НАУЧНИ ТРУДОВЕ НА УНСС (4) 2026, АКАДЕМИЧНО ИЗДАТЕЛСТВО УНСС
ISSN (online): 2534-8957; ISSN (print): 0861-9344; https://rp.unwe.bg
DOI: https://doi.org/10.37075/RP.2026.4.07

РАЗВИТИЕ НА БЪЛГАРСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ПРЕЗ XXI ВЕК

Златина Шотарова[1]
e-mail: zlatina.shotarova@unwe.bg

Резюме

Настоящата публикация анализира развитието на българското здравеопазване през периода 2000 – 2024 г. в контекста на националните здравни стратегии и тяхната роля за подобряване на здравните резултати и функционирането на системата. Изследването има за цел да оцени степента, в която стратегическото планиране е допринесло за развитието на сектора чрез проследяване на еволюцията на приоритетите, механизмите за финансиране, системите за мониторинг и процесите на дигитализация. Използван е комбиниран подход, включващ качествен съдържателен анализ на националните здравни стратегии, плановете за действие и свързаните стратегически документи, както и сравнителен и дескриптивен анализ на основни статистически показатели за здравния статус на населението, ресурсната обезпеченост и финансирането на системата. Резултатите показват, че през разглеждания период се наблюдава съществено усъвършенстване на стратегическата рамка чрез по-детайлно планиране, развитие на механизмите за мониторинг, засилен фокус върху превенцията и постепенно въвеждане на електронно здравеопазване. Въпреки това редица структурни проблеми, включително недостатъчно финансово обезпечаване, кадрови дефицити, ограничена координация между стратегическите документи и високи директни плащания от пациентите, продължават да ограничават ефективността на системата. Анализът потвърждава, че подобряването на здравните показатели остава по-бавно от средното за Европейския съюз и че между стратегическите цели и реалните резултати съществува трайно разминаване. Устойчивият напредък изисква по-силна обвързаност между планиране, финансиране, изпълнение и оценка на здравните политики.

Ключови думи: здравеопазване, стратегическо планиране, дигитализация, здравни резултати

JEL: I18, I15; H51

[1] Главен асистент, доктор, катедра „Публична администрация“, факултет „Администрация и управление“, УНСС, ORCID: 0000-0003-2741-2673

Въведение

Здравеопазването е сред секторите с най-висока обществена значимост, тъй като оказва пряко влияние върху качеството на живот, демографските процеси и социално-икономическото развитие на държавата. В съвременните общества ефективността на здравните системи все по-често се разглежда не само през призмата на ресурсите и разходите, но и чрез способността им да осигуряват равнопоставен достъп до медицинска помощ, да намаляват предотвратимата и лечимата смъртност и да създават устойчиви механизми за реакция при кризи и дългосрочни обществени предизвикателства. През последните години научната литература подчертава, че успешното развитие на здравните системи изисква съчетаване на финансова устойчивост, институционална координация, доверие в публичните институции и ориентация към резултатите за пациентите, а не единствено към административното изпълнение на политики (Witter et al., 2023, Copeland et al., 2023).

През първите десетилетия на XXI век българската здравна система преминава през поредица от реформи, насочени към подобряване на достъпа до медицинска помощ, повишаване на ефективността на разходите, развитие на профилактиката и модернизиране на управлението и постепенно внедряване на дигитални технологии. Основен инструмент за реализиране на тези цели са националните здравни стратегии и съпътстващите ги планове за действие (ПД), чрез които се формулират дългосрочните приоритети на държавната политика в сектора. Паралелно, развитието на здравеопазването все по-силно се влияе от европейските политики за устойчивост, дигитализация и повишаване на ефективността на публичните услуги (Dimova et al., 2024).

Въпреки натрупването на значителен стратегически и нормативен опит, здравните резултати продължават да изостават спрямо средните равнища за Европейския съюз (ЕС). Страната остава сред държавите с по-ниска продължителност на живота, по-високи нива на предотвратима и лечима смъртност и значителни различия в достъпа до здравни услуги. Наред с това делът на директните плащания от пациентите остава висок, което поставя въпроси относно финансовата защита на населението и възможните проявления на здравна бедност сред уязвимите социални групи. Анализите на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) и Европейската обсерватория за здравни системи и политики от съответно за 2017 г., 2019 г., 2021 г., 2023 г., 2025 г. за здравната система в страната показват, че въпреки нарастващите разходи за здравеопазване, България продължава да се сблъсква с предизвикателства, свързани с достъпа, ефективността и устойчивостта в сектора, което поставя въпроса доколко заложените

политики успяват да се трансформират в реални подобрения на здравния статус на населението и какви фактори ограничават тяхната ефективност.

Допълнително значение придобиват процесите на дигитализация и укрепване на устойчивостта на здравните системи, особено след пандемията от COVID-19 (World Health Organization, 2021). Международният опит показва, че способността за адаптация към кризи е пряко свързана с качеството на стратегическото планиране, наличието на надеждни системи за мониторинг и степента на координация между отделните институции (Hanefeld et al., 2018; Thomas et al., 2020).

На този фон възниква необходимост от по-задълбочен анализ на развитието на българското здравеопазване през периода 2000 – 2023 г., който да проследи еволюцията на националните здравни стратегии, техните планове за действие и мястото им в по-широката национална стратегическа рамка. Настоящото изследване анализира промените в приоритетите, механизмите за финансиране, системите за мониторинг и процесите на дигитализация, като съпоставя заложените цели с реално наблюдаваните здравни резултати и ресурсни показатели. По този начин се оценява степента, в която стратегическото планиране е допринесло за развитието на здравната система и за подобряване на здравето на населението.

Методология

Изследването използва комбиниран подход, основан на качествени и количествени методи за анализ. На първо място е приложен качествен съдържателен анализ на специализирана научна литература в областта на здравния мениджмънт и на стратегическите документи в сектора на здравеопазването в България. Анализирани са четирите национални здравни стратегии (НЗС) и съответните им планове за действие, Националната програма за развитие (НПР) „България 2030“, Националния план за възстановяване и устойчивост (НПВУ) и Националната стратегия за електронно здравеопазване и дигитализация на здравната система 2030 (НСЕЗДЗС). Проследени са тяхната структура, приоритети, механизми за изпълнение, финансово обезпечаване, политики за дигитализация, системи за мониторинг и основни идентифицирани слабости.

В настоящото изследване е използван и сравнителен метод, чрез който са анализирани както последователните национални здравни стратегии, така и позицията на България спрямо средните стойности за ЕС и спрямо избрани държави членки. Подборът на държавите е извършен съобразно предмета на анализа и включва както държави с утвърдени практики в отделни направления на здравната политика, така и страни от Централна и Източна Европа (ЦИЕ) със сходен институционален контекст, което позволява по-

прецизна интерпретация на установените различия. За целта са използвани индикаторите, заложени в НЗС 2030, както и данни от поредицата Country Health Profile Bulgaria, публикувана от ОИСР и Европейската обсерватория за здравни системи и политики в рамките на инициативата State of Health in the EU.

