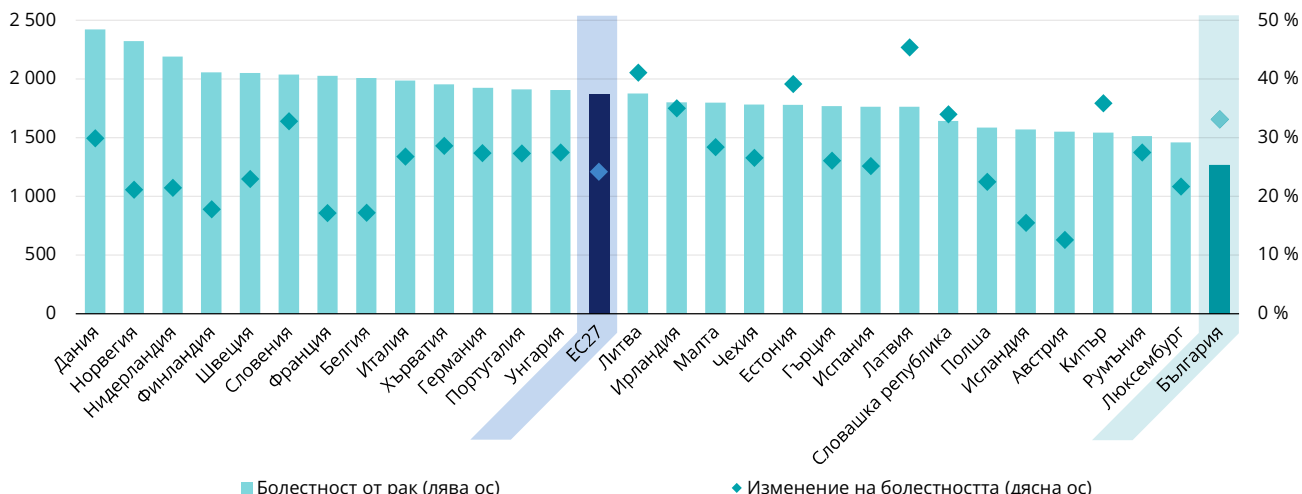
4 Предотвратимата смъртност включва предотвратимите смъртни случаи, които могат да бъдат избегнати чрез ефективна профилактика и интервенции в областта на общественото здраве, както и смъртните случаи, които могат да бъдат избегнати чрез навремени и ефективни терапевтични интервенции.

5 Болестността от рак се отнася до дела от хора, които са диагностицирани с рак и живеят с болестта, включват се хората, които се лекуват от рак, както и тези, които са завършили лечението. Петгодишната болестност от рак включва хората, които са диагностицирани през предходните пет години, докато болестността през целия живот обхваща тези, на които някога през живота е поставяна диагноза рак.

Фигура 4. Петгодишният коефициент на болестност от рак в България е най-ниският в ЕС

Петгодишен бруто коефициент на болестност на 100000 души население, 2022 (Globocan)

Промяна във възрастово стандартизираната болестност за целия живот, 2010-20 (Eurocare-6)



Източници: база данни на Globocan към IARC, 2024 г.; проучване EUROCare-6 (De Angelis и др., 2024 г.).

България прие своя първи национален план за борба с рака през 2023 г.

През 2023 г. България прие своя първи национален план за борба с рака за периода 2021–2027 г. (Народно събрание на Република България, 2023а), който частично съответства на европейския план за борба с рака (каре 1). Този стратегически документ очертава визията за прилагане на многосекторни политики за справяне с тенденциите на повишаване на заболяемостта и смъртността от рак в страната. Планът включва седем основни цели, включително предотвратяване на подлежащите на изменение рискови фактори за рак; въвеждане на скрининг за

рак на дебелото черво и ректума, рак на гърдата, рак на маточната шийка и рак на простатата; осигуряване на възможности за съвременна диагностика и равен достъп до методите за диагностика на пациентите; както и изграждане на комплексни онкологични центрове и обучение на водещи специалисти. Други цели включват подобряване на лечението на раковите заболявания чрез осигуряване на равен достъп до основани на доказателства терапии, разработване на мултидисциплинарни подходи и оптимизиране на качеството на живота на пациентите, лицата, преживели рак, и лицата, полагащи грижи за тях.

Каре 1. Националният план на България за борба с рака, приет през 2023 г., е съобразен с приоритетите на Европейския план за борба с рака

В националния план на България за борба с рака се поставя акцент върху борбата със специфичните рискови фактори, които увеличават болестния товар на рака (като тютюнопушене, липса на физическа активност, прекомерна консумация на алкохол, инфекции с човешки папиломен вирус, начин на живот и фактори, свързани с околната среда), и върху разработването на система за грижи за болните от рак, която предлага устойчиви и основани на доказателства грижи, иновативни методи за диагностика и лечение и качество на живота (таблица 1). Националният план за борба с рака има за цел също така подобряване на резултатите от лечението на ракови заболявания при децата и дава приоритет на научните изследвания в областта на онкологията, като се стреми към подобряване процеса на събиране на данни и прилагането на цифрови технологии, за осигуряване на по-ефикасни от клинична и икономическа гледна точка грижи. Премахването на неравенствата по отношение на рака не е основен приоритет в България.

Таблица 1. Националният план на България за борба с рака е до голяма степен съобразен с Европейския план за борба с рака

Стълбове на ЕПБР				Трансверзални теми в ЕПБР		
Профилактика	Ранно откриване	Диагностика и лечение	Качество на живота	Неравенства по отношение на рака	Ракови заболявания при децата	Научни изследвания и иновации
●	●	●	●	●	●	●

Бележки: ЕПБР = Европейски план за борба с рака. Синият цвят означава, че в националния план за борба с рака е включен специален раздел по темата; оранжевият цвят означава, че темата е обхваната от раздел от плана, без вниманието да е съсредоточено единствено върху нея; розовият цвят означава, че темата не е обхваната от плана.
Източник: адаптирано от „Study on mapping and evaluating the implementation of the Europe’s Beating Cancer Plan“ (Проучване относно картографирането и оценяването на изпълнението на европейския план за борба с рака) (все още непубликувано).

През април 2024 г. България одобри националната здравна стратегия до 2030 г., която дава приоритет на целеви стратегии за действия по специфични въпроси в областта на общественото здраве, като борбата с болестния товар на рака се нарежда на трето място сред деветте приоритетни проблема в областта на общественото здраве (Министерство на здравеопазването, 2024 г.). Въпреки това обновяването на българския раков регистър не се посочва като елемент от планираните приоритети и действия нито в националната здравна стратегия, нито в националния

план за борба с рака. През 2023 г. съществуващият регистър е закрит и всички данни са прехвърлени в новосъздадената Национална здравноинформационна система (НЗИС). Към юли 2024 г. все още няма яснота как и кога ще продължи да функционира българският раков регистър. Без добре функциониращ раков регистър, обхващащ в пълнота случаите в страната, оценката на съществуващото положение и на изпълнението на дейностите в националния план за борба с рака ще бъде трудно, което става очевидно с отчетената занижена заболяемост от рак.

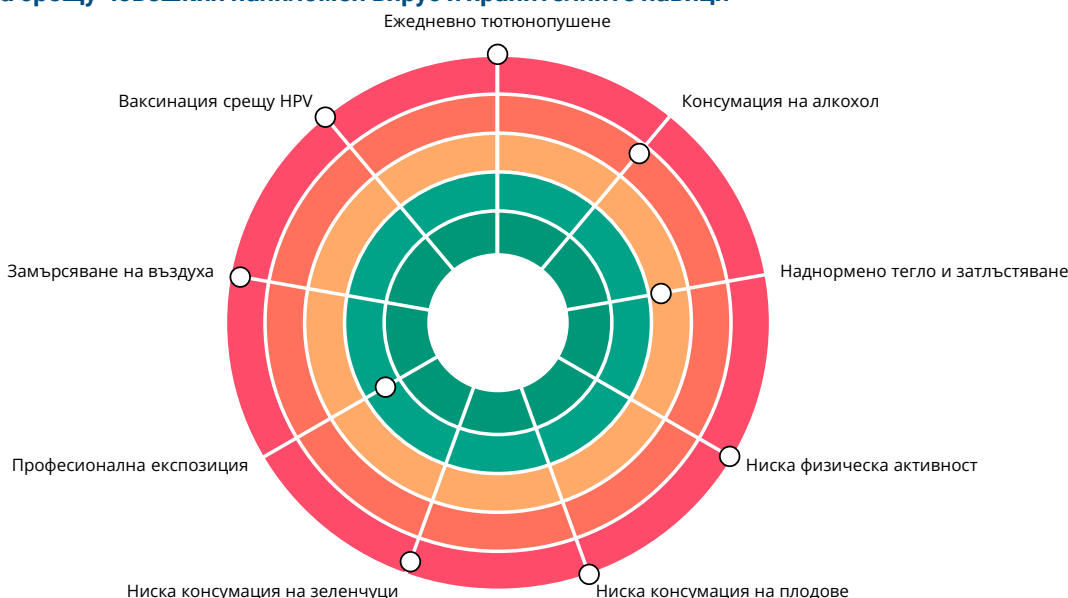
3. Рискови фактори и политики за профилактика

В България повечето рискови фактори за рак са по-високи нива в сравнение с европейските държави

По отношение на седем от деветте рискови фактора за рак – тютюнопушене, консумация на алкохол, консумация на плодове и зеленчуци, физическа активност, ваксинацията срещу човешкия папиломен вирус (HPV) и замърсяване на въздуха – България се представя най-зле от всички държави в ЕС през

2022 г. (фигура 5). Нееднозначните резултати от някои от съществуващите политики за профилактика и промоция на здравето в съчетание с относително ограничените средства за профилактика вероятно частично са допринесли за тази ситуация. През 2022 г. разходите за здравна профилактика в България представляват 3 % от общите разходи за здравеопазване, което е на половината от средната стойност за ЕС (6 %)⁶.

Фигура 5. България се представя по-зле в сравнение с другите държави от ЕС по отношение на тютюнопушенето, консумацията на алкохол, ниската физическа активност, замърсяването на въздуха, ваксинацията срещу човешкия папиломен вирус и хранителните навици



Бележки: Колкото по-близо е точката до центъра, толкова по-добре се представя държавата в сравнение с другите държави от ЕС. Нито една от държавите не попада в бялата „целева зона“, тъй като във всички държави има възможности за подобрение във всички области. Замърсяването на въздуха се измерва като прахови частици с диаметър по-малък от 2,5 μm (PM2,5).

Източници: изчисления на ОИСР въз основа на статистическите данни на ЕС за доходите и условията на живот (EU-SILC) за 2022 г. по отношение на наднормено топло и затлъстяване, физическа активност, консумация на плодове и зеленчуци (при възрастните); проучване на Eurofound относно професионалната експозиция; статистически данни на ОИСР за здравеопазването по отношение на тютюнопушенето, консумацията на алкохол (при възрастните) и замърсяването на въздуха; и на СЗО за ваксинацията срещу HPV (момичета на 15-годишна възраст).

6 Разходите за профилактика, отчетени по здравните сметки, следва да включват дейности извън националните програми (например опортюнистичен скрининг за рак или консултации за спиране на тютюнопушенето по време на рутинен лекарски преглед), въпреки че на практика държавите могат да срещат трудности при определянето на разходите за профилактика извън тези програми.

Разпространението на тютюнопушенето и консумацията на алкохол в България остават високи

Според Европейската система за здравни интервюта разпространението на тютюнопушенето в България е най-високо в ЕС – 29 % през 2019 г. За разлика от повечето други държави от ЕС, делът на пушачите е с 50 % по-висок при групите от населението с високи доходи (35 %), отколкото при тези с ниски доходи (23 %). Налице е и неравенство между половете по отношение на процента на пушачите: разпространението е почти два пъти по-високо при мъжете (38 %), отколкото при жените (21 %).

