

ЗДРАВНАТА СИСТЕМА В БЪЛГАРИЯ – ЕФЕКТ ВЪРХУ САМОУПРАВЛЕНИЕТО НА СЪСТОЯНИЕТО ПРИ ПАЦИЕНТИ С ДИАБЕТ*

Е. Тодорова¹, П. Рукова¹ и П. Балканска²

¹УНСС – София, ²ФОЗ, МУ – София

THE IMPACT OF HEALTHCARE SYSTEM IN BULGARIA ON THE DIABETIC PATIENTS SELF-MANAGEMENT AND STATE

E. Todorova¹, P. Roukova¹ and P. Balkanska²

¹UNWE – Sofia, ²Faculty of public Health – Sofia

Резюме. Основна цел на статията е да представи проучване на системата на здравеопазване в България от гледна точка на лечението, рехабилитацията и обучението в самообгрижване на диабетно болни лица. Анализират се стратегиите, законите, наредбите и програмите, които оказват влияние върху формирането на нови политики в управлението на хронични заболявания. Анализът обхваща българските информационни източници за периода от 2002 г. до наши дни. Той включва проучване на 23 български професионални списания, основните нормативни документи в областта на българските здравни услуги, националните планове за действие, статистика, относно здравните грижи и отделни книги и брошури, свързани с лечението на пациенти с хронични заболявания и по-специално диабет тип 2. Проучването разкрива недостатъчен изследователски интерес към въпросите за самообгрижването и самоуправлението на хронично болни пациенти, както и слаба заинтересуваност към управление и координация на взаимодействията между лекуващия лекар, лекаря специалист, семейството, приятелския кръг, неправителствените организации и пациент, т.е. всички отговорни участници в обгрижването на диабетно болни пациенти.

Ключови думи: национална система на здравеопазване, пациенти с диабет, обучение, самоуправление, самообгрижване

Summary. The issue of empowering chronic illness patients (CIP) has been in the agenda of the world medical and health systems, including the European Union, for more than a decade. Although at the start the main reason has been predominantly cost-affectivity, later the sociological interpretation and the psychological wellbeing of patients have predominated in the research and has caused the implementation of the programs for self-care management on national levels. The basic purpose of the report is to review the health care system of Bulgaria with an emphasis on the treatment, rehabilitation and education in self-care of patients with diabetes type 2. The report focuses on the essence of the different policies, targeted at improving the quality of services for patients with chronic illnesses. The analysis embraces Bulgarian information sources over the period since 2002 to the present day. It includes a survey of 23 Bulgarian professional journals, fundamental legislative documents in the sphere of Bulgarian health services, national action plans, statistics as regards health care and separate books and brochures, related to the treatment of patients with chronic illnesses and specifically diabetes type 2. The results show, that the investigational interest towards the issues of self-care

*Тази статия представя част от по-обширно изследване по темата за самоуправлението на хронично болните по проект EU WISE (№ 279081/16.08.2011), съфинансиран от 7-ма РП на ЕК

and self-management of chronically ill patients in Bulgaria is insufficient. Also, the interest in the governance and coordination of the interactions between the patient's general practitioner, the specialist, family, friends' circle, NGOs, i.e. all stakeholders in the care for patients with diabetes, is weak

Key words: national healthcare system, patients with diabetes, education, self management, self-care

ВЪВЕДЕНИЕ

Въпросът за овластяване на пациентите с хронични заболявания отдавна е в обсега на вниманието на медицинските и здравните системи в света [47]. Напоследък това става приоритет в политиките на отделните здравни системи в страните на ЕС [51]. И ако първоначално преобладава финансовият аргумент, с течение на времето, благодарение на изследователския интерес към социологическата интерпретация и психологичното благополучие на пациентите, въпросът за управлението на собствените ресурси (self-care management) придобива нов смисъл. Вижда се, че не само здравните системи „печелят“ в определена степен, но и пациентите, техните семейства и общността участват в повече дейности, придобиват нови роли и с това осигуряват по-добра социална среда за живот на хронично болните [52]. В последно време има данни и за прякото влияние върху състоянието на болестта чрез намаление на равнищата на HbA [48].

