

ДОКЛАД ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО МАРТ 2014

МЕЖДИНЕН ДОКЛАД
С АНАЛИЗ И ПРОГНОЗА



Междинният доклад анализира актуалните рискове пред българското здравеопазване. При изготвянето му, безпристрастно и с респект към фактите, са взети всички мерки за осигуряване на обективна и точна информация, а данните, анализите и мненията са базирани на посочените източници по начина и обхвата, изложен в доклада. Анализът и прогнозата не изразяват политически пристрастия; не третират положително или отрицателно политическата констелация; не дават аргументи за ползата или вредата от нея.

Авторите не носят отговорност за информация и материали, изхождащи от други източници и не носят пряка или косвена отговорност за неточно, непълно и превратно използване на информацията, представена в доклада. Без тяхното изрично писмено съгласие съдържанието на доклада не може да бъде променяно, преработвано, приспособявано, допълвано или от него да се изработват производни материали; не може да се цитира, освен за изследователски и учебни цели - докладът не е част от публичния, а от академичния дебат. За нанесените вреди се носи съответна имуществена отговорност.



Резюме

В настоящия доклад е направен опит за критичен анализ на състоянието на здравната система от гледна точка на ефикасност, ефективност, качество, човешки ресурси и отношение към демографската криза в страната. За целта е направен преглед на някои основни здравни и демографски показатели в динамика и сравнение с европейските страни.

Анализирана е структурата на разходите за здравеопазване по отделни дейности и изпълнители в сравнение с ЕС. Направен е анализ на загубите от временна и трайна нетрудоспособност. Очертана е тенденцията за изместване на ресурсите и инвестициите в диагностично лечебната област за сметка на финансиране на програмите за намаляване на болестността и навременната защита на общественото здраве.

Описани са рисковете от очертаните дисбаланси, включително човешките ресурси в системата. Направен е критичен преглед на взетите управленски решения и намерения и са дадени препоръки за въздействие върху рисковете на здравеопазването.



Увод

Управленски решения разбиват българския модел на здравна система, въведен през 2000 – 2001 г. Корпоративни и политически интереси правят все по-неефективно и неефикасно¹ здравеопазването у нас: след въвеждането на здравно-осигурителната система реалните официални разходи се увеличиха почти 3 пъти, при намаляване броя на пациентите с 11,4%. Неефикасността личи в динамиката на здравните и демографски показатели. Подобриенето е незначително; достъпът до качествени медицински услуги е проблематичен за редица райони в страната.

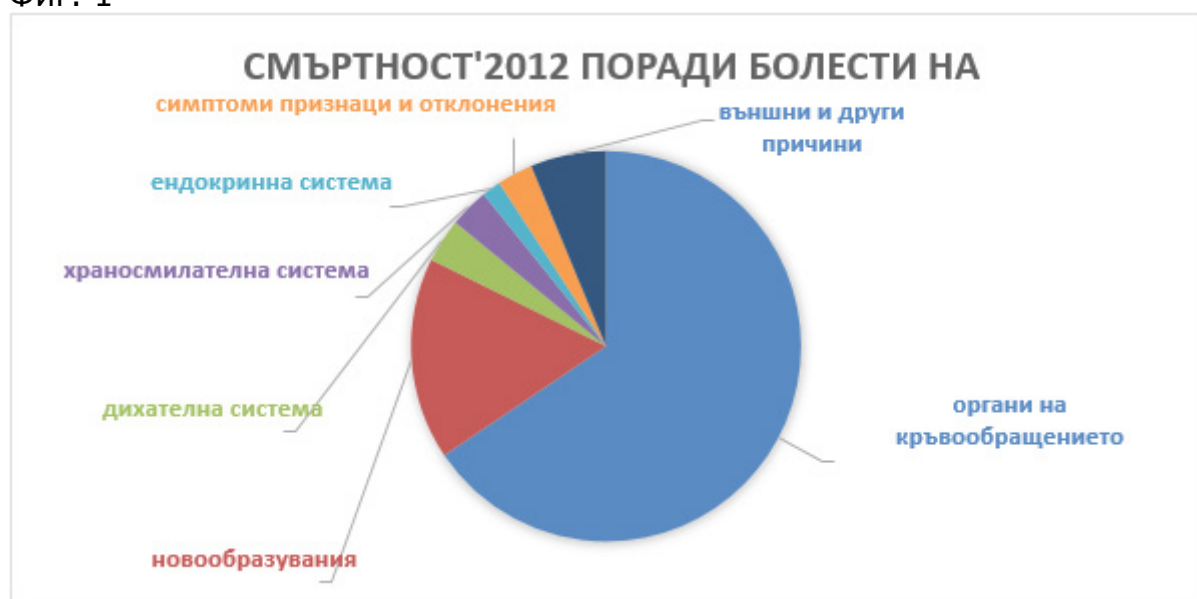
Здравните показатели на демографската криза

