

Цената на здравето в България: споделени отговорности и парични потоци

Ралица Велева*

Резюме: Настоящата разработка представлява опит за извеждане и проследяване на връзката между институционалните отговорности и паричните потоци за изпълнение на националната здравна политика. Прави се обзор на нормативната уредба, споделената публично-частна отговорност и държавната разходна политика за поддържане на здравната система в страната. България е представена в сравнителен план спрямо останалите членки на Европейския съюз. Открито е незадоволителното равнище на публични разходи и същевременно високите частни разходи, които прави българинът за своето здраве. Направен е анализ по основни показатели, имащи отношение към цената на здравето: общи разходи за здравеопазване, в т.ч. публични и частни разходи. В разработката се поддържа тезата, че публичните разходи трябва да бъдат увеличени и да се търсят алтернативни форми за финансиране на системата на здравеопазване в България. Целта е да се постигне по-високо качество на здравните услуги, но не за сметка на бюджета

на домакинствата. Тази необходимост се налага поради установената пряка и положителна връзка между публично финансиране и очаквана продължителност на живота.

Ключови думи: здравеопазване, публични разходи, частни плащания, споделени отговорности.

JEL: H5, I13, I18.

Въведение

В условията на „пост“-Ковид възстановяване на държавите и обществата в страните от Европейския съюз, здравните системи са организирани и управлявани по различни начини. Всички те обаче се основават на базовата идея за универсален достъп до качествено здравно обслужване на достъпна цена както за отделните индивиди, така и за обществото като цяло. Настоящата разработка не цели да осветли проблемните полета в здравните системи вследствие на неизбежната криза, предизвикана от пандемията, а по-скоро да постави акцент върху финансовите аспекти на здравната система в България в сравнителен европейски план. Българската здравна система е основана на схема за задължително социално здравно осигуряване, а доброволното здравно осигуряване не играе ключова

* Ралица Велева е доктор, главен асистент в катедра „Публична администрация“ на УНСС.

роля при финансовата рекапитулация на здравеопазването (Здравен профил на страната 2021, 2022, с. 8). Въпреки това, делът на лични плащания от страна на пациентите значително надхвърля средните стойности за ЕС. Източниците на финансиране за страните от ЕС са правителствени разходи, задължителни здравноосигурителни вноски и други финансови източници. В текста по-долу се открояват три основни момента, а именно: организация и управление на системата на здравеопазване в България, публично финансиране на здравната система и частно финансиране. Използвани са емпирични данни за разходите за здравеопазване, чрез които се цели да се оцени как здравната система отговаря на предизвикателството за универсален достъп до качествено здравно обслужване чрез измерване на финансовите ресурси в рамките на сектора на здравеопазването и разпределението на тези ресурси между различни здравни дейности. Към 2022 година, предоставените и отчетени най-актуални данни от европейската статистика (Евростат, 2022 (1)) са за 2019 година. Поради тази причина анализът основно се фокусира върху периода до 2019 г. вкл. В първата част от разработката се използват данни от ОИСР, които дават информация за абсолютните стойности и относителния дял по различни показатели, отнасящи се до разходите за здравеопазване за 2020 г.

1. Обща картина на отговорностите и средствата за здраве в България

Доброто здраве на българските граждани е един от националните приоритети за страната ни. За неговото

постигане се спазват определени принципи като: равнопоставеност, достъпна и качествена здравна помощ, превенция, държавно участие при финансиране на здравеопазването и др. Въпросите, свързани с опазване на здравето на хората, са третираны в различни закони и подзаконни нормативни актове, а базовите са:

- **Законът за здравето** (33), който урежда въпросите, свързани с националната система за здравеопазване, дейностите по опазване на здравето, медицинското обслужване, здравната закрила на определени групи от населението, психичното здраве на гражданите, неконвенционалните методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве и др.
- **Законът за здравното осигуряване** (33О), който урежда въпросите, свързани със задължителното и доброволното здравно осигуряване, медицински контрол и др.
- **Законът за лечебните заведения** (3ЛЗ), който урежда въпросите, свързани с контрола на лечебните заведения и на медицинските дейности, видовете лечебни заведения, създаването и закриването на лечебни заведения. В Закона е регламентирано, че източниците за финансирането на лечебните заведения са: Националната здравноосигурителна каса, т.е. чрез вноските от задължителното здравно осигуряване, държавният и общинските бюджети, застрахователи, които са лицензирани по Кодекса за застраховането, т.е. доброволно здравно осигуряване, местни и чуждестранни юридически и физически лица, в т.ч. и бюджетът на домакинствата.