Ситуацията в България е различна – едва през последните години се въвеждат програми за обучение на пациенти, но те все още не намират повсеместна поддръжка. Освен това няма държавен регистър за диабетици и броят на болните не може да се определи с точност (макар да се предполага, че става дума за до половин милион болни от ЗД тип 1 и 2). Ето защо обществото ни – както професионалисти, така и пациенти, все още не осъзнават смисъла на търсенето и прилагането на нови варианти за излизане от „хватката“ на единствено действащата практика на медицинското лечение. Същевременно дълбочината и размерът на засегнатите от диабет в целия свят и у нас се увеличават, като възрастта на заболелите спада, а процентът при възрастните нараства.

Съзнавайки, че за да се тръгне към промяна на ситуацията, е необходимо да се разгледат подробно съществуващите политики, насочени към разширяване качеството на услугите за хората с хронични заболявания, ние анализирахме голям брой български информационни източници за периода от 2002 г. насам. Проучени бяха

23 български професионални списания, основни правни документи в областта на българското здравеопазване, национални програми за действие, статистическа документация по отношение на здравето и отделни книги и брошури, свързани с лечението на болни с хронични заболявания.

Държавната политика за лечение, промоция на здраве и профилактика на болестите се определя в национални програми, приети от Министерския съвет. За диабета такава е Националната програма по профилактика, ранна диагностика и лечение на захарния диабет и неговите усложнения (НППДЛЗД), обсъдена и приета от органите на тристранно сътрудничество (държавата, работодатели и НПО – Националното дружество по ендокринология, Българската асоциация "Диабет", Националната здравноосигурителна каса, Българския лекарски съюз и Съюза на стоматолозите).

Програмата изисква провеждането на скрининг за диагностициране или отхвърляне на диабет, редовни медико-биологични изследвания и включва обучение на пациентите в самоконтрол на гликемията, диетичен и двигателен режим. В края на 90-те години за приваждането на НППДЛЗД в действие в България се разкриват 56 центъра. В тях сестри, диетолози и лекари към ендокринологичните кабинети в по-големите градове на страната преминават едноседмично обучение и през следващите години всеки център обучава около 2-3 хиляди пациенти. Програмата е внедрена с помощта на Датското правителство и не е закрыта до днес. Всеки ендокринолог в индивидуалната или груповата си практика включва обучение на пациентите с цел по-голям личностен контрол върху собственото им заболяване, вкл. да провеждат домашен самоконтрол и да отразяват това в дневник. Пациентите прецизират диетата и определят физическата си активност, като целта на този самоконтрол е да управляват адекватно своето състояние и да преодоляват критичните ситуации (хипогликемии).

Необходимостта от обучение на пациентите е нормативно изискване, но всеки лекар специалист може да избира програма за обучение. През 2009 г. в някои от центровете се въвежда

обучение по метода на проф. Михаил Берген (Университета в Дюселдорф), както и обучения, например с “Диабетичната карта за общуване” на фирма Lilly (от 2012 г.).

Основна цел на статията е да представи проучване на системата на здравеопазване в България от гледна точка на лечението, рехабилитацията и обучението *в самоконтрол и самообгрижване от страна на диабетно болните*. В тази връзка са анализирани основно онези стратегии, закони, наредби и програми, които са стимулирали формирането на нови политики и практики в управлението на хронични заболявания и преди всичко на захарен диабет тип 2.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучването включва електронно и ръчно търсене на релевантна информация на български език, публикувана в национални здравни, медицински, социалномедицински, социологически, психологически, философски източници. Основният показател е наличието на интерес към управление на хронични заболявания, информация за държавни инициативи (политики, закони, наредби, програми), статии и книги, свързани с въвеждането и приемането на тезата за самообгрижване и самоконтрол, и промяната на поведението на пациенти с хронични заболявания, а също и социални оценки на интервенции в областта на политиката за лечение на хронично болни.

Проучването обхваща общо 2508 публикации. 1252 от тях се оказаха повторения и бяха изключени от анализа. На тази база бяха прегледани за допълнителна оценка останалите – 1246 главия. От тях бяха подбрани за преглед на анотациите 697 материала, от които проучване на пълния текст се извърши на 64 публикации, за да се стигне до 44 източника, включени в обзора. Именно върху тях се градят заключенията, направени в последващия анализ.

