

## РЕЗЮМЕТА НА НАУЧНИТЕ ПУБЛИКАЦИИТЕ

на доц. Антония Славчева Димова-Йорданова, д.м.

за участие в конкурс за заемане на академичната длъжност „професор“  
в област на висшето образование 3. Социални, стопански и правни науки,  
професионално направление 3.7. Администрация и управление, по научна специалност  
„Организация и управление извън сферата на материалното производство (в  
здравеопазването)“  
(по обява публикувана в Държавен вестник бр. 36 от 27.04.2018 г.)

### МОНОГРАФИИ, КНИГИ

**Dimova, A., M. Rohova, M. Popov, B. Rechel. *Health Reform in Bulgaria*, pp. 49-64. In: Bartlett, W., J. Bozиков, B. Rechel (Eds.). *Health Reforms in South-East Europe*. Palgrave Macmillan, London, 2012, 244 p. ISBN 978-0-230-30003-3.**

The poor and deteriorating health status of Bulgaria's population at the beginning of the 1990s, together with the democratic changes in the country, resulted in the recognition of the need for fundamental changes to the health system. The Bulgarian health system suffered from a number of structural weaknesses, including an orientation towards supply rather than demand, an inefficient utilisation of human, material and technical resources, health inequalities and poor quality of medical care and even before the democratic changes in 1989 it became apparent that the health system was unable to meet the needs of the population.

After 1989, the health system became incompatible with the new political and economic environment. Thus, the reform of the Bulgarian health system at the beginning of the 1990s had two main objectives (Popov ed., 1997, 1998). The first was to improve population health. The second was to establish a health system that would correspond to the population's health needs and be based on democratic principles (including the decentralisation and deconcentration of management, a greater influence of professionals, civil participation to ensure accountability and responsiveness to patient's needs, and protection of patients' rights), as well as the introduction of market principles (reducing state regulation of the health system, increasing the autonomy of health care providers, and introducing a split between purchasers and providers of health services).

This chapter explores the recent health reform in Bulgaria and the reasons it has failed to achieve its main objectives. It builds on analysis carried out in 2005-2007 under a project financed by the Open Society Institute – Sofia, which investigated the changes in the Bulgarian health system in 1989-2005 through an in-depth study of documents and publications, an analysis of health indicators, and a nationally representative sociological survey carried out in 2006 (Dimova et al., 2007). For the purpose of this chapter, this analysis was complemented through an exploration of changes in health system and policies after 2005.

Our findings suggest that the outcomes of the reform so far do not match exactly initial expectations in terms of health improvements or health system characteristics. Several errors were made in the course of the health reform. The first was that the reform began without a comprehensive plan or perspective. Second, implementation of the reform was carried out slowly and hesitantly. A third shortcoming of the reform was that communication with the citizens and health professionals was neglected in terms of objectives, content and process of the reform. Fourth, the reform legislation did not regulate clearly enough the new legal basis of the health system and responsibilities in health care. Finally, the control functions in the regulation of the health system were underdeveloped.

These conclusions suggest that further reform of the Bulgarian health system is necessary. Two of the most urgent challenges are to improve population health and decrease health inequalities. This will require changes to the organizational and financial set-up of the health system. A reform of health financing is particularly important. If health financing relations, mechanisms and instruments are preserved in their current form, the health system will absorb financial resources ad infinitum. There is no doubt that more resources need to be channelled to the health system, but in order to achieve the desired effect they have to find place in a correspondingly changed health financing environment.

For successful and efficient health reform, the creation of favourable conditions, i.e. a “reform environment”, is of crucial importance. This would require harmonised efforts of all stakeholders in the health system, including health care administrations at all levels, health care providers and medical professionals, the scientific community, the private sector, trade unions, civil organisations and the media. Such efforts would be more effective, if directed towards the development and implementation of a stable and sustainable evidence-based health policy, rather than resulting from ad hoc, fragmentary and politically motivated measures. The formation of such a policy would require a continuous and constructive dialogue between all stakeholders, in order to establish a solid foundation for the further reform of the health system.

**Dimova A. (2012) Bulgaria. In: Legido-Quigley, H., D.Panteli, J.Car, M.McKee, R.Busse (eds.), Clinical Guidelines for Chronic Conditions in the European Union, commissioned by the European Commission’s Directorate–General for Health & Consumers to the European Observatory on Health Systems and Policies, 2012, p.p.88-89**

The process of registration, monitoring and treatment of chronic diseases in Bulgaria is subject to regulation by the Ministry of Health (Bulgarian Ministry of Health, 2008). The overall system for managing chronic conditions in Bulgaria is not integrated. clinical guidelines on chronic diseases refer to separate episodes of illness and do not embrace the overall process of managing the condition. One form of clinical guidelines employed in Bulgaria is the clinical pathways used by the NHIF as an instrument for hospital care financing. For specific conditions the Ministry of Health issues methodological guidance, for example on the referral, diagnosis, monitoring, and treatment of patients with latent tuberculosis and on antiretroviral treatment and monitoring of adults with HIV infection. In terms of population health improvement or the effectiveness of recommendations, there is no evidence that evaluation of the clinical guidelines is performed. One of the reasons for this is that these instruments are used as a method of financing, rather than as a method for quality improvement.

**Dimova, A., M. Popova (2015). Bulgaria. In: Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experience; ed. Anna Maresso et al. Open University Press, Mc Graw Hill Education**

Throughout the crisis, health spending as a share of government spending has been relatively stable, although below the European average. Some policy responses to the economic crisis referred (1) changes to public funding for the health system, such as reduction of the MoH budget, increase of the social-health-insurance contribution rate and transfers from the NHIF budget to the MoH; (2) changes to coverage, such as shifting benefits covered by the MoH to the NHIF, fixing of the user charges and reduction of the user charges for pensioners; (3) changes to health service planning, purchasing and delivery, such as introduction of capped and delegated budgets for hospitals.