За целите на публикацията е използван и дескриптивен анализ на основни показатели за здравния статус на населението и ресурсното осигуряване на системата. Проследени са динамиката на очакваната продължителност на живота, преждевременната и детската смъртност, смъртността от злокачествени новообразувания, лечимата и предотвратимата смъртност, публичните разходи за здравеопазване, директните плащания от пациентите и осигуреността с медицински специалисти, като използваните данни са извлечени основно от Националния статистически институт (НСИ), Евростат, здравната статистика на ОИСР и поредицата Country Health Profile Bulgaria.

Анализ на развитието на националните здравни стратегии в България

Еволюцията на НЗС в България през последните две десетилетия разкрива категорична тенденция към преход от декларативно планиране към по-висока степен на детайлизация и структурираност на документите. Институционалният преход на българското здравно планиране през разглеждания период намира систематизиран израз в хронологическата съпоставка на ключовите структурни компоненти на стратегиите, изведени в таблица 1.

Таблица 1: Сравнителен анализ на НЗС в България за периода 2001 – 2030 г.

Критерий	**НЗС 2001 г.**	**НЗС 2008 – 2013**	**НЗС 2020**	**НЗС 2030**
1	2	3	4	5
Период на действие	2001 – 2010	2008 – 2013	2015 – 2020	2022 – 2030
Приоритети/ цели/ политики	6 приоритета	7 приоритета	3 приоритета	3 приоритета
	5 цели	9 цели	19 политики	19 политики
Акцент върху профилактиката	Принципно заявен, без самостоятелно обособяване	Изведена като първа стратегическа цел	Интегрирана в Приоритет 3 чрез специфична политика за промоция	Първи стратегически приоритет с 4 целеви политики

Продължение

1	2	3	4	5
Финан-сиране	Липса на количествени разчети и финансова устойчивост	Индикативно, без количествени разчети	Индикативно планиране, без количествени разчети	≈ 101,559 млрд. лв, разделени по приоритети
Дигита-лизация	Концептуално отсъствие	Формулиране на първи национални здравно-информационни стандарти	Позициониране като отделна политика (Политика 2.6)	Позициониране като отделна политика (Политика 2.5)
Мониторинг и отчетност	Декларативен характер	Ежегоден доклад	Ежегоден доклад	Ежегоден доклад
	Липсва на количествени и качествени индикатори и прогнозни резултати	Индикатори по приоритети, без конструиран модел за оценка	Създаване на постоянен комитет по наблюдение	Междинна (2026 г.) и окончателна (2030 г.) оценка
			Утвърдени правила за мониторинг и оценка	26 показатели; времени хоризонти за оценка

Източник: Автор по информация от националните здравни стратегии в България.

Първата българска стратегия в сектора НЗС „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България“ (2001 – 2010 г.) и последващата я НЗС 2008 – 2013 г. (Министерски съвет, 2008), се характеризират с по-обща управленска рамка, съдържащи съответно първата 6 приоритетни области и 5 стратегически цели, а втората – 7 приоритета и 9 стратегически цели. В по-съвременните стратегически документи, а именно НЗС 2020 и НЗС 2030, се наблюдава консолидация на подхода, изразен в разписването на 3 основни приоритета и 19 политики (Министерски съвет, 2015; 2023), допълнени в най-актуалната стратегия с конкретен План за действие (ПД) от 2023 г. (Министерски съвет, 2023).

Архитектурните промени обаче не са само количествени. Преминаването от общи цели към по-подробно разписани политики отразява ясния стремеж за преодоляване на концептуалната разпокъсаност в здравния сектор в страната. Проблемът при по-ранните стратегии е, че широката формули-

ровка на целите често размива отговорността и затруднява превръщането на политическите намерения в реални секторни политики и постигане на желани резултати (Министерски съвет, 2001; 2008). Обратно, въвеждането на конкретни политики и планове за действие в последните стратегии, показва опит за изграждане на по-ясна оперативна йерархия, в която всяка цел е обвързана със специфичен механизъм за изпълнение (Министерски съвет, 2015; 2023).

Паралелно с преструктурирането на управленската рамка се наблюдава и дълбока концептуална трансформация на превенцията и общественото здраве. Проследяването на фокуса върху превенцията и профилактиката илюстрира промяна в разбирането за публичните политики, която обаче дълго време остава затворена в рамките на пожелателния тон. В стратегията за периода 2001 – 2010 г. превенцията е заложена само като принципен елемент, без самостоятелно обособяване (Министерски съвет, 2001), докато в НЗС 2008 – 2013 г. тя вече е изведена като първа стратегическа цел: „Осигуряване условия за промоция на здравето и профилактика на болестите“ (Министерски съвет, 2008, с. 26). В НЗС 2020 се забелязва по-категоричен опит за операционализиране на този сегмент, като той е интегриран в Приоритет 3 – Укрепване капацитета на общественото здравеопазване, чрез Политика 3.1 „Промоция и профилактика“ (Министерски съвет, 2015, с. 107). Едва в НЗС 2030 превенцията бива издигната до първи стратегически приоритет, разгърнат в четири целеви политики: здравословен начин на живот, подкрепяща среда, скрининг на хронични неинфекциозни заболявания (ХНБ) и превенция на инфекциозните болести и имунизационен обхват (Министерски съвет, 2023, с. 23). Развитието на националните стратегии свидетелства за засилено институционалното внимание към факта, че без засилване на извънболничната профилактика здравната система остава финансово и структурно неустойчива. По-силното позициониране на превенцията в НЗС 2030 може да бъде разглеждано в контекста на трайно високите нива на преждевременна смъртност и заболеваемост в страната (Министерски съвет, 2023). Проследеният ход на стратегическото развитие показва, че ограниченото институционално внимание към превенцията в по-ранните периоди вероятно е допринесло за запазване на преобладаващо ориентиран към лечение модел на функциониране на системата (Министерство на здравеопазването, 2025).

Успешното разгръщане на концептуалните приоритети обаче е изначално обвързано с моделите на финансиране, където се проследява преход от индикативни намерения към реални разчети в НЗС 2030 (Министерски съвет, 2023). Финансовото обезпечаване се откроява като слабост на българското здравно планиране – всички стратегии в страната до 2020 г. страдат от

