

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

ЕКАТЕРИНА РУМЕНОВА АЛЕКСАНДРОВА

**ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ В ГЕРМАНИЯ И
БЪЛГАРИЯ И УСЪВЪРШЕНСТВАНЕТО НА
БЪЛГАРСКАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА
СИСТЕМА**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор”,
Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”
Научна специалност: „Социална медицина и организация на здравеопазването и
фармацията”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:

Проф. д-р МИЛАДИН АЛЕКСАНДРОВ АПОСТОЛОВ, дмн

НАУЧНО ЖУРИ:

1. Проф. д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн
2. Проф. д-р Стефан Несторов Гладилов, дм
3. Проф. д-р Миладин Александров Апостолов, дмн
4. Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн
5. Проф. Евгения Иванова Делчева, ди

Резервни членове:

1. Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм
2. Доц. д-р Анжелика Спасова Велкова, дм

Рецензенти :

1. Проф. д-р Стефан Несторов Гладилов, дм
2. Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн

Защита на 27.11.2012г. от 13.00 ч.
София, 2012

Дисертационният труд е написан на 214 страници и включва 33 оригинални таблици и 29 фигури. Използвани са 214 източника, от които 135 на латиница. Във връзка с дисертационния труд са направени 8 публикации.

Дисертационният труд е разгледан и одобрен от катедрен съвет на Катедрата по Здравна политика и мениджмънт на Факултета по обществено здраве при Медицински университет – София.

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 27.11.2012г. от 13:00 часа, в зала №7 на Факултета по обществено здраве на МУ – София (гр. София, ул. Бяло море №8).

Материалите по защитата са на разположение във Факултета по обществено здраве и са публикувани на интернет страницата на МУ- София.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

Съдържание

ВЪВЕДЕНИЕ	5
ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО	7
ОСНОВНИ ТЕНДЕНЦИИ В СЪВРЕМЕННОТО РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА В ГЕРМАНИЯ	10
СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ	11
Анализ на данните за България	11
Сравнителен анализ на данните от Германия	19
ОБОБЩЕНИЯ	29
ПРЕПОРЪКИ	33
ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	35
ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	36
БЛАГОДАРНОСТИ:	37

Използвани съкращения:

ЗО – здравно осигуряване

ЗЗО – задължително здравно осигуряване

ДЗО – доброволно здравно осигуряване

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

ДЗОФ – доброволен здравноосигурителен фонд

ОПЛ –общопрактикуващ лекар

ДСГ- диагностично свързани групи

СЗО – Световна здравна организация

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравеопазването цели да осъществи профилактика на заболяванията, диагностика, лечение и рехабилитация, промоция на здравето, оценка и предотвратяване на рисковете за здравето, поради което то има ключова роля за укрепване на здравето и трудоспособността на населението и оттам, за цялостното икономическо и социално развитие на страната. Здравеопазването в България се характеризира с догонващо развитие спрямо състоянието на здравеопазването в страните от ЕС, което изисква създаване на условия за усъвършенстване и ефективно функциониране на системата за здравно осигуряване в страната. Изработването и провеждането на адекватна здравна политика се усложнява от развиващата се глобална икономическа и финансова криза. Поради тези особености на българското здравеопазване следва да се възприеме подход за максимално използване на възможностите и потенциала на здравното осигуряване за постигане на основните здравни и социални цели на здравеопазването.

Присъединяването на България към ЕС има дългосрочни последици, изразяващи се в необходимостта да се осъществяват целенасочени практически действия, които да водят до по-пълно интегриране в общността. В областта на здравеопазването това означава подобряване на качеството, достъпността и ефективността на медицинското обслужване на населението. Както посочват в изследванията си редица автори (Воденичаров, Ц., В.Борисов, Ст.Гладилов, К.Чамов, Д.Кръшков. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване, 2005; Гладилов, Ст., Ж.Павлова и др. Икономика на здравеопазването, 2004), ако не се предприемат адекватни мерки за възприемане на по-ефективен модел за развитие на българското здравеопазване, в периода до 2020 г. то ще бъде в състояние да задоволи само минимума от изискванията на ЕС по отношение на предоставянето на медицинско обслужване.

Съгласно принципа за субсидиарност организацията на системата на здравното осигуряване в страните членки на ЕС е в прерогативите на всяка отделна страна. В член 152, (5) от Амстердамския договор е записано, че „действията на общността по отношение на общественото здраве изцяло ще уважават отговорностите на страните членки за организацията и предоставянето на здравни услуги и медицинско обслужване” (Treaty of Amsterdam 1997). Така здравното осигуряване се основава на общи принципи, но всяка страна развива здравноосигурителната си система в тези посоки, които ще я направят най-ефективна и най-резултатна, като се отчитат нейният собствен опит и специфични условия.

Здравното осигуряване има дълга история, както във ФР Германия, така и в РБългария. Сравняването на съвременното състояние, на проблемите и на развитието на здравното осигуряване във ФР Германия, и в Р България се основава на това, че то има както общи, така и специфични характеристики, отразяващи конкретните условия в страната. Поради това изучаването на опита на здравноосигурителните системи в двете страни може да доведе до важни изводи относно съвременното развитие на здравноосигурителния модел по принцип и функционирането му в частност.

Реформите в здравноосигурителните системи и в Германия, и в България имат за цел да се осигури достъпа на населението до една добре работеща здравна система с високо качество на здравното обслужване и финансова стабилност на здравното осигуряване. В Германия усилията се съсредоточават към издигане качеството на здравното обслужване и същевременно към стабилизиране на финансовото положение на здравните каси, като се усъвършенства системата от обществени органи за проследяване на качеството и се подобрява работата на програмите за диагностично свързаните групи и общопрактикуващите лекари като вход към системата.

През 2011 г. в България завърши създаването на Националната здравна карта, което изясни състоянието на разпределението на относително ограничените финансови, материални и човешки ресурси в здравеопазването. Пред българската здравноосигурителна система стоят редица предизвикателства като: намаляване на свръхпроизводството на здравни услуги, особено в сектора на първичните здравни грижи, подобряване на качеството на здравните грижи, осигуряване на стабилно здравно финансиране, усъвършенстване на процедурите на договаряне на доставката на лекарства и т.н.

Така актуалността на изследвания проблем произтича, от една страна, от променящата се социално-икономическа среда на функциониране на здравното осигуряване във всяка отделна страна, както и от продължаващата финансово-икономическа криза в глобален мащаб. От друга, изследването е необходимо и поради спецификата на здравноосигурителната система във всяка отделна страна, зависимостта на развитието ѝ от социалните и етичните традиции на населението, както и от принадлежността на двете страни към ЕС. Не на последно място, актуалността се дължи и на същностни проблеми на здравното осигуряване, свързани с постигане на финансова стабилност на системата, организационното ѝ усъвършенстване чрез реструктуриране и въвеждане на по-ефикасни управленски методи и предоставяне на качествени услуги за населението с най-ефективно използване на материалните, финансовите и човешките ресурси.

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

Целта на дисертационния труд е:

- чрез идентифициране на проблемите на функциониращите понастоящем в Р България и ФР Германия здравноосигурителни системи,
 - чрез критичен и сравнителен анализ на последните реформи и на методите за управление на тези системи,
 - както и чрез анкетно проучване и други социологически методи на изследване
- да се проучи мнението на здравноосигурени граждани от двете страни, с оглед
- а) съпоставяне на състоянието и проблемите в съвременното развитие на здравноосигурителните системи в България и ФРГ
 - и б) очертаване на насоките и перспективите за по-нататъшното развитие на задължителното и доброволното здравно осигуряване, преди всичко за трудно реформиращото се българско здравеопазване.

За постигане на тази цел си поставихме и следните основни **изследователски задачи**:

1. Да се проведе анкетно проучване на мнението на здравноосигурени граждани относно системата на здравното осигуряване в двете страни чрез формиране и допитване до две анкетни групи – в Република България и ФРГермания.
2. Да се обоснове необходимостта от използване на положителния опит на страните от ЕС, и по-специално, на ФРГ в областта на задължителното и доброволното здравно осигуряване.
3. Въз основа на събраните данни да се направи критичен анализ на двете национални здравноосигурителни системи: на състоянието и проблемите им, на качеството и ефективността на предоставяната медицинска помощ и здравни услуги, на организацията и финансирането на здравеопазните им системи. След критичния анализ на здравеопазването в двете страни през последните няколко години, да се приложи компаративния метод за изследване на явления и системи (в случая здравноосигурителните) с оглед на тяхното сравняване и посочване на предимствата и недостатъците на всяка от тях.
4. Да се приложат сравнителния метод и сравнителния анализ на актуалните проблеми и провежданите реформи за усъвършенстване на здравното осигуряване на двете страни.
5. Да се очертаят перспективите за развитие на организацията, финансирането и дейностите по осигуряването на здравни услуги и стоки, да

се формулират приоритетните насоки за развитието на здравноосигурителните системи в двете страни и да се разработят препоръки за усъвършенстване на задължителното и доброволното здравно осигуряване в страната с повече проблеми в тази насока.

