

**Ангелина Андонова Чешмеджиева**

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

**АВТОРЕФЕРАТ**

**НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**

**ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН “ДОКТОР”**

*Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”*

*Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”*

*Научна специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването  
и фармацията”*

**НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ:**

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

*доц. Николай Ангелов Попов, дм*

**РЕЦЕНЗЕНТИ:**

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

*Доц. Стойко Паунов Вълнев, ди*

София, 2014 г.

Дисертационният труд съдържа 174 страници, от които 18 страници приложения. Включени са 21 таблици и 30 фигури.

Библиографията обхваща 355 заглавия, от които 133 на кирилица и 222 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден, одобрен и насрочен за защита на разширен катедрен съвет на катедрата по икономика на здравеопазването при Факултета по обществено здраве на Медицински университет – София.

#### **НАУЧНО ЖУРИ:**

*Проф. д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн*

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

*Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн*

*Доц. Стойко Паунов Вълнев, ди*

*Проф. д-р Коста Славов Костов, дм*

#### **РЕЗЕРВНИ ЧЛЕНОВЕ:**

*Проф. Евгения Иванова Делчева, ди*

*Доц. Цветелина Милчева Петрова-Готова, дм*

Публичната защита ще се състои на 24.11.2014 г. от 11.00 часа в зала 7 на Факултета по обществено здраве, Медицински университет – София, ул. „Бяло море” №8, ет.4, гр.София.

Материалите по защитата са на разположение в Деканата на ФОЗ, МУ – София, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул. „Бяло море” №8, ет.4, гр.София.

Номерацията на фигурите и таблиците не отговаря на тази в дисертацията.

## **СЪДЪРЖАНИЕ**

<i>СЪКРАЩЕНИЯ</i>	2
<i>УВОД</i>	3
<i>ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИ</i>	5
<i>НАСЕЛЕНИЕТО В БЪЛГАРИЯ ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 33 ГОДИНИ – ТЕНДИНЦИИ И ВЛИЯНИЕТО ИМ ВЪРХУ ЗДРАВНАТА РЕФОРМА</i>	9
<i>ОСНОВНИ ПАРАМЕТРИ НА ЗДРАВЕОПАЗНАТА СИСТЕМА В Р. БЪЛГАРИЯ И ДИНАМИКАТА ИМ ВЪВ ВРЪЗКА С ПРОВЕЖДАНАТА ЗДРАВНА РЕФОРМА</i>	18
<i>МЕЖДУНАРОДНИ СРАВНЕНИЯ НА БЪЛГАРСКАТА ЗДРАВЕОПАЗНА СИСТЕМА С ВОДЕЩИ РЕФОРМИРАЩИ СЕ, ПО ОФИЦИАЛНИ ДАННИ НА СЗО</i>	31
<i>ОЧАКВАНИЯ И РЕАЛНИ РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕЖДАНАТА У НАС ЗДРАВНА РЕФОРМА И НАЛАГАЩИТЕ СЕ ИЗВОДИ</i>	35
<i>ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ, ПРИНОСИ</i>	39
<i>СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД</i>	45

## **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 на 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 развитието 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

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.

- Глобалните икономически и социални промени в света са навсякъде.
- Нивото на развитие на здравеопазването система, политическа, икономическа и социална конюнктура и демографски процеси в страните със здравни реформи.
- Поскъпване на медицинската помощ – причини и тенденции налагащи провеждането на здравна реформа.
- Научните проучвания и изграждането на нови знания и модели на оптималната здравна система; здравните потребности и тяхното осигуряване, чрез здравната реформа.
- Реформата в здравеопазването обхваща противоречивото триединство на държава, професионалисти и потребители.
- Държавата оценява здравната система като изключително скъпо мероприятие:
- Професионалистите считат, че са недооценени от обществото и получават ниски, несъответстващи на квалификацията ѝ разходи за поддържането на доходи;
- Потребителите – лошо обслужвани и със значителни лични разходи.
- Разнопосочното триединство на елементите на здравната система я правят трудно управляема и винаги не добре оценена. Всеки от елементите ѝ вижда здравната реформа през собствените си интереси.
- Потребностите на пациентите често се използват като аргументи при реформата на здравната система от професионалистите и политиците в страната.

## 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:

- Оценка на здравния и демографски статус на населението на Република България.
- Основни параметри на здравеопазната система, тенденции на промяна и краткосрочни прогнози.
- Въздействие на реформата върху дейността на здравната система и оценка зависимостите между използваните ресурси и получаваните резултати – зависимости, тенденции и аргументи на промяната.
- Сравнения на българската здравеопазна система с СЗО-НФА.
- 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 :

- Официални статистически данни на Република България;
- Официални статистически данни на СЗО за състоянието на здравеопазването в света;
- Други публикации на СЗО;
- Проведени анкетни проучвания, с участие на дисертанта;
- Резултати от провеждани научни и научно-приложни анализи във ФОЗ, с участие на дисертанта;

- 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 мениджърски) 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 хистоматиен 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 (спомоществуватели) 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.

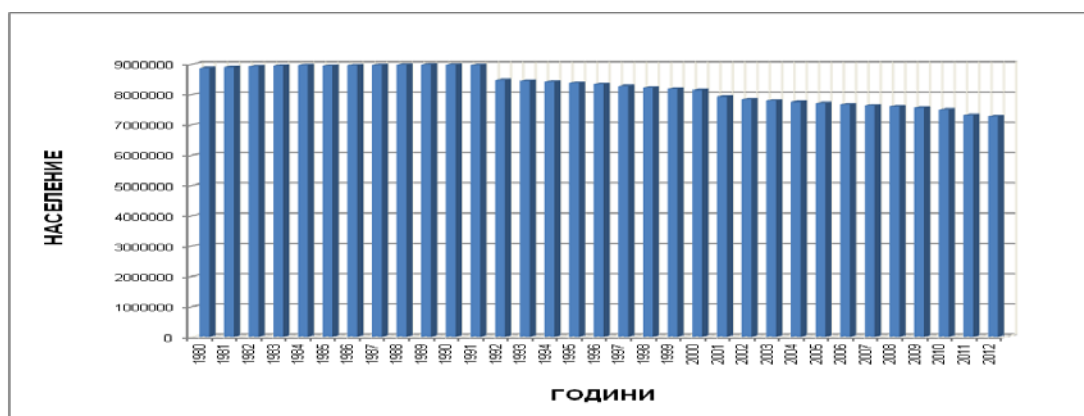
#### III.1. АНАЛИЗ НА ОСНОВНИТЕ ПРИЧИНИ – ЕСТЕСТВЕНО ДВИЖЕНИЕ И МИГРАЦИЯ НА НАСЕЛЕНИЕТО

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.