Раждаемост и аборти. По данни на Евростат, през последните години раждаемостта в България е на равнището на раждаемостта в редица европейски страни (Испания, Латвия, Унгария, Румъния). Коефициентът на раждаемост общо за Европейския съюз е 10.6‰, за България той е 9.5‰ (2012). Броят на абортите у нас през 2012 г. е 29 992, което е почти половината от ражданията в страната; коефициентът спрямо живородените – 434‰ е почти 2 пъти по-висок от средния за ЕС, където е 222‰, като показателят е по-висок само за Естония и Румъния. Показателят за мъртворождаемостта за страната (8.0‰) е също 2 пъти по-висок от средната стойност за ЕС (4.0‰).

Общата смъртност през 2012 г. в България е 15 ‰ при средно 9.6‰ за

27-те страни от ЕС.² В структурата на смъртността по причини болестите на органите на кръвообращението (БОК) са на първо място, следвани от новообразуванията. За десетгодишен период процентът на БОК показва леко снижение с малки колебания от 68% през 2002 г. до 65.6% през 2012 г. Новообразуванията показват тенденция към увеличение на относителния дял спрямо останалите заболявания от 14% през 2002 г. до 16.74% през 2012 г. (фиг. 1). По този показател България заема средно място в ЕС, но тревожното е че, обратно на намаляването на тази смъртност в ЕС, у нас има устойчиво увеличение на показателя от 2000 г. досега (WHO Regional Office for Europe, 2011).

Фиг. 1



За сравнение смъртността от болести на органите на кръвообращението в ЕС е почти три пъти по-ниска, отколкото в България – 216 срещу 592 ‰.

Детска смъртност. През 2012 г. в страната са умрели 536 деца на възраст до една година. Коефициентът на детска смъртност е 7.8‰, най-ниският в демографското развитие на страната. Независимо от положителната тенденция за намаляване на нивото ѝ, детската смъртност продължава да е по-висока от тази в европейските държави. Коефициентът на детска смъртност общо за Европейския съюз е около два пъти по-нисък (4.1‰) (Приложение 1). Перинаталната детска смъртност продължава да се задържа висока и през последните години. През 2012 г. е 11.0 на 1000 родени деца, като остава 1.5 пъти по-висока от средния показател за Европейския съюз (7.2‰). Неблагоприятни стойности се установяват и по отношение на другите повъзрастови показатели за детска смъртност (неонатална и постнеонатална), сравнени със средните стойности за ЕС. Неонаталната детска смъртност е 4.5‰ през 2012 г. Средната стойност на този показател в Европейския съюз (2.7‰) непрекъснато намалява и е 1.7 пъти по-ниска от тази за България. Постнеонаталната детска смъртност показва намаление през последните години

и през 2012 г. е 3.3‰, но въпреки това остава 2.4 пъти по-висока от средната стойност за Европейския съюз (1.4‰).