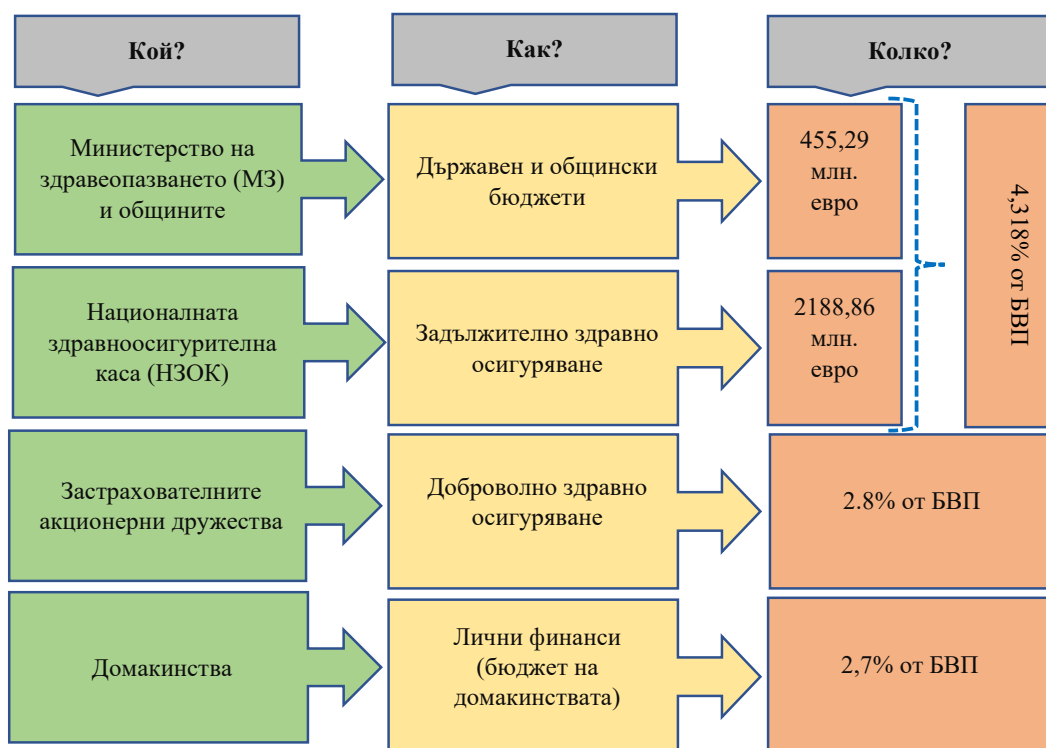
Социално развитие

На фигура 1 е представена общата картина на отговорностите и паричните потоци за здраве в България. Дават се отговори на въпросите чия отговорност е финансирането на здравеопазването, по какъв начин се осъществяват плащанията за здраве и колко точно са те в % от БВП за 2020 г.

Средствата, които се набират чрез задължителното здравно осигуряване, би следвало да удовлетворяват, ако не в пълна, то поне във висока степен потребностите от здравни грижи за гражданите, но на практика в България ситуацията е по-различна. Към 2020 г. публичното финансиране на здравеопазването в страната възлиза на 4,3% от БВП, докато доброволното здравно осигуряване

и личните плащания от гражданите формират 5,5% от БВП. Следователно, разходите за здравеопазване, направени от държавния и общинските бюджети в комбинация със здравноосигурителните вноски, са с 1,2 п.п. по-ниски отколкото тези, които са направени чрез други финансови схеми – доброволно здравно осигуряване и лични финанси. Доброволното здравно осигуряване се извършва въз основа на договор за медицинска застраховка, т.е. вноските по него се поемат от работодателите и/или от гражданите (Закон за здравното осигуряване).

От институционална гл.т., държавната здравна политика се ръководи и осъществява от Министерски съвет, който одобрява Национална здравна стратегия,



Фигура 1. Обща картина на отговорностите и паричните потоци за здраве в България

Източник: авторова интерпретация, по данни на ОИСР, 2022

която, както всеки нормативен акт, се приема от Народното събрание. От организационно-управленска гл.т., държавната здравна политика в България се реализира от Министерството на здравеопазването (МЗ). В организационната структура като един от второстепенните разпоредители или деконцентриран орган на МЗ са Регионалните здравни инспекции (РЗИ). Регионалните здравни инспекции осъществяват държавната здравна политика на територията на двадесет и осемте области в България. Дейността на инспекциите е насочена към изпълнението на редица стратегически цели, а именно:

- реализиране на държавната здравна политика на областно равнище;
- установяване на здравната профилактика като задължителен елемент в здравната система;
- повишаване на ефективността на държавния здравен контрол;
- повишаване качеството на медицинското обслужване.

Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) осъществява задължителното здравно осигуряване, което е дейност по предоставяне на пакет от здравни услуги. Дейността на НЗОК е подкрепена от нейните деконцентрирани териториални поделения – районните здравноосигурителни каси (РЗОК). Набирането на средства от задължителните здравноосигурителни вноски се осъществява от Националната агенция за приходите. С оглед повишаване на качеството и осигуряване на свободен достъп на гражданите до здравни услуги, е важно да се осъзнае ролята на здравното осигуряване. То е инструментът, чрез който се набират здравноосигурителни вноски и премии,

които впоследствие се използват за здравни дейности, услуги и заплащане на медицински стоки (Закон за здравното осигуряване). Следователно, задължителното здравно осигуряване олицетворява в пълна степен изконните обществени норми и се вписва в дефиницията за публично – „от народа, за народа, на народа“ (Жекова, 2021). Вноските за задължително здравно осигуряване представляват един от основните източници за публично финансиране за здравеопазването. Те се правят от гражданите и работодателите, а държавата осигурява децата, пенсионерите и лицата с ниски доходи. Допълнителните данъчни приходи се разпределят чрез годишните бюджети на Министерството на здравеопазването и общините (OECD, 2022). Задължителното здравно осигуряване се осъществява въз основа на базови принципи като:

- задължителното участие на всички български граждани при набирането на вноските;
- участие на държавата, осигурените лица и работодателите в управлението на НЗОК;
- солидарност на осигурените при ползването на набраните средства, т.е. преразпределение на средствата към нуждаещите се от здравни услуги;
- отговорност на осигурените лица за собственото им здраве, в т.ч. провеждане на рутинни профилактични прегледи и изследвания;
- равнопоставеност на всички български граждани при ползването на медицинска помощ и др. (Закон за здравното осигуряване).