Фигура III.1.

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



Източник: НСИ

Трайната тенденция се представя с уравнението:

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

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. 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.).

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.

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	<i>9013</i>	<i>0,26</i>	<i>99,74</i>
1991	8975	<i>9016</i>	<i>0,45</i>	<i>99,55</i>
1992	8485	<i>9012</i>	<i>5,85</i>	<i>94,15</i>
1993	8459	<i>8859</i>	<i>4,51</i>	<i>95,49</i>
1994	8427	<i>8736</i>	<i>3,53</i>	<i>96,47</i>
1995	8385	<i>8634</i>	<i>2,88</i>	<i>97,12</i>
1996	8340	<i>8544</i>	<i>2,38</i>	<i>97,62</i>
1997	8283	<i>8462</i>	<i>2,12</i>	<i>97,88</i>
1998	8230	<i>8385</i>	<i>1,85</i>	<i>98,15</i>
1999	8191	<i>8312</i>	<i>1,46</i>	<i>98,54</i>
2000	8149	<i>8245</i>	<i>1,16</i>	<i>98,84</i>
2001	7846	<i>8182</i>	<i>4,11</i>	<i>95,89</i>
2002	7801	<i>8075</i>	<i>3,40</i>	<i>96,60</i>
2003	7801	<i>7978</i>	<i>2,22</i>	<i>97,78</i>
2004	7761	<i>7895</i>	<i>1,70</i>	<i>98,30</i>
2005	7719	<i>7819</i>	<i>1,28</i>	<i>98,72</i>
2006	7679	<i>7748</i>	<i>0,89</i>	<i>99,11</i>
2007	7640	<i>7681</i>	<i>0,54</i>	<i>99,46</i>
2008	7607	<i>7618</i>	<i>0,15</i>	<i>99,85</i>
2009	7564	<i>7559</i>	<i>-0,07</i>	<i>100,07</i>
2010	7505	<i>7502</i>	<i>-0,04</i>	<i>100,04</i>
2011	7327	<i>7445</i>	<i>1,58</i>	<i>98,42</i>
2012	7285	<i>7373</i>	<i>1,19</i>	<i>98,81</i>

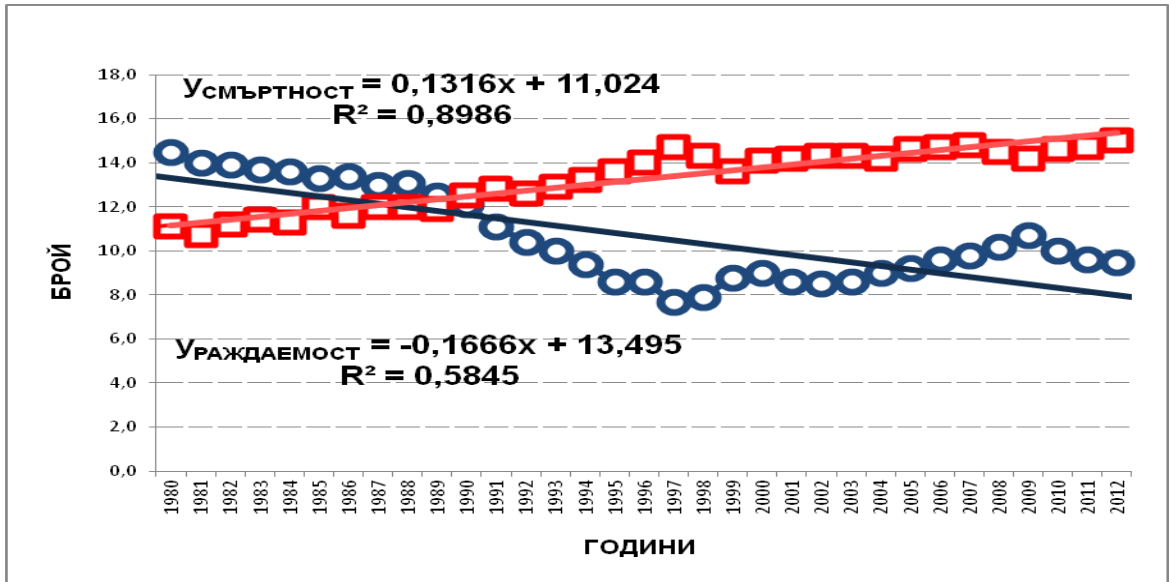
Забележка: Данните с курсив са изчислени.

Източник: НСИ

**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.).

Фигура III.2.

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



Източник: НСИ

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%.

**Естественият прираст** за периода е с трайна тенденция към намаляване. От 3.4‰ за 1980 г. намалява непрекъснато, като до 1989 г. прирастта 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.

**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	х	х	х	х
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

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”).

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 естественния 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**