липса на финансова устойчивост, като средствата са дефинирани единствено индикативно, без реално зададени количествени стойности. Финансирането е разчитало на традиционните канали: държавния бюджет, бюджетите на Министерството на здравеопазването (МЗ), НЗОК, НЦОЗА, общините и лечебните заведения, както и на първите оперативни програми на ЕС. Ключова промяна в инструментариума и прозрачността се наблюдава в НЗС 2030, където за първи път се извежда приблизителен общ необходим ресурс от близо 101,559 млрд. лв. Общият ресурс е детайлно разпределен по приоритети, като за Приоритет 1: „Инвестиции в превенция и насърчаване на здравословно поведение и среда, подкрепяща здравето на всички през целия живот“ са заделени приблизително 3,374 млрд. лв., за Приоритет 2: „Инвестиции в трансформиране на здравната система, ориентирана към потребностите на хората“ около 95,598 млрд. лв., а за Приоритет 3: „Прилагане на фокусирани стратегии за въздействие върху специфични проблеми на общественото здраве“ близо 2,587 млрд. лв. (Министерски съвет, 2023). Освен това се разширява кръгът от източници, като се добавят Европейските структурни фондове, Националният план по Механизма за възстановяване и устойчивост (НПВУ) и Механизмът за свързване на Европа. Съпоставката показва, че до приемането на НЗС 2030 стратегическите документи не съдържат цялостна количествена оценка на необходимия ресурс за тяхното изпълнение. Включването на количествена финансова рамка в НЗС 2030 представлява стъпка към по-висока степен на фискална предвидимост, но същевременно разкрива значителна диспропорция в разпределението на ресурсите, като съответно над 95% от средствата отиват за Приоритет 2. Това разпределение показва ограничен относителен дял на средствата за превенция и обществено здраве и поставя въпроса доколко финансовата структура съответства на заявеното засилване на превантивната ориентация. Включването на външни европейски източници (като НПВУ) разширява възможностите за инвестиции, но едновременно с това предполага зависимост на част от инвестициите от изпълнението на предварително договорени реформи и от графиците на европейските финансови инструменти.

Ресурсното обезпечаване на системата върви ръка за ръка и с технологичната модернизация, характеризираща се с продължително и неравномерно внедряване към по-съвременно е-здравеопазване. Въвеждането на дигиталните технологии в българското здравеопазване преминава през продължителен период на фрагментация и концептуално забавяне, за да се утвърди като водещ стълб едва в настоящото десетилетие. В първите два стратегически документа терминът „дигитализация“ в съвременния му смисъл изцяло липсва. Макар още в периода 2001 – 2010 г. да се споменава изграждането на интегрирана система за електронен обмен на данни и електронно паци-

ентско досие, а в НЗС 2008 – 2013 г. – въвеждане на национални здравно-информационни стандарти, мерките имат ограничен обхват и не довеждат до модернизация в здравния сектор в страната. НЗС 2020 позиционира електронното здравеопазване като отделна политика (Политика 2.6 в Приоритет 2). Дигитализацията е интегрирана по-цялостно в стратегическата рамка като Политика 2.5 в НЗС 2030, като е обвързана с отделна Национална стратегия за електронно здравеопазване 2030, НПВУ, въвеждане на е-рецепта и цялостно изграждане на Националната здравноинформационна система (НЗИС) (Министерски съвет, 2023). Въпреки постигнатия напредък, покъсното въвеждане на ключови цифрови инструменти продължава да ограничава степента на интеграция и използване на здравните данни. Късното стартиране на НЗИС, е-рецептата и електронното досие (заложени като реалност едва около средата на текущото десетилетие) показват, че дигитализацията в България се характеризира с по-бавно внедряване в сравнение с преобладаващите тенденции в други държави членки на ЕС (Българска асоциация за персонализирана медицина, 2023). Например Дания и Финландия изграждат национални цифрови здравни инфраструктури значително по-рано, като електронните здравни досиета, електронните рецепти и обменът на медицинска информация постепенно се превръщат в неразделна част от организацията на медицинската помощ. В европейските сравнителни оценки тези държави последователно се определят като примери за висока степен на цифрова зрялост на здравните системи (OECD, 2023).

Прегледът на системите за мониторинг показва постепенно усъвършенстване на формалната рамка, но свидетелстват и за ограничения при измерването на действителните резултати от изпълнението. Системите за отчетност и мониторинг преминават през отчетлива еволюция в стремежа си да преодолеят първоначалния изцяло декларативен характер, при който липсват конкретни количествени индикатори и прогнозни резултати в първата национална стратегия. В последващия период 2008 – 2013 г. се прави стъпка към формализиране на контрола чрез въвеждането на ежегодни доклади за здравето на гражданите, но в модела не е налице изрично конструирана методология за оценка на самите приоритети. Съществен институционален опит за засилване на контрола се предприема в рамките на НЗС 2020, където се създава постоянен комитет по наблюдение и се регламентира изготвянето на ежегоден Доклад за здравето и изпълнението на стратегията. Натрупаният опит води до допълнително прецизиране на контролната рамка в НЗС 2030 чрез въвеждането на 26 ключови показатели, които за първи път съпоставят изходните и целеви стойности за България с референтните нива за ЕС, като се фиксират и конкретни времеви хоризонти за междинна оценка през 2026 г. и окончателна през 2031 г. (Министер-

ски съвет, 2023) Ограничената измеримост на резултатите през по-ранните стратегически периоди затруднява надеждната оценка на изпълнението и своевременното идентифициране на отклоненията. Поради отсъствието на навременна обратна връзка през годините, се ограничават възможностите за ранно установяване и коригиране на неизпълнени или забавени мерки, което ограничава възможностите за институционална адаптация и за своевременно пренасочване на ресурсите съобразно потребностите на населението.

В основата на отчетените дефицити стоят дългосрочни предизвикателства, които оказват системно влияние върху ефективността на здравната система в страната, сред които непълнота на нормативната рамка, която създава регулаторна несигурност и забавя прилагането на част от стратегическите мерки, неравномерният достъп до извънболнична помощ в малките населени места и отдалечените райони и др.

Към структурните дефицити се наслагва и висок управленски риск, който поставя под въпрос дългосрочната устойчивост на заложените в стратегиите цели (Häkkinen et al., 2013). Честите промени в политическото и институционалното ръководство могат да създадат риск за приемствеността при изпълнението на дългосрочните мерки. Също, планирането на българското здравеопазване е силно зависимо от външни международни планове и програми, които имат съществено значение за финансовото и техническото обезпечаване на част от реформите. Съществено ограничение представлява и недостатъчната конкретизация на механизмите за справяне с кадровия дефицит и застаряването на медицинските специалисти, като липсата на подобни механизми за задържане на персонала превръща стратегическите намерения в трудно постижими цели.

Допълнително несъответствие се наблюдава между стратегически заявеното засилване на първичната и извънболничната помощ и действащите механизми за финансиране. В разглежданите стратегии е налице слаба или никаква обвързаност на финансирането с конкретни здравни резултати. В същото време обаче практиката в страната към 2026 г. показва, че реалното финансиране остава базирано на „преминал болен“ чрез системата на клиничните пътеки. Подобно противоречие възпрепятства практическото реализиране на целите на НЗС за преориентиране на системата към първична, извънболнична и превантивна помощ. По този начин трансформацията на здравния сектор в страната остава в значителна степен зависима от административни и регулаторни механизми, вместо да бъде пренасочена към оценка на крайните здравни резултати и потребностите на населението.