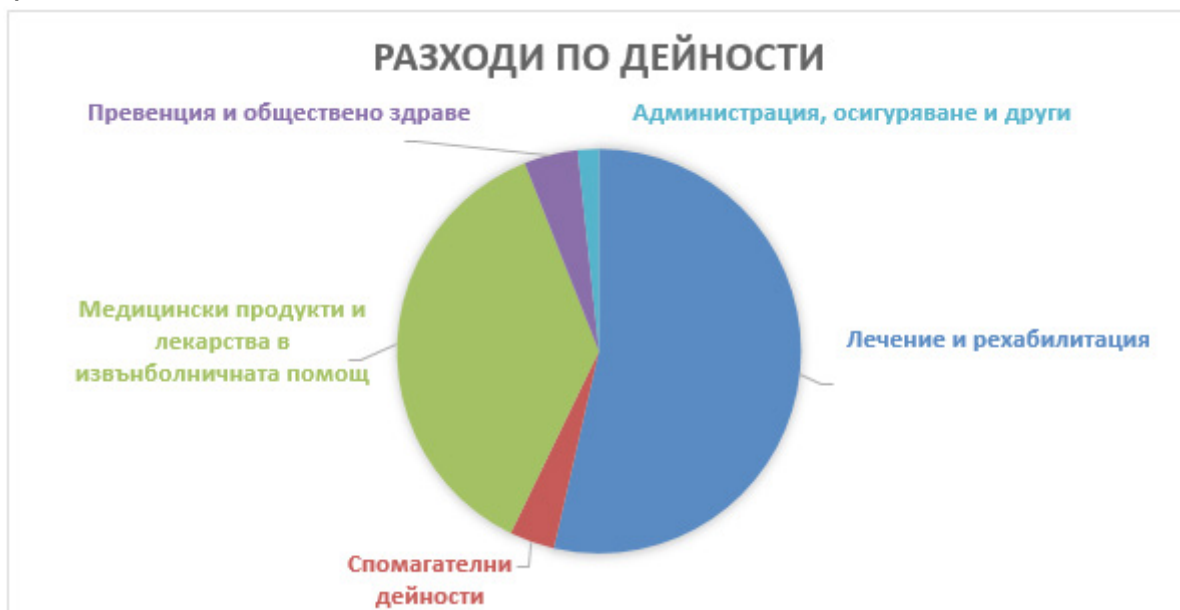
Ранният обхват на бременните е важен индикатор за първичната и специализираната АГ извън болнична помощ. По данни от различни източници има основание да се счита, че по този индикатор България сериозно изостава от останалите европейски страни; анализът на данните през последните години буди сериозна тревога; те са много лош атестат и недвусмислено показват връзката на този процес с високата перинатална детска смъртност както общо за страната, така и по области.³ От началото на 2012 г. до 30 юни същата година 2316 жени са получили одобрение за започване на ин-витро процедури. Към момента родените от ин-витро деца са 436, а бременните жени – 472. Изразходваните средства за дейността са в размер на 6 467 945 лв.⁴

Преждевременната смъртност намалява. През 2012 г. тя е 22.3% срещу 23.3% през 2011 г. и е два пъти по-висока сред мъжете – 29.8%, отколкото сред жените – 14.2%. Общият показател за преждевременната смъртност за Европейския съюз е близо 22%. Очакваната продължителност на живота при раждане показва положителна тенденция през последните години и достига 74.02 през 2012 г. Сравнена с останалите страни членки на ЕС обаче, тя е най-ниска (79.5 средно за ЕС 28). Това е най-синтетичният показател за изоставането на българското здравеопазване.

Неефективната структура на разходите за здравеопазване

Разходите за диагностика и лечение (главно болнично) са много по-високи (над 90%), отколкото за първичната медицинска помощ, профилактиката и промоцията. Това затваря порочен кръг – лечение без превенция и грижи за общественото здраве (само 4.3% от разходите).⁵

Фиг. 2



Източник: Евростат 2011.

Неефективно е съотношението между разходите за болнична извън болнична помощ у нас – 41% спрямо 16.7 %. За сравнение, във Франция разходите за извънболнична помощ са около три четвърти от разходите за болнична помощ. В Унгария за първична и специализирана извънболнична помощ се изразходват около 30% към 53% за болнична помощ. В Литва това съотношение е 34 % за болнична към 20% за извънболнична помощ.