В дисертационния труд са използвани следните по-важни изследователски **методи**:

1. Документален метод – анализиране на законови и подзаконови нормативни документи.
2. Сравнителен анализ на материали и резултати от научни проучвания.
3. Исторически метод за разкриване на тенденциите в развитието на здравното осигуряване.
4. Теоретико-критичен анализ на концепциите, опита и добрите практики на здравното осигуряване във ФРГ с оглед на анализирането и синтезирането на натрупания опит с цел формулиране на препоръки за развитието на българската система за здравно осигуряване.
5. Статистически методи
 - 5.1. Описателни методи и методи за оценка: честотен анализ на качествени променливи и графични изображения.
 - 5.2. Методи за проверка на хипотези: непараметрични методи като метод хи-квадрат или точен тест на Фишер и др.
6. Социологически методи
 - 6.1. Анкетен метод за проучване на отношението и оценката на здравноосигурени в трудоспособна възраст относно състоянието и проблемите на системата за здравно осигуряване в Р България и във ФР Германия.
 - 6.2. Интервю – телефонно и пряко.
 - 6.3. Метод на критичната рефлексия
7. Разработване на препоръки за развитие на здравното осигуряване.

Обхват на проучванията

Анкетното проучване е проведено със здравноосигурени граждани в трудоспособна възраст относно състоянието, развитието и проблемите на здравното осигуряване във ФРГермания и РБългария.

Обект на проучването е здравното осигуряване в България и Германия, което се изследва чрез установяване на мнението на здравноосигурените за основни негови аспекти и проблеми, за предимствата и недостатъците му.

Логически единици на проучването са здравноосигурени лица при случаен подбор, съответно, във ФРГ и РБългария.

Анкетната карта е използвана и в двете страни с цел сравняване на получените резултати. Почти всички въпроси са от закрит тип за получаване на емпирична информация, която да се обработи статистически с версията на SPSS, SPSS for Windows 13.0. Изработени са статистически таблици, отразяващи съответните явления и тенденции по признаците на наблюдение, залегнали в анкетната карта.

В анкетата участваха 603 лица, 284 здравноосигурени в България и 319 – в Германия, анкетирани в периода април – декември 2010 г. Респондентите са здравноосигурени лица в редовно обучение или в кратковременни курсове за преквалификация на възрастни в различни университети (пет университета- за извадката за Германия и три – за България), както и пациенти на общопрактикуващи лекари и лекари-специалисти.

Възрастта на анкетираните варира между 18 и 65 г. Най-голям процент са тези в младежка възраст и в най-благоприятната творческа възраст, а именно, между 18-35г. От анкетираните в Германия те са 85.2%, а в България – 64.1%. Това дава възможност да се проучи мнението не само на настоящите здравноосигурени, но и на тези, които ще бъдат основата му през следващите години.

ОСНОВНИ ТЕНДЕНЦИИ В СЪВРЕМЕНОТО РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА В ГЕРМАНИЯ

Теоретико-критичният анализ на последните тенденции в развитието на здравноосигурителната система в Германия обхваща съвременните реформи във финансирането на здравноосигурителната система. Редистрибутивната схема, т.нар.Здравен фонд с отчитане на заболеваемостта по ДСГ(диагностично свързани групи), и определянето на таван на здравните вноски в ЗЗО подпомага запазването на социалния характер на дейността на здравните каси. Пазарът на здравни услуги със строга регулация и прилаганите мениджърски подходи като точната преценка при реимбурсиране на услуги вече и в ЗЗО водят до намаляване на разходите в системата на ЗЗО. Повишение на приходите на здравните каси се цели чрез въвеждане на доплащане за здравните услуги.

Конкуренцията при предлаганите услуги, прилагането на допълнителни премии и реимбурсации обвързват здравните вноски с предоставянето на здравни услуги, съответстващи на потребностите на здравноосигурените. Това е и един от начините за преодоляване на свръхпотреблението в здравната система.

Съществена реформа в организацията на здравното осигуряване се постига чрез редица мерки за повишаване ефективността на здравната администрация. Значими промени в двустълбовия здравноосигурителен модел се постигат чрез повишаването на прага на доходите за преминаване към частно ЗО, както и необходимостта този доход да се получава не една, а три последователни години. Поддържането на принципа на социалната корпоративност в здравноосигурителната система се осъществява чрез функционирането на Общия федерален комитет, където взаимодействат държавата и обществените организации. Безспорно най-значимата съвременна реформа в организационно отношение е въвеждането на универсално ЗЗО, което да дава достъп на цялото население до основния пакет услуги.

Реформите в предоставянето на здравните услуги са насочени към разширяване избора за пациентите и разнообразяването на услугите. Такава е целта и на допълнителните договори за съпътстващи услуги /здравни, социални, туризъм/. Ефективно функциониране на системата се постига и чрез точна преценка на включените в пакетите услуги според нуждите и предпочитанията на осигурените и разширяване на основния пакет. Друга основна тенденция на реформите е осигуряването на качествено обслужване чрез различни методи като подкрепа за развитието на ОПЛ, ДСГ, интегрираните грижи.

СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

Анализ на данните за България

Данните от собственото проучване очертават картината на здравноосигурителната система в България.

Централен въпрос за здравноосигурителната система са **възможностите за лечение и възстановяването след заболяване**. Дейностите по възстановяването са особено важен елемент на промоцията на здравето, представляваща философия и основна цел, прокламирана от СЗО.

Мнението на респондентите относно това дали СЗО предоставя достатъчно възможности за лечение и възстановяване при заболяване показва, че по-голямата част от анкетираните са негативно настроени, като 25.5% отговарят с категоричното „не”, а 39.7% - с „по-скоро не”. Това е тревожна констатация и следващите данни от анкетата помагат да се изясни доколко това се дължи на организацията на здравноосигурителната система или на вътрешни социално-икономически проблеми, изострени от световната икономическа криза.

		Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
Възможности за лечение в СЗО	0 не	74	25,4	25,5	25,5
	1 по-скоро не	115	39,5	39,7	65,2
	2 по-скоро да	68	23,4	23,4	88,6
	3 да	20	6,9	6,9	95,5
	4 нямам мнение	13	4,5	4,5	100,0
	Общо	290	99,7	100,0	
	Не дали отговор	1	,3		
Общо		291	100,0		

Таблица 1. Мнение относно възможностите за лечение и възстановяване в СЗО

По-детайлна информация относно **недостатъците**, които респондентите откриват в СЗО, дават отговорите на **Въпрос 11**. 49.5% от анкетираните изразяват неодобрение за бавното обслужване при СЗО, а 40.5% - за недостатъчния достъп до лекари. 39.5% смятат, че преобладават финансовите интереси, а не интересите на пациента. 30.2% посочват лошата материална база, 27.8% - нерегламентираното плащане от джоба на пациента,

26.5%- неефективното лечение, а 18.2% - ниското ниво на хигиена. Други особености са посочени от 2.7%.

Достъпността на медицинската помощ зависи в определена степен от **размера на здравните вноски**. Анкетираните смятат, че вноските не са високи, но мнението им не е категорично, тъй като 20.34% са отговорили с „не”, 33.79% - с „по-скоро не”, а 23.79% - с "по-скоро да” (фиг.1).

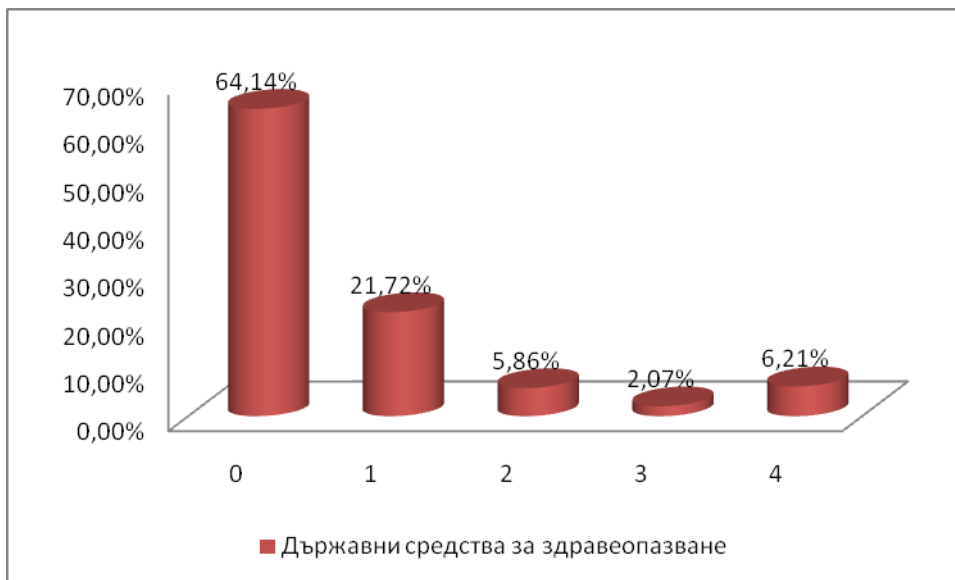


Легенда на отговорите: 0 – „не са високи”, 1- „по-скоро не са високи”, 2- „по-скоро са високи”, 3- „да, високи са”, 4- „нямам мнение”

Фиг 1. Мнение на анкетираните относно размера на вноските за ЗЗО

Статистически значимата зависимост между мнението относно това дали вноските за ЗЗО са високи и възрастовата група на анкетираните ($P < 0.01$) показва, че колкото по-млади са анкетираните, толкова по-голям процент избират отговор „да, вноските за ЗЗО са високи”.