РЕЗУЛТАТИ

Основният въпрос за политиките, насочени към засилване на самоконтрола и самоуправлението на пациентите, се оказа извънредно сложен, доколкото подобна тема не е била обявявана за стратегическа и не е била в обсега на интерес на системата на здравеопазването у нас. Това наложи търсене на индиректна информация и опит за обяснение чрез анализ на текущото състояние на здравната политика към болните от захарен диабет. Така се набелязаха няколко аргументационни пункта.

Определянето на истинската болестност от диабет в България е свързано с методологични и други трудности. На първо място, все още не е разработен регистър на диабетно болните, независимо че от 2007 г. този въпрос е включен във всички национални програми и планове за действие на здравеопазването. Затова съществуват противоречиви информации за броя на болните от диабет. Част от методологичните трудности се отнасят до несъизмеримостта на методите за набиране на данни, които отделните институции използват. Други са свързани с това, че се сравняват различни данни, например броят регистрирани пациенти в болнични заведения с броя посещения при GP за вземане на направление, броят посещения на диабетно болни в амбулаториите и годишната бройка на новопостъпилите по клинична пътека за “диабет”, скрининг оценките и др. Трудност представляват и критериите, които определят диагнозата диабет, защото става дума за полиморбидни пациенти, в чието лечение участват различни групи специалисти. Без регистър за диабетици, в публикациите се споменава за брой на пациентите с диабет между 350 000 и 500 000 души (от които около 9.6% са с тип 1 и около 90.4% – с тип 2) и за около 4% болни с неоткрит диабет сред населението. От диабет годишно умират 4125 жени и 4000 мъже (2011 г.), но медицинската статистика приема, че захарният диабет е водеща причина за смъртност от миокарден инфаркт, мозъчен удар, слепота, ампутации и бъбречна недостатъчност [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 18, 36, 45].

Здравната система в България е нормативно определена от *Закона за лечебните заведения*, който урежда устройството и дейността на лечебните заведения; и от *Закона за здравето*, уреждащ обществените отношения, свързани с опазване здравето на гражданите. Конкретните въпроси, свързани с лечението на диабетно болни обаче, се определя от специални подзаконовни актове – Наредба № 38 за определяне на списъка на заболяванията, за чието домашно лечение Националната здравноосигурителна каса заплаща лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели напълно или частично; Наредба № 10 от 24.03.2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 5, т. 1, от Закона за лекарствени продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели; Наредба № 4 от 4.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти; Наредба № 41 от 24.09.2009 г. за

утвърждаване на медицински стандарт “Диализно лечение”; Наредба № 6 от 10.02.2005 г. за утвърждаване на медицински стандарт “Ендокринология и болести на обмяната”. Наредби № 4, 10, 38, 41 уреждат вида на обслужването на пациенти с хронични заболявания. В тях обаче не става дума за управление на грижата от страна на болните, а преди всичко за отношенията между финансиращия орган на системата за здравеопазване – НЗОК, и професионалистите от системата на здравеопазване [8, 9, 10, 11, 23, 24, 25, 26, 27].

През 1998-1999 г. е въведена *унифицирана широкомащабна програма* за обучение на пациенти със захарен диабет, подкрепена от датското правителство и от българското Министерство на здравеопазването. Както беше споменато, обучени са група български специалисти лекари в Дания и са открити 56 центъра за обучение у нас, 4 университетски и 4 центъра за обучение на деца с диабет. С унифицирана петдневна програма за обучение се подготвят както обучители, така и пациенти да контролират по-успешно болестното състояние. Изследователи установяват благоприятен ефект на обучението на пациенти със захарен диабет – при около 80% от болните са регистрирани добри знания и умения дванадесет месеца след провеждане на обучението, както и понижение на острите усложнения на заболяването (хипогликемии, кетоацидоза), намаление на броя на ампутациите, на хоспитализациите, както и подобряване на качеството им на живот. За десет години тази инициатива постепенно се изчерпва и през следващите години намират разпространение нови програми за обучение, сред които програма по метода на проф. Михаил Берген или най-новата – от средата на 2012 г., програми за обучение по “Диабетична карта за общуване” на фирма Lilly. Последните обаче са инициативи на отделни професионалисти, които имат възможността и знанието да ги провеждат в лечебните заведения, в които работят.