Фиг. 3



Източник: Евростат 2011

Неефективността на управлението на ресурсите нараства. Увеличаването на разходите за болнична помощ и лекарства се запазва през 2013 и 2014 г. (Приложение 2).

Причината за нарастващата диспропорция в разходите за здравеопазване е, че през последните 10 години прекомерно се разрасна лечебното здравеопазване за сметка на превенцията и ранната диагностика. Средствата и инвестициите за скъпоструващо лечение непрекъснато се увеличават.⁶ Формират се устойчиви порочни кръгове: все повече болни – все повече скъпо струващи интервенции и средства за високи медицински технологии. Сърдечно-съдовите заболявания и инвазивната кардиохирургия са показателен пример: в ЕС през последните 30 години смъртността при коронарни инциденти е намаляла с 50%; у нас смъртността от исхемична болест и остър инфаркт на миокарда показват тенденция към незначително намаление. Само за една година общо отчетените случаи на инвазивни процедури, спрямо отчетените през предходната (2007 – 2008) са нараснали с 46%.⁷ Увеличаващият се брой дейности по инвазивна кардиология не намалява болестите на сърдечно-съдовата система като причина за умирация. Причините са:

- относително високата стойност на клиничните пътеки по инвазивна кардиохирургия, сравнени с други (напр. белодробни КП),

- създаването на изкуствено търсене на услугата, без точна оценка на реалната нужда (индуцирано търсене),
- липсата на съпътстващи мерки за подобряване начина на живот (отказ от вредни навици, промяна в диетата, двигателна активност, намаляване на стреса и пр.) както преди, така и след проведената интервенция.

За постигане на устойчив резултат високотехнологичната медицина трябва да се съчетава с обществено-здравни подходи и програми, за които почти няма финансиране.

Структурата на разходите се влошава от растящия брой на болнични заведения. По данни от НСИ, броят на болниците през 2001 г. е 244 с 52 712 легла, през 2005 г. е 262 болници с 45 537 легла, а към 31.12.2012 г. е 339 с 48 308 легла. Броят на леглата в страната на 1000 души е 652 – с 21 % повече отколкото в ЕС (538 %)⁸ НЗОК сключва договор с всяка новопоявила се болница, поради което се наблюдават: а) хронични и нарастващи болнични дефицити, покривани от НЗОК; б) упадък на общинските и държавните болници и концентриране на високоспециализираните услуги в големите градове; в) все по-неадекватна структура на системата на здравеопазването.

Частните болници от една страна създават пазар в предлагането на болнични медицински услуги; въвеждат модерни технологии и привличат нови инвестиции; имат качествено по-добро управление и привличат лекарски и сестрински персонал с добро заплащане, оптимална натовареност, модерно оборудване и трудова среда с човешки отношения.

От друга страна, е големият брой на болниците. Поради безпринципното остойностяване на клиничните пътеки (КП), което не е съобразено с научна оценка на здравните потребности; в резултат на натиск на различни лобита върху НЗОК е деформиран балансът между потребности и предлагани услуги. Извършва се отрицателна селекция на пациентите (т. нар. cream skimming); завишава се броят на хоспитализациите (феноменът на „въртящата се врата“); индуцира се търсене на скъпоструващи медицински услуги (supplier induced demand), което не отговаря на реалната нужда от тях.⁹ Всичко това води до изкривяване на здравната статистика, а оттам невъзможност за управление на здравеопазването съобразно реалните потребности от него.¹⁰

Временна и трайна неработоспособност = неефикасно здравеопазване

Трайно намалената работоспособност. След 2008 г. се увеличава броят на пожизнените лица с трайно намалена работоспособност (ТНР), който достига през 2012 г. до 39 738 лица (23.0% от всички освидетелствани и преосвидетелствани). Броят на освидетелстваните и преосвидетелствани лица с ТНР/вид и степен на увреждане е значителен – през 2012 г. е 172 555 души. Най-висок е относителният дял на тези лица между 50 – 59 г. (37.5%),

следвани от тези над 60 (36.1%). Всяко четвърто лице с ТНР над 16 годишна възраст е с над 90% трайно намалена работоспособност (23.7%).