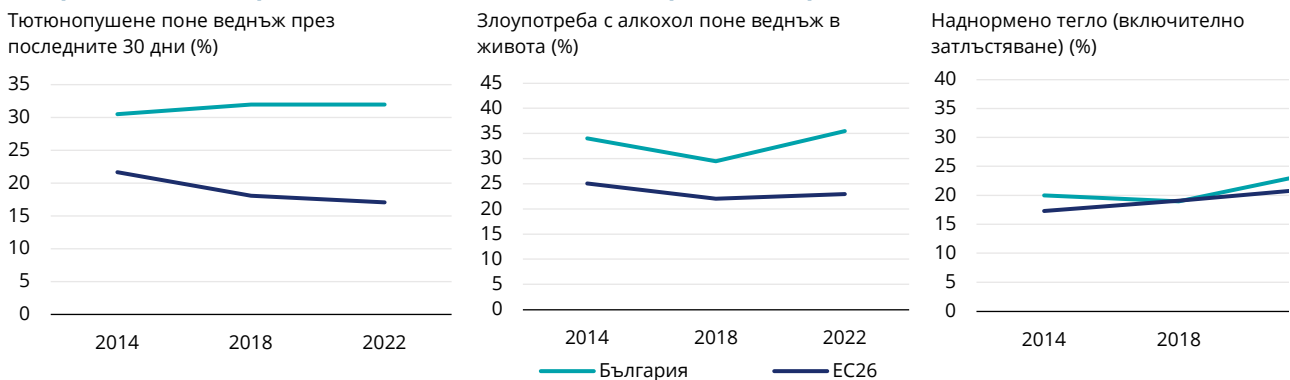
Равнището на консумация на алкохол в България е третото най-високо в ЕС. През 2020 г. общата консумация на алкохол на глава от населението сред възрастните е била 11 l – увеличение спрямо 10,4 l през 2012 г. Тази стойност е с 12 % по-висока от средната в целия ЕС (10 l през 2021 г.). Оценките на национално равнище показват, че 66 % от българското население над 20-годишна възраст консумират алкохолни напитки. Делът на лицата, които редовно консумират алкохол, е почти три пъти по-висок при мъжете (41 %), отколкото при жените (15 %), а делът на въздържателите е два пъти по-висок при жените (44 %), отколкото при мъжете (21 %) (Странджева, Цолова и Димитров, 2022а).

Високата честота на тютюнопушене, на консумация и злоупотреба с алкохол сред подрастващите в България будят загриженост

Разпространението на тютюнопушенето и злоупотребата с алкохол сред 15-годишните в България са с висока честота и нарастваща тенденция през периода 2014–2022 г. в сравнение с разпространението им в ЕС (фигура 6). Употребата на тютюн сред подрастващите се е увеличила от 31 % през 2014 г. на 32 % през 2022 г., което е почти два пъти над средната стойност за ЕС (17 % през 2022 г.). Национално проучване сочи, че един на всеки шест подрастващи е настоящ пушач, без значима разлика между половете в честотата (Теолова, Цолова и Димитров, 2022 г.). Повече от половината подрастващи пушат интензивно (над 6 цигари дневно). Признаци на тежка зависимост (запалване на цигара веднага след сън) се срещат при 20 % от момчетата и 27 % от момичетата сред групата на пушачите. Повече от половината от подрастващите пушачи (56 %) нямат намерение да се откажат от пушенето.

През 2022 г. честотата на повече от един случай на злоупотреба с алкохол сред подрастващите в България (36 %) е 56% по-висока от тази в ЕС (23 %). Този дял леко се е увеличил между 2014 г. и 2022 г., докато през същия период е отбелязал спад в ЕС. Национално проучване показва, че средната възраст, на която децата в България за първи път опитват алкохол, е 14 години (Странджева, Цолова и Димитров, 2022б). Едно на всеки три деца (34 %) съобщава за ранна консумация на алкохол (преди 13-годишна възраст).

Фигура 6. Показателите на България по отношение на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол и наднорменото тегло сред 15-годишните са по-неблагоприятни от средните за ЕС



Забележка: Средната стойност за ЕС не е стандартизирана. Данните са за 2022 г. и се отнасят за деца на 15-годишна възраст. Източник: проучването „Поведение във връзка със здравето на деца в ученическа възраст“.

Повече от половината от възрастното население в България е с наднормено тегло или затлъстяване, но този дял спада

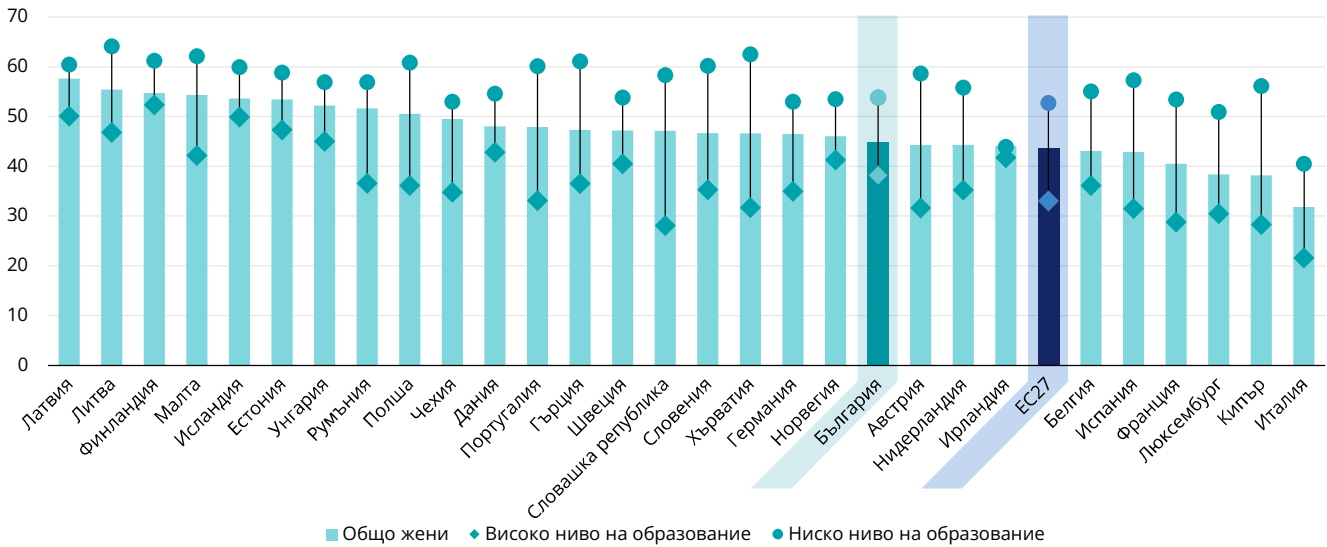
През периода 2017–2022 г. делът на възрастните с наднормено тегло или затлъстяване в България е намалял от 59 % на 54 %, докато средният процент в ЕС бележи леко намаление от 52 % на 51 %. През 2022 г. процентът на българските мъже с наднормено тегло е бил 63 % – т.е. по-висок от средния за ЕС (60 %). Процентът на българските жени с наднормено тегло е бил 45 % – близко до средния за ЕС (44 %). Както и в другите държави от ЕС, за жените с по-ниско ниво на образование в България има по-голяма вероятност да са с наднормено тегло – 54 %, в сравнение с 38 % при жените с по-високо ниво на образование (фигура 7). При 15-годишните процентът на лицата с наднормено тегло и затлъстяване се е увеличил от 20 % през 2014 г. на 24 %

през 2022 г. Тази стойност остава с 3 процентни пункта по-висока от средната за ЕС (21 %). При подрастващите делът с наднормено тегло е 41 % за децата от семейства разположени в долните 20 % на скалата за материално благосъстояние на семейството (Family Affluence Scale) – значително по-висок, в сравнение с 18 % с наднормено тегло, за децата от семейства в горните 20 % по скалата.

Неправилното хранене и липсата на физическа активност допринасят за наднорменото тегло и затлъстяването. През 2022 г. 66 % от възрастните в България консумират по-малко от веднъж дневно плодове (в сравнение с 39 % в ЕС), а 57 % консумират по-малко от веднъж дневно – зеленчуци (в сравнение с 40 % в ЕС). През 2022 г. 11 % от лицата над 15-годишна възраст в България се занимават с физическа активност поне три пъти седмично – доста под средното (31 %) за ЕС.

Фигура 7. В България процентът на лицата с наднормено тегло сред жените на всички нива на образование е по-висок от средния за ЕС

% жени на възраст над 18 години с наднормено тегло (включително затлъстяване), 2022 г.



Забележка: Наднорменото тегло (включително затлъстяването) включва лицата с индекс на телесната маса (BMI) над 25. Източник: база данни на Евростат.

Подрастващите в България имат по-здравословен хранителен режим и спортуват повече от средното за ЕС

Сред 15-годишните в България 33 % консумират ежедневно плодове (в сравнение с 30 % средно в ЕС), а 40 % консумират ежедневно зеленчуци (в сравнение с 34 % в ЕС). Делът на 15-годишните, които се занимават с физическа активност 60 минути дневно, е 18 % – също по-висок от средния за ЕС (15 %).

Процентът на ваксинация срещу човешкия папиломен вирус е сред най-ниските от държавите в ЕС, но напоследък са положени усилия за увеличаването му

В България равнището на ваксинационно покритие срещу HPV сред момичетата на 15-годишна възраст е най-ниското в ЕС. През 2023 г. делът на момичетата до 15-годишна възраст, които са получили всички препоръчани дози от ваксината срещу HPV е 7 % в България в сравнение с 64 % средно за ЕС. Първата национална програма за ваксинация срещу HPV започва през 2012 г., като осигурява безплатната ваксинация срещу HPV на доброволна основа за целевата група -момичета на възраст 12–13 години. През 2013 г. равнището на ваксинационно покритие достига 24 %. През следващите години броят на ваксинираните момичета рязко спада и през 2023 г. е 2 % за целевата група - момичета на възраст 10–13 години. Програмата е разширена във времето; от 2021 г. целевата група включва момичета на възраст 10–13 години (Министерство на здравеопазването, 2021 г.). След внасяне на предложения до министъра на здравеопазването, в актуализираната национална програма се планира от 2025 г. в целевата група да бъдат включени и момчета.

По програмата се използват двувалентна и четиривалентна ваксини срещу HPV, като през 2023 г. е добавена и деветвалентна ваксина. През 2023 г. започна медийна кампания за популяризиране на положителните ефекти от ваксинацията срещу HPV

с цел повишаване на осведомеността в общността. Тези стъпки са част от по-всеобхватните усилия на България за подобряване на здравната профилактика и намаляване на случаите на рак, свързан с HPV – особено рак на шийката на матката.

Макар замърсяването на въздуха в България да остава високо, показателите на страната по отношение на професионалната експозиция са по-добри

Нивото на замърсяването на въздуха с ПЧ2,5 е 17 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ през 2020 г. – като се отчита намаление с 26 % от 2010 г. насам. Въпреки това, това е второто най-високо ниво в ЕС след Полша. През 2021 г. 22 % от хората на възраст над 15 години съобщават за професионална експозиция на действието на химически продукти и субстанции, което е доста под равнището в другите държави от ЕС, включително Полша (37 %), Хърватия (34 %), Латвия (32 %) и Литва (33 %).

България прилага програми за първична профилактика с цел ограничаване на рисковите фактори за рак

В националната програма за профилактика на незаразните хронични заболявания за периода 2021–2025 г. са включени подробно разработени мерки за намаляване нивата на рисковите фактори за рак. Те включват разработване и прилагане на нови подходи за предотвратяване на тютюнопушенето в детска възраст, както и подкрепа за пушачите, които желаят да спрат да пушат (с цел намаляване с 5 % на разпространението на тютюнопушенето). Усилията включват програми за ограничаване на пушенето сред учениците в основните училища и адаптиране на интервенциите към различните модели на тютюнопушене при момчетата и момичетата. Освен това програмата има за цел намаляване с 10 % на липсата на физическа активност.