Мнението на респондентите по **Въпрос 13** от анкетата е, че държавните средства, отделяни за здравеопазване, са недостатъчни и то е изключително категорично (фиг.2). 64.14% отговарят, че средствата са крайно недостатъчни, а 21.72% - недостатъчни. Това мнение отразява ниското ниво на държавните субсидии за здравеопазване, отделяни от държавата през последните десетилетия. В определена степен това мнение би могло да бъде отражение и на психологически нагласи и носталгия по миналото, когато медицинското обслужване е било бесплатно и широко достъпно за потребителите на здравни услуги, но води до прекалена употреба на услуги. Трябва да се подчертае „безплатно за потребителите”, защото то никога не е бесплатно за обществото като цяло.



Легенда: 0 – „крайно недостатъчни”, 1- „недостатъчни”, 2- „по-скоро достатъчни”, 3- „достатъчни”, 4- „нямам мнение”

Фиг 2. Оценка на държавното финансиране на здравеопазването

Индикация за друг аспект на достъпността на медицинската помощ дават резултатите от **Въпрос 15: Склонни ли сте да плащате директно на лекаря?** (фиг.3) Негативното отношение на анкетираните към директното заплащане на медицинските услуги на лекаря показва, че като цяло българинът няма нагласата да заплаща директно на доставчика на медицински услуги, което вероятно е резултат, от една страна, от спомена за широко достъпното държавно здравеопазване от Семашков тип и от ниските доходи на населението, от друга.



Легенда на отговорите: 0 –не бих платил, 1- по-скоро не бих платил, 2- по-скоро бих платил, 3- бих платил, 4- нямам мнение

Фиг. 3. Доплащане и заплащане на медицинските услуги от пациентите в България

Предпочитанията по отношение на здравеопазната система (фиг.4) дават най-обобщена представа за мнението на респондентите относно цялостната организация на здравеопазването. Анкетираният дават предимство на здравноосигурителния модел, който работи повече от десетилетие и се усъвършенства, макар и относително бавно. Наред с него висок е процентът и на посочилите национална здравна служба поради нейните особености и поради ниските за европейските стандарти доходи на населението. Значителният процент на избралите т.нар. плуралистичен модел при положение, че вероятно анкетираният имат бегла представа за него, може да произтича от неудовлетвореността на тези 20% от познатите им системи.



Фиг. 4. Предпочитания относно здравеопазната система в България

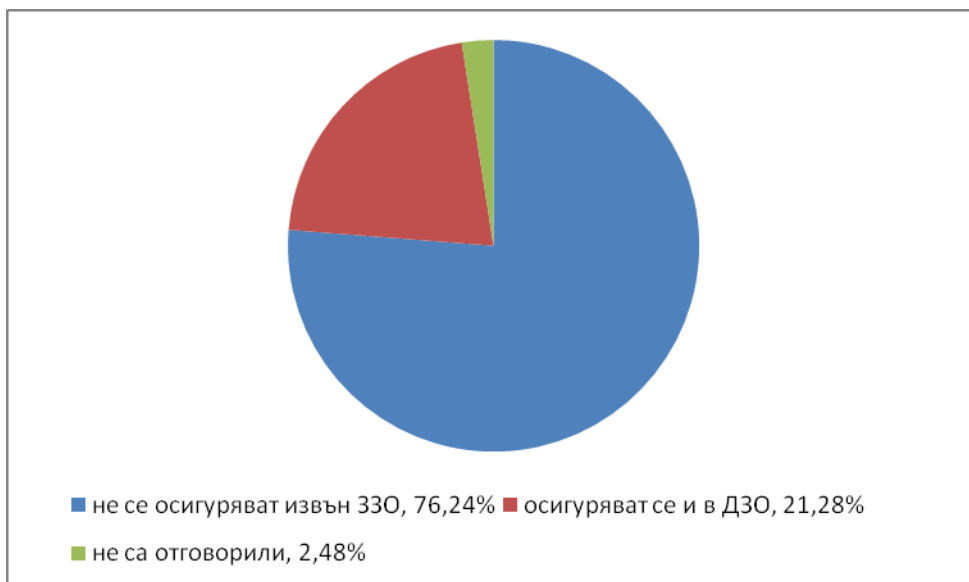
В известна степен процентното разпределение на поддръжниците на трите основни алтернативи говори и за недостатъчна информираност на населението за плюсовете и минусите на основните здравеопазни системи. Отсъствието на по-голяма категоричност в предпочитанията за здравна система вероятно се дължи на продължителната здравна реформа, свързана с многото все още нерешени проблеми като финансово недофинансиране, недостатъчно добро качество на медицинските услуги, неравномерно териториално разпределение на ресурсите в здравеопазването.

Между предпочитанията по отношение на здравната система и трудовата дейност съществува статистически значима зависимост ($P < 0.01$), която показва, че анкетираните с трудова дейност, осигуряваща им по-високи доходи, предпочитат ЗЗО, тъй като имат по-големи възможности да заплащат вноските си, а ако се наложи и да доплащат. За анкетираните с по-скромни доходи вероятно цената на медицинските услуги при националната здравна служба е скрита и те не я свързват пряко със заплащане от собствени финансови средства.

Необходимостта от медицинска помощ извън ЗЗО се изяснява от получените отговори на **Въпрос 16**, че 51.74% са търсили медицинска помощ извън ЗЗО, а 39.24% - не са търсили. Високият процент на ползвалите медицинска помощ извън ЗЗО показва, че все още ЗЗО не може да задоволи напълно здравните потребности на осигурените.

Същевременно, само 21,28% от анкетираните **реално се осигуряват и доброволно** (фиг.5). Твърде малкият процент българи, които могат и се осигуряват допълнително, е обезпокоителен, като се имат предвид многото

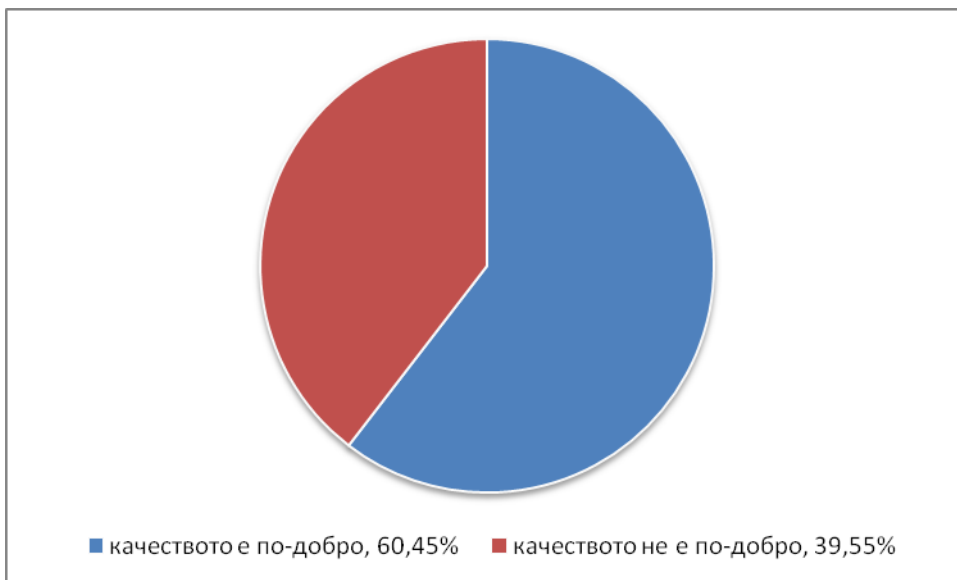
проблеми при предоставяне на помощ в рамките на ЗЗО и е индикация за все още не напълно оползотворените възможности на ДЗО.



Фиг. 5. Здравно осигуряване по линия на ЗЗО и ДЗО

Индиректно получаваме информация за желанието на българите да се осигуряват доброволно от високия процент на анкетираните, които показват **одобрение за ДЗО (Въпрос 18)**. Тук респондентите категорично показват одобрение за ДЗО. Това са общо около 60% от анкетираните: 38.25% казват „да” и 24.56% - „по-скоро да”. Това говори, че при подобряване на условията за възползване от предимствата на ДЗО мнозинството анкетирани (и особено 50%, които търсят медицинска помощ извън ЗЗО) биха сключили договор за ДЗО.

Причините за предпочитане на ДЗО (Въпрос 19) са важна индикация не само за предимствата на ДЗО, но представляват и индиректно сравнение на условията, предоставяни от задължителното и доброволното осигуряване. Най-голям процент анкетирани (60.45%) са посочили, че качеството на услугите при ДЗО е по-добро (фиг.6).



Фиг 6. Очаквания за по-високо качество на медицинските услуги при ДЗО в България.

