

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ**  
**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**  
**КАТЕДРА "ИКОНОМИКА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО"**

---

**Ангелина Андонова Чешмеджиева**

**„МИНАЛО, НАСТОЯЩИ ПЕРСПЕКТИВИ И  
ТЕНДЕНЦИИ В ЗДРАВНАТА СИСТЕМА”**

**ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**

**ЗА ПОЛУЧАВАНЕ 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”*

**НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ:**

**проф. д-р Тихомира Златанова Златанова, дм**

**доц. Николай Ангелов Попов, дм**

**София, 2014 г.**

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>СЪКРАЩЕНИЯ</b>	1	
<b>УВОД</b>	2	
<b>Глава първа</b>	<b>СВЕТОВНИ ТЕНДЕНЦИИ ЗА РЕФОРМИ В</b>	3
	<b>ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО (ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР)</b>	
I.1.	ПРИЧИНИ И ОЧАКВАНИЯ ЗА РЕФОРМА	7
I.2.	МОДЕЛИ НА РЕФОРМАТА	11
I.3.	МНЕНИЯ ЗА РЕФОРМАТА	17
I.4.	СВЕТЪТ В РЕФОРМА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	17
I.5.	ИЗВОДИ	24
	<b>ДЕМОГРАФСКИ ПРОМЕНИ</b>	26
I.6.	ДИНАМИКА НА ЧИСЛЕННОСТТА НА НАСЕЛЕНИЕТО	26
I.7.	ЕСТЕСТВЕНО ДВИЖЕНИЕ - РАЖДЕМОСТ, СМЪРТНОСТ, ЕСТЕСВЕН ПРИРАСТ	27
I.8.	ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ЖИВОТ	28
I.9.	СТАРЕЕНЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО	30
I.10.	МИГРАЦИЯ	33
I.11.	ИЗВОДИ	34
	<b>ПРОМЕНИ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ</b>	35
I.12.	ИКОНОМИКА И ЗДРАВЕ	35
I.13.	ЗДРАВЕН СТАТУС	39
I.14.	РАЗХОДИ НА НАСЕЛЕНИЕТО ЗА ЗДРАВЕ	41
I.15.	ИЗВОДИ	44
	<b>ОЦЕНКА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ РЕФОРМА</b>	47
I.16.	ФИНАНСИРАНЕ	47
I.17.	ЗДРАВНИ РАЗХОДИ	48
I.18.	ЛЕКАРСТВОНАБДЯВАНЕ	49
I.19.	ЕФЕКТИВНОСТ	50
I.20.	ЗДРАВНИ МОЩНОСТИ	51
I.21.	УПРАВЛЕНИЕ НА РЕФОРМАТА	52
	<b>ОБЩЕСТВЕНОТО МНЕНИЕ И ЗДРАВНАТА РЕФОРМА</b>	57
I.23.	ИЗВОДИ	64
<b>Глава втора</b>	<b>ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИ</b>	66
II.1.	ЦЕЛ	66
II.2.	НАУЧНИ ЗАВАЧИ	66
II.3.	ЕЛЕМЕНТИ НА ПРУЧВАНЕТО	66
II.4.	МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ	67

II.5.	СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ ЗА ОЦЕНКА	68
II.6.	ВЪВЕДЕНИЯ КЪМ СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ	69
	<b>НАСЕЛЕНИЕТО В БЪЛГАРИЯ ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 33</b>	
<b>Глава трета</b>	<b>ГОДИНИ – ТЕНДИЦИИ И ВЛИЯНИЕТО ИМ ВЪРХУ</b>	<b>71</b>
	<b>ЗДРАВНАТА РЕФОРМА</b>	
III.1.	АНАЛИЗ НА ОСНОВНИТЕ ПРИЧИНИ-ЕСТЕСТВЕНО ДВИЖЕНИЕ И МИГРАЦИЯ НА НАСЕЛЕНИЕТО	71
III.2.	ЕСТЕСТВЕНО ДВИЖЕНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО	74
III.3.	МЕХАНИЧНО ДВИЖЕНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО	77
III.4.	ВЪЗРАСТОВА СТРУКТУРА НА НАСЕЛЕНИЕТО	79
III.5.	НАСЕЛЕНИЕ В ТРУДОСПОСОБНА ВЪЗРАСТ	82
III.6.	БЕДНОСТ И БЕЗРАБОТИЦА	83
III.7.	ИЗВОДИ	85
	<b>ОСНОВНИ ПАРАМЕТРИ НА ЗДРАВЕОПАЗНАТА СИСТЕМА В</b>	
<b>Глава четвърта</b>	<b>Р. БЪЛГАРИЯ И ДИНАМИКАТА ИМ ВЪВ ВРЪЗКА С</b>	<b>87</b>
	<b>ПРОВЕЖДАНАТА ЗДРАВНА РЕФОРМА</b>	
IV.1.	БОЛНИЦИ, ЛЕГЛА, МЕДИЦИНСКИ КАДРИ	88
IV.2.	ХОСПИТАЛИЗИРАНИ, РЕГИСТРИРАНА ЗАБОЛЕВАЕМОСТ И УМИРАНИЯТА	101
IV.3.	ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗНАТА СИСТЕМА	105
IV.4.	ПРОМЯНА НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА	108
IV.5.	ИЗВОДИ	111
	<b>МЕЖДУНАРОДНИ СРАВНЕНИЯ НА БЪЛГАРСКАТА</b>	
<b>Глава пета</b>	<b>ЗДРАВЕОПАЗНА СИСТЕМА С ВОДЕЩИ РЕФОРМИРАЩИ</b>	<b>114</b>
	<b>СЕ, ПО ОФИЦИАЛНИ ДАННИ НА СЗО</b>	
V.1.	ОСНОВНИ ПОКАЗАТЕЛИ	114
V.2.	ИЗВОДИ	122
<b>Глава шеста</b>	<b>ОЧАКВАНИЯ И РЕАЛНИ РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕЖДАНАТА У</b>	<b>123</b>
	<b>НАС ЗДРАВНА РЕФОРМА И НАЛАГАЩИТЕ СЕ ИЗВОДИ</b>	
VI.1.	СЪЩНОСТ	123
VI.2.	ИЗВОДИ	128
<b>Глава седма</b>	<b>ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ, ПРИНОСИ</b>	<b>129</b>
	<b>ЛИТЕРАТУРА</b>	<b>134</b>
	<b>ПРИЛОЖЕНИЕ</b>	
	<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 1- НАСЕЛЕНИЕ</b>	<b>155</b>
	<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 2 – ДЕМОГРАФСКИ ТЕНДЕНЦИИ</b>	<b>156</b>

<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 3</b> - СРЕДНА ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ЖИВОТА	159
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 4</b> - СРЕДНА ВЪЗРАСТ НА ЖИВОТА	160
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 5</b> - ЛЕКАРИ-2000 г.	161
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 6</b> - ЛЕКАРИ-2002 г.	163
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 7</b> – ЛЕКАРИ-2004 г.	166
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 8</b> – ЛЕКАРИ-2012 г.	169
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 9</b> – ПАЦИЕНТИ-2000 г.	171
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 10</b> – ПАЦИЕНТИ-2002 г.	172
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 11</b> – ПАЦИЕНТИ-2004 г.	175
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 12</b> – ПАЦИЕНТИ-2012 г.	177

## **ТАБЛИЦИ**

<i>I.1. Брой население в САЩ (млн.души)</i>	27
<i>I.2. Средна продължителност на живот в Русия</i>	29
<i>I.3. Лица на възраст над 60 г. в Русия</i>	29
<i>I.4. Промяна в демографските показатели в някои Европейски страни</i>	31
<i>I.5. Механично движение на населението в Русия за периода 1980 г. – 1997 г.</i>	33
<i>I.6. Относителен дял на пациентите, заплатили получените медицински услуги (по данни на социологически изследвания) в %</i>	43
<i>I.7. Разходи на населението за медицински услуги в Русия за 1998 г. и 1999 г.</i>	44
<i>III.1. Общ брой население в Република България за периода 1980 г. – 2012 г.</i>	73
<i>III.2. Естествено движение на населението в Р.България за периода 1980 г. - 2012 г.</i>	76
<i>III.3. Механично движение на населението в Р.България за периода 1980 г.- 2012г.</i>	78
<i>III.4. Прогноза за динамиката на трудоспособното население за периода 2004 г. - 2013 г.</i>	83
<i>III.5. Разходи за заетост и безработица за периода 1991 г. – 2012 г.</i>	84
<i>IV.1. Показатели за лечебно-диагностичната дейност за периода 1980-2012 г.г.</i>	89
<i>IV.2. Дейност на центровете за спешна медицинска помощ за периода 1980 г. – 2012 г.</i>	93
<i>IV.3. Лечебен процес за периода 1980-2012 г.г.</i>	94
<i>IV.4. Размери на средният медицински персонал 1980-2012 г.г.</i>	97

<i>IV.5. Показатели за дейността на болничните заведения 1980 г. – 2012 г.</i>	103
<i>IV.6. Смъртност на 100 000 човека от населението за периода 1980-2012 г.г.</i>	104
<i>IV.7. Динамика на икономическите показатели в периода на реформиране на здравната система 2002 г. – 2012 г.</i>	106
<i>IV.9. Разходи за здравеопазване в Република България 2000 г. – 2012 г.</i>	112
<i>VI.1. Оценка на здравната реформа от пациенти и лекари за периода 2000 г. – 2012 г.</i>	125

## **ФИГУРИ**

<i>III.1. Численост на населението в Р.България за периода 1980 г. – 2012 г.</i>	72
<i>III.2. Показатели за естествено движение на населението в Р.България за периода 1980 г. – 2012 г.</i>	75
<i>III.3. Относителен дял на децата до 4-годишна възраст по години за периода 1980 г. - 2012 г.</i>	80
<i>III.4. Възрастови промени в броя на българските граждани през 1992 г.</i>	82
<i>IV.1. Отношение между амбулаторно-поликлинични/ОПЛ и болнични здравни заведения 1980 г. – 2012 г. и тенденции в развитието до 2019 г.</i>	90
<i>IV.2. Лекари, стоматолози/лекари по дентална медицина и среден медицински персонал/специалисти по здравни грижи – тенденции в развитието до 2019 г.</i>	91
<i>IV.3. Спешна медицинска помощ, разпределени на две групи 1980-1999 г. и 2000-2012 г. и перспективи до 2019 г.</i>	92
<i>IV.4. Лекари работещи в болниците и тенденции до 2019 г.</i>	95
<i>IV.5. Брой легла на един лекар в болниците и тенденции до 2019 г.</i>	95
<i>IV.6. Среден брой легла в болниците и тенденции до 2019 г.</i>	96
<i>IV.7. Среден медицински персонал/Специалисти по здравни грижи на един лекар и тенденции до 2019 г.</i>	96
<i>IV.8. Медицински сестри, разпределени на две групи 1980-1999 г. и 2000-2012 г. и перспективи до 2019 г.</i>	98
<i>IV.9. Фелдшери, разпределени на две групи 1980-1999 г. и 2000-2012 г. и перспективи до 2019 г.</i>	98
<i>IV.10. Зъботехници, разпределени на две групи 1980-1999 г. и 2000-2012 г. и перспективи до 2019 г.</i>	99
<i>IV.11. Лаборанти, разпределени на две групи 1980-1999 г. и 2000-2012 г. и перспективи до 2019 г.</i>	99

<i>IV.12. Акушерки, разпределени на две групи 1980-1999 г. и 2000-2012 г. и перспективи до 2019 г.</i>	100
<i>IV.13. Относителен дял на хоспитализирани от регистрирани заболявания и тенденции до 2019 г.</i>	102
<i>IV.15. Разпределение на държавни и лични плащания</i>	107
<i>IV.16. Динамика на публични и частни разходи в периода на реформа на здравната система</i>	108
<i>V.1. Общите разходи за здравеопазване, като % от БВП</i>	116
<i>V.2. Общо разходи за здравеопазване, на глава от населението</i>	118
<i>V.3. Публични разходи във здравния сектор, като % от общите разходи за здравеопазване</i>	119
<i>V.4. Детска смъртност на 1000 живородени деца</i>	120
<i>V.5. Общопрактикуващи лекари на 100000 души</i>	121
<i>VI.1. Мнение на пациенти и лекари за удовлетвореността от здравната реформа през 2000 г. и 2012 г.</i>	124
<i>VI.2. Оценка на причините за реформа в здравеопазването според лекари</i>	126
<i>VI.3. Оценка на причините за реформа в здравеопазването според пациенти</i>	127

## **СЪКРАЩЕНИЯ**

БВП – Брутен вътрешен продукт

БНП – Брутен национален продукт

ЕО – Европейска общност

ЕС – Европейски съюз

ЗОК – Здравно-осигурителна каса

ЗОС – Здравно-осигурителна система

ЗС – Здравна система

МВФ – Международен валутен фонд

НЗОК – Национална здравно-осигурителна каса

НРД – Национален рамков договор

НСИ – Национален статистически институт

ОИСИР - Организацията за икономическо сътрудничество и развитие

ООН – Организация на обединените нации

ОПЛ (GP) – Общопрактикуващ лекал

ПЗП – Първична здравна помощ

СЗО – Световна здравна организация

ТЕЛК - Трудово-експертна лекарска комисия

DRG – Диагностично свързани групи

FRA - Честота на обслужване

IFEC - Индекс на семейната икономическа възможност

IUNPE - Международен съюз за промоция на здравето и обучение

## УВОД

Здравеопазните системи в целия свят са в процес на значителни стратегически промени. Няма страна, която да не декларира необходимостта от промяна и да не търси форми за усъвършенстване на изградената си здравна система. Често срещана тенденция при представяне необходимостта от реформа е посочване на причините, описание на моделите и реализираните в практиката организационно-управленчески задачи. Резултатите и цената на реформата, като че ли се забравят при интерпретирането на реформаторските действия наричани често “оптимален модел на здравеопазване”.

Проблемът изоморфизъм в обществото е актуален за съвременният, бързо развиващ се и глобализиращ се свят. Това е неотменно вярно за общества, които се развиват, копирайки успехите на други държави. България не прави изключение, а по-скоро е хисторически пример за влиянието на по-развитите върху тръгващите по техния път страни. Здравеопазването, като една от основните и най-чувствителни подсистеми на обществото силно се повлиява от чуждия опит. Доказателство - най-често аргумента за провеждане на дадена промяна е “... в Европа, накъдето сме тръгнали, е така!”

Поставяйки така проблема за развитието, един от базовите критерии за оценка на резултатите от провежданата на реформа е да се сравнят с тези на модела за подражание сега и в близкото минало. Интерпретирането на разликите дава информация за по-конкретни и обективни изводи за резултатите от провежданата реформа.

Динамичните промени в развитието са стъпките, които определят изминатия от реформата път. Следователно, критичния анализ на миналите резултати най-добре аргументира тенденциите в развитието на обществото. Следователно проучванията “От къде идваме?” най-добре ще представят стратегията “Къде отиваме?”. Само доброто познаване на процеса е гаранция за успех в бъдещето и за яснота на търсената промяна.

## ГЛАВА ПЪРВА

### СВЕТОВНИ ТЕНДЕНЦИИ ЗА РЕФОРМИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

#### (ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР)

Ключовата дума в световната литература за развитие на здравеопазването е **реформа**. Обект на промяна са, както съдържанието на системата, а така също технологията и институционализирането ѝ. В този аспект, с оглед глобалността и уникалността на процеса особено интересно е твърдението на **G.McPhail** (1997), че настоящата реформа в здравеопазването не е нещо ново за системата. Но тя има характерни черти - значителната скорост, с която се реализира и целенасочеността ѝ. Масово се популяризират резултатите и тя придобива глобален характер. Причините се търсят в бързата промяна в технологиите, икономиката и идеологията за ефективност и полезност, което е особено актуално за Англия, твърди авторът. **M.Lesparre** (1998) посочва, че от самото си създаване реформите са фокусирани върху индивидуалните и колективните здравни потребности. В проучванията си **P.A.Guze** (1995) стига до извода, че от 1960 г., много по-рано от настоящата реформа на здравеопазването, се наблюдава добре очертана тенденция за хуманизиране на медицината и здравеопазването. С помощта на научните изследвания се предефинират здравеопазните цели така, че населението да получава по-качествена и повече медицинска помощ при по-ниски цени. Постига се чрез промяната на съдържанието (технологията) на лечение и на обучение на различни категории здравеопазни кадри. Следователно реформата на здравеопазването не е новост.

Реформата е символ на развитие и в еднаква степен е елемент на социалното развитие в страни-модели, като САЩ, Англия, Германия, Франция и други, и тези в революционен социален преход, като бившия "социалистически лагер". Посоките на развитие и съдържанието на промените са специфични. По принцип те отразяват стремежа към по-съвършена системи. Особено актуални са проблемите на здравните реформи в развиващите се страни. Те изграждат своите здравеопазни системи, като в световното разнообразие търсят модели за решаване на своя проблем - създаване на ефективна система с наличните национални ресурси. Основната цел е осигуряване на всеобщ достъп до здравеопазване.

През 80-те години в страните на Западна Европа разходите за здравеопазване значително нарастват. Целите на системата се модифицират - започва да се говори за "контрол" и "ефикасност", а управлението се усложнява. Реформата в здравеопазването в този период се свързва с предифиниране потока от средства и отговорности между държава, лекари-професионалисти, мениджъри и потребители. Характерните черти на реформите в здравната система на отделните държави, могат да се обединят и в голям брой прилики, които очертават общи възможности за избор.

Най-често средствата за намеса се изразяват в определяне на стимули, договаряне на дейностите и следене на отчетността. Посоките на промяна се свързват с:

- Опит за промяна поведението на оказващите медицинска помощ;
- Свиване на общите разходи и контролиране предоставянето на медицинска помощ.

Чрез регулиране участието на пациентите в процеса на здравни грижи се свързват промените в системата и поведението на търсещите медицинска помощ. Във Франция пациентите ползват специални отстъпки в зависимост от заболяването, В Германия се прилага таван на участие на пациентите, определен от стойността на лечението, в Италия вноските на пациентите са съобразно техните доходи.

Прилаганите различни форми на конкуренция до 80-те години поощряват свободния избор на лекар или болница на базата на качествени фактори - удобство, достъпност, репутация. Стойностни и ценови критерии в този период не участват в конкуренцията между здравните заведения. През 80-те години целта на здравната система се насочва към по-висока отговорност на оказващите медицинска помощ, подобряване ефективността, чрез качествен подбор на обслужването, намаляване на бюрокрацията и контролиране на разходите. В различните страни тази цел представя своята реализация във: - Великобритания чрез конкуренция в рамките на националната здравна служба, - Франция с ценовата конкуренция; - с възможността за избор между различни схеми в Белгия и Германия; - гъвкаво функциониране на системата на локално ниво, осигурено от автономността на болниците в Италия; - конкуренцията

между управляващите фактори (взаимноосигурителни и частни компании) в Холандия.

И правителството на САЩ търси пътища за реформиране на здравната система. Според Бил Клинтън реформите трябва да съответстват на две главни цели:

- по-широко обхващане на застрахованите лица и осигуряване медицинска помощ на всеки американски гражданин,
- намаляване разходите за оказваните здравни услуги.

Така президентът Клинтън прави усилие да засили ролята и отговорността на Федералното правителство за здравеопазването, да намали огромните разходи, да увеличи достъпността и да подобри качеството на медицинското обслужване.

За да оценим правилно здравната реформа у нас, трябва да отчитаме общата тенденция към глобализация на здравеопазните проблеми посочват **Ц.Воденичаров и В.Борисов** (1999).

Според **М.Попов** (1997) основните причини за реформа в здравеопазването у нас са: влошено здравно състояние на населението, неефективна система на здравеопазване, несъответствие на системата на здравеопазване с общите тенденции на развитие към пазарно стопанство и европейски стандарти

Авторът посочва основните причини за реформа в системата на здравеопазване у нас.

- Липса на реална защита на правата на гражданите по отношение закрила на тяхното здраве;
- Липса на необходимия баланс в структурата на собствеността в здравеопазването, на първо място между обществения и частния сектор, при което важни функции на частния сектор не могат да бъдат изпълнявани;

- Липса на механизми (главно икономически и финансови), които да стимулират развитието на системата и качеството на медицинската помощ;
- Ориентация на здравеопазването към предлагането, а не към търсенето на медицинска помощ, която довежда до развитието на неадекватни на потребностите структури (както в извънболничната, така и в болничната помощ), които са препятствие за ефективно функциониране;
- Пренебрегване на съвременните подходи за обучение и следдипломна квалификация на висшия и полувисшия персонал, което намалява ефективността при неговата професионална реализация;
- Елиминиране или непълно използване на редица изключително важни фактори при формиране на здравната политика, регулирането и управлението на професионално-съсловните организации на лекари, стоматолози/лекари по дентална медицина и фармацевти, подкрепата на други, неправителствени организации, рационална медийна политика.

Други причини, довели здравеопазването до необходимост от промяна са липсата на механизми за саморегулация на системата; несъответствие на системата на потребностите за финансиране, липса на регулиране на качеството на медицинската дейност, изолиране на здравеопазването от потребителя и институции и организации, които да съдействат за решаването на здравни проблеми на нацията.

Радикалните политически и икономически промени в началото на 90-те години в България и страните от Централна и Източна Европа целят осигуряване прехода към демокрация и пазарна икономика, утвърждаване на новите обществени ценности в рамките на процеса на обществена промяна. Крайните цели на тази промяна **К.Чамов** (2001) представя като преминаване съответно **от** свръхцентрализация, патернализъм, монополизъм, администриране, подчиненост, привилегии, командно контролирана икономика, ригидно (централно) планиране, наложени решения **към** децентрализация, автономия, плурализъм, мениджмънт, участие, равнопоставеност, пазарна икономика, гъвкаво планиране в конкурентна среда, консенсус и преговор.

Здравната реформа не е едномоментен и едноаспектен акт, посочва **В.Борисов** (2003), а сложен противоречив процес. Тя не се изчерпва със създаването на здравноосигурителна каса или смяна на източника на финансиране. Здравната реформа е интегрален процес, който изисква интегрална концепция, интегрално управление, интегрално и адекватно обществено мнение.

### ***1.1. ПРИЧИНИ И ОЧАКВАНИЯ ЗА РЕФОРМА***

Здравеопазването е голям консуматор на обществен продукт, и като такъв би следвало да предоставя все повече здравни резултати. Мнението на политиците, е че здравната система не работи ефективно и се нуждае от промени. Провеждането на реформа в здравната система, икономически ефективна, независима от тесните собственически интереси, изисква политическа воля. Инфраструктурата на здравеопазването и политическата конюнктура се определят от **D.P.Redmon** и **P.J.Yakoboski** (1995), като фактори от които зависят глобалните ресурси на системата. В проучванията си **T.D.Pache**, **T.J.Cummings** (1992), **T.E.Getzen**, **J.P.Poullier** (1992) установяват, че нарастващата част от БВП се формира от средствата за здравеопазване и обслужващата сфера. **S.M.Browning** (1992) посочва, че независимо от усилията за ограничаване на стойностите в здравеопазването, делът на националните разходи за здравеопазване в БВП нараства. Затова, като основни елементи на реформата той определя разходите за здравеопазване и проблемите на здравно неосигурените лица. Аналогичен е изводът и на **J.V.Vincenzino** (1995), който посочва, че в САЩ делът на разходите за здравеопазване в БВП нараства значително дори при минимално увеличение на индекса на цените. Стойността на здравните грижи и здравната политика най-често се свързва с общикономическата реформа. Според **S.M.Butler** (1991) отстраняването на слабостите в данъчната система се явява критична точка за създаване на достъпна и ефективна национална система за здравеопазване в САЩ. Той предлага замяна на текущото данъчно облагане със система на данъчни кредити за придобиване на здравно осигуряване и медицински услуги. Много често, както отбелязва **F.P.Somers** (1991), при пазарно ориентирани здравеопазни системи, политиците отбягват фундаментални структурни промени на системата. Проблемите, които създават пазарните механизми пред дългосрочното планиране и финансиране на

здравеопазването се дискутират от **J.P.Jennings** (1989). Той подчертава, че натрупването на средства в дългосрочното финансиране на здравни грижи може да предизвика увеличение на данъците и бюрокрацията. Като основни фактори за реформа в здравеопазването **F.Boudreau** (1991) и **M.A.Glasser** (1991) посочват състоянието и разпределението на ресурсите, децентрализацията на системата и конкуренцията. **D.M.Frankford** (1994) пояснява, че реформата на здравеопазването в САЩ и в Европа е породена от “кризата” в разходите. Те непрекъснато и ускорено растат. Последните значително изпреварват ръста на националния продукт. Търсейки решения, съответните правителства са се насочили към нови позитивни знания и дисциплини за изучаване на здравното обслужване, в които неокласическия икономикс е базова дисциплина.

Едно от най-пълните и аргументирани проучвания за причините на здравната реформа се представя от авторски колектив **R.M.Pestronk, G.L.Oxman, C.L.Gilliss, J.S.Dempster, J.T.Badgett, E.A.Garrett, D.Parham, J.Toro-Alphonso** (1994). Те обобщават причините, както следва: недостатъчно качество на обслужване, ограничен достъп до медицинска помощ, модел ориентиран към клиничната медицина, а не към медицинските потребности на хората, недостатъчно внимание към първичната помощ и профилактиката. Декларирано е, че това са особености на здравеопазната система на САЩ. Ясно поставените причини създават условия за перфектно дефиниране на конкретни измерими цели. Фиксира се вниманието върху осигуряване на високо качество и ниски разходи в здравеопазването. Измерителите на изхода от системата са реална оценка за протичане на реформата, твърдят същите автори.

Непрекъснатото нарастване на разходите за здравеопазване е основание учените да търсят пътища за решаване на този проблем. При изследване на програмата Medicaid, **C.J.Barrilleaux** и **M.E.Miller** (1992) правят извода, че при записване за здравни услуги значително влияние оказва политиката, но при използването им тя има много слаб ефект. Не се потвърждават и очакванията на авторите, че осигуреността с ресурси ще се влияе от достъпа и използваемостта им. Оказва се, че факторите с най-високо влияние са конкуренцията и частното застраховане. Реформата на здравеопазването в САЩ да бъде насочена към управление на пределните норми на разходите

предлага **P.B.Ginsburg** (1993). Чрез създаване на национален здравен бюджет и определяне на пределни разходни норми от политиките ще се постигне забавяне нарастването на разходите, твърди авторът. Включването на стойностни стратегии и норми при планиране на здравните грижи се предлага като вариант за намаляване нарастването на здравните разходи (**Kilbreth E., A.B.Cohen**, (1993)).

Реформа в здравеопазната система се наблюдава и в страни със социално-насочена политика. Проучването на **C.G.Eriksson, E.Mohs, E.Eriksson** (1991) представя насоките на промяна в здравната система на Коста Рика, определени от обществените, икономически, политически и географски особености на страната. В периода 1986-1990 г. здравната стратегия е насочена към окрупняване инфраструктурата на здравеопазването, интеграция на здравните достижения, обществено участие във всички здравни дейности и здравни приоритети. Инвестиции в системата се правят след анализ на процесите и резултатите, като задължително се прилагат защитни механизми за развитието ѝ.

Необходимостта от здравна реформа се свързва от **A.B.Bindman** (1994) с нарастване обективната потребност от първична медицинска помощ и от по-ефективно управление на лечебно-диагностичния процес. Научните проучвания показват, че насочването към първичната медицина осигурява по-евтино, с високо качество, обслужване. Авторът твърди, че предлаганият от него модел ще увеличи достъпа до медицинска помощ, ще подобри качеството ѝ и ще окаже влияние върху снижаване на нейната стойност. Достъпността и качеството на здравните услуги са предмет на изследване и от **M.A.Glasser** (1991). Реализацията на предложените промени, авторът вижда в намаляване на администрацията, свободния избор на лекар, професионалните сдружения за повишаване качеството на предоставяните услуги. **R.Fein** (1991) счита, че здравеопазването трябва да гарантира комплексна първична помощ, при еднакво качество на здравните грижи, до определено стойностно ниво и свободно осигуряване на съответна клинична помощ. Тези елементи могат да се приложат при:

- ясно определени правителствени приоритети;

- разработени разчетни характеристики за управление;
- програми за данъчно осигуряване.

Ресурсното снабдяване на здравните дейности, намаляването на административните и бюрократични проблеми, и осигуряването на здравно благополучие на населението са посочени като причини за провеждане на реформа в здравната система в САЩ от **M.V.Pauly** (1992) и **U.E.Reinhardt** (1992). Липсата на ефективни финансови ограничения за здравеопазването на САЩ създава възможност да се изгради високотехнологична система, която усвоява огромни капиталови ресурси. Използването им в медицинската практика и търсенето на оптимално ниво, за различните предоставяни услуги е обект на изследване на финансистите. Пазарните механизми налагат гражданите да заплащат по-висока цена от осигурителните стойности. Установява се, че системата често е безполезно скъпа, изисква заплащане на излишни здравни услуги. Независимо от множеството програми за здравно осигуряване, които подпомагат незастрахованите, много американци, в по-голямата част бедни, не могат да получат необходимата здравна помощ.

Една от рядко споменаваните, но обективна причина, е все по-трудното намиране на свободни пари за финансиране развитието на дейността на здравеопазването (**Sterns J.B.**, (1994)). Парадигмата за нови форми на финансиране, на организация и на макро-икономическо управление, през последното десетилетие е еднаква за цялата реформираща се световна здравеопазна система, е мнението на **D.Chernichovsky** (1995). Политиците чрез тази парадигма се опитват да осигурят равенство, социална ефективност и удовлетвореност на населението. Парадигмата се налага с три системни функции: 1) общественото финансиране на здравеопазването не е необходимо да се изпълнява само от държавата и от правителството; 2) организацията и управлението на здравните фондове се извършва от конкуриращи се неправителствени организации или от неконкуриращи се публични административни органи; 3) доставяне на медицинска помощ на принципа на конкурентен пазар. Тази парадигма дава възможност за конкретизиране целевата функция на здравната реформа.

В статия на **K.Nayeri** (1996) се разисква разнообразието на причините довели до плана Клинтън за реформа на здравеопазването в САЩ и пътищата за нейната реализация. Преобладаващите са от социално-медицински и икономически характер. Успоредно с останалите причини за реформа на здравеопазването, **M.H.Hodge** (1991) конкретизира голямото значение на икономическата криза в света. При новите икономически условия на работа, като причина за реформата, се определя потребността от изграждане на ново, по-ефективно здравеопазване (**White K.R., J.W.Begun**, (1966)). Същите автори подчертават, че това не е отрицание на традиционната система, а опит за нейното усъвършенстване в здравно-икономически аспект; да бъде адекватна на новите условия на социално-икономическо развитие.

Етичните проблеми, представени като справедливост при снабдяване с медицинска помощ, предполагат разработване на този проблем в капиталовата схема на медицинския пазар. От друга страна, препоръчваните от Световната банка и МВФ намаление на бюджета за здравеопазване и приватизацията водят до влошаване на обществените и здравни услуги. **J.Holcik** (1994) представя управлението, демографското развитие, професионалната подготовка, етичните проблеми и човешките ресурси, като определящи фактори в икономика на здравеопазването.

Едно социално ориентирано търсене на причината за реформата демонстрират членовете на **American College of Physicians** (1996). Те обясняват, че при съвременните условия на непълно осигуряване на населението с медицинска помощ здравното осигуряване се явява като проблем на определени групи или категории население. Реформата започва като повишена грижа на обществото за определени категории население, за да се превърне в локален и национален проблем за радикално реорганизиране на системата за здравно обслужване. Редица учени подлагат на анализ и дискусия проблема за влиянието на стареенето върху общественото развитие (**Feder J.**, (1990); **Davies A.M.**, (1989); **Blais R.**, (1989); **Applegate W.B., M.J.Graney, S.T.Miller, J.T.Elam**, (1991) и др.). Нарастването на населението на възраст над 65 години в световен мащаб, повисоките потребности от медицински грижи, намалената производителност и ограничената покупателна възможност на възрастните, налага изграждане на здравна политика по отношение планирането на предстоящите им потребности и активно участие в обществения живот.

## ***1.2. МОДЕЛИ НА РЕФОРМАТА***

Реформата на здравеопазването в света не протича в стриктно определени форми и модели. За това причините са комплексни, но едно от обясненията се крие в статията на **C.Popper** (1995), където се посочват големите възможности за проявяване на инициатива в реформиращото се английско здравеопазване. Реформата не се управлява изцяло централно, а е резултат в голяма степен от вижданията на изпълнителите в нея.

Европейските системи на здравеопазване се ориентират към двата водещи модели - Беверидж и Бисмарк. Авторите **M.Cichon; C.Normand** (1994), разисквайки основните черти на тези две най-разпространени в момента европейски системи (държавно управляваната, наречена Беверидж и здравно-осигурителната - Бисмарк) отчитат, че първата гарантира на всички граждани необходимото им здравеопазване при приемлива, контролирана цена, но с по-ниско качество, докато втората гарантира по-добро качество на медицинската помощ, но на много по-висока цена и не на всички нуждаещи се. Затова се налага търсенето на нов модел, който да е някакъв микс, осигуряващ на всички високо качество на медицинската помощ при приемлива социална цена.

**T.A.Denton** и **G.A.Diamond** (1995) твърдят, че при настоящата реформа вниманието е насочено към цената на медицинските грижи. Причината - рязко покачване на разходите за здравеопазване и значителният им дял в националния бюджет. Разработват се различни начини за намаляване на разходите. Сред тях са водещи управлението на дейностите, договарянето им и създаването на нормативни документи от държавата за ограничаване свободното движение на разходите. Реформата се организира, като се гарантира на пациентите желаният резултат в смисъл на добро медицинско обслужване и високо качество на живот. Авторите разглеждат стратегията за рембурсиране с удовлетвореността на пациентите от медицинската помощ. Перспективите на развитие на реформиращата се здравеопазна система са насочени към "запазване на пациента в центъра на дебатите при крехкия баланс между оптималния размер на помощта и социалната ѝ цена." Във "For goodness' sake: expected therapeutic benefit as a basis for healthcare delivery" **T.A.Denton** и **G.A.Diamond** (1995) разискват върху стойността на здравеопазването. Причината - драстичното ѝ нарастване и силното ѝ влияние

върху икономиката, върху правителството и върху медицинския сектор. Разисква се значението на различни модели за икономия на средства, като рембурсирането е един от тях. Търси се баланс между ползи и разходи в здравеопазването, като се съобразява и мнението на пациентите.

Такава реформа има комплексен характер - насочва се към всички елементи на здравеопазния модел, както твърдят **L.J.Blumberg** и **L.M.Nichols** (1996). Вниманието следователно е фокусирано върху усъвършенстване на елементите на здравния модел, което се явява съдържанието на реформата. Така например **D.I.Baines** и **D.K.Whynes** (1996) анализират модела с предоставяне на финансовите ресурси на общопрактикуващия лекар, посочват редица негови предимства, като сравняват резултатите от работата му с лекари-специалисти, неразполагащи с такива фондове. Успоредно с моделите на националните здравни системи се разработват и конкретни модели по видове заболявания или здравни мероприятия (**T.M.Kelly** и **K.Donovan**, (1995)). Сравнително условна е разликата между модели и програми - мероприятията се срещат и под двете имена.

Неуспорим факт за здравеопазването е, че здравни ресурси са ограничените. Тяхното разпределение предизвиква значителен резонанс, включително и морален. Затрудненията идват от автономията, плурализма, либералният характер на американското общество и независимостта на здравните заведения. При тези условия **S.D.Goold** (1996) естествено поставя въпросът кой и как ще управлява разпределението на оскъдните ресурсите за да се оптимизира здравната система. Предлага да се следят три процеса при насочване на новите капитали - разход-полза анализ; информиране на вземащите здравни управленчески решения от управляващата партия и демонстрация на игнорираните райони.

Като червена нишка през всички модели за реформа се прокрадва намаляване издръжката на здравеопазването. Според **D.R.Masys** (1996) през последните години на това десетилетие, американското здравеопазване навлезе в период на значителни икономически промени. Тяхното решаване се прави понякога чрез заместване финансирането "fee-for-service" на медицинската помощ с финансиране при фиксирани цени и капитализиран здравен план. Целта - намаляване стойността на здравната помощ.

**S.Altman** (1994) в резултат на обстоен анализ подчертава, че основните компоненти на здравния модел на Клинтан са:

- създаване на реална, осигурявана от работодателите, здравно-осигурителна система;
- осигуровката да покрива всички граждани;
- поставяне на разходите в здравеопазването в зависимост от система национални ограничители.

Авторът предлага, лимитираните разходи да представляват нарастването на националния вътрешен продукт + 1% и движеща сила на реформата да са регионалните съглашения.

**E.L.Cohen** и **T.G.Cesta** (1994) съобщават, че кейс-мениджмънт системата е традиционна, но в етапа на реформа придобива нови черти. Тя отразява динамиката, обединението и мултидисциплинарността на предоставяната медицинска помощ. “Поради базовото му положение при контрола на стойността и качеството на медицинската помощ, той ще играе значителна роля в здравеопазването реформа в следващото десетилетие при програмите за острите и хронични заболявания”

Неразделна част от модела на съвременното здравеопазване е договарянето на медицинската помощ. Процесът е динамичен и непрекъснато се усъвършенства, с оглед получаване на по-висока ефективност на системата. В статията на **R.Ray** (1995) се разглеждат някои нови черти на договорите, сключвани през 1995 г. Наблюдава се нов клас финансов продукт, не срещан досега - иновацията. Това позволява на предписващите медицинска помощ ефективно да замразят стойността ѝ. Това позволява не само контрол върху разходите, но и едно по-добро планиране за бъдеще.

Друг елемент от реформата е фокусиране на медицинската помощ върху първичната помощ. Това повдига нова парадигма в организационния модел на първичната помощ. Оформя се моделът на съвместна работа на медицински специалисти, оказващи първична медицинска помощ на лицата, семействата и общините. 4 годишен експеримент на **R.Courtney** (1995) е доказал

ефективността на съвместния екип от разнородни специалисти за работа в първичната медицинска помощ.

Основно направление в модела на реформата е включване на пациентите в опазване на здравето и осигуряване на ефективна медицинска помощ чрез допълнително запознаване с проблемите на болестта. Особено ефективен е този подход при хроничните заболявания, твърди **A.Cookingham** (1995). Следователно реформата предполага и обучаване на пациентите, като неразделна част при търсенето на ефективност в първичната медицинска помощ.

Голям екип от специалисти (**Devers K.J.; S.M.Shortell; R.R.Gillies; D.A.Anderson; J.B.Mitchell** и **K.L.Erickson** (1995)) осмисляйки проблемите на здравната реформа във Великобритания, насочват вниманието към вертикалното интегриране на елементите в модела на здравеопазната система. Едно от предимствата на новата система е ефективните усилия за вертикално интегриране. Национално проучване отдиференцират три активни нива на интегриране - функционално, система на практикуващите лекари и клинично. С измерване дейността им е възможно отчитането на прогреса в реформиращата се система.

**J.Christianson, I.Moscovice** (1993) разглеждат неравнопоставеността на селските райони в модела на здравната реформа. Авторите предлагат няколко варианта на модел, фокусирани върху потенциалните възможности на реформата и мрежата за селско здравеопазване. Предлага се реформа в организацията и развитието на селската практика, ремборсирането на дейностите в селските райони, разширяване на медицинската практика и повишаване ролята на държавата в организирането, развитието и структурирането на селската здравна помощ.

**V.Tabbush, G.Swanson** (1996) в обширно проучване доказват, че в условията на здравната реформа плащанията на осигурените драстично нарастват, включително и на държавата. В същото време поръчващите медицинска помощ, т.е. здравната администрация, се насочват към драстично свиване на разходите, като се заплаща на глава, а не на извършена дейност. Това задължава здравните заведения да си изградят нова парадигма за разходите в

здравеопазването - икономия. Постига се с намаляване на качеството и ограничаване на потребността от медицинска помощ. Разходите в здравеопазването намаляват в сравнение с миналото, като се претендира за по-високо качество, което е невъзможно.

В резултат на проучването на 2200 малки предприятия установяват, че задължението на работодателите да осигурят с медицинска помощ наемните работници, е довело до спадане на възнагражденията в повече от 60% от предприятията. Средното намаление е с 1500\$. Едногодишното осигуряване струва около 1000\$. Ощетените са работниците и мнението на **C.G.McLaughlin; W.K.Zellers; K.D.Frick** (1994). Работодателите се възползват от това ново плащане за да намалят реалната заплата на наемните работници. Социалният ефект от поемането на здравните осигуровки от работодателите е обратен.

По повод на горното и още, че реформа на здравеопазването е част от прокламираната вътрешната политика на Президента Клинтън **V.R.Fuchs** (1994), като описва водещите моменти в плана и изтъква специално реформата в осигуряването и общата достъпност до здравеопазването предлага в бъдеще три промени: - освобождаване на работодателите от осигуряването; навремени технологични промени; повишаване социалната ангажираност на правителството със здравеопазването.

**K.Polzer** (1994), като разглежда въпросът за различния риск в условията на тотална здравна осигуровка, определя потребността от създаване на нова институция, която да отчита разликата в риска. Здравният бизнес налага такава диференцировка. В противен случай осигурителните организации ще отбягват боледуващите и ще се насочат към осигуряването на здравите граждани. В Ню Йорк е направен опит да се оформи двуелементно заплащане на осигуровката - една при нормален риск и втора, за повишен риск за боледуване, която се явява едно допълнително заплащане в бъдеще.

Едно от последните усъвършенствания на системата за заплащане на медицинската дейност, масово прилагано в САЩ и Холандия, е "съобразено с риска заплащане на глава". Едно от големите предимства - здравната система е заинтересувана да насочи вниманието си към профилактика на

заболяванията, а не към тяхното лечение, съобщава авторски колектив **W.P.Van-de-Ven; R.C.van-Vliet; E.M.van-Barneveld; L.M.Lamers** (1994).

### ***1.3. МНЕНИЯ ЗА РЕФОРМАТА***

Анализът на организацията и провеждането на здравната реформа показва, че тя се поддържа от високите нива на държавните и политически институции, какъвто е случая с Клинтън, докладва **S.Altman** (1994).

Перфектният, свободен, конкуриращ се здравеопазен пазар не е в състояние да реши редица социални моменти, като общ достъп до медицинска помощ. Директната връзка между пациенти и лекари не е в състояние да гарантира качеството на медицинската помощ. Инфлацията на здраваната помощ расте с изпреварващи темпове, включително и за държавните медицински програми, доказва **W.Sumner** (1994). Отчитайки и други черти на пазарната медицина, авторът предлага да се създаде и внедри нов модел на здравеопазване, пазароподобен, коригиращ или контролиращ недостатъците на здравния пазар.

**S.N.Banoob** (1994) отчитайки, че създадените здравно-осигурителни фондове в западните страни не покриват реалните потребности на населението от медицинска помощ, съветва страните в преход към тази форма на финансиране да не допускат тази досадна грешка. Особено актуален е съвета за бившите социалистически страни.

### ***1.4. СВЕТЪТ В РЕФОРМА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО***

От 80-те години на настоящето столетие всички развити и много от развиващите се страни правят преценка на здравеопазната си система. Реформата на здравеопазването се развива като глобален феномен. Както пише **D.Hunter** (1997) страните взаимно си учат уроците. Особено активна е реформата в страните с централизирана система. Те въвеждат пазарни елементи, като вярват, че пазарът ще повиши ефективността, ще даде повече власт на консуматорите за да защитават претенциите си, ще се подобри контролът на разходите и ще се наруши единството в администрацията. Движението напред е към демокрация, разнообразие и плурализъм. Известно

напрежение се наблюдава от създаване на условия за равнопоставеност на общественото и частното здравеопазване и за смяна на модела за финансиране. Внедрява се някакъв обществено-частно здравеопазване микс.

Флагман в реформата на здравеопазването за Европа е Великобритания (**R.Levaggi** (1996)), а в световен мащаб - САЩ и програмата на Клинтън (**A.Babazono, T.Tsuda, Y.Mino** (1996)). Тези две страни, излизайки от различни позиции, първи осъзнаха необходимостта от реформа и приближаване на взаимно отричащите се здравеопазни системи.

**A.Maynard** (1994) оценявайки резултатите от реформата на здравеопазването в Англия дефинира целта като ефективно разпределение на ресурсите в условията на пазарна конкуренция. Посочва, че значителни са уроците от проведената реформа. Те поставят редица нови въпроси: Ще има ли нова Хипократова клетва, изискваща осигуряването на медицинска помощ на базата на професионални знания, като ефект, но постигната на по-ниска цена, създадена в един вътрешен пазар? Кой ще регулира вътрешния здравен пазар и как? Кой ще реформира към най-добро здравните проблеми? Реформата във фондовете съставна част на процеса по реформата ли е, или самостоятелно част от реформата? От статията следва, че резултатите от реформата предизвикват нови въпроси, които чакат отговор. Реформата се явява един непрекъснат процес, който търси отговори на повдигнатите въпроси.

Реформата на здравеопазването, започнала в Великобритания, бързо се заимства и от други страни. Италия, според **R.Levaggi** (1996), върви по същия път. Характерна черта - вътрешният пазар и отграничаване на отговорностите на купуващите и на оказващите медицинска помощ. В статията се разискват взаимоотношенията между договарящите се страни и начина на реализиране на конкуренцията между здравните заведения. Особено внимание се отделя на притесненията от вероятностният характер на заболяванията и изискванията за перфектно договаряне. Резултатите показват, че при повече от 75% от сключени договори договореностите не са изпълнени. Разискват се и причините за слабостите на договорите.

**S.Bach** (1994) съобщава за реформата във Франция. Разглежда етапите от 1980 г. Първият и вторият етап, съответно в началото на 80-те и на 90-те

години, са свързани със задържане цената на здравните услуги в обществения сектор. Въвежда се участието на пациентите в издръжката на здравеопазването. След 1991 г. започва нов етап с цел балансиране между частното и обществено здравеопазване. За общественото здравеопазване се правят дългосрочни финансови прогнози, с което се постига дълбочина на реформата. Френският опит показва, че е трудно да се овладее нарастването на издръжката на здравеопазването, твърди авторът.