Политиката на България за ограничаване на конкретни хранителни вещества в хранителните продукти получи положителна оценка по рамката NOURISHING

на Световния изследователски фонд за раковите заболявания. Въпреки това в съществуващото законодателство има пропуски относно предлагането на храни в близост до училищата и продажбата на подсладени със захар напитки в училищата, които подкопават иначе ефективните стандарти за хранене в учебните заведения. Освен това са необходими повече усилия за регулиране на маркетинга и рекламата на храни, насочени специално към децата около училищата.

България въведе Националната стратегия за развитие на физическата активност, физическото възпитание, спорта и спортно-туристическата дейност 2024 г. с цел повишаване на физическата активност – особено сред децата и подрастващите – чрез подобрена инфраструктура и общностни инициативи (Народно събрание на Република България, 2023б). За да се гарантира правото на равен достъп до здравословна физическа активност и спортни дейности за всички деца, Министерството на младежта и спорта ежегодно финансира програмата „Спорт за деца в риск“, чрез която подкрепя спортните клубове да организират и провеждат безплатни спортни дейности за деца в риск. Всяка година Министерството на младежта и спорта финансира организирането на Игри за ученици от V до XII клас и Игри за ученици с физически и психически увреждания. През 2024 г. започна нова пилотна програма „Спортен час“ за осигуряване на участие

във физически упражнения, мобилни игри и спортни дейности за децата от детските градини, учениците и студентите с цел сформирани и развитие на училищни и студентски спортни отбори. В пилотната програма са участвали около 92 000 ученици.

Постигането на целите за намаляване на рисковите фактори ще доведе до намаляване на новите случаи на рак през периода 2023–2050 г.

Въпреки че рискът хората да развият рак се определя от сложна комбинация от фактори, по-активните усилия за намаляване на разпространението на рисковите фактори свързани с начина на живот, имат потенциала да намалят заболяемостта от рак в България с хиляди нови случаи през периода 2023–2050 г. (фигура 8). Според предвиждането в рамките на стратегическото планиране на ОИСП в областта на общественото здраве (SPHeP) постигането на свързаните с тютюнопушенето цели може да доведе до предотвратяването на 24 663 нови случая на рак в България през периода 2023–2050 г. Постигането на свързаните с употребата на алкохол цели може да намали болестния товар на рака с 9 920 случая през същия период, допълнителни 4 783 случая могат да бъдат предотвратени, ако бъдат постигнати целите, свързани със замърсяването на въздуха, както и още 2 067 случая, ако целите, свързани със затлъстяването, бъдат постигнати.

Фигура 8. Постигането на свързаните с тютюнопушенето цели може да доведе до предотвратяване на повече от 24 000 нови случая на рак през периода 2023–2050 г.



Бележки: Целта, свързана с тютюнопушенето, е намаление с 30 % на употребата на тютюн през периода 2010–2025 г. и употреба на тютюн от по-малко от 5 % населението до 2040 г. По отношение на алкохола целта е намаление с най-малко 20 % на консумацията на алкохол и намаление с 20 % на прекалената консумация (шест или повече алкохолни напитки наведнъж за възрастни) през периода 2010–2030 г. По отношение на замърсяването на въздуха таванът за средногодишната стойност на ПЧ_{2,5} се определя на 10 µg/m³ до 2030 г. и на 5 µg/m³ до 2050 г. По отношение на затлъстяването целта е до 2025 г. то да намалее до равнището на затлъстяване от 2010 г.
Източник: ОИСП (2024б), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

4. Ранно откриване

Националният план за борба с рака, приет от Народното събрание на Република България през 2023 г., е насочен към ранното му откриване чрез програми за скрининг за рак на дебелото черво и ректума, рак на гърдата, рак на шийката на матката и рак на простатата до 2027 г. (Народно събрание на Република България, 2023а). В него обаче не се споменава за популационен скрининг и планът изглежда не е строго съгласуван относно методите за скрининг за рак с актуализираните препоръки на Съвета на ЕС от 2022 г.

От историческа гледна точка програмите за скрининг за рак в България са опортюнистични

През 1998 г. с приемането на Закона за здравното осигуряване в България е въведена система за всеобщо задължително здравно осигуряване. Създадена е Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), която поема отговорността за финансиране на ранната диагностика на рака и подкрепата за общопрактикуващите лекари (ОПЛ) при оказване на услуги за промоция на здравето, профилактика и ранна диагностика – включително на рака.

През 2003 г. в България са въведени годишни профилактични прегледи за всички граждани на възраст над 18 години – които се поемат от НЗОК по Националния рамков договор, в който подробно са описани услугите, включени в основния пакет на здравното осигуряване. Първоначално, от 2003 г. до 2006 г., тези прегледи включват само палпация на гърдите за ранно откриване на рака на гърдата. През 2006 г. са направени подобрения с включване на гинекологични прегледи с цитонамазка за жени на възраст от 30 до 40 години на всеки 2 години. През 2011 г. обхватът се разширява допълнително с мамография за жени на възраст от 50 до 69 години.

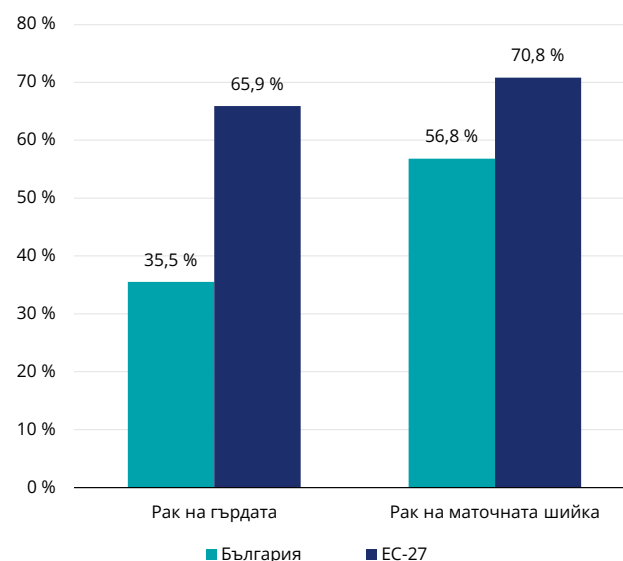
Профилактичните мерки, изпълнявани по време на задължителните годишни профилактични прегледи от ОПЛ, по-скоро насърчават и насочват пациентите към услугите за скрининг за рак, отколкото да служат за провеждане на системен масов популационен скрининг. Няма процедура за официално изпращане на покани към осигуреното население; профилактичните прегледи се извършват по инициатива на самите лица. ОПЛ насочват пациентите към подходящите скринингови изследвания въз основа на възрастта и пола им. Пациентите имат право на избор на място за извършване на изследването, а лабораторията изпраща резултатите до ОПЛ, който координира всички необходими последващи грижи. Пациентите могат да получат достъп до своите резултати директно чрез лабораторията и да се консултират със своя ОПЛ за допълнителна информация или разяснение.

Фактът, че от историческа гледна точка скринингът за рак в България е по-скоро опортюнистичен, отколкото популационен, обяснява ниските нива на участие за повечето видове рак. През 2019 г. обхватът на скрининга за рак на гърдата сред жените на възраст 50–69 години е 36 % (фигура 9), едно от най-ниските нива в държавите

от ЕС+2 и под средната стойност за ЕС (66 %). Въпреки това делът на изследваните се е увеличил с 62 % във времето – от 22 % изследвани през 2008 г.

Фигура 9. В България нивото на скрининг за рак на гърдата е по-ниско от средните стойности за ЕС

Дял на подлежащите на скрининг, които са изследвани



Забележки: Данните се отнасят за мамографски скрининг сред жените на възраст 50–69 години през последните две години, както и за скрининга за рак на маточната шийка сред жените на възраст 20–69 години през последните три години. Данните за България и ЕС са взети от данни от проучване.

Източник: база данни на Евростат.

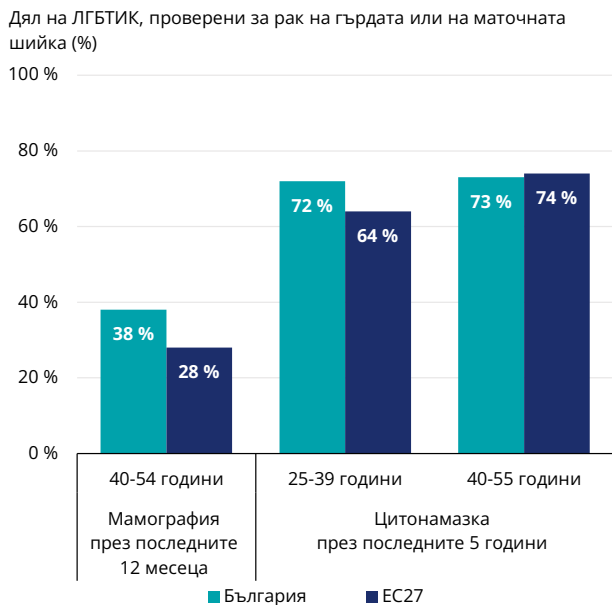
Обхватът на скрининга за рак на маточната шийка сред жените на възраст 20–69 години е 57 % през 2019 г. (по-нисък от средния за ЕС – 71 %), но е нараснал с 21 % от 2008 г., когато е бил 47 %. Обхватът на скрининга за рак на дебелото черво и ректума сред населението на възраст 50–74 години е вторият най-нисък в държавите от ЕС+2 през 2019 г. (4 %). Необходимостта от широкомащабна скринингова програма за рак на дебелото черво и ректума е добре осъзната в България и през 2024 г. започва частно спонсорирана кампания за скрининг за рак на дебелото черво и ректума, подкрепена от Министерство на здравеопазването.

ЛГБТИК лицата са по-активни в скрининг за рак на гърдата, отколкото в ЕС

Според третото проучване на ЕС относно ЛГБТИК в България, тяхното участие в скрининга за рак е по-високо, отколкото в другите държави от ЕС. По отношение на скрининга за рак на гърдата 38 % от ЛГБТИК цис-джендър жените, транссексуалните жени и интерсексуалните лица на възраст 40–54 години са съобщили, че са направили мамография през предходните 12 месеца, което е с една трета повече от средната стойност за ЕС (28 %) (фигура 10). По отношение на скрининга за рак на маточната шийка

72 % от ЛГБТИК населението на възраст 25–39 години в България са съобщили, че са направили цитонамазка през предходните 5 години (повече отколкото в ЕС – 64 %), докато 73 % от същото население на възраст 40–55 години в България са съобщили за направена цитонамазка (сходна със средната стойност за ЕС).

Фигура 10. ЛГБТИК лицата в България участват по-интензивно в скрининг за рак на гърдата, отколкото ЛГБТИК лицата в ЕС



Бележка: Резултатите от проучването относно ЛГБТИК се отнасят за възрастови групи и/или интервали за скрининг, които не са съобразени с подхода за популационен скрининг в държавите от ЕС, и не следва да бъдат сравнявани.

Източници: Агенция на Европейския съюз за основните права (трето проучване на ЕС относно ЛГБТИК).

Националният план за борба с рака е насочен към ранното откриване, но не е съобразен с актуализираните препоръки на ЕС относно скрининга

Последните изменения по отношение на профилактичните прегледи за рак по линия на НЗОК в България са направени през 2023 г., но не са съобразени с новите препоръки на Съвета на ЕС относно скрининга за рак от 2022 г. Скринингът за рак на гърдата в България включва ултразвуков преглед на всеки две години за жени на възраст 30–50 години и мамография на всеки две години за жени на възраст 50–69 години. За разлика от това, ЕС препоръчва мамография за жени на възраст 45–74 години, като се препоръчва или цифрова мамография или цифрова томосинтеза на гърдата и ядрено-магнитен резонанс (ЯМР).

Скринингът за рак на маточната шийка в България включва цитонамазка за жени на възраст от 30 до 40 години, докато ЕС препоръчва изследване на жените на възраст 30–65 години за HPV на всеки пет или повече години, като възрастта и интервалите се коригират въз основа на индивидуалните рискови фактори и налична информация за ваксинация срещу HPV.

