

РЕЗЮМЕТА НА НАУЧНИТЕ ПУБЛИКАЦИИ

на гл.ас. Елка Игнатова Атанасова, д.и.

за участие в конкурс за заемане на академичната длъжност „Доцент“

в област на висшето образование 3. Социални, стопански и правни науки, професионално направление 3.8. Икономика, по специалност „Икономика на здравеопазването“

За участие в конкурса са представени общо 43 научни публикации, от които:

- монографичен (хабилитационен) труд – 1;
 - автореферат на дисертационен труд – 1;
 - монографии, книги (в съавторство) – 2;
 - пълнотекстови публикации в български и чуждестранни научни списания - 24
 - публикации в сборници и други непериодични български и чуждестранни научни издания -14
 - учебни пособия – 1
-

МОНОГРАФИЧЕН (ХАБИЛИТАЦИОНЕН) ТРУД

1. Атанасова, Е.

Потребителски плащания в здравния сектор. СТЕНО/ МУ- Варна, 2017, ISBN 978-619-221-100-4, ISBN 978-954-449-942-6

Ролята и значението на потребителските плащания в здравеопазването нараства през годините, като все повече привлича вниманието на изследователите. От една страна, потребителските плащания са източник на приходи за здравния сектор, а от друга страна представляват натиск върху домакинските бюджети. Нещо повече, между 1972 и 2009 г., делът на потребителските плащания от общите здравни разходи се увеличава в две трети от европейските страни (Cylus and Pearson, 2015). Също така, проучванията след началото на кризата от 2008 г. потвърждават факта, че частните разходи за здраве нарастват в много страни, главно в резултат на увеличаване на плащанията от джоба. Между 2007 и 2012 г. последните нарастват като дял от общите здравни разходи в повече от двадесет европейски страни (Jowett et.al., 2015). Потребителските плащания са един от ключовите източници на финансиране на здравеопазването в страните-членки на Европейския съюз. Освен това, проучванията показват, че когато техният размер възлиза на повече от 15-20% от общите разходи за здравеопазване, лицата започват да изпитват финансови затруднения поради значителното увеличение на директните плащания (Xu et al., 2010).

Формалните потребителски такси, които са една от формите на потребителските плащания са въведени, както в здравните системи с публично здравеопазване, така и в системите със социално здравно осигуряване. Независимо от разнообразието на политическите цели и различията в механизма на прилагане на формалните потребителските плащания, те, оказват влияние върху здравния сектор по сходен начин (Pavlova et al., 2009).

Монографичният труд цели да проучи и теоретично да обоснове необходимостта от потребителските плащания и тяхната роля и въздействия, както и да анализира практиката и динамиката на формалните потребителски такси за публични здравни услуги в страни-членки на Европейския съюз.

Като синоним на потребителските плащания (*patient payments*) се използват понятията „плащания от джоба” (*out-of-pocket payments*) и „директни плащания” (*direct payments*). Световната здравна организация дефинира плащанията от джоба като директни плащания, направени от физически лица към доставчиците на здравни услуги по време на ползване на услугата, и от там двете понятия често се използват като равнозначни. Плащанията от джоба имат три основни форми: **директни плащания** (*direct payments*), **формални (официални) плащания** (*formal payments*) и **неформални плащания** (*informal payments*). Директните плащания, обаче, използвани като синоним на плащанията от джоба, не трябва да се бъркат с една от трите основните форми на потребителските плащания, която също носи наименованието „директни плащания“. На свои ред, като синоними на формалните плащания широко се използват термините „споделяне на разходите” (*cost-sharing*) и „потребителски такси” (*user fee, user charges*).

Предмет на изследване са потребителските плащания, като приемаме термините „плащания от джоба” и „директни плащания” за синоними. При анализа на практиката на формалните потребителски плащания в отделните страни, като техни синоними са използвани понятията „споделяне на разходите”, „потребителски такси”, „формални (официални) потребителски такси”, „директни формални плащания”. Обект на изследване са четиринадесет страни-членки на Европейския съюз, в които се прилага система на потребителски такси, както в извънболничната, така и в болнична помощ.

В книгата са разгледани основните начини на финансиране на здравеопазването, за да се очертае мястото и ролята на потребителските плащания сред тях. Представени са моделите на здравните системи според различни класификации, както и функцията финансиране на здравните системи. Отделено е внимание на спецификите на здравните пазари, чието изясняване допринася за по-доброто разбиране на концептуалната рамка на потребителските плащания. Изследвани са теоретичните аспекти на потребителските плащания, с фокус върху официалните потребителски плащания и неформалните плащания и тяхното влияние върху функционирането на здравния сектор. Направен е анализ на настъпилите промени в механизма на формалните потребителски плащания в четиринадесет страни-членки на Европейския съюз в два периода, което позволява да се

наблюдават и установят колебанията в политиките. Анализът извежда последните тенденции в плащанията, както и мерките предприети в страните съобразно икономическите и политическите условия, и ни кара да се замислим върху това, което можем да подобрим в нашата здравна система.

Опитът на анализирани държави не бива да се пренебрегва, тъй като всяка промяна дава аргументи, върху които може да се разсъждава и да се търсят по-ефективни и по-рационални начини за удовлетворяване на желанията на участниците в здравната система. Въз основа на анализ на съдържанието, практиката и динамиката на потребителските такси за публични здравни услуги в част от страните членки на Европейския съюз и формулираните обобщения, в заключение са очертани препоръки за българската здравна политика.

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

2. Atanasova, E.

Formal and informal patient payments for public health care service in Bulgaria. Printed by Steno Publishing House – Varna, Bulgaria. ISBN: 978-90-821059-2-6

Българската здравна система претърпява съществени реформи в периода на преход от централизирана планова към пазарна икономика. Освен всичко друго, реформата включва и въвеждане на официални потребителски такси за публичните здравни услуги. Тези такси приемат формата на съвместни плащания и се прилагат на всички нива за медицинските услуги с изключение на спешната помощ. Потребителските такси се събират и оползотворяват от доставчиците на здравни услуги и се въвеждат с цел подобряване на ефективността в предоставянето на публични здравни услуги. Те обаче, са въведени успоредно със съществуващите неформални плащания. Във връзка с това, дисертацията се фокусира върху финансовата тежест на формалните и неформалните потребителски плащания в публичния здравен сектор на България.