Реформата в здравеопазването на Холандия е също реалност. Датира от 1989 г. (**F.T.Schut**, (1995)). Първоначално задачата е да се заинтересуват двете страни в здравеопазването от стойността му и ефективността му. Пазарната инициатива е в осигурителните фондове и доставчиците. Търсенето на оптималност между различните елементи на здравната система в новите условия е все още нерешена задача. Сега целта е общественото, централно финансиране да се обогати с пазарни елементи. Задачите - да се направат здравните звена по-ефективни; да се осигурят повече иновации и да се обърне към проблемите на пациентите при условията на равнопоставеност, съобщава **W.P.Van-de-Ven** (1996). Поставя се отново проблемът за солидарност във финансиране на здравеопазването. Доказателство за правилността на реформата са световните тенденции за налагане на този модел. Движението напред предполага приближаването към един идеален здравеопазен модел с добра ефективност. Конкуренцията се препоръча като подход за оценка цената на парите в здравеопазването. При тези условия нараства ефективността на здравеопазването, но и нараства издръжката на здравеопазването. Равенство в здравеопазването може да се постигне, ако се дефинира като "равен достъп до cost-effective медицинска помощ в приемлив период от време" (не веднага и не сега). Така ефективността се свързва с медицинските индикатори и условията при които се развива болестта. Срещу допълнително доплащане потребителят може да отиде и при по-добър специалист, да се лекува и при по-добри условия извън договорените. Така се осигурява правото да прави избор на холандския пациент.

Германската реформа е продиктувана от трайните тенденции за промяна на демографските, икономическите и медицински процеси. Известна е като "Реформа 2000" (**G.Neubauer** (1995)). Целта е редуциране на разходите от осигурителната система. **J.M.Graf-von-der-Schulenburg** (1994) посочва

основните елементи на германската здравеопазна система. Те са свързани с здравната осигуровка и доброволното застраховане. Почива на плащане за извършена дейност на здравната мрежа. Реформата на здравеопазването се свежда до стабилизиране на здравните разходи по отношение на брутния национален продукт. За целта през 1993 г. е приет нов закон за драстични реформи в системата. Заплащането на лекарите е някакъв микс между финансиране на глава от населението и за извършена дейност. Настъпват промени и във финансирането на болничното лечение. Запазва се старата форма, като се включва и диагностично свързаните групи. Осигуряват се условия за съревнование между здравните фондове. Съществува, обаче, и известно съмнение във ефективността на съревнованието, тъй като тяхната дейност е централизирано регламентирана и няма простора за пазарното регулиране. **R.Busse** и **F.W.Schwartz** (1997), описват резултатите от реформата в Германската здравна система. По-съществените са: ликвидиране на границата между болнична и доболнична система; увеличаване на амбулаторните операции; рязко снижаване на времето на болнично лечение. Реформата не доведе до намаляване или по-добро контролиране на разходите.

**R.A.Gustafsson** (1995), разглеждайки реформата в здравеопазването на Швеция, която протича както в останалите европейски страни, обръща внимание на факта, че здравните работници не са мотивирани от реформата. Както всички страни, така и Швеция, при повеждане на реформата в здравеопазването е притисната от необходимостта да се държи нарастването на цените на здравните услуги, като непрекъснато се подобрява тяхното качество, съобщава **A.Creese** (1994). Известен проблем в това отношение създава достъпността и равенството в ползване на медицинска помощ и нейната ефективност.

Реформата в САЩ е всестранна. Макар и с еднакви мотиви съдържанието ѝ в различните щати се различава поради адресираното ѝ към конкретните местни потребности. **N.Featherstone** (1994) разглежда плана за реформа и нейната специфичност за щата Ню Джърси. **J.W.Fossett** (1993), описва щата Ню Йорк като специфичен елемент от националната здравна система на САЩ, със специфичните насоки на реформи.

Канадците са горди със своята здравна помощ твърди **R. Attenborough** (1997). Тя почива на 4 основни принципи: свободен достъп, пълно обхващане на населението, портативна и държавна администрация. Предизвикателството на развитието е подобряване на здравния статус на населението при запазване на разходите в системата. Това е глобалната цел на провеждащата се реформа там. **T.R. Closson** и **M. Catt** (1996), описвайки реформата в Канада отбелязват, че периода 1970-1989 г. е десетилетия на бързо нарастване на здравното обслужване. В резултат държавата поръча проучвания, които да посочат пътя на бъдещото развитие на системата. Изкристализираните принципи на Канадската реформа, в резултат на научните проучвания са: ориентиране към общините; последователност и приемственост на медицинското обслужване; и промоция на здравето. На тези принципи е подчинена изцяло реформата. Те са ограничители на нейното развитие.

Интересното за развитите индустриални страни е активното насочване към здравна реформа. Типичен пример е Япония. **A. Babazono; T. Tsuda; Y. Mino** (1996) изтъкват, че въпреки ниската стойност на японското здравеопазване и пълната осигуреност на населението с медицинска помощ, отвореността на японската здравеопазна система трябва да се съобразява със световните тенденции. Подчертава се, че съществуващата здравеопазна система в Япония не е в състояние да реши проблема с качеството на медицинската помощ, следователно се налага здравна реформа. Причините не са както обикновено - икономически, а чисто медицински.

**C.M. Grogan** (1995) описва реформата на здравеопазването в Китай. Първият етап е през 1978, когато обект е селското здравеопазване. По-късно, през 1984 г., успоредно с икономическата реформа е реформирано и градското здравеопазване. Финансирането на китайското здравеопазване е по месторабота. Развитието на Китай е към свободен пазар, затова и здравеопазването е пазарно ориентирано.

Израелското здравеопазване (1995) регистрират първите резултати от реформата. Те са в три направления:

- здравноосигурителните фондове са определили пакетите то здравни услуги, на които има право всеки гражданин и финансирането им е публично;
- държавата е освободена от задълженията за организиране, управление и снабдяване на здравната система;
- преструктуриране на министерство на здравеопазването.

Както обикновено в обществената политика, единството е във връзка с диагнозата, но не и с решението за промяна. Затова и резултатите са незначителни, е мнението на **D.Chernichovsky** и **D.Chinitz** (1995).

За реформата в здравеопазването на Нова Зеландия съобщава **R.Neame** (1995). Основните направления възпроизвеждат тенденциите на световната здравна реформа - намаляване на разходите и търсене на решението му в пазарно ориентираната форма.

Работата в бедност на голям брой вертикално изградени здравни селски програми обвързват Министерствата на здравеопазването на страните от третия свят. Програмите са повече политическо желание, отколкото финансово осигурена реалност. При тези условия провежданите здравни реформи са специфични за тези страни. **S. Smith-Nonini** (1997) разглежда здравните реформи в една доскоро воюваща страна, като Ел Салвадор. Реформиращото се здравеопазване е елемент от мирния процес. Друга характерна черта е, че се управлява от местните ръководители при активната помощ на Министерство на здравеопазването. Структурната реформа е насочена към изграждане на първичната медицинска помощ от централизиран вид, отговаряща на нуждите на населението.

Един от шлагерите на общественото развитие в развиващите се страни се явяват не правителствените организации. Особено голяма активност те развиват в сферата на здравната реформа в Латинска Америка (**Dickson K.** (1997)). Определя се значението им в изграждането на модела на бъдещото здравеопазване и неговото структуриране и комплектоване. Не на последно място се отделя внимание на формите на съвместна работа на

неправителствените и правителствени структури в организирането и провеждането на реформата.

**J.L.Araujo-Junior** (1997) разглеждайки реформата в бразилското здравеопазване, обръща внимание на основната ѝ черта - децентрализацията. Стремехът е реформата да се насочи към по-голямо участие на общинските органи за управление и технология за участието им.

Съобщавайки за реформите в здравеопазването на Чили **S.Reichard** (1996) декларира съвременния характер на здравеопазването в тази Латинo Американска страна. Тя е всеобхватна и достъпна. Основните задачи са реструктуриране на здравната система, въвеждане на свободен пазар и опит за поевтиняване на медицинската помощ.

Местните условия силно влияят върху двигателя на реформата. **E.Einterz** (1996), разглеждайки тенденциите в развитието на здравеопазването в Африка определя голямата роля на здравните работници при избиране на целите в реформирането на съществуващото елитизирано, с безкомпромисни пазарни регулатори, медицинско обслужване.

Промените в здравните системи тип "Семашко" са драстични. Принципът в тях в основи се променя. Трябва да се приеме, че базов пример е здравеопазването в Русия. Там реална реформа няма, но се правят значителни анализи и подготовка перспективите ѝ. Вярно е и че информацията за реформата на здравеопазването в Руската федерация е малко. **И.Шейман** (1994) съобщава, че тя (реформата) е реалност като политическа воля. Подготвя се радикална реформа. В статията му са отбелязани основните елементи. Първостепенна е промяната във формата на финансиране. Предлага се нов модел на финансиране с преход от бюджетното към социално здравно осигуряване. Гарантира се локалната независимост на системата. Дискутира се степента на плурализъм. Търсят се съществени елементи за формиране на вътрешен пазар. Търси се смисъл в това, промените да се реализират на локално ниво. Проблемът е с регулирането и управлението в пазарната структура на доставчиците на здраве. Същият автор **И.Шейман** (1994) разисква протичането на здравната реформа в Руската федерация. Отбелязва, че основното ѝ съдържание се състои в:

- преминаване от централно бюджетно финансиране към социално здравно осигуряване;
- автономно управление на здравеопазването;
- създаване на пазарна конкуренция.

Посочва се, че в етапа на преход от по-голямо значение е управляването на пазарния преход, отколкото създаване на пазарни структури. **В.З. Кучеренко** (1994) в статия за реформата отбелязва, че преминаването към осигурителна система изисква създаването на стандарти, цени и възможности за оценка на качеството на оказваната медицинска помощ. Чрез тях се определят основните насоки на медицинската реформа.

Проблемът с реформата на първичната медицинска помощ в Словакия е разработен от **I.Svab** (1994). Началото е 1992 г. Съобразена е със състоянието на системата. Обект на промяна е смяната на бюджетното финансиране с осигурително. Първите резултати сочат, че нарастват броя на прегледите на глава от населението за 1 година; разрастване на общата практика.

**K. Wloch** (1993) описва полската здравна система, като централизирана, със значителни профилактични функции и финансирана от държавата. Целта на провежданата реформа е създаване на по-ефективна система, ориентирана към реалните местни потребности на населението. Това изисква отделянето на профилактичната и терапевтична медицина, създаването на частна и държавна осигурителни системи, и местно определяне на потребностите и тяхното обслужване. **M.D.Sheahan** (1995) съобщава, че реформата на здравеопазването в Полша, има макар и минимална, определени резултати. Вниманието е насочено към превантивната медицина. Реформата се притиска от редица политически идеи. Ефективно се поддържа от вътрешни и международни субсидии. С успех са проведени проектите за реструктуриране на медицинската помощ на местно ниво, моделът на предпазната медицина, националната учебна програма за обща медицина и фамилни лекари. Предефинирани са целите на превантивната медицина и е определено мястото и поведението на фамилния лекар и пациентите.

От изложението става ясно, че световната здравна система се реформира. Всички се стремят към по-ефективно и по-качествено здравеопазване. Пътищата са едни - конкуренция и контрол. Въпреки това разнообразието на моделите на реформа в страните по света е голямо.

#### ***1.5. ИЗВОДИ:***

- Реформата в здравеопазването се обуславя от следните причини:
- Глобалните икономически и социални промени в света, инфраструктурата и политическата конюнктура на страната, общественото и демографско развитие на населението;
- Нарастващият дял на разходите за здравеопазване в БВП, съпътстван от висока технологизация на системата, често излишна за пациента;
- Липсата на свободни пари за финансиране развитието на системата и слабости в данъчната система;
- Състоянието и разпределението на ресурсите в здравеопазването, децентрализацията и конкуренцията определят провеждането на реформата, като повишена грижа на обществото към потребностите на населението, но се превръща в проблем по реорганизация на системата;
- Научните проучвания и изграждането на нови позитивни знания за здравната система, здравните потребности и здравната осигуреност.

## ДЕМОГРАФСКИ ПРОМЕНИ

### ***1.6. ДИНАМИКА НА ЧИСЛЕНОСТТА НА НАСЕЛЕНИЕТО***

Здравето се свързва с благосъстоянието на хората и затова интересът към изследване здравното състояние на населението непрекъснато нараства. Основният проблем на медицинското обслужване зависи от демографските промени на населението. **N.Keyfitz** (1981), като анализира значителен брой демографски прогнози, отнасящи се за различни страни посочва, че когато говорим за относително краткосрочни прогнози (до 10-20 години) демографските промени могат да се предвидят, но извън тези граници прогнозите са нереалистични. Но дори да приемем, че прогнозите се правят за да не се сбъднат, то очакваните промени в демографското състояние на населението не трябва да се пренебрегват при оценка промените в здравеопазването. **Деннис Ахлбург** и **Джеймс Ваупел** (1990) представят прогноза за промените в числеността на населението в САЩ за периода 1990 – 2080 г. Според нея броят на жителите в страната се увеличава от 250 млн. през 1990 г. на 286 млн. през 2020 г., след което намалява на 280 млн. през 2050 г. и 265 млн. през 2080 г. Бумът на раждаемост от 1950 г. се ликвидира, само поради ниската раждаемост през следващите години. Същите тези изследователи предвиждат, че ако смъртността се промени с 1% годишно, населението ще нарастне през 2020 г. на 294 млн. души, а през 2050 г. на 307 млн. Ако промяната в смъртността е 2% ежегодно, то населението през 2020 г. ще възлиза на 302 млн. души и съответно на 333 млн. през 2050 г. и 349 млн. през 2080 г. Друг интересен факт е, че при тази прогноза населението на възраст над 65 г. би нарастнало през 1990 г. с 12%, а през 2050 г. с 30%, което дава възможност за допълнителни анализи и оценки.

**Wolf Douglas** (2001) отбелязва, че промяната във структурата и броя на населението е главен фактор за настъпващите промени в системата на медицинско обслужване на хронично болни.

**Таблица I.1. Брой население в САЩ (млн.души)**

ПОКАЗАТЕЛИ / ГОДИНИ	1990	2020	2050	2080
Брой население - Прогноза	250	286	280	265
Прогноза 1 – намаление на смъртността с 1% годишно	-	294	307	307
Прогноза 2 – намаление на смъртността с 2% годишно	-	302	333	349
Нарастване на населението на възраст над 65 г. при прогноза (2)	12%		30%	

*Източник: D. Ahlburg and J. Vaupel, Alternative Projections of the U.S. Population (1990)*

Според **David McKusick** (1999) единица увеличение на възрастта на населението удвоява финансовата тежест на здравната система. Авторът посочва, че на земята в близките години населението ще включва все повече ползващи здравните услуги и неголям брой работещи, които чрез данъците ще трябва да покриват разходите за здраве на първата група. Ситуацията е значително по-тежка в САЩ, където бумът на ражданията след Втората световна война е значително по-голям.

Динамиката на демографските процеси в периода на преход в здравеопазването у нас се представя в редица публикации на български автори (**Чешмеджиева А., С.Бачев**, (2003); **Чешмеджиева А.**, (2006); **Чешмеджиева А.**, (2008); **Милева М.**, (1987); **Юркова К., Е.Делчева, Е.Шипковенска, М.Милева**, (1991) и др.). Авторите посочват, че промените в структурата на населението водят до по-високи потребности от здравни услуги. Налага се изводът, че реформата трябва да се насочи към по-ефективни форми на медицински дейности.

### ***I.7. ЕСТЕСТВЕНО ДВИЖЕНИЕ – РАЖДАЕМОСТ, СМЪРТНОСТ, ЕСТЕСТВЕН ПРИРАСТ***

След Втората световна война раждаемостта нараства устойчиво, като достига връхната си точка през 50-те години. Този пик оказва въздействие върху работния потенциал около 1965 г., а влиянието му върху системата на здравеопазване ще настъпи към 2010 година. След отбелязания връх в

раждаемостта се наблюдава тенденция към намаление. Значението на раждаемостта се определя от равномерното осигуряване на работна сила, пропорционално на групата в над трудоспособна възраст. Намаляващия процент на раждаемост, оказва неблагоприятно въздействие върху общественото развитие, предоставянето и използването на здравни услуги, пенсионното осигуряване, частното и обществено разпределение на ресурсите, и др.п. В изследванията си **W. Butz, M.Ward** (1979) посочват, че през следващите 75 г. поради ниската раждаемост и увеличената продължителност на живот на хората на възраст над 65 г., финансовото състояние на здравеопазването ще се влошава.

Съществуват някои теории, които обвързват раждаемостта с икономическите фактори. Наблюдаваната зависимост – в семейства с ниски доходи и страни с ниски доходи на глава от населението раждаемостта се отчита по-висока раждаемост от такива с високи доходи (**Butler R.**, (1997)). Икономическият ръст също се свързва с раждаемостта. В промишлените общества децата могат да станат елемент на повишени доходи, тъй като са обвързани със системите на образование, култура, свободно време. Като се има предвид ниската раждаемост, обаче, едва ли може в скоро време да се очакват подобни промени. Предполага се, че малката кохорта, която се включва в работната сила няма да доведе до значими изменения в социалната област.

Разпределение на населението по пол и възраст се определя от *раждаемостта, смъртността и естествения прираст* От тях смъртността оказва най-силно влияние на финансовото състояние на здравната система (**Големанов Н.** (1999, 2000, 2001)). Промяната в *средната продължителност на живот*, се отразява на разходите за здравеопазване. *Етническата принадлежност*, също има отношение към смъртността на населението.

### ***1.8. ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ЖИВОТ***

Старееенето на населението е най-характерното демографско явление на съвременната епоха, обусловено от сложни комплексни фактори – естественото възпроизводство на населението, интензивността и посоката

на миграция на населението, санитарно-демографските последици от войните (**Безруков В., Н.Сачук**, (1990)). По мнението на автора големината и темповете на прираст на населението са различни в отделните страни. На тази база в редица страни се наблюдава значително намаление на относителния дял на детското население (0-14 г.) и значителен ръст на населението в напреднала възраст.

В Русия се наблюдава снижение на средната продължителност на живот (Таблица 2.) и постоянно нарастване делът на лицата над 60 г. (Таблица 3). (**Ю.Комаров**, (1998)).

**Таблица I.2. Средна продължителност на живот в Русия**

ГОДИНИ	1987	1992	1993	1994
Средна продължителност на живот (в години)	70,1	67,9	65,1	64,1

*Източник: Комаров Ю.М., 1998*

**Таблица I.3. Лица на възраст над 60 г. в Русия**

ГОДИНИ	1970	1975	1980	1990	1992	1994	1996	1997
Относителен дял на лицата на възраст над 60 г. (в %)	11,9	13,6	13,8	16,0	16,5	16,7	16,8	17,6

*Източник: Комаров Ю.М., 1998*

Средната продължителност на живота в Корея се е увеличила от 52,4 г. през 1960 г. на 65,9 г. през 1980 г., като авторът **D.W.Shim** (1998), прогнозира към 2000 г. тя да достигне 73 г.

Най-голямата продължителност на живот е отбелязана през 1991 г. в Япония – 76,1 години при мъжете и 82,1 години при жените (**Suzuki M. et al.**, (1997)).

Населението на Европейските страни също е засегнато от приплемите на стареене - в сравнение със 70-те години продължителността на живот в тях нараства почти с пет години. Този ефект на естествено демографско стареене ще наложи увеличение на обществените разходи за

здравеопазване, като все по-голяма част от БВП ще се заделя за здравната система (**Watson R.**, (2001)).

Някои индустриални страни като Япония и САЩ представят информация не само за по-висока продължителност на живот, но и за по-здравословен начин на живот. В САЩ, независимо от стареенето, процентът на недееспособно население намалява. В развиващите се страни подобни процеси не се наблюдават. В тях 60% от населението на възраст над 60 години има значителни здравни проблеми, като този процент непрекъснато се увеличава и се очаква да достигне до 80% през следващото столетие (**Butler R.**, (1997)).

### ***1.9. СТАРЕЕНЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО***

Стареенето на населението има глобален характер – регистрира се на всички континенти. Определя се от естественото възпроизводство, миграцията и нарастване продължителността на живот на населението. Темповете на промяна са различни за отделните страни. По данни на ООН населението на Земята на възраст над 65 г. ще нарастне от 328 млн.души през 1990 г. до 822 млн.души през 2025 г. (1992). Експертите на СЗО отбелязват, че “проблемът не е само в това, че се увеличава числеността на населението, но и в това, че се отчита неговото “застаряване”, доколкото се увеличава броя на лицата, живеещи дълго.

Характерна черта на глобалното застаряване на населението е нарастващият брой на хората на възраст над 75 г. - рисковата група в популацията на възрастното население. Една от страните с най-възрастно население е Русия – по данни на **С.Г. Кисилев** (1995) 20% от общата численост на населението са възрастни хора. През 1994 г. в Япония групата на възраст над 65 г. представлява 14,1% от общото население на страната (**Suzuki M. et al.**, (1997)). Американските демографи също предвиждат бърз растеж на лицата в напреднала възраст. Подчертава се, че тази група изисква специално внимание по отношение на заболяемостта, намалената социална подкрепа, ограничените доходи и др. (**Schimer M., J.Kahana**, (1992)). Някои автори (**Callahan D. et al.**, (1995)) прогнозираат, че 30% от населението на Европа през 2040 г ще бъде по-възрастно от 60 г. А

**Таблица I.4. Промяна в демографските показатели в някои Европейски страни**

Страни	Относителен дял на лицата над 65 г.	
	1993 г.	2025 г.
Германия	15,4%	23,3%
Великобритания	15,8%	21,5%.
Франция	14,7%	22,6%
Италия	15,5%	24,1%
Швеция	17,6%	23,7%
Швейцария	14,6%	22,4%

*Източник: Ribbe M.W. et al., 1997*

нарастването на възрастта на населението води до повишени изисквания към здравните и социални системи (**Butler R.**, (1997)). По данни на **M. Ribbe et al**, (1997) относителния дял на лицата над 65 г. възраст в някои Европейски страни ще надхвърли 20% през 2025 г.

По-големите потребности на възрастното население изискват и осигуряване на специфичната медицинска помощ за него. Едновременно с това намалява дохода на обществото от който могат да се заделят средства за здравеопазване. Възрастните поради ограничената си покупателна възможност и намалена производителност по-скоро се явяват консуматори в обществото, отколкото производители. В резултат на това възникват проблеми при финансиране на здравеопазването – повишаване на издръжката, намаление на привилегиите, поява на финансиращи инициативи, които спекулират с възрастното население (**Feder J.**, (1990)).

В Китай с ограничени ресурси се развива най-голямата в света мрежа от здравни услуги, съобщават авторите **P.Yang, V.Lin, J.Lawson**, (1991). През последните 40 години здравният статус на населението се подобрява

ефективно в резултат на комплексни грижи за жителите на страната – универсални възможности за осигуряване на необходимата храна, жилище, обзавеждане, транспорт, работа. Достъпно здравеопазване и профилактика. Съществуват и проблеми, свързани с високия естествен прираст, застаряването на населението, неравнопоставеността между селото и града, ниска производителност на здравните услуги. В страната нараства относителния дял на хроничните заболявания, травмите и професионалните болести. Обсъжданите мерки за промяна в здравната политика включват не само реформа в здравеопазването, но и общоикономическа реформа. Глобалните демографски проблеми ще оказват влияние върху здравето и здравеопазването през следващите десетилетия, дори повече от днес, посва в изследването си **M.Catley-Carlson** (1992). Той представя петте най-значими проблема, свързани със здравето:

- Световното стареене на населението, промените в смъртността и предоставянето на лекарска помощ;
- Увеличаващата се световна бедност и причините за нея през този век, които пряко влияят на здравния статус;
- Етичните дилеми, свързани с новите технологии за възпроизводство и за продължаване на живота;
- Здравните потребности на населението и достъпността до медицинска помощ;
- Задоволяване на неограничените потребности на здравеопазването чрез разпределяне на оскъдните ресурси.

Ефективни действия, които могат да повлияят на посочените проблеми са обучение на хората за връзката между здравния им статус и средата, начина на живот, социоикономическия статус и др.п.; подготовка на медицинските кадри за глобалните предизвикателства, широко международно сътрудничество. Страните са длъжни да инвестират във световните усилия за планиране на семейството, първичното образование, да разработват глобални стратегии за развитие на здравната система и елементите ѝ.

## ***1.10. МИГРАЦИЯ***

Анализа на основните тенденции в миграцията на населението позволява да се определят закономерностите на демографското развитие и динамиката в показателите на общественото здраве.

В Русия през последното десетилетие на XX век потока на миграционните промени се променя. За периода 1989 г. – 1998 г. в страната са влезли около 8 млн. души, а са я напуснали 3,8 млн. души (**Хмель А.**, (2003)). Основно мигриращите в страната са по политически и икономически причини. Тези миграционни промени оказват съществено влияние върху общественото здраве. Мигрантите коренно променят начина си на живот, живеят в състояние на дистрес. Аналогични промени изпитва и коренното население на страната, приемаща миграционния поток. Налага се провеждане на профилактични мероприятия за минимизиране на рисковете от миграционното движение.

**Ю.Комаров** (1998) представя данни за миграционните процеси в Русия за периода 1980 г.-1997 г. (Таблица 5).

**Таблица 1.5. Механично движение на населението в Русия за периода 1980 г. – 1997 г.**

Година	Влезли	Излезли	Разлика
1980	876371	780650	95721
1985	877131	705080	172051
1990	913223	729467	183756
1994	1146735	337121	809614
1995	842050	339600	502450
1996	631592	288048	343544
1997	583260	234284	348976

*Източник: Комаров Ю., Положение здравоохранения в Российской Федерации, 1998*

Промените, в резултат на механичното движение на населението, преди настъпване на реформите (1980-1990) са около два пъти по-слаби от процесите, настъпили в годините на промяна (1990-1997).

#### **I.11. ИЗВОДИ:**

- През последните тридесет години се отбелязва глобално застаряване на населението, характерно за всички континенти, включително и България;
- Най-характерна черта на глобалното застаряване на населението е нарастване на хората на възраст над 75 г., определена като рисковата група, в популацията на възрастното население.
- Важен елемент от процеса на глобално застаряване на населението е нарастване броя на жените в популацията на възрастното население. Един от аспектите на това явление е увеличаване броя на вдовиците. Налага се необходимостта от отчитане на тези фактори, тъй като жените по-често ползват медицинска помощ
- Характерните черти на глобалното застаряване на населението на планетата, не са по-различни за територията на България.

## ПРОМЕНИ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

### ***1.12. ИКОНОМИКА И ЗДРАВЕ***

В условията на икономическа криза намалява финансирането чрез държавния бюджет във всички социални сфери (**Пътеводител на икономическите показатели**, (2000)). Специалистите разискват потребността от изграждане на нова система за медицинско обслужване. Здравеопазването е един от елементите за осигуряване благосъстоянието на нацията. От здравето на населението зависи икономическия ръст в развитието на страната. **В.Полтерович, Вл.Попов** (2003) представя дългосрочното отражение на намалението на населението върху икономическите резултати. Според автора възрастовата структура също се явява значим фактор за икономическо развитие, което налага държавната да постави акцент в тази посока. Икономическите кризи в света и по-конкретно в САЩ се определят от **М.Н.Hodge** (1991), като причина за промените в системата на здравеопазване.

Промените в здравното състояние в зависимост от икономическия растеж се представят от **Robert Fogel** (2000), който разглежда “технофизиологията” на еволюционния процес. Бързото увеличение на населението и продължителността на живот той свързва с храненето. В резултат на това в Западна Европа се наблюдава по-висока производителност на работните сили и икономически растеж. Днес, поради недохранване, икономическото развитие се характеризира с ниска производителност, намалено производство, изоставащ ръст в икономиката. Аналогична зависимост се наблюдава и на Изток, в Азия. С намалението на детската смъртност през 40-те години на XX век рязко се увеличава продължителността на живот, намалява раждаемостта, с което на населението се осигуряват по-добри условия на живот, а от там и значителен икономически растеж. (**Bloom D., J. Sachs**, (1998)). Авторите подчертават, че изключително важни елементи за икономическото развитие са демографските промени и здравето на населението. Анализирайки данни за 1965 г., авторите посочват, че ако продължителността на живот се увеличи с 1%, това ще доведе до увеличение на БНП на глава от населението с 3% за следващите 25 години. Със състоянието на здравето и демографските показатели обясняват и

повечето различия в икономическия растеж между Африка и останалия свят за периода 1965-1990 г.

**Y.Chiha** (2000) разглежда детерминантите на здравните разходи в дванадесетте страни на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСИР). В разработения модел като независими променливи участват не само националният доход, но и други фактори (демографски, екзогенни и др.), които могат да окажат влияние на здравните разходи. Оценяват се моделите макроикономическа ефективност за периода 1960-1997 г., като страните се групират според формата на финансиране на здравната система. – осигурителна, преобладаващо частна и бюджетна. Анализът представя въздействието на икономическите, демографските, политическите и др. променливи върху здравните разходи, изменението им през анализирания период и ефекта от тяхното действие. Демонстрира се връзката между доходите и финансирането на здравната система – осигурително -  $R=0,87$ ; преобладаващо частно -  $R=0,40$ ; бюджетно -  $R=0,98$ .

Влошеното здраве и бедността винаги вървят ръка за ръка. Според **Paul Farmer** (1999) “бедните винаги са по-болни и в богатите и в бедните страни”. Учените изследват бедността и като причина и като следствие за влошеното здраве. Бедността ограничава достъпа до медицинско обслужване и здравословен начин на живот, до новостите в медицинската технология и изследвания.

Едновременно с икономическите фактори, влияещи на здравето, спецификата на географската среда, биологическите фактори и тези на окръжаващата среда са предпоставка за развитие на различни заболявания (**Hamoudi A., J. Sachs**, (1999)). Редица автори в течение на дълги години изследват връзките между здравните и икономическите показатели (**Mushkin S.**, (1962); **Frank J., J.Mustard**, (1994); **Schultz P.**, (1997)).

Доходите на населението, производителността на работната сила, възможностите за спестяване и инвестиции, демографските и други човешки фактори на капитала зависят от здравето. **Al.Ramirez, G.Ranis, F.Stewart** (1997) и **J.Gallup, J.Sachs, A.Mellinger** (1998) посочват сред положителните резултати в икономическото развитие и здравното състояние. Регулирането

на приоритетите в политиката зависи и от доброто познаване на сложните отношения между здраве и икономически растеж.

Значителни разходи при заболяване се натрупват от средствата за лечение и загубата на работно време. В някои страни тези разходи са за сметка на обществения сектор. **Paul Schultz** и **Aysit Tansel** (1996) предлагат методология за количествена оценка на загубената работоспособност поради заболяване. В резултат на заболяването човек губи част от своите трудови навици, определено време след лечението може да изпълнява задълженията си под обикновените си възможности за това.

Детската смъртност и загубата на време от страна на родителите за отглеждането на децата са други детерминанти на влошеното здраве, разглеждани от **David Reher** (1995). Инфекциозните и хроничните заболявания и храната са важен фактор на здравното състояние, които оказват въздействие върху човешките ресурси в продължителен период от време. **John Strauss** и **Thomas Duncan** (1998) представят изследванията си върху индекса на телесна маса, зависещ в значителна степен от храната. На базата на данни от Бразилия и САЩ те установяват, че посочените променливи корелират положително с работната заплата, зависеща от възрастта и образованието. Храната оказва влияние върху развитието на децата. Недохранването в детската възраст може да окаже значими изменения в жизненото развитие на индивида (**Martorell R.**, (1998)).

Демографските фактори са определящи за икономическото развитие на страната. Кратката продължителност на живот на населението поставя пред изпитание вложените капитали за развитие на образованието, защото не се знае дали човек ще живее достатъчно дълго, за да може да ползва инвестициите. Докато населението в напреднала възраст, консумиращо значително количество ресурси, задържа развитието на икономиката (**Kelley A., R. Schmidt**, (1996)). Влошеното здравно състояние на хората от тази възрастова група увеличава разходите, с което се намаляват възможностите за инвестиране и спестявания.

Процесите на глобализация, развитие на туризма и международната търговия създават условия за по-висока заболеваемост на населението.

Тази област не е изчерпателно изследвана от учените, но увеличението на заболяванията от HIV, туберкулоза, малария и др. често се свързва с глобалните процеси в обществото (**Garrett L.**, (1994); **Chen L.**, (1994); **Kitching P.**, (1999)).

Влошеното здраве често е причина за появата на нови заболявания. Боледуването в детството, недохранването, лошата среда на живот, дават своето отражение върху здравното състояние в по-напреднала възраст. Редица изследвания представят такива зависимости (**Fogel R.**, (2000); **Farmer P.**, (1999)).

В 90-те години на XX век в Русия се оформят четири основни групи от здравни проблеми (**Ю.Комаров**, (1998)).

- Неестествени, насилствени причини за смърт (убийства, самоубийства, пътно-транспортни произшествия и др.п.)
- Заболявания от социално-битов характер (алкохолизъм, наркомания, болести предавани по полов път и др.)
- Здравни проблеми, свързани с майчинството и детството (детска смъртност, усложнения при бременност, аборти и т.н.)
- Хронични заболявания и психични разстройства, болести на кръвоносната система, инвалидност и др.)

В някои страни шоките промени в икономическата система са преодолени. Учените правят опити да определят влиянието на реформите върху здравето на населението. **E.Brainerd** (1998) изследва зависимостта между здравното състояние и безработицата. **H.Brenner** (1979) установява връзка между честотата на заболяванията и безработицата. **H.Gravelle** (1984) критикува неговите изследвания, като посочва че влошеното състояние може да бъде както причина, така и следствие от безработицата, което се свързва с интерпретацията на статистическите показатели. Несравнимостта на данните от различните страни в преход е друга причина за трудностите при анализа. Въвеждането на единни статистически стандарти е особено актуално за посочените страни.

Различни са становищата по отношение вида и собствеността на здравните структури и здравето на населението. Според **M.Terris** (1992) внедряването на частните здравни услуги оказва неблагоприятно влияние върху ефекта от профилактиката на здравния статус на населението. Той препоръчва защитни мерки за подобряване на здравето на населението.

### ***1.13. ЗДРАВЕН СТАТУС***

Бездействието на обществените структури, социоикономическите лишения и недостатъците на управлението обуславят влошеният здравен статус в БИзточноевропейските страни, в т.ч. и в Русия, съобщават **M.Bobak, H.Pikhart, C.Hertzman, R.Rose, M.Marmot** (1998). Отсъствието на неформални обществени връзки влияе на здравната самооценка. Нищетата и слабият контрол са важни посредници между обществената среда и здравето на населението. За съжаление, страните в преход, в сравнение с тези от ЕО, са с несъизмерими икономически и здравни показатели (**M.M.Hofmarcher**, (1998)). Тази двойна тежест дава отражение при изграждането на богатството и здравето на населението в тях. За значителни различия в здравния статус на населението от Централна и Източна Европа съобщава **E. Ginter** (1997). Чешките граждани бележат устойчиво подобрене на здравния статус, леко подобрене се наблюдава в Словакия, Полша, Унгария и България, докато в Русия е констатиран срив в здравния статус, под неблагоприятното въздействие на алкохолизма. **A.M.Виамин, А.А.Коробицин** (1998) установяват, че мотивацията за здравословен начин на живот в Русия е на много ниско ниво. Отрицателното влияние на преходния период върху основните характеристики на здравния статус отбелязват и **И.А.Лешкевич, Г.В.Тарасова** (1997). Икономическата и политическата промяна в Естония, новите изисквания, създавани от прехода, поставят в екстремни ситуации голяма част от населението. **T.Kaasik, R.Andersson, L.G.Horte** (1998) отчитат влиянието на социополитическите показатели. върху здравния статус на населението. Широко разпространеното рисково и нездравословно поведение при естонците те частично обясняват с опит за справяне с проблемите.

**H.Svejdarova, V.Bencko** (1998) изследват връзките между определени качествени параметри на обкръжаващата среда и здравни показатели в

Чехия и установяват най-висока зависимост между качеството на средата и общественото поведение на жителите.

**R.Bakken, M.Jezewska-Zychowicz, M.Winter** (1999), оценявайки значението на редица социални фактори върху здравето посочват че високи стойности на здравния статус имат селските, сравнително млади, високообразовани семейства. Влошаването на здравния статус се обуславя от качеството и количеството на приеманата храна. В изследванията на **H.Palosuo, A.Uutela, I.Zhuravleva, N.Lakomova** (1991) се констатира, че влиянието на социалните напластявания върху здравето при прехода от социалистическия обществен строй към пазарната икономика най-силно се проявяват при лицата с по-високо образование.

Изследвания в САЩ доказват, че образованието и здравето са взаимнообусловени. Това взаимоотношение може да се проявява в по-добрата пазарна позиция на образования, големия му запас от персонални и обществени ресурси, и/или от много по-доброто възприемане на света. **J.Hraba, F.O.Lorenz, Z.Pechacova, Q.Liu** (1998) изследват тези връзки сред гражданите на Чехия. Установяват аналогична зависимост между "образование - здраве" както при пазарната реализация на изследваните лица, така и при физическите им функции. Хранителният статус, като елемент на здравния статус на населението се влияе от демографските характеристики и от образованието на родителите. **Ч.Шарманов, Н.М.Карсибекова, Т.К.Бекбоцинов, А.П.Сарсимбаева, З.К.Кудалбергенова** (1997) оценяват чрез антропометрични индекси хранителния статус на децата в Казахстан. Установяват, че най-силно е недохранването на децата в селските райони. Определят броят раждания, интервалът между ражданията и образованието на майката, като основни детерминанти на хранителния статус на децата.

Ограниченият достъп до здравеопазване засилва неблагоприятното влияние върху здравния статус.. В Русия (**В.К.Овчаров**, (1997)) този проблем се задълбочава освен от нестабилността и социалноикономическите промени, и от отклонението в хигиенните норми, предизвикващи по-голяма смъртност. **В.Legetic, D.Jakovljevic, J.Marinkovic, O.Niciforovic, D.Stanisavljevic** (1996) анализират достъпа до здравни услуги в период на криза в бивша

Югославия. Резултатите показват, че първите трудности са свързани с осигуряване на здравна помощ, от което в последствие възникват проблеми със здравния статус на населението. Наблюдава се и структурна промяна в заболяемостта.

**Z.Szubert, T.Makowiec-Dabrowska, W.Sobala** (1999) съобщават за влияние на условията на работа (среда, режим и вид работа) върху здравния статус на работещите. В икономическите сектори лесовъдство, строителство, транспорт, промишленост голяма част от хроничните заболявания се дължат на режима на работа. Влошеното социално-икономическо положение, занижени жизнени стандарти и качество на живот, незадоволителните медицински грижи и отхвърлени приоритети в здравното осигуряване и профилактика на работниците, формират отрицателните тенденции в професионалното здраве на Московчани според **Н.Ф.Измеров, Г.К.Радионов, Л.Г.Заворонок** (1997). Социалната ангажираност оказва влияние върху здравния статус на населението. **R.F.Boaz, C.F.Muller** (1990) съобщават за увеличени здравни проблеми и смъртност в рамките на две години след излизане в пенсия. **R.A.Deyo, D.L.Patrick** (1989) посочват, че оценката на здравния статус изисква преодоляване на бариерите по приложение на здравните показатели.. Обществената кауза на здравето, смъртността по причини и обществената мобилност се разглеждат от **D.Vagero** (1991), като вариант за търсене на най-доброто теоретично разпределение в обществото.

#### ***1.14. РАЗХОДИ НА НАСЕЛЕНИЕТО ЗА ЗДРАВЕ***

Недостига в държавното финансиране на здравеопазването прехвърля тежестта на разходите за здраве върху населението. В Украйна през 2002 г. от бюджетите си населението е платило 8 млрд.гривни, докато държавата отделя за здравеопазване 6,8 млрд.гривни. Лекарите в тази страна се оценяват, като едни от най-подкупните лица. От сравнително ниските стойности на БВП за здравеопазване се отделят 2,7-3,0%, а в средата на 60-те години средствата са били в размер на 6,5% от БВП. На този фон **С. М. Гордиенко** (2003) разглежда необходимостта от въвеждането на задължително здравно осигуряване. Аналогично на редица автори, той

определя като водещ момент в реформата на здравната система смяната на формата на финансиране.

**В.Бойков, Ф.Фили, И.Шейман, С.Шишкин** (1998) в проведено анкетно проучване установяват, че най-голям дял в частните медицински услуги заема стоматологичната помощ. Седем процента от анкетираниите съобщават за ползвани амбулаторно-поликлинични услуги в частни кабинети. Стационарната помощ е твърде скъпа, предоставя услугите си на малобройна група от богати хора – 0,4% от анкетираниите. Оценявайки качеството на оказваната медицинска услуга, 1/3 от потребителите предпочитат държавните лечебни заведения. Изследването анализира и т.нар. “плащане под масата”. Плащането “на ръка” на медицинския персонал съществува и в частните (в значително по-малък обем 1,7%) и в обществените структури – 18,3%. Не може да не се отбележи и фактът, че семействата с най-ниски доходи заплащат 36% от месечния си доход за лекарства и лечение, при 12% за семействата с най-високи доходи. Половината от бедните семейства се отказват от предписаното им лечение, а 18% от същата група от хоспитализация, поради липса на средства. Жителите на малките селища заплащат значително повече за лекарства и лечение от тези, които живеят в големите градове и столицата.

Без да се отчитат промени в обема на осигуряваното безплатно лечение от държавата, финансирането за системата намалява поради въвеждането на нови технологии и нарастващите цени на лекарствата (**С.В.Шишкин**, (2003)). Това създава условия за легализиране на нерегламентираните плащания от страна на пациентите, а достъпността до качествени медицински услуги за голяма част от населението намалява. Наблюдава се и друга тенденция – райони, в които държавното финансиране е по-високо, заплащането от населението, също е по-голямо. Авторът представя данни от проведени социологически проучвания в Русия (Таблица 1.6), които потвърждават масовостта на нерегламентираното заплащане за медицински услуги от населението. Заплащането се свързва предимно с принудителния характер от страна на лекуващия лекар или с желанието на пациентите за повече внимание при лечението им.

**Таблица I.6. Относителен дял на пациентите, заплатили получените медицински услуги (по данни на социологически изследвания) в %**

Организация, провела изследването	Място и година на провеждане	Първична помощ	Стоматол. помощ	Стационарна помощ
ИСИПН РАН	Таганрог, 1998	22		60
Кемеровски държавен университет	Кемерово, 1998	18—38	84	51
ВЦИОМ	Общоруска извадка, 1999	4—20	80	34—37
Фонд “Руско здравеопазване”	Новгородска обл., 2000	24		46
Фонд “Индем”	Общоруска извадка, 1999-2001	34		
РМИЗ	Общоруска извадка, 2001	10		15
НИСП	Две области, 2002	30	65	50

*Източници: Кулибакин И.Д. (1998); Сатаров Г. (2002); Сидорина Т.Ю., Н.В. Сергеев (2001), Шишкин С.В. (1998).*

В зависимост от водената политика в здравното заведение, ръководителите предпочитат да влягат отпусканите от държавата финансови ресурси в технологично оборудване, а болните са принудени да заплащат медикаментите за лечението си.

За значителната тежест на разходите за здраве в бюджетите на домакинствата в Русия в периода на преход съобщават **Б.Бойков, Ф.Фили, И.Шейман, С.Шишкин**, (2000). През 1998 г. от 12,9 млрд.рубли общи разходи за здравеопазване, участието на населението е в размер на 5,9 млрд.рубли. Авторите уточняват, че тези цифри не включват платените “на ръка” суми за медицински услуги. Те представят данни за стойността на видовете медицински разходи средно на едно лице в домакинствата през годините 1998 и 1999 (Таблица I.7). Когато към разходите за здравеопазване, предоставяни от държавата (3,1% от БВП) се прибавят и тези, заплащани от населението (4,5% от БВП) Русия се нарежда сред такива страни, като Дания (6,5%), Япония (6,9%), Испания (7,0%), Великобритания (7,1%) (1995) (**OECD**,

(1995)). Съотношението в Русия между делът на държавата и на пациентите за 1998 г. е 41:59, аналогично на страните от Южна Азия (39:61), докато в държавите, членуващи в Организацията за икономическо сътрудничество и развитие това съотношение е много по-благоприятно за населението 76:24.

Разходите за здравеопазване нарастват не само в страните в преход, но и в икономически развитите страни, като САЩ. През 2003 г. средно всеки жител на САЩ е платил за здраве 5440 щ.д. В сравнение с 2002 г. тези разходи са нарастнали с 9,3%, като средствата за медикаменти са увеличени повече от 15% (**Centers for Medicare and Medicaid Services**). Средно в САЩ медицинските разходи на човек от населението, заплащани от домакинствата възлизат на 3 759 щ.д. (**US Department of Commerce**) (2003), а полученият доход за 2000 г. възлиза на 28 272 щ.д. Много от жителите на щатите не са здравно осигурени и не могат да платят разходите си за здравеопазване.

**Таблица I.7. Разходи на населението за медицински услуги в Русия за 1998 г. и 1999 г.**

Разходи средномесечно на 1 лице	1998	1999
Лекарства	22,7	16,7
Стоматологични услуги	16,9	19,8
Болнични услуги	18,9	16,3
Услуги от ПМП	9,1	9,0
Услуги на частнопрактикуващи лекари	1,5	1,6

*Източник: Б. Бойков, Ф. Фили, И. Шейман, С. Шишкин, (2000).*

#### **I.15. ИЗВОДИ:**

- Значителна част от медицинската помощ, която за населението би следвала да се предоставя безплатно, се заплаща от пациентите. Тежестта за финансиране на здравната система се прехвърля от държавата на гражданите.

- Анализаторите на процесите в здравеопазването много често поставят проблема за промяна формата на финансиране като основен при провеждане на реформа в здравната система.
- Значителна част от пациентите възприемат разходите си за медицинска помощ като принудителна мярка, но има и такива, които са съгласни да се легализира съучастието на пациента в заплащането за здраве.
- Най-голям дял в личните плащания заемат разходите за стоматологична помощ.
- Икономическата криза значително намалява достъпността на лекарствените средства и медицинската помощ за гражданите.
- Съществува териториално неравенство в получаваните здравни услуги от гражданите. Икономическите фактори ще продължават да затрудняват достъпа до медицински услуги за хората с ниски и средни доходи, дори и да се въведе регламент за този вид платени услуги, защото легализираните цени ще бъдат неизбежно по-високи от нерегламентираните такива.
- Неформалните плащания се обуславят не само от недостатъчното държавно финансиране на системата, но и от интересите на лекарите и пациентите, от нивото на доходите им.
- Принципни промени в данъчното законодателство и ефективни мерки за контрол могат отчасти да коригират съществуващото положение. Не трябва да се забравя спецификата на славянския менталитет, при който ще се търсят други форми на нерегламентирано заплащане.
- Прилагането на платени и безплатни услуги в едно и също медицинско заведение предполага, че персоналът ще снижава качеството на безплатните услуги за да пренасочва пациентите към платените такива или за да получава съответно заплащане “на ръка”.
- Небалансираността между задълженията на държавата и финансовото им осигуряване прави трудно осъществим контрола на

качеството на медицинската дейност, а нерегламентираните плащания “на ръка” деформират системата.