ЕС препоръчва количествен фекален имунохимичен тест като предпочитан метод за скрининг за рак на дебелото черво и ректума, но той не е възприет в

България. Вместо това се извършва изследване за окултни кръвоизливи веднъж на всеки 2 години при профилактични прегледи и отпускане на лекарства. При необходимост се извършват допълнителни диагностични процедури, които могат да включват фиброколоноскопия. Освен това при лица над 18 години с фамилна анамнеза за рак на дебелото черво или ректума се извършва изследване за окултни кръвоизливи, което може да включва и колоноскопия.

Скринингът за рак на простатата в България включва изследване чрез простат-специфичен антиген (общ PSA и свободен PSA) на всеки две години за мъже на възраст над 50 години, което не е съобразено с препоръката на ЕС за изследване на мъжете на възраст до 70 години.

Тези профилактични прегледи за рак на гърдата, рак на шийката на матката, рак на дебелото черво и ректума и рак на простатата се финансират от НЗОК за всички напълно осигурени граждани, които отговарят на посочените критерии. Тези, които не са осигурени, могат да изберат да заплатят изследванията в клиничните или образно-диагностичните лаборатории. Резултатите от изследванията се въвеждат в наскоро разработените електронни здравни досиета; това дава възможност на пациентите да обсъдят резултатите със своя ОПЛ и увеличава възможностите за мониторинг на качеството на грижите.

Въпреки че в националния план за борба с рака се поставя акцент върху скрининга, в него не се споменава въвеждането на програми за популационен скрининг, което означава, че не се изпращат покани за скрининг на специфичните рискови групи от населението. Вместо това годишните профилактични прегледи са определени за задължителни и пациентът е длъжен да се консултира със своя общопрактикуващ лекар, който го информира за препоръчаните методи и начини за провеждане на скрининг за рак. Групите от населението, които срещат трудности в достъпа до грижи и са в неравносходно положение, като например неосигурените лица, или онези, които живеят в отдалечени места, или са с нисък социално-икономически статус, е по-малко вероятно да си направят скринингово изследване, което задълбочава съществуващите здравни неравенства.

5. Ефективност на грижите за болните от рак

5.1 Достъпност

Преките плащания на пациентите за онкологични услуги представляват предизвикателство за справедливия достъп до грижи в България

Българското здравеопазване зависи до голяма степен от преките плащания за здравни услуги, които представляват заплаха за справедливия достъп до грижи и за постигане на принципа за универсален достъп до здравни услуги (Dimova & García-Ramírez, 2002 г.). През 2018 г. около 20 % от българските домакинства са извършили преки плащания за здравеопазване, надвишаващи тяхната платежоспособност с най-малко 40 % (катастрофални разходи) – много висок процент в сравнение с другите европейски държави. България е постигнала напредък в намаляването на преките разходи: делът им спада от 43 % от разходите за здравеопазване през 2016 г. на 34 % през 2021 г., но остава значително над средната стойност за ЕС (14,5 %) през 2021 г. Преките разходи за лекарства са основният фактор за катастрофалните разходи за здравеопазване в България. Те засягат непропорционално по-бедните домакинства, възрастните хора и хората, живеещи в селските райони, и това въздействие се увеличава с времето.

Въпреки че лекарствата за лечение на рак се поемат от НЗОК, около 69 % от пациентите с ракови заболявания все пак имат преки разходи, свързани с тяхното лечение. Според проучване проведено през 2024 г. по линия на инициативата „Индекс на болниците“, средната стойност на доплащането за лечение на рак възлиза на 1 465 BGN (733 EUR). Доплащането ограничава достъпа до здравни услуги за 26 % от пациентите с ракови заболявания. От тези, които са имали преки плащания, 56 % са платили средно 1 732 BGN (870 EUR) за хирургична интервенция. Около 41 % са платили средно 455 BGN (230 EUR) за изследвания, докато 25 % са извършили преки

плащания, свързани с медицинско лечение, средно 651 BGN (325 EUR). Лъчетерапията е струвала средно 365 BGN (183 EUR) за 13 % от респондентите. По време на лечението 55 % от респондентите са извършили допълнителни доплащания, средно по 897 BGN (450 EUR) за специализирани хранителни добавки, медицински изделия или естетични интервенции. Преки плащания също така са били необходими за диагностични дейности, свързани с туморни маркери, имунохистохимия, различни генетични изследвания на тумори и специфични хирургични лечения, които не са одобрени по стандартите на Министерството на здравеопазването (Индекс на болниците, 2024а).

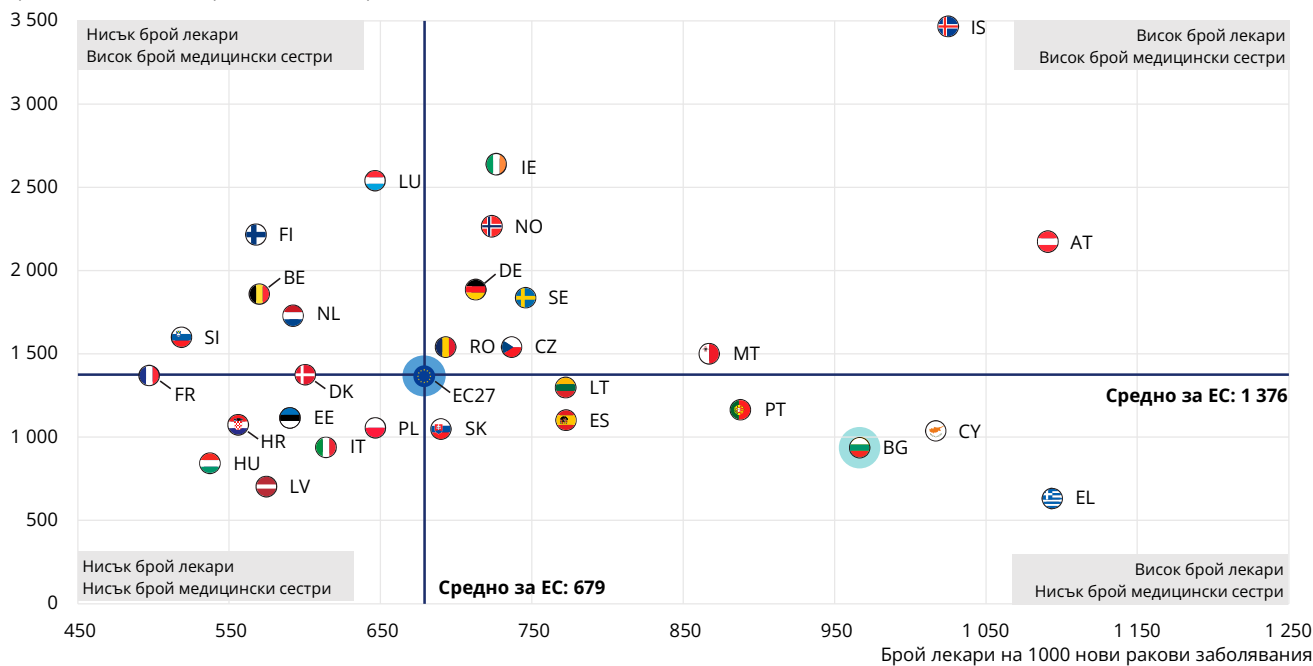
Освен това системата на здравеопазването в България работи с тримесечни квоти: на ОПЛ и специалистите от извънболничната помощ се разпределят определен брой направления за всяко тримесечие, които те могат да издават. Квотите се определят от НЗОК и се основават на историческите данни и текущите потребности от здравни грижи. Квотите имат за цел да се контролира броят на пациентите, насочвани към специализирани грижи, в рамките на даден период от време. Не е ясно как тази система влияе върху качеството на грижите за нарастващия брой пациенти с ракови заболявания.

В България осигуреността с медицински сестри е ниска, докато осигуреността с лекари е по-висока, отколкото в другите държави от ЕС

Наличието на здравни професионалисти е ключов фактор за достъпа до грижи за болните от рак. В България осигуреността с лекари е с 42 % над средната за ЕС – 967 лекари на 1 000 нови случая на рак (в сравнение с 679 на 1 000 нови случая в ЕС), но осигуреността с медицински сестри е с 31 % под средната за ЕС – 943 медицински сестри на 1 000 случая на рак (в сравнение с 1 376 на 1 000 в ЕС) (фигура 11).

Фигура 11. България е сред страните с най-нисък брой медицински сестри на 1 000 нови случаи на рак

Брой медицински сестри на 1000 нови ракови заболявания



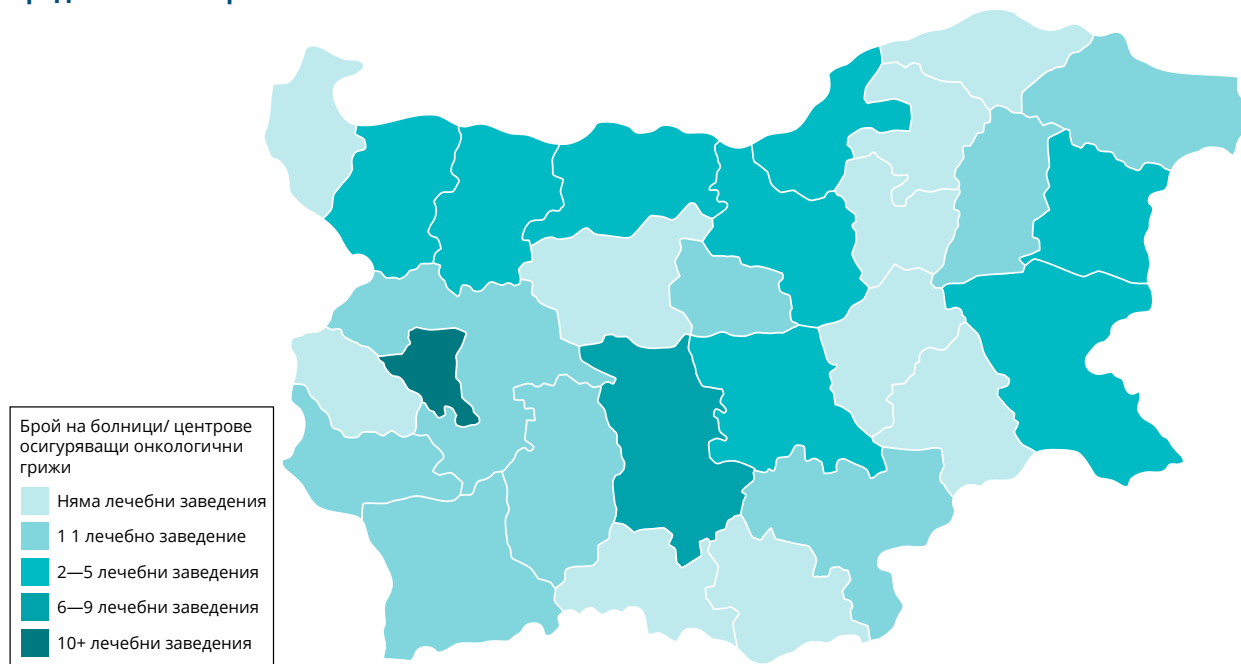
Бележки: Данните за медицинските сестри включват всички категории медицински сестри (а не само тези, които отговарят на изискванията на Директивата на ЕС относно признаването на професионалните квалификации). Данните се отнасят за практикуващите медицински сестри, с изключение на Португалия и Словацка република, където те се отнасят за професионално заетите медицински сестри. В Гърция е отчетен занижен брой на медицинските сестри, тъй като са включени само работещите в болниците. В Португалия и Гърция данните се отнасят за всички лекари, които имат право да практикуват, което води до голямо завишаване на броя на практикуващите лекари. Средната стойност за ЕС не е стандартизирана.

Източник: статистически данни на ОИСР за здравеопазването за 2024 г. Данните се отнасят за 2022 г. или за последната година, за която са налични.