Фиг. 4



Източник НЦОЗА

След 2008 г. се регистрира увеличаване на броя на освидетелстваните деца до 16-годишна възраст, признати за лица с вид и степен на увреждане, който през 2012г. е 4566 деца (при 4797 за 2011 г.) или 4.4 на 1000 население до 16 години (4.6% за 2010 2011г.). Най-голям е броят и делът на децата със степен на увреждане 50 – 70% – 2 164 (47.4%). Всяко пето дете с увреждане е със степен 71-90% увреждане (18.4%), с най-тежката степен (над 90%) са 14.0%.¹¹

Временната неработоспособност показва вероятните оперативни загуби на отработени човечески часове за икономиката. (Приложение 3) През 2013 г. те са 3,3 %, на които отговаря 2,6 млрд. лв. непроизведен брутен вътрешен продукт на България.



Рисковете от и за медицинския фактор

През 2007 г. осигуреността с лекари в България е 36,5%, а с лекари по дентална медицина – с 8,4%. Броят на медицинските сестри е намалял почти наполовина. Съотношението лекари/медицински сестри през 2006 г. у нас е 1:1, докато в страните от ЕС е 1:2,26. По данни от НСИ¹² към 31. 12.2012 г. в страната има 28 643 лекари, 6 706 лекари по дентална медицина и 47 806 медицински специалисти по здравни грижи. Разпределението на тези специалисти по икономически райони в абсолютни стойности и на 1000 души в страната е дадено в Прил. 3. През 2008 г. все още България е на пето място в ЕС по брой на лекари на 100 000 души население, но през последните няколко години външната миграция се засилва.¹³

Поради засилващата се вътрешна миграция, се увеличава неравномерността в разпределението на човешките ресурси в страната. Това ограничава достъпа до специалист, респ. болнична помощ. По експертни оценки, над 37 % от студентите по медицина изявяват желание да заминат в чужбина.¹⁴

Възрастовия състав на работещите лекари и специалисти по здравни грижи показва сериозно застаряване като средната възраст е 52 г.¹⁵ От общо 4 723 лични лекари в цялата страна, половината все още не са довършили своята специализация, а 678 въобще нямат специалност. Около 2000 практики би трябвало да бъдат закрити до средата на годината, ако не се направят съответните законови промени.¹⁶



Критичен анализ на управленските решения

Управленските решения, причинили сегашното състояние на здравеопазването, започват още в 2001 г със спирането на приватизацията на лечебните заведения. Ефектът е бурно увеличаване на частните болници, упадък на общинските и държавни болници, неравнопоставеност и неравномерност в предлагането на услугите, дефицити на бюджета на НЗОК.

- Прехвърлянето на големия резерв на НЗОК в централния бюджет лиши Касата от практическата възможност да финансира преразход при епидемия, катастрофа и пр.
- Премахване на разумните ограничения за достъп до болнична помощ причини свръхползване, ненужно натовари бюджетите на болниците и е една от причините за системните им дефицити. Прехвърлянето на медицинския одит на подчинение на министъра лиши НЗОК от механизъм за ограничаване на разходите. Касата няма средство да оцени свръх и недофинансирането на клиничните пътеки и замества това с административни мерки.
- Не се решават сериозните недостатъци на клиничните пътеки като метод за финансиране: не се приемат предложенията за въвеждане на коефициенти за тежест, коморбидност; не се въвеждат по-гъвкави форми на отчитане на болничната дейност. Отказът да се публикуват списъци на чакащите и да се въведат аргументирани механизми за официално доплащане в болниците създава недоволство сред пациентите. Недоволство от клиничните пътеки е на всички нива в системата: сред медиците поради тежките административни изисквания по отчитането и сред управлението, поради недостовърната статистика и нарастващите злоупотреби.
- Въвеждането на делегираните бюджети за болниците е крачка към административното им финансиране. Последната мярка на НЗОК – да намали бюджетите на лечебните заведения с до 20% – се прави отново поради риск от дефицит за бюджета на Касата. Но рискът се прехвърля

върху някои категории лица, които ще загубят достъп до медицинска помощ, а болници ще натрупат нови неразплатени задължения. Предвижданото ограничаване на договорите с болничните заведения не е обвързано с критерии за качество. Акредитацията, като основен комплексен метод за качествена оценка, от доброволна се превръща в задължителна. На практика, тези предложения обезсмислят идеята за акредитация, която е доброволен процес.