## ОЦЕНКА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ РЕФОРМАТА

### **I.16. ФИНАНСИРАНЕ**

Методите на финансиране са в процес на развитие. Търсят се варианти, които да отстранят недостатъците на прилаганите модели. **J.Hurley, R.Card** (1996) разглеждат управлението на ресурсите от груповите практики при финансиране чрез глобално фиксирани средства. За избягване на конфликтите се препоръчва точно определяне на границите на средствата, създаване на правила за използването им и колективна организация при вземане на решения. **J.Hurley, J.Lomas, L.J.Goldsmith** (1997) предлагат като пример за глобална политика на здравно финансиране разработения анализ на ресурсите при обща собственост. Чрез него могат да се смегчат някои проблеми породени от финансирането *“на калпак”*, когато средствата се използват колективно. **E.Kilbreth, A.B.Cohen** (1993) посочват, че е необходимо да се наблюдават и управляват съставните елементи на разходите за здравеопазване, като глобалните норми на разходите се обвържат с индексите на потребителските цени. **L.Rochaix** (1993) предлага двустепенен модел за предоставяне на медицинска помощ. На първия етап лекарят избира между доход и достъпност; на втория - изборът е по отношение на конкретната дейност (вид лечение, вид процедури). Така се формира общата медицинска дейност, определена на първия етап, а общопрактикуващия лекар има възможност да управлява собствената си натовареност.

**T.A.Sheldon, D.Smith, I.Borowitz, S.Martin, R.C.Hill** (1994) определят формула за финансиране на общопрактикуващите лекари. Факторите, които оказват влияние върху разходите са пол и възраст, като най-подходящо е средствата да се предоставят по данни за всеки пациент. **G.A.Melnick J.Zwanziger** (1995) сравняват прираста на здравните разходи, разпределяни по два метода - конкуренция в управлението и държавно регулирани цени. На тази база се определя значителната роля на управлението на разходите за здравеопазване в САЩ.

### ***1.17. ЗДРАВНИ РАЗХОДИ***

Разходите за здравеопазване непрекъснато нарастват. Когато в много други области се наблюдава икономическо свиване и финансово напрежение, **T.A.Coughlin, L.Ku, J.Holahan, D.Heslam, C.Winterbottom** (1994) съобщават за нарастване на здравните разходи. Ето защо съдържанието на разходите трябва да бъде съобразено с оценката на здравната система и с елементите на конкурентния пазар. В цитираното изследване **S.S.Wallack, K.C.Skwara, J.Cai** (1996) установяват, че високите цени, високата интензивност и новите технологии са прерада при използването на стойността и пазарната конкуренция като ограничители на здравните разходи. Структурата на разходите в здравните заведения е указател за стойността на здравните услуги. В Германия увеличението на пряката и косвена стойност на здравните услуги най-често се дължи на разходите за лекарства, предписани в ПЗП. **O.Schoffski, J.M.Graf von der Schulenburg** (1997) установяват чрез проведените експеримент, че след въвеждане на лимитиран бюджет за лекарства на лекарите от ПЗП, се увеличава броя на консултациите със специалисти и насочването към болнично лечение. В статията на **A.Scott, N.Currie, C.Donaldson** (1998) е представена структурата на разходите в първичната здравна помощ през 95/96 г.: 62% за лечение; 28% за лекарства; 5% за болнично лечение; 2% за консултации със специалисти; 2% за изследвания. С цел намаляване на издръжката и подобряване ефективността на терапията **J.Liebau, N.Pallua, H.G.Machens, A.Berger** (1996) установяват структурата на разходите в звена със специфична дейност (центрове по изгаряния): 38% - за персонала; 40% - за лечение и 22% - за изследвания и външни услуги. В Малайзия здравното министерство следи внимателно операционните разходи и взема мерки за минимизирането им (**Suleiman A.B., M.S.Lye, R.Yon, S.C.Teoh, M.Q.Alias**, (1998)). В приоритетите се включва максималното използване на ресурсите, за да се минимизира влиянието на икономическия спад върху здравето. Предлаганият вариант за регулиране на разходите чрез експертни решения от **W.A.Glaser** (1993) не удовлетворява напълно медицинските специалисти. Те настояват във формулата да бъде включена и печалбата. В промишлените райони според **F.D.Powell** (1994), като средство за управление и издръжка на здравеопазването, могат да се включват някои

целеве плащания. Така ще се осигури повишаване на технологичното ниво на немската здравно-икономическа политика и ще се избягнат инфлационните напрежения в системата.

Механизмите на ценообразуването не могат да не засегнат и здравеопазването, когато към дейността се прилагат пазарни принципи. Редица автори съобщават за проблемите и решенията предизвикани от начините на ценообразуване. Много често контролът чрез цената се разглежда като пазарен механизъм, насочен към ограничение на блага. **J.White** (1993) определя управлението чрез стойността не просто като ефективно разпределение, а по-добро от съществуващото, гарантиращо професионализъм. **S.Ellwood** (1996) представя промените в националната здравна система на Великобритания базирани на вътрешен пазарен механизъм. Сключването на договори между участниците в здравното осигуряване се изгражда на принципите на ценообразуване на съответните здравни услуги.

#### ***1.18. ЛЕКАРСТВОСНАБДЯВАНЕ***

**S.Juncosa-Font** (1998) разглежда свързаните с разходите за лекарства проблеми. За намалението им се предлагат редица методи: повишаване образованието на специалистите, осигуряване на обратна връзка от фармацевтите, различни административни промени и стимули. Ефективното използване на средствата за лекарства изисква активното участие на лекаря в управление на ресурсите. Използваемостта на ресурсите, качеството на предлаганите медицински услуги са предмет на обсъждане от редица автори (**Iezzoni L.I., M.Shwartz, J.Restuccia**, (1991)). Прилагането на по-голяма гъвкавост при разработката на цените и бюджета предлага **G.Neubauer** (1998). Ресурсното финансиране на болниците според автора е необходимо да се съобразява с индексите на инфлация. Инфлационните промени дават отражение върху всички сфери, включително и при снабдяването с лекарства. В статията си **J.P.Santell** (1996) съобщава за 2.8% общо увеличение на цените на фармацевтичните продукти за годините 1991-1995. А в съавторство с **B.Mehl (Mehl B., J.P.Santell, (1997))** използват индекса на цените на производителя за планиране на разходите за лекарства. Изводът, който правят е, че е необходимо добре да се познават и критически

да се оценяват фармакологичните проучвания за вземане на правилни пазарни решения.

### **I.19. ЕФЕКТИВНОСТ**

Успешната здравна дейност дава отражение в ефективността на системата. Голям брой изследвания са насочени към изучаване и повишаване ефективността на здравеопазването или на определена част от него. **A.F.Casparie, D.Hoogendoorn** (1991) изучават тенденциите в ефективността на здравеопазването в Холандия. Отчитат нарастване на технологиите, намаление на стойността на лечение, постигане на по-добри здравни резултати. Възрастното население получава по-добри здравни грижи в рамките на утвърдените бюджетни средства. По-висока ефективност се констатира в Дания, където в резултат на намаления бюджет на болниците се подобрява производителността. Аналогично е състоянието и в Източна Азия, където кризата в здравеопазването се проявява с намаление на приходите за здравеопазване, което е предпоставка за максимално използване на ресурсите (**A.B.Suleiman, M.S.Lye, R.Yon, S.C.Teoh, M.Q.Alias**, (1998)). Анализът на икономическата ефективност се използва за определяне относителната стойност на здравните програми, технологичните новости и клиничните решения (**J.C.Hornberger, D.A.Redelmeier, J.Petersen**, (1992)). Той може да се използва при анализа на ценовата ефективност на здравните програми. **I.Kawachi, L.A.Malcolm** (1990) препоръчват преоценка на използваният анализ за икономическа ефективност на хипертоничната терапия. Приемат, че резултатите от показателя *“качествено коригирани години живот”* дават по-добри резултати и могат да намерят приложение в здравната политика при разпределение на ресурсите в клиничната практика. За по-добра организация и ефективност съобщават **E.Amlie** и **G.Stene-Larsen** (1990). Намаляването на времето за болничен престой, води до увеличение броят пациенти на едно легло. **A.S.Detsky, I.G.Naglie** (1990) демонстрират, чрез анализ на икономическата ефективност, последователността на разпределение на ресурсите. На базата на бюджета средствата се разпределят така, че да се разшири чистата полза от здравеопазването за цялото население. И докато клиницистите се интересуват само от ефективността на специфичното вмешателство, то с

реализираните икономии от ресурси може да се помогне на други пациенти. По този начин, чрез анализ на издръжката и клиничните резултати се определят приоритетните програми в здравеопазването. **W.Max, D.P.Rice, E.J.MacKenzie** (1990) описват методология за оценка на издръжката, чрез разработени стойностни модели, като препоръчват те да бъдат използвани от здравното осигуряване.

Приоритетите на провежданата здравна политика в различните страни зависят от целите, поставени пред здравните системи. В САЩ основен приоритет, според **D.P.Rice** (1991) е осигуряване на универсално и достъпно здравеопазване.

В Холандия грижата за възрастното население е една от приоритетните задачи, което личи от делът на здравни разходи за тази възрастова група (**Standaert B.**, (1995)). **A.F.Casparie, D.Hoogendoorn** (1991) и **W.B.Applegate, M.J.Graney, S.T.Miller, J.T.Elam** (1991) констатира, че групата на възрастните пациенти е получила здравни грижи с по-висока стойност. Тези различия се компенсират от *“годините полезен живот”* и *“преживените дни в обществото”*. Социалните условия, разработването на ръководни принципи за намаляване на болката, ефективността на медицинските грижи са определящи за *“качеството на година живот”*.

В Зимбабве ресурсите са насочени към разширяване на ПЗП и профилактика на селското и социално-слабо население (**Loewenson R., D.Sanders, R.Davies**, (1991)).

Промените в здравната среда и хранителния режим на населението в шест страни - Гамбия, Гватемала, Кения, Малави, Филипини и Руанда, в резултат на подобрението в семейните доходи, са анализирани от **E.Kennedy, H.Bouis, J.von-Braun** (1992). Авторите констатира, че в по-дълъг период от време увеличението на доходите ще доведе до подобряване здравето на населението.

## ***1.20. ЗДРАВНИ МОЩНОСТИ***

Финансовата осигуреност на работещите в здравеопазването се дискутира не само в научните среди. Често този проблем става повод за определено

въздействие от страна на различни формирвания, особено в период на реформа. **B.Dugar** (1995) разглежда подобряването на медицинските услуги, чрез прилагане на икономически методи, които да не натоварват финансово бюджета, а квалификацията на персонала да се планира от съвет по качеството. Увеличението на дейността в здравеопазването води до промяна във възнагражденията на персонала. В проучването си **W.H.Rogers, K.B.Wells, L.S.Meredith, R.Sturm, M.A.Burnam** (1993) установяват, че потока на пациентите зависи от начина на заплащане. **L.J.Brown, V.Lazar** (1998) в резултат на десетгодишно проучване, като отчитат и инфлационните процеси, съобщават за много по-бързо нарастване на покупателната способност на стоматолозите/лекарите по дентална медицина в сравнение с общото население. В публикацията си **I.S.Kristiansen., G.Mooney** (1993) доказват, че финансовите стимули най-често влияят на работата на общопрактикуващите лекари, а **Д.Колби** (1994) представя големите различия в лекарските хонорари в зависимост от сферата на здравеопазване.

Промените дават отражение и във финансирането на университетските структури в здравеопазването. **B.MacDougall** и **J.Ruedy** (1995) представят модел за разпределяне на средствата, в който тежест се дава на определени показатели и се лимитират средствата по отдели. Разликите между фактическите разходи и планираните трябва да се покриват от договорни приходи.

### ***1.21. УПРАВЛЕНИЕ НА РЕФОРМАТА***

Промените в здравеопазването са съпроводени с оценка на системата, анализ на получените резултати и прогнозиране на бъдещото ѝ развитие. Прилагането на различни математически модели в този процес е предпоставка за успешно реализиране на реформите (**C.Quantin, N.Mathy, O.Moreau, J.Maccario, A.Boumghar, I.Gadreau, L.Dusserre** (1995); **Baines D., D.Whynes** (1998)). Промените изискват промяна на нагласите на пациенти и здравни работници към новата система на здравни грижи. Многомерен модел на променливите в здравеопазването предлагат **K.G.Manton, R.Newcomer, J.C.Vertrees, G.R.Lowrimore, C.Harrington** (1994), като по този начин търсят стимули за интегриране на лицата в настоящата

здравна система. А **G.Diehr** и **H.Tamura** (1989) считат, че гъвкавото моделиране на управленческите процеси, ще подобри управлението на системата. Икономическата оценка на клиничните решения (**M.C.Weinstein**, (1989)), възвращаемостта на различните технологии в здравеопазването (**R.M.Kaplan**, (1989)), икономическата ефективност на здравните дейности се базират на анализите **cost/utility**, **cost/effective**, **cost/effectiveness**. Много често, научните теоретични разработки са пренебрегвани от политиците (**F.P.Somers**, (1991)). Политическите модели, се основават на подбор от лица и организации, които могат да повлияят при съставянето и разпределението на средствата в здравеопазването (**M.C.Weinstein**, (1989)). Приоритет в здравната политика на САЩ (**D.P.Rice**, (1991)) е разработването на координирана и систематизирана база данни, чрез която да се изгражда плановата политика, да служи за основа при вземане и оценка на решения, и да обслужва ефективно здравните програми. Значителни инвестиции се правят и във Филипините, съобщават **J.M.Robey** и **S.H.Lee** (1990), за изграждане на информационна система за програмно административно управление. Ефективността на системата е предмет на изследване от **B.A.Marte**, **D.Schwefel** (1995), които считат, че по този начин ще се изгради култура на използване на информацията от здравните ръководители за планиране и вземане на решения, отнасящи се до предоставяната здравна помощ. Аналитичните възможности на подобен род системи могат да се увеличат, според **D.P.Rice** (1992), чрез разширение на съществуващите бази данни на здравната система Установяването на причините за криза в здравеопазването, ще намали предубедените интерпретации на данните твърди **J.M.Santiago** (1997). Потребностите от медицинска помощ и качеството на здравните услуги в Индонезия се представя от **S.Jacobalis** (1989) чрез програмируем, систематично развит модел. Наукометрични методи използва в изследването си **D.M.Steinwachs** (1989). На базата на многомерния анализ той прави оценка на потребностите от здравни услуги и здравните резултати.

Промяната в състоянието на една система и постигането на определена цел се опират на теорията и технологията на управление. Реформата на здравеопазването изисква да се изучат и оценят резултатите от различни въздействия, с цел успешно управление процесите на промяна. В статията

си **W.Bergler, J.Reis, K.Hormann** (1997) представят организацията на трудовите ресурси като елемент от ефективното управление. В поучване на **A.Krasnik, A.Gottschau** (1993) се установява зависимост между пола на лекаря и промяната на системата на възнаграждение.

В разработка, разглеждаща проблемите на предоставяне на здравна помощ в Тайланд се констатира, че високата степен на администрация на дейността е довела до: - нисък процент на използваемост на болничното лечение; - смесване на неотложната и обикновена здравна помощ; - слаб контрол на дейността, и др.п. Авторите (**V.Tangcharoensathien, A.Supachutikul, J.Lertiendumrong**, (1999)) препоръчват промените да се извършват на базата на научни стандарти за качество на здравните услуги. В Германия също поставят изискването за системен подход и стандартизирани оценки, при сравняване данните за медицинските грижи на местно и национално ниво (**Buck R.A., M.Schlunz**, (1994)). Основавайки се на резултатите от такъв вид оценки, може да се търсят и законодателни промени. Необходимостта от изчерпателен икономически анализ на протичащите в здравеопазването процеси и изграждане на защитни механизми се дискутират в публикациите на **C.G.Eriksson, E.Mohs, B.Eriksson** (1991); **A M.Brommels** (1991); **B.Jansson** (1991) и др.

Ресурсното осигуряване е сред първостепенните проблеми, свързани с провежданите реформи в световен мащаб. Националната здравна политика да се основава на анализ и оценка разпределението на ресурсите в здравеопазването предлагат **J.Ratcliffe, N.Donaldson, S.Macphee** (1996). В изследване разпределението на разходите **J.R.Gist** (1996) посочва тяхното нарастване и неравномерно структуриране. Анализирайки издръжката на федерални и наблюдавани програми, авторът търси връзка между дефицит и разход. Установява, че социалното осигуряване създава най-големи предпоставки за дефицит и обсъжда комплекс от принципи за намаление на ръководството. Прилагането на многомерен регресионен анализ, обхващащ структурата, услугите и променливите на дейността, обяснява измененията в разходите на болниците (**Bestard-Perello J.J., F.Sevilla-Perez, I.Corella-Monzon, J.Elola-Somoza**, (1993)). Променливите, включени в анализа са: - брой лекари на 1 легло; - болничен персонал на 1 легло; - размер на болниците; - разходи на болнично легло; - разходи за болнично лечение; -

онкологични прегледи. С взаимодействието между тях се определят 91.4% от разходите. Приложението на многомерния модел може да се използва за точно определяне на разходите в болниците. **J.Hurley, J.Lomas, L.J.Goldsmith** (1997) в анализ на финансовите ресурси формират рамката, която може да служи за модел при разработване глобалната политика на здравно финансиране. Изследователите **L.Lehner, J.Jr.Burgess, D.Hults, T.Stefos** (1996) използват информацията за инфлационните промени, натовареността и цената на единица дейност за планиране и управление на ресурсите. Анализът на ресурсното осигуряване на здравните дейности е предмет на интерпретация на редица автори **J.A.Lipton** (1991); **lezzoni L.I., M.Shwartz, J.Restuccia** (1991); **I.Rydlewska-Liszkowska, M.Smolen, M.Bryla** (1998); **D.Braddock, G.Fujiura** (1991). Всички предлагат свързване на анализа с научните оценки.

Демографски и диагностични модели са в основата на разпределение на средствата за здравеопазване в Холандия. Стойността на здравната издръжка на човек се определя чрез информационна база данни, в която колекционирането на информация е с пет годишна продължителност. **L.M.Lamers** и **R.C.van-Vliet** (1996) установяват, че информация с по-голяма продължителност би увеличила точността на прогнозата. **J.J.Escarce** (1993), използвайки иконометрични методи анализира въздействието на цените върху медицинската дейност. Препоръчва при структурното управление да се използват съответните прогностични икономически модели. Анализирайки медицинските ресурси **C.Copley-Merriman, T.J.Lair** (1994) отбелязват, че в издръжката трябва да бъдат включени вложенията от всички нива, така че паричната стойност пропорционално да отразява направените разходи. В Швейцария, чрез въведената програма “**Управление на здравето**”, се осигурява дислокация на осигурените лица съобщават **Etter J.F., T.V.Perneger** (1998). По този начин се реализират по-ниски разходи за лабораторни изследвания, преглед и лекарята. Намаление на разходите се търси и по пътя на структурни промени, предлагани от **A.Scott, N.Currie, C.Donaldson** (1998). Включването на по-нискоквалифицирани кадри (медицинска сестра) при грижите за болните ще доведат до снижение на разходите. А в разработката си **C.Quantin, N.Mathy, O.Moreau, J.Maccario,**

**A.Boumghar, I.Gadreau, L.Dusserre** (1995) са предлагат метод за подобряване разпределението на бюджета, базирано на DRG.

Колектив от учени с помощта на разработен математически модел установяват връзките между факторите, влияещи на фармацевтичните разходи - индексът на семейната икономическа възможност (IFEC); процентът на населението на и над 65 г. (P65); и честотата на обслужване (FRA). Чрез многомерен статистически анализ е получена формулата за допустимите граници на фармацевтичните ресурси в здравните центрове, при известни основни фактори. **M.M.D'Sa, R.S.Nakagawa, D.S.Hill, J.K.Tan** (1994) използват модел за прогнозиране на бюджета за лекарства, с което повишават точността на планиране на средствата.

## ОБЩЕСТВЕННОТО МНЕНИЕ И ЗДРАВНАТА РЕФОРМА

Много често темата за оценка на резултатите от реформата се отбягва. Говори се за това как трябва да се организира и проведе реформата, какви трябва да бъдат резултатите от нея, но конкретни оценки на резултатите не се правят.

В една оценка на реформата в Западноевропейските здравни системи, сравнена с промените в националната здравна система на САЩ **J.Elola** (1996) отбелязва голямата разлика в изходните позиции между двете - европейската е типична със социално защитен характер, докато американската е насочена към характерните за здравния пазар модели. Разликата между двете системи се явява цел на промените в тях. Националната здравна система на САЩ има за цел да стане повече социално-защитна, а европейската - конкурентно-пазарна.

В своя статия **D.M.Berwick** (1994) отбелязва, амбицията на медицинските кадри да създадат здравеопазна система, удобна и лесна за ползване, с ниска стойност и социална насоченост. Но повечето от предложенията, които сега се наричат здравна реформа, фактически са реформа на окръжаващата среда в медицината, отколкото промяна на медицинската технология. Авторът посочва възможните задачи пред медицинските професионалисти в осъществяване на реформата:

- редуциране на ненужните операции, приеми в болницата и диагностични изследвания;
- редуциране влиянието на причините влошаващи здравето, като тютюн, алкохол, насилие и др.;
- намаляване показателя за цезаровите сечения до нивото на 1980 г.;
- намаляване на ненужните медицински процедури в края на живота;
- опростяване на лекарствената терапия, особено антибиотиковата и лечението на възрастни;
- увеличаване значението на пациентите при вземане на терапевтично решение;
- намаляване на времето за чакане в здравната система;
- намаляване списъка от заведения за етапно лечение;

- събиране само на потребна информация и то един път;
- обединяване и намаляване на общото прилагане на високо-технологично лечение и хирургия;
- намаляване на разликата между детската смъртност и дела на родените с ниско тегло.

Това е базата на “**Промоция на здравето**”. За нейното налагане като световна практика е създаден **IUNPE** (международен съюз за промоция на здравето и обучение).

Здравните работници и техните професионални организации трябва да приемат тези 11 цели и да изградят система за измерване на процеса. Налага се фундаментална промяна в преследваните от тях идеи.

Един научнообоснован подход при отстраняване на слабостите на здравната система в Тайланд предлагат **V.Tangcharoensathien, A.Supachutikul, J.Lertiendumrong** (1999). Прилагането на да стандарти за качество на здравните услуги ще създаде добра база за сравнение. В тази посока е и изследването на **R.A.Buck, M.Schlunz** (1994). За осигуряване сравнимост на данните от местно и национално ниво те изискват прилагане на системен подход в оценка качеството на медицинската дейност.

**A.Майлс** (1991) препоръчва разпределението на бюджета да се обвърже с географското разпределение на бедните. **C.Copley-Merriman, T.J.Lair** (1994) препоръчват в оценката на медицинската услуга да се включи и делът на извършените от предшественика дейности и промяната на цените. Авторите предлагат в анализа да се използват национални ценови данни за облекчаване икономическата оценка и сравнимостта на резултатите.

Участието на лекарите, като менаджери, едновременно с конкретната им медицинска дейност е твърде непосилно за тях посочва **D.J.Hunter** (1992). Независимо от общественото доверие към тях, професионалната им икономическа подготовка в новите условия е недостатъчна. Тези проблеми се дискутират и от **M.M.Hagland** (1991), **S.Pilkington** (1997). **W.A.Glaser** (1993) препоръчва варианти за управление на финансирането и разходите в здравеопазването - частично регулиране на постъпленията, фиксирани разходи, минимизиране на държавните плащания и оформяне на гъвкави

целеви системи, хармонична система за вземане на решения. Маркетинговата тактика на реформата в ПЗП в Испания е насочена към промяна в организационните и административни структури и процедури (**Martin-Martin J., A.de-Manuel-Keenoy, G.Carmona-Lopez, J.Martinez-Olmos**, (1990)). Основните елементи, подложени на моделиране са системата на заплащане, промените в бюджетните процеси и персоналните контракти в ПЗП. **G.Lopez-Casasnovas** (1989) посочва ключовите възможности за преодоляване отрицателните черти на здравната администрация - рационално разпределение на ресурсите, оценка на резултатите, отстраняване на излишното административно управление, маркетинг на продукта на обществените услуги. **R.M.Williams** (1992) използва много техники и методи за да се определят и балансират индивидуалните интереси на пациентите и на обществото като цяло, при разпределение на оскъдните здравни ресурси. Проблемите с оценка на медицинското заплащане се дискутират от **R.E.Johnstone** и **C.L.Martinec** (1994). Авторите съобщават, че 70% от пациентите нямат представа за стойността на оказаната им услуга и разчитат на съвет от лекаря при заплащане на медицинската дейност. В същото изследване е посочено, че 92% от пациентите не получават достатъчно информация, за да направят своя избор.

Ако не се отчете влиянието на здравната реформа върху потребителите-пациенти, може да се очаква негативно отражение върху обществената удовлетвореност, се съобщава в проучване на **M.Mastilica** (1998).

Реформирането на здравеопазната система е актуален проблем, обсъждан то Конгреса на САЩ. Програмите Medicare и Medicaid не могат да покрият изцяло стойността на медицинското обслужване на лицата, включени в тях – възрастни, инвалиди, бедни. Под различни форми се извършва преразпределение на средствата от осигурителните фондове, правят се дарения и от пациенти и от медицински персонал, но проблемите остават. В проведено анкетно проучване от **Pew Center for People and Press** населението на САЩ демонстрира своето неодобрение към начините за решаване на проблемите в системата на здравеопазване. Анкета на **Gallup** показва, че 36% от американците не приемат подобни решения, а проучване на телекомпанията **ABC** и **The Washington Post** представя още по-

убедителни резултати – “за” реформите са гласували 32%, а “против” – 38% от анкетираните (2003).

Потребността от здраве в социален план се счита за една от базовите човешки потребности посочва **Б.Давидов** (2004). Медицинските услуги, предназначени за удовлетворяване на тази базова потребност, придобиват статута на фундаментални услуги. В икономически план медицинските услуги могат да се разглеждат като всички други услуги, но те имат редица специфики, поради което се счита, че тези услуги не трябва да се предоставят по чисто пазарни механизми.

**Л.Г.Розенфельд** и колектив (1995) в проведено масово социологично проучване оценява отношението на обществото към реформата в руското здравеопазване. Мнението и на здравните професионалисти, и на населението е, че реформата е необходима. Много от пациентите са съгласни да заплащат медицинската помощ в условията на пазар, но декларират икономическата си ограниченост.

Проведените анкетни проучвания на общественото мнение в САЩ (**Ю.Комаров**, (1998)) показват, че американците не желаят повече промени в системата на здравеопазване (до 85%), като изразяват неудовлетвореността си от нея. През 1990 г. анкета сред населението показва, че повече от 70% от анкетираните желаят делът на държавните разходи за здравеопазване да се увеличи, дори ако за това се наложи да се увеличат данъците.

Подобни проучвания са правени и в нашата страна.

**Цв.Авджиева** (1997) в анкетно проучване мнението на пациентите за започващата реформа в системата на здравеопазване установява, че 55,5% от пациентите считат, че има разлика между участъковия и личния лекар. Случайни стечения на обстоятелствата, а не личните качества, са причина за избора на личен лекар, посочени от 63% от анкетираните лекари.

**М.Попов** и **Х.Грива** (1999) представят резултати от анкетни проучвания сред ръководители на здравни заведения, журналисти и граждани. Данните показват, че анкетираните пациенти са значително по-слабо информирани за промените в системата - 42,6% от анкетираните пациенти в V-та градска

болница в София не знаят нищо за здравната реформа, 18,4% са много слабо информирани, а изцяло информирани за едва 8,8%.

В проведено “Изследване общественото мнение за здравната реформа в България” от **Надя Генкова** (2000) се цели да се установи и анализира мнението на населението свързано с промените в системата на здравното обслужване и осигуряване в България. Прави се опит за оценка на реакциите на различните социални групи, въввлечени в реформата, доверието и разбирането за факторите на успеха/неуспеха на процесите, интересите и очакванията на участниците за развитието в здравното обслужване и здравното осигуряване. От това изследване могат да се посочат следните по-важни изводи:

Необходимостта от реформа е свързана със силното подценяване трудът на лекарите; липсата на достатъчно пари за издържка здравеопазването и разтоварване на държавния бюджет чрез механизма на здравното осигуряване; регулиране броя на медицинските кадри;

Новата система на здравно обслужване се концентрира около избора на т.н “GP”, главно според конкретни здравни нужди. Основен фактор при избора е личният опит - лекари от бившите районни поликлиники, чиято дейност е добре позната или пък имат информация от близки, съседи, познати, за добрите качества на определен лекар;

Пациентите считат, че ще срещнат затруднения при получаването на спешна помощ от семейния си лекар поради физическата невъзможност да се отзове, по лични причини; или поради невъзможност да бъде открит. Хронично болните пациенти представят опасенията си от сложните механизми за изписване на лекарства, заплащани от здравната каса, времето отделено за посещения при личния лекар, несъгласувания график на работа на общопрактикуващите лекари и лекарите –специалисти, значителната писмена работа, съпътстваща прегледа и отнемаща голяма част от времето за диагностициране на здравословния проблем;

Общопрактикуващите лекари посочват, че времето предвидено за амбулаторна работа е недостатъчно за поемането на пациентите, което създава проблемни ситуации, включително и при ползването на кабинетите на

смени; физически е невъзможно лекарят да бъде на разположение на пациентите 24 часа (това означава лекарят да няма възможност да почива, следователно да не може да поддържа работоспособността си, а оттам и годността си да лекува своите пациенти); “бумащината“ изяжда голяма част от времето предназначено за диагностика и лечение на пациентите (от 5 часа амбулатория размерът на писмената работа се оценява на 2 часа);

Такива са съвместните проучвания на докторантите **Я.Проданова, Т.Златанова, А.Чешмеджиева, Р.Златанова**, (2003); **Я.Проданова, А.Чешмеджиева, С.Бачев, Т.Златанова** (2003).

Движението и връзките между различните звена и нива на системата се оценяват от пациентите, като силно ограничено и зависимо от интересите и добросъвестността на семейния лекар; а по оценка на общопрактикуващите лекари внася затруднения в работата в резултат на ограниченията по рамковия договор, на връзката семеен лекар-болница, на неравнопоставеността между лекарите, работещи в различните форми на доболничната помощ, при процедурите за преосвидетелстване в ТЕЛК;

Според пациентите качеството на здравната помощ се характеризира с липса на достатъчно внимание от страна на общопрактикуващия лекар към проблемите на пациента, с невъзможността да го изслуша, да проследи състоянието му, да даде отговор на притесненията и проблемите му. Това води до несигурност и съмнение в качеството и достатъчността на извършваните медицински изследвания;

Качеството на здравната помощ от гледна точка на общопрактикуващите лекари се свързва с усещането за претовареност, дефицит на време за обслужване на пациентите. Лечебната помощ се превръща в писане на рецепти “на конвейр”, намалена работоспособност, невъзможност за квалификация, конфликт между морала и материалните интереси на лекарите.

Представената в дисертационния труд на **К. Пасхалидис** (2003) оценка удовлетвореността на населението от здравната реформа говори за силно изразено негативно отношение към промените (43,4% от анкетираните лица възпрепят реформата изцяло отрицателно или по-скоро отрицателно). Като

основни причини гражданите посочват недостатъчното финансиране (27,5%), ниското качество на здравното обслужване (23%) и ниското заплащане на медицинския персонал (19,6%).

В проведени анкетни проучвания сред пациенти и лекари през 2000 г. и 2002 г. от колектив (**Т.Златанова, А.Чешмеджиева, С.Бачев, Я.Проданова, Р.Златанова**, (2003)) удовлетвореност от промените в здравеопазването посочват 12% от пациентите и 20% от лекарите. Много по-голям е относителния дял на анкетираниите от двете групи, недоволни от провежданите реформи - в рамките на 85,6%-90,3% от пациентите и 77,5%-83,2% от лекарите.

В същите анкетни проучвания причините за реформата в здравната система представят еднаквата посока на развитие в мнението на пациенти и лекари. И здравните работници (79,18%, 2000 г.), и пациентите (61,34%, 2000 г.) в мнозинството си възприемат реформата, като бягство на държавата от проблемите на здравеопазването. Следователно в явна или в скрита форма, почти няма лекар или пациент, който в началото на реформата да не я възприема като начин за освобождаване на държавата от грижите за здравеопазването.

В анкетно проучване проведено през март 2003 г. от **Зл.Петрова и В.Младенова** (2003) за степента на удовлетвореност на пациентите от качеството на предлаганите медицински услуги от общопрактикуващия лекар двата най-сериозни проблема са свързани с профилактичните прегледи и оказването на спешна помощ. През последните 12 месеца 47,8% от анкетираниите не са преглеждани профилактично. За същия период 38% са потърсили личния си лекар по спешност, като в 39,3% от случаите той не се е отзовал на повикването. За проблеми при издаването на направления за консултация със специалист съобщават 40,5% от анкетираниите пациенти.

В проведено изследване от **М.Попов и А.Димова** (2001) за качеството на първичната медицинска помощ 48,5% от анкетираниите определят, че няма промяна в здравното обслужване. От пациентите, които твърдят, че съществува промяна 55,85% се чувстват оцетени по отношение на медицинското обслужване в сравнение със старата система. В същото

проучване 525 от пациентите считат, че чрез личния лекар медицинското обслужване става по-лесно, 46% - по-трудно, а 6% нямат мнение.

По данни на **М. Милева** (2002) 50% от регистрираното население не ползва услугите на личния си лекар, което противоречи на изискванията на НРД за осъществяване на задължителен профилактичен преглед на всяко лице от пациентската листа един път в годината.

Подобни са и изводите на редица наши изследователи: (**Ел.Петкова, С.Бачев, Г.Лумбев**, (1991); **Ел.Петкова, Г.Лумбев, С.Бачев**, (1991); **Ив.Дамянов, С.Бачев, Ел.Петкова, Г.Лумбев, Т.Георгиев, В.Попов, З.Чучулиева, Т.Райковска**, (1992); **Г.Лумбев, С.Бачев, Ел.Петкова, Ив.Дамянов, Т.Георгиев, В.Попов, З.Чучулиева, Зл.Глутникова, М.Мутафова, Т.Райковска**, (1992); **М.Попов**, (1999); **М.Попов, Хр.Грива**, (1999); **Хр.Грива**, (2000); **Б.Давидов**, (1992,1994,1996,1997,2004); **Д.Тодорова, Я.Проданова**, (2002)); и др.

Според **В.Борисов** (1999) потребността има двойствен обективно-субективен характер, сбор от нуждите на индивида и желанието (търсенето) на начин за удовлетворяване на тези нужди.

Той определя здравната потребност като обективната, осъзната нужда от опазване и подобряване на личното, груповото и общественото здраве. Сами по себе си нуждите от здравно обслужване, както и търсенето им, още не представляват цялостна здравна потребност.

### ***1.23. ИЗВОДИ***

- Здравните системи в Америка и Европа имат противоположни изходни цели - първата се основава на пазарните механизми, докато втората има социално-защитен характер. Различието в целите определя и различните посоки на реформа. Европейската здравна система се стреми към включване на пазарни форми, а американската - към социализация;
- Отношението на професионалистите в здравеопазването към проблемите на реформата се представя, чрез налагане в практиката на фундаментална промяна на принципите на здравните работници.

- Предлага се, чрез създаване на стандарти за качество и системен подход в оценката на качеството на здравните услуги да бъдат преодоляни слабостите на аналитичната дейност.
- Управление и финансиране на разходите в здравеопазването, промяна в организационната и административна структури, елементите на системата са приоритетните задачи на реформата в здравеопазването, според специалистите в системата.
- Населението приема необходимостта от реформа в здравеопазването.
- Най-често реформата в здравната система се свързва със заплащане от страна на гражданите за медицинските услуги, като декларират, че не биха могли да си го позволят.

## ГЛАВА ВТОРА

### ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДОЛОГИЯ

#### II.1. ЦЕЛТА

На докторантурата е на фона на критична оценка на здравеопазната система в Република България, минало, настоящи проблеми и бъдещи перспективи на здравеопазването, да подпомогне технологията за оперативно управление на потребностите пред здравеопазната система.

#### II.2. НАУЧНИ ЗАДАЧИ

За постигане на целта са разработени следните научни задачи:

1. Оценка на здравния и демографски статус на населението на Република България.
2. Основни параметри на здравеопазната система, тенденции на промяна и краткосрочни прогнози.
3. Въздействие на реформата върху дейността на здравната система и оценка зависимостите между използваните ресурси и получаваните резултати – зависимости, тенденции и аргументи на промяната.
4. Сравнения на българската здравеопазна система с СЗО-НФА.
5. Натрапвани резултати и очаквания от провежданите промени и налагащи се изводи за обективните резултати от внедряването ѝ.

#### II.3. ЕЛЕМЕНТИ НА ПРОУЧВАНЕТО

**Обект** на проучване е системата на здравеопазване в Република България в период на здравна реформа и нейните основни елементи.

Комплексният характер на проучването определят **единиците** на проучване в зависимост от решаваната научна задача и се конкретизират или в граждани на страната, или елементи на системата, или финансови източници и т.н.

Източници на **информация** са :

1. Официални статистически данни на Република България;

2. Официални статистически данни на СЗО за състоянието на здравеопазването в света;
3. Други публикации на СЗО;
4. Проведени анкетни проучвания, с участие на дисертанта;
5. Резултати от провеждани научни и научно-приложни анализи във ФОЗ, с участие на дисертанта;
6. Вторично използване на статистически данни, с участие на дисертанта.

## **II.4. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ**

### ***II.4.1. ИЗПОЛЗВАНА ИНФОРМАЦИЯ***

Използвана е два вида информация:

- **емпирична**, събрана и обработена самостоятелно от докторанта и от научен колектив, работещ системно по широк кръг проблеми на реформата в здравеопазването; За нуждите на проучването са провеждани социологични проучвания на отношението на здравните работници, на населението и на здравни ръководители за протичащите процеси и личната им оценка;
- **официална отчетна информация**, събирана и обнародвана от легитимни национални институции.

При използването на официалната статистическа информация реализирахме допълнителни анализи, като:

- **вторично обработка**, в съответствие с целите и задачите на дисертацията (извън основните цели на отчетния процес);
- **преструктуриране** формата на представяне, (без посегателства върху съдържателната ѝ страна);
- **липсваща информация** аналитично се оценяваше с помощта на статистически технологии, известни като методи на интерполация (за оценка на липсващи елементи) и екстраполация (за прогнозиране) на динамичните статистически редове.

## **II.5. СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ ЗА ОЦЕНКА**

За обективизирането на получените резултати и правените от тях изводи са използвани евристичните възможности на **статистическите технологии** за оценка и анализ на репрезентативни параметри (показатели) и за доказване на научни хипотези (**Б.Байкушев, С.Бачев, П.Божиков**, (1968); **Н.Бейли**, (1970); **Е.Божанов, И.Вучков**, (1983); **Р.Л.Раяцкас, М.К.Плакунов**, (1987); **С.Бачев, Ел.Петкова**, (1988); **И.В. Максимей**, (1988); **С.Бачев**, (1989); **В.И.Кант**, (1988); **Ел.Петкова, С.Бачев, Ем.Мутафова**, (1990, 1991); **Ив.Съйкова**, (1991); **П.Балабанов**, (1994); **П.Христова** (1996); **В.П.Корчагин**, (1996, 1997); **М.Вуков**, (1997); **Ст.Христова**, (1997); **Н.Големанов**, (1999, 2000, 2001); **Г.Ранчов** (2008); **WHO NFA-DB**, (2013) и др.). По този начин оценките са освободени от индивидуалността на анализатора.

### ***Методи за подбор:***

За осигуряване на представителност на резултатите са използвани методите за случаен репрезентативен подбор при провежданите от дисертанта емпиричните статистически (научни) наблюдения .

### ***Методи за описание на структури и процеси:***

- Вариационни средни;
- Средни на положение;
- Структурни коефициенти и показатели;
- Показатели за интензитет;
- Статистически редове и таблици;
- Статистически графически изображения;
- Социологични проучвания.

### ***Методи за анализиране на тенденции и зависимости:***

- Индексен анализ; Динамични и структурни индекси;
- Методи за доказване на зависимости – дисперсионен анализ;

- Методи за измерване на зависимост – корелационен анализ;
- Методи за оценка на трайни тенденции и прогнози и екстраполации на трайна тенденция и прогноза;
- Моделиране и симулация чрез/с модели. Технология на експертни прогнози.

**Статистически технологии** за оценка точността на резултати от представителни (репрезентативни) проучвания (прилагана само към репрезентативно събрани данни):

- Достоверност на резултатите;
- Репрезентативна грешка;
- Интервал на доверителност при уровень на значимост  $p_{(t)}=0.05$ .

Прилаганата **информационно-аналитична методология** гарантира:

- Обективна (реална) информационна основа на проучването;
- Обективно интерпретиране на резултатите, освободено от неограничените възможности на количествените технологични методи да извлекат от една информация само онова, което е необходимо на анализатора или на поръчалия анализа;
- Гаранционна вероятност  $P_{(t)}=0.95$  за правените емпирични изводи.

## **II.6. ВЪВЕДЕНИЕ КЪМ СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ**

В нашата разработка разглеждаме системата на здравеопазването като голяма, сложна, стохастична и динамична, в съответствие с обективните ѝ параметри. Тя притежава всички (икономически и менаджерски) характеристики, които я правят трудна за управление система. Тя, в умален или в деформиран вид представлява всичко, което се среща в националната система, но с целевата здравеопазна насоченост. Никой не отрича нейната значимост, което определя завишеното внимание към нея.

В същото време не трябва да се отрича, че отделни нейни елементи, дори цели подсистеми, са като христоматиен пример за кибернетично управление с

обратна информационна връзка, на такива системи. При управлението на този тип се използва голям набор от информации от аналитико-прогностични характеристики. Но всичко това е информация – събиране, съхранение, обработка и анализ.

По определението на кибернетиката, здравеопазването е сложна, поради участието в нея на много единици с недефинирани и неограничени взаимоотношения, динамична (променяща се във времето) стохастична, обществена система. Този тип системи, поради закономерната тенденция за самосъхранение, са лениви, трудно подаващи се на агресивно влияние от средата (обществото). Тя е инертна, трудно подаваща се на резки, особено нетипични за нейната цел промени.

Оценявайки мястото на здравната система в обществото и значението ѝ за нормалното му развитие, особено в настоящия етап на интензивно и радикално обновяване, на базата на налична официална (статистическа) и научна (емпирична) информация изучаваме вида (характера) и тенденциите на настъпващите промени и влиянието им върху основни компоненти на здравната система. Прави се опит за оценка влиянието на някои фактори, движещи съвремените политически и икономически промени.

В известен смисъл, здравната система е водещ, самостоятелно развиващ се елемент от съставна част на системата за национална сигурност.

В този смисъл, на входа на системата се изучават ресурсите, а не източниците, от които се предоставят, а тяхното количество и вид. Разбира се не е без значение институционалната (Държава (държавен бюджет), НЗОК, пациенти, спонсори (спомосъществуватели) и др.) структура на източниците, защото “който плаща, той поръча и музиката”.

## **ГЛАВА ТРЕТА**

### **НАСЕЛЕНИЕТО В БЪЛГАРИЯ ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 33 ГОДИНИ – ТЕНДИЦИИ И ВЛИЯНИЕТО ИМ ВЪРХУ ЗДРАВНАТА РЕФОРМА**

Промените в системата на здравеопазване се свързват с множество фактори на развитие: - медицинската наука, - технологиите, - управленческите и политически процеси. Един от определящите компоненти е населението (численост, демографска структура и здравен статус). Като обект на медицинската дейност, то се явява главния компонент на здравната система. Обемът дейност и ефектът от нея може да се оцени чрез здравното състояние на населението, а също така доброто структуриране на системата, адекватността на задачите ѝ, медицинската технология, удовлетворяването на определени потребности и перспективи на развитие.

#### ***III.1. АНАЛИЗ НА ОСНОВНИТЕ ПРИЧИНИ – ЕСТЕСТВЕНО ДВИЖЕНИЕ И МИГРАЦИЯ НА НАСЕЛЕНИЕТО***

За периода 1980-2012 г., т.е. през последните 33 години, се наблюдават значителни промени в прираста на населението. От стабилен положителен средногодишен прираст с около 20 000 души за първите 9 години - до 1988 г., само за две години – 1989 – 1990 г.г., тенденцията се обръща. Оформя се период на траен отрицателен прираст на населението. За периода 1990-2012 г.г. населението на страната намалява с 1 704 648 жители т.е. сега потенциалните пациенти на здравната система са с 17,05% по-малко в сравнение с началото на прехода.

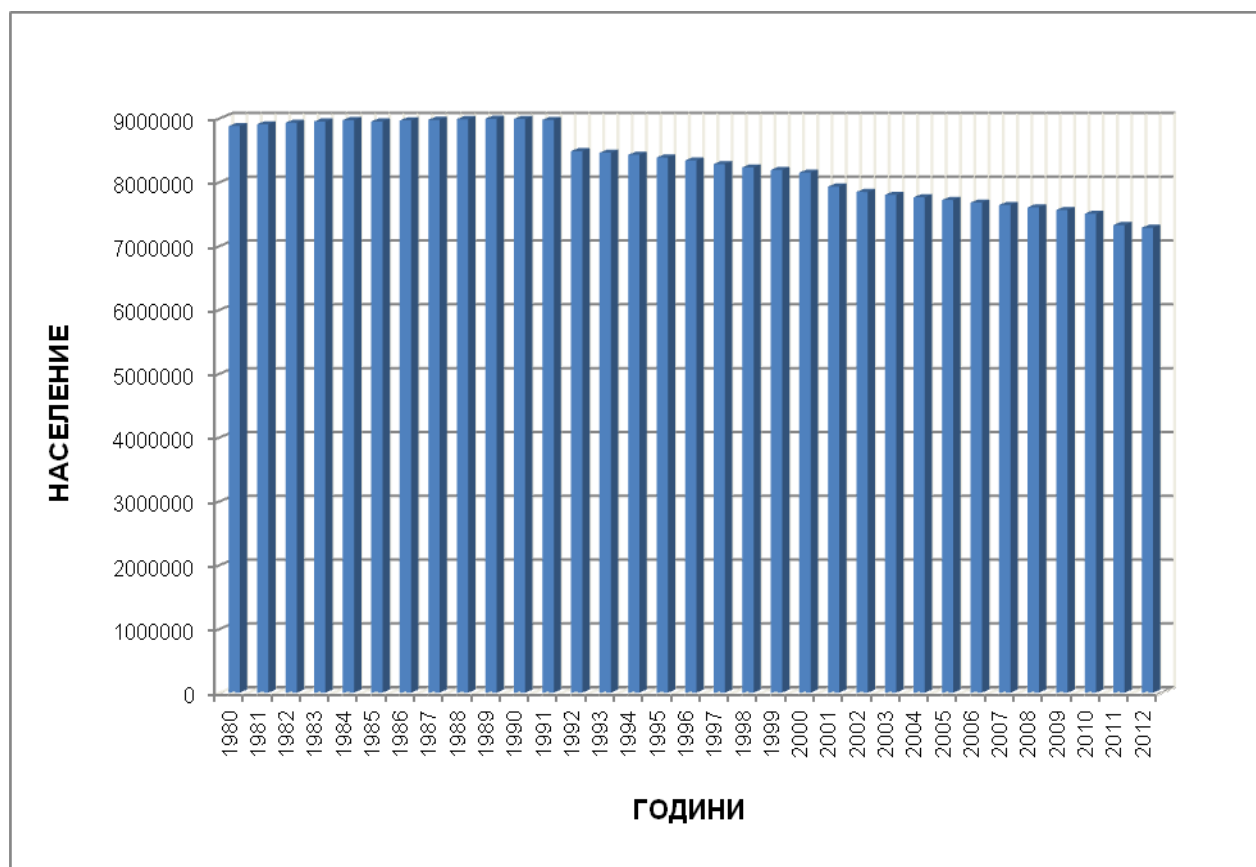
И в двата периода (1980-1988 г.г. и 1990-2012 г.г.) тенденцията е стабилна. Очаква се намалението, характерно за годините 1990-2012 г.г., да продължи и в следващите години, като практически няма аргументи за промяна.