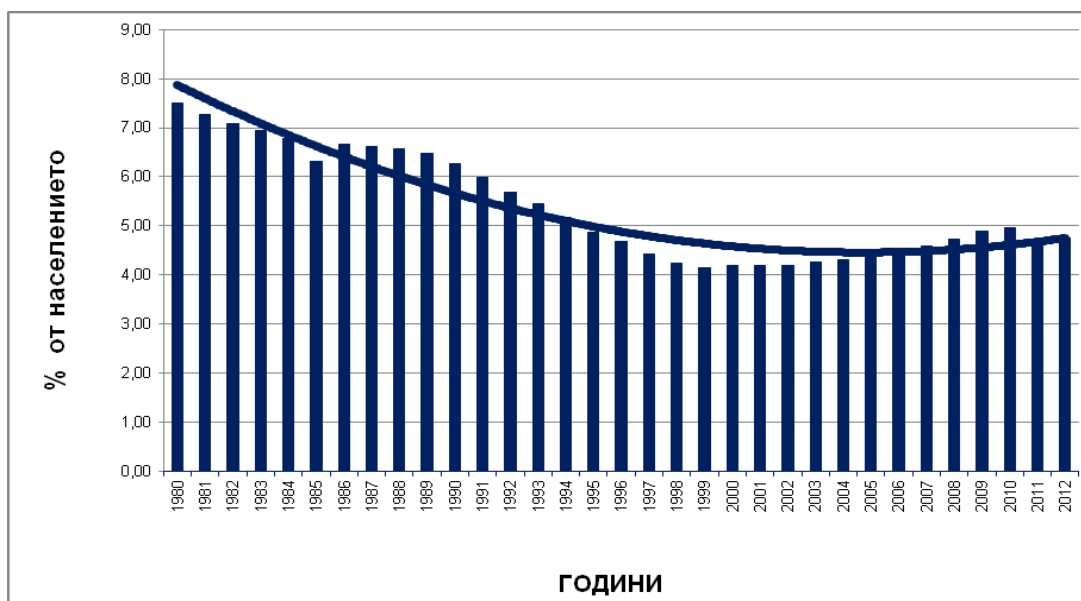
Тенденциите във възрастовата структура на населението в Р.България говорят за застаряване. Делът на населението през 2012 г. до 19 години се увеличава 3,04% спрямо 1990 г., като през 2002 г. достига до 7,31% (при 0,89% за периода 1980-1989 г.). Относителният дял на лицата над 65 г. нараства за анализирания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

### Фигура III.3.

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



ИЗТОЧНИК: НСИ

Деца 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 (регистрирания спад) са израз на стабилността на трайната тенденция.

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, правец 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.

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.).

### **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.

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	<i>-7 315</i>	4 967 562
2010	94 834	104 250	<i>-9 416</i>	4 958 146
2011	89 324	105 822	<i>-16 498</i>	4 941 648
2012	83 291	107 325	<i>-24 034</i>	4 917 614
2013	77 259	111 227	<i>-33 968</i>	4 883 646

Забележка: Данните с курсив са изчислени.

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?”.

## 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 централизиранни форми на контрол, а системите с държавна собственост и с централизирано управление на здравеопазването, 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 централизиранни (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 явлението може да се оцени обективно само чрез целеви икономически анализи, допълнени с резултатите от дейността на здравните заведения.

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

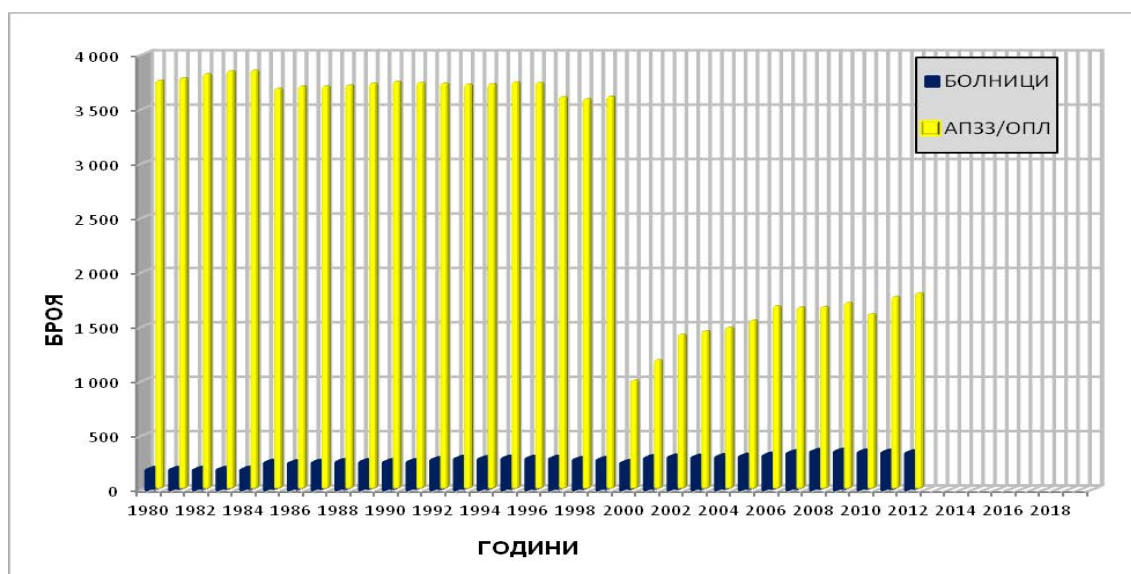
В сравнение с 1980 г. броят на болниците са се увеличили с 155 броя. От своя страна броят на леглата намалява с 53,41, като драстично намалява средният брой легла в болницата: от 533,38 през 1980 г. на 134,88 през 2012 г.. Общият дял на населението през 2012 г. намалява в сравнение с 1980 г. на 82,06%, 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.

