

СИСТЕМИ ЗА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ**ЧАСТ I. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ, ФИНАНСИРАНЕ, ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ****Кр. Цоков и П. Божинов***Катедра Обществено дентално здраве, ФДМ, МУ – София*

Резюме. Системата на здравеопазване има социална и стопанска/икономическа характеристика. Реализира се в условията на действащи пазарни механизми, от една страна, и разглежда здравето като социална ценност и естествено право на гражданите, от друга. Здравната система търпи въздействието на редица други системи, от които тя е в пряка зависимост – финансирането, възможностите и нуждите на пациентите, икономиката на съответната страна или отделни нейни отрасли. Необходимо условие за правилното функциониране на системата на здравеопазване са финансовите ресурси в здравеопазването. Финансирането на здравеопазването са начините за набиране, разпределение и усвояване на средствата необходими за укрепване, опазване и подобряване на здравето. За да се намалят финансовият риск и неосигуреността на хората при възникване на болест или загуба на трудоспособност, се въвежда социалното здравно осигуряване. Чрез здравноосигурителната вноска се акумулират средства, необходими за здравеопазване. Смята се, че при пазарна икономика този тип финансиране е най-приемлив. С цел удовлетворяване на здравните нужди на пациентите, съвременните здравноосигурителни системи са насочени към партньорство между задължителното социално и частното осигуряване.

Ключови думи: *здравеопазване, финансиране на здравеопазването, здравно осигуряване*

HEALTH INSURANCE SYSTEMS

PART I. HEALTH CARE FINANCING, HEALTH INSURANCE

Kr. Tsokov and P. Bojinov

Department of Public Dental Health, Faculty of Dental Medicine – Sofia

Summary. Health care system has social and business/economic characteristics. It is being realized in terms of effective market mechanisms on one hand, and considers health as a social value and natural right on the other. Healthcare system suffers the effects of a number of other systems on which it is directly dependent – funding, opportunities and needs of patients, the economy of the country, or its individual branches. A necessary condition for the proper functioning is the availability of adequate financial resources. Health care financing accounts for the fund raising distribution and of the utilization of funds necessary to strengthen, protect and improve health. Social health insurance is to reduce the financial risk and to diminish the number of people lacking health insurance. Funds needed for health care are accumulated through health insurance contributions. It is believed that in a market economy this type of financing is most acceptable. In order to meet the health needs of patients, modern health insurance system focus on combining the mandatory social with the private insurance.

Key words: *social health insurance, health, health financing*

Здравеопазването – част от здравното осигуряване

Системата на здравеопазване има социална и стопанска/икономическа характеристика. Реализира се в условията на действащи пазарни механизми, от една страна, и разглежда здравето като социална ценност и естествено право на гражданите. По този начин пазарът на здравни услуги е предварително определен като регулиран. Това се налага, за да се запази гарантиран достъп до здравеопазване за всички хора (участници в него). Този пазар е регулиран, тъй като той не би трябвало да стимулира организациите към печалба, а към постигане определено ниво на здраве. Това трябва да се съобрази, разбира се, и с наличния финансов ресурс. На регулация подлежат услугите, стоките, цените и паричните потоци, гарантиращи достъпа до здравна помощ [1, 7, 10].

Наред с особеностите, редица трудности съпътстват съществуването и развитието на здравната система в условията на пазарна икономика. Тази система търпи въздействието на редица

други системи, от които тя е в пряка зависимост – основно от финансирането, възможностите и нуждите на пациентите, икономиката на съответната страна или отделни нейни отрасли. Здравната система е сложна, отворена и динамична система, при която не е възможно да има точна предсказуемост на резултатите от конкретна здравна дейност, характеризираща се с трудности при количествена оценка на свършеното, претенции и неадекватни очаквания и оценки от страна на обществото [5, 6]. Следователно в областта на здравеопазването трябва да се търси балансът, за да се постигне максимален достъп до здравни услуги на поносима/приемлива цена.

Новата концепция за здравеопазването е насочена към активен процес на взаимодействие между индивидуалното, съзнателно информирано участие в промоцията и превенцията на здраве и компетентното участие на професионална помощ, с цел постигане на добър здравен резултат. Основно предизвикателство пред развитите страни е засилване участието и ролята на индивида в грижите по осигуряване на здраве. Индивидуалният интерес, знанието за здравето, здравната отговорност и обществената солидарност са основни етични принципи в здравеопазването.