- Административните опити предвиждат към описателната част от Националната и областните здравни карти да се прибави планиране на броя болнични легла съобразно идентифицирани нужди.
- Ограничаването на инвестиционните намерения за разкриване на нови лечебни заведения¹⁷ противоречи на пазарната и икономическа логика, възпрепятства създаването на временна заетост, икономическо развитие и конкуренция. Подходът е напълно погрешен, при положение, че частните болнични заведения са ефективни, устойчиви и с пазарна гъвкавост.
- Преминаването на дейностите по лечение на безплодие, основно чрез методите на асистирана репродукция за финансиране от НЗОК към Министерството на здравеопазването като организационна промяна е правилно, но тези средства (7 млн. лв. с възможни още 3 млн. лв.¹⁸ са несъответни на тези за превенция на стерилитета.
- Палиативни са решенията на проблема със специализацията на ОПЛ.



Заклучение и необходими действия

В резултат на описаните управленски решения постепенно се създаде социална, икономическа, финансова, политическа и правна среда, която тежко изкривява модела на здравеопазване, създава условия за хаос и провокира желание за въвеждане на все по-централизиран стил на управление. Медицинските услуги прогресивно се изместват към болничната помощ и високоспециализираните дейности за сметка на извънболничната първична и специализирана помощ. В резултат се наблюдават все по-задълбочаващи се пороци и дефекти на здравеопазването и отдалечаването му от европейските стандарти. Неефективното финансиране, несъобразено с реалните здравни потребности причинява хроничен дефицит в системата, корупционни практики, увеличаващи се нерегламентирани плащания. Нарастващият брой неосигурени лица и общото недоволство накрая компрометират солидарния модел.

Ефикасни ефективни управленски въздействия изискват:

Първо. Създаване на липсващите сега обективни данни за всички ключови взаимно непротиворечиви и обвързани здравни и демографски показатели. Ревизиране на цялата здравно-статистическа информация от гледна точка

на нейната достоверност, както и на наличните данни от епидемиологичните изследвания.

Второ. Обективен анализ на здравното състояние на нацията, основан на изработване на Национална здравна карта, по показателите за болестност и смъртност, по причини и по области на страната, въз основа на достоверна и налична информация.

Трето. Стратегията на българското здравеопазване следва да се фокусира изцяло върху приоритетните показатели за здравното състояние на нацията, от които зависи излизането на страната от демографската криза. Здравната система (НЗОК, болници и пр.) не са част от тези цели, а средство за тяхното постигане.

Четвърто. Приоритетите на целите определят приоритетните рискове за здравето на нацията. Тези рискове ще позволят реално остойностяване на здравно-промотивни и превенционни програми в общественото здраве; на гарантиран базисен пакет от медицински услуги и на клиничните пътеки въз основа на: а) данните за болестността, б) наличието на съответните ресурси по областните здравни карти, в) въвеждането на коефициенти за тежест и коморбидност, г) обхвата на гарантирания базисен пакет от медицински услуги. След това и съответно на приоритетите, следва да се планират ресурси за предоставяне на медицински услуги.¹⁹

Пето. Управленските въздействия дотук ще позволят да бъде възстановен общественият характер и политическа независимост на НЗОК, както и доверието в солидарния модел. Акредитацията на болниците следва да остане доброволен процес, но да бъде обвързан с възможностите за сключване на договор с НЗОК. Конкуренцията на солидарно-осигурителните модели следва да бъде насърчена с определяне на допълнителни пакети за доброволните здравно-осигурителни дружества и очертаване на границата между застраховане и осигуряване.