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

**Фигура IV.1.**

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



ИЗТОЧНИК: НСИ, НЦЗИ

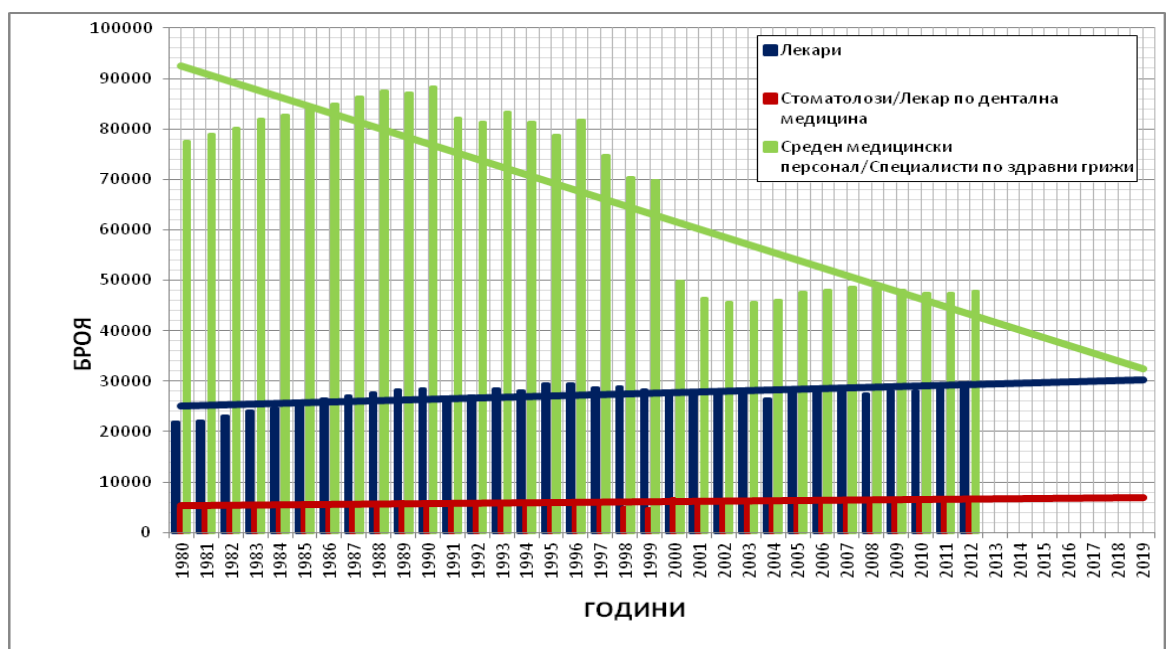
Тези два сектора ясно показват съотношението между амбулаторно-поликлиничните/ОПЛ и болничните здравни заведения. В годините 1980-1999 г. голяма част от лечението се представя чрез тези заведения - от 20,42 през 1980 г. до 13,08 през 1999 г.. Докато през втория период 2000 г. – 2012 г. съотношението 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.



ИЗТОЧНИК: НСИ, НЦЗИ

$$Y_{\text{Л}} = 132,78x + 24898$$

$$R_{\text{Л}}^2 = 0,4318$$

$$Y_{\text{Ст/Л-дент.мед.}} = 40,792x + 5205,9$$

$$R_{\text{Ст/Л дент.мед.}}^2 = 0,4511$$

$$Y_{\text{СМП/СпЗгр.}} = -1543,1x + 94132$$

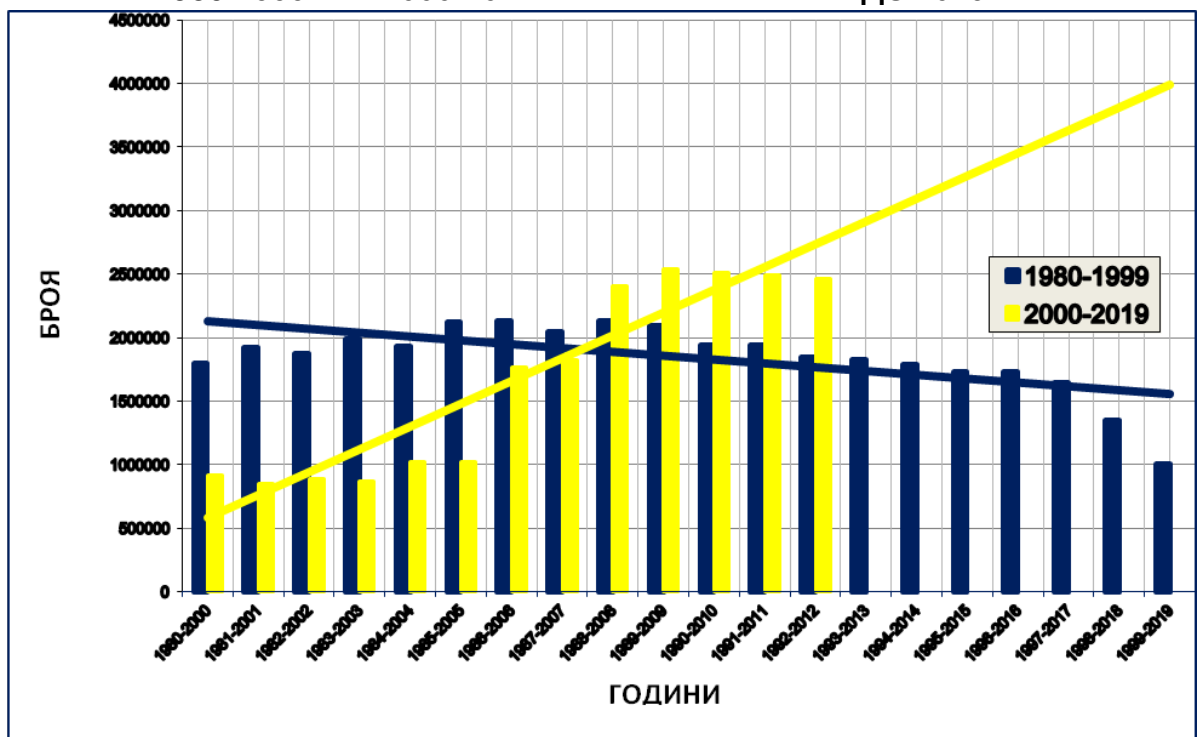
$$R_{\text{СМП/СпЗгр.}}^2 = 0,7522$$

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/специалисти по здравни грижи, 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.**



ИЗТОЧНИК: НСИ, НЦЗИ

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

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

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

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

Таблица IV.1.

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

ИЗТОЧНИК: Собствени изчисления.

Ресурсите на здравната система:

- Влошена е кадровата осигуреност - недостатъчна квалификация и демотивация на работещите в системата.

- Влошава се възрастовата структура на медицинските специалисти. Увеличаване броят на медицинските специалисти, желаещи да търсят професионална реализация извън страната.
- Неправомерно е разпределението на националната здравна мрежа.

**Таблица IV.2 .**

**РАЗМЕРИ НА СРЕДНИЯТ МЕДИЦИНСКИ ПЕРСОНАЛ/СПЕЦИАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА ПЕРИОДА 1980-2012 г.г.**

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

ИЗТОЧНИК: НСИ, НЦЗИ

- 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.