В направения анализ на трайната тенденция в числеността на населението в България се прави опит да се открият следните групи фактори, съществено повлияващи тенденцията в числеността на населението в периода на реформата – политико-икономически, естествено движение и миграция (Таблица III.6.) (ПРИЛОЖЕНИЕ 1.).

Ако не бяха настъпили политическите промени от 1989/1990 г., то при наложилите се тенденции в предходния 10 годишен период, населението на България през 2012 г. при запазване тенденцията от периода 1980-1989 г. би трябвало да е 9013 хил. души (една съдържателна прогностично-аналитична хипотеза). Реалното население за 2012 г. е с 16,40% по-малко от изчислената ретро-прогноза при запазване на трайната тенденция от миналия период, в който има стабилна, макар и не цветуща политико-икономическа ситуация. (Таблица III.1.). При прогноза със същата трайна тенденция, отразяваща комплексното влияние на факторите определящи тенденцията и през следващите години, срещу която хипотеза има малко основание за отричане, към 2020 г. тази разлика ще нарасне и ще е 28% (Фигура III.1.).

**Фигура III.1.**

**ЧИСЛЕНОСТ НА НАСЕЛЕНИЕТО В Р.БЪЛГАРИЯ  
ЗА ПЕРИОДА 1980 г. – 2012 г.**



Източник: НСИ

Трайната тенденция се представя с уравнението:

$$Y_{\text{прогн.}} = -1827.5x^2 - 3985x + 9E+06$$

Таблица III.1.

**ОБЩ БРОЙ НАСЕЛЕНИЕ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ  
ЗА ПЕРИОДА 1980 г. – 2012 г.**

ГОДИНИ	ХИЛЯДИ БРОЯ	ПРОГНОЗА (хил.бр.)	% НА СПАД	СЪСТОЯНИЕ ПРИ БАЗА 80-89 Г.
1980	8877	8877		
1981	8906	8906		
1982	8929	8929		
1983	8950	8950		
1984	8971	8971		
1985	8950	8950		
1986	8966	8966		
1987	8976	8976		
1988	8987	8987		
1989	8992	8992		
1990	8989	9013	0,26	99,74
1991	8975	9016	0,45	99,55
1992	8485	9012	5,85	94,15
1993	8459	8859	4,51	95,49
1994	8427	8736	3,53	96,47
1995	8385	8634	2,88	97,12
1996	8340	8544	2,38	97,62
1997	8283	8462	2,12	97,88
1998	8230	8385	1,85	98,15
1999	8191	8312	1,46	98,54
2000	8149	8245	1,16	98,84
2001	7846	8182	4,11	95,89
2002	7801	8075	3,40	96,60
2003	7801	7978	2,22	97,78
2004	7761	7895	1,70	98,30
2005	7719	7819	1,28	98,72
2006	7679	7748	0,89	99,11
2007	7640	7681	0,54	99,46
2008	7607	7618	0,15	99,85
2009	7564	7559	-0,07	100,07
2010	7505	7502	-0,04	100,04
2011	7327	7445	1,58	98,42
2012	7285	7373	1,19	98,81

Забележка: Данните с курсив са изчислени.

Източник: НСИ

Намалението на населението в периода на политико-икономическите реформи е реално. Този фактор има определящо значение за промяната в своето отражение върху икономическите, социалните, здравните и други

трайната тенденция на числеността на населението в България. Това дава характеристики на българското общество. Те ще определят и перспективното ни развитие на страната.

Класифицирането на периода според тенденцията на прираста оформя три етапа.

**Първи етап** - 1980 -1989 г. с положителен прираст с тенденция за спад.

**Втори етап** - 1989 - 1990 г. обръщане на тенденцията на прираста – негативен

**Трети етап** - 1990 – 2012 г.г. трайна тенденция към негативен сумарен (естествен и механичен) прираст със значителни колебания в числеността на намаляване на населението по години.

Промяната на числеността на населението се оформя в резултат на два вида причини – естествени и механични. Естествените фактори, свързани с раждаемостта и смъртността на населението, са природо-икономически по съдържание. Свързват се с икономическото състояние на нацията, тъй като естествените процеси в обществото в значителна степен се оформят под действието на икономическите закони.

### **III.2. ЕСТЕСТВЕНО ДВИЖЕНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО**

През интерпретирания период естественото движение на населението се определя от две противоположни демографски тенденции (Таблица III.2.) – трайно намаляване на раждаемостта и тенденция за нарастване на смъртността. Излизаме от хипотезата, че естествените процеси, макар и силно повлияни от икономиката на страната, имат значителна самостоятелност. При тях икономическите процеси се пречупват през естествените закони за развитие на биологични популации. Това се потвърждава и от практиката на обществото. Естественото движение на населението, макар и повлиявано силно от икономическата ситуация в обществото, е сравнително стабилно. Не по-малко влияние оказват био-законите, които определят промените - една по-плавна промяна, без значителни колебания.

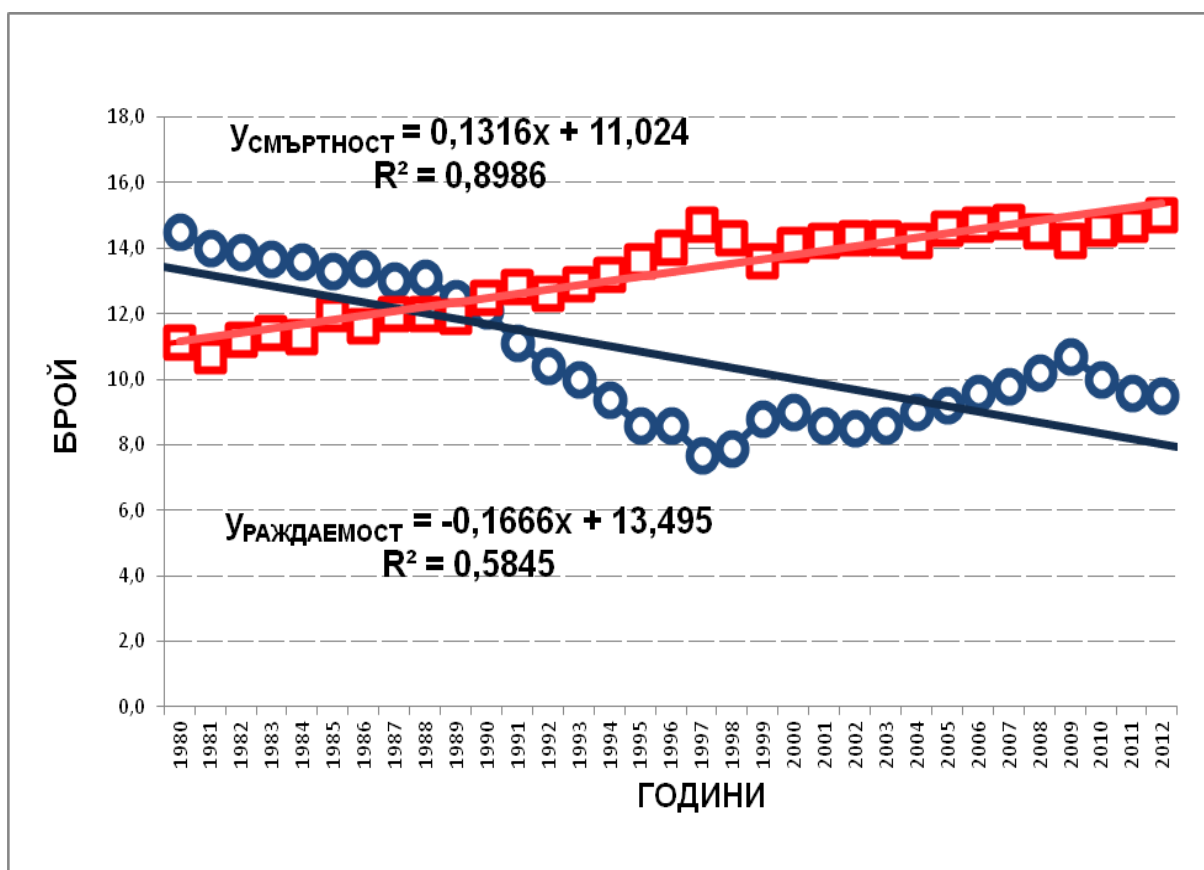
**Раждаемостта** в началото на периода (1980 г.) е 14.5‰. Тенденцията към намаляване на раждаемостта има локален екстремум през 1997 г. – 7.7‰. Това е минималната стойност на този демографски показател (Фигура III.2.).

През последните години се наблюдава процес на възстановяване на нивото на раждаемостта. В момента е 9.5‰. Регресионната тенденция се оценява със средногодишен темп от 0.58‰. В %-ти средният годишен темп е -2.92%.

**Смъртността** за същия период има трайна тенденция към покачване. От 11‰ през 1980 г. тя нараства, като варира около 14.5‰ - 15‰ през последните години. Увеличението на смъртността в проценти е с около 22% (на 121.7%). Или за наблюдавания 33 г. период средногодишното нарастване е с 1.35%.

**Фигура III.2.**

**ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ЕСТЕСТВЕНО ДВИЖЕНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО В  
Р.БЪЛГАРИЯ ЗА ПЕРИОДА 1980 г. – 2012 г.**



Източник: НСИ

Таблица III.2.

**ЕСТЕСТВЕНО ДВИЖЕНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО В Р.БЪЛГАРИЯ  
ЗА ПЕРИОДА 1980 г. - 2012 г.**

*на 1000 души население*

<b>ГОДИНИ</b>	<b>РАЖДАЕМОСТ</b>	<b>СМЪРТНОСТ</b>	<b>ЕСТЕСТВЕН ПРИРАСТ</b>
1980	14,5	11,1	3,4
1981	14,0	10,7	3,3
1982	13,9	11,2	2,7
1983	13,7	11,4	2,3
1984	13,6	11,3	2,3
1985	13,3	12,0	1,3
1986	13,4	11,6	1,8
1987	13,0	12,0	1,0
1988	13,1	12,0	1,1
1989	12,5	11,9	0,6
1990	12,1	12,5	-0,4
1991	11,1	12,8	-1,7
1992	10,4	12,6	-2,2
1993	10,0	12,9	-2,9
1994	9,4	13,2	-3,8
1995	8,6	13,6	-5,0
1996	8,6	14,0	-5,4
1997	7,7	14,7	-7,0
1998	7,9	14,3	-6,4
1999	8,8	13,6	-4,8
2000	9,0	14,1	-5,1
2001	8,6	14,2	-5,6
2002	8,5	14,3	-5,8
2003	8,6	14,3	-5,7
2004	9,0	14,2	-5,2
2005	9,2	14,6	-5,4
2006	9,6	14,7	-5,1
2007	9,8	14,8	-5,0
2008	10,2	14,5	-4,3
2009	10,7	14,2	-3,5
2010	10,0	14,6	-4,6
2011	9,6	14,7	-5,1
2012	9,5	15,0	-5,5

Източник: НСИ

**Естественият прираст** за периода е с трайна тенденция към намаляване. От 3.4‰ за 1980 г. намалява непрекъснато, като до 1989 г. прираста е положителен. През следващите години (от 1990 г. до края на анализирания период) прирастът е отрицателен, като максимумът му е през 1997 г. - -7‰.

След тази година прирастът има тенденция за възстановяване на част от загубеното ниво, но остава отрицателен.

Демографските процеси, отразяващи естественото движение на населението са стабилни, с добре изразена трайна тенденция. Значителните промени в числеността на населението с пикове през 1991 г. и 2000 г. насочват вниманието към механичните демографски процеси на масова миграция.

### ***III.3. МЕХАНИЧНО ДВИЖЕНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО***

Механичните фактори са свързани с миграционните процеси в обществото. Миграцията, отново най-силно се влияе, от икономическите процеси в обществото. Една силна икономика е притегателна сила. В нея се наблюдава механичен прираст. Миграционните процеси водят до нарастване на населението. Обратното е, при една нестабилна икономическа система – населението бяга от икономическата система, която не е в състояние да му гарантира икономически комфорт.

И при двата вида движение на населението значителна роля играе икономиката. Но тя влияе върху движението на населението по посочените два начина.

Механичните промени в числеността на населението са изчислени, като разлика между общия прираст - положителен или отрицателен, който е регистриран като официални данни от НСИ. Резултатите от направените изчисления са представени в Таблица III.3.

За наблюдавания период механичните промени в числеността варира от 51 (през 1994 г.) до 471433 (1992 г.). Прираста е най-значителен – около 10000 влезли в страната, през 1985 г. и това е единствената по-голяма положителна цифра през наблюдавания период. Периодът на социално-икономическите промени, с начало 1989 г., започва с минимален прираст на населението в резултат на миграционните процеси (1989 -1991 г.г.) (виж.Таблица III.3. колона “Дял на миграцията”).

**Таблица III.3.**  
**МЕХАНИЧНО ДВИЖЕНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО В Р.БЪЛГАРИЯ**  
**ЗА ПЕРИОДА 1980 г.- 2012 г.**

ГОДИНИ	БРОЙ	ЕСТЕСТВ. ПРИРАСТ	ОБЩ ПРИРАСТ	ДЯЛ НА МИГРАЦИЯ	% НА МИГР. В ПРИРАСТТА	% НА ЕСТ.ПР. В ОБЩИЯ ПР.
1980	8876652	30 181	x	x	x	x
1981	8905581	29 388	28 929	-459	-1,59	101,59
1982	8929332	24 109	23 751	-358	-1,51	101,51
1983	8950144	20 585	20 812	227	1,09	98,91
1984	8971214	20 634	21 070	436	2,07	97,93
1985	8949618	11 635	-21 596	-33 231	153,87	-53,87
1986	8966462	16 140	16 844	704	4,18	95,82
1987	8976255	8 976	9 793	817	8,34	91,66
1988	8986636	9 885	10 381	496	4,78	95,22
1989	8992316	5 395	5 680	285	5,01	94,99
1990	8989200	-3 596	-3 116	480	-15,39	115,39
1991	8974900	-15 257	-14 300	957	-6,69	106,69
1992	8484800	-18 667	-490 100	-471 433	96,19	3,81
1993	8459493	-24 533	-25 307	-774	3,06	96,94
1994	8427418	-32 024	-32 075	-51	0,16	99,84
1995	8384718	-41 924	-42 700	-776	1,82	98,18
1996	8339847	-45 035	-44 871	164	-0,37	100,37
1997	8283200	-57 982	-56 647	1 335	-2,36	102,36
1998	8230371	-52 674	-52 829	-155	0,29	99,71
1999	8190876	-39 316	-39 495	-179	0,45	99,55
2000	8149468	-41 562	-41 408	154	-0,37	100,37
2001	7929483	-44 405	-219 985	-175 580	79,81	20,19
2002	7845499	-45 504	-83 984	-38 480	45,82	54,18
2003	7801273	-44 467	-44 226	241	-0,55	100,55
2004	7761049	-40 357	-40 224	133	-0,33	100,33
2005	7718750	-41 681	-42 299	-618	1,46	98,54
2006	7679290	-39 164	-39 460	-296	0,75	99,25
2007	7640238	-39 163	-39 052	111	-0,28	100,28
2008	7606551	-32 708	-33 687	-979	2,91	97,09
2009	7563710	-26 473	-42 841	-16 368	38,21	61,79
2010	7504868	-34 522	-58 842	-24 320	41,33	58,67
2011	7327224	-37 369	-177 644	-140 275	78,96	21,04
2012	7284552	-40 065	-42 672	-2 607	6,11	93,89

ИЗТОЧНИК: Собствени изчисления

Следващите години се характеризират със значително движение в числеността на населението с посока навън. Пикът на процеса е 1992 г., когато страната напускат почти половин милион български граждани. Втори

аналогичен пик се наблюдава през 2001 г., когато страната е напусната от повече от 175 хиляди души и следващият – през 2011 г. над 140 хиляди души.

От промените през 1989 г. до 2012 г. страната са напуснали минимум 1 704 648 души. Минимум, защото това е разликата от емиграция и имиграция, т.е. балансова стойност. По-точно е, ако се артикулира, че населението на страната е намаляло минимум с 1 704 648 души в резултат на емигрирането на наши граждани. Към края на 1989 г. 13% от населението на страната е напуснало пределите ѝ.

През периода на реформата демографските процеси са неблагоприятни за страната. Въпреки новородените, населението е значително намаляло. Изчисленията показват, че в резултат на естествения прираст намалението е 661 521 души, а в резултат на миграцията с 900 398 души. Напусналите страната са почти 3/4 от броя на редуцираното население (66,95%).

#### **III.4. ВЪЗРАСТОВА СТРУКТУРА НА НАСЕЛЕНИЕТО**

Тенденциите във възрастовата структура на населението в Р.България говорят за застаряване. Делът на населението през 2012 г. до 19 години се увеличава 3,04% спрямо 1990 г., като през 2002 г. достига до 7,31% (при 0,89% за периода 1980-1989 г.). Относителният дял на лицата над 65 г. нараства за анализирания период 1980-2012 г. с 31,38%.

Наблюдават се две тенденции в изменението във възрастовата структура на населението. Едната - силно свиване на детската, до 19 навършени години, възраст и респективно нарастване относителния дял на хората в пенсионна Ако бяха запазени демографските тенденции във възрастовата структура на населението, очертани от периода 1980 г. - 1989 г., населението в пенсионна възраст би било по-малко със 2,07%. (Таблица III.10.) (ПРИЛОЖЕНИЕ 2.).

Най-големи консуматори на медицинска помощ, респективно един от най-значимите ограничители в системата са децата, особено тези до три годишна възраст. Демографските процеси в тази група са демонстрирани от следните данни:

- Децата до 4 г. в началото на периода са 7.5% от населението на страната. Тенденцията към намаляване е стабилна и се представя с уравнението

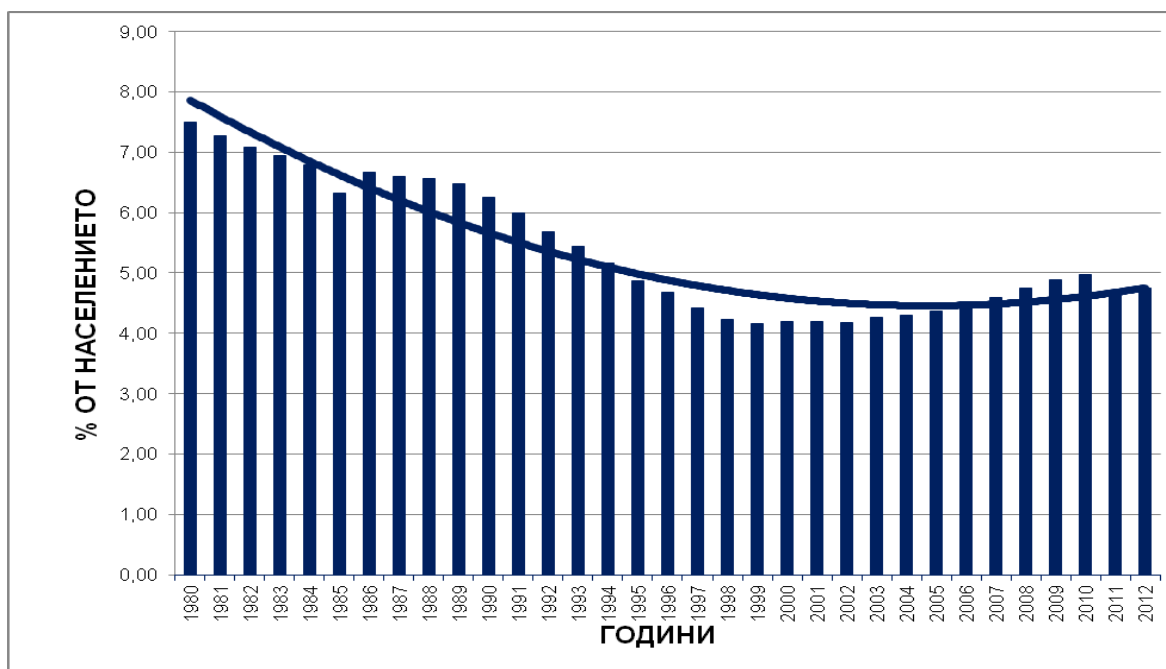
$$y = -0,1335 \cdot x + 7,4254$$

$$R^2 = 0,89$$

Повече от 90% от наблюдаваните промени (регистрация спад) са израз на стабилността на трайната тенденция.

### Фигура III.3.

#### ОТНОСИТЕЛЕН ДЯЛ НА ДЕЦАТА ДО 4-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ ПО ГОДИНИ ЗА ПЕРИОДА 1980 г. - 2012 г.



ИЗТОЧНИК: НСИ

Популацията в началото на периода е повече от 665 хиляди деца. В края на периода спада 2 пъти и е 346 хиляди деца. За наблюдавания период децата до 4 години намаляват с 50%.

Средногодишния прираст е отрицателен с численост  $-14\,449$  деца/годишно. Тенденцията е стабилна, като бележи няколко пика. Първият е 1985-1986 г.г. Предполага се, че това е породено от изравняване на числеността между реалното (преброено) население и изчисленото. Вторият, правещ впечатление, период е 1980-1990 г.г., в който силно нараства негативната

тенденция, като пикът е през 1992 г. с максимален спад в числеността на децата от около 56 хиляди.

През последните години 1990-2012 г.г., негативните тенденции намаляват, като има и години с нараснал брой на децата в тази възрастова група - 2000 (прираст от 1 555 деца) и 2003 г. (прираст от 4 979 деца), 2007 г. (прираст от 7 871 деца), 2012 г. (прираст от 443 деца).

Демонстрираната линейна зависимост е обратна, както се вижда от аналитичното уравнение

$$y = 0,3713x - 7,9072$$

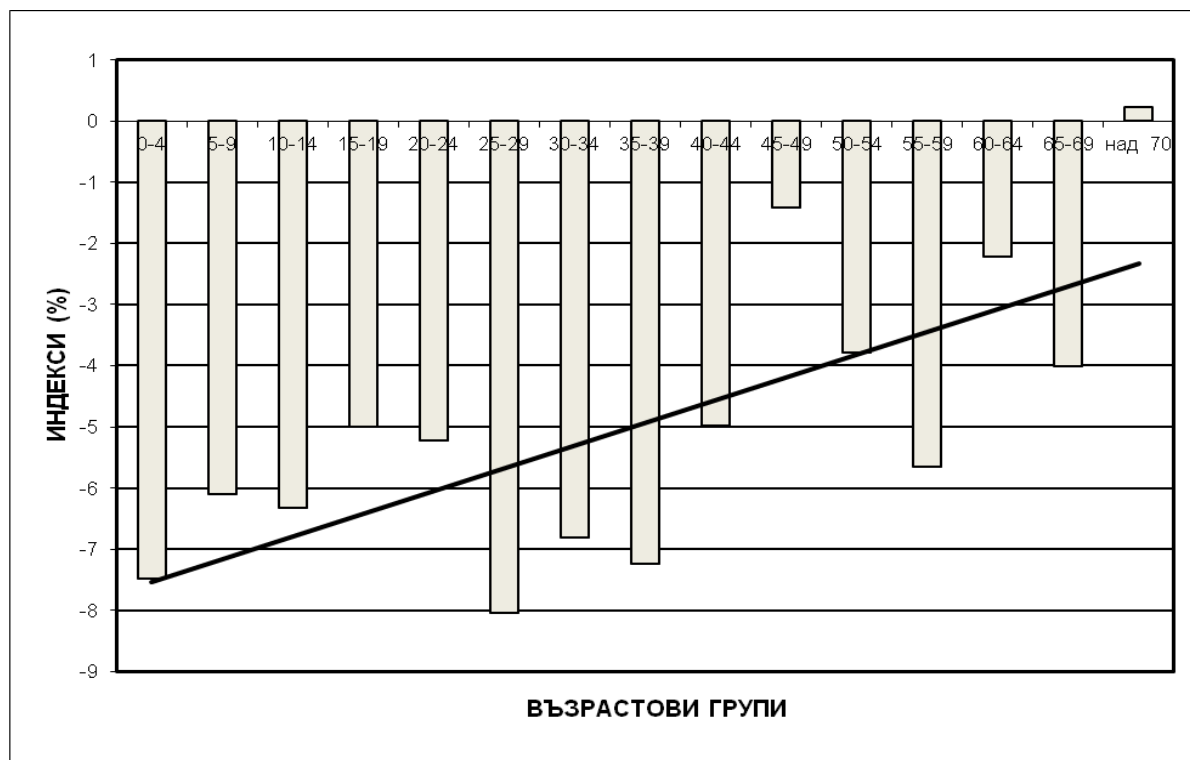
с увеличаване на възрастта намалява интензитета за редуциране числеността на населението. Средната по сила корелация ( $R=0,498$ ), респективно коефициента на детерминираност ( $D=25\%$ ) показват, че възрастта е определящ фактор, но не единствения. С възрастта могат да се обяснят около 25% от миграционните процеси през 1992 г. в България. (Визуално зависимостта възраст на населението и миграционна реализация е показано на (Фигура III.4.).

Обикновената средна на промяната, изчислена посредством верижния индекс е 4.94%. За отделни възрастови групи тя е около два пъти по-голяма. Особено подчертана е динамиката при лицата от 20 г. до 40 г. и децата до 4 г. възраст. Тези данни могат да ни насочат към факта, че това са най-мобилните миграционни възрастови групи, като наличието на малки деца в семейството не е ограничител, а в известна степен стимулатор за мигриране.

Нараства **средната възраст** на населението – от 38,1 г. през 1992 г. на 41,5 г. през 2012 г.. Средната възраст на живеещите в селата е по-висока, съответно от 42,8 г. през 1992 г. до 46,4 г. през 2012 г.. По-висока интензивност в нарастването на средната възраст за посочения период се наблюдава при градските жители - увеличение от 4,0 години за периода 1992-2012 г.г.. За посочения период не се наблюдават съществени промени в средната продължителност на живота (в години), което е основание да се твърди, че увеличаването на средната възраст е в резултат от промените във възрастовата структура на населението (Таблица III.11. и Таблица III.12.) (ПРИЛОЖЕНИЕ 3. и ПРИЛОЖЕНИЕ 4.).

**Фигура III.4.**

**ВЪЗРАСТОВИ ПРОМЕНИ В БРОЯ НА БЪЛГАРСКИТЕ ГРАЖДАНИ  
ПРЕЗ 1992 г.**



Източник: НСИ

**III.5. НАСЕЛЕНИЕ В ТРУДОСПОСОБНА ВЪЗРАСТ**

Анализът на промените, които ще настъпят в групата “население в трудоспособна възраст” е от съществено значение за възможните очаквани приходи в здравно-осигурителната каса, т.е. за бъдещите възможности за финансиране на здравеопазването. Проблемът се свързва с въпроса “За кого беше променена системата на финансиране на здравеопазването у нас?”. Анализът на данните показва, че през 2003 г. от общо 7801273 души население, в трудоспособна възраст са 4746532 души, а 3020673 са наетите лица в икономиката на страната. Това е основната група, формираща приходите в НЗОК.

В резултат на демографските промени тази група намалява значимо. Направихме прогноза на развитието ѝ до 2013 г., представена в Таблица III.4.

Намалението в групата на младото население, нарастването на лицата, в пенсионна възраст води до значително свиване на естествения прираст на трудоспособното население, като към 2008 година би се ликвидирал

положителния резултат от предходните години. Като се има предвид, че в тези изчисления не включваме миграционните процеси, които след влизането ни в Европейския съюз (ЕС) през 2007 г. ще се увеличат, при запазване на посочените тенденции в страната ни, приходите в ЗОК ще се формират почти единствено от бюджетните постъпления. Ето защо е логичен въпроса *“Струваше ли си усилията, средствата и проблемите за промяна на формата на финансиране на здравната система, като само след 8-10 години отново се връщаме на изходна позиция?”*.

**Таблица III.4.**

**ПРОГНОЗА ЗА ДИНАМИКАТА НА ТРУДОСПОСОБНОТО НАСЕЛЕНИЕ ЗА ПЕРИОДА 2004 Г. - 2013 Г.**

Година	Прираст на млади	Преминали в пенсия	Естествен прираст на трудоспособно население	Трудоспособна численост
2004	112 981	78 335	34 647	4 919 559
2005	109 039	82 562	26 477	4 946 035
2006	105 096	86 789	18 307	4 964 342
2007	100 630	91 016	9 614	4 973 956
2008	96 165	95 243	922	4 974 878
2009	95 500	102 815	-7 315	4 967 562
2010	94 834	104 250	-9 416	4 958 146
2011	89 324	105 822	-16 498	4 941 648
2012	83 291	107 325	-24 034	4 917 614
2013	77 259	111 227	-33 968	4 883 646

**III.6. БЕДНОСТ И БЕЗРАБОТИЦА**

Бедността е една от причините за ограничаване на достъпа до здравни услуги. Затрудненият достъп на групите в най-голям риск при ползване на здравни услуги води до влошаване на общото им здравословно състояние и увеличаване на смъртността сред тях. Този проблем се отнася до живеещите в малките населени места, в планинските и отдалечените райони, както и за хората, които са безработни, бедни или със специфични проблеми и потребности (хора с увреждания, възрастни хора, деца в риск и др.).

Таблица III.5.

## РАЗХОДИ ЗА ЗАЕТОСТ И БЕЗРАБОТИЦА ЗА ПЕРИОДА 1991 г. – 2012 г.

ГОДИНИ	НАСЕЛЕНИЕ ВЪВ ВЪЗРАСТОВА ГРУПА 15-64 г.	ЗАЕТИ ЛИЦА (в хил.бр.)	БЕЗРАБОТНИ (в хил.бр.)
1991	5986400	3564,0	419,1
1992	5985500	3273,7	576,9
1993	5661475	3221,8	626,1
1994	5652656	3241,6	488,4
1995	5647618	3282,2	423,8
1996	5630873	3285,9	478,8
1997	5619670	3157,4	523,5
1998	5601526	3152,6	465,2
1999	5584204	3087,8	610,6
2000	5565167	2980,1	682,8
2001	5552480	2968,1	662,3
2002	5420844	2992,2	602,5
2003	5366575	2834,0	500,7
2004	5361782	2922,2	399,8
2005	5357021	2980,0	334,2
2006	5343220	3110,0	305,7
2007	5322628	3252,6	240,2
2008	5293641	3360,7	199,7
2009	5261118	3253,6	238,0
2010	5211619	3052,8	348,0
2011	5141057	2965,2	376,2
2012	4966189	2934,0	409,0

ИЗТОЧНИК: НСИ

Европейската комисия отбелязва тревожна тенденция за дългосрочната безработица у нас. И все пак към ноември 2012 г. нивото на безработните в България се е запазило като предходния месец - 12,4%. Сравнено със същия период на 2011 г. обаче, броят на хората без работа расте.

Пазарът на труда и равнището на доходите в България оказват влияние върху здравната система по няколко направления:

- сравнително високото равнище на безработица;

- значителният брой на пенсионерите, което сериозно утежнява разходите на общественото осигуряване.

Здравето е сред основните блага, които дават смисъл на човешкия живот, както и сред основните човешки права, заложи в международното право. За индивидите и семейството здравето осигурява възможността за персонално развитие и икономическата сигурност в бъдеще; здравето е базата за продуктивна работа, капацитет за обучение и образование и възможността да се израства интелектуално, физически и емоционално.

Бедността, независимо от това дали се определя на базата на нивото на доходите, социално-икономическия статус, условията на живот или образователното ниво, се явява като един от най-важните детерминанти на влошеното здраве. Бедността води до повишаване на индивидуалните и екологични фактори на риска, нарастваща заплаха от непълноценно хранене, лоши битови условия, намаляване на достъпа до информация и знания, а така също и към намаляване на възможностите за получаване на необходимата медицинска помощ. Създавайки порочен кръг, влошеното здраве от своя страна води към бедност за сметка на снижената трудоспособност, доходи и качество на живот.

Процента на работещите граждани, сред трудоспособното население, намалява от 67,10% през 1980 г. на 64,29% през 2012 г.. Общият брой на заетите лица достига 2934,0 хиляди души, или 46,6% от населението над 15 и повече навършени години. Икономически неактивните лица на възраст 15-64 навършени години са 1619,7 хиляди души.

Направените анализи насочват вниманието към следните

### ***ИЗВОДИ:***

- В периода на промени намалява числеността на населението, т.е. консуматорите на медицинска помощ. Това води до свиване на здравната система (инфлация на здравната система).
- Възрастовата структура се променя, като намаляват децата и хората в трудоспособна възраст. При така създалата се структура на населението нарастват взаимно противоположните проблеми в здравната система. Малкият брой деца намаля потребностите от педиатрична медицинска помощ. Значително нараства потреблението на гериатрична помощ.

- Причините за намалението са предимно икономически.
- Числеността на емигриралите е значителен.
- Страната напускат предимно трудово активни граждани.
- За здравеопазването този факт има следните измерения – намалява делът на здравето, население. В страната остава възрастно население с високи здравни потребности. Напусналите страната са здрави, работоспособни лица, които могат да осигуряват средства в ЗОК. В резултат на това приходите в ЗОК ще намаляват, поради намаления приток на хора в групата на активното, трудоспособно, население. За съхраняване на системата се налага един работещ да осигурява все повече здравни потребности, или да се промени обемът медицинска помощ, получавана от населението.
- Промяната във възрастовата структура (увеличение на възрастното нетрудоспособно население) изисква повече медицински грижи на един гражданин.
- От посочените две тези, че причините са предимно икономически и че числеността на емигриралите е значителен, следва извода, че страната се напуска предимно от трудово активни граждани. Това носи две значими за здравеопазването характеристики – здрави и платежоспособни.

## **ГЛАВА ЧЕТВЪРТА**

### **ОСНОВНИ ПАРАМЕТРИ НА ЗДРАВЕОПАЗНАТА СИСТЕМА В Р. БЪЛГАРИЯ И ДИНАМИКАТА ИМ ВЪВ ВРЪЗКА С ПРОВЕЖДАНАТА ЗДРАВНА РЕФОРМА**

Стремежът на всяка система към съвършенство изисква целенасочени промени, особено, когато една система не е стигнала до етапа на моментното съвършенство. Здравеопазването разглеждаме като такъв тип система. Подложена е на влиянието на научно-техническия прогрес и на съвременните постижения на медицинската наука и практика. То се аргументира с (БАН: Здравеопазването е в състояние на стабилизирана криза и системен хаос, 10.06.2013 г., Институт за икономически изследвания при БАН) :

- Значителни разходи за здравната система;
- Резултати, несъответстващи на използваните здравни ресурси;
- Неудовлетвореност на населението от начина на обслужване;
- Неудовлетвореност на работещите в общественото здравеопазване от организацията на работа, осигуреността на производствения процес, заплащането.
- Изоставането ѝ в сравнение със съответното ниво на технологиите на медицината и осигуреността с необходимите изследвания, лечебните средства, препарати и др.

Проблемите са всеобщи, на световната здравна система, а начините за решаване са в зависимост от моментното състояние. Особено актуален е фактът, че търсенето на нови форми за реорганизация на здравеопазването се срещат в съвременното управленческо пространство. Страни с подчертано пазарно-ориентирано здравеопазване, като САЩ и Канада, се насочват към централизирани форми на контрол, а системите с държавна собственост и с централизирано управление на здравеопазната система, въвеждат пазарни форми в структурата на здравеопазването.

В основата на процесите на реорганизация стоят социо-икономически причини. Свързват се или с недостатъчността на наличните ресурси, или с нерационалното им разпределение, или с неефективното им използване. Но винаги аргументите за глобална здравна реформа са обвързани с

икономически съображения. Това определя и целта на промените, дефинирана като:

- Повишаване качеството на медицинската помощ чрез лицензиране на здравните заведения от държавата (в Централноевропейските страни) или въвеждане на конкурентното начало в предлаганата медицинска помощ (във Великобритания);
- Повишаване ефективността на системата чрез прилагане на пазарни (за САЩ) или централизирани (за Великобритания) форми на управление.

Проблемите на българското здравеопазване се усложняват и разширяват, поради реструктурирането на стопанския живот. Промените в стопанския и социален живот са съпътствани от остра стопанска криза, инфлация, безработица, свиване на външния и вътрешен пазар. Тежестите на прехода и неблагоприятията в стопанския живот силно влияят на състоянието и дейността на здравните заведения. Размерът на явлениято може да се оцени обективно само чрез целеви икономически анализи, допълнени с резултатите от дейността на здравните заведения.

#### ***IV.1. БОЛНИЦИ, ЛЕГЛА, МЕДИЦИНСКИ КАДРИ***

В сравнение с 1980 г. броят на болниците са се увеличили с 155 броя. От своя страна броят на леглата намалява с 53,41, като драстично намалява средният брой легла в болницата: от 533,38 през 1980 г. на 134,88 през 2012 г.. Общият дял на населението през 2012 г. намалява в сравнение с 1980 г. на 82,06%, а населението над 65+ години нараства на 131,38%. Това население е определено обременено с хронични заболявания, най-вече на сърдечно-съдовата, дихателната, ендокринната и нервна системи и които заболявания водят до чести декомпенсации.

Друга причина е, че населението не провежда достатъчно качествено поддържащо лечение, както поради финансови предпоставки, така и от затруднения от неравнопоставен достъп до специализирана медицинска помощ.

Таблица IV.1.

## ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ЛЕЧЕБНО-ДИАГОСТИЧНАТА ДЕЙНОСТ

ЗА ПЕРИОДА 1980-2012 г.г.

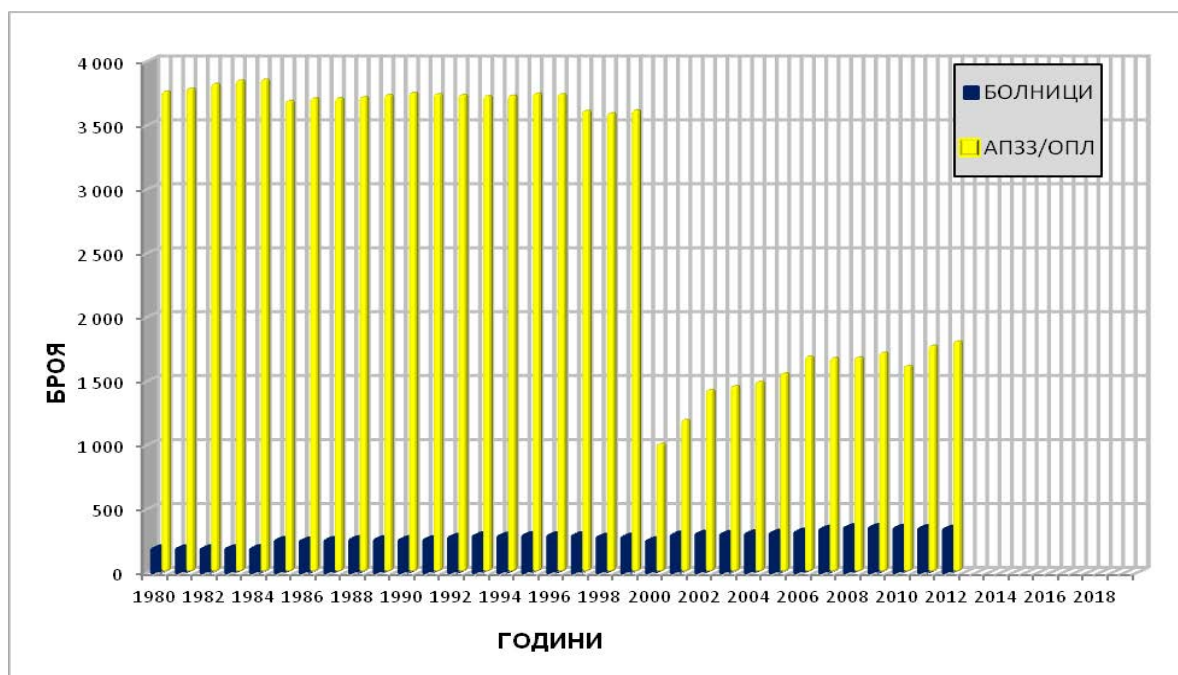
Години	Болнични здравни заведения	Амбулаторно-поликлинични здравни заведения	Брой легла	Лекари	Стоматолози/дентална медицина	Среден медицински персонал/специалисти по здравни грижи
1980	184	3758	98142	21796	4839	77532
1981	186	3781	98915	22088	4984	78879
1982	186	3818	99525	23081	5201	80171
1983	186	3845	101865	24026	5460	81969
1984	187	3851	102865	24718	5623	82783
1985	251	3685	104892	25665	5745	84231
1986	247	3704	108246	26451	5844	84893
1987	251	3706	109728	27107	5921	86350
1988	257	3714	109786	27750	5953	87559
1989	256	3732	111185	28218	6048	87125
1990	256	3747	112122	28497	6109	88387
1991	257	3738	110405	26760	5899	82106
1992	275	3732	108011	27039	5705	81382
1993	287	3723	110269	28457	5727	83396
1994	284	3726	107201	28094	5540	81404
1995	289	3742	107396	29384	5437	78801
1996	288	3737	107388	29529	5467	81720
1997	288	3607	103146	28655	5240	74787
1998	276	3587	80923	28823	4980	70277
1999	276	3610	72953	28261	4655	69778
2000	249	1003	56204	27526	6778	49840
2001	244	1 190	52712	27186	6482	46423
2002	251	1 423	46929	27688	6144	45604
2003	249	1 455	45070	28153	6473	45652
2004	257	1 489	43597	26423	6491	46037
2005	262	1 554	45537	28197	6493	47657
2006	270	1 685	43645	28111	6512	48112
2007	292	1 674	44650	27911	6432	48631
2008	351	1 679	45353	27480	6288	48378
2009	352	1715	45906	27988	6493	48099
2010	346	1613	45832	27997	6355	47468
2011	344	1770	45811	28411	6655	47427
2012	339	1 804	45726	28643	6706	47806

ИЗТОЧНИК: НСИ, НЦЗИ

Нараства и броя на стоматолозите/лекари по дентална медицина на 138,58% през 2012 г., а средният медицински персонал/специалисти по здравни грижи спада на 61,66% през 2012 г..

**Фигура IV.1.**

### ОТНОШЕНИЕ МЕЖДУ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧНИ/ОПЛ И БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ЗАВЕДЕНИЯ



Тези два сектора ясно показват съотношението между амбулаторно-поликлиничните и болничните здравни заведения. В годините 1980-1999 г. голяма част от лечението се представя чрез тези заведения - от 20,42 през 1980 г. до 13,08 през 1999 г.. Докато през втория период 2000 г. – 2012 г. съотношението варира от 4,03 през 2000 г. до 5,32 през 2012 г., като няма тенденции да се промени.

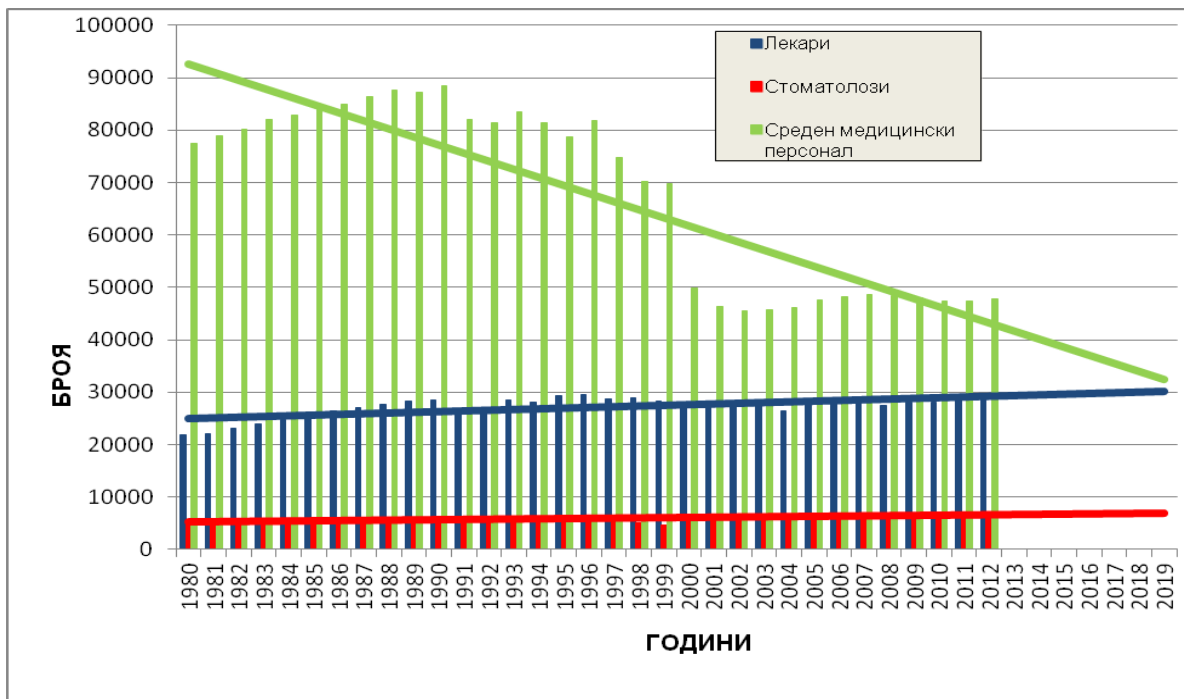
При него лечението е много по-малко (около 4 пъти) с въвеждане на здравноосигурителното здравеопазване. Има следните корекции:

- По големи, или „пренаселени“ са амбулаторно-поликлиничните здравни заведения;
- Без излишна натовареност (от сестри и други помощни служители) са заведенията за първична медицинска помощ;

- По малък брой са заангажирани в ПМП.