45.76% от тези, които предпочитат ДЗО, са посочили като причина за това по-квалифицираното и по-доброто отношение към пациентите. 38.98% посочват, че „обслужването е по-бързо” в ДЗО, а 30.5% са на мнение, че ДЗО работи с по-съвременна апаратура.

Въпрос 20 изяснява за какви услуги анкетираните биха си направили договор за доброволно здравно осигуряване (фиг.7). Най-голям брой биха го направили за услуги извън пакета на ЗЗО (51,7%). Значителен процент посочват профилактичните и рехабилитационни услуги (съответно, 36,2% и 27,9%). От отговорилите на този въпрос 17,36% посочват, че биха сключили такъв договор за услугите от пакета на задължителното здравно осигуряване, което подсказва, че те не са доволни от качеството на услугите на ЗЗО.



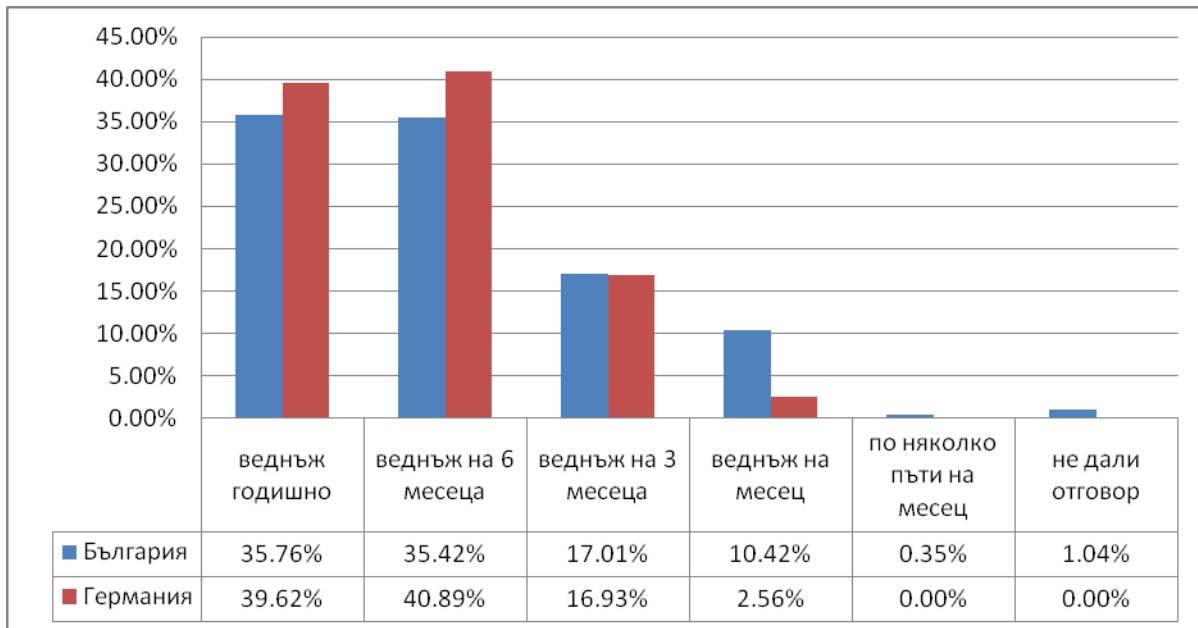
Фиг.7. Готовност за осигуряване за услуги в ДЗО в България

Отговорите на **Въпрос 21** относно **равенството или неравенството в достъпа до здравноосигурителната система** предоставят особено значима информация, към която българският гражданин винаги е бил изключително чувствителен. Мнозинството от анкетираните смятат, че различните граждани нямат равен достъп до здравни услуги: 45,1% смятат, че “няма”, а 29,72% - че „по- скоро няма” равен достъп. Само 9,79% са отговорили „има”, а 8,39% - „по-скоро има”. Това показва, че въпреки наличието на голям брой алтернативи за услуги, покривани от различни типове здравно осигуряване или чрез директно заплащане или доплащане, гражданите нямат усещането, че съществува равен достъп до медицинските услуги.

Сравнителен анализ на данните от Германия

Сравнението на данните от проучването в България и Германия се прави въз основа на голям брой статистически значими зависимости (общо 38 от изследваните 44), което показва наличието на съществени различия в отношението на здравноосигурените към здравноосигурителните системи в България и Германия.

Посещенията при личния лекар са повече и по-чести в България (фиг.8).



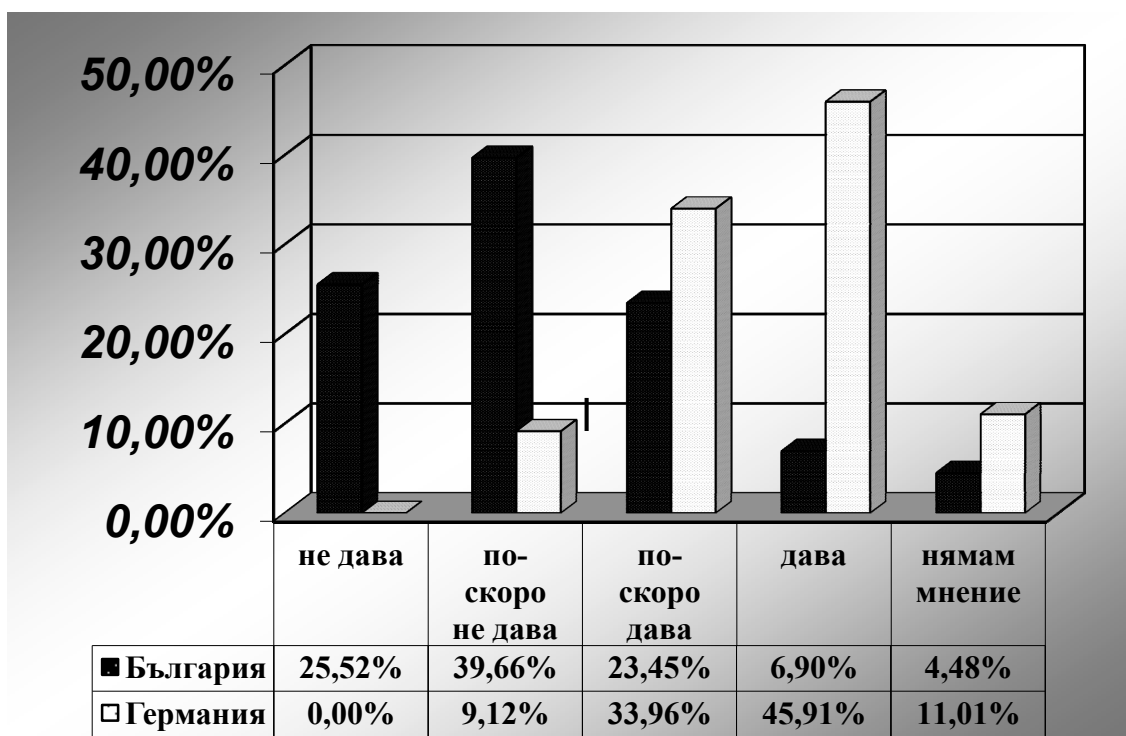
Фиг 8. Честота на посещенията при личния лекар

Прегледите при медицински специалисти се различават значително по брой в двете страни. Прегледите при хирург в Германия са четири пъти по-малко, отколкото в България, при дерматолог – три пъти, при невролог – пет пъти (и в двете страни неквалифицираният персонал е ходил на преглед най-много). Почти еднакъв процент са миналите на преглед при специалист по вътрешни болести - 28.2% в България и 34.7% в Германия, като и в двете страни посещенията при интернист нарастват при преминаване в по-висока възрастова група. Делът на прегледите при УНГ специалист и офталмолог и в двете страни е сходен.

По отношение на заболяемостта отговорите на анкетираните показват, че като цяло те са здрави хора, като на ТЕЛК в България са се явявали 5%, а в Германия – само 1.6%. Тези резултати се дължат на големия процент млади хора сред анкетираните в двете страни, а също и на силно

развитата профилактика, по-високия жизнен стандарт на живот в Германия, както и на развитата база и традиции в профилактиката, спорта и туризма.

Мнението в двете страни относно това дават ли здравноосигурените **одобрението си за възможностите за лечение и възстановяване при ЗЗО** е поляризирано, което определено свързваме с различните възможности на здравноосигурителните системи. В Германия четири пети отговарят положително на този въпрос (79.9% отговарят с „да” и „по-скоро да”), а в България две трети отговарят отрицателно (65.2% отговарят с „не” и „по-скоро не”) (фиг.9).