Въпреки че общият брой на лекарите в България изглежда висок, броят на специалистите от решаващо значение за грижите за болните от рак – като ОПЛ и особено медицински онколози – е недостатъчен. През последното десетилетие медицинската онкология е призната като отделна медицинска специалност в България. Според регистъра на специалистите на Българския лекарски съюз през 2023 г. са се падали около 3,3 медицински онколози на 100 000 души население. България е на четвърто място по

най-нисък брой ОПЛ – 0,6 на 1 000 души население (за сравнение средна стойност в ЕС е 0,8 на 1 000). Съобщава се също така за недостиг на лъчетерапевти и рентгенолози. Проблемът се задълбочава още повече поради концентрацията на специалистите в специализираните болници и онкологични центрове в столицата (където се намират 18 от общо 52 болници осигуряващи лечение за пациенти с рак по НЗОК) и в големите градове (фигура 12).

Фигура 12. Броят на лечебните заведения, които осигуряват онкологично лечение е неравномерно разпределен в България



Източник: Данни за 2023 г. от НЗОК.

Според Индекса на медицинските сестри в областта на онкологията за 2022 г. на Европейското онкологично сестринско дружество (EONS, 2024 г.) медицинските сестри в България имат възможност да придобиват специализация в областта на онкологията от преди повече от десетилетие. Водещите университети, предоставящи обучение за медицински сестри, предлагат тази специализация по стандартизирана програма, одобрена на национално ниво. Извън столицата обаче няма медицински сестри, със специалност в областта на онкологичните грижи.

Осигуреността с оборудване за лъчетерапия в България се подобрява

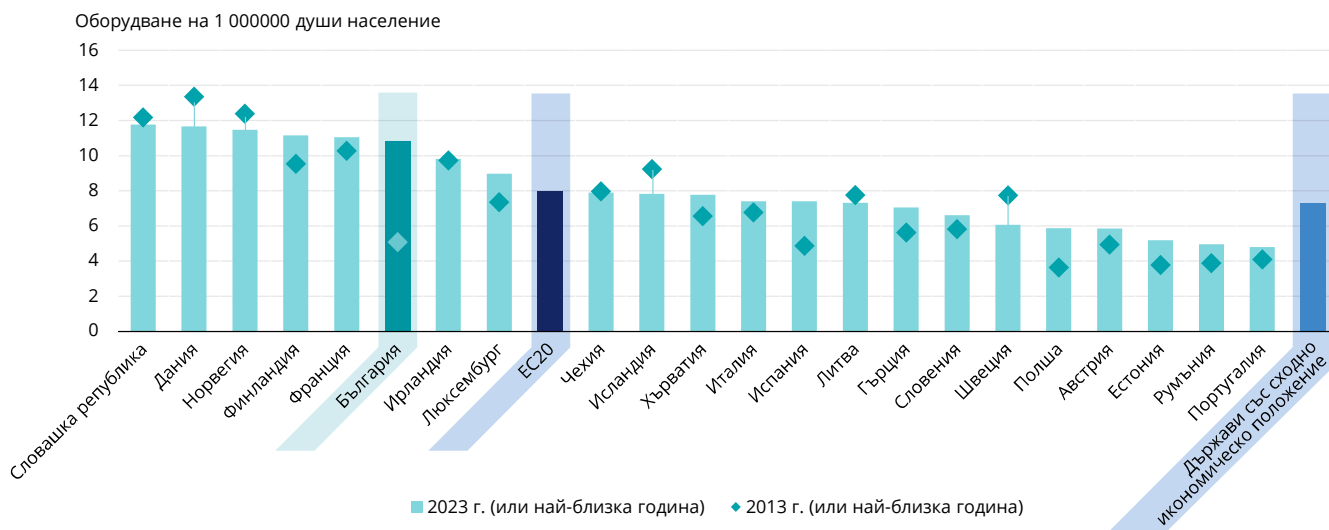
Нарастващият брой случаи на рак в България изисква подходящо медицинско оборудване. Всички държави от ЕС правят инвестиции в тази посока, а осигуреността с оборудване за лъчетерапия на 1 000 000 души население се е увеличила в повечето държави от ЕС през последните 10 години. Най-съществено увеличение има в България, където през периода 2012–2022 г. наличното оборудване за лъчетерапия се е увеличило повече от два пъти. В резултат на това през 2022 г. България се нарежда сред държавите

с най-голям брой апарати за лъчетерапия сред държавите от ЕС – след Словашката република, Дания, Финландия и Франция (фигура 13).

Наличието на диагностична и терапевтична апаратура, като например скенери за компютърна томография (КТ) и устройства за ЯМР, също са е увеличило в България през последните 10 години. Съобщава се за повече от 47 скенера за компютърна томография на 1 000 000 души население през 2022 г. (в сравнение с 26 на 1 000 000 в ЕС), но броят на устройствата за ЯМР е сравнително нисък – 12 на 1 000 000 души население през 2021 г. (в сравнение с 18 на 1 000 000 в ЕС).

През 2023 г. в България има 21 центъра за терапия с частици, 40 мегаволтови, 9 киловолтови и 12 апарата за брахитерапия, а 50 % от апаратите за терапия с частици са на по-малко от 10 години. Повече от 40 болници и медицински центрове предоставят грижи за болните от рак в някаква степен, въпреки че има голяма разлика в капацитета им за предоставяне на услуги (НЗОК, 2024 г.). От лечебните заведения, които предоставят медицински услуги в областта на онкологията, почти 40% са в столицата София.

Фигура 13. България е сред държавите с най-голям брой апарати за лъчетерапия



Бележки: По-голямата част от оборудването за лъчетерапия в държавите от ЕС се намира в болниците. Данните за Португалия и Франция включват само оборудването в болниците, докато данните за другите държави се отнасят за цялото оборудване. Държавите със сходно икономическо положение са една трета от страните определени въз основа на популателната способност на БВП на глава от населението за 2022 г.. За България държавите със сходно икономическо положение са Гърция, Естония, Полша, Португалия, Румъния, Словакия и Хърватия. Средната стойност за ЕС не е претеглена.
Източник: статистически данни на ОИСР за здравеопазването за 2024 г.

Наблюдава се значително увеличение на лекарствените продукти за лечение на рак, които са одобрени в България и разходите, за които се възстановяват

Достъпът до подходящи лекарства за лечение на рак е в основата както на лечението, така и на палиативните грижи за болните от рак. България се възползва значително от тенденциите в ЕС и на международно равнище, за значително увеличение на броя на одобрените лекарства за лечение на рак и до разширяване на индикациите за приложение на съществуващите лекарства за рак с нови показания (т.е. за нови групи пациенти). Докато през първото десетилетие на XXI век годишният брой на новоодобрените лекарства за лечение на рак в България е около 4, през 2021 г. са одобрени 17 нови лекарства, последвани от още 15 през 2022 г.

Анализ на ОИСР на избрани по показания по-нови лекарства за лечение на рак с публично възстановяване на разходите през 2023 г. показва, че България е сред държавите с най-висок дял на терапии с публично възстановяване на разходите (85 %) (фигура 14) в сравнение със средните 59 % в ЕС и 54 % в държавите със сходно на страната икономическо положение.

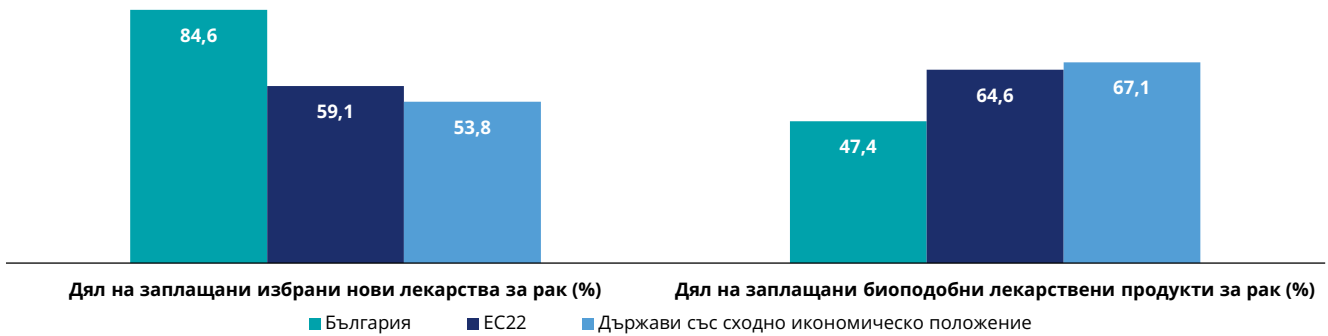
Включването обаче на дадено лекарство/показание в позитивния лекарствен списък, за който разходите се възстановяват, не гарантира автоматично, че всички отговарящи на условията пациенти имат достъп до него в клиничната практика. България например е с

най-нисък процент на използване на имунотерапии, въпреки наличието им през 2018 г. Пет години по-късно, през 2023 г., използването на имунотерапията в България се увеличи, подкрепено от нарастващите разходи за целево и имунотерапевтично лечение. По-конкретно наблюдава се петкратно увеличение на тези разходи при лечението на рак на белия дроб и почти двойно увеличение при лечението на меланомен рак и рак на простатата (Енчева-Малинова и др., 2022 г.).

Неотдавнашно проучване на състоянието и времето за достъп до лекарства за лечение на напреднал рак на гърдата, одобрени и заплащани в България, стига до заключението, че лечението следва най-актуалните препоръки. Времето за достъп обаче е 1–2 години след издаване на разрешението за търговия в ЕС, главно поради националните изисквания за ценообразуване и възстановяване на разходите, както и политиката и стратегиите за достъп до пазара на фармацевтичните дружества на национално равнище (Караньотова и др., 2023 г.).

Очаква се изтичането на срока на патенти в областта на онкологията да облекчи финансовия натиск върху системата на здравеопазването. Делът на биоподобните лекарствени продукти, разходите за които се възстановяват, е показател за политиката на дадена държава за ограничаване на разходите чрез такива мерки. В България се възстановяват разходите за 47 % от наличните биоподобни лекарства, което е по-ниско от средните стойности в целия ЕС (65 %), както и в държавите със сходно на страната икономическо положение (67 %).

Фигура 14. България изпреварва повечето държави от ЕС+2 по отношение на достъпа до онкологични лекарства



Бележки: Анализът включва извадка от 13 показания на 10 нови лекарства за лечение на рак на гърдата и рак на белия дроб с голяма клинична полза и деветнадесет биоподобни лекарствени продукти на три лекарства за лечение на рак (bevacizumab, rituximab, trastuzumab) с действащо към 26 март 2023 г. разрешение за търговия, издадено от Европейската агенция по лекарствата. Данните представляват делът на показанията или биоподобните лекарствени продукти, които към 1 април 2023 г. са включени в списъка на лекарствата, разходите за които се възстановяват. Държавите със сходно икономическо положение са една трета от страните определени въз основа на покупателната способност на БВП на глава от населението за 2022 г. За България държавите със сходно икономическо положение са Гърция, Естония, Латвия, Полша, Португалия, Унгария и Хърватия. Средната стойност за ЕС не е претеглена.