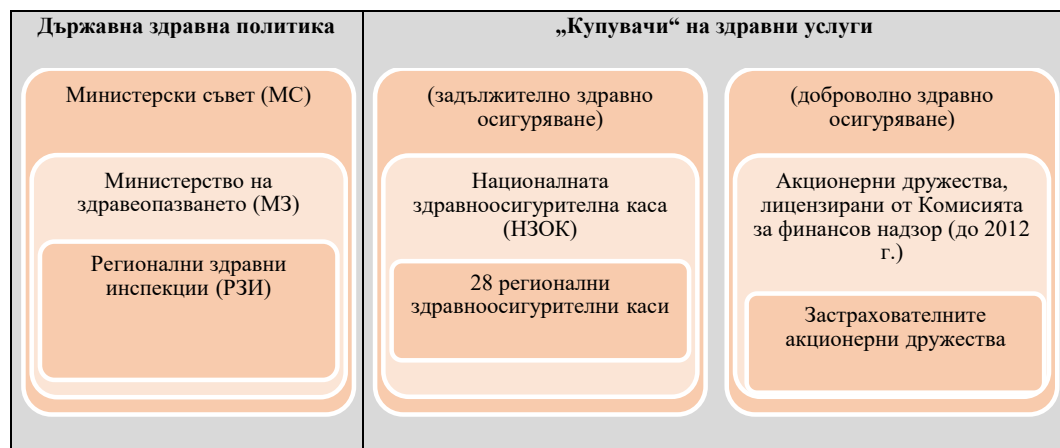
На фигура 2 са представени институциите и организациите, които са пряко

отговорни за организацията и управлението на здравеопазването у нас.

Наред със спецификите, които носи българската здравна система от гл.т. на разпределение на отговорностите между институциите, потока на парични средства от различните субекти, участващи в процеса, са налице и предизвикателства, свързани с кадровото осигуряване и развитие (Krasteva, 2022). Същевременно се наблюдава неравномерно разпределение на медицинските специалисти на територията на България и липсата на активни правителствени мерки за тяхното задържане в страната (Shotarova, 2022), а доверието в държавната здравна политика от страна на потребителите на здравни услуги е отслабено (Valcheva, 2022). Тези предизвикателства остават незасегнати от настоящата разработка, но тяхната роля за по-доброто функциониране на здравната система у нас не е по-малко значима.

2. Общи разходи за здравеопазване в ЕС и България

Правителствените схеми осигуряват финансирането на 28,2% от всички разходи за здравеопазване в ЕС през 2019 г., докато схемите за задължително здравно осигуряване с вноски и задължителните медицински спестовни сметки възлизат на 51,5%. Като такива тези два източника представляват 79,7% от цялото финансиране. В България обаче държавните разходи формират едва 10,4%, т.е. 17,8% под средните за ЕС. Средствата от задължителното здравно осигуряване пък са 50,2%, което отново е под средните стойности за Съюза (51,5%). Следователно, сборът от двата публични източника формира общо 60,4% или с близо 20 п.п. по-нисък относителен дял от стойностите за ЕС. При личните плащания се наблюдава противоположна тенденция – личните плащания в България (39,4%) надвишават грастично средните стойности за ЕС (20,3%). През 2019 г. в България



Фигура 2. Организация и управление на системата на здравеопазване в България

Източник: авторова интерпретация

Забележка: В Здравния профил на България 2021, НЗОК е припозната като „купувач“ на здравни услуги и идеята е адаптирана при илюстрирането на настоящата институционална структура

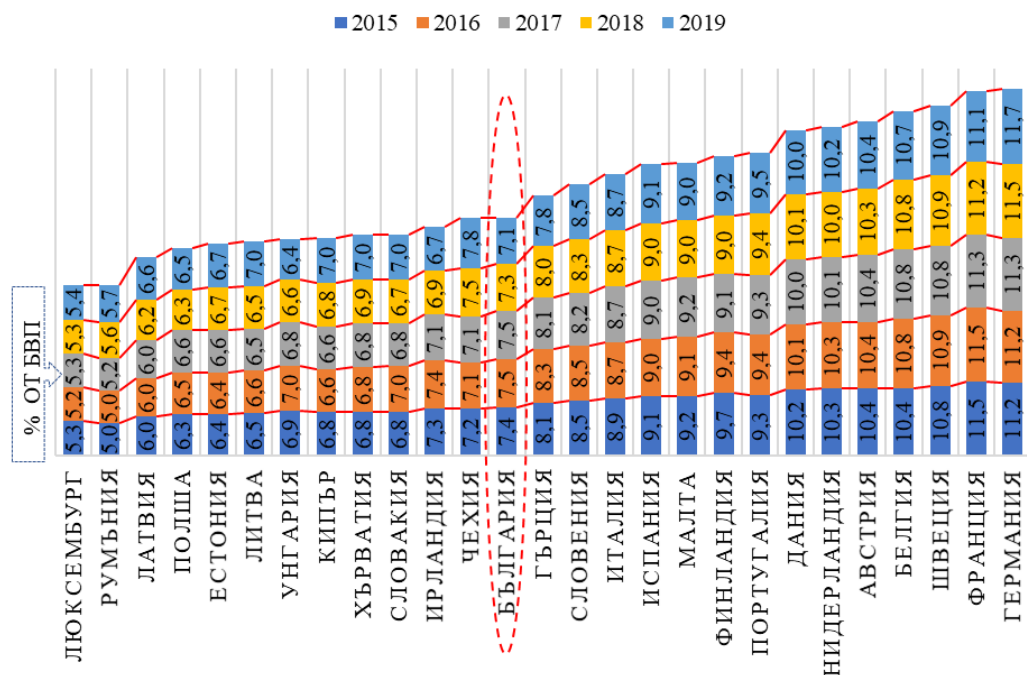
разходите за здравеопазване на глава от населението (коригирани с разликите в покупателната способност) са в размер на 1273 евро, което е и най-ниската сума спрямо останалите членки на ЕС (OECD, 2022).

Измерени като относителен дял от БВП, общите разходи за здравеопазване за всички страни – членки на ЕС, за периода от 2015 до 2019 г. са представени на фигура 3. Според официални данни на Евростат и автори изчисления, България е със средни 7,4% (за 5-годишния период) и се позиционира на петнадесето място измежду държавите – членки на ЕС-27, по общи разходи за здравеопазване като % от БВП. Въпреки това, държавата ни изразходва по-малко финансови ресурси на

фона на средния относителен дял за Съюза (9,9%).

От фигура 3 е видно, че не се наблюдават сериозни промени във финансирането на системите на здравеопазване във всяка от държавите, а за разглеждания период България запазва своята позиция.