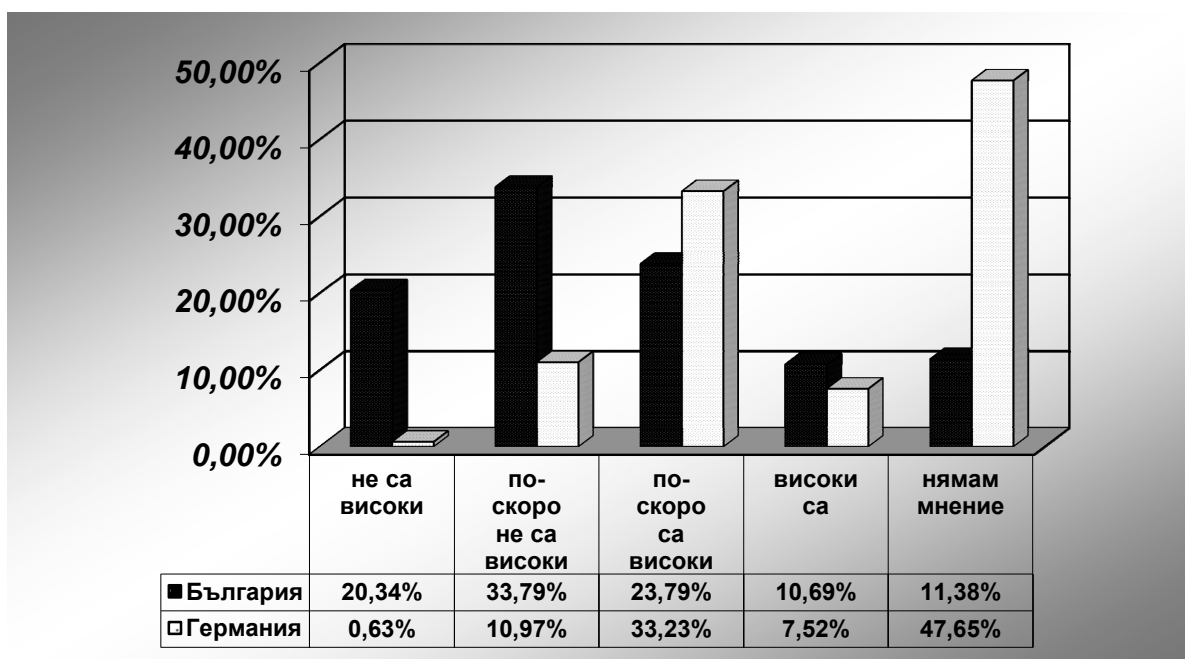


Фиг 9. Мнение относно възможностите за лечение и възстановяване при ЗЗО

При изследване на **дефектите на задължителното здравно осигуряване** „недостатъчният достъп до лекари”и „бавното обслужване” са посочени от приблизително два пъти по-малко анкетирани в Германия, отколкото в България (съответно, 25.9 % и 24.1% за ФРГ и 40.5% и 49.5% за България), а „неефективното лечение” – от три пъти по-малко (7.8% за ФРГ и 26.5% за България). Като цяло в сравнение с германците българите откриват много повече проблеми в здравното обслужване, предоставяно от здравноосигурителната система (несъобразяване с интересите на пациентите – 39.5%, лоша материална база – 30.2 %, нерегламентираното плащане от джоба на пациента- 27.8%, лоша хигиена – 18.2%). Анкетираните в Германия

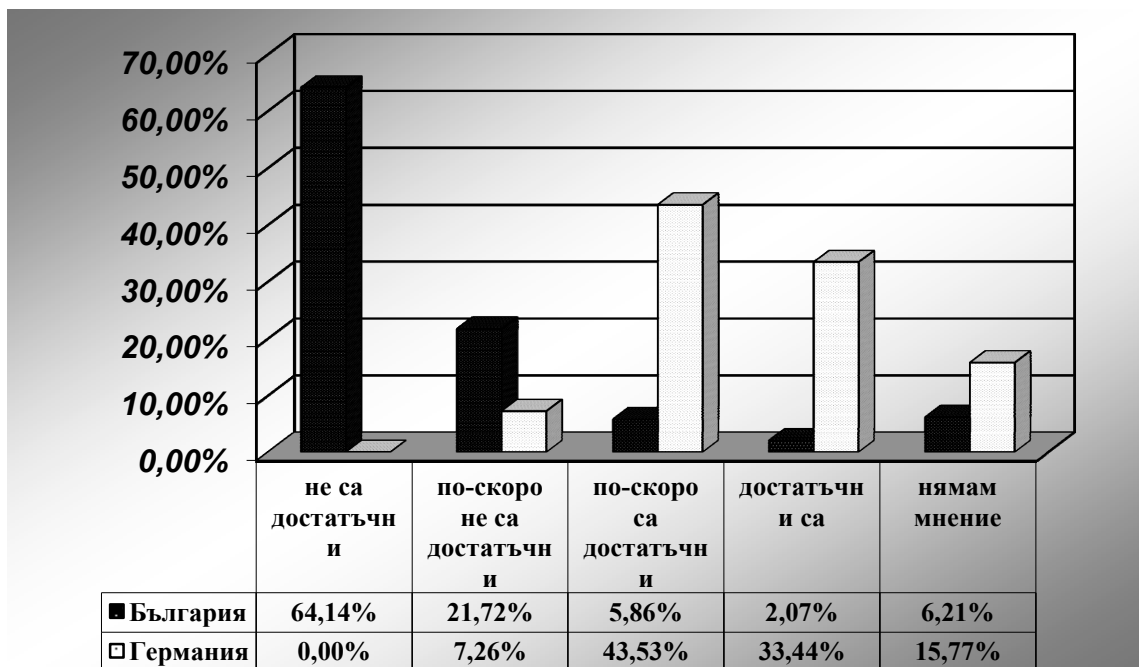
смятат, че тяхната здравноосигурителна система има добра материална база, където се поддържа добра хигиена, а лекарите се съобразяват в най-голяма степен с интересите на пациента.

По отношение на **достъпността на медицинската помощ** мнението на здравноосигурените не е категорично. Все пак в България най-голям дял анкетираните смятат, че вноските за ЗЗО „не” са високи (20.34%) или „по-скоро не” са високи (33.79%). Обратно, в Германия повечето от отговорилите (33.23%) са посочили „по-скоро да”, но процентът на „нямам мнение” е цели 47.65%, което показва, че те не смятат, че това е жизнено важен въпрос, т.е. индиректно посочват, че не поставят статуквото под въпрос (фиг.10). Според анкетата тези, които оценяват здравните вноски като по-скоро високи в техните страни, са младите българи и възрастните германци.



Фиг 10. Размер на вноските за ЗЗО

Друг индикатор за достъпността на здравното осигуряване е отговорът на въпроса за това дали са достатъчни държавните средства, отпускани за здравеопазване (фиг.11). Четири пети от анкетираните българи отговарят негативно (64.1% - „не” и 21.7% - „по-скоро не”) и почти същият дял анкетираните германци отговарят положително (43.5% - „по-скоро да” и 33.4% - „да”), което показва категорично различно мнение относно отпусканите от държавния бюджет средства.

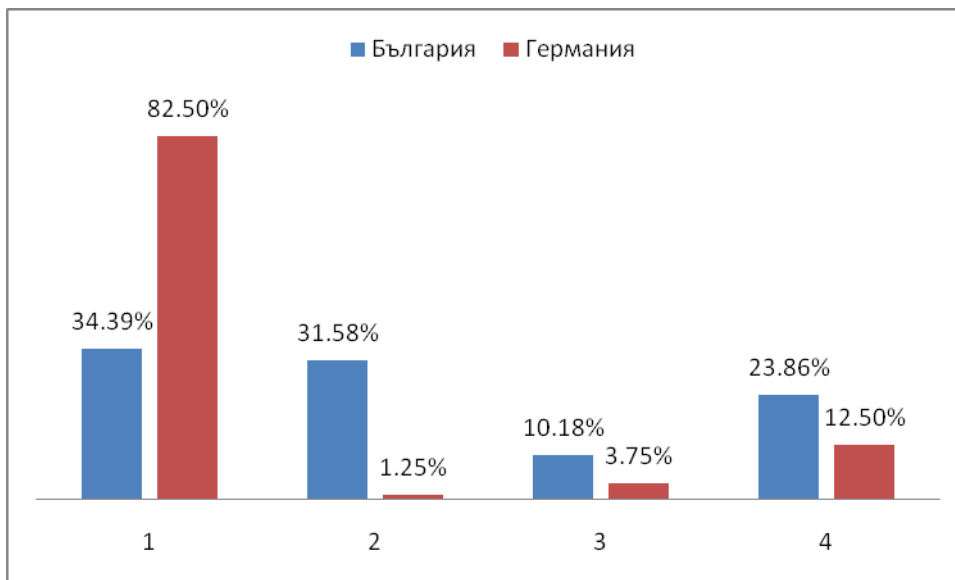


Фиг 11. Мнението на анкетираните за размера на средствата от държавния бюджет

Наистина, според СЗО общите здравни разходи като процент от brutния вътрешен продукт в Германия са 10.5% през 2008 г. и 11.3% през 2009 г. За България тези проценти са съответно, 7.1% и 7.4% (The World Health Statistics 2011).

Същевременно, в Германия в много по-голяма степен е осъзната необходимостта от заплащане на лекаря независимо от начина, по който то ще бъде осъществено. При въпроса дали анкетираните са склонни да плащат директно на лекаря в България отговорите клонят към отрицателни, като 34.4% са отговорилите с „не”, а 24.3% - с „по-скоро не”. В Германия повечето отговори са концентрирани в „златната среда” – 27.5% с отговор „по-скоро не” и 40.2% с отговор „по-скоро да”. Отново „нямам мнение” в анкетите от Германия са доста голям процент (19.6%).