Източник: Hofmarcher, Berchet and Dedet (2024 г.), „Access to oncology medicines in EU and OECD countries“ (Достъп до онкологични лекарства в държавите от ЕС и ОИСР), Работен документ № 170 на ОИСР в областта на здравето, Издателство на ОИСР, Париж, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

5.2 Качество

Ракът води до значителна предотвратима преждевременна загуба на живот в България

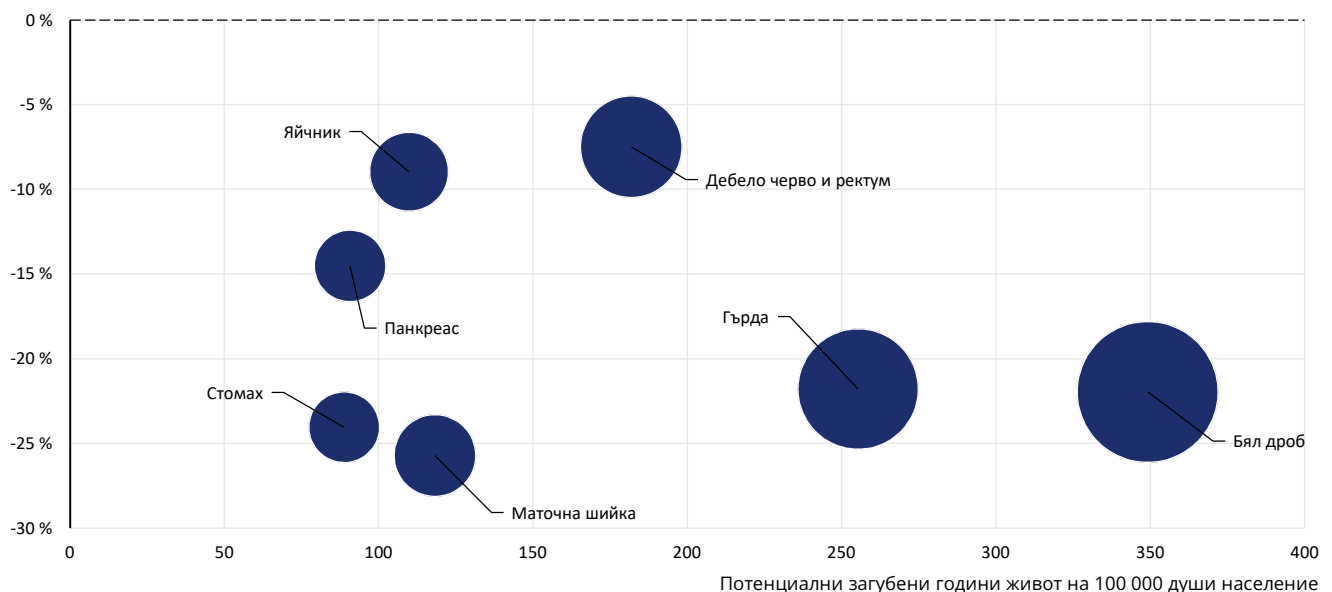
Показателят „потенциални години загубен живот“ (PYLL) представлява интересен допълнителен подход за оценка въздействието на различните видове рак върху обществото, тъй като с него се поставя по-голяма тежест върху смъртните случаи от рак сред по-младите хора. Изследването на промяната в PYLL във времето при различните видове рак може да насочи вниманието към подобренията в системите

за грижи за болните от рак чрез намаляване на преждевременната смъртност. Като цяло през 2021 г. потенциалните години загубен живот поради раково заболяване за всички локализации на рак в България са 1 695 на 100 000 души население – с 25 % по-висока от средната за ЕС (1 355 на 100 000).

През периода 2012–2021 г. стойността на PYLL в България е намаляла с 16 % в сравнение с намаление от 19 % в ЕС. През 2021 г. локализацията, отговорна за най-голяма честота на PYLL, е ракът на белия дроб – 349 години на 100 000 души население, отчетено намаление с 22 % от 2012 г. насам (фигура 15).

Фигура 15. Ракът на белия дроб е причина за най-големия брой потенциални години загубен живот на 100 000 души население

Процентно изменение на потенциалните загубени години живот, 2012–2022 г. (или най-близката налична година) (%)



Бележки: Процентът на PYLL от рак на гърдата, шийката на матката и яйчниците се изчислява само за жените, докато стойността на PYLL по отношение на рака на простатата се отнася за мъжете. Розовите окръжности означават увеличение на процентното изменение в стойността на PYLL през периода 2012–2022 г. (или последната година, за която са налични данни); сините окръжности означават намаление. Размерът на окръжностите е пропорционален на стойностите на PYLL през 2022 г.

Източник: статистически данни на ОИСР за здравеопазването за 2024 г.

В България са приети нормативни документи свързани с осигуряване на качеството на грижите

Качеството на грижите за болните от рак в България се регулира чрез съществуващите медицински стандарти за специалностите „Медицинска онкология“ (последно актуализиран през май 2023 г.), „Детска клинична хематология и онкология“ (последно актуализиран през юли 2021 г.) и „Лъчетерапия“ (актуализиран в периода 2021–2023 г.). Освен това са въведени фармако-терапевтични ръководства по медицинска онкология, детска клинична хематология и онкология.

Медицинският стандарт „Медицинска онкология“ регламентира няколко основни аспекта, свързани с организацията на специалността „Медицинска онкология“, включително нейното определение и обхват, основните изисквания за компетентност и стандартите за организацията и оборудването на заведенията, които осигуряват лечение на болните от рак. Той включва също така изисквания за качеството по отношение на дейностите в областта на медицинската онкология (за услугите в областта на извънболничните и болничните грижи), насоки за организиране на работните процеси във връзка с издаването на направления на пациентите, регистрацията, диагностиката, лечението и последващите грижи, както и поддържането на национален регистър на раковите заболявания.

Основната цел на медицинските стандарти е да се гарантира предоставянето на висококачествени услуги за ранна оценка и лечение на онкологичните заболявания, подходяща специфична лекарствена терапия и непрекъснато наблюдение на пациентите със злокачествени солидни тумори. Изпълнението на дейности по всеобхватна специализирана диагностика и цялостно лечение в болниците и комплексните онкологични центрове, както и осигуряването на мултидисциплинарен подход при диагностиката, лечението и наблюдението на пациентите със злокачествени солидни тумори са основни лостове, чрез които да се гарантира високото качество на грижите за болните от рак.

Комплексният онкологичен център във Враца е определен за център за интегрирани онкологични и палиативни грижи

В България има онкологични центрове, които играят решаваща роля в диагностиката, лечението и последващите грижи за пациентите с ракови заболявания. Пациентите имат право на избор на лечебен център в цялата страна. Ярък пример за това е Комплексният онкологичен център във Враца – бившият Междубластен диспансер за онкологични заболявания във Враца, основан през 1951 г. Центърът предоставя всеобхватни онкологични услуги, включително диагностика, лечение на ракови заболявания и последващи лечението грижи за възрастни пациенти със солидни тумори. Той обслужва територията на Северозападна България, като обхваща около 450 000 души. В него се прилага мултидисциплинарен подход, включващ специалисти от различни области като онкология, радиология, хирургия и патология, за разработване и прилагане на ориентирани към пациентите планове за лечение. Европейското дружество по медицинска онкология го определя като център за интегрирани онкологични и палиативни грижи.

Въведени са административни процедури, за да се гарантира качеството на онкологичните грижи

Освен медицинските стандарти, в България има и процедури за оценка на дейността на болници и комплексни онкологични центрове, с която се цели да се осигури качеството на здравните услуги и да се оцени капацитетът за обучение на студенти и следдипломно обучение на специализанти. Съгласно „Наредба № 8 за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти“ от 2019 г., получаването на одобрение за извършване на дейност зависи от изпълнението на критериите и условията, на които трябва да отговарят структурата и организацията на дейността в лечебното заведение, необходимото оборудване и квалификацията на персонала, за да може лечебното заведение да обучава студенти и специализанти. Консултативният съвет към Министерството на здравеопазването издава заповед за одобряване на лечебните заведения за осъществяване на дейностите по обучение.

Българският регистър на раковите заболявания спря да функционира, но Националната здравноинформационна система (НЗИС) е в процес на разработване

Наличието на валидни, надеждни и навременни данни за развитието на заболяванията зависи от функционирането на регистър на раковите заболявания. През 2023 г. българското правителство започна радикална реорганизация на българския национален раков регистър, който функционира и предоставя международно съпоставима информация от 1952 г.

Отговорностите и задачите по поддържането на българския раков регистър са прехвърлени от Университетската специализирана болница за активно лечение по онкология „Иван Черномоземски“ към Националния център по обществено здраве и анализи и новосъздадената Национална здравноинформационна система (считано от 6 ноември 2023 г.). Вследствие на това българският раков регистър претърпя промени, които се очаква да доведат до неговата цифровизация и до увеличаване на капацитета за събиране на подробна информация за всеки случай на рак. Към юли 2024 г. обаче няма яснота кога ще бъде завършен този процес. Целта е да продължи развитието на Националната здравноинформационна система, която ще извлича, комбинира и съхранява данни на индивидуално равнище от новосъздадената мрежа на комплексните онкологични центрове.

Очаква се НЗИС да включва модул „Онкология“ с пакет от данни на индивидуално равнище за пациентите, за диагностиката и лечението на рака, както и за резултатите от лечението им. Освен това тя има за цел да гарантира валидирането на съществуващите досиета и включването на новите регистрации, като се предотврати загубата на текуща информация по време на новите вписвания. Въпреки това не съществува план информацията за рака да бъде свързана със социално-икономическия статус на лицата, което означава, че ще бъдат загубени възможностите да се отчитат социалните неравенства по отношение на рака.

Липсва информация за преживяемостта на болните от рак в България

Поради организационните и техническите промени в българския национален раков регистър на раковите заболявания през 2023 г. не е налична актуализирана и международно съпоставима информация относно преживяемостта на пациентите с рак в страната за тази година.

Субективните преживявания на пациентите при лечението на рака и мнението им за резултатите от грижите не се отчитат рутинно в България

За да бъдат услугите за лечение на рака ориентирани към пациентите, е от съществено значение да се проучва субективното мнение на пациентите за достъпа им до услуги за лечение на рак и техните субективни преживявания, както и да се оценяват обективно резултатите от грижите. Някои частни болници в България, които осигуряват лечение на ракови заболявания, непрекъснато следят мненията на пациентите и удовлетвореността им от получените грижи. Обратната информация от страна на пациентите се взема под внимание и влияе върху управленските решения. Тази практика обаче не е задължителна и рядко се наблюдава в обществените здравни заведения и болници.

Проучване от 2023 г. подкрепено от Фондация „Америка за България“, включващо 417 пациенти, подложени на лечение за раково заболяване през последните пет години, съобщава, че 67 % от респондентите оценяват лечението си като много добро или добро. Тази субективна оценка се потвърждава от относително малкия брой жалби в България свързани с онкологично лечение. През 2023 г. в Изпълнителна Агенция „Медицински надзор“ са получени 643 жалби, от които само 21 (3 %) са били свързани с лечение на ракови заболявания. В четири от тези случаи са установени нарушения на действащите разпоредби.

5.3 Разходи и съотношение качество/цена

Публичните разходи за онкологично лечение в България са се удвоили през периода 2018–2023 г.

Диагностиката и лечението на онкологичните заболявания се финансират основно чрез НЗОК. През последните пет години преките разходи за онкологично лечение в България са нараснали повече от два пъти – от 640 млн. лева на 1,5 млрд. лева през 2023 г. (Индекс на болниците, 2024б). Тези разходи обхващат широк диапазон от плащания, включително за дейности по хирургично лечение, медицински изделия, дейности, свързани с лечението с лекарствени продукти, лекарства, лъчетерапия, палиативни грижи и непрекъснато наблюдение на пациентите след лечението в острата фаза.

Очаква се здравните разходи за грижи за болните от рак на човек от населението в България да нараснат с 45 % през периода 2023–2050 г. – в сравнение с 59 % в ЕС (ОИСР, 2024б), според SPHeP модела на ОИСР.

На всеки етап от лечението на пациентите са необходими допълнителни плащания за онкологични грижи

Въпреки нарастването на публичните разходи пациентите в България често се сблъскват с финансови пречки при диагностиката и лечението на рака (вж. раздел 5.1). Основната причина за това е, че разходите за лечение на раковите заболявания не се поемат изцяло от НЗОК и другите схеми за публично финансиране.

Проучване, проведено сред членовете на Асоциацията на българските застрахователи, което включва 11 от най-големите дружества за доброволно осигуряване в страната, показва, че според данните, получени от седем застрахователи, изплатените обезщетения на пациент през 2023 г. варират средно от 289 до 1 156 BGN.

На всеки етап от лечението на пациента са необходими допълнителни плащания за онкологични грижи. По време на диагностичния процес са необходими допълнителни плащания за някои високоспециализирани и високотехнологични изследвания като туморни маркери, имунохистохимия и различни генетични туморни тестове. Въпреки че НЗОК покрива някои от тях, достъпът до високоспециализирани изследвания и образна диагностика (като компютърна томография, ЯМР и позитронно-емисионна томография) често е труден. Единствената възможност за достъп може да бъде чрез частни заведения, които нямат договор с НЗОК.