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 новообразования;
- Висок относителен дял на умираанията от болести на дихателната система;
- Висок дял на умираанията от храносмилателната система;

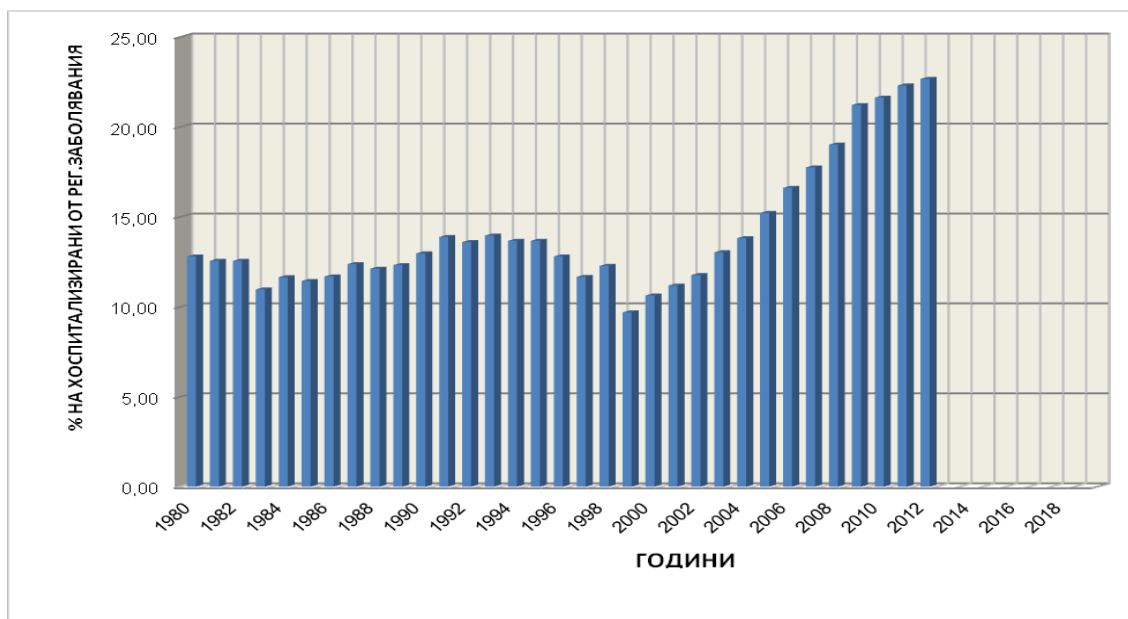
- Висок относителен дял в структурата на разходите за болнично лечение и рехабилитация, защото се изисква високо квалифицирана и специализирана медицинска помощ, високо ниво на техническо оборудване, комплексно лечение, с използване на скъпоструващи медикаменти;
- Значителни социални, медицински, икономически 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 умиранията 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 затова могат да се търсят във влошаване на социално-икономическите условия, ограничения достъп до здравни услуги, по-ниското образование и здравна култура.

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).

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.3. 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.

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.5. 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.

Таблица IV.3.

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

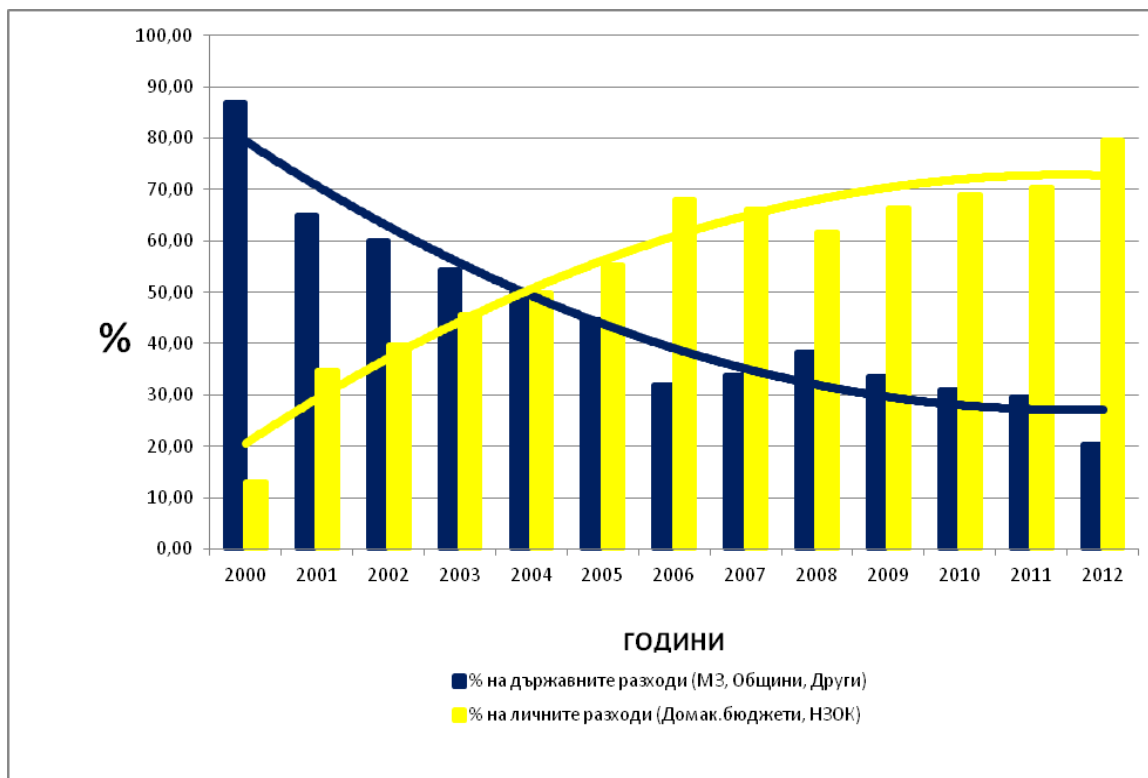
ГОДИНИ	ОБЩИ РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕ, КАТО % ОТ БВП	ПУБЛИЧНИ РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕ, КАТО % ОТ БВП	РАЗХОДИ НА ЧАСТНИЯ СЕКТОР ЗА ЗДРАВЕ, КАТО % ОТ БВП	РАЗХОДИ НА ДОМАКИНСТВА ТА ЗА ЗДРАВЕ, КАТО % ОТ ОБЩИТЕ ЗДРАВНИ РАЗХОДИ
2002	7,58	4,66	2,94	38,16
2003	7,58	4,72	2,88	36,98
2004	7,32	4,44	2,88	38,22
2005	7,32	4,46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

ИЗТОЧНИК: СЗО-НФА

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 дялът 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.5.

### РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА ДЪРЖАВНИ И ЛИЧНИ ПЛАЩАНИЯ



ИЗТОЧНИК: Собствени проучвания

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

$$R^2_{\text{държ.р-ди}} = 0,9335$$

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

$$R^2_{\text{лични р-ди}} = 0,9335$$

#### 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.

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.

Възможните мерки за въздействие са:

- Първична доболнична медицинска помощ:
  - 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 центровете 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.

- 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 пораждат 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.

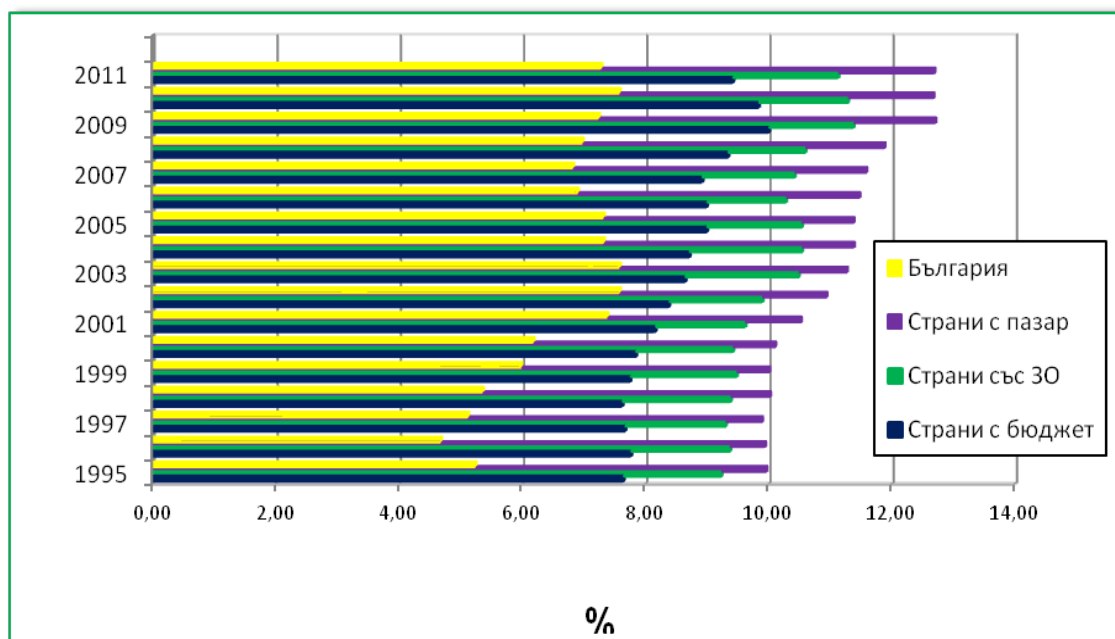
Страните с бюджетно финансиране се променят плавно, но непрекъснато нагоре. БВП при страните със здравно осигуряване има същата зависимост, но с по-високи стойности. Населението в страните с бюджетно финансиране бележи непрекъснат ръст нагоре, като средно през 2012 г. той е 29 689 722 души, докато през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

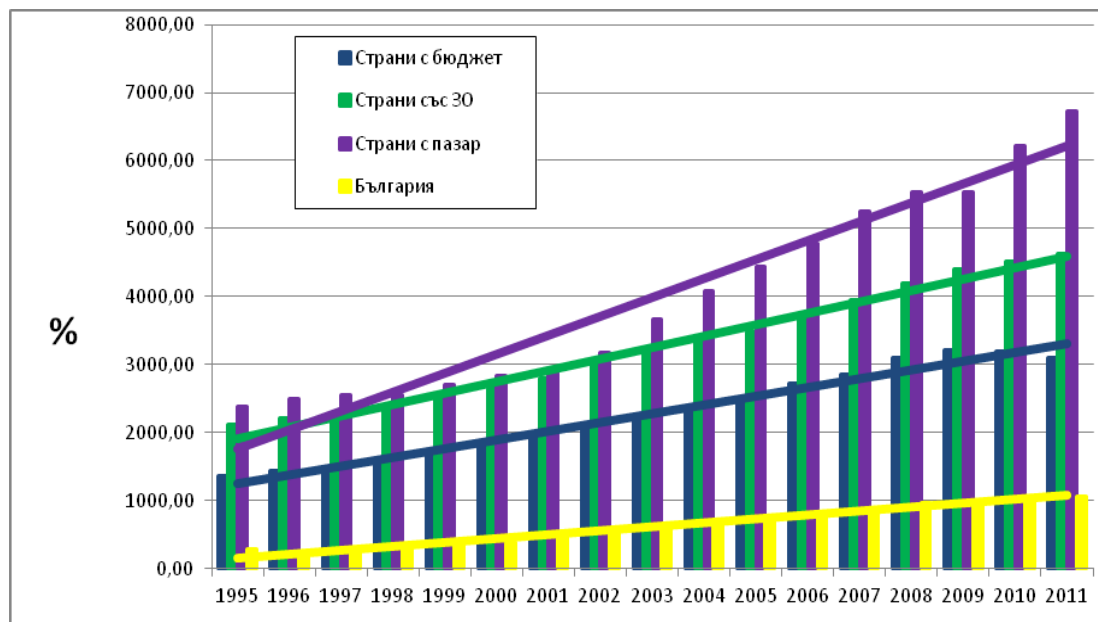
**Фигура V.1.**

**ОБЩИТЕ РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ, КАТО % ОТ БВП**



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:

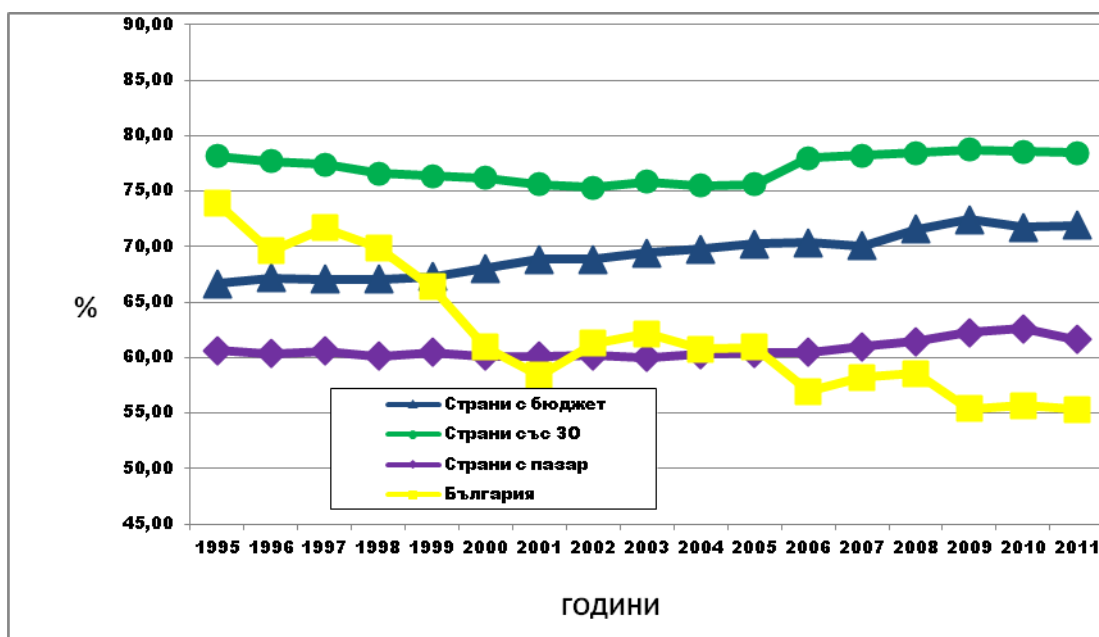
$Y_B = 129,5x + 1114$	$R_B = 0,9775$
$Y_{30} = 167,94x + 1744,1$	$R_{30} = 0,9849$
$Y_{\Pi} = 278,43x + 1490,1$	$R_{\Pi} = 0,9448$
$Y_{B-я} = 57,298x + 105,58$	$R_{B-я} = 0,9746$

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 „Общо разходи за здравеопазване, на глава от населението”, „Разходи за здравеопазване в обществения 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 30, 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 часните 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 здравно осигурително финансиране.

## ГЛАВА ШЕСТА

### ОЧАКВАНИЯ И РЕАЛНИ РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕЖДАНАТА У НАС ЗДРАВНА РЕФОРМА И НАЛАГАЩИТЕ СЕ ИЗВОДИ

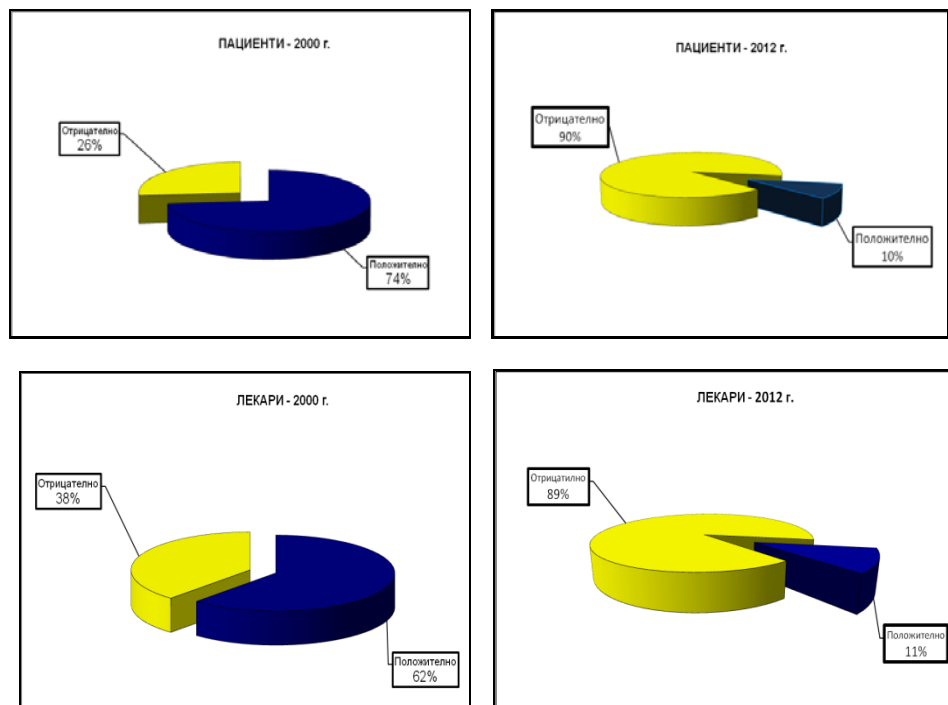
Българското здравеопазване е в процес на непрекъсната реформа. Един от водещите елементи на промяна се явява пазарната конкуренция, внедрявана в системата на здравеопазване. Очакванията са, че с реформата ще се постигнат редица положителни ефекти за цялото общество. Този период позволява да се оценят 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.)

#### 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 анкетиранияте 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	Анкетирани	2000 година		2002 година		2004 година		2012 година	
		%	$\pm\Delta$	%	$\pm\Delta$	%	$\pm\Delta$	%	$\pm\Delta$
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						

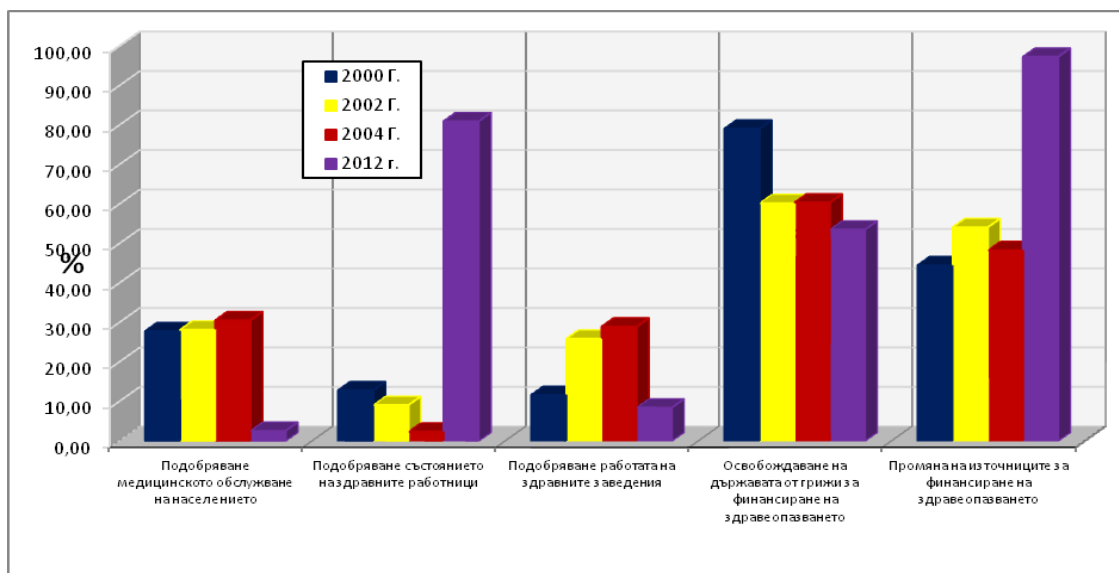
Развитието на всеки процес се съпровожда с натрупване на информация, със създаване на все по-голяма яснота за него. Доброто познаване на системата е условие за по-ефективното ѝ управление. Реформата в здравната система е съпроводена от обемиста и сложна по материя нормативна база. Това затруднява нейното възприемане.