Целта на дисертацията е да се анализират склонността към плащане, размера и достъпността на формалните и неформалните плащания за пациентите, както и нагласите на различните участници в здравната система към тези плащания. За постигането на тази цел са анализирани основните резултати на финансовите реформи в българското обществено здравеопазване. Изследван е размерът на директните плащания за публични здравни услуги в България и до каква степен тези плащания са достъпни за българския пациент. Извършен е анализ относно колко широко разпространени са неформалните плащания на пациентите в системата на българското обществено здравеопазване и какви

са обществените нагласи към тези плащания. Анализирани са мненията на различните участници в здравеопазването по отношение на съществуването на официални потребителски такси за публични здравни услуги, като анализът е разширен и задълбочен и с това, до каква степен българските потребители са готови да плащат потребителски такси за публични здравни услуги и как заявеното желание за плащане е сравнимо с действителните плащания.

Проучването използва комплексна методология, като комбинира три изследователски метода: 1) Систематичен обзор на литературата; 2) Количествен анализ на данни. Използвани са данни от представително национално проучване сред 1003 респондента, участвали през 2010 г., и 817 респондента, участвали през 2011 г. За определяне на извадката е приложен многоетапен метод. 3) Качествено изследване (дискусии във фокусни групи и полу-структурирани интервюта). Проучването включва 12 фокусни групи: 6 групи с потребители и 6 групи с доставчици на здравни услуги. Тези групи са допълнени с 10 дълбочинни интервюта: 5 с политици и 5 с представители на здравното осигуряване.

Дисертацията предоставя ясни доказателства за съществуващи проблеми с достъпността до публичния здравен сектор. Тежестта на директните плащания понасяна от бедните, които по-рядко търсят здравни услуги при нужда и по-често посочват неспособността за плащане като причина за пропускане на лечение, трябва да породи безпокойство у политиците. Финансовите бариери са най-важния фактор при ограничаване на достъпността до здравеопазването. Влиянието на директните плащания върху достъпа до здравни услуги е подчертано от високият процент на хората, които се въздържат от посещение при лекар или хоспитализация именно поради неспособност за плащане. Освен това, пациентите са все още слабо информирани за формалните потребителски такси при постъпване в болница. Някои от предложените мерки в това отношение могат да бъдат подобряване и актуализиране на наличната информация за официалните потребителски такси и услугите, освободени от такси, както и осигуряване на достъпност на информацията за пациентите. По-строга регулаторна рамка, по-високи и редовни заплати за здравните работници, по-развити права на пациентите са също стимули за подобряване на отношенията между заинтересованите страни в здравеопазването.

Данните от заявените предпочитания, използвани в това проучване, могат да бъдат подходящ инструмент за политиците, който да им помогне при анализиране на изменения в търсенето при промяна на цените на услугите, преди действителното им въвеждане. Българският опит показва, че дори десет години след въвеждането на формални потребителски плащания, неформалните плащания могат да продължат да съществуват, ако не се вземат допълнителни политически мерки.

МОНОГРАФИИ, КНИГИ

3. Мутафова, Е., **Е. Атанасова**, Л. Коева-Димитрова, Н. Шербетова, Е. Феодорова, М. Рачева.

Планиране и финансиране на болниците. 1. Финансиране на здравеопазването. с. 10-31. В: Иванов Л., Ж. Големанова (ред.). Болничен мениджмънт, издание на НЦОЗ, София, 2005, 350 с. ISBN 954-8404-09-5.

В главата „Планиране и финансиране на болниците“ се разглеждат аналитичните подходи за представяне на здравната система и нейните функции: финансиране, доставяне на здравни услуги, генериране на ресурси и наставничество. Подробно са характеризирани моделите на финансиране и доставяне на здравни услуги: моделът на директно доброволно заплащане, моделът на доброволно осигуряване с реимбурсиране на пациента, публично-реимбурсирацият модел, доброволно-контрактният модел, публично-контрактният модел, доброволният интегриран модел и публичният интегриран модел.

Планирането на болничната дейност е представено като необходимо условие за нейната успешна реализация. Проследена е логиката в процеса на планиране – от изработване на стратегията през различните видове планове към действието.

4. 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 978954-9685-93-0.

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 ХХІ 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 СТАТИИ В ПЕРИОДИЧНИ ИЗДАНИЯ

5. Стоянов, Зл., М.Маринов, М. Великова, **Е.Атанасова**, А.Димова.

Латерална асиметрия на мисловните стилове при мъже и жени. Известия на съюза на учените-Варна, 2, 2000-1, 2001, с.24-26. ISSN: 1310-6031

According to Benziger's theory brain cortex can be divided functionally to four specialized regions: left and right frontal, and left and right posterior convexity. Each region is related to a corresponding thinking style – logical-analytic (left frontal), imaginal and intuitive (right frontal), sequential and routine (left posterior) and harmonizing (right posterior). Aim of the study was to verify whether sex differences in the brain lateralization in males and females are revealed also as differences in the degree of thinking style's lateral asymmetry. A total 80 subjects – 40 males and 40 females were tested by means of adopted short Benziger's inquiry. The degree of thinking style's asymmetry was evaluated by coefficient of lateral asymmetry (K_{LA}): $L < 1 > R$. It was

established that the frontal K_{LA} in males (1.02) is significantly higher compared to that in females (0.89) – a result that we interpreted as a stronger expression of right frontal thinking style in males compared to females. The results are consistent with the concept that males perform better activities related to the functional competencies of right hemisphere.

6. Атанасова, Е., А.Димова, М.Великова, М.Маринов, Зл.Стоянов.

Човешкият фактор в здравния мениджмънт: пол и мислене. Здравна икономика и мениджмънт, бр. 1(3), 2002, с. 11-14. ISSN 1311-9729

Цел на проучването бе да се сравни разпределението на четирите мисловни стила по Benziger (логично-аналитичен, интуитивен, последователно-оперантен, чувствено-хармоничен) сред мъжете и жените. Установени са различия, говорещи за съществуването на „мъжки” и „женски” профил в стиловете на мислене. Сред жените студентки по здравен мениджмънт са високи честотата и капацитетът на последователно-оперантния, логично-аналитичния и чувствено-хармоничния стил. При мъжете доминират лицата с логично-аналитичен и интуитивен стил. Анализирано е значението на установените, свързани с пола, типови особености в мисленето за ефективността на мениджърската дейност.

7. Атанасова, Е.