**Dimova, A (2016), Bulgaria. In: Sagan A., S. Thomson ed., Voluntary health insurance in Europe. Country experience. WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies**

VHI was established through the 1998 Health Insurance Act that introduced the current system of publicly financed health coverage through the NHIF. VHI plans offered the following benefits packages covering: prevention; outpatient care; inpatient care; dental care; supplementary services related to the provision of medical care (such as a private room, choice of physician, transportation); reimbursement of costs; and other plans, which combined two or more benefits packages. People usually buy VHI to obtain faster access to health care and better quality of services. The main factors hampering the development of the VHI market are the broad range of services covered by the NHIF and the low income of most households. Most VHI policies (98%) are bought by businesses on a group basis. All VHI plans are sold by commercial joint-stock companies. Before 2013, these companies sold VHI only (that is, they specialized in health), but a change in the law allowed all insurers to offer VHI and all former specialist health insurers had to be relicensed. Insurers selectively contract with private and public health care providers. Policymakers would like to strengthen the role of VHI in health financing but there is no clear vision of how to do this.

**Димова, А., М. Рохова, Е. Мутафова, Е. Атанасова, Ст. Коева, Д. Пантели, Е. ван Гинекен. Здравни системи в преход. България. Анализ на здравната система: 2012. Медицински университет – Варна, 2013, 200 с. ISBN 978-954-9685-93-0.**

През последните 20 години демографското развитие се характеризира с намаляване на населението, ниска раждаемост, ниска обща плодовитост, висока смъртност и застаряващо население. Стабилизираната политическа ситуация от началото на първото десетилетие на XXI век и икономическият подем от средата на същото десетилетие са важни фактори за лекото нарастване на равнището на раждаемост и плодовитост и слабо намаляване на смъртността. Като цяло, България е с по-лоши от по-голяма част от средните за Европейския съюз показатели за смъртност и заболяемост. Средната продължителност на предстоящия живот достига 73,3 години през 2008 г., като трите основни причини за смърт в България са болестите на органите на кръвообращението, злокачествените новообразувания и болестите на дихателната система.

Българската здравна система се характеризира с ограничен етатизъм. Министерството на здравеопазването отговаря за националната здравна политика и цялостната организация и функциониране на здравната система, както и координира всички министерства във връзка с опазването на общественото здравеопазване. Ключовите участници в осигурителната система са осигурените лица, доставчиците на здравни услуги и финансиращите организации, включващи Националната здравноосигурителна каса, единственият платец в системата на задължителното здравно осигуряване и дружествата за доброволно здравно осигуряване. Здравното финансиране съчетава публичното и частно начало. Здравеопазването се финансира от задължителни здравноосигурителни вноски, данъци, директните плащания, доброволни здравноосигурителни премии, плащания на работодателите, дарения и външни финансираня. Общите здравни плащания като дял от БВП се увеличават от 5.3% през 1995 г. на 7.3% през 2008 г.

Здравната система е икономически нестабилна и здравните заведения, особено болниците, страдат от недофинансиране. Планирането на извънболничната помощ се извършва на териториален принцип. Инвестиционните разходи са съобразно държавното или общинското участие в капитала на лечебните заведения. През 2009 г. медицинският персонал представлява 4,9% от общата работна сила. В сравнение с други страни, относителният дял на лекарите и лекарите по дентална медицина е особено висок, но относителният дял на медицинските сестри остава далеч под средния за ЕС-15, ЕС-12 и

ЕС-27. България е изправена пред нарастваща професионална мобилност, която се превръща в особено предизвикателство. Има свръхпредлагане на легла за активно лечение и недостиг на легла за продължително лечение и рехабилитация. Здравната реформа след 1989 г. се фокусира предимно върху доболничната помощ, а преструктурирането на болничната помощ продължава да стои на дневен ред пред правителството. Гражданите, както и медицинските професионалисти са недоволни от системата на здравеопазване и равнопоставеността е поставена под въпрос не само поради различията в здравните потребности, но и поради социо-икономическите неравенства и териториалните дисбаланси. Необходимостта от нови реформи е наложителна, особено като се има предвид неблагоприятния здравен статус на населението.

## НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ В ПЕРИОДИЧНИ ИЗДАНИЯ

**Dimova A, et al. An innovative approach to participatory health policy development in Bulgaria: The conception and first achievements of the Partnership for Health. Health Policy (2017), <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.11.002> (2016 JCR IF:2.119)**

The Bulgarian Partnership for Health was established in 2015 as a new forum for health policy formulation and discussion. The Partnership presents a new approach of structured and sustained stakeholder involvement to overcome the lack of public participation in health policy development and implementation. Constituted as a permanent consultative body to the Council of Ministers, the Partnership engages a wide variety of stakeholders and professionals to shape and improve health policies. The shared governance of the Partnership between the Minister of Health and a patient organisation supports the elaboration of legislative acts based on the stakeholders' collaboration in priority areas. The governance and organisational structure of the Partnership assures capacity building, fast mobilisation of experts, continuity of stakeholder involvement, and increased responsibility in health policy development and implementation. This type of participatory approach may help reconcile initially opposing positions and foster reforms often impeded by political antagonism. Persisting challenges are a rather slow process of policy development and different perceptions of key concepts among the stakeholders. As policy-making in many countries in Eastern Europe suffers from political distrust, the Partnership's approach of involving experts - and not only politicians - could provide inspiration also to other countries, which have struggled with inconsistency of health policies pursued by different governments.

**Struckmann, V, Barbabella, F, Dimova, A and van Ginneken, E (2017). Integrated Diabetes Care Delivered by Patients – A Case Study from Bulgaria. International Journal of Integrated Care, 17(1): 6, pp. 1–6, DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.2475> (2016 JCR IF: 2.230)**

*Introduction:* Increasing numbers of persons are living with multiple chronic diseases and unmet medical needs in Bulgaria. The Bulgarian 'Diabetic care' non-profit (DCNPO) programme aims to provide comprehensive integrated care focusing on people with diabetes and their co-morbidities.

*Methods:* The DCNPO programme was selected as one of eight 'high potential' programmes in the Innovating Care for People with Multiple Chronic Conditions (ICARE4EU) project, covering 31 European countries. Data was first gathered with a questionnaire after which semi-structured interviews with project staff and participants were conducted during a site visit.

*Results:* The programme trains diabetic patients to act as carers, case managers, self-management trainers and health system navigators for diabetic patients and their family. The programme improved care coordination and patient-centered care by offering free care delivered by a multidisciplinary team. It facilitates the collaboration between patients,

volunteers, health providers and the community. Internal evaluations demonstrate reduced hospital admissions and avoidable amputations, with consequent cost savings for the health care system.