Критичен анализ на плановете за действие към Националните здравни стратегии в България

Анализът на стратегическото планиране в българското здравеопазване изисква предварителното уточнение, че Планът за действие към Стратегията „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България“ (2001 – 2006 г.) не е публично достъпен, поради което настоящото сравнение се фокусира изцяло върху плановете за действие към Националната здравна стратегия (НЗС) 2008 – 2013 г., НЗС 2020 г. и НЗС 2030 г. за подпериода 2023 – 2026 г. Прегледът на документите позволява да се проследи еволюцията в обмена на данни, структурното композиране и методологическите подходи при реализирането на държавната здравна политика. Конкретното изследване на форматите показва, че първият план залага на базова структура, обвързваща мерките и дейностите единствено с начален и краен срок, институции и източници на финансиране. Впоследствие моделът се модифицира чрез въвеждане на по-детайлен график за изпълнение и диференциране на отговорните субекти на водещи институции и партниращи организации.

Таблица 2: Сравнителен анализ на количествените параметри на плановете за действие към НЗС

Критерий	ПД към НЗС 2008 – 2013	ПД към НЗС 2020	ПД към НЗС 2030 (2023 – 2026)
Обем (страници)	27	150	56
Брой разписани мерки	212	546	204
Приоритет 1	-	250	71
Приоритет 2	-	241	101
Приоритет 3	-	55	32
Финансов план	липсва	в обем 1 страница	липсва

Източник: Автор

Един от най-видимите белези за развитие на плановете за действие е тяхната структурна динамика и мащаб. Наблюдава се преход от силно фрагментирана рамка през 2008 – 2013 г., съдържаща 9 стратегически цели и 212 мерки в общ обем от 27 страници (Министерски съвет, 2008), към изключително разширен обем в плана към НЗС 2020, който достига обем от 150 страници и 546 мерки, организирани в 3 приоритета и 19 политики

(Министерски съвет, 2015). Значителното нарастване на броя на мерките увеличава сложността на плана и може да затрудни ясно разграничаването на основните приоритети. Наблюдава се и неравномерно разпределение на мерките между отделните приоритети. Например в ПД към НЗС 2020, първите два приоритета концентрират съответно 250 и 241 мерки, докато за третия приоритет са заложени 55 мерки. В ПД към НЗС 2030 за периода 2023 – 2026 г. се вижда ясна тенденция към консолидация и редукция – обемът е свит до 56 страници, съдържащи 3 приоритета и 19 политики, с общ брой от 204 мерки. Планът тук разпределя тежестта по-балансирано, като са заложени 71 мерки в първия приоритет, 101 във втория и 32 в третия (Министерски съвет, 2023). По-стегнатата структура в последната национална стратегия показва опит за преодоляване на натрупаната административна тежест от предходния период.

Методологическото развитие се установява най-ясно при изграждането на системите за мониторинг и формулирането на индикаторите. В плана за периода 2008 – 2013 г. не е изведена обособена система от количествени, качествени или статистически измерители, което свежда стратегическия контрол до формално отчитане на срокове. При следващите два плана (НЗС 2020 и НЗС 2030) вече се въвеждат дефинирани индикатори за наблюдение, които могат да бъдат разделени на качествени (процесни), количествени и статистически (резултативни) показатели. Въпреки този напредък, съществен общ недостатък и при двата по-нови документа остава сериозното преобладаване на процесни и административно-процесни индикатори. Те отчитат предимно формалното изпълнение на нормативни ангажименти, като изготвяне на анализи или приемане на карти, но не измерват реалния ефект върху здравния статус на населението. Примери за чисто числови измерители на изхода в текстовете са броят на закупената апаратура и проведените обучения, докато научна стойност за реформата имат въведените относителни дялове за имунизации при уязвимите групи и обхвата на новородените с личен лекар. ПД към НЗС 2030 дори въвежда специфични качествени контроли от типа на „средна успеваемост на тестови контрол“, което показва опит за детайлизация.

От друга страна, финансовото планиране остава една от най-уязвимите области в хронологията на разглежданите стратегически документи. При планът за периода 2008 – 2013 г. е налице липса на остойностяване на мерките, което ограничава възможностите за предварителна оценка на ресурсната обезпеченост. Частичен опит за решаване на този проблем се открива в НЗС 2020 чрез обособяването на кратък „Финансов план“ от една страница. Той обаче е ограничен до средствата по оперативните програми на ЕС и изключва изцяло третия приоритет на стратегията, където попадат ключови

сектори като промоцията на здравето, профилактиката и надзора на заразните болести. В ПД към НЗС 2030 за периода 2023 – 2026 г. финансовият план отново липсва напълно (Министерски съвет, 2023). По този начин финансовата несигурност и липсата на конкретна финансова разбивка по политики се проявяват като системна и хронична слабост през целия анализиран период. Подобен дефицит лишава наличните стратегически документи от реални финансови разчети и ги обвързва пряко с ежегодните бюджетни закони.

Наред с посочените ограничения, планът за периода 2008 – 2013 г. се характеризира със силна концентрация на отговорностите в Министерството на здравеопазването и с широко формулирани срокове за изпълнение. Тези особености ограничават междуведомствената координация и затрудняват проследяването на напредъка по отделните мерки.

НЗС 2030 в контекста на националната стратегическа рамка

Следва да се има предвид фактът, че НЗС 2030 не функционира като изолиран документ, а е част от по-широка стратегическа рамка, изградена от НПР „България 2030“ и нейните планове за действие, от НСЕЗДЗС 2030 и от компонент „Здравеопазване“ на НПВУ. Самата НЗС 2030 декларира приемственост и интеграция с тези документи, но систематичната им съпоставка свидетелства за не толкова съгласувана йерархия, колкото съвкупност от паралелни планови линии, които преследват сходни цели чрез различни структури, несъвпадащи индикатори, несъпоставими финансови разчети и разминаващи се времеви хоризонти.

Първото разминаване е структурното дублиране на цели при отсъствие на ясна съподчиненост. Превенцията, преориентацията към извънболнична помощ, дигитализацията и осигуряването на човешки ресурси присъстват едновременно като приоритети и политики в НЗС 2030, като подприоритети 12.1, 12.2 и 12.3 в приоритет „Здраве и спорт“ на НПР „България 2030“ (Министерски съвет, 2020) и като реформи в компонент „Здравеопазване“ на НПВУ (Министерски съвет, 2022). Така четири документа разписват практически идентична съдържателна програма, без помежду им да е установена категорична субординация, при което всеки от тях възпроизвежда една и съща цел чрез собствена архитектура и чрез собствен набор от мерки и действия. По този начин се размива отговорността и се създава предпоставка за дублиране, вместо за допълване на дейности, тъй като не е изяснено кой документ е водещ и кои съответно го конкретизират.

Също така, разминаването се задълбочава на равнището на индикаторите, тъй като в документите не е налице единна система за мониторинг. НЗС 2030 въвежда 26 ключови показателя, съпоставени с референтните за

ЕС стойности и с хоризонт на междинна оценка през 2026 г. (Министерски съвет, 2023), докато НПР „България 2030“ и нейните планове за действие използват друг набор от индикатори за изпълнение – например дела на умиранията, дължащи се на поведенчески рискови фактори (с изходна стойност 51), и нивото на лечимата и предотвратима смъртност (425,14), отнесени към средното за ЕС, наред с поредица показатели за дигитализация, заимствани от индекса DESI (Министерски съвет 2020; 2022; 2024). Показателен за нестабилността на тази система е признанието в плана за действие 2024 – 2026 г., че показателите за електронно здравеопазване по DESI „не се проследяват и не се отчитат“ от 2020 г. насам и са заменени с вътрешно отчетени стойности от Националната здравноинформационна система (Министерски съвет, 2024, с. 131). По този начин, в една и съща секторна политика се прилагат несъгласувани, частично отпаднали и несъпоставими системи от показатели, което ограничава възможностите за надеждна оценка на изпълнението, която НЗС 2030 посочва като свое основно предимство.