В доклада си от 2000 г. – “Здравните системи – подобряване на резултатите”, Световната здравна организация дефинира основните цели, които трябва да постигнат съвременните здравни системи. Първата основна цел на всяка здравна система е подобряване на здравето на нацията. Тя включва подобряване на средните равнища на показателите за здравно състояние на населението и намаляване на неравенствата по отношение на здравното състояние при различните социални групи. Втората цел е разширяване на адекватността на системата спрямо пациентите. Тя включва два елемента – уважение към личността и ориентация към клиента. Степента на адекватност най-често се изследва чрез степента на удовлетвореност на пациентите от системата на здравни грижи. Третата основна цел е справедливост в разпределянето на финансовата тежест върху участниците в системата. Това означава, че всяко домакинство следва да отдели равна част от своя доход за финансиране на здравната система. Финансовата адекватност на системата би могла да се декомпозира на ефективност, ефикасност и равнище на разходите.

Принципи

В повечето страни от ОИСП¹ здравеопазването се финансира и организира на базата на “участие според възможностите, лечение според нуждата”. Основните принципи, върху които се основава финансирането на системата на здравеопазване, са следните:

- солидарност;
- право на свободен и равноправен достъп до здравни грижи;
- универсално покритие на населението от системата;
- свобода на избор (на доставчик на медицински услуги и на осигурителна институция);
- конкуренция;
- разделяне на дейностите по доставка и финансиране на услугите;
- качество на предоставяните медицински услуги.

През последните години се наблюдава трайна тенденция за комерсиализиране и меркантилизиране на процесите на оказване на медицинска помощ в световен мащаб. Неотчитането на тези обективни процеси, липсата на адекватни анализи и оценки на генезиса и последиците от тях имат като следствие възникването на редица проблеми, които рефлектират върху удовлетвореността на пациентите и качеството на здравните грижи. Това налага в почти всички развити страни силна държавна регулация на здравния сектор, за да се осигури необходимият резултат от дейността на здравноосигурителните фондове, доставчиците и изпълнителите на медицински услуги. Постигане на справедливост в рамките на обществото по повод ползването на здравни услуги е основна характеристика на социалната система на здравеопазване. Системата трябва да гарантира на всеки нуждаещ се, че ще получи здравна помощ и тази гаранция се осигурява от колективното участие на всички във финансирането на системата, което позволява да се реализира съответното субсидиране.

В централен въпрос се превръща равнището на разходите за здравеопазване и тяхната ефективност и ефикасност. Високотехнологичният характер на сектора изисква все повече разходи за

¹ОИСП – Организация за икономическо сътрудничество и развитие – 34 страни членки, англ. – OECD фр. – OCDE. Международна икономическа организация за развитие на държавите с цел стимулиране на икономическия прогрес и световна търговия.

нови технологии, лекарства, медицинска апаратура, научни изследвания и др.² Демографските процеси в повечето развити страни (включително в България) – повишаваща се продължителност на живот, съчетана с ниска раждаемост, променят възрастовата структура на населението в посока значителното му застаряване. По-възрастното население има и по-висока потребност от медицински услуги. На практика поради тази причина потреблението на медицински услуги нараства екстензивно.

Контролът на разходите се осъществява най-общо в три направления: контрол върху цените и обемите на дейност на входа на системата; поставяне на бюджетни тавани върху разходите (общо за системата или по отделни направления); прехвърляне на част от разходите върху частния сектор или върху пациентите. Осъществяването на ефективна конкуренция между доставчиците на медицински услуги е проблематичен въпрос, тъй като практиките в развитите страни все още не са дали своя резултат, така че да се оцени ползата от тях. През 90-те години на XX в. се правят опити да се въведе конкуренция (квазипазар) между отделните болници в някои европейски държави [6].