На национално равнище от *2000 г. насам отсъстват* каквито и да било опити за въвеждане на програми, свързани с обучението на професионалисти и пациенти за повишаване самоуправлението и самоконтрола на болните от диабет. Въпреки че през 2008 г. Народното събрание на България в своя декларация определя за приоритет изготвянето на Национална програма за борба със захарния диабет и Национален план за действие за профилактика, ранна диагностика и адекватно лечение на диабета в съответствие с препоръките на Европейския парламент, Световната здравна организация (SINDI programs),

в България няма интерес към обучението в самообгрижване на болните. В рамките на интервенционните SINDI programs са извършвани малки проекти в отделни демонстрационни райони, с цел да прераснат в национални програми, за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести с участието на 13 000-20 000 респонденти и Организацията на обединените нации. А Националната здравна стратегия 2008-2013 и Планът за действие на Р. България, в които е заложено разработването на Национална програма за борба със захарния диабет, досега не са осъществили тази задача [7, 21, 22, 23, 28]. Вместо това се разчита на схемите за *рехабилитация на диабетно болните*, които формално свързват диabetолози, клиницисти от други специалности, икономисти, психолози, социални работници и други и включват медицински и социални дейности, чието съставяне трябва да се извърши съвместно с болния и неговите близки. Тези дейности се отнасят както до финансови средства (за изплащане на болнични листове за временна нетрудоспособност, пенсии, социални помощи и т.н.), така и до помощи в натура (безплатни лекарствени средства в стационарна среда и в дома, преквалификация при временна и трайна нетрудоспособност, др.). Единствената широкоразпространена форма на самоконтрол е използването на глюкомери.

При анализа на националните документи, свързани с обслужването на болните, прави впечатление, че *документацията се изготвя в посока на приемане на световните тенденции*. Въпросът е, че не са разработени механизми за проверка на заложените цели и задачи. Така например специално се говори за предоставяне на възможности за отделните хора и общности да повишават контрола върху социално-икономически, екологични, поведенчески фактори, за да подобрят здравното си състояние; посочва се, че в изработваните стандарти за лечението на отделните болести трябва да се въвлечат и участват и пациентите. Такъв е например проектът „Промоция на здравето в болниците – национална мрежа”, чиято цел е да координира действията на пациентите и на болничния персонал [50]. Очакванията са, да се постигне: по-високо качество на медицинското обслужване в болниците (вследствие на внедрени стандарти за промоция на здравето и медицински услуги в тази област); по-ниска честота на усложненията при пациенти с хронични заболявания и по-малък брой хоспитализации (вследствие на продължаващото в хода на лечението и рехабилитацията обучение); ре-

дуциране на икономическите разходи, свързани с лечението; намаляване честотата на въздействие върху медицинския персонал и пациентите на рисковите фактори, свързани с болничната среда; създаване на моделен болничен център за продължаващо интерактивно обучение на пациенти с хронични заболявания; интегриране на медицинските услуги по промоция на здраве в клиничните пътеки, като се работи с индивидуална програма за обучение на пациентите с хроничното заболяване захарен диабет и индивидуална програма за обучението на член на семействата на пациентите, с цел участие в провеждането на рехабилитацията в домашни условия.

От изследвания за *удовлетвореността на населението* от предоставяните здравни услуги в областта на хроничните заболявания ясно проличава, че няма съществена промяна в отношението към пациенти с хронични заболявания. Затова и от страна на болните се наблюдава различно отношение към отделните групи професионалисти, с които те контактуват. Действията както на общопрактикуващите лекари, така и на професионалистите от доболничната и болничната помощ не са достатъчно координирани [18, 29, 31, 32, 36, 44]. Практически тези звена са във връзка, но поради децентрализацията на пациентския избор често връзката между институциите се губи. В същото време с въвеждането на изискването за обучение на болни с диабет при посещение в амбулатория или болница при ендокринолог, лекарите и медицинските сестри имат възможност да бъдат по-активни относно стимулиране на управлението на болестта от страна на болните. Схемата обаче се диктува според желанието на отделни фармацевтични компании. Например един от продуктите, създадени във вид на образователни програми и инструменти, за обучение на пациенти с хронични заболявания: „Инициативи при диабетно болни – училище за пациента – диабет“), е финансиран от група фармацевтични компании и се разпространява на сайта „Здравен час“, който е насочен към подпомагане на пациенти, с различни видове заболявания. Няма обаче данни каква е посещаемостта на сайта, нито дали и как се приемат предложените програми за действие [34, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 46].