Фундаментални аспекти и приложни проекции на фармакоикономиката: I. Същност и методология на фармакоикономиката. Здравна икономика и мениджмънт, бр. 4(6), 2002, с. 3-9. ISSN 1311-9729

В условията на здравноосигурително финансиране на здравеопазването необходимостта от фармакоикономически анализи ще става все по-осезаема за лицата и институциите, вземащи отговорни решения. Настоящият обзор в първата си част има за цел да разгледа предпоставките за възникване на фармакоикономиката и нейната еволюция, както и методите, използвани при фармакоикономическите оценки. Приведени са примери, илюстриращи приложението на някои от методите за анализ.

8. Атанасова, Е., Ст. Вълчева – Кузманова.

Фундаментални аспекти и приложни проекции на фармакоикономиката: II Организация и приложения на фармакоикономическите изследвания. Здравна икономика и мениджмънт, бр.1(7), 2003, с.20-26. ISSN 1311-9729

В статията се разглежда организацията на фармакоикономическите изследвания на базата на международния опит. Посочени са пет от задължителните етапи: определяне на „гледната точка”, избор на технология за сравняване, анализ на ефективност и

безопасност, изчисляване на разходи, анализ на клинично-икономически показатели (разходи-ефективност). Изложени са три алтернативни възгледа относно рентабилността при лечението и ролята на фармакоикономическите оценки при всеки от тях.

9. Вълчева – Кузманова, Ст., **Е. Атанасова**, А.Белчева.

Принципи на разработване и прилагане на национална лекарствена политика. Здравна икономика и мениджмънт, бр. 4(10), 2003, с.3-9. ISSN 1311-9729

Националната лекарствена политика (НЛП) поставя средносрочните и дългосрочните цели на правителството за фармацевтичния сектор и определя главните стратегии за тяхното постигане. Главните цели на НЛП са: да се осигури достъпност на есенциални лекарства: качество, безопасност и ефикасност на лекарствата; рационална лекарствена употреба.

Концепцията за есенциалните лекарства е ключова в НЛП, защото позволява да се поставят приоритетите за системата на здравеопазване в дадена страна. Същността на тази концепция е, че използването на ограничен брой лекарства, внимателно подбрани въз основа на клинични консенсуси, води до по-добро снабдяване, по-рационално предписване и по-ниски цени.

Ключовите компоненти на НЛП са: селекция на есенциални лекарства; достъпност на лекарствата; адекватна система за реимбурсиране на лечението на социалнозначими заболявания; система за лекарствено снабдяване; лекарствено регулиране и осигуряване на качество; рационална лекарствена употреба; изследователска работа, касаеща лекарствената употреба и създаването на нови лекарства; развитие на човешките ресурси; проследяване и оценка на компонентите на НЛП.

10. Тенекиджиев, К., Н. Николова, **Е. Атанасова**.

Модификации на Буутстрап – симулациите, приложими в медицински и биохимични изследвания. Здравна икономика и мениджмънт, бр. 2(12), 2004, с.33-38. ISSN 1311-9729

В статията се коментират симулационните техники на метода „Монте Карло” и неговите модификации – Буутстрап и Джакнайф. Представена е кратка история на развитието на „Монте Карло”, като е наблегнато на преимуществата от използването на тези методи пред класическата статистическа теория. Предложени са две модификации на Буутстрап-подхода – относителен и логаритмичен Буутстрап. Преимуществата им се проявяват при въведено условие за положителност на получаваните Буутстрап-оценки. Това условие е от определящо значение при анализа на данни от медицински и биохимични изследвания, тъй

като търсените там параметри и оценки имат ясно изразено биологично значение, а при класическия Буутстрап често се получават отрицателни поради голямата дисперсия и несиметричност на разпределението им.

11. Белчева, А., Ст. Вълчева – Кузманова, Е. Атанасова.

Индикатори за проследяване на национална лекарствена политика. Здравна икономика и мениджмънт, бр. 4(14), 2004, с.20-23. ISSN 1311-9729

Основните цели на национална лекарствена политика (НЛП) са да направи достъпни за нуждите на цялото население ефективни, безопасни и с ниски цени лекарства (есенциални лекарства) и да осигури рационална употреба на лекарства с добро качество. Целта на настоящото изследването е да се проучат индикаторите за проследяване на НЛП. СЗО на базата на Делфи проучване, в което участват 54 международни експерти, е предложила индикатори за оценка на фармацевтичната обстановка в страните и за измерване на прогреса в постигането на целите на НЛП. Те са разделени в 4 категории: 31 базови индикатори, 50 структурни индикатори, 38 процесни индикатори и 10 индикатори за изхода. Проследяването и оценката на тези индикатори води до три вида действия: да се види кое е добре направено и да се насърчи неговото продължение, да се промени това което не е добре направено и да се промени това, което не работи.

12. Вълчева – Кузманова, Ст., Е. Атанасова, А.Белчева.

Генерични лекарства и генерична лекарствена политика. Здравна икономика и мениджмънт, бр. 1(23), 2007, с.12-18. (in English). ISSN 1311-9729

През последните години разходите за лекарства са се увеличили рязко. Правителствата търсят приложение на ефективната политика, която осигурява по-нататъшно подобрене на здравния статус при запазване на фармацевтичните разходи. Растящ брой европейски страни преследват целта за развитие на пазара на генерични лекарства. Генеричното лекарство е медицински продукт, който има същия количествен и качествен състав на активни компоненти и същата фармацевтична форма като съответния марков продукт. Според Асоциацията на генеричната фармацевтична индустрия могат да се направят 30%-80% икономии на средства чрез използване на генерични лекарства. Съотношението между продаваните опаковки от генерични и оригинални лекарства в Европейския съюз е 70/30, докато в стойностно изражение е точно обратното. Използването на генерични

лекарства е важен фактор за стабилността на реимбурсните системи. С оглед увеличаване на достъпността на лекарствата е обосновано въвеждането на национална програма за насърчаване на генерични лекарства в България.

13. Атанасова, Е., Ем. Мутафова.

Икономика на здравеопазването – еволюция на идеите. Здравна икономика и мениджмънт, бр. 4(26), 2007, с.3-13. (in English). ISSN 1311-9729

Икономиката на здравеопазването е относително „млада” наука, която започва развитието си през втората половина на 20 век и гради своите основи, стъпвайки на богатото теоретично знание на микроикономиката и в частност – на неокласическата школа. Настоящата статия има за цел да представи развитието на основните идеи на тази интегрирана дисциплина. Обсъждат се редица проблеми, свързани с оценката на тези идеи по отношение на икономическата теория и практика на 20 век. Открояват се приносите и на българските изследователи за напредъка на икономиката на здравеопазването. През последните няколко години и в икономиката на здравеопазването се извършва „смяна на парадигмата”. Днес акцентът е поставен върху микроикономическия подход и теорията на фирмата. Особен интерес представляват остойностяването на медицинските дейности, икономическият анализ на макро- и микрониво, контролингът, бенчмаркингът, регионализацията на здравеопазването, както и изследването на ефективността на управленските решения.