Може да се направи извод, че общите разходи като % от БВП, които се правят в страната ни за здравеопазване, не са ниски, дори напротив – България изразходва повече средства от държави като Люксембург (5,3%), Румъния (5,3%), Латвия (6,1%), Полша (6,4%), Естония (6,6%), Литва (6,6%), Унгария (6,7%), Кипър (6,8%), Хърватия (6,8%), Словакия (6,8%) и Ирландия (7,1%). Тук обаче е важно да се отбележи, че в тези общи разходи за здравеопазване



Фигура 3. Общи разходи за здравеопазване като % от БВП (без включени лични плащания) в ЕС-27 за периода от 2015 до 2019 г.

Източник: по данни на Евростат, 2022

са включени както публичното финансиране на системата на здравеопазване, така и частните плащания от пациентите. За целта на настоящото изследване се прави „разбивка“ на разходите, за да може да се открие реалната цена, която плаща българинът за здраве.

3. Публично финансиране на здравната система

В тази част от разработката са представени данни за разходите, които се правят от държавния бюджет и задължителното здравно осигуряване в България. Извън обхвата на изследването остават механизмите за контрол по отношение на целесъобразното разходване на публичните средства за постигане на подобряване на здравния статус на гражданите, а оттам и по-дълга очаквана продължителност на живота на българина.

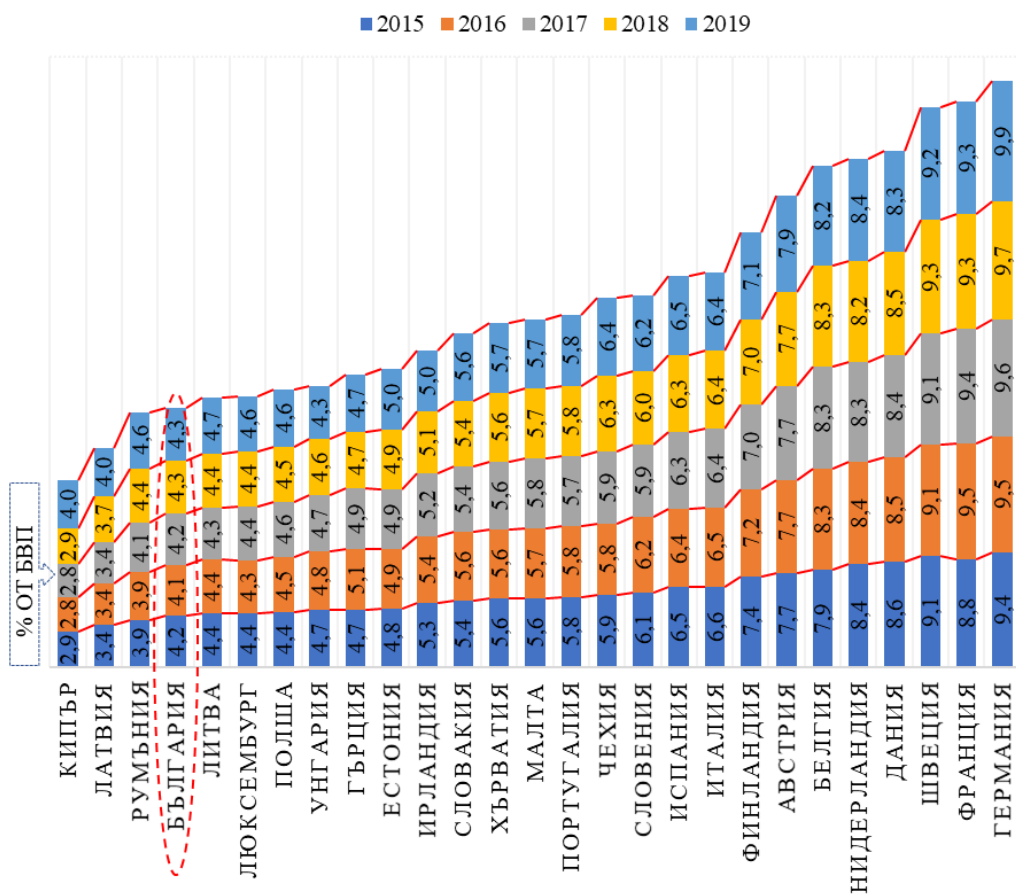
Публичните разходи, които се отделят от държавите в ЕС, са представени на фигура 4. Емпиричните данни са систематизирани за всички държави – членки на ЕС, а динамичният ред обхваща 5-годишния период от 2015 до 2019 г. вкл. Представено е съотношението на публичните разходи за здравеопазване в ЕС и България (в % от БВП).

От фигура 4 е видно, че държавните разходи с включени здравноосигурителни вноски, които България прави като средни стойности за разглеждания период (2015-2019 г. вкл.), са значително по-ниски спрямо средните стойности за ЕС (7,5%). Държавата ни отделя едва 4,2% за здравеопазване, което я нарежда на една от неконкурентните последни позиции спрямо останалите членки. Следователно, секторът на здравеопазване все още

се характеризира с ниски публични разходи, тъй като за разглеждания период се наблюдава незначително увеличение от едва 0,1% от БВП. С по-ниски средни публични разходи за здравеопазване са само Кипър (3,1%) и Латвия (3,6%), а Румъния отделя сходни средства като нас – 4,2%.

Ниските публични разходи за здравеопазване в България са не само проблем на държавната разходна политика, но и следствие от високия относителен дял на лицата, които не плащат своите здравни осигуровки. За 2019 г. публичните разходи са 60,6% от общите разходи за здравеопазване. Следователно, на глава от населението през 2019 г. държавата отделя 771 евро, което бележи двоен ръст спрямо 2009 г., когато публичното финансиране е възлизало на 377 евро (OECD, 2022).