*Conclusion:* Integrated care provided by volunteering patients can empower people suffering from diabetes and their co-morbidities and address health and social inequalities in resource-poor settings. It can also contribute to an increased trust and improved satisfaction among vulnerable patients with complex care needs.

**Rohova M, E Atanasova, A Dimova, Unmet Needs for Health Care Services in Bulgaria, J of IMAB 22 (3), 2016, pp 1324-1327 (2016 SJIF: 7.035)**

*Background:* In all European countries, an important policy objective is the equity of access to health care. The factors that affect access to health care can differ as the demand- and supply-side factors. Moreover, there are many tools to assess the extent of inequity in access to services. One simple tool is the assessing reports of unmet needs for health care.

*Purpose:* The study has two objectives: to examine the evidence of self-reported unmet needs and to analyse the relationship between foregone medical care and both type of residence and socioeconomic status.

*Materials and Methods:* We use data from the European Union Statistics on Income and Living Conditions. The access to health care is measured using the concept of unmet need for medical examination or treatment during the last 12 months. The relationship between foregone medical care and both type of residence and socioeconomic status is examined through the representative survey conducted in 2014.

*Results:* The Eurostat results show that treatment costs are the most common reason for foregone medical care in Bulgaria. We observe a gradual decrease in the share of people who reported having unmet needs due to being too expensive. According to the 2014 survey, significant differences between urban and rural areas as well as among the income groups are identified. The results show the problems in access to health care services mainly in small towns and villages.

*Conclusion:* Although major essential changes were made in the Bulgarian health care system, the equity problems remain an important challenge to policy-makers.

**Rohova M., A. Dimova, E. Mutafova, E. Atanasova, St. Koeva, E. van Ginneken (2013). Balancing Regulation and Free Markets: the Bulgarian Pharmaceutical Sector. Eurohealth, Vol. 19 ( 1), p.p.33-36 (2013 SJIF: 4.051)**

The restructuring of the pharmaceutical sector has been a pivotal part of the reform of the Bulgarian health system since 1990. Today, Bulgaria has one of the highest shares of pharmaceutical spending as a proportion of total health costs in Europe.

The article discusses reforms in the pharmaceutical market as well as in pricing and reimbursement. Although important progress was made in establishing this framework and in access to pharmaceuticals, important challenges remain with regard to containing cost and ensuring access. These include effective price regulation; development of health technology assessment capacity; monitoring overuse of medication; and finding the right balance between government intervention and free market regulation.

**Rohova M., E. Atanasova, A. Dimova, L. Koeva, S. Koeva (2017). Health System Performance Assessment - an Essential Tool for Health System Improvement. J of IMAB. 2017 Oct-Dec;23(4) <https://doi.org/10.5272/jimab.2017234.1778> (2017 SJIF: 7.61)**

Health system performance assessment is a widely recognised tool, which supports the decision-making process in the health system and monitors the progress in achieving its goals. In the last 20 years, many international organisations such as Organisation for Economic

Cooperation and Development, World Health Organisation European Region and European Observatory on Health Systems and Policy have undertaken several initiatives for health system performance assessment. At EU level, it is seen as an essential tool to achieve effectiveness, accessibility and resilience of health systems. Different conceptual frameworks for health system performance assessment have been proposed at international and national level. Although there is no uniform dimensions and indicators, all these frameworks have a common starting point – the conceptualisation of the health system, defined in a broader or narrower way. In Bulgaria, over the past decades, comprehensive health system studies have been mainly devoted to the ongoing health reforms and their outcomes. There are numerous studies on specific aspects of the health system, such as effectiveness and access to health services, as well as studies related to the assessment of the health status of the nation. Despite the wide variety of healthcare publications in Bulgaria, there is no a uniform methodology for periodic assessment of the health system. The aim of this study is to review the current state of research on health system performance assessment at international and national level.

**Dimova A, Rohova M, Moutafova E, Atanasova E, Koeva S, Panteli D, van Ginneken E. Bulgaria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012, 14(3):1–186.**

In the last 20 years, demographic development in Bulgaria has been characterized by population decline, a low crude birth rate, a low fertility rate, a high mortality rate and an ageing population. A stabilizing political situation since the early 2000s and an economic upsurge since the mid-2000s were important factors in the slight increase of the birth and fertility rates and the slight decrease in standardized death rates. In general, Bulgaria lags behind European Union averages in most mortality and morbidity indicators. Life expectancy at birth reached 73.3 years in 2008 with the main three causes of death being diseases of the circulatory system, malignant neoplasms and diseases of the respiratory system.

The Bulgarian health system is characterized by limited statism. The Ministry of Health is responsible for national health policy and the overall organization and functioning of the health system and coordinates with all ministries with relevance to public health. The key players in the insurance system are the insured individuals, the health care providers and the third-party payers, comprising the National Health Insurance Fund, the single payer in the social health insurance system, and voluntary health insurance companies. Health financing consists of a public–private mix. Health care is financed from compulsory health insurance contributions, taxes, out-of-pocket payments, voluntary health insurance premiums, corporate payments, donations, and external funding. Total health expenditure as a share of gross domestic product increased from 5.3% in 1995 to 7.3% in 2008.

The health system is economically unstable and health care establishments, most notably hospitals, are suffering from underfunding. Planning of outpatient health care is based on a territorial principle. Investment for state and municipal health establishments is financed from the state or municipal share in the establishment's capital. In the first quarter of 2009, health workers accounted for 4.9% of the total workforce. Compared to other countries, the relative number of physicians and dentists is particularly high but the relative number of nurses remains well below the EU15, EU12 and EU27 averages. Bulgaria is faced with increased professional mobility, which is becoming particularly challenging. There is an oversupply of acute care beds and an undersupply of long-term care and rehabilitation services. Health care reforms after 1989 focused predominantly on ambulatory care and the restructuring of the hospital sector is still pending on the government agenda. Citizens as well as medical professionals are dissatisfied with the health care system and equity is a challenge not only because of differences in health needs, but also because of socioeconomic disparities and territorial imbalances. The need for further reform is pronounced, particularly in view of the low health status of the population.