14. Павлова, М., Е. Атанасова.

Анализ на потребителските такси в сферата на здравеопазването. Началото на научноизследователски проект “ASSPRO CEE 2007”, спонсориран от Европейската комисия. Здравна икономика и мениджмънт, бр. 1 (27), 2008, с.21-25. ISSN 1311-9729

Липсата на систематични научни анализи в световен мащаб относно потребителските такси в сферата на здравеопазването, както и неотложната необходимост да се преразгледат системите от тези такси в Централна и Източна Европа поради наличието на неформални плащания, са съществени причини за началото на научноизследователски проект в тази насока. В резултат на това проектът “ASSPRO CEE 2007” е предложен на Европейската комисия за финансиране. Главната цел на проекта е да разработи методика за оценка на потребителските такси в сферата на здравеопазването и да анализира

икономическите, социалните и качествените аспекти на тези плащания, по специално в Централна и Източна Европа. Очакванията са, че този проект ще допринесе за адекватната оценка на здравните реформи в централно- и източноевропейските държави, както и за напредъка на методологичните разработки свързани с тях.

15. Атанасова, Е., Ем. Мутаfoва.

Потребителските плащания – социално-икономическа или социално-психологическа диагноза. Здравна икономика и мениджмънт, бр. 2 (28), 2008, с.3-8. ISSN 1311-9729

Тази статия цели да обобщи публикуваните изследвания у нас, които разглеждат проблемите свързани с потребителските плащания и по-конкретно нерегламентираните плащания. Чрез две хипотези се опитваме да потърсим отговор на въпроса: защо българинът е склонен да плаща официално и неофициално за здравеопазване почти същата сума като държавата? Различните изследвания потвърждават тревогата на респондентите по този въпрос. Мерките за справяне с нерегламентираните плащания и корупцията трябва да се базират на обширни научни анализи относно потребителските плащания в сферата на здравеопазването. Оценката на факторите, влияещи върху размера и вида на неформалните плащания могат да бъдат база за един задълбочен анализ на потребностите от здравни услуги.

16. Atanasova, E., M.Pavlova, Em.Moutafova, T.Kostadinova, W. Groot.

Patient payments and the empirical analysis of consumer demand for hospital services: an application for Bulgaria. Society and Economy in Central and Eastern Europe, 34 (2), 2012, p. 313-338. ISSN: 1588-9726

The implementation or amendment of patient charges in a country could benefit from preliminary analyses of their potential effects on health care demand. This paper focuses on hospital care. The paper aims to identify strategies for the empirical analysis of the demand for hospital services that are useful for the assessment of patient charges in the hospital sector, and to compare these strategies using empirical data for Bulgaria. The data were collected in 2010 in a representative survey among consumers. We apply both revealed- and stated-preference approaches. Within the framework of revealed preferences, we use data on various types of patient payments (total payments, formal payments and informal payments) as dependent variables to define three

empirical models. Within the framework of stated preferences, we use data on stated willingness to pay for a hospitalization for different sub-samples (current users, users and all respondents), which also results in three empirical models. We observe some similarities and differences between the models based on stated-preference data and those based on revealed-preference data. Although our findings need to be studied further to establish how rigorous they are, they can be useful for setting up new studies on the convergent validity of the two approaches.

17. Атанасова, Е., Ем. Мутафова, М. Павлова, Т. Костадинова.

Потребителските плащания и болничните приходи в България. Здравна икономика и мениджмънт, бр. 3(45), 2012, с. 22-27. ISSN 1311-9729

Въведение: Болничните услуги в България се предоставят от публични и частни лечебни заведения за болнична помощ. Основните източници на финансиране на публичните болници са Националната здравноосигурителна каса, републиканският и общинските бюджети, директни плащания, дарения, други приходи. Официалните потребителски такси са въведени през 2000 г. и се прилагат за всички нива на медицински услуги с изключение на спешната помощ. Потребителската такса за хоспитализация след получено направление, е 2% от минималната работна заплата за страната.

Цел: Да се анализира потенциала на българските болници за увеличаване на техните приходи чрез потребителски плащания.

Материал и метод: Комбиниран количествен и качествен метод, както и документален анализ на годишните финансови отчети на лечебните заведения за болнична помощ и данни от националната статистика за домакинските разходи.

Резултати и обсъждане: Българските потребители по-често съобщават за формални плащания по време на хоспитализация в сравнение с другите страни. Респондентите като цяло са готови да плащат потребителски такси за болнични услуги, особено в случаите на раждане и планирана оперативна интервенция. Делът на приходите от потребителски такси е най-висок в националните болници (университетски болници и национални центрове). Въпреки че влиянието на потребителските такси върху болничните приходи се различава между болниците и регионите, потенциалът на тези такси във финансирането на болниците в България е измерим.

Заклучение: Потребителите са все още слабо информирани по отношение на официалните потребителски такси за прием в болница. Информацията, касаеща формалните такси, както и освободените от тях лица трябва да бъде на разположение на пациентите и поставена на лесно достъпни за тях места.

18. Dimova, A., M. Rohova, E. Moutafova, **E. Atanasova**, S. Koeva, D. Panteli, E. van Ginneken.

Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition, 2012, Vol. 14 (3), pp. 1–186. ISSN: 1817–6119.

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.

19. Rohova, M., A. Dimova, E. Mutafova, **E. Atanasova**, S. Koeva, E. van Ginneken.

Balancing Regulation and Free Markets: The Bulgarian Pharmaceutical Sector. Eurohealth Systems and Policies, Vol. 19 (1), 2013, pp. 35-38. ISSN 1356-1030.

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.

20. Atanasova, E., M.Pavlova, W. Groot.

Out-of-pocket patient payments for public health care services in Bulgaria. Health care financing in the emerging global markets. Published in Frontiers in Public Health 8 July, 2015, p.67-70. Electronic ISSN: 2296-2565

In Bulgaria, the democratic and economic reforms began when the new Constitution was adopted in 1991. With the socio-political changes in 1990s, many elements of the Bulgarian health care model were discredited. The reform of the health care system was put on the government agenda. The main aims of the reforms were the restructuring of the health care financing system, strengthening primary care, and rationalizing the network of outpatient and inpatient facilities. Among other issues, the reform included the introduction of formal patient charges for public health care services. These charges take the form of co-payments and apply to all levels of medical services, except emergency care. The formal co-payments are collected and retained by the providers and their official objective is to improve efficiency in public health care provision.