Ако има някаква *съществена промяна през последните години* по отношение на самообгрижването на пациентите с хронични заболявания, тя е само по линия на взаимоотношенията между ендокринологите от болничната помощ и пациентите, които са се лекували в болнични условия

[33, 41, 42]. Практически от трите основни програми за промяна – българо-датската от 2008 г., програмата, използваща метода на Бергер, и програмата „Карта за общуване“ на фирма Lilly, само първата е реализирана централизирано. С въвеждане на повсеместната децентрализация в системата на здравеопазването създадените центрове постепенно престават да работят, а интересът към другите две програми се поддържа чрез инициативи на професионалистите лекари, които работят в съответните болнични заведения и са били предварително обучени за работа с тях. В същото време се наблюдава зараждане на изследователски интерес към оценка на влиянието на програмите за *Self Care* върху благосъстоянието на пациентите [40].

От гледна точка на пациентите получаваните медицински услуги не са достатъчни и качеството им не е високо. Това са резултатите от представително проучване на ИС-БАН през 2007 г. за удовлетвореността от здравната реформа на пациентите и лекарите (респондентите са 3293). Само 2% от пациентите са изказвали удовлетворение. Мнението на пациентите, хронично болни от диабет, е отразено в отговора на директен въпрос дали смятат, че получават качествена медицинска помощ. За 60% от 2278 респонденти, болни от захарен диабет, качеството на медицинските грижи не е добро [38].

ОБСЪЖДАНЕ

В България движението за обединяване усилията на професионалисти, хронично болни пациенти и неправителствени организации в борбата за ограничаване тенденцията на нарастване на диабетно болните чрез разширяване на мерките за профилактика и рехабилитация се заражда и започва да функционира в края на 2007-2008 г. Дотогава има отделни правни и административни опити за регулиране на доболничното и болничното лечение на хората с хронични заболявания, но те отразяват само временни кампанийни решения. Въпреки това част от тези мерки залягат в промени в Закона за лечебните заведения, Закона за здравето, Закона за храните и редица подзаконови актове (Наредби – № 38, № 10, № 4, № 41, № 6, № 39). Други стимулират създаването на Проект за Национална програма по профилактика, ранна диагностика и лечение на захарния диабет и неговите усложнения (2008), на Национален рамков договор между НЗОК, БЛС и Съюза на стоматолозите по въпросите на диабета; на

Национален план за действие по околна среда – здраве 2008-2013; на Интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести; на проекта Промоция на здравето в болниците – национална мрежа (Health Promoting Hospital) и създаването на отделни инициативи за подпомагане ежедневието на диабетно болни – напр. програмата за обучение „Училище за пациента – диабет“. След 2009 г., с изключение на опит за създаване на Регистър на диабетно болните, интересът към управление на хроничните заболявания се свежда до избора на отделния ендокринолог (специалист в амбулаторната и болничната практика) на съответна програма за обучение на пациентите, тъй като нормативно е залегнало изискването да се провежда обучение на всеки болен от диабет.

Изводи

В изследванията на захарния диабет, публикувани на български език, практически отсъства интерес към обучението на пациентите и медицинския персонал в посока повишаване ролята на пациентите в процеса на управление на ресурсите, необходими за осигуряване на грижа.

Едва напоследък във фокуса на изследванията се наблюдават опити за популяризиране на тезите на пациентски ориентираната медицина; заявяват се изискванията за съвременни комуникационни умения на медицинския персонал; проявява се интерес към мнението на пациентите за качеството на медицинските услуги; говори се, че социалната мрежа има влияние за благосъстоянието на пациентите [31, 32, 35, 40, 41, 42, 46]. Подобни мнения обаче са по-скоро изключение и се поддържат от отделни автори – медици и изследователи от социалната наука, а не от представители например на институции, школи или неправителствени организации.

На национално равнище горепосочените тези се заявяват по време на кампании, свързани или с Международния ден за борба с диабета, или с други подобни дати, като откриването в средата на 2012 г. на едногодишната кампанията „Как да живеем с диабет! Как да понижим гликирания хемоглобин!“ – инициатива, организирана от Националната асоциация на децата и младите хора с диабет с подкрепата на Федерация „Български пациентски форум“. Тя се провежда под патронажа на Парламентарната комисия по здравеопазване, Министерството на здравеопазването и Министерството на труда и социалната политика и е насочена към пациентите с диабет тип 1 и 2.