**Фигура IV.2.**

**ЛЕКАРИ, СТОМАТОЛОЗИ/ЛЕКАРИ ПО ДЕНТАЛНА МЕДИЦИНА И СРЕДЕН МЕДИЦИНСКИ ПЕРСОНАЛ/СПЕЦИАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ – ТЕНДЕНЦИИ В РАЗВИТИЕТО ДО 2019 г.**



$$Y_{\text{Л}} = 132,78x + 24898$$

$$R_{\text{Л}}^2 = 0,4318$$

$$Y_{\text{Ст}} = 40,792x + 5205,9$$

$$R_{\text{Ст}}^2 = 0,4511$$

$$Y_{\text{СМП}} = -1543,1x + 94132$$

$$R_{\text{СМП}}^2 = 0,7522$$

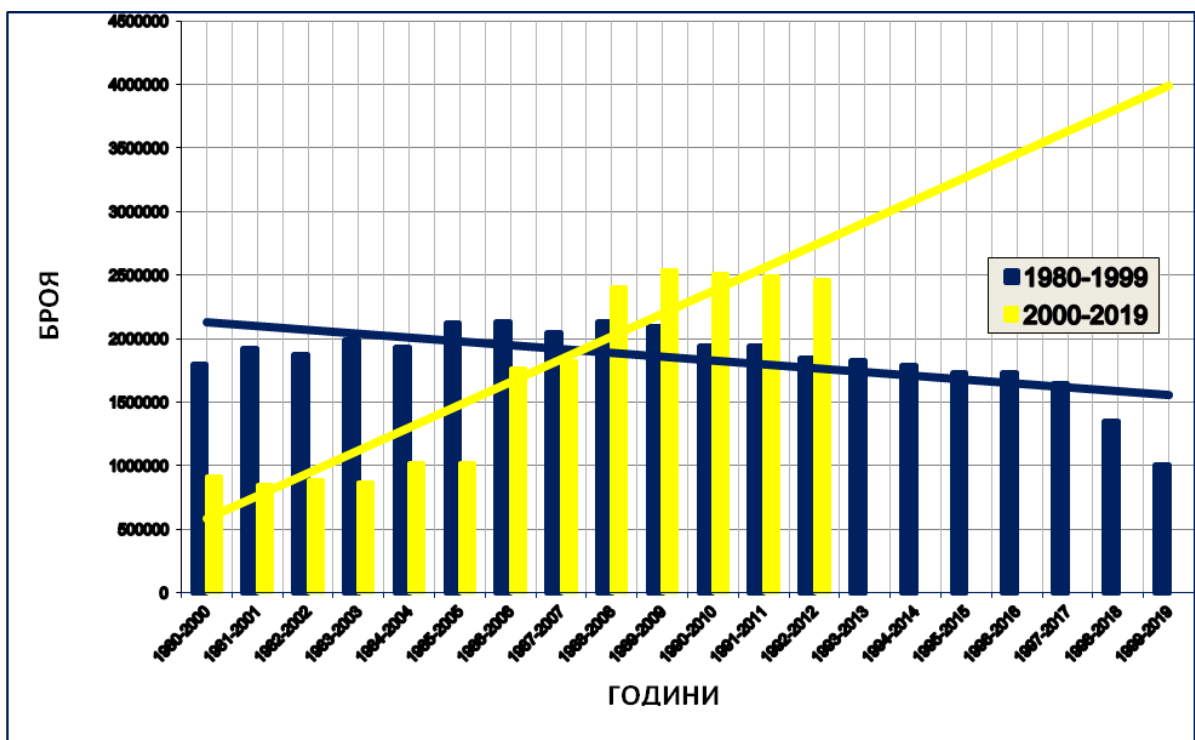
Тенденциите в развитието на лекари, стоматолози/лекари по дентална медицина и среден медицински персонал/специалисти по здравни грижи се представят на фигура IV.2. Лекарите се покачват от 21796 броя през 1980 г. на 28643 броя през 2012 г.. Това се дължи на нарастване на болниците с частен капитал. Стоматолозите/ лекарите по дентална медицина нарастват от 4839 броя през 1980 г. на 6706 броя през 2012 г.. Въпреки това зъбите на все повече хора заболяват, въпреки тенденциите са за нарастване на стоматолозите/лекарите по дентална медицина. Третата група – медицинските сестри, най-силно се влияят от промяната. Тази група намалява през наблюдавания период от 77532 броя през 1980 г. на 47806 броя през

2012 г. Рязкото спадане се приема след 2000 г. Това от една страна е със смяната на системата – от бюджетно финансиране към здравно-осигурително финансиране. На този етап медицинските сестри, които попълваха броя от кадри изведнъж ги „ниглежираха”. Те станаха излишни, непотребни. Ето защо те потърсиха път на запад. А в западните страни има недостиг на кадри именно с това образование – различни хосписи, дневни грижи и т.н.

Фигура IV.3.

### СПЕШНА МЕДИЦИСКА ПОМОЩ, РАЗПРЕДЕЛЕНИ НА ДВЕ ГРУПИ

1980-1999 г. и 2000-2012 г. И ПЕРСПЕКТИВИ ДО 2019 г.



$$Y_{1980-1999} = -19078x + 2E+06$$

$$R_{1980-1999}^2 = 0,3905$$

$$Y_{2000-2019} = 179204x + 405174$$

$$R_{2000-2019}^2 = 0,8732$$

Таблица IV.2.

**ДЕЙНОСТ НА ЦЕНТРОВЕТЕ ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ  
ЗА ПЕРИОДА 1980 г. – 2012 г.**

Година	Общо
1980	1801868
1981	1919965
1982	1877936
1983	1987303
1984	1936681
1985	2127536
1986	2131918
1987	2045704
1988	2134165
1989	2098928
1990	1942124
1991	1939450
1992	1846447
1993	1832681*
1994	1789657*
1995	1737016
1996	1736205*
1997	1650552*
1998	1350537*
1999	1011386*
2000	913783
2001	851483
2002	888815
2003	866906
2004	1021954
2005	1021433
2006	1766546
2007	1822452
2008	2410898
2009	2538420
2010	2509687
2011	2496265
2012	2466151

Забележка: Данните отбелязани със знак (\*) са изчислени.

ИЗТОЧНИК: НСИ

Таблица IV.3.

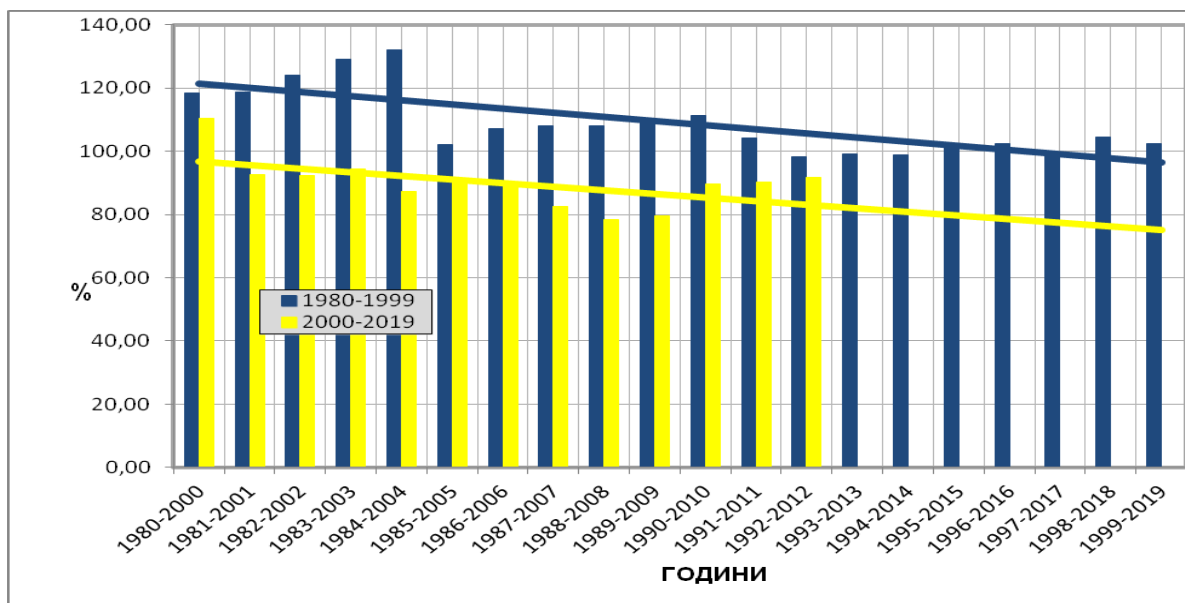
**ЛЕЧЕБЕН ПРОЦЕС ЗА ПЕРИОДА 1980-2012 г.г.**

Години	Лекарите, работещи в болниците	Брой легла на лекар в болниците	Среден брой легла в болница	Среден медицински персонал/специалисти по здравни грижи на лекар
<b>1980</b>	118,46	4,50	533,38	3,56
<b>1981</b>	118,75	4,48	531,80	3,57
<b>1982</b>	124,09	4,31	535,08	3,47
<b>1983</b>	129,17	4,24	547,66	3,41
<b>1984</b>	132,18	4,16	550,08	3,35
<b>1985</b>	102,25	4,09	417,90	3,28
<b>1986</b>	107,09	4,09	438,24	3,21
<b>1987</b>	108,00	4,05	437,16	3,19
<b>1988</b>	107,98	3,96	427,18	3,16
<b>1989</b>	110,23	3,94	434,32	3,09
<b>1990</b>	111,32	3,93	437,98	3,10
<b>1991</b>	104,12	4,13	429,59	3,07
<b>1992</b>	98,32	3,99	392,77	3,01
<b>1993</b>	99,15	3,87	384,21	2,93
<b>1994</b>	98,92	3,82	377,47	2,90
<b>1995</b>	101,67	3,65	371,61	2,68
<b>1996</b>	102,53	3,64	372,88	2,77
<b>1997</b>	99,50	3,60	358,15	2,61
<b>1998</b>	104,43	2,81	293,20	2,44
<b>1999</b>	102,39	2,58	264,32	2,47
<b>2000</b>	110,55	2,04	225,72	1,81
<b>2001</b>	92,78	1,94	179,90	1,71
<b>2002</b>	92,29	1,69	156,43	1,65
<b>2003</b>	94,47	1,60	151,24	1,62
<b>2004</b>	87,20	1,65	143,88	1,74
<b>2005</b>	91,55	1,61	147,85	1,69
<b>2006</b>	88,96	1,55	138,12	1,71
<b>2007</b>	82,58	1,60	132,10	1,74
<b>2008</b>	78,29	1,65	129,21	1,76
<b>2009</b>	79,51	1,64	130,41	1,72
<b>2010</b>	89,73	1,64	132,46	1,70
<b>2011</b>	90,19	1,61	133,17	1,67
<b>2012</b>	91,80	1,60	134,88	1,67

ИЗТОЧНИК: Собствени изчисления.

**Фигура IV.4.**

**ЛЕКАРИ РАБОТЕЩИ В БОЛНИЦЕТЕ  
И ТЕНДЕНЦИИ ДО 2019 г.**



$$Y_{1980-1992} = -1,3111x + 122,79$$

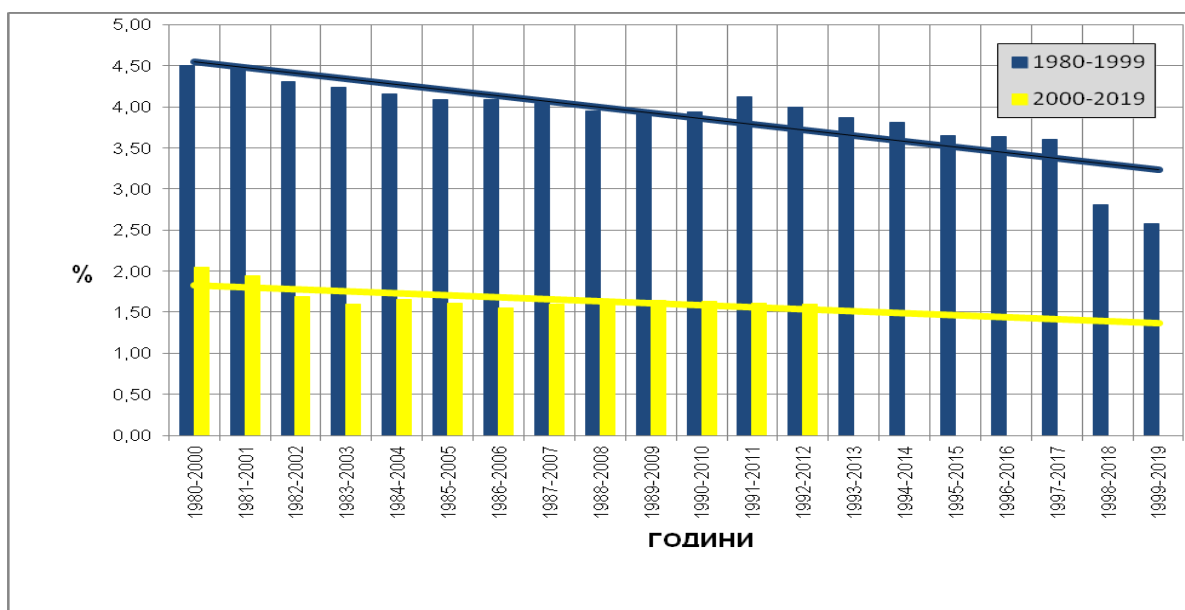
$$R_{1980-1992} = 0,5712$$

$$Y_{2000-2012} = -1,1392x + 97,968$$

$$R_{2000-2012} = 0,3059$$

**Фигура IV.5.**

**БРОЙ ЛЕГЛА НА ЕДИН ЛЕКАР В БОЛНИЦЕТЕ  
И ТЕНДЕНЦИИ ДО 2019 г.**



$$Y_{1980-1992} = -0,0697x + 4,6243$$

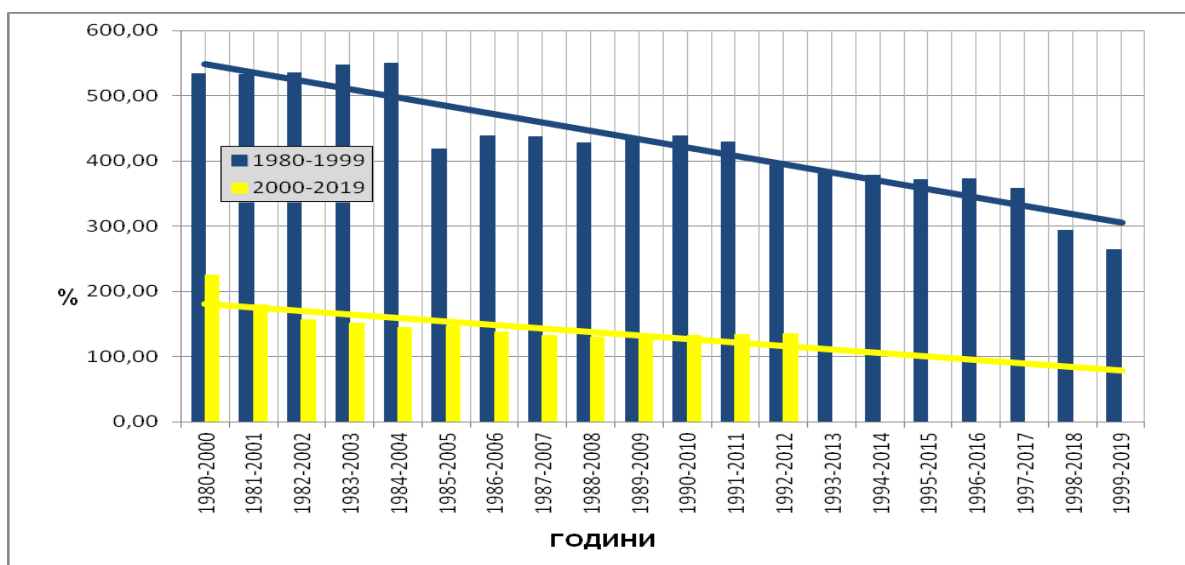
$$R_{1980-1992}^2 = 0,7399$$

$$Y_{2000-2012} = -0,0244x + 1,8498$$

$$R_{2000-2012}^2 = 0,4352$$

Фигура IV.6.

**СРЕДЕН БРОЙ ЛЕГЛА В БОЛНИЦИТЕ  
И ТЕНДЕНЦИИ ДО 2019 г.**



$$Y_{1980-1992} = -5,3962x + 186,65$$

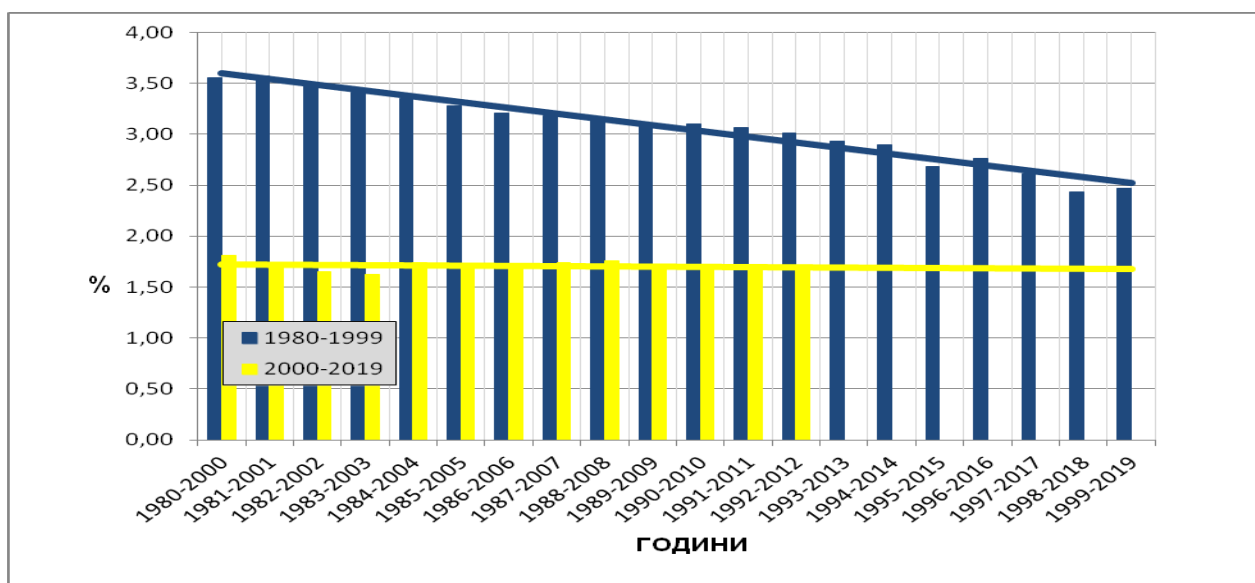
$$R_{1980-1992}^2 = 0,6027$$

$$Y_{2000-2012} = -12,79x + 561,05$$

$$R_{2000-2012}^2 = 0,8721$$

Фигура IV.7.

**СРЕДЕН МЕДИЦИНСКИ ПЕРСОНАЛ/СПЕЦИАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ  
НА ЕДИН ЛЕКАР И ТЕНДЕНЦИИ ДО 2019 г.**



$$Y_{1980-1992} = -0,0026x + 1,7246$$

$$R_{1980-1992}^2 = 0,0396$$

$$Y_{2000-2012} = -0,0565x + 3,656$$

$$R_{2000-2012}^2 = 0,9656$$

Таблица IV.4.

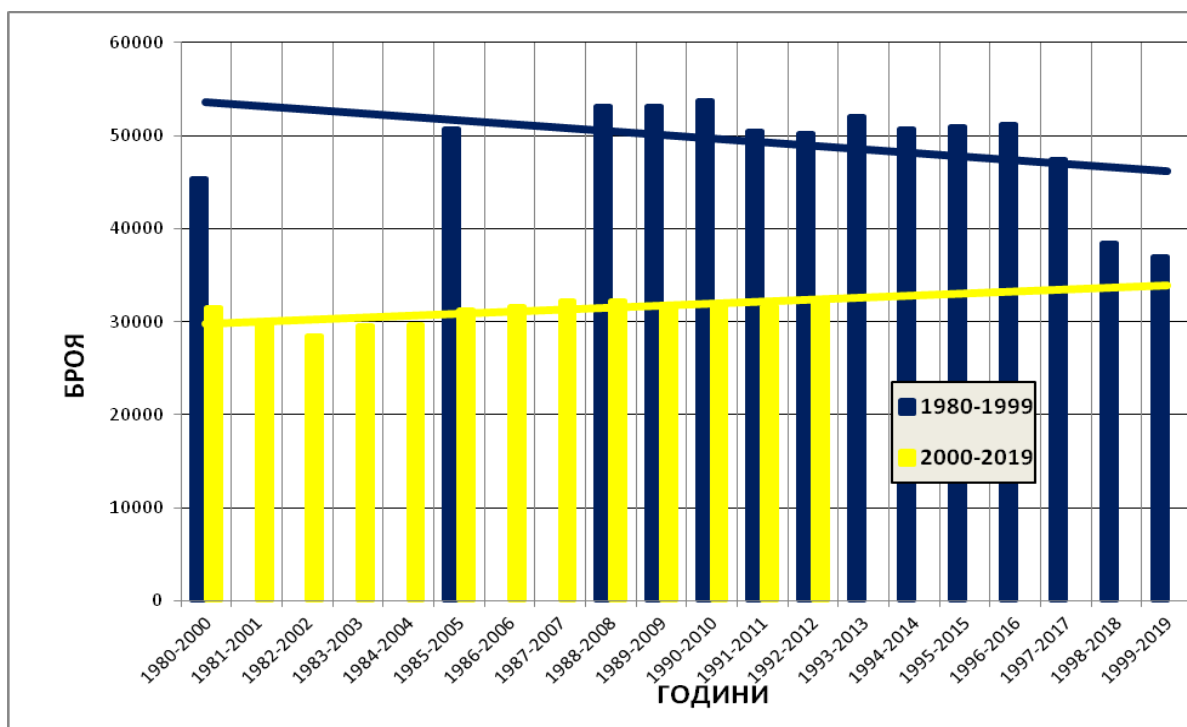
**РАЗМЕРИ НА СРЕДНИЯТ МЕДИЦИНСКИ ПЕРСОНАЛ/СПЕЦИАЛИСТИТЕ ПО  
ЗДРАВНИ ГРИЖИ 1980-2012 Г.Г.**

Години	Среден медицински персонал/специалисти по здравни грижи						
	ОБЩО	ФЕЛШЕРИ	АКУШЕРКИ	МС	ЛАБОРАНТИ	ЗЪБОТЕХН.	ДРУГИ
<b>1980</b>	77 532	7355	7897	45449	6757	2342	7732
...	...	...	...	...	...	...	...
<b>1985</b>	84 231	7691	7824	50805	7178	2488	8245
...	...	...	...	...	...	...	...
<b>1988</b>	87 559	7816	7751	53203	7522	2775	8492
<b>1989</b>	87 125	7433	7466	53124	7486	2825	8791
<b>1990</b>	88 387	7617	7544	53810	7604	2858	8954
...	...	...	...	...	...	...	...
<b>1992</b>	81 382	7015	7021	50230	7086	2710	7320
...	...	...	...	...	...	...	...
<b>1995</b>	78 801	6885	6652	51035	7384	2669	7138
...	...	...	...	...	...	...	...
<b>2000</b>	49 840	3158	4131	31479	5964	1305	3803
<b>2001</b>	46 423	2334	3518	29769	6180	1222	3400
<b>2002</b>	45 604	1972	3433	28508	5616	1411	4664
<b>2003</b>	45 652	2334	3456	29650	5905	1229	3157
<b>2004</b>	46 037	2549	3417	29769	5852	1377	3073
<b>2005</b>	47 657	2466	3455	31235	5935	1401	3165
<b>2006</b>	48 112	2568	3429	31599	5879	1466	3171
<b>2007</b>	48 631	2660	3401	32244	5793	1422	3111
<b>2008</b>	48 378	2508	3336	32314	5730	1412	3078
<b>2009</b>	48 099	2534	3289	31961	5932	1350	3033
<b>2010</b>	47 468	2417	3247	31786	5765	1280	2973
<b>2011</b>	47 427	2439	3270	31609	5837	1514	2758
<b>2012</b>	47 806	2456	3292	32059	5731	1494	2775

ИЗТОЧНИК: НСИ, НЦЗИ

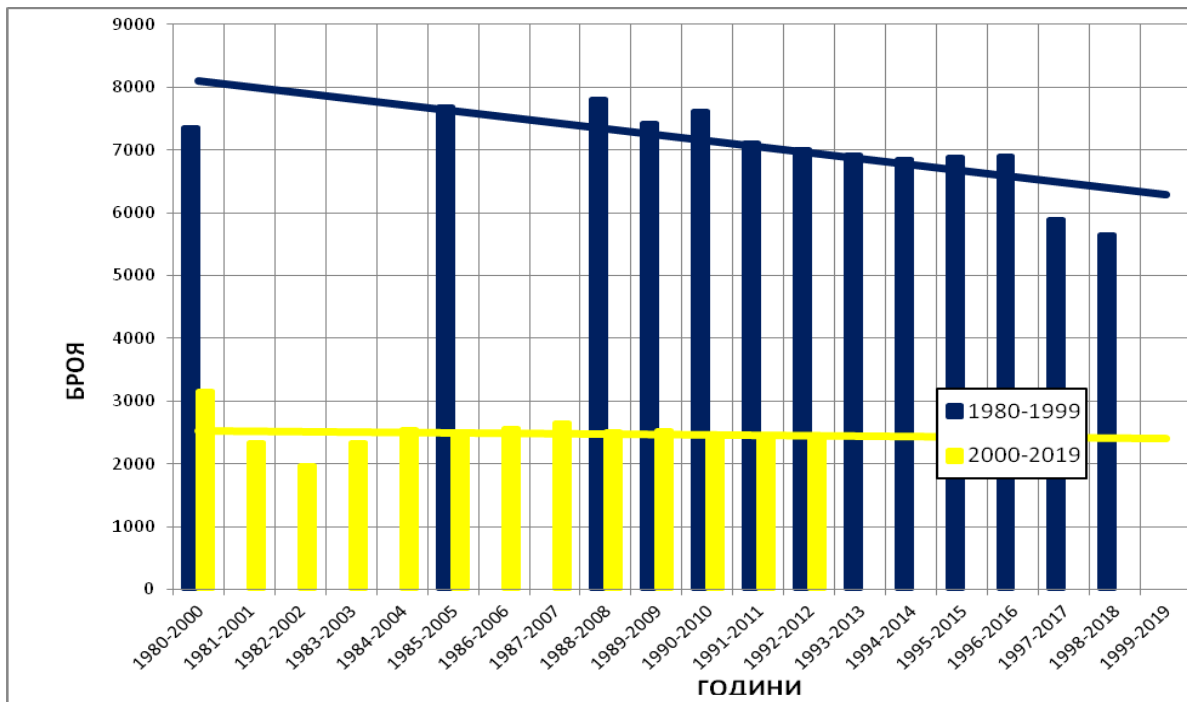
**Фигура IV.8.**

**МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ, РАЗПРЕДЕЛЕНИ НА ДВЕ ГРУПИ  
1980-1999 г. и 2000-2012 г. И ТЕНДЕНЦИИ ДО 2019 г.**



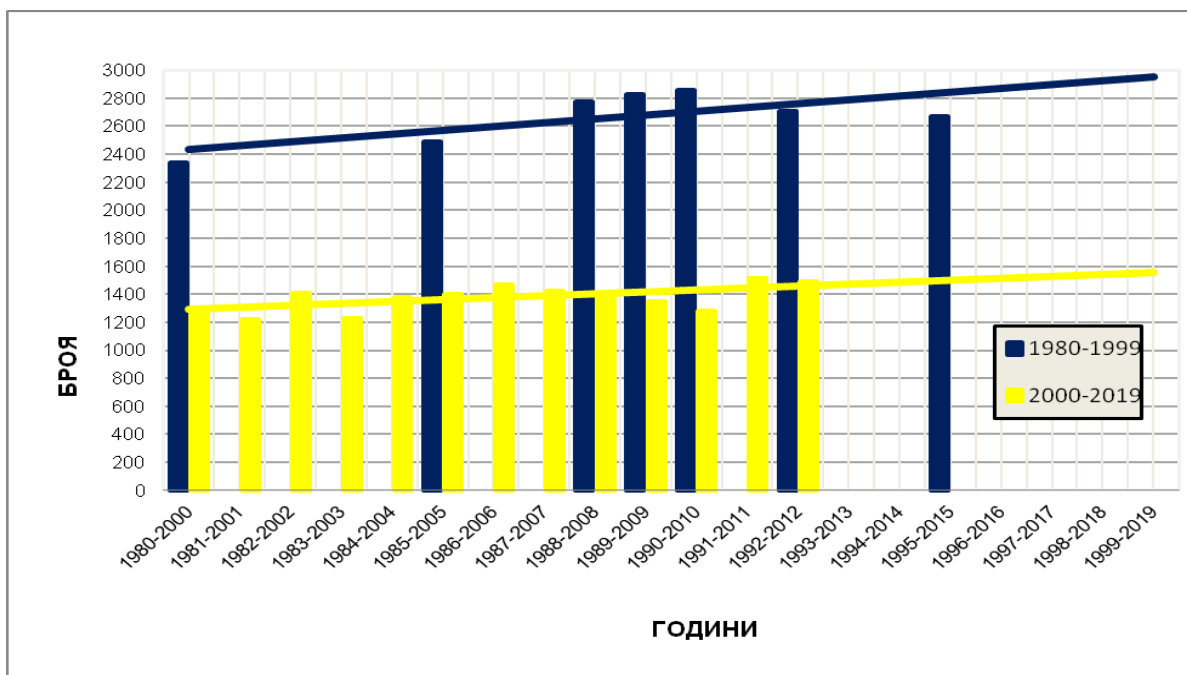
**Фигура IV.9.**

**ФЕЛДШЕРИ, РАЗПРЕДЕЛЕНИ НА ДВЕ ГРУПИ  
1980-1999 г. и 2000-2012 г. И ПЕРСПЕКТИВИ ДО 2019 г.**



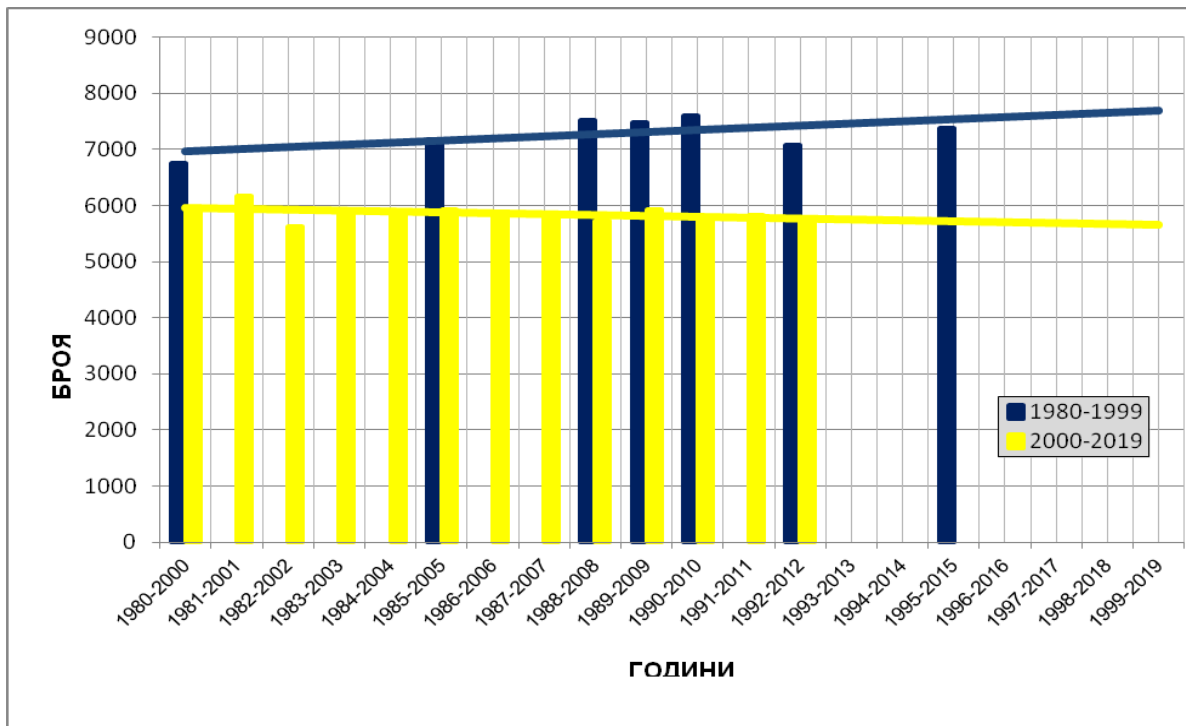
Фигура IV.10.

**ЗЪБОТЕХНИЦИ, РАЗПРЕДЕЛЕНИ НА ДВЕ ГРУПИ  
1980-1999 г. и 2000-2012 г. и ПЕРСПЕКТИВИ ДО 2019 г.**



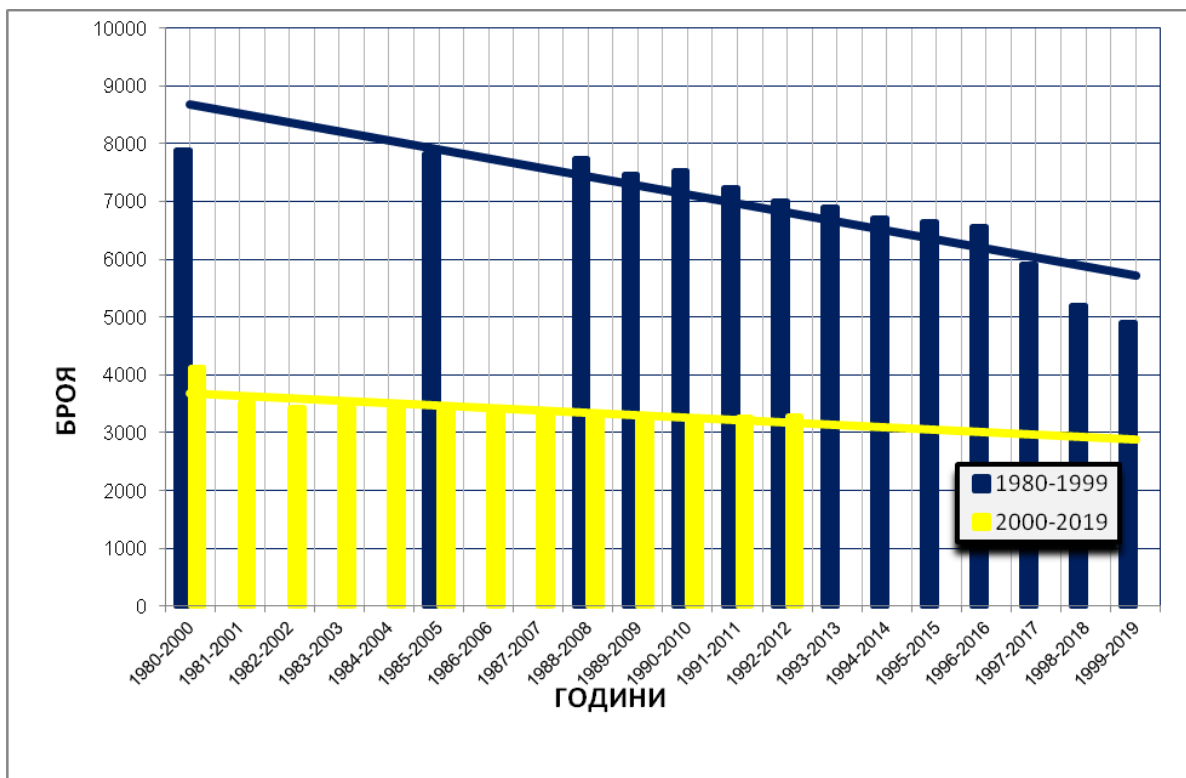
Фигура IV.11.

**ЛАБОРАНТИ, РАЗПРЕДЕЛЕНИ НА ДВЕ ГРУПИ  
1980-1999 г. и 2000-2012 г. и ПЕРСПЕКТИВИ ДО 2019 г.**



Фигура IV.12.

**АКУШЕРКИ, РАЗПРЕДЕЛЕНИ НА ДВЕ ГРУПИ  
1980-1999 г. и 2000-2012 г. И ПЕРСПЕКТИВИ ДО 2019 г.**



- Нараства неудовлетвореността на населението от достъпа, организацията и качеството на предоставяните първични медицински грижи.

- Все още липсва реално осигурено 24-часово обслужване на населението от общопрактикуващите лекари.
- Липсва подобряване на дейностите по промоция на здраве и профилактика на болестите, осъществявани от ОПЛ.
- Спешната медицина е затруднено от липсата на ясно дефиниране на обекта на спешната медицинска помощ.
- Липсват достатъчно ефективни инструменти за контрол на качеството на медицинската помощ.

В Република България, която е със значително по-нисък (в пъти) БВП от средния за страните-членки на ЕС, относителният дял на разходите за здравеопазването се движи около 4%.

Размерът на здравните заведения (болниците) за периода 1980-2012 г.г. се увеличават почти четири пъти. Независимо от това, броят на леглата намалява от 533 легла през 1980 г. на 135 през 2012 г.

Социалната и демографска среда в България през последното десетилетие се характеризира с особености, типични за повечето страни в преход от планова към пазарна икономика – намаляване на жизнения стандарт на населението, задържане нивото на бедност, високи нива на безработицата сред нискоквалифицираните социални слоеве. Посочените процеси пряко се отразяват върху сектора на здравеопазването и определят необходимостта от увеличаване на финансовите ресурси за функциониране на здравната система.

#### ***IV.2. ХОСПИТАЛИЗИРАНИ, РЕГИСТРИРАНА ЗАБОЛЕВАЕМОСТ И УМИРАНИЯ***

През 2012 г. заболяванията са с 3854 хил.броя по-малко от тези, регистрирани през 1980 г.. Структурата на регистрираните заболявания запазват подчертаната стабилност. Водещи са същите класове болести: болестите на органите на кръвообращението, новообразования, болести на дихателната система, болести на храносмилателната система и симптоми, признаци и недобре определени състояния (Таблица IV.6).

От представените данни могат да се изведат следните основни здравни проблеми.

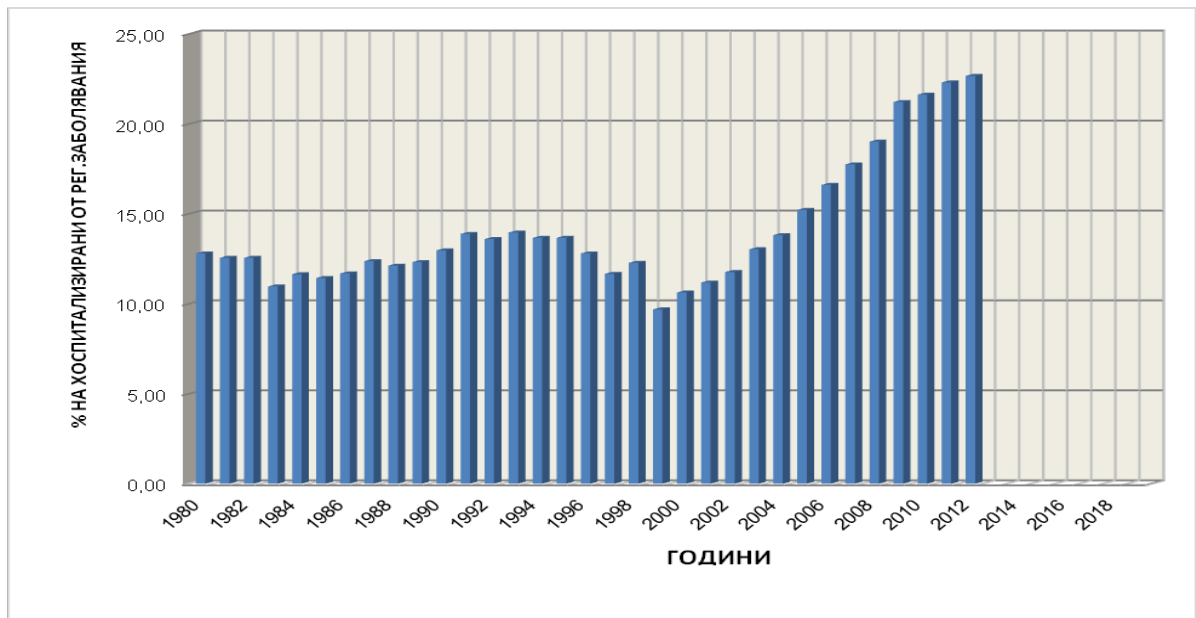
- Висок относителен дял на умираанията от болестите на органите на кръвообращението, сред цялото население и особено сред лицата в активна възраст;
- Висок относителен дял на умираанията от новообразувания;
- Висок относителен дял на умираанията от болести на дихателната система;
- Висок дял на умираанията от храносмилателната система;
- Висок относителен дял в структурата на разходите за болнично лечение и рехабилитация, защото се изисква високо квалифицирана и специализирана медицинска помощ, високо ниво на техническо оборудване, комплексно лечение, с използване на скъпоструващи медикаменти;
- Значителни социални, медицински, икономически и психологически щети за самите болни и за техните семейства.

Рисковите фактори, влияещи върху здравето на населението се свързват с: начина на живот, с жизнената среда (екологична, трудова, семейна), със системата на здравеопазване и с редица биологични характеристики.

Значително се увеличават умираанията за периода 2000-2012 г. Най-характерно е снижението през първите години 1980-1999 г.. Втората група 2000-2012 г. се забелязва увеличение при здравното осигуряване. За тенденциите до 2019 г. се наблюдават увеличаване на хоспитализациите.

#### **Фигура IV.13.**

### **ОТНОСИТЕЛЕН ДЯЛ НА ХОСПИТАЛИЗИРАНИ ОТ РЕГИСТРИРАНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И ТЕНДЕНЦИИ ДО 2019 Г.**



ИЗТОЧНИК: Собствени проучвания

Продължава да бъде висок коефициентът на детската смъртност, независимо от изразената положителна тенденция към снижаване – 8.5‰ през 2012 г. Въпреки това, детската смъртност остава 2 пъти по-висока, отколкото в ЕС (4,18‰). Този показател е индикатор, отразяващ качеството на медицинската помощ, но преди всичко е свързан с жизнения стандарт и здравната култура на населението. По данни на НЗОК, 12% от децата не се проследяват от ОПЛ/педиатър. Причини за това могат да се търсят във влошаване на социално-икономическите условия, ограничения достъп до здравни услуги, по-ниското образование и здравна култура.



Таблица IV.6.

**ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ДЕЙНОСТТА НА БОЛНИЧНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ**

Години	Брой хоспитализирани (в хил.бр.)	Брой регистрирани заболявания (в хил.бр.)	Брой регистрирани умирания (в броя)
1980	1556	12151	103755
1981	1587	12630	104434
1982	1643	13082	105121
1983	1645	14999	102182
1984	1667	14315	101419
1985	1729	15105	107483
1986	1821	15569	104039
1987	1833	14812	107253
1988	1836	15144	107385
1989	1781	14451	106902
1990	1710	13182	108608
1991	1622	11680	110413
1992	1634	12009	107998
1993	1579	11307	110689
1994	1489	10889	111787
1995	1487	10872	114670
1996	1463	11432	117056
1997	1299	11131	121861
1998	1332	10846	118190
1999	1091	11257	111786
2000	1160	10906	111087
2001	1212	10837	112368
2002	1265	10753	112617
2003	1334	10229	111927
2004	1474	10663	110110
2005	1614	10598	113374
2006	1653	9948	113438
2007	1735	9771	113004
2008	1825	9594	110523
2009	1958	9226	110344
2010	1917	8863	110165
2011	1899	8512	110254
2012	1881	8297	110209

ИЗТОЧНИК: НСИ, НЦЗИ

Върху появата и въздействието на рисковите фактори, т.е. фактори за влошаване здравният статус на населението, имат определено влияние:

- Икономическите и социални условия в България като безработицата;

- Намаляването на доходите на значителна част от населението;
- Влошената структура на разходите, т.е. говори се за нарастване на бедността;
- Влошената структура на потреблението (намаление на консумацията на основните хранителни продукти – мляко, месни произведения, пресни плодове и зеленчуци).

Рисковите фактори, влияещи върху здравето на населението се свързват с: начина на живот, с жизнената среда (екологична, трудова, семейна), със системата на здравеопазване и с редица биологични характеристики.

Най-характерно е снижението през първите години 1980-1999 г.. Втората група 2000-2012 г. се забелязва увеличение при здравното осигуряване. За тенденциите до 2019 г. се наблюдават увеличаване на хоспитализациите.

Равнището на общата смъртност на населението през 2012 г. (1496,1%) се променя с 350,6% през 1980 г.. За изседваното време смъртността непрекъснато нараства.

### ***IV.3. ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА***

Данните показват намаление в общите разходи за здравеопазване, като процент от БВП. Съотношението на публичните разходи за здраве като дял от БВП непрекъснато намалява, и то за сметка на частните разходи и разходите на домакинствата. На таблица IV.6. са посочени основните показатели, свързани с финансовата рамка на здравеопазването – публични разходи, частни разходи и домакинствата.

Най-съществените регистрирани плащания се наблюдават в плащанията на домакинствата за здраве от 38,16% през 2002 г. до 45,23% през 2012 г. от процента на общите здравни разходи или със 7,07% увеличение на общите здравни разходи.

Таблица IV.7.