Мнението, оформило се от разгледаните дотук особености на здравеопазните системи, се потвърждава и от демонстрираните предпочитания при директен избор на здравна система (фиг. 12).

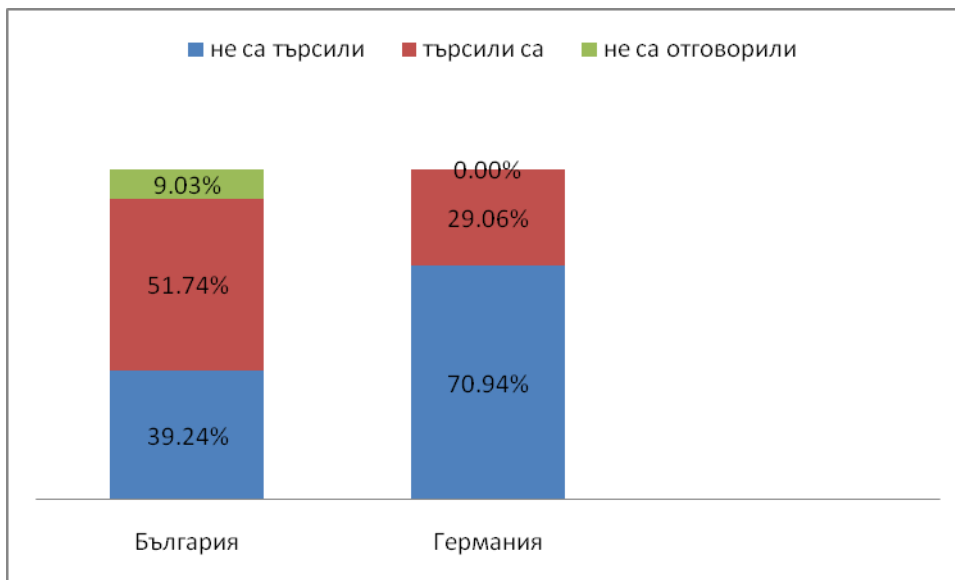


Легенда: 1 - задължително здравно осигуряване с фондово финансиране, 2 - национална здравна служба, финансирана изцяло от държавния бюджет, 3 - частно здравеопазване от американски тип с доброволно здравно осигуряване, 4 - плуралистично /смесено/ здравеопазване

Фиг. 12. Предпочитания към здравеопазна система

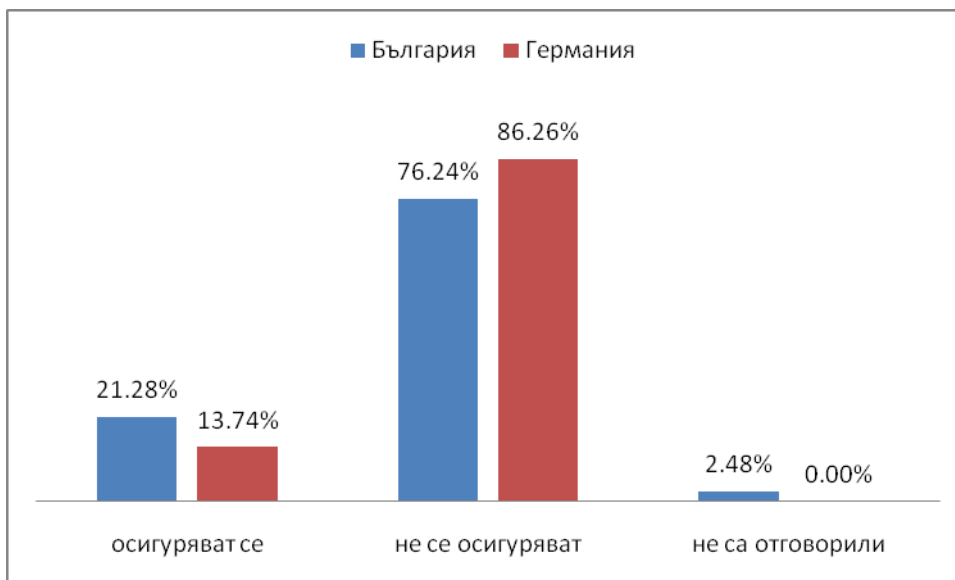
Мнозинството от анкетираните германци (82.5%) биха избрали фондовото здравеопазване, а 12.5%-плуралистичното. В България 34.4% предпочитат фондовата здравна система, но 31.6% биха избирали националната, а 23.9% - плуралистичната. Тоест фондовото здравеопазване има много по-голяма поддръжка сред осигурените в Германия. В България все още е силна идеята за национална (бюджетна) система, а посочването на т.нар. плуралистична система показва по-скоро неяснота и лутане в предпочитанията.

Необходимостта от медицинска помощ извън ЗЗО (фиг.13) е индиректен индикатор за състоянието на задължителното и необходимостта от доброволно здравно осигуряване. Анкетата показва, че около половината от анкетираните (51.74%) в България са ползвали помощ извън ЗЗО, а в Германия - една трета (29.06%). Тези данни подсказват, че системата на здравното осигуряване в Германия реално обхваща почти изцяло пациентите и решава по-голям процент от техните здравни проблеми в сравнение с тази в България и затова на по-малко германци се налага да търсят медицинска помощ извън ЗЗО.



Фиг. 13. Търсене на медицинска помощ извън ЗЗО

Необходимостта от помощ извън ЗЗО се потвърждава и от **реалната степен на осигуряването на анкетираните в ДЗОФ**. Това са направили 21.28% от българите и 13.74% от германците (фиг.14).



Фиг. 14. Осигуряване чрез ДЗО

Несъмнено тези отговори са повлияни от особеностите на здравноосигурителната система във всяка от страните. В България ДЗО допълва, а често, в действителност, заменя ЗЗО, като осигурява повече и по-високо качество на здравните услуги, което създава предпоставки за желание за сключване на договор за ДЗО. В Германия ДЗО се ползва от хора, които имат доходи над определен праг, а също така предоставя допълнителни

услуги за осигурените в ЗЗО. Като се има предвид възрастовия състав на анкетираните от тази страна в настоящото проучване, повечето от тях са здрави, не се нуждаят от допълнителни услуги и нямат доходи над определения праг.

Жизнено важното място на ДЗО в здравноосигурителните системи и в двете страни се демонстрира и от високата **степен на одобрение на ДЗО**. Над 60% от анкетираните и в България, и в Германия одобряват ДЗО. Като **причина за предпочитане на ДЗО** и в двете страни приблизително еднакъв процент (60.45% в България и 57.8% в Германия) осигурени са посочили по-високото качество на услугите. Същото се отнася и до „по-доброто отношение към пациента”, което е посочено от около 40% и в двете страни (45.76% в България и 37.33% в Германия).

Почти два пъти повече анкетирани в България (38.98%), отколкото в Германия (23.5%) смятат, че по-бързото обслужване е характерно за ДЗОФ. Това показва, че осигурените в Германия откриват по-малка разлика в своевременността на медицинската помощ между ЗЗО и ДЗО, докато в България то се определя като по-съществено.

Значителна е разликата в отговорите по отношение на оборудването със съвременна апаратура (статистически значима зависимост ($P < 0.0001$), като в България 30.5% смятат, че при ДЗО се работи с по-съвременни апарати. В Германия това са само 1.8% - следствие от цялостното добро оборудване на лекарските практики в тази страна, което показва, че там няма съществена разлика между ДЗО и ЗЗО в това отношение. От значение е и това, че немските пациенти имат широко право на избор на лекар и специалист, което създава конкуренция и позволява на пациентите да подбират само добре оборудвани практики.

Анкетата проучва и **типа услуги, за които осигурените биха направили ДЗО**. Ако осигурените сключат договор за ДЗО, те биха го направили за пакета на ЗЗО (17.36% - в България и 30.92%- в Германия (фиг.15). Това показва, че у нас ниските доходи пречат на желаещите да се осигуряват в ДЗОФ, въпреки че смятат услугите му за по-качествени.

От германците около една трета биха се осигурили в ДЗОФ за услуги от ЗЗО пакета. Тъй като в Германия ДЗО работи и като допълващо, но главно като заместващо здравно осигуряване за хората с по-високи доходи, когато даден осигурен мине определения праг, той може да избере да остане в ЗЗО или да премине към ДЗО. Реално процентът 30.92% показва, че ако надхвърлят лимита на доходите, тези германци биха излезли от ЗЗОФ и биха преминали към ДЗОФ. Това свидетелства, че един голям процент – около 70% биха останали в ЗЗОФ и след като минат прага на доходите. Една от

вероятните причини е, че ЗЗОФ осигурява безплатно членовете на семейството.