Заявява се, че ендокринолози и медицински сестри ще провеждат практико-теоретично обучение в малките населени места, където хората по-трудно получават достъп до информация и изследвания, които са необходими за добрия контрол. При подобно партньорство на публичната власт с гражданските организации биха могли да се очакват значителни резултати. За да има смисъл от подобни инициативи обаче трябва да се засили контролът на гражданските организации през целия период на действие на проекта, както и да се извърши оценка на въздействието след завършване на кампанията. Впрочем, инициативите, провеждани от асоциации на родители на болни деца в последно време са единствените, които директно са повлияли върху управленски решения [49].

Библиография

1. Анализ на заболяемостта на най-честите социално-значими заболявания: сърдечно-съдови, мозъчно-съдови и захарен диабет. С., Материал на Комисията за здравеопазване към НС, 2008
2. Анализ на социално-икономическото развитие на Република България – 2011. Първа част от Национална програма за развитие: България 2020. С., МС, Дирекция „Информация и системи за управление на средства от ЕС“.
3. Годишен доклад на министъра на здравеопазването: Състояние на здравето на гражданите през 2009 г. и изпълнение на Националната здравна стратегия, С., 2010.
4. Годишен доклад за състоянието и цялостната дейност по здравното осигуряване в Република България 2010, НОИ.
5. Европа 2020: Национална програма за реформи, актуализация 2012 г., С., април 2012, Р. България, Министерство на финансите.
6. Европейско здравно интервю 2008 – основни резултати и по статистически райони и области, НСИ, 2009.
7. Здравна грижа, 2010. НСИ/НЦЗИ към МЗ.
8. Закон за здравното осигуряване (Обн., ДВ, бр. 70 от 19.06.1998 г.)
9. Закон за лечебните заведения (Обн., ДВ, бр. 62 от 9.07.1999 г.)
10. Закон за здравето (Обн., ДВ, бр. 70 от 10.08.2004 г., в сила от 1.01.2005 г.)
11. Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина (Обн., ДВ, бр. 31 от 13.04.2007 г., в сила от 13.04.2007 г.)
12. Закон за храните (Обн. ДВ. бр.90 от 15.10. 1999 г.)
13. Изисквания на НЗОК при провеждане на инкретин базирана терапия при болни със захарен диабет тип 2 в извънболничната помощ, юни, 2010.
14. Изисквания на НЗОК при провеждане на инкретин базирана терапия при лечение на болни със захарен диабет тип 1 в извънболничната помощ, януари, 2010.
15. Изисквания на НЗОК при провеждане на лечение с конвенционални и аналогови инсулини при болни със захарен диабет тип 2 в извънболничната помощ, януари, 2010.
16. Изисквания на НЗОК при провеждане на лечение с конвенционални и аналогови инсулини при болни със захарен диабет тип 1 в извънболничната помощ, януари, 2010.
17. Концепция за реструктуриране на болничната помощ на Р България, МЗ, С., Ноември 2009.