В България обаче над 1 милион човека са с прекъснати здравноосигурителни права и нямат здравни осигуровки. Това е сериозно предизвикателство както пред държавата и здравната система, така и пред самите граждани. Последните данни на НЗОК показват, че към края на 2019 г. 5 890 618 човека имат непрекъснати задължителни здравни осигуровки (НЗОК, 2022) от общо 6 951 482 (НСИ, 2022) за визираната година или 83,4% от общото население на страната. Съответно 16,6% от населението в страната е с прекъснати здравноосигурителни права. Въпреки че както вече беше посочено, системата за социално здравно осигуряване в България се основава на принципа на универсализма, значителна част от българското население не е осигурено, а именно 22,8% от населението на възраст между 19 и 65 години. В тази възрастова група се наблюдава най-висок относителен



Фигура 4. Публични разходи за здравеопазване в ЕС-27 за периода от 2015 до 2019 г.

Източник: по данни на Евростат, 2022

дял на лицата с прекъснати здравни осигуровки и те формират 88,7% от всички неосигурени лица. При групата от 0 до 18 навършени години 7,8% са с прекъснати осигуровки, а този относителен дял се доближава до дела на рано отпадналите от системата на образование в страната ни, който за 2019 г. е 13,9% по данни на Евростат. Съпоставяйки емпиричните данни за лица между 0 и 18 години с прекъснати здравноосигурителни права и дела на лицата, които преждевременно

са напуснали образователната система, се наблюдават близки стойности. Следователно, при тази възрастова група се наблюдава липса на интеграция на трудовия пазар, което е предпоставка за възникването на бъдещи предизвикателства за тези индивиди. При лицата на възраст над 65 години, дялът на тези, които са здравно неосигурени, е значително по-нисък – едва 1,1%. Следователно, в тази група, лицата или са придобили право на пенсия, или все още са трудово

активни и не се наблюдава висок относителен дял на неосигурените. На фигура 5 са представени и точните данни за българските граждани, които са със здравноосигурителни права, и броят на лицата, които съответно са с прекъснати здравноосигурителни права.

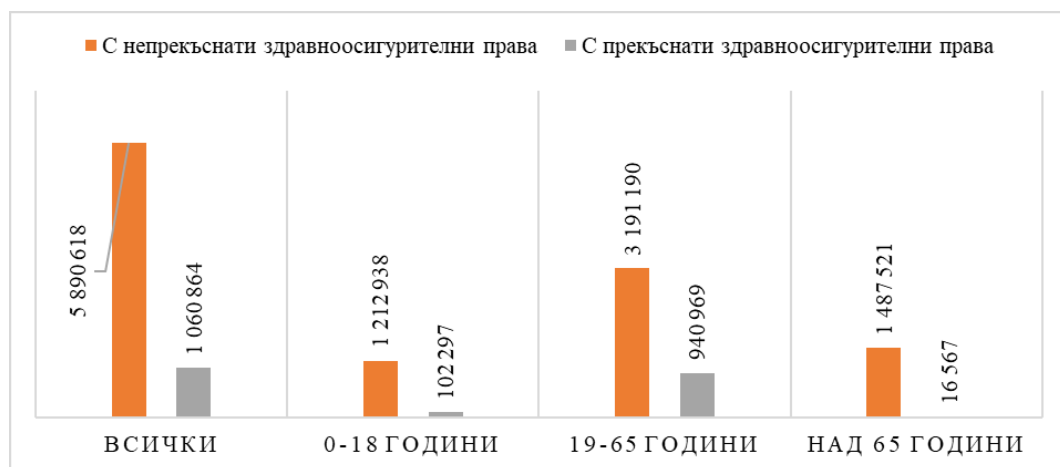
Може да се обобщи, че секторът на здравеопазване в страната се характеризира с ниски публични разходи. Българското общество е изправено пред ограничен достъп до здравни услуги, причинен от неравномерното разпределение на ограничените ресурси и слабо покритие на здравното осигуряване в страната (Препоръка на Съвета, 2019, 9).

Частните разходи или преките плащания от страна на гражданите за здравеопазване формират значителна част от общите разходи, тъй като те реално играят компенсаторна роля, противодействайки или по-скоро допълвайки ниските публични разходи. Следващата част от настоящата разработка е посветена именно на допълнителното здравно осигуряване и личните средства,

които изразходват гражданите в Европейския съюз, в т.ч. и в България, за здравни услуги.

4. Частни разходи за здравеопазване

Частните разходи за здравеопазване се свързват с плащанията от „джоба на гражданите“, т.е. директно закупуване на здравни стоки и услуги от първичен доход (работна заплата) или спестявания на домакинствата, при което плащането се извършва от потребителя в момента на покупката на стоки или използването на услугите (Евростат, 2022 (2)). От икономическа гл.т. при частното предлагане на здравни услуги се наблюдават пазарни дефекти (Пенкова, Делчева и др., 2019, с. 37). По данни на Евростат за 2019 г., директните плащания от домакинствата в България представляват 37,8% за 2019 г. от общите разходи за здравеопазване, докато средните стойности за ЕС са под 15%, т.е. българските граждани отделят от джоба си 2½ пъти повече средства за здраве отколкото