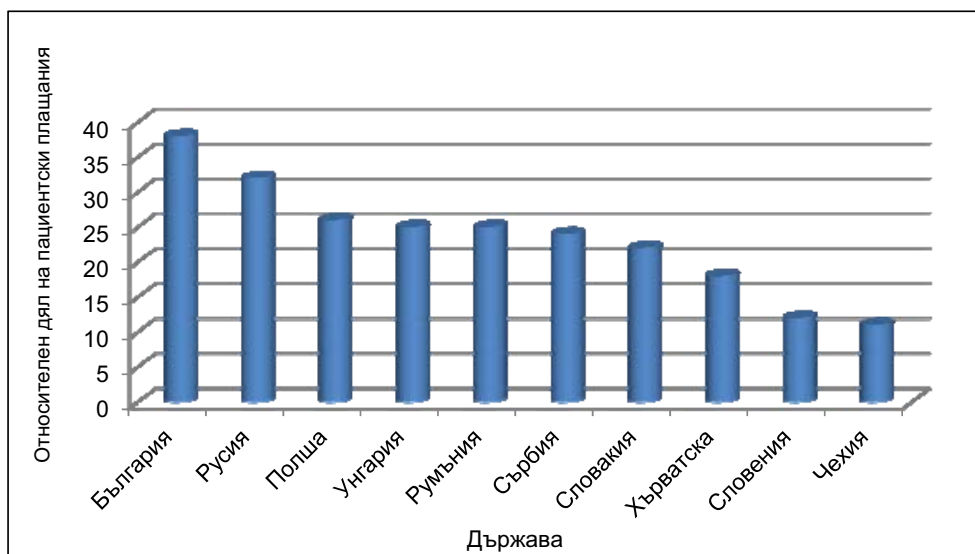
Финансиране на здравеопазването. Типове системи

Необходимо условие за правилното функциониране на системата на здравеопазване са финансовите ресурси. Финансирането на здравеопазването включва начините за набиране, разпределение и усвояване на средствата, необходими за укрепване, опазване и подобряване на здравето. До момента на въвеждането на принципите на пазарната икономика финансирането е от данъчни приходи. Здравните услуги се предоставят от изпълнители, работещи в здравни заведения, които са държавна собственост и на заплата, определена от работодателя – държавата. Обхватът е универсален, а здравните услуги са напълно безплатни за пациентите. Стремелът за преминаване към социалноосигурителния модел е продиктуван от желанието за независимост от държавната система за финансиране. Финансовите възможности на страните и нивото на развитие определят и голямото разнообразие в осъществяването на осигурителния модел.

²На този фактор се дължи около половината от ръста на разходите в системата през последните десетилетия (интензивен ръст).

Реформите са в посока намаляване на болничния сектор, децентрализация, разширяване дела на първичната помощ, повишаване на качеството и в двата сектора, и ограничаване на нерегламентираните плащания. Голямо предизвикателство се оказват формалните и неформалните плащания от страна на пациентите [1, 2] (фиг. 1).

Нерегламентираните плащания са в основата на провала на реформата, целяща подобряване на предлаганата услуга, респ. на здравето на пациента, тъй като те водят до намаляване на средствата, постъпващи в системата.



Фиг. 1. Относителен дял на пациентските формални и неформални плащания от общите разходи за здравеопазване (Източник: Lancet, vol. 374, p. 209).

Друго предизвикателство са слабо развитата доболнична помощ, пораждаща увеличаване на направленията и свръххоспитализация. Частично решение на този въпрос намират у нас и в Хърватска с ограничаване броя направления и делегирани бюджети на болниците. Увеличава се осигурителната тежест за работодателите и служителите [1].

Типовите системи за осигуряване на финансирането за здравеопазването се базират на: източниците на финансиране, организиране пазара на услугите, наличие на посредници, регулиращи пазара.

Приходите в здравеопазването се групират, както следва [5]:

- Здравноосигурителни вноски;
- Данъчни и други бюджетни приходи;
- Директни плащания за определен вид услуги;
- Средства на фирми и организации;
- Доброволни здравноосигурителни фондове;
- Нестопански организации;
- Външни източници (дарители, инвеститори, заемодатели).

Най-голям е дялът на приходите от задължителното здравно осигуряване [5].

Здравеопазването изисква междусекторно сътрудничество с участието на различни министерства, ведомства, работодатели и пациенти във финансирането му [1].