18. Кратък статистически справочник „Здравеопазване“, С., Национален център по здравна информация, София, 2010.
19. Национален статистически институт, Преброяване 2011.
20. Национална здравна стратегия 2008-2013 г., приета с Решение за приемане на Национална здравна стратегия 2008-2013 г. и План за действие към нея, Обн. ДВ. бр.107 от 16 Декември 2008 г.
21. Национална здравна стратегия, МС, 2007
22. НСИ и НЦОЗА: Здравеопазване 2011. С., НСИ, 2012.
23. НАРЕДБА № 10 от 24.03.2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 5, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели (Загл. изм. – ДВ, бр. 67 от 2011 г.), (Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 24 от 31.03.2009 г.).
24. Наредба № 38 за определяне на списъка на заболяванията, за чието домашно лечение Националната здравно осигурителна каса заплаща лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели напълно или частично (Загл. изм. – ДВ, бр. 102 от 2005 г.) (Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 106 от 3.12.2004 г., в сила от 1.01.2005 г.).
25. Наредба № 4 от 4.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти (Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 21 от 20.03.2009 г.).
26. Наредба № 41 от 24.09.2009 г. за утвърждаване на медицински стандарт “Диализно лечение” (Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 83 от 20.10.2009 г.).
27. Наредба № 6 от 10.02.2005 г. за утвърждаване на медицински стандарт “Ендокринология и болести на обмяната”, Издадена от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 20 от 8.03.2005 г.;
28. План за действие с мерките, заложи в Националната програма за реформи на Република България (2011-2015 г.). Април 2012, Р България, Министерство на финансите.
29. Проект за реструктуриране на здравния сектор, Агенция за социални и икономически анализи, С., www.asa.bg/index.php?pages=Surveys&id=102
30. Препоръки за добра практика по захарен диабет. Българско дружество по ендокринология, С., 2005.
31. Социологическо изследване на удовлетворението на пациентите от получаване на достъп до лечение с медикаменти. BBSS Галъп, www.arpharm.org/bg/infocenter/articles/258-survey
32. Специализирани програми по управлението на здравни приоритети: анкетни карти за скрининг по национални здравни приоритети: диабет, С., МЗ
33. Труд и социална политика: SWOT анализ, МТСП, С. 2011
34. Училище за пациенти – диабет. Проект на Med-communications Ltd, www.zdravenchas.org
35. Финансиране и управление на здравеопазването: теоретични основи, модели, проблеми, тенденции. Министерство на финансите, Отдел Макроикономически анализи, Дирекция „Бюджет“, 2006
36. Боянов, М. и В. Вълв. Каква е цената на захарния диабет? – Мед. преглед, **46**, 2010, № 4, 12-17.
37. Вълв, В. и М. Боянова. За нуждата от точни количествени показатели за оценка на разпространението, еволюцията и лечението на захарния диабет. – Мед. преглед, **46**, 2010, № 4, 5-11.
38. Веков, Т. Обществено и социално мнение за здравната реформа – анализ, оценка и изводи. Непубликуван ръкопис, С., ИС-БАН, 2007.
39. Визева, М. Качество на живот при диабетно болни, 2009, дипломна работа.
40. Владева, С., П. Фотев и К. Павлов. Обучението на болните от захарен диабет тип 2 – неразделна част от добрия метаболитен контрол. – Обща медицина, 2006, № 2.
41. Дамянова, М., Ръководство на диабетика за постигане на условно здраве. Българска асоциация „Диабет“, С., 2011.
42. Захаријева, С. За диабета. Уебсайт на Министерство на здравеопазването: Интервюта за пациенти. www.mh.government.bg/forthepatient.aspx; 2012.
43. Михайлов, А., Е. Неева и Н. Димитров. Правна уредба на здравното осигуряване в България, С., Правен закон, 2011, № 1, 49-72, www.nbu.bg/index.php?l=965
44. Пахалидис, К., Подход за сравнителен анализ на здравните реформи. – Медицински меридиани, 2010, №1, www.zdraveonline.com/index.php?option=com_content&view=article
45. Health Consumer Index, Health Consumer Powerhouse, 2009.
46. Hoffman, D. et al. Relationship between income and diet of adults living in Sofia, Bulgaria. – Archives of the Balkan Medical Union, **43**, 2008, № 1, 29-33.
47. Kennedy, A. et al. Delivering the WISE (Whole systems informing Self-Management Engagement) training package in primary care: learning from formative evaluation. – Implementation Science, 2010, 5-7.
48. Khunti, K. et al. Effectiveness of diabetes education and self-management programme (DESMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: three year follow-up of a cluster randomized controlled trial in primary care. – Br. Med. J., 2012; 344:e2333doi:10.1136/bmg.e2333.
49. Todorova, E. Social Policy For Mothering: The January Demonstrations in Sofia. – In: P. Naidenova, G. Mihova (Eds). Fertility in Bulgaria and State Politics: Bulgarian and International Experience, Sofia, SPS-BAS (доклад и статия в сборник), 2009, 291-312.
50. Todorova, E., Ch. Griva et P. Roukova. Structure and Governance of Health and Welfare Systems: Country Review Report – Bulgaria, 2012. Working paper under the EU WISE project.
51. Rogers, A. et al. The United Kingdom Experts Patients Programme: results and implications from a national evaluation. – MJA, 189, 2008, № 10.
52. Vassilev, I. et al. Social Networks, social capital and chronic illness self-management: a realist review. – Chronic Illness, **7**, 2011, 60-86.

✉ Адрес за кореспонденция:

Проф. Елка Тодорова
Катедра "Икономическа социология"
Факултет "Обща икономика"
Университет за национално и световно стопанство
00359 2 8195510