Фигура 5. Български граждани със и без здравноосигурителни права за 2019 година

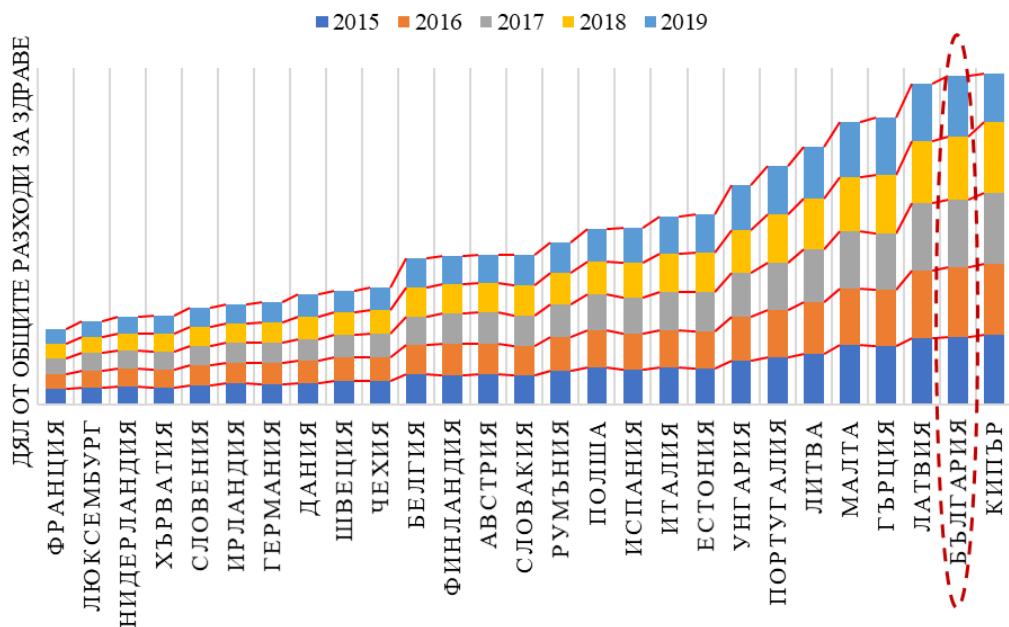
Източник: по данни на Инфостат, 2022 и НЗОК, 2022

средноевропейските граждани. Негативната тенденция за високи директни плащания от страна на пациентите може да бъде възприета като препятствие за ефективно функциониране на българската здравна система (Делчева, 2015). На фигура 6 са представени държавите – членки на ЕС, според дела на частните разходи за здравеопазване за периода от 2015 до 2019 г. вкл.

От фигура 6 е видно, че България със средни 41% е държавата с най-висок относителен дял на частните разходи за здравеопазване за разглеждания период. Въз основа на представените данни и анализа в настоящата разработка се наблюдава положителна тенденция на намаляване на частните разходи с 4,7% от БВП (към 2019 г. спрямо 2015 г.) и ръст в публичните разходи, макар и само с 0,1% от БВП (към 2019 г. спрямо 2015

г.). Въпреки това, здравната ни система продължава да търпи редица трудности, а гражданите биват принудени да плащат висока цена за своето здраве, би-дейки с най-ниска очаквана продължителност на живот в ЕС.

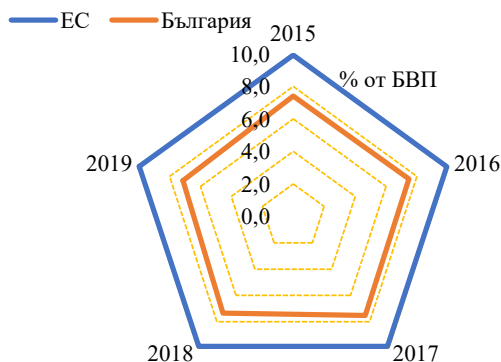
Въз основа на тенденциите, показани от емпиричните данни, и с цел генерализиране на изводите, направени посредством деск-анализа и сравнително-съпоставителния емпиричен анализ, се представя обобщена картина на „цената“ на здравето в европейска перспектива за България. Целта е да бъдат ясно идентифицирани проблемните полета на здравния сектор у нас по отношение на паричните потоци (фигура 7).



Фигура 6. Частни разходи за здравеопазване в ЕС-27 за периода от 2015 до 2019 г.

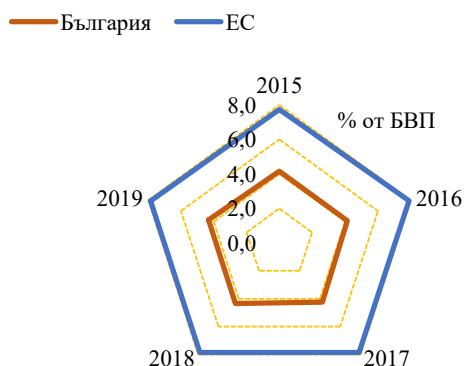
Източник: по данни на Евростат, 2022

Общи разходи за здравеопазване в ЕС-27 за периода от 2015 до 2019 г.



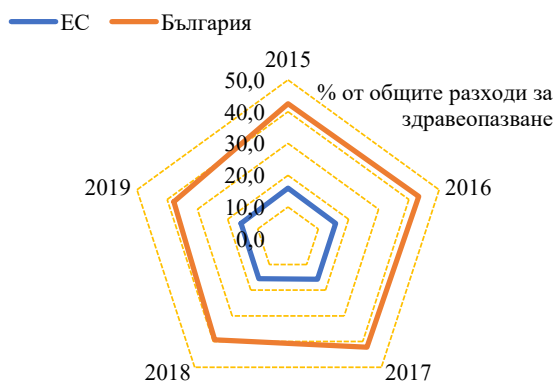
България се доближава до средните общи разходи за здравеопазване на ЕС като относителен дял от БВП.

Публични разходи за здравеопазване в ЕС-27 за периода от 2015 до 2019 г.



Публичните разходи в България като % от БВП са сравнително ниски спрямо средните стойности за ЕС-27. За периода от 2015 до 2019 г. вкл. дялът на разходите нараства с едва 0,1% от БВП.

Частни разходи за здравеопазване в ЕС-27 за периода от 2015 до 2019 г.



България е държавата от ЕС с най-висок относителен дял за 2019 г. (37,8%) на частите разходи като % от общите разходи за здравеопазване.

Фигура 7. Картина на „цената“ на здравето: европейска перспектива за България за периода от 2015 до 2019 г.