Почти винаги са необходими допълнителни плащания за медицински изделия, тъй като НЗОК не поема изцяло скъпоструващите изделия, а други поема само частично. Това включва комплекти за лапароскопия, материали за пластика на коремната стена, автоматични устройства за зашиване при отворени коремни операции и някои венозни портове, използвани при различни видове химиотерапия.

Обикновено са необходими допълнителни плащания и за непрекъснатото наблюдение на пациентите. Наблюдението често се извършва формално и не в необходимата степен, което води до незадоволително качество на услугата.

Палиативните грижи са друга област, в която съществуват финансови пречки. Настаняването в хоспис не се покрива от НЗОК; това често води до липса на такива грижи. Също така палиативните грижи, покрити от НЗОК, не включват домашни грижи и лечение, въпреки че повечето пациенти остават вкъщи. Въпреки че през 2023 г. периодът, който НЗОК покрива за палиативни грижи, е удължен на 30 дни, той все още се определя като недостатъчен и с незадоволително качество (Индекс на болниците, 2024б).

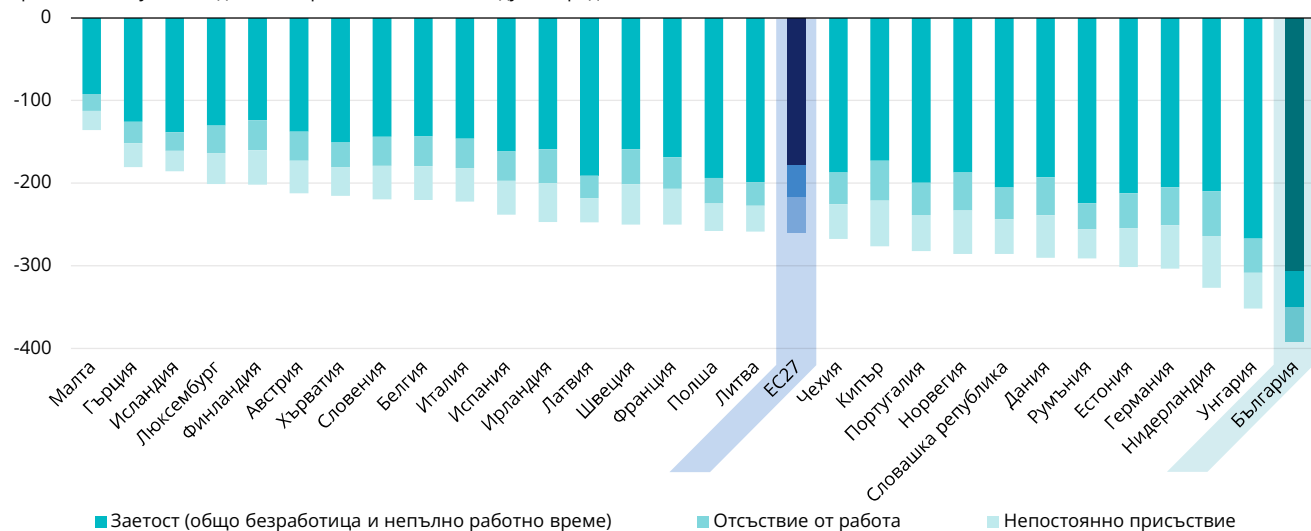
Очаква се ракът да доведе до големи непреки разходи в България през периода 2023–2050 г.

Оценките сочат, че ракът ще окаже значително въздействие върху работната сила в България. Според SPHeP модела на ОИСР се очаква раковите заболявания да доведат средно до загуба на 305 работници в еквивалент на пълно работно време (ЕПРВ) на 100 000 души в периода 2023–2050 г. поради понижените равнища на заетост, както и 41 ЕПРВ на 100 000 поради отсъствия от работа и 43 ЕПРВ на 100 000 поради непостоянно присъствие на работа (фигура 16).⁷ Тези загуби са най-високите в целия ЕС.

⁷ Непостоянното присъствие (презентеизм) се отнася до загубената продуктивност, която възниква когато служителите не работят пълноценно на работното си място поради заболяване, нараняване или друго състояние.

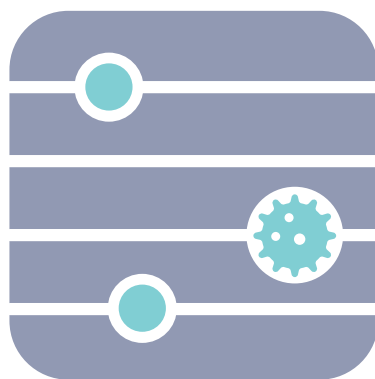
Фигура 16. Очаква се България да се изправи пред най-значителните загуби на работни места през периода 2023–2050 г.

Прогнозни загуби вследствие на рак ЕПВР на 100 000 души (средно 2023-2050 г.)



Бележка: Средната стойност за ЕС не е стандартизирана.

Източник: ОИСП (2024б), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.



5.4 Благополучие и качество на живота

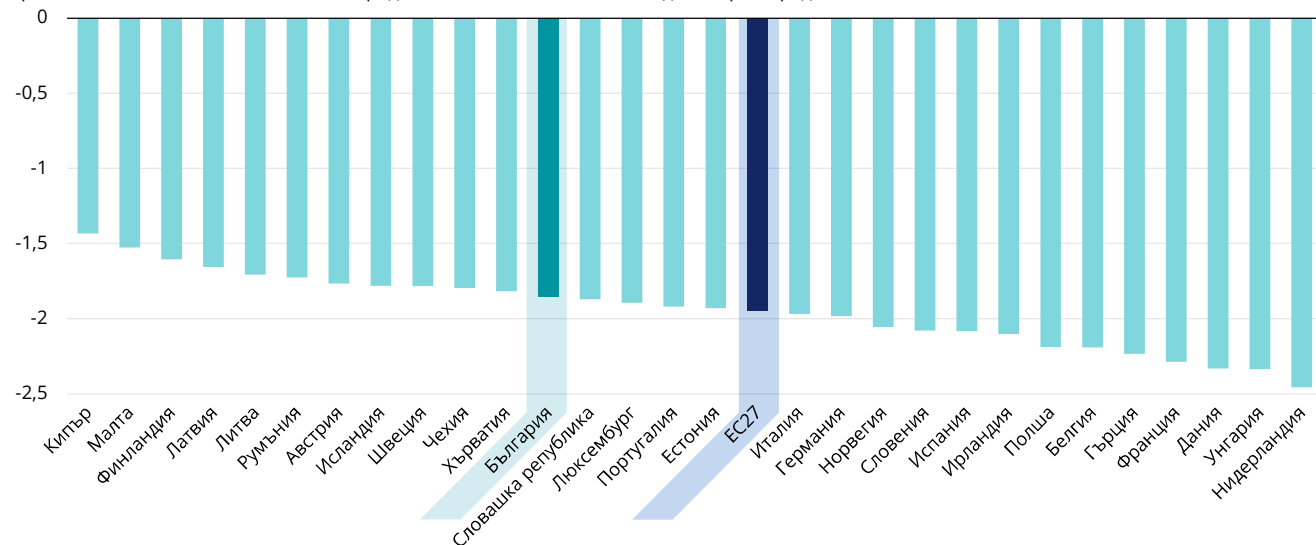
Очаква се ракът да доведе до намаляване на очакваната продължителност на живота и да повлияе отрицателно на психичното здраве на българското население през следващите десетилетия

Според SPHeP модела на ОИСР в периода 2023–2050 г., очакваната продължителност на живота в България ще намалее с 1,8 години вследствие на ракови заболявания, което е близо до средната стойност

в ЕС (фигура 17). За сравнение на България ѝ е необходимо времето от 2010 г. до 2019 г., за да се увеличи продължителността на живота в страната с 2 години. Освен това ракът оказва значително отрицателно влияние върху психичното здраве на пациентите чрез свързаните с него симптоми, странични ефекти от лечението, влиянието върху ежедневието, ролята в обществото и работата. Според SPHeP модела на ОИСР се очаква в България да има доста по-висока честота на депресия вследствие на ракови заболявания – допълнително възрастово-стандартизирани 27 случая на 100 000 души на година. Това е петата най-висока стойност сред всички държави от ЕС+2 след Португалия, Словашка република, Испания и Словения.

Фигура 17. Очаква се ракът да доведе до намаляване на очакваната продължителност на живота в България

Прогнозно намаление на очакваната продължителност на живота вследствие рак (средно за 2023-50 г.)



Бележка: Средната стойност за ЕС не е стандартизирана. Източник: ОИСР (2024б), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Националният план на България за борба с рака за периода 2021–2027 г. има за цел да се подобри качеството на живота на хората, които живеят с рак

В националния план за борба с рака за периода 2021–2027 г. е обхваната темата за подобряването на качеството на живота на пациентите, лицата, преживели рак, както и лицата, полагащи грижи за тях. В плана се споменава подобряването на качеството на живота, удовлетвореността от медицинските и немедицинските грижи и реинтеграцията на пациентите с ракови заболявания чрез изграждане на ефективна мрежа от звена, специалисти и задоволителна комуникация с пациентите и техните близки. Този процес изисква координация между медицинските, фармацевтичните, психологическите, социалните и палиативните грижи.

Наличието на палиативни грижи е недостатъчно и се характеризира с географски неравенства

Към момента палиативни грижи за пациенти с онкологични заболявания в България се предоставят в 25 лечебни заведения в цялата страна, включително университетски болници, специализирани и многопрофилни болници, както и комплексни

онкологични центрове. В контекста на нарастващата смъртност от рак в България през 2021 г. с повече от 17 000 смъртни случая от онкологични заболявания, броят на леглодните за палиативни грижи е недостатъчен. Освен това съществуват значителни неравенства в достъпа до услуги за грижи в края на живота между столицата, големите университетски центрове и селските райони. Качеството на живота на пациентите с ракови заболявания в столицата е сходно с това в държавите с високи доходи, но в другите региони и в малките населени места е много различно (Костадинов и др., 2024 г.).

Наскоро бяха предприети стъпки за увеличаване на достъпа до палиативни грижи. Броят на болничните леглодни за палиативни грижи на пациент с онкологично заболяване, поемани от НЗОК, е увеличен и в момента е определен на 30 дни съгласно последния рамков договор, между НЗОК и доставчиците на медицински грижи. Липсата на адекватно регулиране и установени протоколи за предоставяне на палиативни грижи, както и липсата на обучен персонал са пречки за гарантирането на палиативни грижи.

Достъпът до висококачествени грижи зависи също така от наличието на достатъчен персонал с

подходящи компетенции в областта на палиативните грижи и грижите в края на живота. В България няма възможност за специализация в областта на палиативните грижи за лекари или медицински сестри. Обикновено специалистите по интензивни грижи, медиците онколози, ОПЛ и специалистите по вътрешни болести са тези, които предоставят грижи в края на живота. Недостигът на медицински сестри в България (вж. раздел 5.1) е най-голямото предизвикателство за качеството на палиативните грижи. Извън столицата няма медицински сестри, които специализират в областта на онкологията, а още по-малко са подготвените да предоставят палиативни грижи, тъй като такава специалност не съществува. По този начин грижите често се предоставят вкъщи

от близки без професионална подкрепа, което трудно покрива комплексните нужди на пациентите с ракови заболявания.

Съществуват много частни инициативи, но те не се финансират посредством схемата за обществено здравно осигуряване, което води до задълбочаване на неравенствата. Проучванията върху физическите, емоционалните, психологическите и социалните промени след лечението при пациентите, преживели рак, са ограничени и недостатъчни в България, като се има предвид въздействието им върху индивидуалното качество на живот (Енчева-Малинова и др., 2019 г.).