**Dimova, A., M. Rohova, E. Atanasova, P. Kawalec, Katarzyna Czok. Drug Policy in Bulgaria, Value in Health Regional Issues, Volume 13, September 2017, Pages 50–54, <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2017.08.001>**

Bulgaria has a mixed public-private healthcare financing system. Health care is financed mainly from compulsory health insurance contributions and out-of-pocket payments. Out-of-pocket payments constitute a large share of the total healthcare expenditure (44.14% in 2014). The share of drugs expenditure for outpatient treatment was 42.3% of the total healthcare expenditure in 2014, covered mainly by private payments (78.6% of the total pharmaceutical expenditure). The drug policy is run by the Ministry of Health (MoH), the National Council on Prices and Reimbursement of Medicinal Products, and the Health Technology Assessment Commission. The MoH defines diseases for which the National Health Insurance Fund (NHIF) pays for medicines. The National Council on Prices and Reimbursement of Medicinal Products maintains a positive drug list (PDL) and sets drug prices. Health technology assessment was introduced in 2015 for medicinal products belonging to a new international nonproprietary name group. The PDL defines prescription medicines that are paid for by the NHIF, the MoH, and the healthcare establishments; exact patient co-payments and reimbursement levels; as well as the ceiling prices for drugs not covered by the NHIF, including over-the-counter medicines. The reimbursement level can be 100%, 75%, or up to 50%. The PDL is revised monthly in all cases except for price increase. Physicians are not assigned with pharmaceutical budgets, there is a brand prescribing practice, and the substitution of prescribed medicines by pharmacists is prohibited. Policies toward cost containment and effectiveness increase include introduction of a reference pricing system, obligation to the NHIF to conduct mandatory centralized bargaining of discounts for medicinal products included in the PDL, public tendering for medicines for hospital treatment, reduction of mark-up margins of wholesalers and retailers, patient co-payment, and the introduction of health technology assessment. Although most of the policies have been introduced since 2011, there is still weak evidence for improvement regarding cost containment and effectiveness.

**Nicolaidis C., A. Dimova (2015). Assessment of Patient Safety Climate in Accident and Emergency Departments in Cyprus. Scripta Scientifica Salutis Publicae, vol. 1, №2, 2015, ISSN: 2367-7333, pp.21-27**

*Introduction:* The aim of the study is to evaluate safety climate in the accident and emergency (A&E) departments in Cyprus. This would help for an assessment of the general patient safety environment and could be used as a starting point for the establishment of a quality management system, which ensures patient safety.

*Material and methods:* A sociological survey using Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) was conducted with 284 employees (68%) working at the A&E departments in five public hospitals in Cyprus in 2013 and 2014. SAQ consists of 30 statements, examining safety climate in six domains: teamwork, safety, job satisfaction, working conditions, stress and perceptions of management, which respondents have to agree or disagree with.

*Results:* Safety climate in the A&EDs in Cyprus is questionable since none of the safety climate dimensions received a positive assessment. Job satisfaction is highly rated, while stress recognition received the lowest assessment. Although the majority of the respondents declared that they would feel safe being treated at their hospital as patients, a few of the surveyed think that medical errors are handled appropriately. This study found a strong reverse correlation between work intensity and personnel's general perceptions of safety climate. In those departments, which admit more patients per staff member annually, personnel's perceptions of safety climate are more negative.

*Conclusion:* The lack of adequate managerial support and commitment to safety issues can be considered as key determinants of the weak safety culture in the A&EDs in public hospitals in Cyprus.

**Dimova A., M. Valkanova (2018). Organizational, market and juridical consequences of the 2013 reform in voluntary health insurance in Bulgaria, Scripta Scientifica Salutis Publicae, Vol. 4(2018) In press**

*Introduction:* VHI in Bulgaria was reformed in 2012-2013 following the need to harmonize Bulgarian VHI legislation with the EU requirements. All VHICs had to be relicensed under the terms of the Insurance Code and had to obtain license for sickness insurance or for sickness and accident insurance.

*Methodology:* The aim of the study is to analyse some major consequences to the organization of the VHI and market development using scientific literature and other official sources, legislative acts, and data bases, performing comparative and structural market and juridical analyses.

*Results:* The reform introduced two important changes. First, the statute of the VHICs has changed from such intended solely for VHI to companies, which can offer other insurance products as well. Second, instead of providing predefined and licensed benefit packages under the regulation of the Health Insurance Act, insurance companies, offering VHI, establish their own insurance products based on a contract for medical insurance. The number of individuals holding a VHI increased from less than 3 % of the population in 2010-2013 to 9.8 % in 2016. VHI expenditure grew by 28.8 % in value in 2015 compared with 2013.

*Conclusion:* The increased number of the insured individuals is most probably be due to achieved synergetic effect by the general and life insurance companies. It could be expected that their number will continue to rise. The diversity of the VHI services is strongly related to the legislative change due to the new legal requirements and the introduction of the contracts for medical insurance.

**Попов А., К. Калудов, М. Салиева, А. Димова (2018). Правото на избор на здравноосигурителен фонд: сравнителен преглед на държавите-членки на ЕС, сп. Здравна икономика и мениджмънт, Година 18, брой 2 (68), 2018, с.с.3-8**

*Въведение:* Монополният статут на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) в България се възприема като един от основните проблеми на здравната система в страната. Липсата на право на гражданите да избират фонд за социално здравно осигуряване (СЗО) се възприема като слабост на системата сама по себе си. Основавайки се на това разбиране, всички основни политически сили поставят като приоритет демонополизирването на НЗОК. Целта на настоящото изследване е да се проучи опитът на другите страни в ЕС в търсене на отговор на въпроса дали липсата на свободен избор на фонд за СЗО може да бъде проблем на здравната система сам по себе си.

*Материали и методи:* Извършен е сравнителен анализ на системите за СЗО в Европа. На базата на информация от Европейската обсерватория за здравни системи и политики европейските страни, в които съществува здравноосигурителна система, са класифицирани в две групи: 1. страни, в които гражданите нямат право на избор на фонд за СЗО, и 2. страни, в които такъв избор съществува. Двете групи страни са сравнени по отношение на брой население, здравни разходи и удовлетвореност на гражданите, като са използвани данни от Eurostat Database и Health Consumer Powerhouse index за 2017 г.