Източник: автори изчисления по данни на Евростат, 2022

5. Стохастична връзка между публични разходи за здравеопазване, частни разходи за здравеопазване и продължителност на живот в България

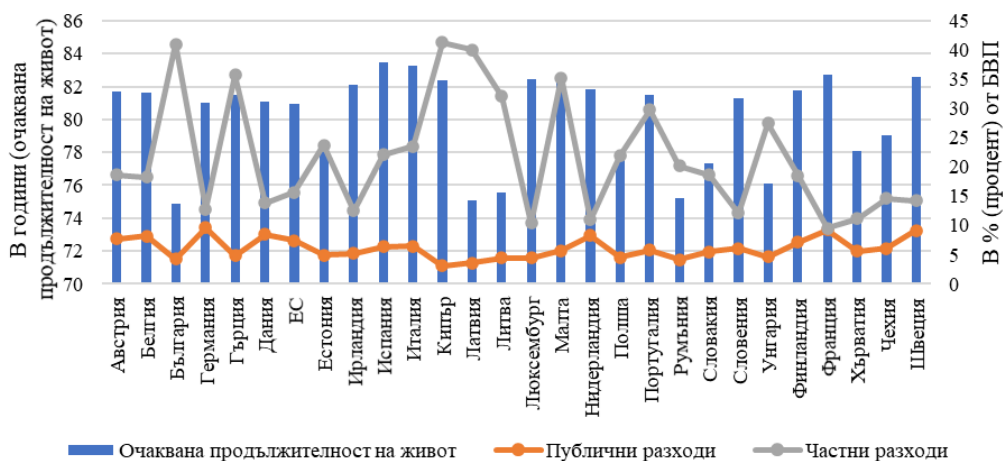
Въз основа на споделените отговорности и паричните потоци, с които се характеризира управлението на здравеопазването у нас, логично възниква въпросът дали ограниченият публичен ресурс за сметка на високите лични плащания би оказал негативно отражение на здравето, респ. и живота на българите. Безспорно, България е държава с най-засилено споделяне на отговорността между държавата и общините, бизнеса и гражданите при разпределението на парични потоци в посока здравен сектор. На практика тази споделена отговорност се реализира чрез държавен и общински бюджети, задължително здравно осигуряване, доброволно здравно осигуряване

и лични финанси (бюджет на домакинствата). Формирайки две основни групи на паричните потоци: публични и частни, се проследява взаимовръзката им с очакваната продължителност на живот в страните от ЕС (фигура 8).

Въз основа на така представените данни се прави корелационен анализ, който обхваща всички държави – членки на ЕС, и периода от 2015 до 2019 г. вкл. Наблюдава се взаимовръзката между очаквана продължителност на живот и публични разходи за здравеопазване, от една страна, и между очаквана продължителност на живот и частни разходи за здравеопазване, от друга (фигура 9).

Въз основа на представените емпирични данни и корелационния анализ могат да се направят следните изводи:

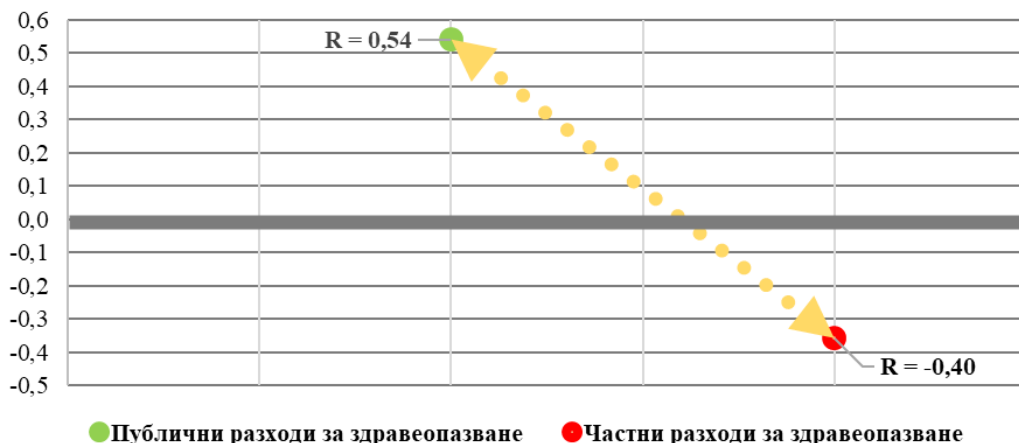
Първо. При страните, които отделят по-висок относителен дял от БВП публични разходи за здравеопазване, очакваната продължителност на живот, измерена в години, е по-висока. Следователно,



Фигура 8. Портрет на съотношението в разпределението на публични и частни разходи за здравеопазване и очакваната продължителност на живот в страните от ЕС (средни стойности за периода от 2015 до 2019 г. вкл.)

Източник: автори изчисления по данни на Евростат, 2022

Очаквана продължителност на живот и:



Фигура 9. Връзка между очаквана продължителност на живот и публични/частни разходи за здравеопазване

Източник: автори изчисления по данни на Евростат, 2022

колкото по-високи са публичните разходи за здравеопазване, толкова по-висока е и очакваната продължителност на живот. Съответно е налице права (положителна) и значима корелация между публични разходи за здравеопазване и очаквана продължителност на живот ($R=0,54$, $p<0,001$, $N=140$).

Второ. В страните, в които гражданите правят по-високи частни разходи за здравеопазване, очакваната продължителност на живот, измерена в години, е по-ниска. Следователно, здравните системи, които са устроени на смесен принцип на финансиране, предполагат висока здравна култура, за да може да бъде и по-висока очакваната продължителност на живот. Съответно е налице обратна (отрицателна) и умерена корелация между частни разходи за здравеопазване и очаквана продължителност на живот ($R=-0,40$, $p<0,001$, $N=140$).