Bulgaria currently has a mixed system of health care financing: compulsory and voluntary health insurance contributions, taxes, out-of-pocket payments, donations, and external funding. In addition to this, there are informal patient payments, which continue to exist irrespective of the formal charges. At present the main source of revenue for the health care system are out-of-pocket payments. In, Bulgaria, the share of out-of-pocket payments has increased substantially, which reflects a common trend in Europe. In 2008, out-of-pocket payments in Bulgaria formed 40% of total expenditure on health, compared to 16% in EU. In 2009, this ratio was 43.4% and in 2010, it was 44.2%. This share is one of the highest in Europe. The projection for Bulgaria is that this trend will continue and the share of out-of-pocket payments on health care is expected to become as high as 48-49% of total health care expenditure in the coming years. Thus, out-of-pocket payments constitute a major source of health financing in Bulgaria and the role of patient payments will become even more important in the future.

21. Tsvetkova, A., M.Todorova, M. Arnaoudova, M. Dimitrov, **E. Atanasova.**

The over-the-counter pharmaceutical market. A pharmacoeconomic analysis. World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, 4(10), 2015, p. 1-8. ISSN: 2278-4357

The resource analysis in health care is of particular importance since resources are of fundamental importance to both market and non-market economic activities. The economic analysis in health care is an accurate reflection of the system. The pharmacoeconomic analysis is the application of the methods of economic analysis for the assessment of alternative drug therapies and their social cost and consequences with respect to the highly fragmented and specific pharmaceutical market. The aim of this article is to consider the application of the cost-minimization analysis of two OTC antihistamine drugs for allergic rhinitis and their corresponding generic substitutes. Allergic rhinitis is a global health problem and a serious socioeconomic burden, and it is a risk factor for the development of asthma. According to the Eurostat survey, untreated allergies result in 10% reduced performance at work, 60 days with symptoms that generate an annual loss of 34 work hours per worker, which is estimated approximately at 1000 euro productivity loss.

22. Tsvetkova, A., A.Todorova, M. Arnaoudova, M. Dimitrov, **E. Atanasova.**

Electronic trading with drugs – trends and aspects. Survey among pharmacists. World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, 4(11), 2015, p. 1-8. ISSN: 2278-4357

The introduction of a uniform integrated information system through the development of electronic healthcare, aimed to achieve full transparency and efficient use of the available resources is one of the eight priority areas of the National Health Strategy 2014-2020. The building of a modern healthcare system based on the use of information and communication technologies requires a regulatory framework, which is capable of guaranteeing the rights and interests of the citizens and the other actors participating in the healthcare system. Currently, the electronic trading of drugs is permitted only for Non-prescription (Over The Counter) drugs, food additives and medical products, only for pharmacies and drugstores that hold the respective permit by the Bulgarian Drug Agency (BDA). The BDA webpage displays a list of entities who offer medical products for online trading. The online trading with drugs was officially launched in the beginning of 2012, when a number of pharmacies that maintained their own web pages obtained the right to sell non-prescription drugs via the Internet.

23. Koeva-Dimitrova, L., E. Atanasova.

Clinical pathways - a retrospective view at their application as a financial tool in Bulgarian hospitals. Scripta Scientifica Salutis Publicae, 2(1), 2016, p. 30-36. ISSN: 2367-7325

Introduction: During the period 2000-2001, clinical pathways (CP) were developed and implemented as a temporary solution for financing the hospitals in Bulgaria. The aim of this article is to study and trace the application of clinical pathways as a tool for hospital funding in Bulgaria.

Materials and methods: In order to examine the implementation and the progress of CPs in Bulgarian hospitals we have studied Bulgarian and foreign publications. In addition to this, we have also included official reports published by the Ministry of Health, Ministry of Finance, National Health Insurance Fund (NHIF), the National Center of Public Health and Analyses (NCPHA) and others.

Results and discussion: CPs were negotiated and included for the first time in the National Framework Contract in 2001. Gradually, the number of CPs increased and reached more than 300 in 2015. The introduction of CPs as a tool for financing hospital care is related to the need of fixing the prices of the respective CPs. Initially, the NHIF and the Bulgarian Medical Association developed a common methodology for fixing the prices of CPs. From 2011, an amendment to the Health Insurance Act stipulates that the procedures for valuation and payment of activities by NHIF are defined by specific methodologies. We have found that not all hospitals submit information to the specialized software for hospitals which is the only tool for analyzing the costs structure in the health care establishments at present.

Conclusion: The clinical pathways are not accepted as a sufficient effective mechanism for hospital funding in Bulgaria. Moreover, the lack of accurate and comparable information makes the analyses incomplete and vulnerable.

24. Atanasova, E., M.Rohova, A.Dimova.

Unmet needs for health care services in Bulgaria. Journal of IMAB Annual Proceeding (Scientific papers) Jun-Sep 22(3), 2016, p. 1324-1327. ISSN: 1312 773X

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 and use of services. One simple tool is the assessing reports of unmet needs for health care.

Objective: The study has two objectives: to examine the evidence of self-reported unmet needs and to analyze 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 in Bulgaria. The data collection is based on face-to-face interviews, using a standardized questionnaire

Results: The Eurostat results show that the 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.

25. Thijs van de Schoot., M.Pavlova, **E. Atanasova**, W. Groot.

Preferences of Bulgarian consumers for quality, access and price attributes of health care services – results of a discrete choice experiment. International Journal of Health Planning and Management, 32 (1), 2017, p. E47-E71. ISSN: 0749-6753

Objective: The aim of the study is to determine the preferences of Bulgarian citizens regarding the provision of healthcare services.

Method: A survey was carried out in Bulgaria among a nationally representative sample of 1003 respondents. Both a discrete choice experiment and a self-explicated ranking of outpatient and inpatient service attributes were included in the survey. The data are analyzed to elicit the preferences of Bulgarian healthcare consumers for service attributes and to compare them with previous studies in Bulgaria and other countries in Central and Eastern Europe.

Results: The reputation and skills of the care provider appear to be relatively most important to the respondents, followed by the state of the equipment, the condition of the facility and the attitude of the staff. The fee-level and access-related attributes (waiting and traveling time) emerged as less important. Overall, consumers in Bulgaria value the quality of healthcare provision very highly. Yet, there are some statistically significant differences between socio-demographic groups.