*Резултати:* Шестнадесет държави-членки на ЕС имат системи на здравно осигуряване. Гражданите нямат право на избор на фонд за СЗО в 11 от тях (група 1). Осем от страните в група 1 и 2 от страните в група 2 имат население по 10 милиона жители. През 2015 г., здравните разходи на глава от населението варират между 865 PPP€ (в Румъния) и 4 131



PPP€ (във Франция) в група 1 и между 1612 PPP€ (Словакия) и 4 113 PPP€ (Германия) в група 2. Публичните разходи за здравеопазване като дял от общите разходи също варират в широки граници и в двете групи страни. И в двете групи има страни с много високи оценки на здравните си системи (над 700 точки) за 2017 г., съгласно потребителската оценка по системата на European Health Consumer Index.

*Заключение:* Свободният избор на фонд за СЗО не може задължително да се свърже нито с величината и структурата на разходите за здравеопазване, нито с потребителската оценка на здравната система. Монополният статут на НЗОК не може да се възприема като непосредствен и единствен недостатък на здравната система, а за изследването на причините за неефективността и незадоволителното функциониране на здравната система в България следва да се прилага комплексен подход.

**Кючукова С, П. Пенъовска, А. Димова (2018). Болничната помощ в България – тенденции в разходите и дейността, сп. Здравна икономика и мениджмънт, Година 18, брой 1 (67), 2018, с.с.3-10**

*Въведение:* Екстензивното развитие на болничната помощ в България след въвеждането на здравното осигуряване се възприема като един от значимите проблеми на здравната система. Болничната помощ изразходва съществена част от финансовите ресурси на системата и в същото време, нарастването на хоспитализациите свидетелства за наличието на проблеми във функционирането както на болничната, така и на извънболничната помощ. Целта на изследването е да се анализира болничната помощ в България за периода 2000 – 2016 г. от гледна точка на ресурсите, отделяни за нея и развитието на дейността.

*Материали и методи:* Използвани са официални данни за разходи, осигуреност с лечебни заведения и легла в тях и брой хоспитализации. Разглеждат се както общите стойности на показателите, така и поотделно – за публичен и частен сектор. За интерпретация на данните са приложени структурен и трендов анализ.

*Резултати:* Общите разходи за здравеопазване нарастват 3.5 пъти за периода 2000 – 2015 г. от 3,057 милиона PPP\$ до 10,745 милиона PPP\$, а на глава от населението ръстът е 4 пъти (WHO, GHE-DB). По данни на НСИ, разходите за болнична помощ през 2015 г. са 2.5 пъти по-големи спрямо 2003 г., като за същия период ръстът на частните разходи за болнична помощ е повече от 4 пъти. За разлика от броя на публичните болници и леглата в тях, които намаляват съответно със 17.8% и 45.4% през 2015 г. спрямо 2000 г., броят на частните болници се увеличава 6 пъти, а броят на леглата в тях нараства 34 пъти. Само за 2016 г. са закрити 6 публични болници, а леглата са редуцирани с 2.3% спрямо 2015 г., докато частният сектор се увеличава с 3 болници и 799 легла (ръст от 7.7% спрямо 2015 г.). В същото време броят на хоспитализациите нараства 1.8 пъти през 2015 г. спрямо 2000 г., като само за частните болници този ръст е 74 пъти. През 2016 г. тази тенденция се запазва и делът на хоспитализациите, проведени в частните болници, от общия брой на хоспитализациите нараства от 26.3% през 2015 г. на 28.3% през 2016 г. Средните разходи за текуща издръжка на един преминал болен в болниците общо се увеличават с 54.3% през 2016 г. спрямо 2003 г. (НЦОЗА).

*Заключение:* Екстензивното развитие на болничната помощ в България за периода 2000 – 2016 г. се дължи основно на развитието на частния сектор както по отношение на броя на лечебните заведения и леглата в тях, така и по отношение на дейността, изразена чрез броя на хоспитализациите. Нарастването на разходите за болнична помощ се дължи основно на ръста в проведените хоспитализации и в по-малка степен на нарастването на средните разходи за един преминал болен.

**Николова А., Евг. Григоров, А. Димова, Ж. Колев, П. Салчев (2017), Анализ на процеса и осигуреността с експерти за работните комисии по оценка на здравните технологии в България. сп. Социална медицина 4/2017, с.с.30-33**

Процесът по ОЗТ в България стартира от началото на 2016 г., като той се отнася единствено за лекарствени продукти. Нормативно процесът е уреден с Наредба № 9 от 01.12.2015 г. за условията и реда за извършване на оценка на здравните технологии. Изследването прави цялостен анализ и оценка на осигуреността с експерти за дейността на работните комисии, които работят по подадени заявления за ОЗТ от ПРУ. Анализът показва, че организацията на процеса е добра, но съществуват проблеми с ресурсната му осигуреност. Необходимо е да се изгради система за обучение на експерти, както и да бъде изградена информационна система, обслужваща процеса.

**Рохова, М., Е. Атанасова, А. Димова (2017), Социоекономически здравни неравенства в използването на здравни услуги в България, Варненски медицински форум, т. 6, 2017, брой 1**

*Въведение:* Различни изследвания показват, че по-бедните хора от населението имат по-големи здравни потребности, докато използване то на здравни услуги е концентрирано сред по-богатите прослойки на обществото. Целта на настоящата статия е да се изследват социоеко-номическите здравни неравенства в използваемостта на различни видове здравни услуги в България.

*Материал и методи:* В изследването са използвани данни от проведено социологическо проучване чрез анкета. Проучването е проведено в периода март-юни 2014 г. сред 618 граждани на Североизточния район на планиране. Резултати: От стойностите на коефициента на поляризация се вижда, че по-висока е използваемостта на здравни услуги от хората с по-ниски доходи. Изключение правят само денталните услуги. Емпиричните стойности на t-критерия на Стюдент по видове лечебни заведения показват, че статистически значими различия между групите с най-ниски и най-високи доходи съществуват при ползването на общопрактикуващ лекар, лекар-специалист и при приема в болница.

*Дискусия:* Резултатите от нашето изследване показват, че статистически значими различия се наблюдават в използването на здравни услуги от респондентите с различни равнища на доход. Финансовата тежест на разходите за здравеопазване създава сериозни бариери в достъпа до здравни услуги, особено за по-бедните домакинства, неосигурените лица и другите уязвими групи.

*Заключение:* Въпреки задълбочаването на проблема с неравенствата в използването на здравни услуги, мерките от страна на здравните власти са все още твърде ограничени.