**ДИНАМИКА НА ИКОНОМИЧЕСКИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ПЕРИОДА НА  
РЕФОРМИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА**

ГОДИНИ	ОБЩИ РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕ, КАТО % ОТ БВП	ПУБЛИЧНИ РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕ, КАТО % ОТ БВП	РАЗХОДИ НА ЧАСТНИЯ СЕКТОР ЗА ЗДРАВЕ, КАТО % ОТ БВП	РАЗХОДИ НА ДОМАКИНСТВАТА ЗА ЗДРАВЕ, КАТО % ОТ ОБЩИТЕ ЗДРАВНИ РАЗХОДИ
<b>2002</b>	7,58	4,66	2,94	38,16
<b>2003</b>	7,58	4,72	2,88	36,98
<b>2004</b>	7,32	4,44	2,88	38,22
<b>2005</b>	7,32	4,46	2,86	37,90
<b>2006</b>	6,90	3,94	2,98	41,80
<b>2007</b>	6,82	3,98	2,86	40,60
<b>2008</b>	6,98	3,98	2,86	40,38
<b>2009</b>	7,24	4,00	3,24	43,38
<b>2010</b>	6,88	3,74	3,14	44,22
<b>2011</b>	6,76	3,64	3,12	44,39
<b>2012</b>	6,68	3,52	3,16	45,23

ИЗТОЧНИК: СЗО-НФА

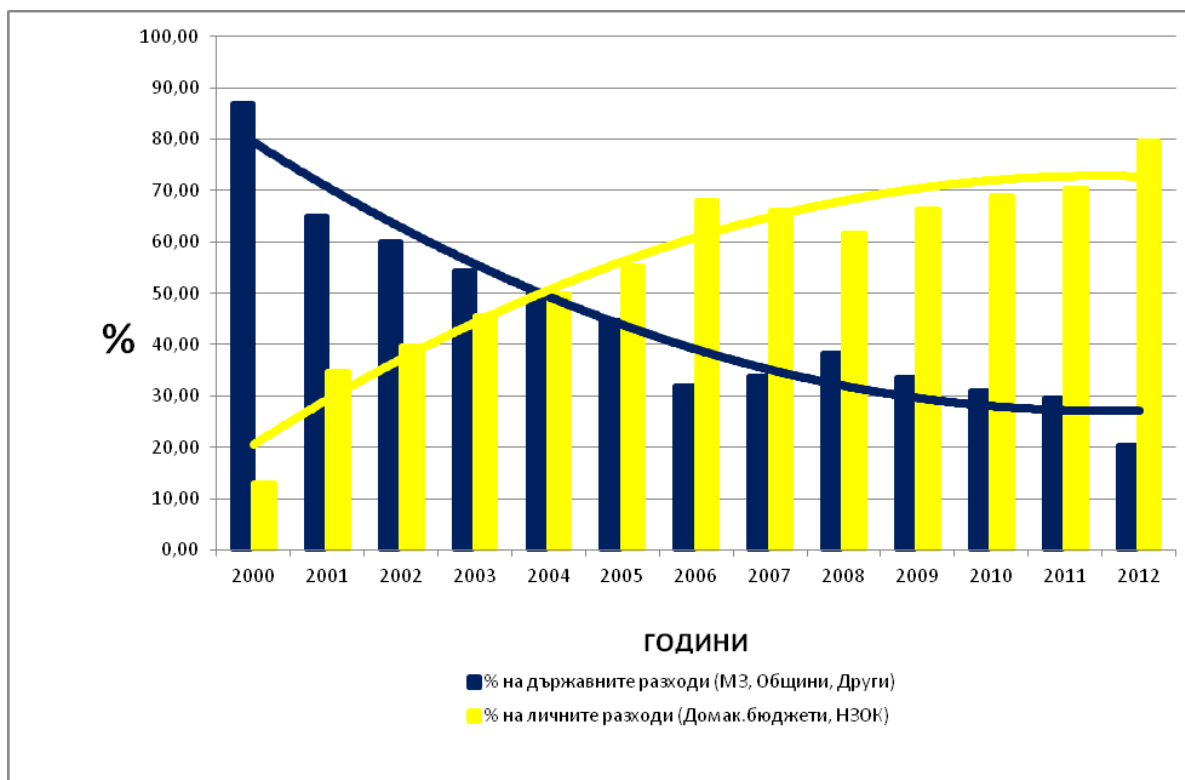
С провеждане на системата на здравнозастраховане се променя принципа на държавни и лични плащания. От 2004 г. посоките се променят, за да придобият настоящият вид, показан на фигура IV.15. Формата на държавни разходи (МЗ, Общини, Други) от 86,99% през 2000 г., спада на 20,41% през 2012 г., докато личните плащания за здраве (Домакински плащания, НЗОК) от 13,01% през 2000 г. нарастват на 79,59% през 2012 г.. Въпреки плащанията за НЗОК не са само лични, доказаната тенденция е налице.

Разходите за здраве бележат постоянен ръст в структурата на разходите на домакинствата и гражданите. Докато през 2000 г. домакинствата са разходвали 3.6% за здравеопазване, то през 2012 г. са достигнали 5.8%. Според доклад на Световната банка, в България е най-висок делът на плащанията със собствени средства като процент от общите разходи за здравеопазване. Този факт, както и изключително ниските доходи на населението, поставят сериозни проблеми пред достъпа на гражданите до здравни услуги. Друг основен проблем пред здравната ни система през последните няколко години е нерегламентираните плащания, които не само

нарушават основните принципи и ценности на съвременното българско общество, но и увеличават социалното бреме за населението.

**Фигура IV.14.**

### РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА ДЪРЖАВНИ И ЛИЧНИ ПЛАЩАНИЯ



ИЗТОЧНИК: Собствени проучвания

$$U_{\text{държ.р-ди}} = 0,3958x^2 - 9,8866x + 88,889$$

$$R_{\text{държ.р-ди}} = 0,9335$$

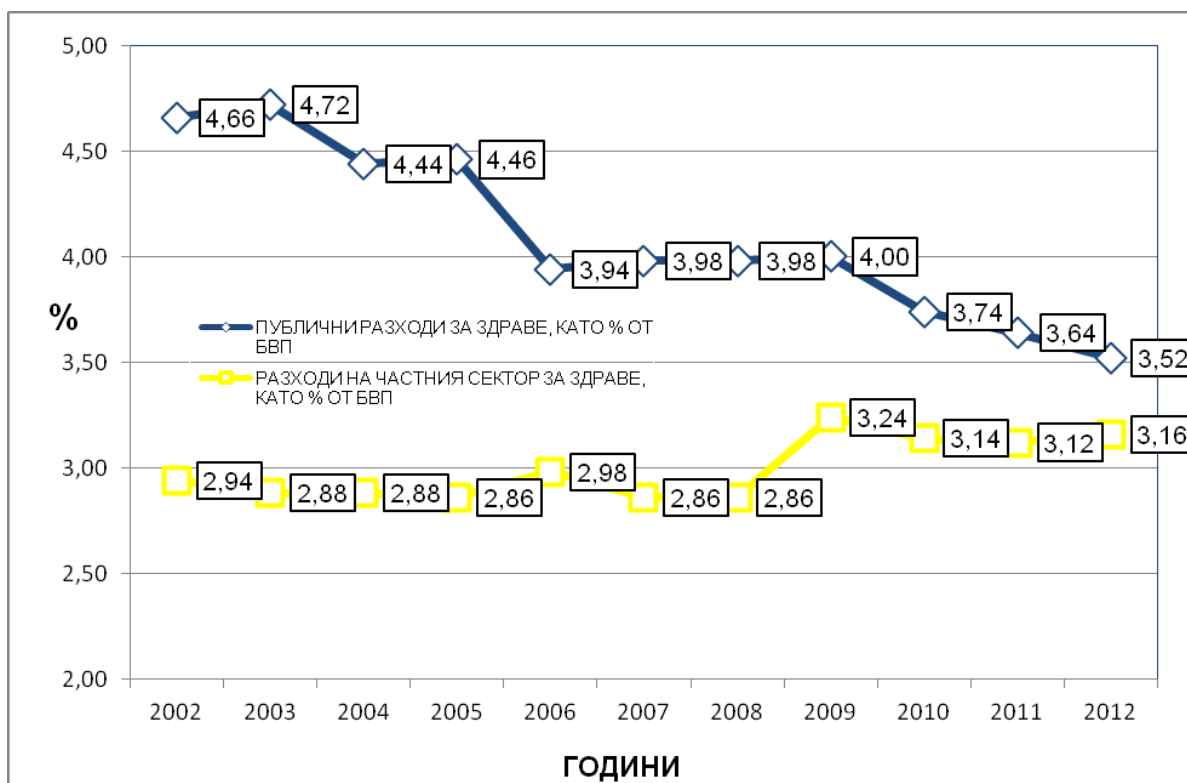
$$U_{\text{лични р-ди}} = -0,3958x^2 + 9,8866x + 11,111$$

$$R_{\text{лични р-ди}} = 0,9335$$

Равняването на публичния и частния сектор, силно разединени в началото – 7,60%, се сближават до 0,36% като разходите за здраве, % от БВП (фигура IV.15.).

Фигура IV.15.

### ДИНАМИКА НА ПУБЛИЧНИ И ЧАСТНИ РАЗХОДИ В ПЕРИОДА НА РЕФОРМА НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА



ИЗТОЧНИК: СЗО-НФА

#### IV.4. ПРОМЯНА НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Промяната в здравната система започна през 1999 г., с приемането основните закони, регламентиращи нейния характер и организационна структура, определят се законите за въвеждане на здравноосигурителния модел, с организацията на статута на лечебните заведения, с ролята на съсловните организации. Беше приет Закона за здравето и свързани със тях проблеми.

риемането на новата Конституция на Република България (1991 г.) оформя нормативната рамка на здравното законодателство. В чл. 52 от Конституцията на страната бяха определени новите отношения, върху които трябва да се гради съвременното българско здравно законодателство.

„(1) Гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон.

(2) Здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и по ред, определени със закон.

(3) Държавата закриля здравето на гражданите и насърчава развитието на спорта и туризма.

(4) Никой не може да бъде подлаган принудително на лечение и на санитарни мерки освен в предвидените от закона случаи.

(5) Държавата осъществява контрол върху всички здравни заведения, както и върху производството на лекарствени средства, биопрепарати и медицинска техника и върху търговията с тях.”

В него бяха определени няколко основни права за гражданите на страната, а именно:

- Право на здравно осигуряване;
- Право на достъпна медицинска помощ;
- Право на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени от закон;
- Държавна закрила на гражданите;
- Право на защита и контрол върху производството на лекарствени средства, биопрепарати и медицинска техника;
- Ред и начина на финансиране на здравеопазната система.

Националната здравноосигурителна каса е създадена през 1999 г. като обществена институция, която осъществява задължителното здравно осигуряване на гражданите на България.

Основната цел на НЗОК е да осигурява и гарантира свободен и равнопоставен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез

определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса (РЗОК). Чрез своите 28 регионални органи тя финансира цялата мрежа на здравеопазването за извънболнична помощ и болниците. Частните застрахователи предоставят алтернативни начини за финансиране на здравеопазването, както и за тези лекарства и лечения, които са изключени от основния здравноосигурителен пакет.

Възможните мерки за въздействие са:

- Първична доболнична медицинска помощ:
  - анализ на модела на заплащане;
  - икономически стимули за ОПЛ за предоставяне на по-качествена и ефективна услуга;
  - създаване на стимули от общините и държавата за работа в неблагоприятни райони, с цел попълване на незаетите практики.
- Специализирана доболнична помощ:
  - анализ на ефективността и влиянието им върху здравето на населението и качеството на здравната услуга.
  - допускане на болниците до сключване на договори с НЗОК за предоставяне на медицински услуги за доболнична специализирана помощ.
  - лекарите-специалисти няма да могат да сключват договори по икономически причини и желание за получаване на по-високи доходи.
- Болнична помощ:
  - вътрешното им реструктуриране - легла за долекуване и продължително лечение, хосписи, краткотраен престой.
  - висока честота на хоспитализациите - обект на комплексни действия.
- Медико-диагностичните услуги:
  - създаването на много лаборатории извън болниците разпиля пазара и доведе до снижаването качеството на услугата.
- Спешна медицинска помощ:
  - създаване на ясни правила и регламенти при предоставяне на услугата от специализирани лекарски екипи.
- Човешките ресурси:

- планиране на необходимите кадри – прием на студенти, специализация на завършилите по региони и специалности;
- създаване на стимули за специализация на завършилите медицина;
- задържането на процесите на емиграция на медицинските специалисти.

□ Разходите по звена говорят за нестабилността на здравната система.

Здравните заведения са относително автономни. Извънболнична медицинска помощ се осигурява от единични и групови практики, медицински и стоматологични центрове и самостоятелни медико-диагностични центрове. Лекарите и/или центрoвете подписват договори с НЗОК на годишна база. Болничната помощ се осигурява от многопрофилни и специализирани болници, диспансери (преобразувани през 2012 г.), старчески домове и хосписи, и болници, предоставящи услуги за активно лечение, дългосрочни грижи и рехабилитация.

#### ***IV.5. ИЗВОДИ***

- Размерът на здравните заведения (болниците) за периода 1980-2012 г.г. се увеличават почти четири пъти.
- Броят на леглата намалява, като намалението води до някои неблагоприятия:
  - Намаляване комплексността на заведенията;
  - Рязко намалява ефективното използване на болничното оборудване;
  - Повишава се използваемостта на леглата.
- Демотивация на медицинските професионалисти, поради липсата на условия да изпълнят професионалния си дълг. Много от лекарите и медицинските сестри желаят да практикуват в други страни заради финансови условия и/или невъзможността да приложат по най-добрия начин своите знания и умения за спасяване на пациентите.
- Създаване на дефицит на медицински кадри при отделни специалности на лекари и медицински сестри. И днес в много болници няма достатъчно персонал, за да се покрият изискванията на Здравната каса.

Таблица IV.8. РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

РАЗХОДИ (В ХИЛ.ЛЕВА)	ГОДИНИ												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>ОБЩО РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ</b>	980996	1228820	1470803	1697124	1769778	1778459	1998219	2216614	2831864	2635465	2948862	3252183	3326157
<b>НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА</b>	126800	428182	585084	775100	881600	982900	1357600	1464900	1745965	1750255	2036342	2290640	2633730
<b>ОБЩНИ</b>	416217	183772	209664	218802	109200	138800	155200	174700	207642	219198	216319	133778	95205
<b>МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО</b>	291936	493432	572585	598426	644600	576400	405500	514400	867415	648554	648601	803262	580200
<b>ДРУГИ</b>	145200	122600	102800	104200	133700	79600	79100	61600	9790	16360	46424	23217	15650*
<b>ДОМАКИНСКИ БЮДЖЕТИ (разходи за здравеопазване)</b>	843	834	670	596	678	759	819	1014	1052*	1098*	1176*	1286*	1372*

Забележка: Данните отбелязани със знак (\*) са изчислени.

ИЗТОЧНИК: ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСНО НЯКОИ ОСНОВНИМАКРОИКОНОМИЧНИ ПОКАЗАТЕЛИ,(Април, 2013) ,БЪЛГАРСКА СТОПАНСКА КАМЕРА, 2013, С., с.16; НСИ.

- Стойността на потреблението в домакинствата показват, че бедните вероятно се отказват от покупки на лекарства. Проучванията показват, че при българските пациенти липсват финансови средства за закупуване на предписаните лекарства.
- От анализът на броя на хоспитализациите е видно, че въпреки задържането на общите разходи за здраве, броят им нараства.
- Броят на смъртните случаи непрекъснато нараства.

## **ГЛАВА ПЕТА**

### **МЕЖДУНАРОДНИ СРАВНЕНИЯ НА БЪЛГАРСКАТА ЗДРАВЕОПАЗНА СИСТЕМА С ВОДЕЩИ РЕФОРМИРАЩИ СЕ, ПО ОФИЦИАЛНИ ДАННИ НА СЗО**

Без основната ценност – здравето, голяма част като свобода, право на труд, на волеизлияние и др.п. стават частично или изцяло обезмислени. За здравето се дебатира по въпроси, свързани с вътрешния пазар, околната среда, защитата на потребителите, социалната дейност, включваща безопасността и здравето на работещите, политиката на развитие, изследователската дейност, така и много други. Някои зараждащи се заплахи за здравето на населението изискват нов стратегически подход.

- На първо място, демографските промени, включително застаряването на населението променят моделите на заболяванията и оказват натиск върху устойчивостта на здравните системи в ЕС;
- Системите на здравеопазване постигат много голям напредък, в резултат от бързо развитие на новите здравни технологии, постоянните грижи за здравето, както и прогнозирането, профилактиката и лечението на болестите.
- Измененията в климата пораждаат нови щамове на заразните болести. В тази основа се подобрява възможността на Европейската общност и на трети страни в тази посока.

Застаряването на населението в резултат от ниската раждаемост и увеличената продължителност на живота (дълголетие) е не без значението на успехите на медицината и повишена здравна култура на населението.

#### ***V.1. ОСНОВНИ ПОКАЗАТЕЛИ***

Мениджмънтът на финансовите ресурси в здравеопазването има за цел изучаването на източниците на финансовите ресурси и ефективното управление. Обемът на ресурсите за здравеопазване в различните страни варира като процент на брутният им вътрешен продукт.

Основен принцип в осъществяващата се у нас здравна реформа е плурализмът в осигуряването на медицинско обслужване и на източниците на финансиране.

Основните източници са данъците, здравноосигурителните фондове, директното заплащане от пациенти, неправителствени организации, дарения.

С оглед адекватното разпределение и оползотворяване на ресурсите според приоритетните направления се изисква оценка на ефективността на здравните ресурси. Тази ефективност не зависи толкова от източника на финансиране, колкото от умелото им изразходване т.е. от управлението на финансовите ресурси.

Страните с бюджетно финансиране се променят плавно, но непрекъснато нагоре. БВП при страните със здравно осигуряване има същата зависимост, но с по-високи стойности. Населението в страните с бюджетно финансиране бележи непрекъснат ръст нагоре, като средно през 2012 г. той е 29 689 722 души, докато през 1980 той е 26 222 496 души.

В Република България, е със значително по-нисък БВП от средния за страните-членки на ЕС, относителният дял на разходите за здравеопазването се движи около 4%.

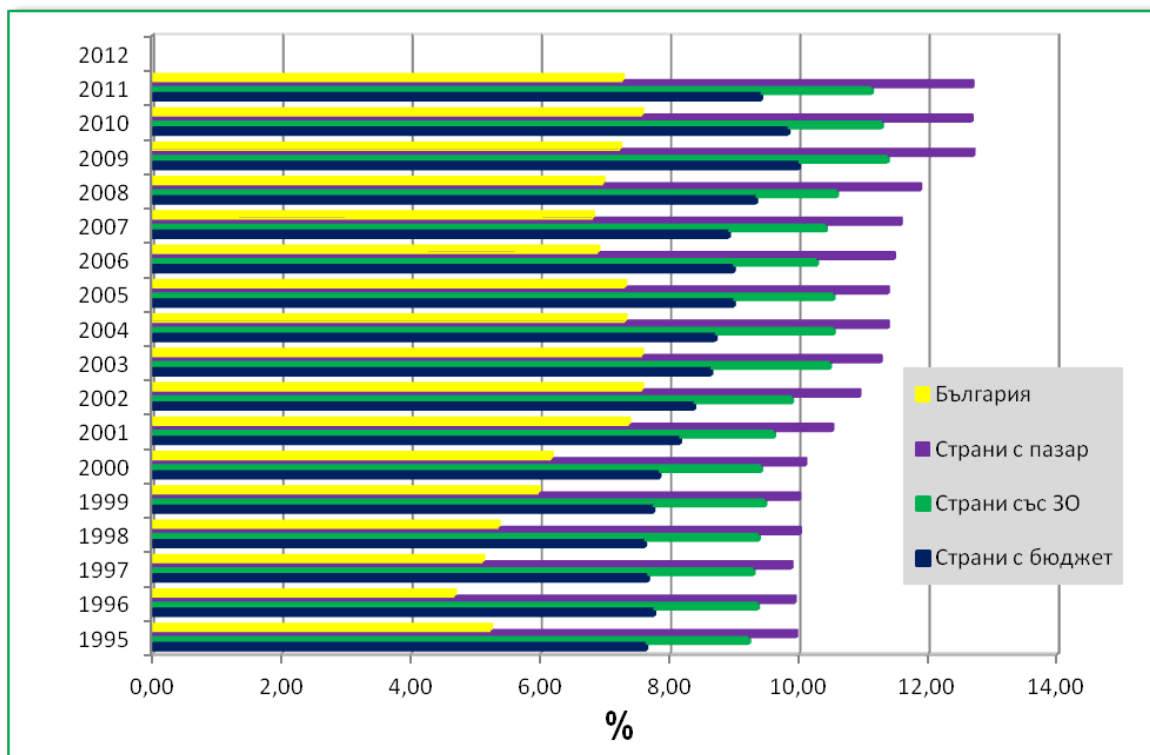
Такива са и общите разходи за здравеопазване, като % от БВП. Има няколко форми на финансиранията.

Разходите за четирите групи – бюджетно, здравно осигуряване, пазар и България се представят с посочените уравнения:

- Бюджетно финансиране - източник на финансиране на системата е държавният бюджет. Разходите за здравеопазване, които се покриват от набраните приходи в държавния бюджет, могат да се обобщят в следните няколко групи: плащане на здравните осигуровки на определени социални групи - учащи, пенсионери, безработни, плащане на субсидии на определени лечебни заведения чрез Министерството на здравеопазването, плащане на разходите за определени групи лекарства чрез Министерството на здравеопазването и издръжката на лечебните заведения по чл. 5 от ЗЛЗ.

Фигура V.1.

ОБЩИТЕ РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ, КАТО % ОТ БВП



$$Y_B = -5E-05x^4 + 0,0005x^3 + 0,018x^2 - 0,0795x + 7,7272$$

$$R_B^2 = 0,9479$$

$$Y_{30} = 0,0001x^4 - 0,0045x^3 + 0,0647x^2 - 0,2251x + 9,4713$$

$$R_{30}^2 = 0,9033$$

$$Y_{\Pi} = 0,0002x^4 - 0,0071x^3 + 0,1019x^2 - 0,3876x + 10,291$$

$$R_{\Pi}^2 = 0,9667$$

$$Y_{B-я} = 0,0008x^4 - 0,0292x^3 + 0,3163x^2 - 0,8865x + 5,6394$$

$$R_{B-я}^2 = 0,9144$$

- Здравноосигурителни вноски - Основен източник в здравноосигурителните системи са здравно осигурителните вноски, плащани от здравноосигурените лица. В България вноската в здравноосигурителната каса е задължителна и възлиза на 8% от дохода на лицето от 2010г., като се внася от работодателя или ведомството и от осигурения в съотношение 60:40.

Определена категория лица (лицата до 18 години, редовно обучаващи се студенти, социално слаби, пенсионери и др.) се осигуряват със средства от републиканския бюджет.

Задължителните здравноосигурителни вноски, набрани от осигурените граждани, се управляват и разходват съгласно определени критерии, утвърдени в НРД (съобразно Закона за бюджета на НЗОК) от здравноосигурителната институция - НЗОК и съответните РЗОК, като второстепенни разпоредители с бюджети.

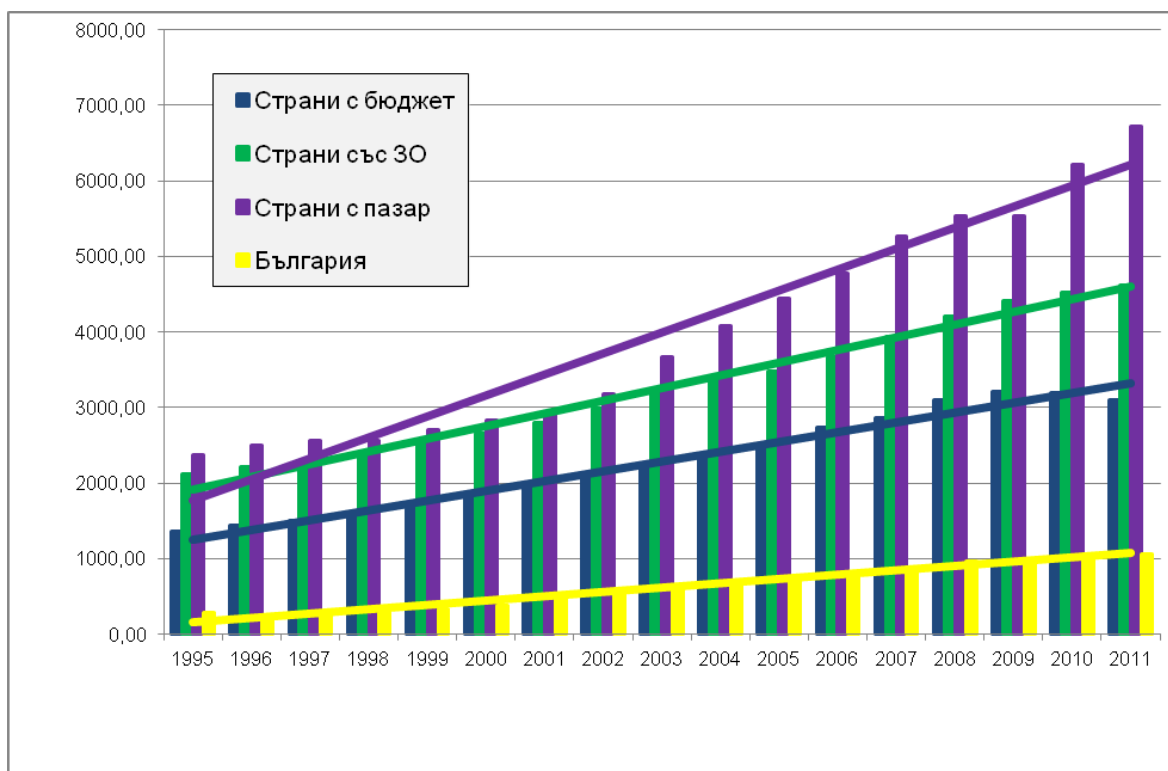
Основна предпоставка за разходване на средствата е възникването на осигурително събитие (заболяване) - заплащане на изпълнителя за извършени медицински услуги на осигурен пациент.

Задълженията на осигурителя се изразяват в пълно или частично компенсиране на разходите, свързани с лечението на осигурения пациент.

- Преки плащания - освен от здравноосигурителните вноски на здравноосигурените лица и данъчните приходи, здравната система се финансира и от трети източник - преките плащания за конкретни медицински услуги. Прякото заплащане на конкретна медицинска услуга се извършва без посредници - директно от потребителите на изпълнителите, оказващи медицинска или дентална помощ по определен ценоразпис. Този модел на финансиране се използва основно при медицински дейности и услуги, извън обхвата на Националния рамков договор.
- Здравни застраховки - здравните застраховки са друг източник на средства за здравната система. На този етап в нашата страна може да се разглеждат като недостатъчно популярна и скъпа алтернатива за потребителите на медицински услуги.
- Доброволни здравноосигурителни фондове (от 07.08.2013 г. застрахователни дружениства) - доброволните фондове се създават на принципа на самофинансиране. Контингентът на осигурените лица или организации се формират чрез свободен избор (доброволно) между съществуващите в страната фондове за допълнително доброволно здравно осигуряване (ДДЗО). В условията на конкуренция, удовлетворяването на здравните потребности от ДДЗО изисква максимално възможно качество на здравните услуги, приемлива цена за осигурените лица и минимален разход на време.

Фигура V.2.

### ОБЩО РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ, НА ГЛАВА ОТ НАСЕЛЕНИЕТО



Общи разходи за здравеопазване на глава от населението се свързва преди всичко с възрастта, образованието, професионалния статус и политическата ориентация на гражданите. Повишаването на заетостта, здравето и социално благополучие, също печели все повече привърженици. Разходите на глава от населението се представят със следните уравнения:

$$Y_B = 129,5x + 1114$$

$$R_B = 0,9775$$

$$Y_{ZO} = 167,94x + 1744,1$$

$$R_{ZO} = 0,9849$$

$$Y_{\Pi} = 278,43x + 1490,1$$

$$R_{\Pi} = 0,9448$$

$$Y_{B-я} = 57,298x + 105,58$$

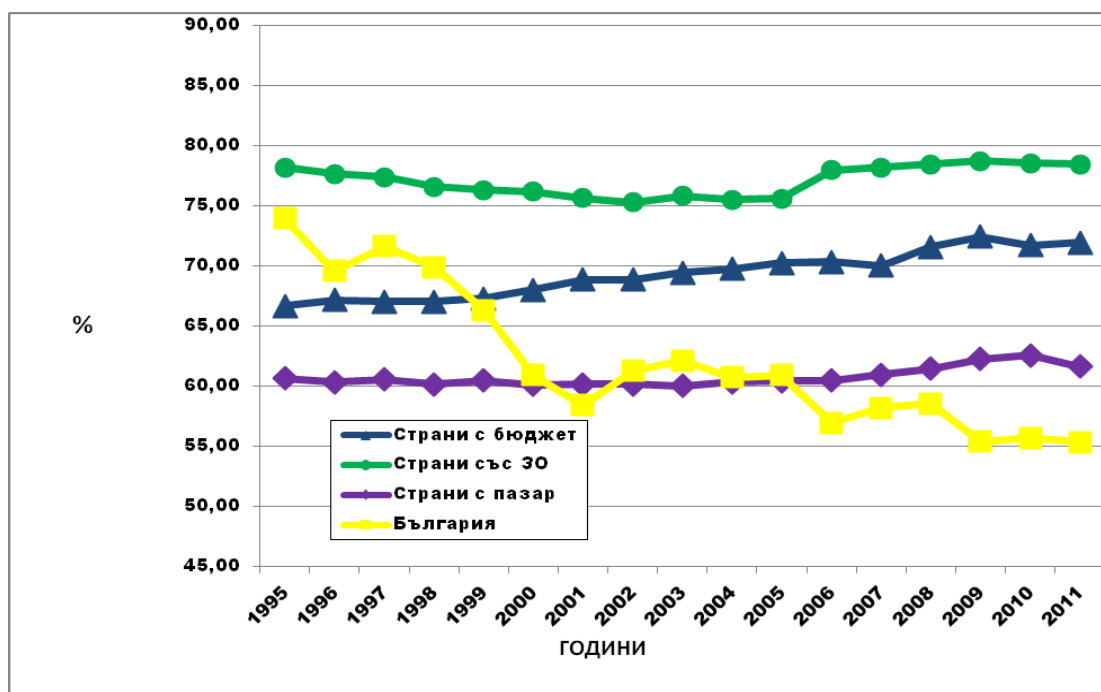
$$R_{B-я} = 0,9746$$

Всички уравнения имат един и същ вид, но страните със здравно осигуряване имат най-висок дял, следвани от страните с бюджетно финансиране. Най-слабо са представени данните на България.

Лицата, които формират „Общ разходи за здравеопазване, на глава от населението”, „Разходи за здравеопазване в общественния сектор, като % от общите държавни разходи” и „Публичните разходи в здравния сектор, като % от общите разходи за здравеопазването” имат един и същ вид – най-висок размер имат страните със ЗО, следвани от страните с бюджетно финансиране и най-ниски са заданията на Република България. Освен това „Публичните разходи в здравния сектор, като % от общите разходи за здравеопазването” през 1995 г. разходите почти се изравняват с тези на страните със здравно осигуряване, като през 2011 г. намаляват с около 20%. Това се дължи преди всичко на увеличението на частните разходи в здравния сектор.

**Фигура V.3.**

**ПУБЛИЧНИ РАЗХОДИ ВЪВ ЗДРАВНИЯ СЕКТОР, КАТО % ОТ ОБЩИТЕ РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**



Публичните разходи в здравния сектор се развиват по следния начин:

- Въпреки, че САЩ е най-високият разпоредител в здравеопазването като % от БВП, то при публичните и частните разходи за населението е най-слабо.
- В изследването най-характерно е рязкото снижаване на публичните разходи на България – от 75% спадат на 55%. Това се дължи на

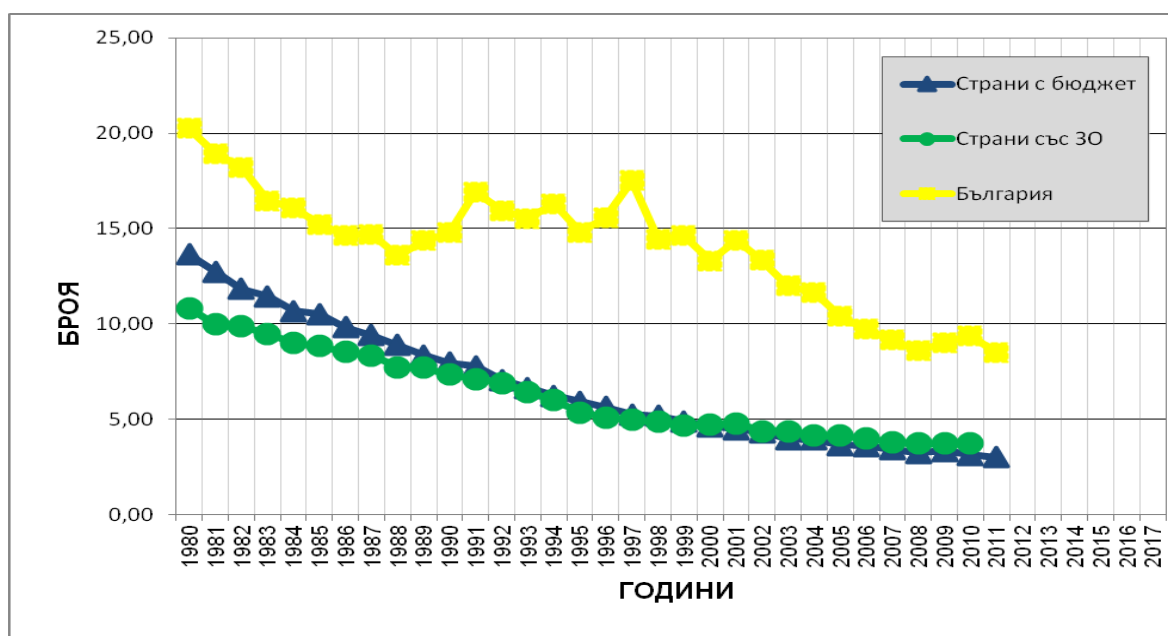
преструктуризиране от бюджетно към здраво осигурително финансиране.

Детската смъртност в последните години намалява и през 2012 г. е 4,76, но е значително по-висока от тази в Европейския съюз. При детската смъртност различията по области са още по-големи.

Значение има и състоянието на системата на здравеопазването, която, въпреки че разполага с материална база и кадрови ресурси, изпитва недостиг на финансови средства.

**Фигура V.4.**

#### ДЕТСКА СМЪРТНОСТ НА 1000 ЖИВОПОДЕНИ ДЕЦА



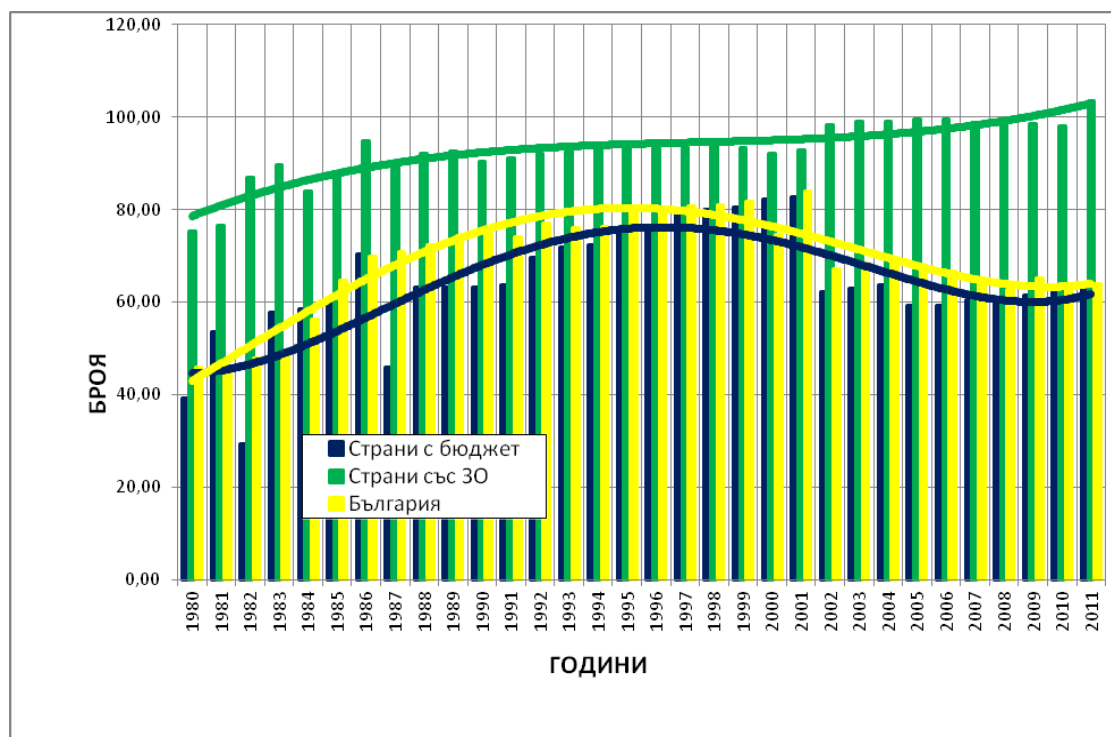
Смъртността продължава трайната тенденция към увеличаване. През 2012 г. смъртността на възраст 0-14 г. е 15,7‰ от населението. В смъртността по възрастови групи се наблюдават, макар и неголеми, благоприятни промени на задържане на нивото на коефициентите. Независимо от това брутният показател за Р България е значително по-висок от този в ЕС.

Осигуреността с лекари е стабилна и леко се подобрява в условията на реформа. Освен недостига на медицински сестри и други заети лица със степен „специалист” и „бакалавър” спрямо населението и лекарите, съществуват несъответствие между лекари в първичната здравна помощ и в

специализираната извънболнична помощ. Пролічва прекалено големият и увеличаващ се брой на лекарите на по-високо ниво на медицинската помощ

Фигура V.5.

### ОБЩОПРАКТИКУВАЩИ ЛЕКАРИ НА 100000 ДУШИ



– специализираната извънболнична помощ. Също така се вижда макар и слаба тенденция на намаляващ брой на общопрактикуващите лекари, които са основното ядро на новореформираната система и на които се разчита за покриване на не по-малко от 60-70 % от здравните потребности. Като се има предвид изоставането в осигуреността на населението с лекари в първичната помощ спрямо ЕС, опашките на чакащи пред кабинетите, както и незаетите лекарски практики в малки населени места, това явление е тревожно.

## **V.2. ИЗВОДИ**

- Общите разходи за здравеопазване и като % от БВП, и на глава от населението, всички страни бележат ръст на горе, като тези с пазар имат най-висок скок, следвани от страните със здравно осигуряване, с бюджет и най-нисък е този на България.
- Публичните разходи в здравния сектор, като % от общите разходи за здравеопазване и трите вида (ЗО, бюджет и пазар) бележат скок на горе. Единствено България от 75% от здравния разход през 1995 г. публичните разходи в здравния сектор намаля до 55% през 2011 г..
- При разходите за здравеопазване на глава от населението показват коя страна колко точно се отпределя за здравето на всеки свой гражданин.
- Има правопрпорционална връзка между разходи за здравеопазване и здраве на нацията. Повече отделен ресурс за здраве – по-добри здравни показатели на населението – по-добро здраве на всеки индивид.

## **ГЛАВА ШЕСТА**

### **НАТРАПВАНИ РЕЗУЛТАТИ И ОЧАКВАНИЯ ОТ ПРОВЕЖДАНАТА РЕФОРМА И НАЛАГАЩИ СЕ ИЗВОДИ ЗА ОБЕКТИВНИТЕ РЕЗУЛТАТИ ОТ ВНЕДРЯВАНЕТО ѝ**

Българското здравеопазване е в процес на непрекъсната реформа. Един от водещите елементи на промяна се явява пазарната конкуренция, внедрявана в системата на здравеопазване. Очакванията са, че с реформата ще се постигнат редица положителни ефекти за цялото общество (**Бачев С.**, (1990, 1999, 2000); **В.Борисов, Ц. Воденичаров** (2000) и други). Ето защо, проучване мнението на участващите в процесите на промяна се явява надежден източник на информация (**Ел.Петкова, Г.Лумбев, С.Бачев** (1991); **С.Бачев и кол.** (1992); **Ив.Дамянов и кол.** (1992); **Г. Лумбев и кол.** (1992) и др.). Моделът на новата здравна система се прилага в продължение на повече от дванадесет години (**Т.Златанова, А.Чешмеджиева, Я.Проданова, С.Бачев, Р.Златанова** (2003); **Я.Проданова, А.Чешмеджиева, С.Бачев, Т.Златанова** (2003) и др. Този период позволява да се оценят не само обещанията при старта на промените, но и да се сравняват с реалните резултати.

#### **VI.1. СЪЩНОСТ**

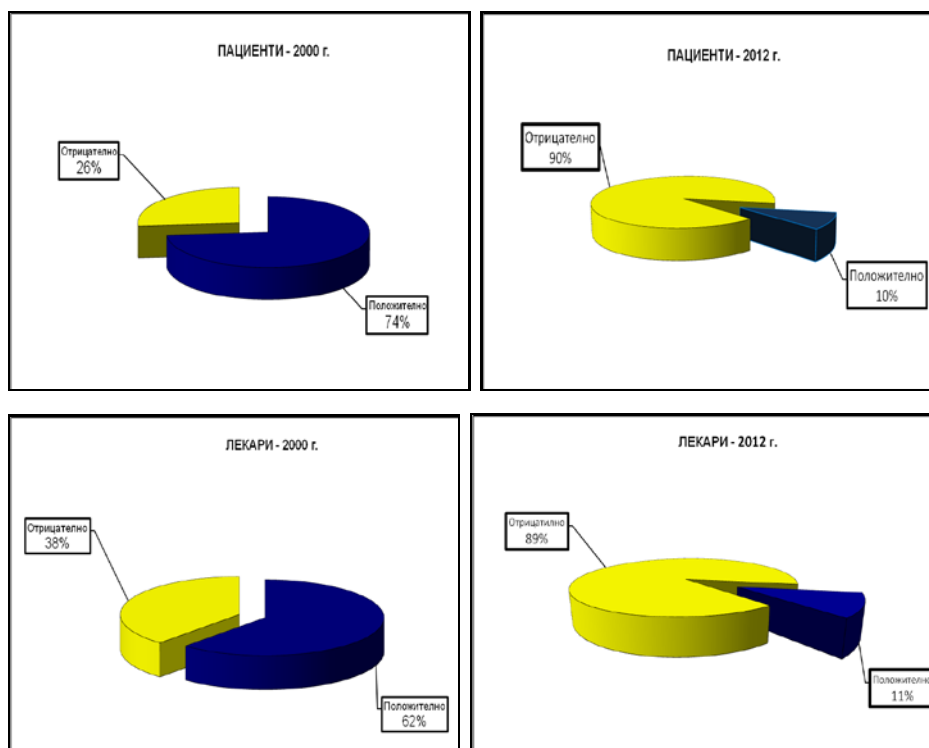
При старта на реформата надеждата за положителен резултат от промените е характерна и за двете изследвани групи - 74% при пациентите и 62% при лекарите. Този резултат е валиден в рамките на 67,93% - 79,13% от пациентите и 56,38% - 66,78% от лекарите. Реалността след четири години приложение на реформата в системата на здравеопазване у нас свежда положителното отношение към нея до 13% (9,48%-15,88%) при пациентите и 12% (8,60%-15,60%) при лекарите. А през 2012 г. – 11,10% (8,26%-13,97%) при лекарите и 9,73% (8,27%-12,34%) при пациентите. По-ниските стойности на оценка за реформата в здравеопазването сред лекарите може да се обясни с факта, че част от тях са свързани с управлението на процесите на промяна. (Фигура VI.1.)

Двете наблюдавани съвкупности демонстрират еднаква посока на промяна в оценката на провежданата реформа. Докато в началото на промените и

пациенти (7,14%) и лекари (8,50%) считат, че реформата протича организирано, то през 2002 г. относителният им дял намалява съответно на 4,13% и 6,67%, през 2004 г. - 4,46% и 5,65% а през 2012 г. – 3,54% при пациентите и 3,27% при лекарите.

#### ФИГУРА VI.1.

### МНЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ И ЛЕКАРИ ЗА УДОВЛЕТВОРЕННОСТТА ОТ ЗДРАВНАТА РЕФОРМА ПРЕЗ 2000 г. и 2012 г.



Подведен резултатът към здравните изпълнители и потребители на медицинска помощ в страната следва, че през 2004 г. в интервала 2,46% - 6,46% при пациентите и 3,15% - 8,15% при лекарите ( $P=0.05$ ) се отчита наличие на организираност в провеждането на промените. В началото на реформата 43,78% от анкетираните пациенти посочват, че промените в здравеопазването протичат стихийно, като през 2012 г. делът им спада с 8%. Аналогично е изменението в мнението на здравните специалисти – в процеса на развитие все по-голяма част от тях оценяват промените като стихийни (разлика от 11%). През 2000 година 15% от пациентите и 10% от лекарите заявяват, че няма реформа в системата на здравеопазване у нас.