Conclusion: In general, Bulgarian healthcare consumers are willing to accept higher prices for the services they use, when this comes with improved quality of services. These findings comply with findings in previous studies in Bulgaria and in the region. Given the quality problems in the Bulgarian healthcare sector, our findings indicate that priority has to be given to the improvement of healthcare quality when the Bulgarian government invests in this sector.

26. Рохова, М., Е. Атанасова, А. Димова.

Социоикономически здравни неравенства в използването на здравни услуги в България. Варненски медицински форум, 6(1), 2017, p.184-190. ISSN 2367-5519

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

Материал и методи: В изследването са използвани данни от проведено социологическо проучване чрез анкети. Проучването е проведено в периода март-април 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 използването 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 други уязвими групи.

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

27. Pavlova, M., E. Atanasova, Em.Moutafova, A Sowa, I Kowalska-Bobko, A Domagała, S Golinowska, W Groot.

Political will against funds deficiency: Health promotion for older people in Bulgaria. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, Tom 15 nr 1, 2017, p. 108-115. ISSN: 1731-7398

In Bulgaria, health promotion and health education have received less attention in comparison to other public health areas, which has resulted in a small health promotion budget and consequently, in limited health promotion initiatives. This country report draws upon several national reports focused on the Bulgarian health system, and other country specific sources in order to outline the major institutional and financing challenges for health promotion in Bulgaria, and specifically for health promotion for older adults. As evident from this review, the programs and activities oriented towards health promotion for older adults are inconsistent and incomprehensive. The existing programs are mostly in the form of isolated small-scale projects aimed at enabling older workers to reach the statutory retirement, or supporting retired citizens to maintain their health and well-being. Effective strategic vision, coordination and stable funding in the area of health promotion for older adults is indispensable for helping Bulgarian seniors to live longer and healthier.

28. Dimova, A., M. Rohova, E. Atanasova, P. Kawalec, K.Czok.

Drug Policy in Bulgaria. Value in Health Regional Issue, Vol 13, 2017, p.50-54. ISSN: 2212-1099

Bulgaria has a mixed public-private health care 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 health care expenditure (44.14% in 2014). The share of drugs expenditure for outpatient treatment was 42.3% of the total health care 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 health care 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 markup 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.

НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ В НЕПЕРИОДИЧНИ ИЗДАНИЯ

29. Костадинова, Т., Л. Хавезова, Ем. Мутафова, А. Димова, **Е. Атанасова**, М.Вълканова.

Промени в системата на здравните грижи – настояще и бъдеще. Сборник доклади от международна юбилейна научна конференция „Икономика и развитие на обществото”, Икономически университет- Варна, 2000, с. 199-206. ISBN 954-21-0125-2

Развитието на обществото се характеризира с дълбоки и бързи промени: социални, политически, културни, икономически и технологични. Това се отнася и за системата на здравеопазване, която навлиза в активната фаза на реформата и на тотални промени в структурата, финансирането и управлението на системата. Новоприетите Закон за здравното осигуряване и Закон за лечебните заведения, както и промените в Закона за лекарствените средства и аптеките, определят новите рамкови условия за развитие и управление на здравните грижи на нормативно ниво.

Настоящият доклад разглежда някои от основните моменти, свързани с поемането на отговорности в рамките на определяне на приоритетите на развитие на ниво болница. Практическото изследване е проведено в МБАЛ „Света Марина” през 1999 г. сред 30 души, които заемат ръководни длъжности в отделните клиники на университетската болница. Методът „Делфи” и портфолио-метод са използвани, за да се изследват и анализират нагласите и готовността на персонала на болницата за осъществяване на поведенчески, структурни и технологични промени в организацията.

На базата на анализа, са направени предложения за структуриране на център по качеството и изграждане на ресурсен център като университетска структура, която да подпомага професионалното израстване на здравните кадри – тяхната адаптация, професионална квалификация и специализация.

30. Мутафова, Ем., **Е.Атанасова**, А.Димова.

Българският пациент – между доброволното и задължителното здравно осигуряване. Сборник доклади от международна юбилейна научна конференция „Икономика и

развитие на обществото”, Икономически университет- Варна, 2000, с. 186-191. ISBN 954-21-0125-2

В редица страни финансирането на здравеопазването е от смесен тип. Обикновено преобладава публичното осигуряване, като финансирането става преди всичко от национални осигурителни фондове, държавния бюджет, и в по-малък процент от частни застрахователни фондове. Целта на доклада е да анализира очакванията на пациентите и общопрактикуващите лекари по отношение на предстоящите промени в доболничната помощ, както и информираността на пациентите да се осигуряват доброволно. Проучването, направено в началото на май 2000 г. има пилотен характер и обхваща 122-ма пациенти и 24-ма общопрактикуващи лекари (16% от регистрираните) от община Варна. Резултатите показват, че повече от половината от изследваните лица са информирани относно възможността за допълнително здравно осигуряване. Освен това, около 20% от анкетирания могат да си позволят посещение при лекар извън системата на задължителното здравно осигуряване. Но едва 12.4% от респондентите са готови да се осигуряват допълнително в частен осигурителен фонд. Представените доказателства от наши и чужди проучвания ни дават основание да считаме, че доброволното здравно осигуряване има бъдеще, но в една по-далечна перспектива, след пълното и трайно установяване на здравноосигурителните отношения у нас.

31. Димова, А., Е.Атанасова, Ем.Мутафова.

2-ри юли – денят “X” или Къде се срещат очакванията на българския лекар и българския пациент. Сборник доклади от международна юбилейна научна конференция „Икономика и развитие на обществото”, Икономически университет - Варна, 2000, с. 192-198. ISBN 954-21-0125-2

Реформата в здравеопазването е един от настоящите ключови моменти в обществения живот. Тя неминуемо ще доведе до промяна в отношенията „лекар-пациент”, които до голяма степен ще бъдат определящи за нейното протичане. Една от целите на настоящото изследване е да се проучат и анализират информираността и очакванията на хората във връзка с новите отношения „пациент-лекар”, както и доколко очакванията на пациента и личния лекар са в синхрон преди условния старт на реформата. През май 2000 г. бяха анкетирани 122-ма произволно избрани пациенти и 24-ма общопрактикуващи лекари (16% от регистрираните) от община Варна. Заедно с анкетните карти, сред лекарите бяха проведени и интервюта. В заключение от направения анализ можем да посочим, че здравната реформа в навечерието на своето условно стартиране се намира в изключително неблагоприятна среда – ниска информираност, предизвикваща незаинтересованост на обществото, пасивност от страна на някои от участниците, недостатъчна подготвеност и мотивация на главните изпълнители, неадекватна медийна и рекламна политика.