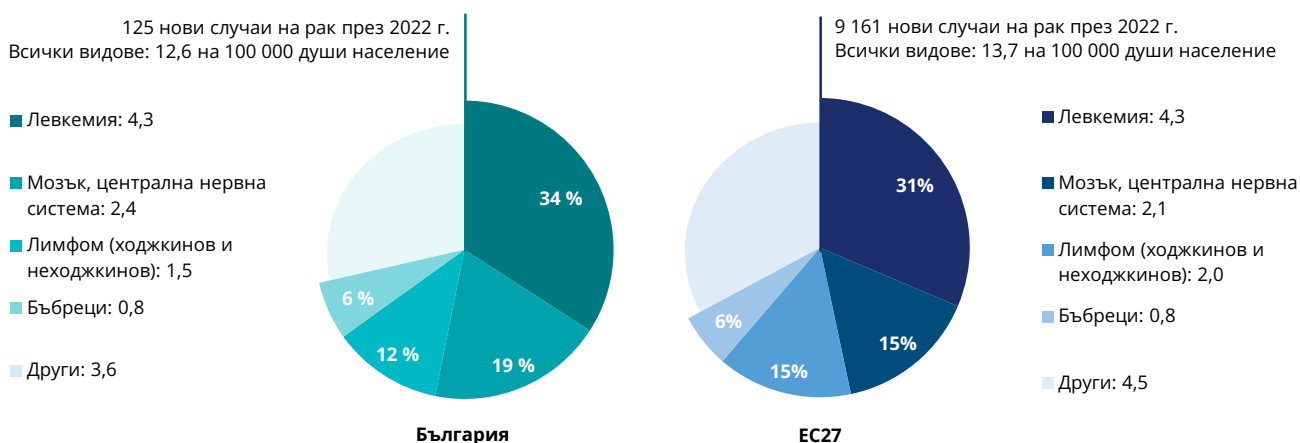
6. Насочване на вниманието към раковите заболявания при децата

Според оценките на ECIS през 2022 г. в България са диагностицирани с рак 125 деца и юноши на възраст до 15 години. Оценките за заболяемостта при децата на възраст 0–14 години са за 12,6 на 100 000 деца, което е по-ниско от средната стойност за ЕС – 13,7 (фигура 18). В България заболяемостта сред момчетата е по-висока, отколкото при момичетата, като тенденцията е сходна с тази в ЕС. Най-често срещаните видове рак при децата

са левкемия – 4,3 случая на 100 000 деца (34 %), рак на мозъка и централната нервна система – 2,4 случая на 100 000 (19 %), лимфом – 1,5 случая на 100 000 (12 %), и рак на бъбреците – 0,8 случая на 100 000 (6 %). Въпреки че в България заболяемостта от рак при децата е по-ниска, отколкото в ЕС, смъртността е по-висока съгласно данните на Евростат – средната тригодишна смъртност е 2,9 на 100 000 деца в сравнение с 2,1 в ЕС.

Фигура 18. Оценката за заболяемостта от рак сред децата в България е малко по-ниска от тази в ЕС

Възрастово стандартизиран коефициент на заболяемост на 100 000 души население (на възраст 0–14), приблизителни стойности, 2022 г.



Бележки: Оценките за 2022 г. са основани на тенденциите в заболяемостта от предишни години и може да се различават от наблюдаваните през последните години. „Всички видове“ включва всички видове рак, с изключение на рака на кожата от немеланомен тип.

Източници: Европейска информационна система за рака (ECIS) по отношение на заболяемостта от рак. От <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, посетен на 10.3.2024 г. © Европейски съюз, 2024 г.

В България има три центъра за грижи за деца болни от рак. Педиатричните грижи в България, включително грижите за деца с онкологични заболявания, никога не са били обособявани в специализирани детски болници. Отделенията по педиатрия са по-скоро неразделна част от големите многопрофилни болници, така че трите центъра, които предоставят грижи за деца с онкологични заболявания в България, са разположени в три от най-големите университетски болници – един в Университетска болница „Царица Йоанна“ в София, един в Университетска болница „Свети Георги“ в Пловдив и третият – в Университетска болница „Света Марина“ във Варна. От 2012 г. съществува национално дружество по детска хематология и онкология, което работи за осигуряване на мрежа от грижи в тези три центъра. България също така членува в Европейската референтна мрежа за рак при деца (ERM за рак при деца).

В България са налични осем от тринадесетте вида инфраструктура и методи на лечение, включително трансплантация на стволови клетки, фотонна лъчетерапия и палиативни грижи, за раково болни деца. За пациентите с ракови заболявания в детска възраст обаче не са налични протонна лъчетерапия,

брахитерапия и грижи след преодоляване на заболяването.

Само 44 % от основните лекарства за лечение на рак при деца са налични в България, което е най-ниското равнище в ЕС и далеч под средното за държавите от ЕС-27 – 76 % (Vassal и др., 2021 г.). Страната изпитва повтарящ се недостиг на основни лекарства за лечение на рак, използвани за лечение на мозъчни тумори и левкемия при деца. От общо 436 клинични изпитвания с участието на пациенти с ракови заболявания в детска възраст, проведени в Европа в периода 2010–2022 г., България е участвала само в 6 (1 %), като този процент е значително по-нисък от средния за ЕС (12 %).

В. Атанасова (2016 г.), Регионални неравенства в смъртността в България. Варна, Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“.

Народно събрание на Република България (2023а), Национален план за борба с рака в Република България 2021–2027 г. София, Народно събрание на Република България.

Народно събрание на Република България (2023б), Национална стратегия за развитие на физическата активност, физическото възпитание, спорта и спортно-туристическата дейност (2023–2034 г.). София, Народно събрание на Република България.

De Angelis R и др. (2024 г.), Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCORE-6): a population-based study (Пълни данни за болестността от рак в Европа, 2020 г., по продължителност на заболяването и по държави (EUROCORE-6): популационно проучване), *Lancet Oncology*, 25(3):293–307. doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0

Dimova A, García-Ramírez JA (2002 г.), Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Bulgaria (Могат ли хората да си позволят да плащат за здравни грижи? Нови данни относно финансовата защита в България). Копенхаген, Регионален офис на СЗО за Европа.

М. Енчева-Малинова и др. (2019 г.), PCN463 EUROQOL-5D assessed health-related quality of life in cancer patients vs. general population in Bulgaria (Оценка съгласно PCN463 EUROQOL-5D на свързаното със здравето качество на живота при пациенти с ракови заболявания спрямо общото население в България), *Value in Health*, 22:S526. doi:10.1016/j.jval.2019.09.655.

М. Енчева-Малинова и др. (2022 г.), HPR59 targeted and immunotherapies for cancer – reimbursement and expenditure in a single-payer healthcare system in Bulgaria (HPR59 целеви терапии и имунотерапии за рак – възстановяване и разходи в рамките на система на здравеопазване с един платеж в България), *Value in Health*, 25(7, допълнение):S477. doi:10.1016/j.jval.2022.04.985.

EONS (2024 г.), EONS Cancer Nursing Index 2022 (Индекс на медицинските сестри в областта на онкологията за 2022 г. на Европейското онкологично сестринско дружество): <https://cancernurse.eu/ecni2022/>; посетен на 29.7.2024 г.

Индекс на болниците (2024 г.), Достъп до онкологични грижи: <https://clinica.bg/28224-69-ot-pacientite-s-onkologichni-za-bolqvanik-doplashtat>; посетен на 30.7.2024 г.

Индекс на болниците (2024б), проект „Достъп до онкологична грижа“: резултати и заключения. София, Асоциация на българските застрахователи, <https://www.abz.bg/public/uploads/files/press-results-oncology-project.pdf>.

С. Караньотова и др. (2023 г.), Treatment patterns, adherence to international guidelines, and financial mechanisms of the market access of advanced breast cancer therapy in Bulgaria

(Лечебни модели, придържане към международните насоки и финансовите механизми за пазарен достъп до напреднала терапия за рак на гърдата в България). *Frontiers in Public Health*. 11:1073733. doi:10.3389/fpubh.2023.1073733.

К. Костадинов и др. (2024 г.), Availability and access to orphan drugs for rare cancers in Bulgaria: analysis of delays and public expenditures (Наличност и достъп до лекарства сираци за редки онкологични заболявания в България: анализ на закъснението на достъпа до лечение и публичните разходи), *Cancers*, 16(8): 1489. doi:10.3390/cancers16081489.

Министерство на здравеопазването (2021 г.), Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2021–2024 г. София, Министерство на здравеопазването.

Министерство на здравеопазването (2024 г.), Национална здравна стратегия 2030 София, Министерство на здравеопазването, <https://www.mh.government.bg>.

НЗОК (2024 г.), Лечебни заведения, които осигуряват онкологично лечение през 2023 г.: <https://clinica.bg/27787-onkologiqta-u-nas-prez-2023-g->; посетен на 30.7.2024 г.

ОИСП (2024а), Beating Cancer Inequalities in the EU: spotlight on cancer prevention and early detection (Борба с неравенствата по отношение на рака в ЕС: акцент върху профилактиката на раковите заболявания и ранното откриване). Париж, Издателство на ОИСП, <https://doi.org/10.1787/14fdc89a-en>.

ОИСП (2024б), Tackling the impact of cancer on health, the economy and society (Справяне с въздействието на рака върху здравето, икономиката и обществото), Проучвания на ОИСП в областта на здравната политика, издателство на ОИСП, Париж, DOI:

М. Странджева, Г. Цолова, П. Димитров (2022а), Употреба на алкохол сред население на възраст над 20 години в България, *Българско списание за обществено здраве*, 14(2):135–47.

М. Странджева, Г. Цолова, П. Димитров (2022б), Употреба на алкохол сред население на възраст 10–19 години в България, *Българско списание за обществено здраве*, 14:72–81.

Е. Теолова, Г. Цолова, П. Димитров (2022 г.), Разпространение на тютюнопушенето сред населението на възраст 10–19 години в Република България, *Българско списание за обществено здраве*, 14:62–71.

Vassal, G. и др. (2021 г.), „Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe“ (Достъп до основни лекарства срещу раковите заболявания сред децата и юношите в Европа), *Annals of Oncology*, Vol. 32/4, стр. 560–568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

Стандартни абривиатури на имената на държавите

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

Профил на държавата по отношение на рака 2025 г

Европейският регистър на неравенствата по отношение на рака е водеща инициатива от европейския план за борба с рака. Той предоставя надеждни и сигурни данни за профилактиката на рака и грижите за болните от рак, за да се установят тенденциите, различията и неравенствата между държавите членки и регионите. Регистърът съдържа уебсайт и инструмент с данни, разработени от Съвместния изследователски център на Европейската комисия (<https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/>), както и редуваща се поредица от двугодишни профили на държавите по отношение на рака и всеобхватен доклад относно неравенствата по отношение на рака в Европа.

Профилите на държавите по отношение на рака определят силните страни, предизвикателствата и специфичните области на действие за всяка от 27-те държави – членки на ЕС, Исландия и Норвегия, така че инвестициите и интервенциите на европейско, национално и регионално равнище да се насочат в рамките на европейския план за борба с рака. Европейският регистър на неравенствата по отношение на рака подкрепя

също така водеща инициатива 1 от Плана за действие за нулево замърсяване.

Профилите са дело на ОИСП в сътрудничество с Европейската комисия. Екипът благодари за ценните коментари и предложения, предоставени от националните експерти, здравния комитет на ОИСП и експертната тематична група на ЕС за регистъра на неравенствата по отношение на рака.

Във всеки профил на държава се предлага кратко обобщение на:

- Националният болестен товар на рака
- рисковите фактори за рак, с акцент върху рисковите фактори свързаните с поведението и околната среда
- програмите за ранно откриване на рака
- ефективността на грижите за болните от рак, с акцент върху достъпността, качеството на грижите, разходите и качеството на живота

Моля, цитирането на настоящата публикация да се извършва по следния начин:

OECD/European Commission (2025 г.), Профил на държава от ЕС по отношение на рака: България 2025 г., Профили на държавите от ЕС по отношение на рака, Издателство на ОИСП, Париж, <https://doi.org/10.1787/2015de3b-bg>.

Първоначално публикувано на английски под заглавието: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Bulgaria 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c6533317-en>.

В случай на несъответствие следва да се счита за валиден само текстът на английската версия.

© OECD/European Union 2025 за това българско издание.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

Attribution – you must cite the work.

Translations – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

Adaptations – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD or of its Member countries or of the European Union.*

Third-party material – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD's or European Commission's logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or European Commission endorses your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.