Фиг 15. Склонност за сключване на договор с ДЗО за услуги от пакета на ЗЗО в България и Германия

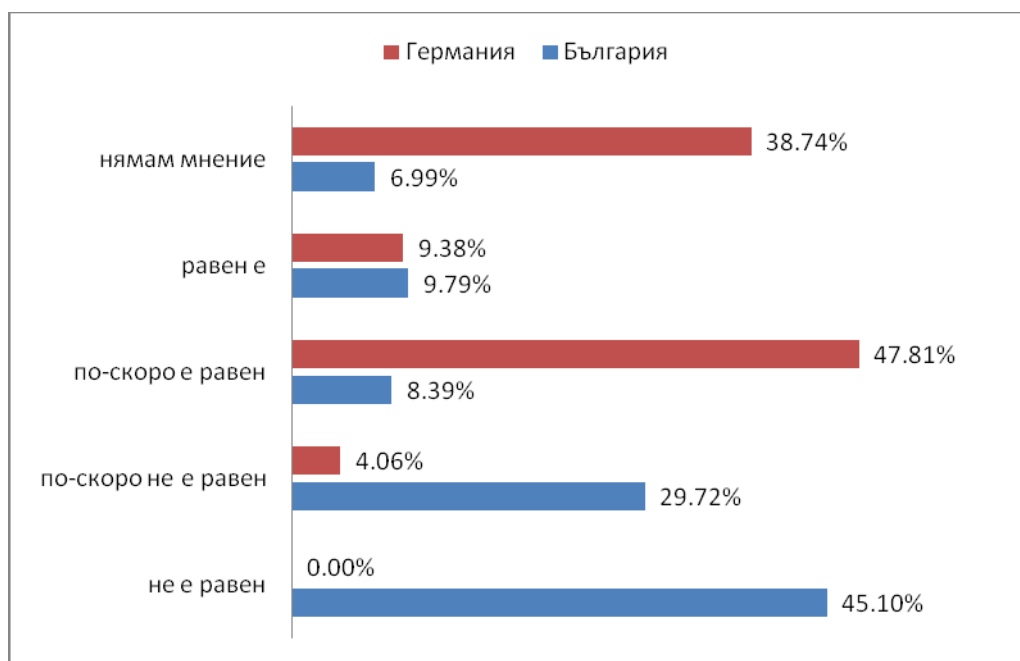
Половината от анкетираниите в България (51.7%) биха направили ДЗО за услуги извън ЗЗО, което означава, че те ценят услугите, предоставяни от ДЗО (фиг. 16). От германците 85.9% биха се осигурявали за услуги извън ЗЗОФ, което показва, че мнозинството от анкетираниите ценят здравето си, могат и биха отделили средства за допълнителни здравни услуги в ДЗОФ.



Фиг 16. Склонност за сключване на договор с ДЗО за услуги извън пакета на ЗЗО

Доброволна здравна осигуровка за профилактични услуги биха си направили 36.2% от българите и 4.95% от германците, а за рехабилитация - 27.9% българи и 11.55% германци. Обстоятелството, че около една трета от българите биха избрали профилактичните услуги на ДЗО сочи, че те все повече осъзнават значимостта на профилактиката и рехабилитацията и че през последните години профилактиката е подценена и ограничена в ЗЗО в България. Ниският процент германци, посочили рехабилитацията, се обяснява с това, че при осигурените в ЗЗО тя е покрита от ЗЗО и с това, че осигурителните пакети в ДЗОФ (все повече и в ЗЗОФ) са много внимателно прецизирани и всяка допълнителна услуга се заплаща.

Изключително интересни данни са получени във връзка с предоставянето на **равен или неравен достъп до здравни услуги** (фиг.17). Около две трети от българите не смятат, че съществува равен достъп до здравни услуги (45.1% отговарят категорично „не“, а 29.72% - „по-скоро не“). Същевременно, в Германия почти същия дял анкетираните отговарят положително (47.81% отговарят „по-скоро да“, 9.38% - „да“). При анализа на тези отговори е необходимо да се вземат предвид, първо, степента на развитие на здравноосигурителната система и, второ, психологическите нагласи на населението.



Фиг 17. Мнението относно равен/ неравен достъп до здравни услуги

Достъпът до високо специализирани медицински и болнични услуги и недостатъчно точното дефиниране на основния пакет на НЗОК са все още проблеми на българското задължително здравно осигуряване. Ниските

доходи на населението, спъващи по-широкото развитие на ДЗО, водят до неудовлетвореност у здравноосигурените по отношение на равния достъп до здравеопазване. Не трябва да се подценява и психологическата нагласа, създадена по време на функционирането на Семашковата здравна система преди 1989 г., когато е създадена изкривена представа за равен достъп до здравни услуги, основана на прекаленото им използване, а не на необходимостта от тях.

В Германия, от друга страна, в продължение на десетилетия съществува широк достъп до предпочитан от пациента лекар или специалист. В последното десетилетие се правят опити не толкова за ограничаване на избора, колкото за по-правилно насочване и пренасочване на пациентите към нужните им специалисти и грижи. През всичкото това време, обаче, е много точно регламентирана връзката между платената здравноосигурителна вноска, предоставената услуга и реимбурсацията от здравната каса. Така за германците винаги е било ясно, че всяка услуга се заплаща и че равният достъп е най-вече основан на справедлив принос във фонда в съчетание със социалните му функции за преразпределение на средствата. Поради обстоятелството, че тази система съществува в Германия от нейното създаване по времето на Бисмарк, тези разбирания са добре популяризирани сред населението.

ОБОБЩЕНИЯ

Емпиричните данни от анкетното проучване водят до някои основни констатации за здравноосигурителната система с фондово финансиране **във ФРГ**:

1. Задължителното здравно осигуряване във ФРГ получава одобрение за предоставяните възможности за лечение и възстановяване от страна на здравноосигурените, които смятат, че тази система им гарантира ефективно лечение, има добра материална база, в която се поддържа добра хигиена, а лекарите се съобразяват в най-голяма степен с интересите на пациента.

2. Размерът на вноските не е проблем за мнозинството здравноосигурени, а отпусканите от държавата средства се оценяват от тях като достатъчни.

3. Задължителните здравни каси и особено, частните фондове, осигуряват високо качество и своєвременност на услугите, а и добро отношение към пациента. Германците не откриват голяма разлика в оборудването със съвременна апаратура при ЗЗО и ДЗО, което е следствие от цялостното добро оборудване на лекарските практики и от широкото право на избор на лекар и специалист.

4. Осигурен е реален и равен достъп до здравни услуги, като осигурените осъзнават връзката между платената здравна вноска и ползваната здравна услуга.

5. Цялостната оценка на фондовата здравноосигурителна система е силно положителна, като внушителните 80% от анкетираните биха я избрали към настоящия момент.

Направените изводи въз основа на анкетните данни и критичния анализ могат да се обобщят, като се открият някои **основни проблеми на здравноосигурителната система на България** и се препоръчат адекватни **решения и мерки** за тяхното преодоляване, почерпени от опита на ФР Германия.

Проблеми: Завишеният брой прегледи свидетелства за една група проблеми, които обхващат високата заболяемост и по-големите здравни потребности на осигурените в България, водещи до прекомерно използване на здравната система. Големият обем услуги се съчетава с отсъствие на необходимите по вид и качество здравни услуги, което създава у осигурените мнение за недостатъчни възможности за лечение и възстановяване в ЗЗО.

Мерки : По-голямото разнообразие от услуги и здравноосигурителни пакети и по-голямото индивидуализиране на предлаганите услуги ще свие обема на използваните услуги, но ще удовлетвори реално съществуващите потребности на осигурените. Разширяването и подобряването на услугите по промоцията и профилактиката е осъзнато желание на осигурените и ще доведе до подобряване на здравния статус на населението и намаляване на здравните потребности.

Проблем: Недостатъчните възможности за лечение в ЗЗО и по-високото качество на услугите в ДЗО, посочени от анкетираните, насочват към проблема за недостатъчно високото качество на някои здравни услуги.

Мерки: Необходимо е повсеместно засилване на проследяването и контрола на качеството и от МЗ, и на вътрешния качествен контрол в НЗОК. Опитът на ФРГ подсказва и решението за създаване на един общ контролен орган по качеството с представители на държавата, но и на осигурителите, на обществените организации и осигурените, а също и на специалистите по здравен мениджмънт. Съчетаването на тези мерки с продължаването на изследователската дейност по качеството на здравните услуги е основен механизъм, който да доведе до съществени промени в тази насока.

Проблем: Мнението за неефективно, недостатъчно и/или бавно обслужване в ЗЗО подчертава проблема за разминаването между предлаганите в здравноосигурителните пакети видове услуги и съществуващите здравни потребности на осигурените.

Мерки: Опитът на ФРГ подсказва възможности за развитие на пазарните механизми чрез „регулирана конкуренция” в ЗО в България, чрез обособяването на задължително допълнително здравно осигуряване като още един стълб на здравноосигурителната система в страната, което ще позволи да се приложат финансови схеми за реимбурсации при намалено използване на системата или насочване на пациентите към определени услуги и центрове, замяна на една услуга с друга или с дейности по промоция на здравето. Тези мерки могат да се приложат само при строга отчетност на ползваните услуги чрез въвеждане на подходяща електронна информационна система на здравното осигуряване.

Проблем: Разминаването на предлаганите здравни услуги и съществуващите потребности на населението в България, както и последните реформи във ФРГ, водещи до сближаване на ЗЗО и ДЗО при предоставянето на избор на услуги, насочват към проблема за отсъствието на възможности за избор и комбиниране на услуги в различни типове договори в ЗЗО в

България.