Не по-малко проблематично е финансовото разминаване между документите, които остойностяват една и съща програма върху несъпоставими основи. Както беше изведено, НЗС 2030 извежда приблизителен общ ресурс от близо 101,559 млрд. лв. за периода до 2030 г., като над 95% е концентриран в Приоритет 2, а от своя страна НПР „България 2030“ остойностява отделните подобласти на здравеопазването в порядъка на милиарди, като само за мерките за ефективност на болничната помощ са отделени 35 млрд. лв., докато за превенцията на заболяванията близо 2,576 млрд. лв. (Министерски съвет, 2020). От своя страна, ПД 2024 – 2026 г. обаче свежда обобщената финансова рамка на целия приоритет „Здраве и спорт“ до 7 млрд. лв., от които 13,07 млн. лв. за промоция и превенция (подприоритет 12.1), 12,18 млн. лв. за електронно здравеопазване (подприоритет 12.3) и 6,9 млрд. лв. за здравната мрежа (подприоритет 12.2) (Министерски съвет, 2024, с. 143). Представените финансови величини не позволяват пряка съпоставимост, а на оперативно равнище превенцията и дигитализацията видимо остават недофинансирани за сметка на болничната мрежа. Проблемът се задълбочава и от факта, че както беше изведено, ПД към НЗС 2030 не включва финансов план, докато съответните планове към НПР предвиждат средства, но в значително по-ниски размери и отново с ясен фокус върху болничния сектор.

Пропуски се открояват и при процесите на дигитализацията, които НЗС 2030 делегира на НСЕЗДЗС 2030, но последната променя обхвата и целите си по време на разработването. Планът за действие към НПР за 2022 – 2024 г. все още се позовава на изготвяване на проект на „Стратегия за електронно здравеопазване 2021 – 2027“ (Министерски съвет, 2022, с. 27), която впо-

следствие е изместена от приетата с РМС № 181/18.03.2024 г. НСЕЗДЗС 2030 – т.е. водещият документ за цифровата трансформация сменя хоризонта и идентичността си в хода на планирането (Министерски съвет, 2024). Същевременно, докато НСЕЗДЗС 2030 разгръща седем стратегически цели, включващи телемедицина, киберсигурност, големи информационни масиви и изграждане на капацитет (Министерски съвет, 2024), оперативните области на електронното здравеопазване в плана за действие на НПР – дистанционни здравни услуги (12.3.б), сигурност на информацията (12.3.г), големи масиви (12.3.д) и капацитет (12.3.е) – остават без разписани мерки, а конкретното изпълнение се ограничава до изграждането на НЗИС и трансграничния обмен на данни (Министерски съвет, 2022, с. 349-350). Допълнително, впечатление прави и телемедицината, която самата НСЕЗДЗС 2030 признава за нормативно неуредена дейност (Министерски съвет, 2024, с. 17). Съответно, заложените цели за дигитализация в НЗС 2030 и НСЕЗДЗС 2030 надхвърлят мерките, които реално са заложени в стратегическите документи.

В разглежданите документи прави впечатление и разминаването в общите времеви срокове на разглежданите стратегии и планове за действие към тях. НЗС 2030 действа за периода 2022 – 2030 г. с план за действие за периода 2023 – 2026 г., НПР „България 2030“ се изпълнява чрез отделни планове за 2022 – 2024 г. и 2024 – 2026 г., НСЕЗДЗС 2030 обхваща 2024 – 2030 г., а НПВУ приключва около 2026 г.

В обобщение, ефективността на НЗС 2030 зависи не само от качеството на самата стратегия, но и от степента на съгласуваност с останалите документи от националната стратегическа рамка. Установените различия показват необходимост от по-ясна йерархия, обща система за мониторинг и координирано финансово планиране.

Здравни резултати: постигнато и непостигнато

Оценката на развитието на здравеопазването в България след 2000 г. не може да се ограничи единствено до анализ на разходите и институционалните реформи, а следва да отчита и реалните резултати за здравния статус на населението. Именно поради тази причина в таблица 3 са включени показатели, които измерват както крайните здравни резултати (продължителност на живота, смъртност и преждевременна загуба на живот), така и ключови фактори, влияещи върху тях – финансовите ресурси и кадровата обезпеченост на системата, което позволява по-пълна оценка на постигнатия напредък и оставащите предизвикателства в сравнение със средните равнища за ЕС.

Таблица 3: Динамика на основни здравни резултати, ресурси и разходи за здравеопазване в България и ЕС (2000 – 2024 г.)[2*]

Показател	България				ЕС		
	2000	2010	2020	2024	2010	2020	2024
1	2	3	4	5	6	7	8
Средна продължителност на живота	71,6	73,8	73,3	75,8	79,8	80,4	81,5
Очаквана продължителност на живота на 65-годишна възраст	14,1	15,6	15,1	16,9	19,4	-	20,2
Коефициент на смъртност	-	14,6 (2013)	19,0	15,6	10,0 (2013)	11,6	10,7
Стандартизиран коефициент на смъртност от злокачествени новообразувания	-	229,22 (2011)	245,23	221,3 (2023)	221, 63 (2011)	242,13	233,13 (2023)
Детска смъртност	13,3	9,4	5,1	4,5	6,0	3,3	3,5
Лечима и предотвратима смъртност		417,95 (2011)	529,44	405,37 (2023)	281,35 (2011)	271,62	237,66
Потенциално загубени години живот вследствие на лечими и предотвратими заболявания		5803,36 (2011)	6948,75	5530,84 (2023)	4057,09 (2011)	3534,22	3116,17 (2023)
Публични разходи за здравеопазване като % от БВП	-	3,86 (2011)	5,33	5 (2023)	-	8,75	8,03 (2023)

[2] * *Забележка:* При липса на данни за съответната година са изведени стойности за най-близката предходна или следваща година, за която е налична официална информация с цел проследяване на динамиката за разглеждания период.

Продължение

1	2	3	4	5	6	7	8
Публични разходи за здравеопазване на глава от населението	-	217,87 (2011)	503,49	733,13 (2023)	-	2660,85	3089,23 (2023)
Директни плащания от пациенти (% от общите здравни разходи)	-	44,46 (2011)	35,53	35,5 (2023)	-	14,53	14,88 (2023)
Лекари на 1 000 души	3,37	3,77	4,53	4,6 (2023)	-	4,1 (2021)	4,3 (2023)
Медицински сестри на 1 000	3,85	4,3	4,45	4,43	-	8,5 (2021)	8,5 (2023)

Източник: Компилация на автора по данни от Eurostat (DEMO_MLEXPEC; TPS00029; HLTH_CD_ASDR2; DEMO_MINFIND; HLTH_CD_APR; HLTH_CD_PTPYLL; HLTH_SHA11_HF; TEPSR_SP310), OECD Health Statistics и Bulgaria Country Health Profile (2017 – 2025).