**Димова, А. (2016). Финансовите ресурси за здравеопазване: разход или инвестиция, Варненски медицински форум, т. 5, 2016, брой 2, с.236-242 (Dimova, A. Financial Resources for Healthcare: Cost or Investment?, Varna Medical Forum Vol. 5, 2016, Issue 2, p.p. 236-242)**

*Въведение:* Здравната система има съществен принос за благосъстоянието на една страна и в този смисъл финансовите ресурси за здравеопазване следва да се разглеждат като инвестиция. За да се превърнат разходите за здравеопазване в инвестиция обаче от ключово значение е ефективността на здравната система. Настоящото изследване разглежда ефективността на здравната система в България като условие за определянето на финансовите ресурси, изразходвани в нея като разход или инвестиция.

*Резултати и обсъждане:* Въпреки че от въвеждането на здравноосигурителната система разходите нарастват с повече от 4 пъти на глава от населението, резултатите относно здравното състояние остават неудовлетворителни. Средната продължителност на живота

е с близо 6 години по-ниска от средната за ЕС, стандартизираният показател за смъртност е с 35.5% по-висок от средното за ЕС, умиранията от злокачествени новообразувания в България се увеличава и през 2013 г. и 2014 г. за първи път изпреварват средните стойности за ЕС. Детската смъртност остава над два пъти по-висока от средната за ЕС през 2014 г. Наред с неудовлетворителните резултати относно здравето състояние на населението финансовото бреме за пациентите се увеличава. Темпът на нарастване на частните разходи е по-значителен от този на публичните и през 2013 г. те изпреварват в относителна стойност размера на публичния ресурс. Високият процент на директните частни плащания в България (45.43%) сви-детелства за неадекватната финансова защита на българското население, която осигурява системата на социалното здравно осигуряване. Поради това, за да придобият смисъла на инвестиция с реална възвръщаемост в подобряване на здравето на нацията и стабилизиране на здравната система, ефективността на финансовите ресурси за здравеопазване трябва да бъде съществено повишена.

*Заключение:* Превръщането на здравните разходи в България в инвестиция изисква промяна в подхода на тяхното разпределение между различните нива и подсистеми на здравната система и между различните видове дейности. Въвеждането на стандарти за качество е ключов момент за подобряване на здравните резултати едновременно с адекватното разпределение на финансовите ресурси – основна предпоставка за повишаване на ефективността на здравната.

**Димова, А., Р. Бонева (2012) Оценка на ключовите аспекти за управление на безопасността за пациенти, подложени на хирургични интервенции. I част. Методични аспекти, сп. „Здравна икономика и мениджмънт” Година XII, бр. 3 (45), 2012**

Публикацията представя методика, която дава възможност да се анализира управленската практика и организационната среда във високорискови за възникване на неблагоприятни събития за пациентите отделения на една многопрофилна болница, като начин за оценка на безопасността. На базата на обобщение на детерминантите на безопасността и на ключовите организационни условия и управленски инструменти за нейното осигуряване, направено чрез анализ и синтез на научната литература, е създадена анкетна карта, която позволява да се събере информация, необходима за оценката на безопасността от гледна точка на нейното управление. Анкетната карта е разработена така, че да обхващат базовите подходи и стратегии за управление на безопасността в областта на лидерството и стратегическото планиране, управлението на човешките ресурси и процесите, информационното осигуряване и ангажирането на пациентите и техните близки. Инструментът е лесен за приложение, отнема сравнително малко време и дава възможност да се анализират: нагласите на медицинските професионалисти, работещи във високорискови болнични отделения към проблемите на безопасността за пациентите; тяхната субективна професионална оценка за равнището на безопасност в изследвания обект; състоянието на значимите за осигуряването на безопасността за пациентите организационни условия в болницата; наличността и приложението на управленски инструменти за осигуряване на безопасността. На тази основа могат да се формулират насоки за развитие на управленската система, целящи повишаване на безопасността за пациентите.

**Баева, Н., А. Димова. (2011) Организационна култура и мотивация на персонала в отделение по анестезиология и интензивно лечение. Scripta Scientifica Medica, 2011; vol. 43 (7), p.p. 231-233**

Целта на изследването е да се анализира организационната култура и климат като средство за формиране на мотивацията и професионалната удовлетвореност на персонала в едно конкретно, рисково по отношение на осигуреността с персонал, отделение на голяма многопрофилна болница с областни функции. В проучването, проведено през месец май 2011 г., са обхванати 64 % от работещите в ОАИЛ на МБАЛ „Св. Анна“ – Варна. Използвана е анкетна карта, създадена по моделите на З. Венер и Л. Ланг и на Денисън и Фишер. Като цяло, резултатите показват благоприятни за развитие на професионалната удовлетвореност климат и култура, а проблемите са предимно свързани с управленските функции в лечебното заведение. Резултатите показват, че въпреки финансовите проблеми, които изпитват болничните лечебни заведения у нас, съществува потенциал за формирането и поддържането на мотивацията на персонала и той е именно в развитието на подходяща организационна култура.

## **НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ В НЕПЕРИОДИЧНИ ИЗДАНИЯ**

**Рохова М., А. Димова (2018). Регионът като детерминант на здравните неравенства. Регионална икономика и устойчиво развитие, Сборник с доклади от научна конференция, Научно-изследователски институт, Икономически университет – Варна, Том 1, с.с. 264-279**

Районът може да се разглежда като фактор, влияещ върху неравнопоставеността в здравеопазването защото създава контекста за работа, образование и доходи на индивидите. Целта на проучването е да се анализира значението на региона и на регионалното развитие на възникването, задълбочаването и намаляването на неравнопоставеността в здравеопазването. Различни проучвания, насочени към географския район като определящ фактор за здравето и околната среда здравните неравенства са обобщени. Теории и модели, обясняващи как социално-икономическите факторите взаимодействат и оказват влияние върху здравето на индивида и регионалните са представени.