Мерки: Точното дефиниране на основния здравен пакет на НЗОК ще позволи на осигурените да добавят към него допълнителни услуги в съответствие с индивидуалните си потребности, като използват системата за допълнително задължително осигуряване, която може да се поддържа от доброволните здравноосигурителни фондове.

Проблем: Здравноосигурените определено осъзнават необходимостта и недостига на услуги за профилактика, рехабилитация и промоция на здравето в пакета от предлагани услуги на ЗЗО, тъй като са готови да се осигуряват доброволно за тях.

Мерки: НЗОК може да предложи по-голям обем и разнообразие на такива услуги. Следвайки германския опит, дейността на ЗО може да се свърже с широки мерки за промоция на здравето като масов и санаториален туризъм, масов спорт и др. Ползването на тези услуги може финансово да се обвърже с реимбурсации или замяна с други услуги.

Проблем: Дефектите в ЗЗО като недостатъчния достъп до лекари, бавното обслужване, неефективното лечение, лошата материална база, посочени от осигурените, образуват друга проблемна област на ЗЗО.

Мерки: Предоставянето на правото на по-широк избор на договор, на услуги, на лекар и специалист може да подобри достъпа. Развиването на „регулирана конкуренция“ и на пазарни механизми в ЗО действат като съществени организационни и финансови механизми за цялостно подобряване на обслужването в ЗО. Възползването от европейски програми за снабдяване с апаратура и за обучение на лекарите и специалистите за работа с нея може да подобри материалната база на здравеопазването и да допринесе за по-ефективното ѝ използване.

Проблем: Проблемът относно недостига на финансови средства за здравеопазване се идентифицира въз основа на емпиричните данни от анкетата за финансирането, здравните вноски, материалната база и глобалната тенденция за повишаване на разходите в здравеопазването при навлизането на високотехнологични методи за лечение.

Мерки: Изграждането на електронната информационна система, която да подобри и индивидуализира отчетността при ползваните услуги, ще помогне за проследяване, анализ и намаляване на обема на ползваните услуги и ще намали финансовото напрежение в ЗО. В тази насока могат да се предприемат и финансови мерки като напр. създаването на финансови стимули за лекари и пациенти, когато се използват брой и вид услуги под

определен лимит; разпределението на средства към ключови дейности, каквито са промоцията на здравето и първичната профилактика.

Проблем: Недостатъчното участие на държавата във финансирането на здравеопазването се идентифицира като проблем въз основа на анкетните данни относно средствата, отделяни от държавния бюджет за здравеопазване, и относно материалното обезпечаване на здравеопазването.

Мерки: Съществуват възможности за участие на държавата при финансиране на дейности на НЗОК за определени категории граждани като социално слабите, децата и други, а също и в подкрепа на социално значими здравни програми.

Проблем: Проблемът за трудното осъзнаване от страна на здравноосигурените на връзката между плащането на здравна вноска и ползваната здравна услуга се оформя чрез данните за предпочитанията за избор на здравна система и мнението за равенство или неравенство в достъпа до здравни услуги.

Мерки: Връзката между плащането на здравна вноска и ползването на здравни услуги може да се изясни чрез поредица от мерки, използвани във фондната здравноосигурителна система на ФРГ, като: предлагане на положителни финансови стимули за въздържане от използване на системата; предлагане на различни типове договори в ЗЗО; възможност за избор на договора и услугите; възможности за реимбурсации или замяна на една услуга с друга; създаване на мотивация за промоция на здравето и профилактика.

ПРЕПОРЪКИ

Проведеното от нас анкетно проучване в Р България и ФР Германия дава основание да предложим следните препоръки за развитие на здравното осигуряване в България:

1. Да се увеличи броят и относителният дял на профилактичните прегледи в Р България (Препоръката е към МЗ, НЗОК и БЛС).

2. Да се осигури равен и по-широк достъп до лекарите и другите специалисти в системата на ЗЗО, ефективно лечение и рехабилитация, заедно с по-точно преценяване и задоволяване на индивидуалните здравни потребности (Препоръката е към МЗ, НЗОК и БЛС).

3. Да се организират системни курсове за повишаване квалификацията и да се увеличи заплащането на медицинските специалисти, да се отделят повече средства за лечебно-диагностична апаратура, с цел преодоляване на посочените от анкетиранияте недостатъци в системата (Препоръката е към здравните мениджъри, МС, МФ и БЛС).

4. По примера на западноевропейското здравно осигуряване държавата да поема част от здравните вноски на повече осигурени в нужда, като социално слабите и други (към МФ, МЗ и Министерството на труда и социалната политика).

5. Предпочитанията по отношение на здравеопазните системи клонят към ЗЗО с фондово финансиране и това ни дава основание да предложим в перспектива българското здравеопазване да не се отклонява от ЗЗО. Поради многото анкетиранни избрали държавното (бюджетно) финансиране и световната тенденция за повишаване на участието на държавата във финансирането на здравеопазването, обаче, следва да се увеличава държавното финансиране на българското здравеопазване. (Препоръката е към правителството, Парламента, МЗ и МФ).

6. Да се развива доброволното здравно осигуряване, ясно да се очертаят и регламентират параметрите на неговата дейност. (Препоръката е към МЗ, Министерски съвет и Парламента).

7. Да се провеждат дейности за насърчаване на своевременното и бързо обслужване в системата на ЗЗО (към специалистите по здравен мениджмънт).

8. Да се увеличава разнообразието на услуги в пакета на ЗЗО и в здравноосигурителната система като цяло (към НЗОК и ДЗОФ).

9. Да се прилагат механизми за прецизиране на предоставяните услуги в пакета на ЗЗО с цел удовлетворяване на конкретните здравни потребности и ограничаване на здравните разходи (*към НЗОК*).

10. Да се разширява обема и обхвата на профилактичните програми в системата на ЗЗО (*към НЗОК*).

11. Да се разширяват рехабилитационните услуги в ЗЗО, като ДЗО предоставя само допълнителните рехабилитационни дейности (*към НЗОК*).

ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Направен е критичен анализ на най-новата чуждестранна научна литература по проблема на здравноосигурителните системи във ФР Германия и Р България и са изведени съвременните тенденции за развитие на системите в двете страни.

2. Проведено е анкетно проучване на мнението на здравноосигурени граждани в трудоспособна възраст относно системата на здравно осигуряване чрез допитване до анкетни групи в двете страни.

3. Обоснована е необходимостта от използване на положителния опит на страните от ЕС, и по-специално, на ФРГ в областта на задължителното и доброволното здравно осигуряване.

4. На базата на сравнителен анализ са съпоставени състоянието и проблемите в съвременното развитие на здравноосигурителните системи в България и Германия.

5. Формулирани са основни проблеми на здравното осигуряване в България и са предложени адекватни решения и мерки за решаването им въз основа на опита на ФРГ.

ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Alexandrova E. Health care reforms and the health insurance model in Bulgaria and Hungary. В: Асклепий, 4, 2010, с. 94-103
2. Александрова Ек. Сравнителен анализ на здравноосигурителните системи в България и Германия. В: Здравна политика и мениджмънт, 2011, том 11, № 4, 10-20
3. Alexandrova Ek. Problems and prospects of statutory health insurance in Bulgaria. In: 5th Balkan Congress on the history and ethics of medicine. Abstract and proceedings book. 11-15 October 2011, 1096 -1101
4. Александрова Ек. Развитие на здравноосигурителната система в Германия. В: Интердисциплинната идея. Двадесет и шеста научно-технологична сесия. Контакт 2010, 29.10.2010, София, 52-56
5. Александрова Ек. Аспекти на достъпа до здравни грижи в здравноосигурителната система в България. В: Гражданската идея. Двадесет и седма научно-технологична сесия. Контакт 2011, 24. 06. 2011, София, 185-188
6. Александрова Ек. Равният достъп до здравни услуги в България и Германия. В: Интердисциплинната идея. Двадесет и осма научно-технологична сесия. Контакт 2011, 28. 10. 2011, София, 114-116
7. Александрова Ек. Доброволното здравно осигуряване в Германия: тенденции и реформи. В: Асклепий (под печат)
8. Alexandrova Ek. Conclusions from a survey of the health insurance systems in Germany and Bulgaria. In: Asklepios (in print)

БЛАГОДАРНОСТИ:

Благодарности към Факултета по обществено здраве на Медицински университет - София, към Декана на ФОЗ – проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн, към професорите, доцентите и преподавателите, които подпомогнаха със своята професионална компетентност и съвети в различни етапи при осъществяването на настоящия дисертационен труд.

Благодаря на научния ми ръководител, проф. д-р Миладин Апостолов, дмн, за ценните напътствия и подкрепа, без които завършването на дисертационната работа щеше да бъде силно затруднено.

Благодаря на г-н Деметрис Врионидес, ръководител на отдел в ДГ ”Здравеопазване и потребители” на ЕК, който като мой пряк ръководител прояви разбиране и подкрепа към работата ми по настоящия труд.

Благодаря и на всички колеги и приятели в Германия и България, които помогнаха за реализиране на анкетното проучване.