Данните в таблица 3 очертават противоречива картина на развитието на здравните резултати в България след 2000 г. От една страна се наблюдава подобрение на ключови показатели, свързани с преживяемостта и здравето на населението, включително нарастване на средната продължителност на живота, увеличаване на очакваната продължителност на живота след 65-годишна възраст и съществено намаляване на детската смъртност. От друга страна обаче, динамиката показва периоди на застой и дори влошаване, особено около 2020 г., което подсказва уязвимост на системата към външни шокове, какъвто беше пандемията от COVID-19. Независимо от последвалото възстановяване, разликата спрямо средните стойности за ЕС остава значителна, което показва, че подобренията в България протичат с по-нисък темп или от по-неблагоприятна изходна позиция и не водят до реално сближаване с европейските резултати.

Особено критичен е фактът, че показателите за предотвратима и лечима смъртност, както и загубените потенциални години живот, остават съществено по-неблагоприятни в сравнение със средните стойности за ЕС (Евростат, 2026). Макар в края на периода да се наблюдава известно подобрение, данните свидетелстват за продължаващи проблеми както в общественото здраве и профилактиката, така и в ефективността на диагностиката и ле-

чението. Същевременно смъртността от злокачествени новообразувания не показва устойчив напредък, което поставя въпроси относно резултатността на онкологичната профилактика, ранното откриване и достъпа до качествено лечение (Евростат, 2026). В този контекст положителните тенденции при общата продължителност на живота изглеждат недостатъчни, за да компенсират натрупаните структурни дефицити в контрола върху основните причини за преждевременна смърт.

Ресурсните показатели също очертават съществен дисбаланс между вложените средства и постигнатите резултати. Публичните разходи за здравеопазване нарастват както като дял от брутния вътрешен продукт (БВП), така съответно и на глава от населението, но остават значително под европейските равнища (Евростат, 2026). Успоредно с това делът на директните плащания от пациентите се запазва висок и многократно над средния за ЕС, което подсказва ограничена финансова защита на населението и наличие на бариери пред достъпа до услуги (Евростат, 2026). Кадровата обезпеченост също показва различни тенденции – броят на лекарите достига и дори надхвърля средноевропейските стойности, докато осигуреността с медицински сестри остава трайно недостатъчна (ОИСР, 2026). Изведеният дисбаланс предполага структурен проблем в организацията на човешките ресурси, който води до ограничаване ефективността на здравната система и способността ѝ да превръща нарастващите разходи в по-добри здравни резултати за българското население.

Данните показват, че различията между България и средните стойности за ЕС се запазват и при сравнение с държави от ЦИЕ, преминали през сходни социално-икономически трансформации. Например Словения и Чехия отчитат по-висока очаквана продължителност на живота, по-ниски равнища на предотвратима смъртност и по-малък относителен дял на директните плащания от пациентите в общите разходи за здравеопазване (European Commission & OECD, 2023a; 2023b). Тези различия предполагат, че наблюдаваните здравни резултати вероятно се влияят не само от икономическите характеристики на отделните държави, но и от особеностите на организацията, финансирането и практическото изпълнение на здравните политики.

Получените резултати извеждат основните тенденции, установени в предходните раздели на изследването, и показват съответствие между идентифицираните особености на стратегическото развитие на здравната система и актуалните здравни показатели. Запазването на високи нива на предотвратима и лечима смъртност, както и на загубените години живот, може да бъде разглеждано във връзка с продължителното недостатъчно внимание към превенцията и извънболничната помощ в предходните стратегически документи, както и с ограниченото финансово обезпечаване и недостатъчно

развитите механизми за мониторинг и оценка на изпълнението. Същевременно относително ниският дял на публичните разходи за здравеопазване – 5% от БВП при 8,03% средно за ЕС (Евростат, 2026) – и устойчиво високото равнище на директните плащания от домакинствата очертават продължаващи предизвикателства пред финансовата устойчивост и равнопоставения достъп до здравни услуги. В този контекст концентрацията на значителен финансов ресурс в Приоритет 2 на НЗС 2030 следва да бъде разглеждана внимателно по отношение на потенциала ѝ да подпомогне развитието на извънболничната помощ и профилактиката наред с болничната система (Министерски съвет, 2023). Допълнително, трайният недостиг на медицински сестри в страната показва, че кадровото осигуряване продължава да бъде едно от най-сериозните предизвикателства пред здравната система. В своята съвкупност представените резултати свидетелстват, че подобряването на здравните показатели предполага не само формулиране на стратегически цели, но и последователно изпълнение на политики, подкрепени с устойчиво финансиране, ефективен мониторинг и своевременна оценка на постигнатите резултати.

Препоръки

Установените в изследването несъответствия между стратегическите цели и реалните здравни резултати показват необходимост от преминаване от формално към резултатно ориентирано стратегическо управление. Бъдещото развитие на националната здравна политика следва да бъде обвързано с ограничен брой ясно дефинирани показатели за здравни резултати, които да се използват последователно във всички стратегически документи и планове за действие. Внедряването на подобна единна система от показатели е предпоставка за по-ефективно и ефикасно управление на сектора.

Необходима е и по-силна обвързаност между стратегическото планиране и финансовото обезпечаване на политиките. В този контекст бъдещите стратегически документи следва задължително да включват детайлна финансова рамка по политики и мерки, както и механизми за проследяване на изпълнението ѝ. Особено важно е да се преодолее трайно установеният дисбаланс между инвестициите в болничната помощ и ресурсите за превенция, обществено здраве и извънболнични услуги, тъй като именно в тези направления се концентрират основните причини за високата предотвратима и лечима смъртност.

Специално внимание следва да бъде насочено към кадровото осигуряване и териториалната достъпност на здравните услуги. Констатираният недостиг на медицински сестри и ограниченият достъп до качествена извънболнична помощ в редица райони на страната показват, че организа-

ционните и човешките ресурси остават критичен фактор за успеха на всяка реформа (Владимирова и колектив, 2018). Поради това мерките за развитие на човешките ресурси трябва да бъдат придружени от конкретни механизми за изпълнение и оценка, а не да остават на равнище общи стратегически намерения. Без преодоляване на кадровите дисбаланси и регионалните неравенства съществува риск формулираните политики да останат без реално положително въздействие върху здравния статус на населението.

В допълнение, устойчивостта на реформите изисква по-висока степен на институционална координация и приемственост. Анализът на НЗС 2030 и свързаните с нея стратегически документи свидетелства за наличие на дублиращи се цели, разминаващи се времеви хоризонти и неясно разпределение на отговорностите. Преодоляването на представените дефицити предполага изграждане на ясна йерархия между стратегиите, плановете и програмите, както и създаване на механизми, които да гарантират изпълнението на дългосрочните приоритети независимо от политическите промени. Следователно, единствено при наличие на институционална последователност стратегическото планиране може да се превърне в реален инструмент за подобряване на здравните резултати, а не в поредица от формално приети документи.