32. Атанасова, Е., А.Димова, М.Великова, М.Маринов, Зл.Стоянов.

Феминизацията в здравния мениджмънт – потенциален проблем или не. Годишен сборник (научни трудове) ИМАБ – 11та Асамблея на ИМАБ, Варна, 2001, с.67-69. ISSN: 1310-7232

A total of 30 female students of healthcare management were inquired by means of the adapted version of Benziger's questionnaire. It was established that among the future women-managers most numerous are individuals with left-basal thinking style, appropriate to the successful realization of these people on the operative level of management. Relatively high is the working potential of left-frontal thinking style, which favors solving strategic tasks. The low number of right-frontal ("intuitive") subjects may turn out a potential problem for activities related to global analysis and inventiveness.

33. Димова, А., Е.Атанасова, М.Великова, М.Маринов, Зл.Стоянов.

Мисловните стилове при студентите по здравен мениджмънт и медицина. Годишен сборник (научни трудове) ИМАБ – 11та Асамблея на ИМАБ, Варна, 2001, с.70-72. ISSN: 1310-7232

A total of 83 students – 33 students of healthcare management and 50 students of medicine were inquired by means of the adapted version of Benziger's questionnaire. Future managers showed highest percent individuals, naturally inclined to operate by left posterior convexity mode, while the number of people possessing "intuitive" thinking style was lowest. About 25% of medical students revealed left frontal thinking style, adequate to their future profession. Relatively low was the number of "left-basal" individuals. In conclusion, both groups show the sufficiently high potential of all 4 modes and their corresponding thinking styles.

34. Коева – Димитрова, Л., Е.Атанасова.

АВС методът – алтернатива за калкулиране на себестойността на болничния продукт. Сборник с доклади от Научно-практическа конференция "Финансова и счетоводна теория и практика в процеса на присъединяване към ЕС", Икономически университет – Варна, 2005, с.123-133. ISBN 954-21-0221-6

Целта на тази разработка е да покаже, как може да се приложи АВС метода в болниците, на базата на пример, свързан с определянето на сестринските разходи и тяхното

разпределение към различните видове пациенти в Кардиологична клиника на УМБАЛ „Света Марина”, гр. Варна.

Във връзка с тази цел са: изяснени същността на ABC метода за калкулиране на себестойността на база на дейностите; представени основните етапи на ABC метода; изготвени анкетни карти и структурирано интервю; определени сестринските разходи и тяхното разпределение в Кардиологична клиника за видовете пациенти.

35. Tomov, D., E. Mutafova, M. Rohova, **E. Atanasova.**

Public health planning at regional level (scientometric aspects). Юбилеен алманах „В криза ли е планирането?”, том 2, Ценов, Свищов, 2005, стр. 176-181 (in English). ISBN 954-23-0301-7.

The challenges faced by modern public health impose the elaboration and implementation of adequate policy rendering an account of the complex dynamic influence of various socioeconomic parameters. Planning the activity of the public health system as a whole and of its main divisions within the out-patient and hospital health care establishments can also be considered as a process aiming at prospective providing with concepts, models, and algorithms of the policies designed to mitigate the gap between population's health needs and real system capacity. The objectives of the present paper are: to analyse some scientometric features of the literature published in journals worldwide and relevant to public health planning at the regional level and to identify some contemporary planning models that seem applicable under the conditions of gradually developing market-oriented public health system in Bulgaria. The results indicate the necessity of rapid integration of Bulgarian scientific community into the world system of research and practical implementation of new ideas and models of effective public health planning at the regional and national level under the conditions of advancing health reform.

36. Tomov, D., T. Kostadinova, **E. Atanasova**, A. Dimova, M. Rohova, L. Koeva-Dimitrova.

International economic integration and competition in public health. Сборник научни трудове „Световно стопанство и глобализация“, част II, Стено, Варна, 2005, стр. 62-70 ISBN 954-449-252-6.

Глобализацията на световната икономика се развива в условията на разширяващо се международно сътрудничество и нарастваща конкуренция. Тези взаимно свързани и особено динамични процеси са особено типични за системите на здравеопазването. Представени са накратко някои характерни особености на финансирането на медицинската наука и здравеопазването, на здравната политика, здравното обслужване, лекарствоснабдяването, болничната и поликлинична помощ и маркетинга под влиянието на националната и международна интеграция и конкуренция.

37. Rangelova, Z., Em. Mutafova, T. Kostadinova, E. Atanasova.

Demographic Processes in Bulgaria – Health and Socioeconomic Effects. Proceedings papers from 13th Scientific and professional conference on natural resources and environmental protection „Ecological Truth“, Borsko Jezero, Serbia, 2005, p.681-684. ISBN 86-80987-31-X.

The demographic problem is one of the main problems faced by the modern world. Its importance is increasing in Europe's unification processes. The paper offers a description of the characteristics of the demographic development in Bulgaria. The country-specific features are outlined such as the negative population growth, ageing of the population, birth rate, mortality rate, migration and their connection with the socioeconomic processes as unemployment, socioeconomic and ethnical status. Comparisons are drawn with other European countries.

38. Atanasova, E., Em. Mutafova, L. Koeva.

The Demographic Processes in Uniting Europe and Bulgaria's Role in Them. Proceedings papers from 13th Scientific and professional conference on natural resources and environmental protection „Ecological Truth“, Borsko Jezero, Serbia, 2005, p.661-665. ISBN 86-80987-31-X.

The paper focuses on the demographic trends in uniting Europe and the state of certain demographic, health and economic indicators in Bulgaria as well as Bulgaria's position as compared to the Balkan countries. In conclusion, the importance and the need for the establishment of adequate policies are pointed out in relation to the healthcare and social services as well as for policies for narrowing down of the differences in the expanding European community.

39. Мутафова, Ем., Е. Атанасова.

Европейският профил на българската здравна реформа. Сборник с доклади от научна конференция с международно участие „Европейските перспективи на националното стопанство“, Икономически университет – Варна, 2005, с. 439-449. ISBN 954-21-0227-5

Докладът разглежда тенденциите, които водят до постоянни промени в европейските здравни системи. За представяне на посоките в развитието на европейската и българската здравна реформа е използвана система от показатели (БВП на глава от населението, разходи за здравеопазване от БВП, разходи за здравеопазване на глава от населението, осигуреност с медицински персонал, осигуреност с болнични легла, среден престой, използваемост на болничните легла, брой посещения на човек при личен лекар, ниво на

профилактични имунизации) прилагана от Европейската Обсерватория по Здравеопазни Системи. В заключение са изведени алтернативните подходи за постигане на ефективни промени в българската здравна система, като независимо от различията, никой не подлага на съмнение утвърждаването на европейските здравно-политически принципи.