**Димова, А. (2017). Изграждане на партньорства като подход в здравната политика - опитът на България. В: Сборник с доклади ПРОГРАМА BG07 „Инициативи за обществено здраве“, Варна 2017, ISBN 978-619-221-096-0**

*Характеристики на здравно-политическия процес в България след 1989 г.:* Многобройни анализи показват, че процесът на здравна политика се характеризира с липса на обща концептуална визия за реформиране на здравната система и липса на приемственост в здравната политика. В резултат на това са направени спорадични и частични промени, обществените комуникации относно целите, съдържанието и сроковете на здравната реформа са били пренебрегнати по време на целия процес на реформиране на здравето, а заинтересованите страни са изолирани от процеса на здравната политика. Реформите в системата често са блокирани поради липса на политическа воля за провеждане на реформи в случаи на коалиционно правителство и устойчивост при осъществяването на промените, както при прилагането на политиките, така и чрез обжалване пред Върховния конституционен съд и Върховния административен съд.

*Промяна в подхода на здравната политика в България.* През 2015 г. беше създадено "Партньорство за здраве" по инициатива на Националната пациентска организация. То е създадено с постановление на Министерския съвет като консултативен съвет към Министерски съвет за координация и партньорство при разработването и прилагането на здравната политика. Създаването на Партньорството е важна стъпка в процеса на подобряване на здравната политика и позволява изграждане на капацитет, бърза

мобилизация на експерти, устойчивост на участието на заинтересованите страни в здравния и политическия процес и увеличаване на отговорността за реформите. Има и някои ограничения. Процесът отнема време процес, което е ограничение, без да е отрицателна характеристика, но може и да се окаже такава поради значителните различия в концептуалните схващания, които понастоящем съществуват между партньорите.

**Рохова М., А. Димова, Е. Атанасова (2017). Достъп до здравни услуги на населението в североизточния район на България, Сборник с резюмета и доклади от Първа национална конференция “Общественото здраве – глобален приоритет в науката и практиката”, 2017**

*Въведение:* Има различни измерения на достъпа до здравни услуги - достъпност, достъпност, настаняване, достъпност и приемливост. Целта на изследването е да се анализират тези различни измерения на достъпа до здравни услуги в Североизточния регион на България.

*Материал и методи:* Данните от анкетата се използват за анализ на достъпа до здравни услуги. Анкетата е проведена през 2014 г. сред 618 граждани от североизточния регион на България.

*Резултати и дискусия:* Достъпът до здравни услуги зависи до голяма степен от местонахождението на респондентите. Съществуват бариери дори при първични грижи, което създава ограничения за използването на други видове здравни услуги. Половината от респондентите, живеещи в селата, декларират, че достъпът им до общопрактикуващ лекар е ограничен. В допълнение към финансовата тежест, бариера за достъп до специализирана медицинска помощ също е липсата на препоръки за изследвания или диагностични тестове. Бариерите за физическа достъпност водят до финансови и времеви ограничения, които на свой ред са причина за отлагане на използването на медицинска помощ.

*Заклучение:* Констатациите показват, че има разлики в достъпа до здравната система, в зависимост от мястото на пребиваване и доходите на респондентите, което е пример за неравнопоставеност в здравеопазването. "Изграждането" на регионалната система за здравеопазване засяга достъпа на населението до здравеопазване, което от своя страна е предпоставка за намаляване или изостряне на неравенството. Това е предпоставка за намаляване или изостряне на неравенството.

**Struckmann, V., F. Barbabella, A. Dimova, E. van Ginneken (2015). Report ICARE4 EU: Regional non-profit organisation (NPO) "Diabetic care" Burgas, Bulgaria. ICARE4EU. [http://www.icare4eu.org/pdf/Diabetic\\_Care\\_Burgas\\_programme\\_Case%20Report.pdf](http://www.icare4eu.org/pdf/Diabetic_Care_Burgas_programme_Case%20Report.pdf)**

Integrated care programmes have the potential to adequately respond to the comprehensive needs of people with multimorbidity by taking a holistic approach while making efficient use of resources. Such programmes are characterized by providing patient centred, proactive and coordinated multidisciplinary care, using new technologies to support patients' self-management and improve collaboration between caregivers. This case report describes an innovative approach to providing integrated care for people with multimorbidity in Bulgaria. The Bulgarian 'Diabetic care' NPO, founded in 1994 is situated in Burgas. It provides a comprehensive regional care programme primarily focussing on the problems of people with diabetes and their co-morbidities. The programme started in 1993 and is primarily targeted at patients with diabetes and their family members, but also at the entire population of Burgas, regardless of age and insurance status. The NPO provides comprehensive care for approximately 1,600 (mainly diabetic) patients per year. The NPO has around 380 members and everybody works on voluntary basis, without any financial remuneration. The guiding aim

of the NPO is to provide access to care for patients with diabetes and other accompanying chronic diseases, irrespective of their level of frailty, age or insurance status. The programme addresses prevention, self-management, cooperation and gate keeping issues. The financing of the NPO's daily work is based on donations, member's contribution fees and a small annual contribution by the local government. The programme is continuously extending its scope and network. The approach is already transferred to other regions close to Burgas, with which active collaborations have been established.

**Димова, А. (2010). Безопасни ли са българските болници? Методологични основи на измерването на безопасността за пациентите. Сб. доклади том 1 от Юбилейна научна конференция с международно участие „Здравеопазването през 21 век”, Медицински университет – Плевен, Издателски център на МУ-Плевен, 2010, с.с. 348-351**

Безопасността за пациентите е критичен елемент на качеството на медицинските услуги. Адекватната оценка на качеството изисква оценка на всеки един от неговите елементи, в т.ч. – на безопасността за пациентите. Целта на изследването е да се конструира методологична рамка за анализ на степента, в която българските болници осигуряват безопасността за пациентите.

Изследването на степента, в която болниците осигуряват безопасност на медицинската помощ изисква синхронен анализ в минимум три направления: (1) Случват ли се медицински грешки в българските болници? За отговор на този въпрос е необходимо на първо място да се анализират регистрираните медицински грешки; (2) съществува ли култура на безопасност? и (3) налице ли са необходимите условия в болницата за осигуряване на безопасност за пациентите?

В България липсва система за регистрация на медицинските грешки, необходима за категоричен отговор на въпроса за безопасността на българските болници. Описаната методика може да се използва, за да се оценят възможностите на болниците да предоставят безопасни за пациентите медицински услуги. Проблемът за безопасността изисква комплексна методика за изследване. Оценката на възможностите на болниците да гарантират безопасност е необходима за обосноваване на потребността от изграждане на система за регистрация на медицинските грешки в лечебното заведение.