Проведеният сравнителен анализ показва, че развитието на българската здравна система следва общите стратегически направления на ЕС по отношение на нормативната рамка и поставените приоритети, но различията в здравните резултати, превенцията, финансовата защита на населението и степента на цифровизация остават съществени. Съпоставката както със средните показатели за Европейския съюз, така и с държави със сходен институционален контекст показва, че устойчивото подобряване на здравните резултати предполага не само формулиране на стратегически цели, но и последователно институционално изпълнение, подкрепено с ефективни механизми за мониторинг и оценка (European Commission & OECD, 2023a; OECD, 2023).

Заключение

Настоящата публикация показва, че развитието на българското здравеопазване през XXI век се характеризира с постепенно усъвършенстване на стратегическата рамка, но без съответстващо подобрение в ефективността на нейното практическо изпълнение. Националните здравни стратегии демонстрират отчетлива еволюция по отношение на структурата, степента на детайлизация, механизмите за мониторинг и вниманието към превенцията и дигитализацията. Въпреки това значителна част от установените проблеми – недостатъчно финансово обезпечаване, ограничена координа-

ция, кадрови дефицити и непоследователен контрол върху изпълнението – продължават да се възпроизвеждат през различните стратегически периоди.

Изследването показва също, че между формулираните политики и реалните здравни резултати съществува трайно разминаване. Макар да се наблюдава подобрение на редица показатели, България остава съществено под средните равнища на ЕС по отношение на продължителността на живота, предотвратимата и лечимата смъртност, финансовата защита на пациентите и кадровата обезпеченост с медицински сестри. Изведените резултати потвърждават, че проблемите не произтичат единствено от недостиг на ресурси, а и от начина, по който те се планират, разпределят и съответно управляват.

Устойчивото подобряване на здравните резултати зависи от изграждането на последователна, финансово обезпечена и координирана система за управление в българското здравеопазване, която да служи като основа за превръщането на стратегическите цели в измерими обществени резултати. Създаването на връзка между процесите по планиране, изпълнение и оценка в рамките на националната здравна политика е ключова предпоставка за преодоляване на съществуващите структурни дефицити. Подобен системен подход би довел до измеримо подобрение на здравните показатели, до ограничаване на неравенствата и проявите на здравна бедност (Велева, 2025) и до повишаване на доверието (Valcheva, 2025) в българското здравеопазване.

Използвана литература

Българска асоциация за персонализирана медицина. (2023). *България и дигитално здраве – къде сме, къде искаме да бъдем и как да го постигнем*? (Bulgarian Association for Personalized Medicine, 2023, Bulgaria and Digital Health – Where Are We, Where Do We Want to Be, and How Do We Achieve It?). https://bapemed.org/wp-content/uploads/2023/08/bapamed_a4_book_web_2023_03.pdf

Велева, Р. (2025). Устойчив държавен капацитет за ефективно разходване на публичните ресурси. В Преоткриване на държавата: Предприемаческият модел на държавното управление: 30 години по-късно. Университет за национално и световно стопанство, с. 234-245. (Veleva, R., 2025, Sustainable State Capacity for the Effective Expenditure of Public Resources. In: Rediscovering the State: The Entrepreneurial Model of Public Governance – 30 Years Later. University of National and World Economy, pp. 234-245).

Владимирова, М., Данова, Н, Димитров, П. (2018). Развитие на човешките ресурси в здравеопазването. *Социална медицина* 3/4*2018, с. 73-76. (Vladimirova, M., Danova, N., Dimitrov, P., 2018, Human Resource

Development in Healthcare. Social Medicine 3/4*2018, pp. 73-76). https://journals.mu-varna.bg/index.php/sm/article/view/6008

Министерски съвет. (2001). *Национална здравна стратегия „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България за периода 2001 – 2010 г.*. Портал за обществени консултации. (Council of Ministers, 2001, National Health Strategy „Better Health for a Better Future for Bulgaria“ (2001 – 2010). Public Consultation Portal). https://www.strategy.bg/bg/pris/legal-information/reseniia/8194

Министерски съвет. (2008). *Национална здравна стратегия 2008 – 2013 и план за действие*. Портал за обществени консултации. (Council of Ministers, 2008, National Health Strategy 2008 – 2013 and Action Plan. Public Consultation Portal). https://www.strategy.bg/bg/strategy-documents/499

Министерски съвет. (2015). *Национална здравна стратегия 2020*. Портал за обществени консултации. (Council of Ministers, 2015, National Health Strategy 2020. Public Consultation Portal). https://www.strategy.bg/bg/strategy-documents/994

Министерски съвет. (2020). *Национална програма за развитие „България 2030“.* Портал за обществени консултации. (Council of Ministers, 2020, National Development Programme „Bulgaria 2030“. Public Consultation Portal). https://www.strategy.bg/bg/strategy-documents/1349

Министерски съвет. (2022). *Национален план за възстановяване и устойчивост.* Портал за обществени консултации. (Council of Ministers, 2022, National Recovery and Resilience Plan. Public Consultation Portal). https://www.strategy.bg/bg/strategy-documents/1522

Министерски съвет. (2022). *План за действие за периода 2022 – 2024 г. (приет с РМС №671 от 2022 г.).* Портал за обществени консултации. (Council of Ministers, 2022, Action Plan for the Period 2022 – 2024 (adopted by Council of Ministers Decision No. 671 of 2022). Public Consultation Portal. https://www.strategy.bg/bg/strategy-documents/1349

Министерски съвет. (2023). *Национална здравна стратегия 2030*. Портал за обществени консултации. (Council of Ministers, 2023, National Health Strategy 2030. Public Consultation Portal). https://www.strategy.bg/bg/strategy-documents/1601

Министерски съвет. (2023). *План за действие за периода 2023 – 2026 за изпълнение на Национална здравна стратегия 2030*. Портал за обществени консултации. (Council of Ministers, 2023, Action Plan for the Period 2023 – 2026 for the Implementation of the National Health Strategy 2030. Public Consultation Portal). https://www.strategy.bg/bg/strategy-documents/1601

Министерски съвет. (2024). *Национална стратегия за електронно здравеопазване и дигитализация на здравната система 2030.* Портал за обществени консултации. (Council of Ministers, 2024, National Strategy for e-Health and Digitalization of the Health System 2030. Public Consultation Portal). https://www.strategy.bg/bg/strategy-documents/1692

Министерски съвет. (2024). *План за действие за изпълнението на Националната програма за развитие България 2030 през периода 2024 – 2026 година (приет с РМС №154/07.03.2024 г.).* Портал за обществени консултации. (Council of Ministers, 2024, Action Plan for the Implementation of the National Development Programme „Bulgaria 2030" for the Period 2024 – 2026 (adopted via Council of Ministers Decision No. 154/07.03.2024). Public Consultations Portal). https://www.strategy.bg/bg/strategy-documents/1349