**ТАБЛИЦА VI.1.**

**ОЦЕНКА НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА ОТ ПАЦИЕНТИ И ЛЕКАРИ ЗА ПЕРИОДА  
2000 г. – 2012 г.**

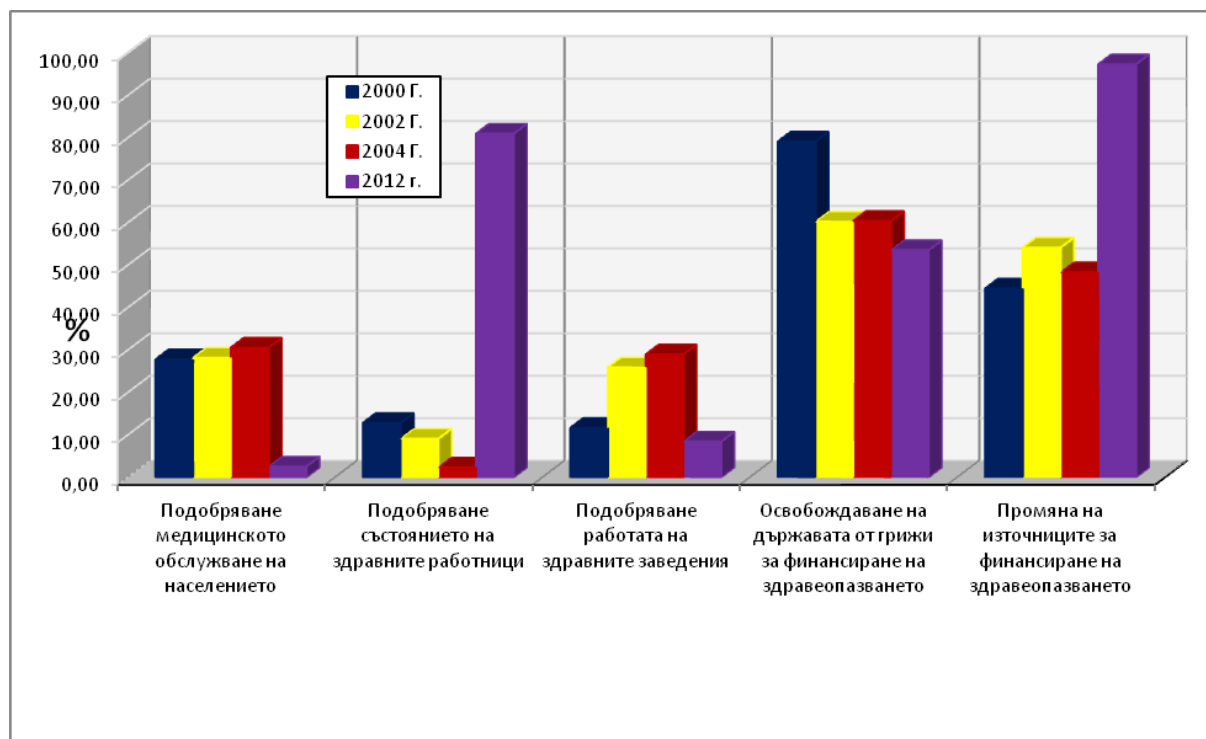
ОЦЕНКА	Ан ке ти ра ни	2000 година		2002 година		2004 година		2012 година	
		%	±Δ	%	±Δ	%	±Δ	%	±Δ
Организирано	П	7.14	3.3	4.13	2.5	4.46	2.0	3,54	2,3
	Л	8.50	3.0	6.67	2.7	5.65	2.5	3,27	2,3
Частично организирано	П	34.46	6.1	43.39	6.3	61.41	4.8	42,04	6,4
	Л	42.52	5.3	41.22	5.2	42.74	5.3	7,84	2,0
Стихийно	П	43.78	6.3	42.98	6.3	35.97	4.6	54,42	4,7
	Л	39.00	5.2	49.62	5.3	50.00	5.3	88,89	5,4
Няма реформа	П	15.12	3.8						
	Л	9.78	3.2						

Развитието на всеки процес се съпровожда с натрупване на информация, със създаване на все по-голяма яснота за него. Доброто познаване на системата е условие за по-ефективното ѝ управление. Реформата в здравната система е съпроводена от обемиста и сложна по материя нормативна база. Това затруднява нейното възприемане. Смуцаващото разминаване между факти и думи е пречка за провежданата реформа и за положителната ѝ оценка. Честите промени в нормативните документи за реформите в здравеопазването създават неувереност у пациентите и тези, които не са посочили своето мнение в анкетата нарастват от 2,52% на 6,10%.

Анализът на причините за реформата в здравната система показва еднаквата посока на развитие в мнението на лекари и пациенти (Фигура VII.2) и (Фигура VII.3). И здравните работници (79,18%, 2000 г.) и пациентите (61,34%, 2000 г.) в мнозинството си възприемат реформата, като бягство на държавата от проблемите на здравеопазването.

**ФИГУРА VI.2.**

**ОЦЕНКА НА ПРИЧИНИТЕ ЗА РЕФОРМА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО - ЛЕКАРИ**



Аналогичен е отговорът “Смяна източниците за финансиране на здравеопазването”. Следователно в явна или в скрита форма, почти няма лекар или пациент, който в началото на реформата да не я възприема като начин за освобождаване на държавата от грижите за здравеопазването.

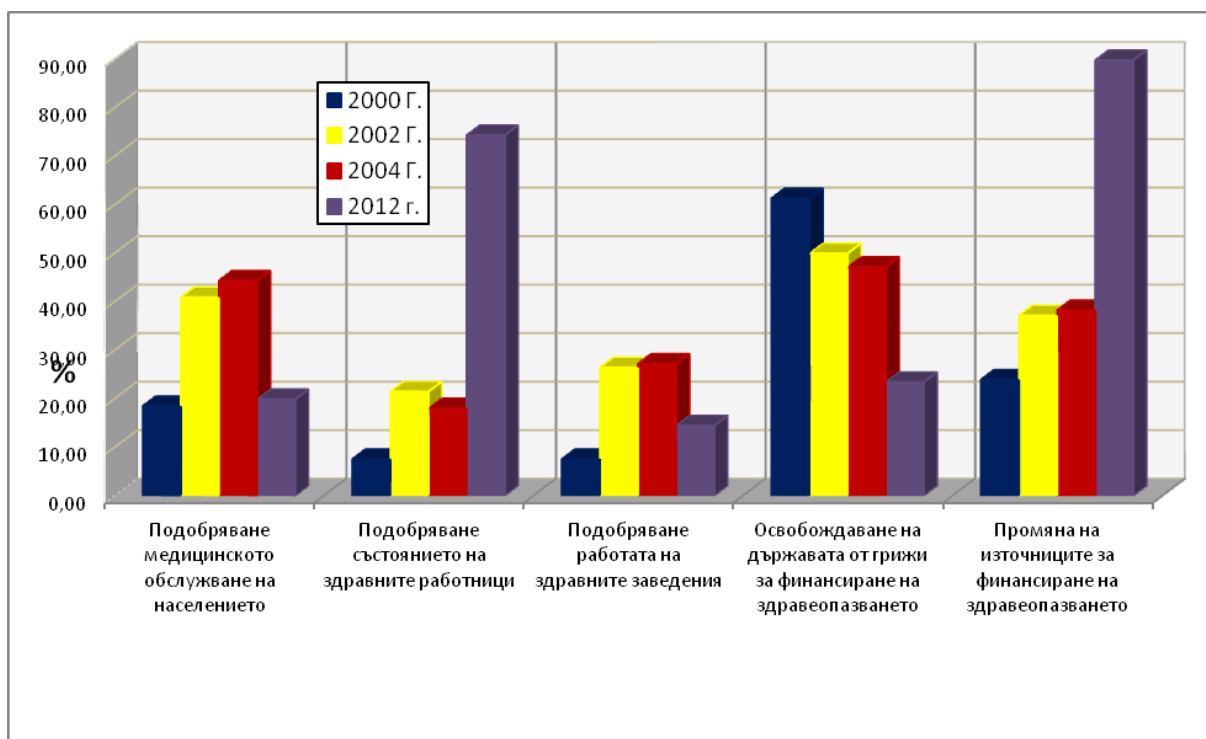
Реалностите на промените пренасочва мнението на двете групи на отговора “Промяна източниците за финансиране на здравеопазването”, като три пъти по-висок е относителния дял на пациентите спрямо медицинските специалисти (14,31% и 3,82%) през 2004 г.. Докато през 2012 г. считат, че и двете групи приемат мнението за важно (97,39% и 89,82%).

Един на всеки четири анкетирани лекари и един от всеки пет анкетирани пациенти счита, че една от причините за реформа е подобряване медицинското обслужване на населението. Ако приемем, че по този начин се оформя визията на заведението, в началото на реформата в около 25% от здравните заведения се прави опит за подобряване медицинското обслужване на населението. На този етап лекарите обвързват добрата медицинска дейност и с подобряване качеството на работа в отделните здравни заведения. След

четиригодишно развитие на промените в здравеопазването установяваме, че пациентите почти в еднаква степен оценяват подобриенето в дейността и в структурата на медицинското обслужване (промяна съответно от 26% и 20%), докато лекарите разчитат предимно на по-добрата работа на здравната структура (промяна от 17%). Значително по малко е влиянието е през 2012 г., съответно 8,50% при лекарите и 14,50% при пациентите.

### ФИГУРА VI.3.

#### ОЦЕНКА НА ПРИЧИНИТЕ ЗА РЕФОРМА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО - ПАЦИЕНТИ



Медицинските специалисти обвързват началото на реформата с очакване за подобряване на материалното им състояние, като относителният им дял намалява през 2004 г., а през 2012 г. вече мислят преди всичко за заплатата си. Докато през 2004 година почти три пъти повече анкетирани считат, че промените в системата на здравеопазване се осъществяват в полза на здравните работници, то през 2012 г. този показател нараства до 89,82%.

## **VI.2. ИЗВОДИ:**

- В периода на преход пациентите и медицинските специалисти демонстрират близост в оценките на промените и причините за тяхното осъществяване.
- Двете групи в еднаква степен определят промените в здравните структури, като елемент за подобряване медицинското обслужване на населението
- Оценявайки системата в динамика се отчита неблагоприятно разминаване в мнението на изследваните групи по отношение различната степен на полза от промените за двете групи – лекари и пациенти.
- Реформата в здравеопазването се управлява и реализира предимно от здравни работници. Пациентите оценяват тези промени през призмата на личния сблъсък със системата. Единомислието в поведението на двете страни води до намаляване цената на прехода. А това е в полза на цялото общество.

## ГЛАВА СЕДМА

### ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ, ПРИНОСИ

В посочените данни се представят следните **ИЗВОДИ**:

1. В периода на промени намалява числеността на населението, т.е. консуматорите на медицинска помощ. Това би трябвало да води до свиване на здравната система (инфлация на здравната система), но се наблюдава обратна тенденция.
2. Възрастовата структура се променя, като намаляват децата и хората в трудоспособна възраст. При така създалата се структура на населението се променя обемът дейност на различните медицински специалисти, нараства взаимно противоположните проблеми в здравната система.
3. За здравеопазването този факт има следните измерения – намалява делът на здравото население. В страната остава възрастно население с по-високи здравни потребности. Напусналите страната са здрави, работоспособни лица, които могат да осигуряват средства в ЗОК. В резултат на това приходите в ЗОК ще намаляват, поради намаления приток на хора в групата на активното, трудоспособно, население. За съхраняване на системата се налага един работещ да осигурява все повече здравни потребности.
4. Причините за намалението на населението са предимно икономически. Страната напускат предимно трудово активни граждани. Числеността на емигрантите е значителен. Това носи две значими за здравеопазването характеристики – здрави и платежоспособни. Промяната във възрастовата структура (увеличение на възрастното нетрудоспособно население) изисква повече медицински грижи на един гражданин.
5. Бедността води до повишаване на индивидуалните и екологични фактори на риска, нарастваща заплахата от непълноценно хранене, лоши битови условия, намаляване на достъпа до информация и знания, а така също и към намаляване на възможностите за получаване на необходимата медицинска помощ. Създавайки порочен кръг, влошеното здраве от своя страна води към бедност за сметка на снижената трудоспособност, доходи и качество на живот .

6. Броят на здравните заведения (болниците) за периода 1980-2012 г.г. се увеличава почти четири пъти. Броят на леглата намалява, като намалението води до някои неблагоприятия:
- Намаляване комплексността на заведенията;
  - Рязко намалява ефективното използване на болничното оборудване, поради намаляване на населението на страната. Но пациентите са много по-болни;
  - Повишава се използваемостта на леглата.
7. Демотивация на медицинските професионалисти, поради липсата на условия да изпълнят професионалния си дълг. Много от лекарите и медицинските сестри желаят да практикуват в други страни заради финансови условия и/или невъзможността да приложат по най-добрия начин своите знания и умения за спасяване на пациентите.
8. Създаване на дефицит на медицински кадри при отделни специалности на лекари и медицински сестри. И днес в много болници няма достатъчно персонал, за да се покрият изискванията на Здравната каса.
9. Стойността на потреблението в домакинствата показват, че бедните вероятно се отказват от покупки на лекарства. Проучванията показват, че при българските пациенти липсват финансови средства за закупуване на предписаните лекарства.
10. От анализа на броя на хоспитализациите е видно, че въпреки задържането на общите разходи за здраве, броят им нараства. Броят на смъртните случаи непрекъснато нараства.
11. Общите разходи за здравеопазване и като % от БВП, и на глава от населението, всички страни бележат ръст нагоре, като тези с пазар имат най-висок скок, следвани от страните със здравно осигуряване, с бюджет и най-нисък е този на България.
12. Публичните разходи в здравния сектор, като % от общите разходи за здравеопазване и трите вида (ЗО, бюджет и пазар) бележат скок нагоре. Единствено България от 75% от здравния разход през 1995 г. публичните разходи в здравния сектор намаля до 55% през 2011 г..
13. Реформата в здравеопазването се управлява и реализира предимно от здравни работници. Пациентите оценяват тези промени през призмата

на личния сблъсък със системата. Единомислието в поведението на двете страни води до намаляване цената на прехода. А това е в полза на цялото общество.

14. В периода на преход пациентите и медицинските специалисти демонстрират близост в оценките на промените и причините за тяхното осъществяване. Двете групи в еднаква степен определят промените в здравните структури, като елемент за подобряване медицинското обслужване на населението.
15. Оценявайки системата в динамика се отчита неблагоприятно разминаване в мнението на изследваните групи по отношение различната степен на полза от промените за двете групи – лекари и пациенти.

От така направените изводи, могат да се направят следните **ПРЕПОРЪКИ**:

### **I. Към Министерство на здравеопазването**

1. Налага необходимостта от събиране на обективна информация за състоянието на здравеопазватната мрежа и резултатите от дейността ѝ с цел ефективно разпределение на наличните ресурси.
2. Необходим е по-строг контрол на хоспитализациите и анализ на причините за нарастване на техния брой чрез прилагане на статистически методи като „Факторен анализ“, „Дискриминантен анализ“, „Анализ на динамични редове“ и „Дисперсионен анализ“.
3. Ефективно разпределение на болничните структури на основата на търсенето на пациентите, техните потребности, съобразно спецификата в демографската структура и заболяемостта – т.е. възможно най-бързо приемане на Националната здравна карта.
4. Изясняване потребността от реформа за конкретни елементи на системата и дейността ѝ.
5. Ограничаване на търговските „хитрини“, като престъпление срещу здравето, за постигане на корпоративни интереси, както и ограничаване на медицинската и здравна реклама по националните медии.
6. Строг контрол върху обективността на пациентските и други неправителствени организации с цел защита на съмнителни цели, програми, здравни потребности.

### **II. Към Министерство на образованието**

1. Приложение на мерки за задържане на медицинските кадри /лекари, медицински сестри и акушерки/ в страната, например чрез създаване на по-лесен достъп и механизъм на специализация и професионално усъвършенстване.
2. Прилагане на аналогични статистически методи, като „Факторен анализ“, „Дискриминантен анализ“, „Анализ на динамичните редове“,

„Дисперсионен анализ” и други, за оценка на всеки реформиран елемент от здравната система и какви резултати постига.

### **III. Към Министерство на Финансите**

1. Увеличаване на финансовите приходи и подобряване ефективността на разходите в здравната система, чрез създаване на стимули за мотивация на неосигурените да възстановят правата си.

### **IV. Към Министерство на труда и социалната политика**

1. Гарантиран минимум (или минимален пакет здравни услуги) за крайно бедните, безработни неосигурени лица, тъй като, влошеното здраве от своя страна води към намалена трудоспособност и задълбочава проблема.

## ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

В дисертационния труд могат да се посочат следните приноси моменти с теоретичен и научно-приложен характер:

- Осъществен е обстоен и критичен анализ на демографската ситуация в Република България, на базата на направена оценка на съществуващите данни за естественото движение на населението /раждаемост, смъртност, естествен прираст/, миграционните процеси и промяната във възрастовата структура на населението в страната за период от 33 години /1980 г. – 2012 г./.
- На базата на задълбочен анализ на статиката и динамиката на населението в страната за период от 33 години са изведени тенденции за промяната в трудоспособността на населението и влиянието му върху инфлацията и безработицата.
- Събрана и анализирана е обективна информация за състоянието на здравеопазватната мрежа и резултатите от дейността ѝ за периода 1980 г. – 2012 г.. Изведени са проблемите в системата и се подчертава необходимостта от промени свързани с недостатъчността на наличните ресурси, с нерационалното им разпределение и с неефективното им използване.
- За първи път за период от 33 години /1980 – 2012 г./ е представена и анализирана връзката между демографските и икономическите промени в страната и влиянието им върху системата на здравеопазването.
- Разгледано е в критичен аспект разпределението и динамиката на:
  - общите разходи за здраве като % от БВП;
  - публичните разходи за здраве като % от БВП;
  - разходите на частния сектор за здраве, като % от БВП;

- разходите на домакинствата за здраве, като % от общите здравни разходи;
  - разходите на здравните заведения у нас за периода 1980 г.–2012 г..
- Приложен е методът на екстраполация на данни, с цел прогнозиране на варианти за бъдещо развитие на медицинските заведения.
- В сравнителен аспект са представени резултати от анкетни проучвания на лекари и пациенти /проведени през 2000 г., 2002 г., 2004 г. и 2012 г./ относно промените в здравната система у нас.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. **Авджиева Цв.**, Резултати от свободния избор на лекар (отношение на населението и лекарите). Дипломна работа, Програма ФАР, 1997, с.20.
2. **Академия наук СССР**, ред. Вишневский, Демографическая политика в современном мире, Наука, Москва, 1989, с.180.
3. **Байкушев Б., С.Бачев, П.Божиков** и др., Медицинска статистика, под редакцията на Д.Сепетлиев и Т.Паскалев, Медицина и физкултура, С., 1968, с.535.
4. **Балабанов, П.**, Здравна статистика и демография, Великотърноски университет „Св. Св. Кирил и Методи“, Факултет „Обществено здраве“, ВМИ-София, С., 1994, с.243.
5. **Бачев С.**, Актуални икономически проблеми на реформиращото се българско здравеопазване, С., 2000, с.36.
6. **Бачев С.**, Алгоритъм за изчисляване стойността на здравеопазната дейност, Научен симпозиум “Икономика на здравеопазването-1992 г.”, 28-29.V.1992, Сборник материали, С., 1992, с.54.
7. **Бачев С.**, Един прочит на цифрите от бюджета за 1999 г. на Националната здравноосигурителна каса, Медицински магазин, 7, С., 1999. ISSN 13-10-6821
8. **Бачев С., Ел.Петкова, Г.Лумбев**, Очакван ефект от индивидуалната медицинска практика (резултати от една анкета), Научен симпозиум по ретроспекция и перспективи на частната медицинска практика, 25-26.X 1991, Смолян, 1991.
9. **Бачев С., Ел.Петкова**, Прогнозиране на здравеопазването, Сборник “Съвременни аспекти на планирането и прогнозирането на здравеопазването”, МА, С., 1988, с.16-44.
10. **Бачев С.**, Икономически аспекти на здравния мениджмънт, МЗ, С., 1995, с.77-92.
11. **Бачев С.**, Методически подходи за изучаване на предявените от населението потребности от стационарна медицинска помощ, Автореферат за присъждане на научна степен “Доктор на медицинските науки”, С., 1989, с.88.
12. **Бачев С.**, Някои аспекти на икономическата здравна политика, Научен симпозиум “Икономика на здравеопазването-1992 г.”, 28-29.V.1992 г., Сборник материали, С., 1992, с. 27-33.
13. **Бачев С.**, Проблеми на здравеопазването и ролята на икономическия анализ за тяхното решаване, Сборник “Методи за икономически анализ на здравеопазването”, МА, НИСМ, С., 1990, с.5-28.
14. **Бачев С.**, Съвременни форми на икономически управление в здравеопазването и медицината, С., 1999, с.30.
15. **Безруков В., Н.Сачук**, Материали Второго съезда социальных гигиенистов и организаторов здравоохранения Украины, Киев, Ч.1, 1990, с.42.
16. **Бейли Н.**, Математика в биологии и медицины, Мир, Москва, 1970, с.326.
17. **Бесстремная Г.Е., А.С.Заборовская, С.В.Шишкин**, Доступность социальных услуг: императивы реформ, Доклад на международной научно-практической конференции „Реформирование общественного сектора: поиск путей повышения эффективности”, Санкт–Петербург, 23–24 сентября 2005 г., с.34.
18. **Богатова Т.В., Е.Г.Потапчик, В.А.Чернец, А.Е.Чирикова, Л.С.Шилова, С.В.Шишкин**, Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы, Независимый институт

социальной политики, Альманах "Ассоциации независимых центров экономического анализа", Выпуск No.2, Социальная политика в Российской Федерации, Апрель, М., 2004, с.108, [www.aret.ru](http://www.aret.ru)

19. **Божанов Е., И.Вучков**, Статистически методи за моделиране и оптимизиране на многофакторни обекти, Техника, С., 1983, с.529.
20. **Бойков Б., Ф.Фили, И.Шейман, С.Шишкин**, Расходы населения на медицинскую помощь и лекарственные средства, Вопросы экономики, 10, М., 1998, с.1-25.
21. **Бойков Б., Ф.Фили, И.Шейман, С.Шишкин**, Участие населения в финансировании здравоохранения, Здравоохранение, 2, М., 2000, с.32-46.
22. **Борисов В., Ц. Воденичаров**,. Реалности на здравната реформа, С., Филвест, 2000, с.38.
23. **Борисов В.**, Мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването, Филвест, С., 1997, с.47.
24. **Борисов В.**, Синтетична социална медицина, София, 1999, с.60.
25. **Борисов В.**, Три неизползвани ресурса на здравната реформа. От каква подкрепа се нуждае здравната реформа?, Здравен мениджмънт, 3, 2003, с. 35.
26. **Бънкова Ан.**, Организационна диагностика, Сб. лекции "Здравната реформа в България - част I", Македония прес, С, 1997, с.270-282.
27. **Бънкова Ан.**, Организационно проектиране, Сб. лекции "Здравната реформа в България - част I", Македония прес, С, 1997, с.282-289.
28. **Бънкова Ан.**, Работа в културния слой на организацията, Сб. лекции "Здравната реформа в България - част I", Македония прес, С., 1997, с.289-306.
29. **Виамин А.М., А.А.Коробицин**, Субективна оценка здоровья и мотивация на укрепления трудоспособного городского населения Европейского Севера России, Проблемы социальной гиги.истор.мед., 6, 1998, с.19-23, ISSN: 0869-866X
30. **Виденова Ф.**, Здравна политика и здравно законодателство, Сб. лекции "Здравната реформа в България - част I", Македония прес, С., 1997, с.83-90.
31. **Воденичаров Ц., В. Борисов**, Доброволно здравно осигуряване – стратегия на избора, С., 1999, с.150.
32. **Воденичаров Ц.**, Седемте разлики между медика и мениджъра, С., 2003, с.75.
33. **Воденичаров Ц.**, Тенденции в съвременните здравноосигурителните системи, Ново обществено здравеопазване, Акваграфикс, С., 1998, с.260-263.
34. **Воеводин В.В., Ю.А.Кузнецов**, Матрицы и вычисления, Наука, Москва, 1994, с.318.
35. **Вуков М.**, Същност и интерпретация на информацията и нейното използване в управлението на здравеопазването, Сб. лекции "Здравната реформа в България - част I", Македония прес, С., 1997, с.349-367.
36. **Генева Н.**, Финансово правните норми като инструмент за управление на обществените разходи, Сб. лекции "Здравната реформа в България - част I", Македония прес, С., 1997, с.177-183.
37. **Генкова Н.**, Изследване общественото мнение за здравната реформа в България, доклад, С., 2000.

38. **Георгиев Б.**, Формиране и разпределение на финансовите средства за общинската здравна система в Р.България, Сб. лекции "Здравната реформа в България - част I", Македония прес, С., 1997, с.183-187.
39. **Гладилов Ст.**, Основни насоки на икономическата реформа в здравеопазването в условията на пазарна икономика, V конгрес по социална хигиена, Плевен, 7-9 май 1992 г.
40. **Гладилов Ст.**, Икономически аспекти на изграждане на капацитета на здравеопазването в Република България, София, 2004, с.202.
41. **Големанов Н.**, Далечни перспективи на смъртността по причини в България. Социална медицина, 7, 1999, No 2, с.16-19.
42. **Големанов Н.**, Пол и смъртност (България, 1971-2000). С., Академично издателство "Проф. М. Дринов", 2001, с. 224.
43. **Големанов Н.**, Прогнозиране на смъртността по причини. Списание на БАН, С., 2000, No 4, с.16-23.
44. **Големанова Ж.**, Здравната политика в общината в пазарното стопанство, V конгрес по социална хигиена, Плевен, 7-9 май 1992 г.
45. **Големанова Ж.**, Развитие на здравната политика в България, Сб. лекции "Здравната реформа в България - част I", Македония прес, С., 1997, с. 62-83.
46. **Гордиенко С. М.**, Реформи здравеохранения: обязательное медицинское страхование, внештатный эксперт МЗ, Киев, 2003, [www.health-ua.com/articles/295.html](http://www.health-ua.com/articles/295.html)
47. **Грива Хр.**, Определяна не разходите при сключване на договори в здравеопазването, НЦЗИ, София, 2000, с.80, ISBN 954-8541-07-6
48. **Давидов Б.**, Договорна система във взаимоотношенията община-здравно заведение на общинско подчинение, Социална медицина, 2, С., 1994, с.35, ISSN 1310-1757
49. **Давидов Б.**, За българската здравно-осигурителна система - някои "за" и "против", Социална медицина, 3, С., 1996, с.38, ISSN 1310-1757
50. **Давидов Б.**, Здравно-осигурителната система: здравна, икономическа и социална политика провеждани чрез нея, V конгрес по социална хигиена, Плевен, 7-9 май 1992 г.
51. **Давидов Б.**, Проблеми на формиране на финансови средства за общинската здравна служба и на финансиране на здравните заведения, Сб. лекции "Здравната реформа в България - част I", Македония прес, С., 1997, с.187-200.
52. **Давидов Б.**, Сравнителен анализ на моделите на финансиране на медицинските услуги: философия и технология, Здравен мениджмънт, 4, С., 2004, с.37-42.
53. **Дамянов Ив., С.Бачев, Ел.Петкова, Г.Лумбев, Т.Георгиев, В.Попов, З.Чучулиева, Т.Райковска**, Отношение на здравните работници към реформата в здравеопазването, Научен симпозиум "Икономика на здравеопазването-1992 г.", 28-29.V.1992 г., Сборник материали, С., 1992, с.34.
54. **Дел Баррио Х.**, Съвременните здравни реформи в Европа, Национална конференция по здравната реформа в република България, 24-25 април 1998 г., Македония прес, С., 1998, с.151-156.
55. **Делчева Евг.**, Цели и реализация на здравната реформа, във: Социални срещу икономически измерения на здравеопазването в България, УИ „Стопанство“, Икономически алтернативи, 3, С., 2007, с. 14-25.

56. **Делчева Евг.**, Индустрии свързани със здравеопазването: Фармацевтичен сектор, информатика, Сб. лекции "Здравната реформа в България - част I", Македония прес, С., 1997, с. 166-177.
57. **Здравье пожилых**: Доклад комитета экспертов ВОЗ, ВОЗ, Женева, 1992.
58. **Златанова Т., А.Чешмеджиева, Я.Проданова, С.Бачев, Р.Златанова**, Единство във вижданията на пациенти и лекари за здравната реформа в България, Първа международна юбилейна конференция "Здравеопазването – предизвикателствата на промяната", Доклади, Варна, 16-18 октомври 2003, с.71-75.
59. **Ибрагимова Д., М.Д.Красильникова, Л.Н.Овчарова**, Участие населения в оплате медицинских и образовательных услуг, Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены, 2 (46), М., 2000, с.35-44.
60. **Иванов Л.**, Подходи и методи за оценка на качеството на медицинското обслужване, Сб. лекции "Здравната реформа в България - част I", Македония прес, С., 1997, с.306-349.
61. **Измеров, Н.Ф., Г.К.Радионов, Л.Г.Заворонок**, Состояние здоровья работающих г.Москвы и пути его улучшения, Мед. тр. пром. екол., 9, 1997, с.1-6.
62. **Илиев Д.**, Технологии на заплащане на болничната помощ. Диагностично свързани групи. Болнични информационни системи, Национална конференция по здравната реформа в република България, 24-25 април 1998 г., Македония прес, С., 1998, с.115-145.
63. **Кант В.И.**, Математические методы и моделирование в здравоохранении, Медицина, Москва, 1988, с.224.
64. **Карюхин Э.В.**, Геронтологическая популяция: Потребности в помощи и увеличении ресурсов, М., [www.dobroedelo.ru/text/popular.shtml](http://www.dobroedelo.ru/text/popular.shtml)
65. **Карюхин Э.В.**, Геронтологические НКО: от моделей ухода к становлению сектора, РОФ помощи престарелым «Доброе дело», М., 2002, ISBN 5-94101-055-9
66. **Кебер Д.**, Утвърждаване на стойности и прокарване на промени: здравната реформа в Словения през 2003 г. предизвикателствата пред здравеопазването, Eurohealth, Volume 9, Number 1, Spring, 2003, с.31-34.
67. **Киперова Б.**, Реформа в медицинската образование, Национална конференция по здравната реформа в република България, 24-25 април 1998 г., Македония прес, С., 1998, с.99-108.
68. **Кисилев С.**, О некоторых концептуальных подходах к организации социальной защиты пожилых людей в Российской Федерации, Материалы Консульт. междун. семин., М., МЗМП РФ, 1995, 9.
69. **Комаров Ю.**, Здравоохранение в России: взгляд в будущее, Доклад Российской медицинской ассоциации, Пятому (21) Всероссийскому Пироговскому съезду врачей, Москва, 15-16 апреля 2004 г., с.170.
70. **Комаров Ю.**, Здравоохранение США: уроки для России, Москва, 1998, с.118.
71. **Комаров Ю.М.**, Перспективы развития общей врачебной (семейной) практики в России, Экономика здравоохранения, 1, С., 1997, с. 8 – 13.
72. **Корчагин В.П.**, Состояние финансирования здравоохранения, Экономика здравоохранения, 1, М., 1996, с. 10.
73. **Корчагин В.П.**, Финансовое обеспечение здравоохранения. М.: "Эпидавр", 1997, с. 129–132.

74. **Кулакъзов Ст.**, Реформа на извънболничната здравна помощ, Национална конференция по здравната реформа в република България, 24-25 април 1998 г., Македония прес, С., 1998, с.65-80.
75. **Кулибакин И.Б.**, Отчет по резултатите на социологическото изследване, "Городское здравоохранение", Кемеровский государственный университет, Социологический центр, Кемерово, 1998.
76. **Кучеренко В.З.**, Медико-економическите проблеми на реформата на здравеохранението, Вести Росс.акад.мед.наук., 8, М.,1994, с.52-56.
77. **Кушев Кр.**, Медицинската служба в периода на приватизация на селското стопанство, Социална медицина, 2, С., 1994, с.34, ISSN 1310-1757
78. **Лешкевич И.А., Г.В.Тарасова**, Комплексен анализ на състоянието на здравето на населението на Москва, Пробл. соц.гиг. истор. мед., 5, 1997, с.9-12, ISSN: 0869-866X
79. **Лумбев Г., С.Бачев, Ел.Петкова, Ив.Дамянов, Т.Георгиев, В.Попов, З.Чучулиева, Зл.Глутникова, М.Мутафова, Т.Райковска**, Отношение на населението към реформата на здравеопазването (резултати от едно анкетно проучване на общественото мнение), Научен симпозиум "Икономика на здравеопазването-1992 г.", 28-29.V.1992 г., Сборник материали, С., 1992, с.34.
80. **Максимей И.В.**, Имитационно моделиране на ЕВМ, Москва, 1988, с.232.
81. **Мандова**, Здравната система - повече пари или повече реформи, Преглед на стопанската политика, том III, No. 118, ИПИ, С., 2003, [http://ime-bg.org/pr\\_bg/118-3.htm](http://ime-bg.org/pr_bg/118-3.htm)
82. **Милева М.**, Демографски аспекти на медицинската помощ в дома, Из опита на здравните заведения, 2, С., 1987, с.16-20.
83. **Милева М.**, Достъпност на извънболничната медицинска помощ в условията на здравна реформа, Социална медицина, С., 2002, 2, с.17-19.
84. **Национална стратегия за демографско развитие на Република България 2006-2020 г.**, Министерство на труда и социалната политика, UNFPA, Национален съвет за сътрудничество по етническите и демографските въпроси към Министерския съвет, БАН, НСИ, С., 2007, с.76.
85. **Неформални плащания в системата на здравеопазването**, Институт „Отворено общество“, С., 2008, с.88. ISBN 123-456-789.
86. **Неформалните плащания за медицинска помощ в Русия**, Серия "Научни доклади: независим економически анализ", Московский общественный научный фонд, Независимый институт социальной политики, М., 2003, с.160.
87. **Ново обществено здравеопазване**, под ред. на проф.д-р В.Борисов, дмн, доц.д-р Зл.Глутникова, дм, проф.д-р Ц.Воденичаров, дмн, Акваграфикс, С., 1998, с.542.
88. **Овчаров В. К.**, Современные социально-экономические условия и здоровье населения, Зап.Росс.Акад.Мед.Наук, 1, 1997, с.51-59, ISSN: 0869-6047
89. **Пасхалидис К.**, Върху необходимостта от обществена оценка на здравната реформа, Дисертационен труд за присъждане на научна и образователна степен "Доктор", С., 2003, с.93.
90. **Петкова Ел., Г.Лумбев, С.Бачев**, Отношение на пациентите към частната медицинска практика, Научен симпозиум по ретроспекция и перспективи на частната медицинска практика, 25-26.X.1991, Смолян, 1991.

91. **Петкова Ел., С.Бачев, Ем.Мутафова**, Приложение на симуляционното моделиране за управление на здравеопазването, Научна тема по държавен план на НИСМ, С., 1990.
92. **Петкова Ел., С.Бачев, Г.Лумбев**, Лекарите за индивидуалната професионална практика, сп. Хигиена и здравеопазване, 1991, с.10-13.
93. **Петкова Ел., С.Бачев, Ем.Мутафова**, Симуляционни модели за управление на здравеопазването, Сборник НИСМ, 1991.
94. **Петрова Зл., В.Младенова**, Проучване на степента на удовлетвореност от качеството на предлаганите медицински услуги от общопрактикуващия лекар, Здравен мениджмънт, 2003, 6, с.6-14.
95. **Попов М., А.Димова**, Качеството на първичната медицинска помощ: отражение в съзнанието на пациента., Социална медицина, 1, 2001, с.26-29.
96. **Попов М.**, Здравната реформа в България, Сборник лекции, I част, "Македония прес", 1997, с.3-4, ISBN 954-88-23-12-8.
97. **Попов М., Х.Грива**, Реформата на здравната система пред общественото мнение, Здравна икономика, 1, 1999, с.66-79.
98. **Полтерович В., Вл. Попов**, Дискусии о размерах госрасходов в переходный период, Русский журнал, Политика, 17.10.2003, <http://www.russ.ru/politics/20031017-polt.html>
99. Проблема медицинской помощи - головная боль США. Washington ProFile, [www.immigrantclub.net/usa/040119\\_wpf.php](http://www.immigrantclub.net/usa/040119_wpf.php)
100. **Проданова Я., А.Чешмеджиева, С.Бачев, Т.Златанова**, Информационно осигуряване на здравната реформа, Първа международна юбилейна конференция "Здравеопазването – предизвикателствата на промяната", Доклади, Варна, 16-18 октомври 2003, с.59-62.
101. **Проданова Я., Т.Златанова, А.Чешмеджиева, Р.Златанова**, "Здраво" работно място – пропиляни средства или инвестиции, Първа национална трипартитна конференция на българското общество за изучаване и борба със стреса с международно участие, Пловдив, 12-13 септември 2003, с.331-335.
102. **Ранчов Г.**, Биостатистика и биоматематика: концепции, методи, приложения, София, 2008, с.387. ISBN: 978-954-91084-9-1
103. **Раяцкас Р.Л., М.К.Плакунов**, Количественгый анализ в Экономике, Наука, Москва, 1987, с.392.
104. **Рождественская И.А., С.В.Шिशкин**, Культурная политика России, Институт экономических проблем переходного периода, М., 1998.
105. **Розенфельд Л.Г., А.А.Лебедев, В.Г.Прокофиев, А.Н.Коваленко, В.П.Тесленко**, Отношение медицинских работников и населения к проведению экономической реформу в здравоохранении, Пробл. социал. гиг.и стар. мед. 5, 1995, с.19-25, ISSN: 0869-866X
106. **Сатаров Г.**, Диагностика российской коррупции: социологический анализ (Краткое резюме доклада), Фонд ИНДЕМ, М., 2002.
107. **Сборник**, Пътеводител на икономическите показатели, The Economist, Класика и стил ООД, С., 2000, с.293, ISBN: 954-9964-07-8
108. **Световна банка**, Проект за реформа в здравната система, май, 2001, [www.worldbank.bg](http://www.worldbank.bg)

109. **Семерджиев Ил.**, Общи параметри на здравната реформа в България, Национална конференция по здравната реформа в република България, 24-25 април 1998 г., Македония прес, С., 1998, с.12-58.
110. **Сидорина Т.Ю., Н.В.Сергеев**, Государственная социальная политика и здоровье россиян, К анализу затрат домохозяйств на здравоохранение, Мир России. 2, 2001, с.67-92.
111. **Съйкова Ив.**, Статистически анализ на връзки и зависимости, Наука и изкуство, С., 1991, с.447.
112. **Тенчев П.**, Реформа в болничната помощ. Акредитация на здравните заведения, Национална конференция по здравната реформа в република България, 24-25 април 1998 г., Македония прес, С., 1998, с.82-88.
113. **Тодорова Д., Я.Проданова**, Пациентите за финансиране на здравеопазването, Социална медицина, С., 2, 2002, с.35-36.
114. **Хинков Хр.**, Как функционира здравната система в България, Политики, Институт „Отворено общество“, 1, С., 2008.
115. **Хмель А.**, Проблеммы миграции населения в России и политика в области охраны здоровья, Российский медицинский журнал, 2, 2003.
116. **Христова П.**, Ръководство по статистика за практически упражнения (проведени с компютър) за студенти – медици и млади научни работници, Плевен, 1996, с.188.
117. **Христова Ст.**, Информационно осигуряване на управлението на здравеопазването, Сб. лекции ”Здравната реформа в България - част I”, Македония прес, С., 1997, с.367-379.
118. **Христова Ст.**, Пакети от здравни услуги в информационното осигуряване на първичната здравна помощ, Социална медицина, 1, 1997, с.38, ISSN 1310-1757.
119. **Чамов К.**, Здравеопазване-системи. Реформата на здравеопазването в България - състояние и развитие, Здравна икономика, The University of York, ПУ “П.Хилендарски”, The British Council-София, Пловдив, Stovi & Lesitchovo, 2001, с. 212.
120. **Черкезова Л.**, Някои аспекти на отношението на пациента към дейността на участъковия терапевт, сб. Проблеми на социалната медицина, МА-ЦНИМЗ, том XVIII, С., 1989, с.41-45.
121. **Черкезова Л.**, Социологически методи за проучване и оценка на отношението на населението към амбулаторно-поликлиничната и стационарна помощ, МА, С., 1989, с.47.
122. **Чешмеджиева А.**, Демографски проблеми на България, INGA, Двадесет и втора научно-технологична сесия «КОНТАКТ 2008», Интердисциплинната идея в действие, сборник статии, 31 октомври 2008, София, TEMTO, ISBN 978-954-9566-49-9.
123. **Чешмеджиева А.**, Динамика на населението през последните 24 години, Здравен мениджмънт, 6, том 6, С., 2006, с.22-29
124. **Чешмеджиева А.**, Натрапвани резултати и очаквания от провежданата реформа и налагащи се изводи за обективните резултати от внедряването ѝ, сп. „Здравна политика и мениджмънт“, т.8, 5, 2008, с.17-21.
125. **Чешмеджиева А., С.Бачев**, Демография на здравната реформа, Първа международна юбилейна конференция “Здравеопазването – предизвикателствата на промяната”, Доклади, Варна, 16-18 октомври 2003, с.23-27.

126. **Шарманов Ч., Н.М.Карсибекова, Т.К.Бекбоцинов, А.П.Сарсимбаева, З.К.Кудалбергенова**, Пищевой статус детей раннего возраста в республике Казахстан, *Вопр. питан.*, 4, 1997, с.23-25, ISSN: 0042-8833
127. **Шипковенска Е., Л.Касева**, По въпроса за свободния избор на лекар, сб. Проблеми на социалната медицина, МА-ЦНИМЗ, том XVIII, С., 1989, с.18-22.
128. **Шипковенска Е., П.Цонов, Ст.Христова**, Здравната реформа от гледна точка интересите на пациента, *Социална медицина*, 3, 1996, с.5, ISSN 1310-175.
129. **Шишкин С.В.**, Дилеммы реформы здравоохранения, *Вопросы экономики*, 3, М., 1998, с.90-108.
130. **Шишкин С.В., Г.Е.Бесстремьянная, М.Д.Красильникова, В.А.Чернец, А.Е.Чирикова, Л.С.Шилова**, Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет, Независимый институт социальной политики, М., 2004, с.196. [www.socpol.ru](http://www.socpol.ru)
131. **Шишкин С.В., Т.В.Богатова, Е.Г.Потапчик, В.А.Чернец, А.Е.Чирикова, Л.С.Шилова**, Государственное регулирование экономических условий оказания населению медицинской помощи, Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. Серия "Независимый экономический анализ", Москва, 2003, с. 13-23.
132. **Шишкин С.В.**, Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи, *Мир России*, т. XII, 3, 2003, с. 104-129. [www.cpc.unc.edu/rfms](http://www.cpc.unc.edu/rfms)
133. **Юркова К., Е.Делчева, Е.Шипковенска, М.Милева**, Здравно-демографско развитие на населението в община "Люлин", област "София-град", *Хигиена и здравеопазване*, 3, С., 1991, с.12-36.
134. **Ahlburg D., J.Vaupel**, Alternative Projections of the U.S. Population, *Demography*, 27, no. 4, 1990, p.639-652.
135. **Altman S.**, Health system reform: let's not miss our chance, Heller School, Brandeis University, Waltham, MA, *Health Aff. Millwood*, 1994, p.69-80.
136. **American College of Physicians**, Insurance reform in a voluntary system: implications for the sick, the well, and universal health care. *Ann Intern. Med.*, Aug, 1, 125(3), 1996, p.242-249.
137. **Amlie E., G.Stene-Larsen**, Gjør mer for mindre-statusrapport fra Lovisenberg sykehus, *Tidsskr. Nor. Laegeforen*, Aug, 20, 110(19), 1990, p.2557-2559, ISSN: 0029-2001
138. **Applegate W.B., M.J.Graney, S.T.Miller, J.T.Elam**, Impact of a geriatric assessment unit on subsequent health care charges, *Am.J.Public Health*, Oct, 81(10), 1991, p.1302-1306, ISSN: 0090-0036
139. **Araujo-Junior J.L.**, (9-3) Attempts to decentralize in recent Brazilian health policy: issues and problems, 1988-1994, NESC/FIOCRUZ Antigo Hospital Pedro II, Recife, PE, Brazil, *Int.J.Health Serv.*, 1997, 27(1): p.109-124.
140. **Attenborough R.**, (8-3) The Canadian health care system: development, reform, and opportunities for nurses, *J.Obstet.Gynecol-Neonatal-Nurs.*, 1997, Mar-Apr., 26(2): p.229-234.
141. **Babazono A., T.Tsuda, Y.Mino**, (18-1) The US Health Care and the reform Institute of Health Science, Kyushu University, Fukuoka, Japan, *Nippon-Eiseigaku-Zasshi*, 1996, Oct., 51(3): p.666-676.
142. **Bach S.**, (46-1) Managing a pluralist health system: the case of health care reform in France, Industrial Relations and Organisational Behaviour Group, Warwick Business School, University of Warwick, Coventry, England, *Int-J-Health-Serv.*, 1994, 24(4): p.593-606.

143. **Baines D., D.Whynes**, The use of the ASTRO-PU and the ASTRO(97)-PU in the setting of prescribing budgets in English general practice, *J.Clin.Pharm. Ther.*, Jun., 23(3), 1998, p.229-234, ISSN: 0269-4727
144. **Baines D.L., D.K.Whynes**, Selection bias in GP fundholding, Department of Economics, University of Nottingham, U.K., *Health Econ.*, 1996, p.129-140.
145. **Bakken R., M.Jezewska-Zychowicz, M.Winter**, Household nutrition and health in Poland, *Soc.Sci.Med.*, Dec, 49(12), 1999, p.1677-1687, ISSN: 0277-9536
146. **Banoob S.N.**, Private and public financing--health care reform in eastern and central Europe, College of Public Health, University of South Florida, Tampa33612, *World Health Forum*, 1994, p.329-334.
147. **Barrilleaux C.J., M.E.Miller**, Decisions without consequences: cost control and access in state Medicaid programs, *J.Health, Polit.,Policy, Law*, Spring, 17(1), 1992, p.97-118, ISSN: 0361-6878
148. **Bergler W., J.Reis, K.Hormann**, Sonderentgelte und Fallpauschalen zwingen zum Sparen Kurz OP Tag als Lösungsansatz im Krankenhaus, *Laryngorhinootologie*, Apr, 76(4), 1997, p.258-262, ISSN: 0935-8943
149. **Berwick D.M.**, Eleven worthy aims for clinical leadership of health system reform. Institute for Healthcare Improvement, Boston, MA 02116. *JAMA*, Sep, 14, 272(10), 1994, p.797-802.
150. **Bestard-Perello J.J., F.Sevilla-Perez, I.Corella-Monzon, J.Elola-Somoza**, La unidad ponderada asistencial (UPA): nueva herramienta para la presupuestacion hospitalaria, *Gac-Sanit.*, Nov-Dec, 7(39),1993, p.263-273, ISSN: 0213-9111
151. **Bindman A.B.**, Primary and managed care. Ingredients for health care reform. Primary Care Research Center, San Francisco General Hospital, CA94110. *West J.Med.*, Jul, 161(1), 1994, p.78-82.
152. **Blais R.**, L'etude des variations geographiques: point de depart pour la reevaluation des services de sante. Le phenomene, ses causes, ses implications, *Union Med.Can.*, Nov-Dec, 118(6), 1989, 226, 229, p.231-234, ISSN: 0041-6959
153. **Bloom D., J. Sachs**, Geography, Demography, and Economic Growth in Africa, *Brookings Papers on Economic Activity*, 2, 1998, p.207-295.
154. **Blumberg L.J., L.M.Nichols**, First, do no harm: developing health insurance market reform packages, *Health Aff.Millwood*, 1996, p.35-53.
155. **Boaz R.F., C.F.Muller**, The validity of health limitations as a reason for deciding to retire, *Health Serv.Res.*, Jun, 25(2), 1990, p.361-386, ISSN: 0017-9124
156. **Bobak M., H.Pikhart, C.Hertzman, R.Rose, M.Marmot**, Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey, *Soc.Sci.Med.*, Jul, 47(2), 1998, p.269-279, ISSN: 0277-9536
157. **Boudreau F.**, Partnership as a new strategy in mental health policy: the case of Quebec *J.Health Polit.Policy Law.*, Summer, 16(2), 1991, p.307-329, ISSN: 0361-6878
158. **Braddock D., G.Fujiura**, Politics, public policy, and the development of community mental retardation services in the United States, *Am.J.Ment.Retard.*, Jan, 95(4), 1991, p.369-387, ISSN: 0895-8017
159. **Brainerd, E.**, Market Reform and Mortality in Transition Economies, *World Development Report*, Vol.26, 11, 1998, p.2013-2027.