**Мутафова, Е., Ж. Рангелова, Т. Костадинова, Д. Томов, А. Димова, Е. Атанасова (2010) Бедност и здраве – резултати от социологическо изследване сред социално слаби и безработни лица. Сб. доклади том 1 от Юбилейна научна конференция с международно участие „Здравеопазването през 21 век”, Медицински университет – Плевен, Издателски център на МУ-Плевен, 2010, с.с.64-67**

Връзката между бедността и здравето е отдавна доказана. Изследването проследява резултатите от пет-годишно проследяване на връзката между здравето и бедността сред социално-слаби и безработни лица в гр. Варна. Около 28 % от изследваните лица се намират трайно в най-голяма бедност. При останалите е налице влошаване на социо-икономическия статус. Настъпилата икономическа криза е причинила допълнително обедняване на над 57 % от изследваните лица. Тежкото си материално положение респондентите свързват с безработица (36.4%) и с наличието на заболяване и инвалидност (20.7%). Повече от една четвърт от респондентите оценяват здравното си състояние като лошо и много лошо; 52.8% са имали нужда от медицинска помощ през последните 2 години, от които 15.8% не са получили такава. Проучването потвърждава необходимостта от разширяване на научните изследвания и системно проследяване на връзката бедност – здравен статус.

## УЧЕБНИЦИ, УЧЕБНИ ПОМАГАЛА

Димова, А., Т. Димитрова (2017). **Здраве и сигурност на хората в организацията. В: Коев Й. и др. Управление на човешките ресурси, Издателство „Наука и икономика, Икономически университет – Варна, 2017**

*Въведение:* Разбирането, че хората са най-важният и критичен за успеха на всяка организация ресурс е широко разпространено и възприето, както в теорията по управление на човешките ресурси, така и в практиката на съвременните организации. В това отношение, грижата за здравето и сигурността на хората на работното им място е израз не само на социалната отговорност на мениджърите към сътрудниците им, но също е и стремеж за формиране на определени характеристики на организацията, които са предпоставка за нейния успех.

Осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд се възприема като условие за по-добра мотивация, увеличаване на производителността, редуциране на загубите и повишаване на конкурентноспособността. Освен това, то е и предмет на нормативно регламентиране във всички европейски (и не само) страни. В България е създаден специален закон, задължаващ всички работодатели да осигуряват на сътрудниците си здравословни и безопасни условия на труд. Съществуват и редица други законови и подзаконовни нормативни актове в тази област. Съвременните организации изграждат системи за управление, които са или част от системата за управление на човешките ресурси, или са интегрирани с нея. Създаването и поддържането на работна среда, която да бъде безопасна за здравето и стимулираща жизнените функции и работоспособността на хората изисква широк кръг от професионални знания и умения. Това предполага в изграждането на системата за осигуряване на здравословни условия и труд да участва екип от различни специалисти – инженери, техници, химици, физици, психолози, лекари по трудова медицина, специалисти по професионални болести.

*Здравословни условия на труд, сигурност и безопасност:* Здравословните условия на труд означават среда, чиито фактори, поотделно или в комбинация, не са опасни и не вредят на здравето на човека. Вредното влияние на постоянно присъстващите в средата фактори следва да бъде елиминирано или неутрализирано, за да се осигури безопасна работна среда. Сигурността от своя страна означава, че рискът даден вреден фактор (постоянно присъстващ в средата) да окаже влияние или потенциално вреден фактор (инцидентно възникващ) да се прояви като такъв е овладян (или минимизиран) и контролиран. Целта на управлението по представения концептуален модел е да се създадат и поддържат здравословни условия на труд в организация, чрез осигуряване на безопасност и сигурност. Идентифицирането, анализът и управлението на влиянието, което факторите на външната среда оказват върху хората в организацията изискват използването на различни подходи, методи и средства, които трябва да бъдат заложили в системата за осигуряване на здравословни условия на труд.

Негативното влияние на факторите на работната среда създава рискове за развитие у хората на т.нар. професионални болести, т.е. води до професионални заболявания. Появяването на професионално заболяване винаги е предизвикано от някакъв негативен спрямо здравето на работещите фактор в работната среда, условията и режима на работа (“професионална вредност”). В зависимост от наличността на професионална вредност и възможността тя да предизвика патологичен процес у определен работник (служител) се определя и професионалният риск за здравето. Развитието на професионални заболявания може да бъде в резултат както на постоянно (или относително постоянно) присъстващи фактори в работната среда, така и на инцидентно възникващи. Други, като някои отравяния или травматични болести, например, в случаите, в които се развиват

относително бързо, могат да се дължат на инцидентно възникващи фактори, в резултат на производствена авария или злополука (трудова злополука). Във всички случаи, анализът на заболяемостта сред хората в организацията подпомага идентифицирането на факторите на средата с вредно за здравето влияние. Тази дейност е в обхвата на функциите на службите по трудова медицина.

*Правна регламентация и задължения на работодателя:* Като страна-членка на Европейския съюз, в страната ни е в сила и европейското законодателство и стандарти в областта на безопасните и здравословни условия на труд. Редица постановления от директивите на Европейския съюз бяха въведени в националното законодателство в предприєдинителния период, така че българското законодателство да съответства на изискванията на Европейския съюз. У нас действат два базови закона – общият Кодекс на труда и специалният Закон за безопасни и здравословни условия на труд, чрез които грижата за здравето и безопасността на работещите се превръща в задължение за всички работодатели. Във връзка с осигуряването на здравословна жизнена среда, Законът за здравето задължава работодателите да осигуряват опазването на жизнената среда от вредно въздействащите върху здравето на човека биологични, химични, физични и социални фактори като спазват установените здравни изисквания.

*Системи за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд:* В областта на управлението на работната среда с цел осигуряване и поддържане на безопасни и здравословни условия на труд най-популярни са стандартът OHSAS 18001 (Occupational Health and Safety Management Systems) “Системи за управление на здравето и безопасността при работа” и указанията на Международната организация на труда (International Labor Organization) – ILO-OSH 2001. “Методичните указания за системи за управление на безопасността и здравето при работа - ILO-OSH 2001” на Международната организация на труда (МОТ) са разработени като израз на усилията на МОТ и Европейския съюз за създаване на условия за ефективно управление на безопасността и здравето в работната среда.

**22 юни 2018 г.**