Смущаващото 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



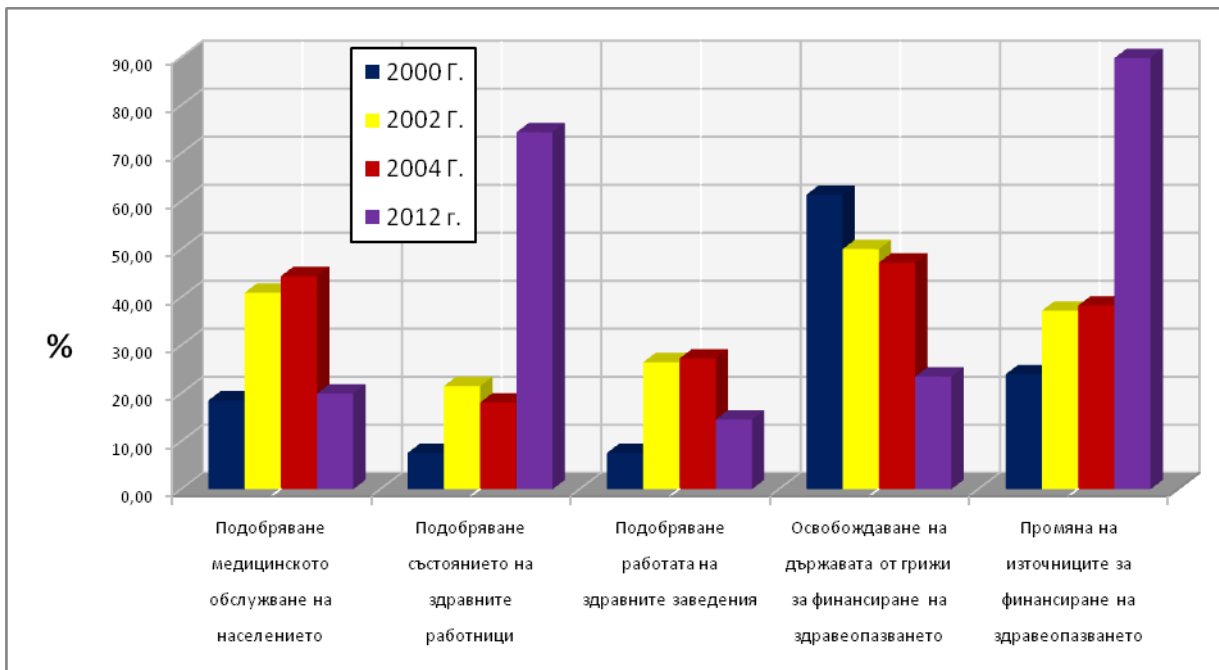
Аналогичен е отговорът “Смяна източниците за финансиране на здравеопазването”. Следователно в явна или в скрита форма, почти няма лекар или пациент, който в началото на реформата да не я възприема като начин за освобождаване на държавата от грижите за здравеопазването.

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 подобрението 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%.

## 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 здравето 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 населението са предимно икономически. Страната напускат предимно трудово активни граждани. Числеността на емигриралите 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 здравеопазната 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 необходимостта 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 здравеопазната 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 ситемата 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 /провеждани през 2000 г., 2002 г., 2004 г. и 2012 г./ относно промените в здравната система у нас.

## СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Чешмеджиева Анг.**, С.Бачев, Демография на здравната реформа, Доклади, I-ва Международна юбилейна конференция „Здравеопазването – предизвикателства на промяната”, Варна, 16-18 октомври 2003, с.23-28.
2. Златанова Т., **Анг. Чешмеджиева**, Я.Проданова, С.Бачев, Р.Златанова, Единство във вижданията на пациенти и лекари за здравната реформа в България, Доклади, I-ва Международна юбилейна конференция „Здравеопазването – предизвикателства на промяната”, Варна, 16-18 октомври 2003, с.71-75.
3. Проданова Я., **Анг. Чешмеджиева**, С.Бачев, Т.Златанова, Информационно осигуряване на здравната реформа, Доклади, I-ва Международна юбилейна конференция „Здравеопазването – предизвикателства на промяната”, Варна, 16-18 октомври 2003, с.59-62.
4. **Чешмеджиева Анг.**, Динамика на населението през последните 24 години, сп. „Здравен мениджмънт”, т.6, №6, 2006, с.22-29.
5. **Чешмеджиева Анг.**, 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.
6. Doroteya T. Shtereva, A. Gladilova, E. Naseva, **Ang. Cheshmedjjeva**, Economical analysis of the expenses of state and municipality hospitals in Bulgaria, Journal of International Scientific Publications: Economy&Business, Volume 6. [www.science-edu.eu](http://www.science-edu.eu) [www.scientific-publications.net](http://www.scientific-publications.net) № BG2012-ISP-EB-6-2555.
7. **Чешмеджиева Анг.**, Р.Янева, Т.Златанова, Связь между состоянием здоровья населения и экономическим ростом, Научный журнал „Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири”, Тематический олимпийский выпуск номера научного журнала, Москва-Черногорск, №1, 2014, с.40-44.