160. **Brenner, H.**, Mortality and The National Economy, A review and The Experience of England and Wales 1936-76, *Lancet*, II, p.568-573.
161. **Brommels M.**, Money consuming monuments or efficient echelons? Assessing the economic role of hospitals in national health care systems, *Scand.J.Soc.Med.Suppl.*, 46, 1991, p.125-132, ISSN: 0301-7311
162. **Brown L.J., V.Lazar**, Net income, gross billings and practice expenses of independent dentists, *J.Am.Dent.Assoc.*, Jul, 129(7), 1998, p.1031-1035, ISSN: 0002-8177
163. **Browning S.M.**, Forces for reforming the U.S. health care system: a review of the cost and access issues, *Health Econ.*, Oct, 1(3), 1992, p.169-180, ISSN: 1057-9230
164. **Buck R.A., M.Schlunz**, Neue Aufgaben durch das Gesundheits-Strukturgesetz im stationären Bereich, *Gesundheitswesen*, Aug-Sep.,56(8-9), 1994, p.472-476.
165. **Busse R., F.W.Schwartz**, (1-4) Financing reforms in the German hospital sector: from full cost cover principle to prospective case fees, Department of Epidemiology and Social Medicine, Medizinische Hochschule Hannover, Germany, *Med.Care*, 1997, Oct., 35(10 Suppl): OS40-9
166. **Butler R.**, Population aging and health, *BMJ*, 315, 1997, p.1082-1084, <http://bmj.com>
167. **Butler S.M.**, A tax reform strategy to deal with the uninsured, *JAMA*, May 15, 265(19), 1991, 2541-2544, ISSN: 0098-7484
168. **Butz W., M.Ward**, The Emergence of Countercyclical U.S. Fertility, *American Economic Review*, June, 1979, p.318–328.
169. **Callahan D., Jter Meulen R., Topincova E.**, World Growing Old. The Coming Health Care Challenges, Washington, DC, Georgetown University Press, 1995, p.1–6, p.39, p.53, p.62–65, p.74–78, p.97–106.
170. **Cameo S.C., F.J.Garcia Latorre, J.M.Gorostiaga, and all**, Un estudio de minimizacion de costes en la prescripcion de antiinfecciosos en dos areas de atencion primaria, *Revista Española de Salud Pública*, v.72, n.1, Ene./Feb., Madrid, 1998, p.33-42, ISSN 1135-5727
171. **Casparie A.F., D.Hoogendoorn**, Effects of budgeting on health care services in Dutch hospitals, *Am J.Public Health.*, Nov, 81(11), 1991, p.1442-1447, ISSN: 0090-0036
172. **Catley-Carlson M.**, Global considerations affecting the health agenda of the 1990s, *Acad.Med.*, Jul, 67(7), 1992, p.419-424, ISSN: 1040-2446
173. **Chen L.**, New Diseases: The human factor, Chap. in *Disease in Evolution, Global changes and emergence of infectious disease*, New York, New York Academy of Sciences, 1994, p.319-324.
174. **Chernichovsky D, H.Barnum, E.Potapchik**, Health system reform in Russia: the finance and organization perspectives, *Economics of Transition*, Vol.4, 1996, p. 116.
175. **Chernichovsky D., D.Chinitz**, (39-1) The political economy of healthy system reform in Israel, Program for Health Policy in Economies under Stress, Ben Gurion University of the Negev, Beer-Sheva, Israel, *Health Econ.*, 1995, Mar-Apr., 4(2): p.127-141.
176. **Chernichovsky D.**, Health system reforms in industrialized democracies: an emerging paradigm. Health Policy and Management Unit, Faculty of Health Sciences, Ben-Gurion University of the Negev, Beer Sheva, Israel. *Milbank Q.*, 73(3), 1995, p.339-372.
177. **Chiha, Yvana Antoun**, Essays in labor and health economics: Factors affecting the labor supply of registered nurses in the 1990s., Sep, DAI-A 61/03, PN: AAT 9965776, 2000, p. 1104, ISBN: 0-599-70386-5

178. **Christianson J., I.Moscovice**, Health care reform and rural health networks, Health Aff.Millwood, 1993, p.58-75.
179. **Cichon M., C.Normand**, Between Beveridge and Bismarck--options for health care financing in central and eastern Europe International Labour Office, Central and Eastern European Team, Budapest, Hungary World Health Forum, 1994, p.323-328.
180. **Closson T.R., M.Catt**, (22-3) Funding system incentives and the restructuring of health care, Sunnybrook Health Science Centre, Toronto, Ontario, Can-J-Public-Health, 1996, Mar-Apr., 87(2): p.86-89.
181. **Cohen E.L., T.G.Cesta**, Case management in the acute care setting. A model for health care reform, J.Case Manag., 1994, p.110-116, 128.
182. **Colby D.C.**, Medicaid physician fees, Health Affairs, Spring (II), 13(2), 1994, p.255-263.
183. **Cookingham A.**, Peripheral vascular disease: educational concerns for patients with a chronic disease in a changing health-care environment, AACN Clin.Issues, 1995, p.670-676.
184. **Copley-Merriman C., T.J.Lair**, Valuation of medical resource units collected in health economic studies, Clinical Therapeutics, May-Jun., 16(3), 1994, p.553-568.
185. **Coughlin T.A., L.Ku, J.Holahan, D.Heslam, C.Winterbottom**, State responses to the Medicaid spending crisis: 1988 to 1992, J.Health Polit.Policy Law, Winter, 19(4), 1994, p.837-864, ISSN: 0361-6878
186. **Courtney R.**, Community partnership primary care: a new paradigm for primary care. University of Texas, Arlington School of Nursing 76019, USA. Public-Health-Nurs. 1995 Dec; 12(6): p.366-373.
187. **Creese A.**, (51-1) Global trends in health care reform: National Health Systems and Policies Unit, World Health Organization, Geneva, Switzerland, World-Health-Forum, 1994, 15(4): p.317-322.
188. **Davies A.M.**, Older populations, aging individuals and health for all, World Health Forum, 10(3-4),1989, p.299-306, discussion p.306-321, ISSN: 0251-2432
189. **Denton T.A., G.A.Diamond**, For goodness' sake: expected therapeutic benefit as a basis for healthcare delivery. Division of Cardiology, Cedars Sinai Medical Center, Los Angeles, CA 90048, USA, Clin.Chem., 1995, p.799-804.
190. **Detsky A.S., I.G.Naglie**, A clinician's guide to cost-effectiveness analysis, Ann.Intern.Med., Jul 15, 113(2), 1990, p.147-154, ISSN: 0003-4819
191. **Devers K.J., S.M.Shortell, R.R.Gillies, D.A.Anderson, J.B.Mitchell, K.L.Erickson**, Implementing organized delivery systems: an integration scorecard, University of California, Berkeley, Health Care Manage Rev., 1994, p.7-20.
192. **Deyo R.A., D.L.Patrick**, Barriers to the use of health status measures in clinical investigation, patient care, and policy research, Med.Care, Mar, 27(3 Suppl), 1989, p.254-268, ISSN: 0025-7079
193. **Dickson K.**, (4-3) Colaboracion entre organizaciones no gubernamentales y los gobiernos en la reforma del sector de la salud, Oficina de Relaciones Externas, Organizacion Panamericana de la Salud, Rev-Panam-Salud-Publica, 1997, Apr., 1(4): p.324-329.
194. **Diehr G., H.Tamura**, Linear programming models for cost reimbursement, Health Serv.Res., Aug, 24(3), 1989, p.329-347, ISSN: 0017-9124

195. **Dixon J.**, Can there be fair funding for fundholding practices?, *BMJ*. Mar 19, 308(6931), 1994, p.772-775, ISSN: 0959-8138
196. **Douglas W.**, Population Change: Friend Or Foe Of The Chronic Care System?, *HEALTH AFFAIRS*, Vol.20, 6, The People to People Health Foundation, Inc., 2001, p. 28-42.
197. **D'Sa M.M., R.S.Nakagawa, D.S.Hill, J.K.Tan**, Exponential smoothing method for forecasting drug expenditures, *Am.J.Hosp.Pharm.*, Oct 15, 51(20), 1994, p.2581-2588, ISSN: 0002-9289
198. **Dugar B.**, Implementing CQI on a budget: a small hospital's story, *Jt.Comm.J.Qual.Improv.*, Feb, 21(2), 1995, p.57-69, ISSN: 1070-3241
199. **Einterz E.**, (20-3) Reorienting health care in Africa - can the elite believe in equity? District Hospital, Mora, Province de Extreme-Nord, Cameroun World-Health-Forum, 1996, 17(3): p.261-265.
200. **Ellwood S.**, Pricing in the NHS, *Br.J.Hosp.Med.*, Sep 18-Oct 1, 56(6), 1996, p.299-301, ISSN: 0007-1064
201. **Elola J.**, Health care system reforms in western European countries: the relevance of health care organization. *Int.J.Health Serv.*, 26(2), 1996, p.239-251.
202. **Eriksson C.G., E.Mohs, B.Eriksson**, Assessment of health policy in Costa Rica-some preliminary remarks, *Scand.J.Soc.Med.Suppl.*, 46, 1991, p.82-91, ISSN: 0301-7311
203. **Escarce J.J.**, Effects of the relative fee structure on the use of surgical operations, *Health Services Research*, Oct., 28(4), 1993, p.479-502.
204. **Etter J.F., T.V.Perneger**, Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and a global budget in a Swiss health insurance plan, *J.Epidemiol.Community Health*, Jun, 52(6), 1998, p.370-376, ISSN: 0143-005X
205. **Farmer P.**, *Infections and Inequalities, The modern plagues*, Berkeley: University of California Press, 1999, 2001, p.426.
206. **Featherstone N.**, (37-3) Health systems planning at a state level: New Jersey, Executive Director Office of Policy and Research, Department of Health, Trenton, NJ. *Am-J-Surg.*, 1994, Feb., 167(2): p.241-243.
207. **Feder J.**, Health care of the disadvantaged: the elderly, *J.Health Polit. Policy Law*, Summer, 15(2), 1990, p.259-269, ISSN: 0361-6878
208. **Feder J.**, Health care of the disadvantaged: the elderly, *J.Health Polit. Policy Law*, Summer, 15(2), 1990, p.259-269, ISSN: 0361-6878
209. **Fein R.**, The Health Security Partnership. A federal-state universal insurance and cost-containment program, *JAMA*, May 15, 265(19), 1991, p.2555-2558, ISSN: 0098-7484
210. **Fogel R.**, Catching Up with the Economy. *American Economic Review* 89(1), 2000, p.1-21.
211. **Fossett J.W.**, (41-3) Medicaid and health reform: the case of New York, *Health-Aff-Millwood*, 1993, Fall, 12(3): p.81-94.
212. **Frank J., J. Mustard**, The Determinants of Health from a Historical Perspective. *Daedalus* 94(1), 1994, p.1-19.
213. **Frankford D.M.**, Scientism and economism in the regulation of health care, Rutgers University School of Law, Camden, NJ. *J.Health Polit.Policy Law*. Winter, 19(4), 1994, p.773-799.

214. **Fuchs V.R.**, The Clinton plan: a researcher examines reform, Stanford University, Department of Economics, CA, Health Aff.Millwood, 1994, p.102-114.
215. **Gallup J., J. Sachs, A. Mellinger**, Geography and Economic Development. Chap. in World Bank Annual Conference on Development Economics. Washington, D.C.: World Bank, 1998, p.127-178.
216. **Garrett L.**, Human Movements and Behavioral Factors in the Emergence of Diseases, Chap. in Disease in Evolution, Global changes and emergence of infectious disease, New York, New York Academy of Sciences, 1994, p.312-318.
217. **Getzen T.E., J.P.Poullier**, International health spending forecasts: concepts and evaluation, Soc.Sci.Med., May, 34(9),1992, p.1057-1068, ISSN: 0277-9536
218. **Ginsburg P.B.**, Expenditure limits and cost containment, Inquiry, Winter, 30(4), 1993, p.389-399, ISSN: 0046-9580
219. **Ginter E.**, Recent trends in health status of the male population in postcommunist Europe, Cent.Eur.J.Public-Health, Dec, 5(4), 1997, p.174-176, ISSN: 1210-7778
220. **Gist J.R.**, Entitlements and the federal budget: facts, folklore, and future, Milbank Q., 74(3), 1996, p.327-359, ISSN: 0887-378X
221. **Glaser W.A.**, How expenditure caps and expenditure targets really work, Milbank-Q., 71(1), 1993, p.97-127, ISSN: 0887-378X
222. **Glasser M.A.**, The Health Security Partnership: an equitable, pragmatic, and passable national health program, Int.J.Health Serv., 21(2), 1991, p.345-350, ISSN: 0020-7314
223. **Goold S.D.**, Allocating health care: cost-utility analysis, informed democratic decision making, or the veil of ignorance?, University of Michigan, USA, J.Health Polit.Policy Law, 1996, p.69-98.
224. **Graf-von-der-Schulenburg J.M.**, (48-2) Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care: a German perspective, FB Wirtschaftswissenschaften, Institut fur Versicherungsbetriebslehre, Hannover, Germany, Soc.Sci-Med., 1994, Nov., 39(10): p.1473-1481.
225. **Gravelle H.**, Editorial: Time Series Analysis of Mortality and Unemployment, Journal of Health Economics 3(3), p.297-306.
226. **Grogan C.M.**, (31-1) Urban economic reform and access to health care coverage in the People's Republic of China, Department of Epidemiology and Public Health, Yale University, New Haven, CT 06510, USA, Soc.Sci-Med., 1995, Oct.; 41(8): p.1073-1084.
227. **Gustafsson R.A.**, (30-3) Open the black box: paradoxes and lacunas in Swedish health care reforms, Karolinska Institute, Department of Social Medicine and International Health, Sundbyberg, Sweden, Int-J-Health-Serv., 1995, 25(2): p.243-258.
228. **Guze P.A.**, Cultivating curricular reform. Medical Service, West Los Angeles Veterans Affairs Medical Center, USA, Acad.Med. Nov, 70(11), 1995, p.971-973.
229. **Hagland M.M.**, Top developments in health care: a watershed year, Hospitals. Dec 20, 65(24), 1991, p.26-29, ISSN: 0018-5973
230. **Hamoudi A., J.Sachs**, The Changing Global Distribution of Malaria, A review. CID Working Paper no.2, 1999, p.1-31, <http://www.cid.harvard.edu>
231. **Hodge M.H.**, Health care and America's rolling depression. Melville Hodge Consulting, Saratoga, CA, USA. Health Care Manage.Rev., Summer, 21(3),1996, p.7-12.

232. **Hodge M.H.**, New perspectives on our national health care dilemma, *Health Care Manage Rev.*, Summer, 16(3), 1991, p.63-71, ISSN: 0361-6274
233. **Hofmarcher M.M.**, Is public health between East and West? Analysis of wealth, health and mortality in Austria, Central and Eastern European Countries and Croatia relative to the European Union, *Department of Finance, Croat.Med.J.*, Sep, 39(3), 1998, p.241-248, ISSN: 0353-9504
234. **Holcik J.**, Je zdravi na prodej?, *Casopis Lekarů Ceskych*, Apr 4, 133(7), 1994, p.196-198.
235. **Hornberger J.C., D.A.Redelmeier, J.Petersen**, Variability among methods to assess patients' well-being and consequent effect on a cost-effectiveness analysis, *J.Clin.Epidemiol.*, May, 45(5), 1992, p.505-512, ISSN: 0895-4356
236. **Hraba J., F.O.Lorenz, Z.Pechacova, Q.Liu**, Education and health in the Czech Republic, *J.Health Soc.Behav.*, Dec, 39(4), 1998, p.295-316, ISSN: 0022-1465
237. **Hunter D.**, (1-3) The challenges of health care restructuring, *Nuffield Institute for Health, University of Leeds. Nurs. Times.*, 1997, Sep 24-30, 93(39): p.67-70.
238. **Hunter D.J.**, Doctors as managers: poachers turned gamekeepers?, *Soc.Sci.Med.*, Aug, 35(4), 1992, p.557-566, ISSN: 0277-9536
239. **Hurley J., J.Lomas, L.J.Goldsmith**, Physician responses to global physician expenditure budgets in Canada: a common property perspective, *Milbank-Q.*, 75(3), 1997, p.343-364, ISSN: 0887-378X
240. **Hurley J., R.Card**, Global physician budgets as common-property resources: some implications for physicians and medical associations, *CMAJ*, Apr 15, 154(8), 1996, p.1161-1168, ISSN: 0820-3946
241. **Iezzoni L.I., M.Shwartz, J.Restuccia**, The role of severity information in health policy debates: a survey of state and regional concerns, *Inquiry*, Summer, 28(2), 1991, p.117-128, ISSN: 0046-9580
242. **Jacobalis S.**, Basic issues related to quantity and quality of health care, and quality assurance in Indonesia, *Aust.Clin.Rev.*, 9(3-4), 1989, p.149-154, ISSN: 0726-3139
243. **Jansson B.**, Potential savings in health care expenditure by injury prevention - an argument for public policy decisions, *Scand.J.Soc.Med.Suppl.*, 46, 1991, p.120-124, ISSN: 0301-7311
244. **Jennings J.P.**, Long-term care legislation: an issue of concern for nurse practitioners, *J.Am.Acad.Nurse Pract.*, Oct-Dec, 1(4), 1989, p.145-149, ISSN: 1041-2972
245. **Johnstone R.E. C.L.Martinec**, Knowledge of medical charges, *West Virginia Medical Journal*, Jun, 90(6), 1994, p.226-229.
246. **Juncosa-Font S.**, Deben los medicos generales considerar los costes de su prescripcion? Reflexiones a partir del "White paper" y una encuesta de opinion, *Gac.Sanit*, Jan-Feb, 6(28), 1992, p.40-44, ISSN: 0213-9111
247. **Kaasik T., R.Andersson, L.G.Horte**, The effects of political and economic transitions on health and safety in Estonia: an Estonian-Swedish comparative study, *Soc.Sci.Med.*, Nov, 47(10), 1998, p.1589-1599, ISSN: 0277-9536
248. **Kaplan R.M.**, Health outcome models for policy analysis, *Health Psychol.*, 8(6), 1989, p.723-735, ISSN: 0278-6133
249. **Kawachi I., L.A.Malcolm**, Treating mild to moderate hypertension: cost-effectiveness and policy implications, *J.Cardiovasc. Pharmacol.*, 16 Suppl 7, 1990, p.126-128, ISSN: 0160-2446

250. **Kelley A., R. Schmidt**, Saving, Dependency and Development. *Journal of Population Economics* 9(4), 1996, p.365-386.
251. **Kelly T.M., K.Donovan**, Cardiac rehabilitation in the time of health-care reform, *AACN Clin.Issues*, 1995, p.432-442.
252. **Kennedy E., H.Bouis, J.von-Braun**, Health and nutrition effects of cash crop production in developing countries: a comparative analysis, *Soc.Sci.Med.*, Sep, 35(5), 1992, p.689-697, ISSN: 0277-9536
253. **Keyfitz N.**, The Limits of Population Forecasting, *Population and Development Review*, December, 1981, p.579-593.
254. **Kilbreth E., A.B.Cohen**, Strategic choices for cost containment under a reformed U.S. health care system, *Inquiry*, Winter, 30(4), 1993, p.372-388, ISSN: 0046-9580
255. **Kitching P.**, Foot and mouth disease: current world situation, *Vaccine*, 13-14, 1999, p.1772-1774.
256. **Krasnik A., A.Gottschau**, Doctor and patient characteristics as modifiers of the effect of a changing remuneration system in general practice, *Danish Medical Bulletin*, Jun., 40(3), 1993, p.380-382.
257. **Kristiansen I.S., G.Mooney**, The general practitioner's use of time: is it influenced by the remuneration system?, *Social Science & Medicine*, Aug., 37(3), 1993, p.393-399.
258. **Lamers L.M., R.C.van-Vliet**, Multiyear diagnostic information from prior hospitalization as a risk-adjuster for capitation payments, *Med.Care*, Jun, 34(6), 1996, p.549-561, ISSN: 0025-7079
259. **Lavizzo-Mourey R.**, Measuring quality in health care reform., Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD 20852. *J.Health Care Poor Underserved*, 5(3), 1994, p.202-211, discussion p.212-213.
260. **Legetic B, D.Jakovljevic, J.Marinkovic, O.Niciforovic, D.Stanisavljevic**, Health care delivery and the status of the population's health in the current crises in former Yugoslavia using EPI-design methodology, *Int.J.Epidemiol.*, Apr, 25(2), 1996, p.341-348, ISSN: 0300-5771
261. **Lehner L., J.Jr.Burgess, D.Hults, O.Stefos**, Data and information requirements for the Department of Veterans Affairs resource allocation systems, *Med-Care*, Mar, 34(3 Suppl), 1996, p.21-30, ISSN: 0025-7079
262. **Lesparre M.**, A century of the AHA, *Hosp.Health Netw.*, Jan 20, 72(2), 1998, p.36-48.
263. **Levaggi R.**, (15-1) NHS contracts: an agency approach, *Istituto di Finanza, Facolta di Economia, Universita di Genova, Italy, Health Econ.*, 1996, Jul-Aug., 5(4): p.341-352.
264. **Liebau J., N.Pallua, H.G.Machens, A.Berger**, Budgetanalyse in einem Schwerverbranntenzentrum, *Unfallchirurg*, Nov, 99(11), 1996, p.875-879, ISSN: 0177-5537
265. **Lipton J.A.**, Research evaluation and policy in dental public health, *Curr.Opin.Dent.*, Jun, 1(3), 1991, p.329-336, ISSN: 1046-0764
266. **Loewenson R., D.Sanders, R.Davies**, Challenges to equity in health and health care: a Zimbabwean case study, *Soc.Sci.Med.*, 32(10), 1991, p.1079-1088, ISSN: 0277-9536
267. **Lopez-Casasnovas G.**, Nuevas perspectivas de gestion en los sistemas sanitarios publicos, *Gac.Sanit.*, Nov-Dec, 3(15), 1989, p.573-580, ISSN: 0213-9111
268. **MacDougall B., J.Ruedy**, Linking budgets to desired academic outputs at Dalhousie University, *Acad.Med.*, May, 70(5), 1995, p.349-354, ISSN: 1040-2446

269. **Manton K.G., R.Newcomer, J.C.Vertrees, G.R.Lowrimore, C.Harrington**, A method for adjusting capitation payments to managed care plans using multivariate patterns of health and functioning: the experience of Social/Health Maintenance Organizations, *Med.Care*, Mar, 32(3), 1994, p.277-297, ISSN: 0025-7079
270. **Marte B.A., D.Schwefel**, The Philippine management information system for public health programs, vital statistics, mortality and notifiable diseases, *Int.J.Biomed.Comput.*, Oct, 40(2), 1995, p.107-114, ISSN: 0020-7101
271. **Martin-Martin J., A.de-Manuel-Keenoy, G.Carmona-Lopez, J.Martinez-Olmos**, Los cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria: II. El cambio "interno", *Gac.Sanit.*, Jul-Aug, 4(19), 1990, p.162-167, ISSN: 0213-9111
272. **Martorell R.**, Nutrition and the Worldwide Rise in IQ Scores, Chap. in *The Rising Curve, Long-term gains in IQ and related measures*. Washington, DC: American Psychological Association. 1998, p.183-206.
273. **Mastilisa M. et al.**, Health care reform in Croatia: for better or for worse, *Am. J. Public Health*, 88(8), 1998, p.1156-1160.
274. **Mastilisa M., A.Dixon, J.Figuera, J.Kutzin**, Funding health care: options for Europe, *European Observatory on Health Care Systems Series*, Open University Press, 2002, p.30.
275. **Masys D.R.**, The informatics of health care reform, University of California-San Diego School of Medicine, La Jolla 92093-0602, USA, *Bull.Med.Libr.Assoc.*, 1996, p.11-16.
276. **Max W., D.P.Rice, E.J.MacKenzie**, The lifetime cost of injury, *Inquiry*, Winter, 27(4), 1990, p.332-343, ISSN: 0046-9580
277. **Maynard A.**, (49-2) Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the U.K. national health service, Centre for Health Economics, University of York, England, *Soc.Sci-Med.*, 1994, Nov., 39(10): p.1438-1445.
278. **McKusick David**, Demographic Issues In Medicare Reform: Birthrates, death rates, and an aging population all affect Medicare's financing, *HEALTH AFFAIRS*, Vol.18, 1, The People to People Health Foundation, Inc., 1991, p.194-207.
279. **McLaughlin C.G., W.K.Zellers, K.D.Frick**, Small-business winners and losers under health care reform, Department of Health Services Management and Policy, University of Michigan, Ann Arbor, *Health Aff.Millwood*, 1994, Spring (II); 13(2).
280. **McPhail G.**, Management of change: an essential skill for nursing in the 1990s *Nursing & Midwifery Studies University of Glasgow, UK. J.Nurs.Manag.*, Jul, 5(4), 1997, p.199-205.
281. **Mehl B., J.P.Santell**, Projecting future drug expenditures - 1997, *Am.J.Health Syst.Pharm.*, Jan 15, 54(2), 1997, p.153-161, ISSN: 1079-2082
282. **Melnick G.A., J.Zwanziger**, State health care expenditures under competition and regulation, 1980 through 1991, *Am.J.Public Health*, Oct, 85(10), 1995, p.1391-1396, ISSN: 0090-0036
283. **Mills A.**, Exempting the poor: the experience of Thailand, *Soc.Sci.Med.*, 33(11), 1991, p.1241-1252, ISSN: 0277-9536
284. **Mushkin S.**, Health as an Investment, *Journal of Political Economy*, 70(5), 1962, p.129-157.
285. **Nayeri K.**, Economic boundaries of health policy: factors influencing 1993-1994 reform proposals, State University of New York, HSCB, Brooklyn 11203, USA. *Int.J.Health Serv.*, 26(4), 1996, p.709-730.

286. **Neame R.**, (11-2) The crucial roles of standards and strategy in developing a regional health information network, Homestall House, Kent, UK, *Int.J.Biomed-Comput.*, 1995, Oct., 40(2): p.95-100.
287. **Neubauer G.**, (36-1) Gesundheitsreform 2000-Notwendigkeit und Ansätze, Institut für Gesundheitsökonomie München, *Zentralbl-Chir.*, 1995, 120(7): p.502-506.
288. **Neubauer G.**, Leistungsbezogene Erlösbudgets. Ein Weg zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung, *Unfallchirurg*, Feb, 101(2), 1998, p.149-152, ISSN: 0177-5537
289. Organization for Economic Cooperation and Development, *Health Policies Studies No. 7, New directions in health care policy*, Paris, OECD, 1995. p.9.
290. **Pache T.D., T.J.Cummings**, Inclure l'enseignement de l'économie de la santé dans le curriculum des médecins--une façon de contenir l'augmentation des coûts?, *Schweizerische Medizinische Wochenschrift. Journal Suisse de Médecine*, Aug 22, 122(34), 1992, p.1238-1241.
291. **Palosuo H., A.Uutela, I.Zhuravleva, N.Lakomova**, Social patterning of ill health in Helsinki and Moscow: results from a comparative survey in 1991, *Soc.Sci.Med.*, May, 46(9), 1998, p.1121-1236, ISSN: 0277-9536
292. **Pauly M.V.**, Fairness and feasibility in national health care systems, *Health-Econ.*, Jul, 1(2), 1992, p.93-103, ISSN: 1057-9230
293. **Pestronk R.M., G.L.Oxman, C.L.Gilliss, J.S.Dempster, J.T.Badgett, E.A.Garrett, D.Parham, J.Toro-Alphonso**, Managed outcomes: a strategy to improve the nation's health, *J.Am.Acad.Nurse Pract.*, Mar, 6(3), 1994, p.121-124.
294. **Pilkington S.**, Year to end budget forecasting: income and expenditure, *Br.J.Hosp.Med.*, May 21-Jun 3, 57(10), 1997, p.527-530, ISSN: 0007-1064
295. **Polzer K.**, The role of risk adjustment in national health reform, George Washington University, Washington, DC, *Acad.Med.*, 1994, p.445-451.
296. **Powell F.D.**, Government participation in physician negotiations in German economic policy as applied to universal health care coverage in the United States, *Soc.Sci.Med.*, Jan, 38(1), 1994, p.35-43, ISSN: 0277-9536
297. **Propper C.**, Agency and incentives in the NHS internal market, Department of Economics, University of Bristol, England, *Soc.Sci.Med.*, 1995, p.1683-1690.
298. **Quantin C., N.Mathy, O.Moreau, J.Maccario, A.Boumghar, I.Gadreau, L.Dusserre**, Structural and conjunctural compensation method for hospital budgetary allocation on the basis of DRGs, *Medinfo*, 8, Pt 1, 1995, p.537-540.
299. **Ramirez Al., G. Ranis, F. Stewart**, *Economic Growth and Human Development*. EGC Discussion Paper 787, 1997, p.45, <http://www.yale.edu>
300. **Ratcliffe J., N.Donaldson, S.Macphee**, Programme budgeting and marginal analysis: a case study of maternity services, *J.Public Health Med.*, Jun, 18(2), 1996, p.175-182, ISSN: 0957-4832
301. **Ray R.**, Controlling America's health care costs via health care futures, University of Louisville, KY, USA, *Health Care Manage Rev.*, 1995, p.85-91.
302. **Redmon D.P., P.J.Yakoboski**, The nominal and real effects of hospital global budgets in France, *Inquiry*, Summer, 32(2), 1995, p.174-183, ISSN: 0046-9580

303. **Reher D.**, Wasted Investments: Some Economic Implications of Childhood Mortality Patterns. *Population Studies* 49(3), 1995, p.519-536.
304. **Reichard S.**, (16-3) Ideology drives health care reforms in Chile, Washington State College of Pharmacy, Pullman 99164-6510, USA, *J.Public Health Policy*, 1996, 17(1): p.80-98.
305. **Reinhardt U.E.**, The United States: breakthroughs and waste, *J.Health Polit. Policy Law*, Winter, 17(4), 1992, p.637-666, ISSN: 0361-6878
306. **Ribbe M. et al.**, Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings, *Age and Aging*, vol.26, Suppl.2, 1997, p.5-6.
307. **Rice D.P.**, Health status and national health priorities, *West J.Med.*, Mar, 154(3), 1991, p.294-302, ISSN: 0093-0415
308. **Rice D.P.**, Data needs for health policy in an aging population (including a survey of data available in the United States of America), *World-Health-Stat-Q.*, 45(1), 1992, p.61-67, ISSN: 0379-8070
309. **Robey J.M., S.H.Lee**, Information system development in support of national health programme monitoring and evaluation: the case of the Philippines, *World Health Stat.Q.*, 43(1), 1990, p.37-46, ISSN: 0379-8070
310. **Rochaix L.**, Financial incentives for physicians: the Quebec experience, *Health-Econ.*, Jul, 1993, p. 163-176.
311. **Rogers W.H., K.B.Wells, L.S.Meredith, R.Sturm, M.A.Burnam**, Outcomes for adult outpatients with depression under prepaid or fee-for service financing, *Archives of General Psychiatry*, Jul., 50(7), 1993, p.517-525.
312. **Rowland D., A.Telyukov**, Soviet health care from two perspectives, *Health Affairs*, 1991, p.72-86, <http://www.content.healthaffairs.org/cgi/reprint/10/3/71>
313. **Rydlewska-Liszowska I.**, Analiza typu koszt--korzysc dzialan na rzecz zdrowia I bezpieczenstwa w srodowisku pracy, *Med.Pr.* 49(2),1998, p.201-207, ISSN: 0465-5893
314. **Santell J.P.**, Projecting future drug expenditures--1996, *Am.J.Health Syst.Pharm.*, Jan 15, 53(2), 1996, p.139-150, ISSN: 1079-2082
315. **Santiago J.M.**, The fate of mental health services in health care reform: I. A system in crisis, *Hosp.Community Psychiatry*, Nov, 43(11), 1992, p.1091-1094, ISSN: 0022-1597
316. **Schieber G., A. A Maeda**, Cormudgeon's Guide to Financing Health Care in Developing Countries. In: *Innovations in Health Care Financing, Proceedings of a World Bank Conference*, March 10-11.1997, Washington D.C., The World Bank, 1997. p. 6.
317. **Schimer M., Kahana J.**, Legal issues in the care of older adults, *Northeastern Ohio Universities College of Medicine*, 1992, p.40.
318. **Schoffski O., J.M.Graf von der Schulenburg**, Unintended effects of a cost-containment policy: results of a natural experiment in Germany, *Soc.Sci.Med.*, Nov, 45(10), 1997, p.1537-1539, ISSN: 0277-9536
319. **Schultz P.**, Assessing the Productive Benefits of Nutrition and Health: An Integrated Human Capital Approach, *Journal of Econometrics*, 77(1), 1997, p.141-158.
320. **Schultz P., A. Tansel**, Wage and Labor Supply Effects of Illness in Cote D'Ivoire and Ghana: Instrumental Variable Estimates for Days Disabled. *Journal of Development Economics* 53(2), 1996, p.251-86.

321. **Schut F.T.**, Health care reform in The Netherlands: balancing corporatism, etatism, and market mechanisms, Erasmus University, J.Health Polit.Policy, Law, 1995, Fall; 20(3): p.615-652.
322. **Schwartz W.B., D.N.Mendelson**, Eliminating waste and inefficiency can do little to contain costs University of Southern California, Health Aff.Millwood, 1994, p.224-238.
323. **Scott A, N.Currie, C.Donaldson**, Evaluating innovation in general practice: a pragmatic framework using programme budgeting and marginal analysis, Fam.Pract., Jun; 15(3), 1998, p.216-222, ISSN: 0263-2136
324. **Sheahan M.D.**, Prevention in Poland: health care system reform, Center for Human Genome Research, National Institutes of Health, Bethesda, MD 20892-4470, USA, Public Health Rep., 1995, May-Jun., 110(3): p.289-294.
325. **Sheiman I.**, Forming the system of health insurance in the Russian Federation, Economics of Social Services Division, Institute of World Economy, Russian Academy of Sciences, Moscow, Soc.Sci-Med., 1994, Nov., 39(10): p.1425-1432.
326. **Sheldon T.A., D.Smith, I.Borowitz, S.Martin, R.C.Hill**, Attempt at deriving a formula for setting general practitioner fundholding budgets, BMJ, Oct 22, 309(6961), 1994, p.1059-1064, ISSN: 0959-8138
327. **Shim D.**, Health Care of the Elderly Population in Corea, The Journal of Long Term Home Health Care, vol.17, № 1, 1998, p.29-34.
328. **Smith-Nonini S.**, (10-3) "Popular" health and the state: dialectics of the peace process in El Salvador, Department of Anthropology, University of North Carolina, Chapel Hill 27599, USA, Soc.Sci-Med., 1997, Mar., 44(5): p.635-645.
329. **Somers F.P.**, Long-term care and federal policy, Am.J.Occup.Ther., Jul, 45(7), 1991, p.628-635, ISSN: 0272-9490
330. **Standaert B.**, Total healthcare budget: assigning priority and level of asset allocation to the diagnosis and management of urologic diseases, Urology, Sep, 46(3 Suppl A), 1995, p.4-11, ISSN: 0090-4295
331. **Steinwachs D.M.**, Application of health status assessment measures in policy research, Med.Care, Mar, 27(3 Suppl), 1989, p.12-26, ISSN: 0025-7079
332. **Sterns J.B.**, Emerging trends in health care finance, Ziegler Securities, Chicago, IL, USA, J.Health-Care Finance, Winter, 21(2), 1994, p.1-10.
333. **Strauss J., T. Duncan**, Health, Nutrition, and Economic Development, Journal of Economic Literature 36(2), 1998, p.766-817.
334. **Suleiman A.B., M.S.Lye, R.Yon, S.C.Teoh, M.Q.Alias**, Impact of the east Asian economic crisis on health and health care: Malaysia's response, Asia Pac.J.Public Health., 10(1), 1998, p.5-9, ISSN: 1010-5395
335. **Sumner W.-2<sup>nd</sup>**, Four proposals for market-based health care system reform, Department of Family Practice, Kentucky Clinic, University of Kentucky, Lexington 40536-0284, Arch.Fam.Med., 1994, p.660-664.
336. **Suzuki M. et al.**, Does gender make a difference in the risk of falls?, Journal of Gerontological Nursing, vol.23, 1, 1997, p.41-42.
337. **Svab I.**, Primary health care reform in Slovenia: first results, Institute of Public Health, Republic of Slovenia, Ljubljana, Soc.Sci-Med., 1995, Jul., 41(1): p.141-144.

338. **Svejdarova H., V.Bencko**, Comparison of environmental quality in the districts of the Czech Republic with mortality pattern and selected health parameters, *Cent.Eur.J.Public-Health*, Nov, 6(4), 1998, p.300-306, ISSN: 1210-7778
339. **Szubert Z., T.Makowiec-Dabrowska, W.Sobala**, Zdrowotne przyczyny absencji chorobowej pracowników zatrudnionych w roznych warunkach srodowiska pracy, *Med.Pr.*, 50(2), 1999, p.89-118, ISSN: 0465-5893
340. **Tabbush V., G.Swanson**, Changing paradigms in medical payment, Anderson Graduate School of Management, University of California at Los Angeles, USA, *Arch.Intern.Med.*, 1996, p.357-360.
341. **Tangcharoensathien V., A.Supachutikul, J.Lertiendumrong**, The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn?, *Soc.Sci.Med.*, Apr, 48(7), 1999, p.913-923, ISSN: 0277-9536
342. **Terris M.**, Budget cutting and privatization: the threat to health, *J.Public Health Policy*, Spring,13(1), 1992, p.27-41, ISSN: 0197-5897
343. **Vagero D.**, Inequality in health-some theoretical and empirical problems, *Soc.Sci.Med.*, 32(4), 1991, p.367-371, ISSN: 0277-9536
344. **Van de Ven W.P., R.C. Van Vliet, E.M. Van Barneveld, L.M.Lamers**, Risk-adjusted capitation: recent experiences in The Netherlands, Department of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands, *Health Aff.Millwood*, 1994, p.120-136.
345. **Van-de-Ven W.P.**, Market-oriented health care reforms: trends and future options, Department of Health Care Policy and Management, Erasmus University Rotterdam, The Netherlands, *Soc.Sci-Med.*, 1996, Sep., 43(5): p.655-666.
346. **Vincenzino J.V.**, Health care costs: market forces and reform, *Stat.Bull.Metrop.Insur.Co.*, Jan-Mar, 76(1), 1995, p.29-35, ISSN: 0741-9767
347. **Wallack S.S., K.C.Skwara, J.Cai**, Redefining rate regulation in a competitive environment, *J.Health Polit. Policy Law*, Fall, 21(3), 1996, p. 489-510, ISSN: 0361-6878
348. **Watson R.**, European countries face similar problems of demographic ageing and higher patient expectations, *BMJ*, 323, 2001, p.1388, <http://bmj.com>
349. **Weinstein M.C.** Methodologic issues in policy modeling for cardiovascular disease, *J.Am.Coll.Cardiol.*, Sep, 14(3 Suppl A), 1989, p.38-43, ISSN: 0735-1097
350. **White J.**, Markets, budgets, and health care cost control, *Health Aff.Millwood*, Fall, 12(3), 1993, p.44-57, ISSN: 0278-2715
351. **White K.R., J.W.Begun**, Profession building in the new health care system, *Nurs.Adm.Q.*, Spring, 20(3), 1966, p.79-85.
352. **WHO**, HFA-DB, Copenhagen, Denmark, 2013.
353. **Williams R.M.**, Public policy and quality assurance, *Emerg. Med. Clin. North Am.*, Aug.,10(3), 1992, p.493-506, ISSN: 0733-862
354. **Wloch K.**, (38-3) The potential for changing the health care system within the current Polish transformations Department of Health Care, Academy of Medicine, Lublin, Poland, *Public Health*, 1993, Nov., 107(6): p.437-439.
355. **Yang P., V.Lin, J.Lawson**, Health policy reform in the People's Republic of China, *Int.J.Health Serv.*, 21(3), 1991, p.481-491, ISSN: 0020-7314



Таблицы IV.7.

## СМЪРТНОСТ НА 100 000 ЧОВЕКА ОТ НАСЕЛЕНИЕТО

КЛАСОВЕ БОЛЕСТИ	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
I. Инфекциозни болести и паразитози	7.1	7.1	7.1	8.2	7.6	7.1	7.8	7.5	6.9	6.4	6.1	6.0	7.0	6.2	6.1	7.3	6.9	6.8	9.4	8.3	8.8	8.7	7.6	8.1	7.9	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4
II. Новообразования	162.9	162.9	163.4	159.1	161.8	164.9	165.6	168.6	169.2	171.7	173.6	173.7	182.2	187.0	173.6	191.9	195.9	199.0	191.0	194.3	187.8	196.0	201.3	201.8	209.1	231.7	230.0	234.9	238.5	226.2	221.3	230.7	250.5
III. Болести на ендокринните жлези, храненето, обмяната и разстройство на имунитета	15.8	16.1	16.5	15.4	17.2	17.3	17.9	19.0	19.6	19.4	21.2	21.3	22.3	23.7	22.2	27.2	26.1	27.0	25.4	25.1	26.1	25.4	25.9	25.5	25.3	25.6	29.1	28.3	28.6	26.2	23.9	22.3	23.6
IV. Болести на кръвта и кръвотворните органи	0.5	0.6	0.6	0.9	1.0	0.8	0.9	0.7	0.9	1.0	0.7	1.1	1.1	1.0	1.2	1.2	1.2	1.2	1.9	1.8	1.9	2.1	1.6	1.5	1.6	2.0	2.1	2.3	1.8	2.1	1.8	2.0	1.8
V. Психични разстройства	2.3	2.3	2.3	2.1	2.4	3.1	2.2	2.8	2.8	2.7	2.3	1.6	2.8	2.5	3.2	3.7	3.0	3.1	3.9	3.4	3.1	2.9	2.4	2.4	2.3	1.6	1.5	1.0	1.2	1.0	1.2	1.0	1.2
VI. Болести на нервната система и сетивните органи	4.9	5.1	5.2	8.8	5.4	6.0	5.4	5.7	5.5	6.0	6.4	6.0	5.7	5.6	7.3	8.0	6.5	6.6	9.7	10.0	9.5	11.3	10.0	9.2	9.3	10.9	10.7	13.7	13.5	12.0	12.7	12.4	15.7
VII. Болести на органите на кръвообръщение	659.3	661.2	669.7	662.3	673.0	721.1	714.0	733.3	729.3	727.4	766.6	764.5	768.1	815.1	823.1	867.6	863.4	879.8	947.0	890.9	933.8	946.1	971.3	967.3	954.6	968.1	978.5	971.0	937.8	940.1	987.4	987.7	980.8
VIII. Болести на дихателната система	99.3	95.5	92.8	90.7	81.6	92.3	81.7	80.1	81.0	75.0	74.0	67.5	70.7	68.6	64.3	62.8	60.6	58.2	58.4	52.4	55.1	46.7	42.3	44.3	41.0	57.7	54.3	59.3	58.6	54.8	54.0	54.6	54.4
IX. Болести на храносмилателната система	36.6	36.2	36.1	32.8	34.6	36.8	36.6	35.9	37.0	37.4	37.7	34.0	37.6	38.9	41.9	42.7	41.8	42.4	38.8	34.9	36.4	37.2	36.4	35.3	37.3	42.8	41.5	45.6	46.7	43.1	43.5	44.4	48.6
X. Болести на пикочополовата система	24.6	23.7	23.1	21.4	21.6	20.9	21.0	20.7	19.9	19.2	19.8	17.4	15.5	17.2	16.3	16.3	15.5	14.9	14.4	12.8	13.1	13.0	11.4	11.8	11.9	15.4	15.4	17.2	17.8	16.3	15.6	15.9	18.5
XI. Усложнения на бременността, раждането и послеродовия период	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3	0.1	0.2	0.3	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0
XII. Болести на кожата и подкожната тъкан	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	0.4	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.4	0.4	0.2	0.5	0.4	0.4	0.3	0.3	0.4	0.7	0.5	0.5	0.3	0.4	0.4	0.3	0.4
XIII. Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.3	0.5	0.3	0.4	0.5	0.4	0.4	0.4	0.6	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5	1.1	0.9	0.7	0.7	0.5	0.6	0.8	0.7
XIV. Вродени аномалии	7.6	7.7	7.6	6.3	7.0	6.5	5.8	6.0	5.9	5.8	5.8	5.5	5.2	5.4	5.4	4.6	4.9	4.7	3.4	3.9	3.4	3.4	3.0	2.7	2.7	3.2	2.4	2.2	2.7	2.0	2.2	1.9	2.0
XV. Някои състояния, възникващи през перинаталния период	7.7	7.9	7.7	7.4	7.3	6.3	6.6	5.8	9.6	5.2	4.7	5.4	5.1	4.6	4.7	4.0	3.8	3.5	3.8	4.2	3.9	3.6	3.4	3.3	3.3	3.6	3.6	3.8	3.7	4.3	3.8	3.9	3.2
XVI. Симптоми, признаци и недобре определени състояния	49.5	53.3	54.4	66.3	47.7	52.1	34.4	46.6	50.7	48.2	61.8	66.7	71.8	65.8	61.8	59.9	67.1	68.7	62.9	62.1	67.6	67.3	59.8	64.9	57.9	41.1	43.5	36.7	38.5	42.3	45.1	48.4	44.3
XVII. Травми и отравяния	66.5	70.7	70.6	60.2	62.6	63.5	60.6	61.4	60.7	62.8	63.9	57.9	68.5	65.9	63.9	65.8	67.8	68.5	60.4	55.9	56.9	55.2	53.9	51.6	49.9	50.8	50.8	49.6	51.1	45.0	40.3	38.4	41.9
ОБЩО:	1145.5	1151.3	1158.1	1143.0	1131.8	1199.6	1161.4	1195.1	1199.6	1189.2	1245.7	1229.4	1264.6	1308.5	1296.1	1363.9	1365.4	1385.3	1431.3	1361.3	1408.6	1420.0	1431.2	1430.6	1415.1	1464.8	1473.4	1475.3	1449.8	1424.7	1462.2	1473.2	1496.1