Заключение

В България има налична нормативна база, която третира въпросите, свързани с организацията и управлението на системата на здравеопазване. Създадени са институции на национално равнище и техни децентрализирани подразделения за изпълнението на националната здравна политика. Налице е споделяне на отговорностите между публичния и частния сектор, в т.ч. лицата и домакинствата при потреблението на здравни услуги. Паричните потоци се движат по четири основни направления: държавни и общински бюджети, задължително здравно осигуряване, доброволно здравно осигуряване и домакински бюджети. Следователно, отговорността се споделя между Министерството на здравеопазването, общините, Националната здравноосигурителна каса, застрахователните акционерни дружества и домакинства.

Въз основа на емпиричния анализ може да се твърди, че в България публичните разходи за здравеопазване са значително по-ниски от средните за ЕС. Финансирането от държавния и общинските бюджети е близо 2 пъти по-ниско като % от БВП спрямо средноевропейското, а паричният поток от задължителното здравно осигуряване формира основната част от публичните разходи за здравеопазване. При личните плащания се наблюдава противоположна тенденция – личните плащания в България надвишават драстично средните стойности за ЕС и поставят страната ни на първо място спрямо останалите членки на ЕС по „плащания от гръбна на пациентите“. Въз основа на корелационен анализ се доказва значителната положителна роля на публичното финансиране за постигане на по-дълга продължителност на живот на индивидите, докато при държавите, в които частните инвестиции са високи, се наблюдава по-ниска очаквана продължителност на живота. Следователно, като основно предизвикателство пред системата на здравеопазване се явява засилването на ролята на публичното финансиране, което би довело до намаляване на индивидуалната тежест и понижаване „цената“ на здравето в страната.

Цитирани източници:

България: Здравен профил за страната 2021. (2022) OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/df3f45dd-bg>, с. 8.

(Bulgaria: Zdraven profil za stranata 2021. (2022) OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/df3f45dd-bg>, s. 8)

Делчева, Е., 2015. Неравенства в осигуреността на здравеопазването с ресурси. *Социална медицина*, бр. 4, с. 4-7. (Delcheva, E., 2015. Neravenstva v osigurenosta na zdaveopazvaneto s resursi. *Sotsialna meditsina*, br. 4, s. 4-7)

Евростат, 2022 (1): https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure, последно гостъпен на 05.09.2022.

(Eurostat, 2022 (1): https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure, posledno dostapen na 05.09.2022)

Евростат, 2022 (2): Out-of-pocket expenditure on healthcare: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp310/default/table?lang=en, последно гостъпен на 05.09.2022.

(Eurostat, 2022 (2): Out-of-pocket expenditure on healthcare: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp310/default/table?lang=en, posledno dostapen na 05.09.2022)

Жекова, В., 2021. РЕФЕРЕНДУМЪТ В БЪЛГАРИЯ – ЗАКОНОДАТЕЛНИ И ПРАКТИЧЕСКИ ИЗМЕРЕНИЯ / THE REFERENDUM IN BULGARIA - LEGISLATIVE AND PRACTICAL DIMENSIONS. Публични политики.BG / Public Policy.Bg, 12(2). Retrieved May 1, 2022, from <http://ejpp.eu/index.php/ejpp/article/view/391>

(Zhekova, V., 2021. REFERENDUMAT V BULGARIA – ZAKONODATELNI I PRAKTICHESKI IZMERENIA / THE REFERENDUM IN BULGARIA - LEGISLATIVE AND PRACTICAL DIMENSIONS. Publichni politiki.BG / Public Policy.Bg, 12(2). Retrieved May 1, 2022, from <http://ejpp.eu/index.php/ejpp/article/view/391>)

Закон за здравното осигуряване, Обн. ДВ, бр. 70/ 19.06.1998, посл. изм. и доп., бр. 18/ 04.03.2022.

(Закон за здравното осигуряване, Обн. ДВ, бр. 70/ 19.06.1998, посл. изм. и доп., бр. 18/ 04.03.2022)

Инфостат, 2022: https://infostat.nsi.bg/info-stat/pages/reports/result.jsf?x_2=1168, последно достъпен на 05.10.2022.

(Infostat, 2022: https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/reports/result.jsf?x_2=1168, posledno dostapen na 05.10.2022)

НЗОК, 2022: Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2019 година, <https://www.nhif.bg/page/2035>, последно достъпен на 15.09.2022.

(NZOK, 2022: Godishen otchet za deynostta na NZOK za 2019 godina, <https://www.nhif.bg/page/2035>, posledno dostapen na 15.09.2022)

НСИ, 2022: Население по области и общини, последно достъпен на 01.10.2022.

(NSI, 2022: Naselenie po oblasti i obshtini, posledno dostapen na 01.10.2022)

Пенкова, Е., Е. Делчева и др., 2019. Пазарни и непазарни алтернативи при публично финансираните услуги. София: ИК – УНСС, с. 37.

(Penkova, E., E. Delcheva i dr., 2019. Pazarни i nepazarни alternativi pri publichno finansirane na usluzhi. Sofia: IK – UNSS, s. 37)

Препоръка на Съвета, 2019: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:52019DC0502&from=EN>, последно достъпен на 10.09.2022.

(Preporaka na Saveta, 2019: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:52019DC0502&from=EN>, posledno dostapen na 10.09.2022)

Krasteva, D., 2022. HUMAN RESOURCES MANAGEMENT IN ORGANIZATIONS IMPLEMENTING SOCIAL ACTIVITIES. KNOWLEDGE. *International Journal*, 50(1), 83–89. Retrieved from <https://ikm.mk/ojs/index.php/kij/article/view/4914> (In Bulgarian).

Shotarova, Z., 2022. KEY DETERMINANTS FOR RETENTION AND DEVELOPMENT OF MEDICAL SPECIALISTS IN BULGARIA. *Journal of IMAB - Annual Proceeding* (Scientific Papers). 2022 Oct-Dec 28(4), <https://doi.org/10.5272/jimab.2022284.4593>

Valcheva, K., 2022. How trust in government influences vaccination attitudes? *Public Policy*. Apr. 13(2), 178-190.