Министерство на здравеопазването. (2025). *Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите в Р България за 2024 и изпълнението на Националната здравна стратегия 2030*. (Ministry of Health, 2025, Annual Report on the Health Status of Citizens in the Republic of Bulgaria for 2024 and the Implementation of the National Health Strategy 2030). https://www.mh.government.bg/bg/politiki/godishen-doklad-za-zdraveto

Copeland, S., Hinrichs-Krapels, S., Fecondo, F., Santizo, E., Bal, R., Comes, T. (2023). A resilience view on health system resilience: a scoping review of empirical studies and reviews. *BMC Health Services Research*, Vol. 23, 1297. https://doi.org/10.1186/s12913-023-10022-8

Dimova, A., Rohova, M., Polin, K. (2024). *Bulgaria: Health System Summary 2024*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/bulgaria-health-system-summary-2024

European Commission & OECD. (2023a). *Slovenia: Country Health Profile 2023. State of Health in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://www.oecd.org/en/publications/slovenia-country-health-profile-2023_0eb17a30-en.html

European Commission & OECD. (2023b). *Czechia: Country Health Profile 2023. State of Health in the EU.* Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://www.oecd.org/en/publications/czechia-country-health-profile-2023_24a9401e-en.html

Eurostat. (2026). *Life expectancy at birth*. https://doi.org/10.2908/DEMO_MLEXPEC

Eurostat. (2026). *Life expectancy at age 65*. https://doi.org/10.2908/DEMO_MLEXPEC

Eurostat. (2026). *Crude death rate*. https://doi.org/10.2908/TPS00029

Eurostat. (2026). *Standardised death rate caused by malignant neoplasms*. https://doi.org/10.2908/HLTH_CD_ASDR2

Eurostat. (2026). *Infant mortality*. https://doi.org/10.2908/DEMO_MINFIND

Eurostat. (2026). *Treatable and preventable mortality of residents*. https://doi.org/10.2908/HLTH_CD_APR

Eurostat. (2026). *Potential years of life lost by treatable and preventable diseases*. https://doi.org/10.2908/HLTH_CD_PTPYLL

Eurostat, (2026). *Current healthcare expenditure by financing scheme*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hf__custom_21634810/default/table

Eurostat. (2026). *Current healthcare expenditure per capita*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hf__custom_21635049/default/table

Eurostat. (2026). *Life expectancy statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec__custom_11055020/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=8b3120c7-4116-4fa0-8cf0-4d1a45112c74&c=1713969318965

Eurostat. (2026). *Out-of-pocket expenditure as share of current healthcare expenditure*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp310/default/table?lang=en

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). *Bulgaria: Country Health Profile 2017*. OECD Publishing, Paris. https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/bulgaria-country-health-profile-2017

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *Bulgaria: Country Health Profile 2019*. OECD Publishing, Paris. https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/bulgaria-country-health-profile-2019

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *Bulgaria: Country Health Profile 2021*. OECD Publishing, Paris. https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/bulgaria-country-health-profile-2021

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Bulgaria: Country Health Profile 2023*. OECD Publishing, Paris. https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/Bulgaria-country-health-profile-2023

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2025). *Bulgaria: Country Health Profile 2025*. OECD Publishing, Paris. https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/bulgaria-country-health-profile-2025

OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators.* Paris: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en

OECD. (2026). *Nurses per 1,000 population (Bulgaria)*. https://data-explorer.oecd.org/vis?df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_REAC_EMP%40DF_NURSE&df[ag]=OECD.ELS.HD&dq=BGR..10P3HB...MINU..P.&pd=1997%2C2024&to[TIME_PERIOD]=false&vw=tb

OECD. (2026). *Physicians per 1,000 population (Bulgaria)*. https://data-explorer.oecd.org/vis?tm=physicians&pg=0&snb=18&vw=tb&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_EMP_REAC%40DF_PHYS&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.1&dq=BGR..10P3HB...PHYS..P.&pd=1999%2C2024&to[TIME_PERIOD]=false

Häkkinen, U., Iversen, T., Peltola, M., Seppälä, TT., Malmivaara, A., Belicza, É., Fattore, G., Numerato, D., Heijink, R., Medin, E., Rehnberg, C. (2013). Health care performance comparison using a disease-based approach: the EuroHOPE project. *Health Policy*. 112(1-2), pp. 100-9. https://doi.org/10/1016/j.healthpol.2013.04.013

Hanefeld, J., Mayhew, S., Legido-Quigley, H., Martineau, F., Karanikolos, M., Blanchet, K., Liverani, M., Mokuwa, E., McKay, G., Balabanova, D. (2018). Towards an understanding of resilience: responding to health systems shocks. *Health Policy and Planning*. Vol. 33. Issue 3, pp. 355-367. https://academic.oup.com/heapol/article/33/3/355/4794875

Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylis, J., Figueras, J., Karanikolos, M. (2020). Strenghtening health systems resilience: key concepts and strategies. European Observatory on Heath Systems and Policies. *Policy Brief No. 36*. Copenhagen. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559803/

Valcheva, K. (2025). *The State of Trust*. University of National and World Economy. Sofia.

Witter, S., Thomas, S., Topp, S., Barasa, E., Chopra, M., Cobos, D., Clanchet, K., Teddy, G., Atun, R., Ager, A. (2023). Health system resilience: a critical review and reconceptualisation. *The Lancet Global Health*, Vol. 11, issue 9, pp. e-1454-e1458. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00279-6

World Health Organization. (2021). Building health systems resilience for universal coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond. *WHO Position Paper*. Geneva. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/581661bd-f9c9-4ee1-967d-002e3b934275/content

***

DEVELOPMENT OF THE BULGARIAN HEALTHCARE SYSTEM IN THE XXI CENTURY

Chief Assist. Zlatina Shotarova, PhD
Department of Public Administration
University of National and World Economy
e-mail: zlatina.shotarova@unwe.bg

Abstract

The publication analyses the development of the Bulgarian healthcare system during the period 2000 – 2024 in the context of national health strategies and their contribution to improving health outcomes and system performance. The study aims to assess the extent to which strategic planning has supported the development of the healthcare sector by examining the evolution of priorities, financing mechanisms, monitoring systems and digitalisation processes. A mixed-method approach was applied, combining qualitative content analysis of national health strategies, action plans and related strategic documents with descriptive statistical analysis of key statistical indicators concerning population health status, healthcare resources and system financing. The results indicate a substantial improvement in the strategic framework through more detailed planning, enhanced monitoring mechanisms, a stronger emphasis on prevention and the gradual implementation of e-health solutions. Nevertheless, several structural challenges, including insufficient financial sustainability, workforce shortages, limited coordination among strategic documents and high out-of-pocket payments, continue to constrain the effectiveness of the healthcare system. The findings show that improvements in health indicators remain slower than the European Union average and that a persistent gap exists between strategic objectives and actual outcomes. Sustainable progress requires a stronger linkage between planning, financing, implementation and evaluation of health policies, enabling strategic goals to be translated into measurable improvements in population health and healthcare system performance.

Keywords: healthcare, strategic planning, digitalization, health outcomes

JEL: I18, I15, H51