40. Мутафова, Ем., Ж. Рангелова, Т. Костадинова, Д. Томов, К. Докова, А. Димова, Е. Атанасова.

Бедност и здраве – резултати от социологическо изследване сред социално слаби и безработни лица. Сборник с доклади от юбилейна научна конференция с международно участие “Здравеопазването през 21 век – реалности перспективи”, Том 1, Медицински университет – Плевен, 2010, с.64-67. ISBN 978-954-756-098-7

Връзката между бедността и здравето е отдавна доказана, но признаването на борбата срещу бедността за една от целите на хилядолетието от страна на световната общност, даде нов тласък за научни изследвания. Икономическата криза и провъзгласяването на 2010 година като Европейска година за борба с бедността и социалното изключване, придават допълнителна актуалност на проблема. Целта на настоящото съобщение е да представи резултатите от петгодишното проследяване на връзката между здравето и бедността сред социално слаби и безработни лица в гр. Варна. През 2005 г. в рамките на международен проект на СЗО „Бедност, здраве, социални неравенства” е проведено полуструктурирано интервю с безработни и социално слаби лица. През 2010 г. проучването е подновено, като извадката е разширена. Анализът се основава на проведено полуструктурирано интервю сред 146 лица, при гарантиран случаен подбор, в периода април-май 2010 г. Самооценката на респондентите за промените в техния материален и социален статус категорично показва динамика към обедняване. Около 28% от лицата трайно се намират в най-голяма бедност. Тежкото си материално положение респондентите свързват най-вече с безработицата (36.43%) и с наличието на заболяване и инвалидност (20.71%). Настоящото проучване разкрива необходимостта от разширяване на научните изследвания и системно проследяване на връзката бедност-здравен статус. Налага се необходимостта от държавни специфични политики, адресирани към намаляване на бедността и особено към мониториране, изработване и прилагане на програми, адресирани към здравето на бедните слоеве от населението.

41. Рохова, М., А. Димова, Е.Атанасова.

Достъп до здравни услуги на населението в североизточния район на България. Сборник с резюмета и доклади от Първа национална конференция „Обществено здраве – глобален

приоритет в науката и практиката“, Медицински университет – Варна, 2017, с.66-73. ISBN 978-619-221-087-8

Introduction: There are different dimensions of access to healthcare services – availability, accessibility, accommodation, affordability, and acceptability.

Aim: The aim of the study is to analyze these different dimensions of access to healthcare services in the Northeast region of Bulgaria.

Material and method: Data from an inquiry are used to analyze the access to healthcare services. The inquiry was conducted in 2014 among 618 citizens of the Northeast region of Bulgaria.

Results and discussion: Access to healthcare services depends largely on the location of the respondents. There are barriers even with primary care, which creates restrictions on the use of other types of healthcare services. Half of the respondents living in villages declare that their access to the general practitioner is limited. In addition to the financial burden, a barrier to access to specialized medical care is also the lack of referrals for examinations or diagnostic tests. The barriers to physical accessibility lead to financial and time restrictions, which in turn are reasons for postponing the use of medical care.

Conclusion: The findings show that there are differences in the access to the healthcare system, depending both on the place of residence and on the income of the respondents, which is an example of health inequities. The “construction” of regional healthcare system affects the access of the population to healthcare, which in turn is a prerequisite or exacerbating the inequity.

42. Атанасова, Е., М. Вълканова, М. Рохова.

Национална здравна карта – правно регулиране и реалност. Сборник с резюмета и доклади от Първа национална конференция „Обществено здраве – глобален приоритет в науката и практиката“, Медицински университет – Варна, 2017, с.135-143. ISBN 978-619-221-087-8

Въведение: Съгласно Закона за лечебните заведения планирането и разпределението на лечебните заведения се извършва чрез Национална здравна карта и областни здравни карти. Националната здравна карта има характер на инструмент за стратегическо планиране, чието адекватно прилагане трябва да гарантира достъпност на здравните услуги при ефективно използване на ресурсите.

Цел: Целта на настоящото проучване е да се изследва и проследи развитието на правната уредба, регулираща Национална здравна карта, като същевременно се анализират и диспропорциите между практикуващите здравни професионалисти и потребността от тях в шестте региона за планиране на територията на страната.

Материал и методи: В изследването е приложен документален метод за анализ на нормативната рамка. Проучването използва данни от разработените областни здравни карти, съгласно Решение № 202 от 2016 г. на Министерски съвет.

Резултати и обсъждане: През годините са правени различни опити за обновяване на Националната здравна карта. През 2015 г. е утвърдена нова Методика за изработване на областна здравна карта, която е публикувана на интернет страницата на Министерство на здравеопазването. Анализът на областните здравни карти показва, че най-голям недостиг на общопрактикуващи лекари има в източната част на страната (Югоизточния и Североизточния регион). По отношение на специалистите като цяло не се наблюдава дефицит в отделните региони. Практикуващите медицински сестри във всички региони са значително под потребностите определени с новата методика.

Заключение: Националната здравна карта определя единствено какво да бъде разпределението на лекарите и лечебните заведения по области, но не осигурява механизмите, по които те да бъдат обезпечени. С Решение на ВАС от 12.05.2017 г. е оспорена действителността на Националната здравна карта като нормативен административен акт и прогласена нейната нищожност. Това поставя нови въпроси, чиито отговори тепърва предстоят.

УЧЕБНИ ПОМАГАЛА

43. Мутафова, Е., Е. Атанасова, Л. Коева-Димитрова.

Сборник от задачи по икономика, организация и финансиране на лечебните заведения. МУ-Варна, Варна, 2008, с. 32-51 ISBN 978-954-9685-42-8

Сборникът от казуси и задачи по икономика, организация и финансиране на лечебните заведения е предназначен за студентите от Магистърската програма по здравен мениджмънт на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов” – Варна и има за цел да подпомогне практическото обучение и самоподготовката на студентите по едноименната дисциплина.

Подбраните казуси и задачи представят реални и често срещани в управлението на лечебните заведения проблеми. Интерпретирането и обсъждането на поставените проблеми би допринесло за практиката на бъдещите управленски екипи.