Шесто. Специализацията на общопрактикуващите лекари следва да бъде насърчена със създаване на стимули и увеличена държавната поръчка за дефицитните специалности.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

| | Birth rate 2012 | Death rate 2012 | Infant mortality rate 2012 |
|--|--------------------|--------------------|-------------------------------|
| European Union (27 countries) (a) | 10,4 1 | 9,6 1 | 3,9 1 |
| Austria | 9,3 | 9,4 | 3,2 |
| Belgium | 11,4 p | 9,3 p | 3,3 |
| Bulgaria | 9,5 | 15,0 | 7,8 |
| Cyprus | 11,3 1 | 6,5 1 | 3,1 1 |
| Czech Republic | 10,3 | 10,3 | 2,6 |
| Denmark | 10,4 | 9,4 | 3,4 |
| Estonia | 10,9 | 12,0 | 3,6 |
| Finland | 11,0 | 9,6 | 2,4 |
| France (Metropolitan) | 12,5 p | 8,8 p | 3,3 |
| Germany | 8,2 | 10,5 | 3,4 |
| Greece | 9,4 1 | 9,8 1 | 3,4 1 |
| Hungary | 9,1 p | 13,1 p | 4,9 □ |
| Ireland | 15,7 p | 6,3 p | 3,5 1 |
| Italy | 9,0 1 | 9,8 1 | 3,2 1 |
| Latvia | 9,8 | 14,3 | 6,3 |
| Lithuania | 10,2 | 13,7 | 3,9 |
| Luxembourg | 11,3 | 7,3 | 2,5 |
| Malta | 9,8 | 8,1 | 6,3 1 |
| Netherlands | 10,5 | 8,4 | 3,6 1 |
| Poland | 10,0 | 10,0 | 4,6 |
| Portugal | 8,5 p | 10,2 p | 3,4 |
| Romania | 9,4 p | 12,0 p | 9,0 |
| Slovakia | 10,3 | 9,7 | 5,8 |
| Slovenia | 10,6 p | 9,3 p | 1,6 |
| Spain | 9,9 p | 8,9 p | 3,5 |
| Sweden | 11,9 | 9,7 | 2,6 |
| United Kingdom | 12,8 p | 8,9 p | 4,2 1 |

Източник СЗО

Приложение 2

Бюджетни сметки на НЗОК по направления за 2013 и 2014 г. в лева.

| Година | 2013 | 2014 | Ръст в % |
|--|---------------|---------------|----------|
| Дейност по КП и процедури | 1 061 000 000 | 1 160 000 000 | 10% |
| Медицински изделия в болничната медицинска помощ | 59 000 000 | 62 000 000 | 5% |
| Лекарства за онкологични заболявания | 85 500 000 | 144 000 000 | 41% |
| Общо | 1 205 500 000 | 1 366 000 000 | 13% |

Източник: Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса (ЗБНЗОК)

Приложение 3

| | 2010 г. отчет | 2011 г. отчет | 2012 г. отчет | 2013 г. отчет |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Разходи за парични обезщетения за временна неработоспособност в лева-ОБЩО | 306 361 549 | 256 296 352 | 281 591 616 | 329 580 500 |
| брой изплатени обезщетения | 2 461 608 | 2 018 443 | 2 112 867 | 2 380 159 |
| брой изплатени дни | 15 304 577 | 12 618 138 | 13 555 914 | 15 196 344 |
| за общо заболяване - лева | 252 742 962 | 210 272 400 | 230 142 157 | 271 922 643 |
| брой изплатени обезщетения | 2 001 167 | 1 629 808 | 1 702 561 | 1 932 931 |
| брой изплатени дни | 12 557 600 | 10 336 807 | 11 079 665 | 12 541 415 |
| за гледане болен член от семейството и карантина- лева | 11 543 590 | 8 125 694 | 9 162 459 | 10 702 678 |
| брой изплатени обезщетения | 205 878 | 161 742 | 167 977 | 187 738 |
| брой изплатени дни | 647 445 | 441 020 | 472 010 | 519 450 |
| за нетрудови злополуки - лева | 42 074 997 | 37 898 258 | 42 287 000 | 46 955 179 |
| брой изплатени обезщетения | 254 563 | 226 893 | 242 329 | 259 490 |
| брой изплатени дни | 2 099 532 | 1 840 311 | 2 004 239 | 2 135 479 |

Източник: Регистър „ПОПДОО“, Касов отчет на бюджета на ДОО, НОИ.

Приложение 4



БЕЛЕЖКИ

- ¹ http://www.dnevnik.bg/analizi/2010/01/18/843952_zdraveopazvane_do_dupka/
- ² http://www.ined.fr/en/pop_figures/developed_countries/birth_and_death_rates_infant_mortality_rate/
- ³ Захариев, Б, Хинков, Х; и съавтори: Лицата на детската бедност; UNICEF, Институт Отворено общество, 2010, ISBN 978-954-9828-93-1 http://www.osf.bg/downloads/File/text_det_bednost_2.pdf
- ⁴ http://www.far-bg.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=32
- ⁵ <http://www.hspm.org/searchandcompare.aspx>
- ⁶ <http://www.google.bg/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=6&ved=0CFEQFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.parliament.bg%2Fpub%2FCw%2F->

20140124045044Dokald_za_zdraveto_2012_final.doc&ei=qcUiU9juOcnjswae_YH4BQ&usg=AFQ-
jCNGIhbdhTNXpl0LQID8Msq77QR2A0A&sig2=eXcbIAYxGAZoTJrwZIPHrA&bvm=bv.62922401,d.Yms

⁷ Петрова, Зл., Генов, Стр., „Здравна политика и мениджмънт“, 2009, № 6, 12–20, София <http://www.scribd.com/doc/50046342/Invazivna-Cardiologia>

⁸ <http://www.nsi.bg/bg/content/3310/%D0%BB%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%B1%D0%BD%D0%B8-%D0%B8-%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%B8-%D0%B7%D0%B0%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D0%BD%D0%B0-3112>

⁹ http://en.wikipedia.org/wiki/Supplier-induced_demand

¹⁰ Пример за изкривяване на здравно-статистическата информация е отпадането на някои клинични пътеки свързани с по-леки нарушения (напр. преходно нарушение на мозъчното кръвообращение). Болницата приела болен със съмнение на инсулт, който се оказва само преходно нарушение е принудена да отчете инсулт, за да си възстанови разходите и така статистическата информация постъпваща в НЗОК се оказва невярна. Нещо повече, болен с такава диагноза може да се яви на ТЕЛК, създавайки допълнителен разход.

¹¹ Доклад за здравето на нацията 2012

¹² http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/HealthEstabl2012_WK79CQZ.pdf

¹³ http://www.knsb-flexicurity.org/docs/pdf/Analysis_1.4_04.pdf

¹⁴ <http://www.google.bg/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=10&ved=0CI-QBEBYwCQ&url=http%3A%2F%2Fwww.osf.bg%2Fdownloads%2Ffile%2F2012%2FPresentation%252018%252012.pptx&ei=8rghU6WHFeXB7AbdjoGYAw&usg=AFQjCNHYxnld5lqOCYXUK-AwaKAPAA2ytPA&sig2=Y-xJDxcBQCU3nfy9p-7yuA>

¹⁵ <http://www.24chasa.bg/Article.asp?ArticleId=1483621>
http://politiki.bg/?cy=252&lang=1&a0i=223958&a0m=readInternal&a0p_id=990

¹⁶ http://healthy.actualno.com/Zakrivat-2000-lekarski-praktiki-do-uni-news_16810.html

¹⁷ <http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?pageid=393&categoryid=6658>

¹⁸ <http://www.parliament.bg/bg/parliamentarycommittees/members/2077/reports/ID/4475>

¹⁹ http://politiki.bg/?mod=osf&lang=1&c=cc_osf_heading&m=readDoc&p_id=951&p_inst=321121