Основните системи за финансиране на здравеопазването са три вида. Всяка от тях има и своите специфични характеристики и подсистеми [7]. При системата, базирана на здравно застраховане пазарен модел, здравните вноски са лично от и за заинтересования. Възможно е той да договори кой друг би могъл да ги използва. Действа либерален пазар, с частни здравни заведения. Посредници са частни или публични застрахователни компании. Тя бива задължителен модел (Швейцария) и доброволен модел (САЩ). Вторият вид система е бюджетно финансираната система – публично интегриран модел. Няма посредници при разпределянето на средствата (застрахователни или осигурителни фондове). Осигуряващите услугата са наети на заплата, а търсещите услугите се съобразяват с капацитета на системата. При тази система е по-лесно преразпределението на средствата при екстремни ситуации. Управлението на финансите е централизирано. Този модел се среща като държавно децентрализиран – „Бевъридж“ и държавно централизиран – „Семашко“. Ако може да се говори за посредник и контрол на средствата – това е държавата. Третият тип система на финансиране е социалното здравно осигуряване – осигурителен, договорен модел.

Съгласно СЗО здравното осигуряване е договор между клиент и осигурител, според който при настъпване на осигурително събитие – ползване на здравно обслужване, осигурителят изплаща определено парично обезщетение на осигуреното лице или, по-често, възстановява изцяло или частично разходите на доставчика на здравни услуги [1].

Социално здравно осигуряване

Родината на здравното осигуряване е Германия, където то е въведено от Бисмарк през 1883 г. Главна цел е била да се намалят финансовият риск и неосигуреността на хората при възникване на болест или загуба на трудоспособност. Чрез здравноосигурителната вноска се акумулират средства, необходими за здравеопазване. Смята се, че при пазарна икономика този тип финансиране е най-приемлив. Идеята за осигуряването е заложена още в първия закон за задължителното здравно осигуряване (1883). Подобни закони се приемат във Великобритания и скандинавските страни през 1911 г., а през 1928 г. и във Франция. Така социална Европа гарантира известна социална и здравна сигурност за индустриалните и наемните работници. Нито една държава не предлага 100 % покритие на нуждите. Първата такава е Нова Зеландия, едва през 1939 г. От 1946 г. във Великобритания се създава национална здравна система, характерна само за тази държава. Тя е данъчно финансирана и предоставя равни възможности за достъп на всичките си граждани. От втората половина на XX век освен социални осигурителни фондове и каси, сила набират и частни застрахователни компании. По-често те са насочени към хората с по-високи доходи [1, 4].

При **социалното здравно осигуряване** пазарът е от лекари и лекари по дентална медицина на частна практика или на заплата. Има регулация на цените, а посредникът е публичен универсален фонд за здравно осигуряване. В зависимост от различната степен на регулация, наблюдение и контрол от страна на държавата се обособяват две подсистеми – модел Бисмарк и Френски модел. В първия случай имаме предплащане на договорените цени на услугите, а във втория – реимбурсиране на средствата. Този втори модел (Френският) е по-отворен. Той се характеризира с преобладаващо участие на държавата в болничната помощ и реимбурсиране в доболничната [7]. Здравноосигурителните системи в различните страни са изградени на база основните принципи на здравното осигуряване. Те са:

1. Участие (доброволно или задължително) на осигурените лица. Задължителното участие е предпоставка за равнопоставеност на пациентите, партньорите в осигуряването. По този начин се осигурява достъп до здравеопазване и на бедните слоеве от

населението, които не могат да си позволят директно плащане или доброволно частно осигуряване. Така се постига синхрон и с други принципи: солидарност, споделена и индивидуална отговорност за здравето.

2. Солидарност и/или конкурентност. При солидарността богатият подпомага бедния, младият и работещият – стария и пенсионера. Този принцип е характерен за социалното здравно осигуряване, за разлика от частното осигуряване, което се основава на конкурентоспособността.

3. Принцип на споделената отговорност за здравето. Учат осигурени лица, държава, общини, работодател.

4. Лична отговорност за здравето.

5. Самоуправление на здравните фондове.

6. Равнопоставеност при използването на медицинска помощ. Еднакви осигурителни права и задължения. В частното осигуряване само ако осигурителният риск на две лица е еднакъв и желанието им да се осигурят за даден пакет услуги съвпада, им дава равнопоставеност.

Днес в съвременния свят обществените финансови ресурси, натрупани от социалното здравно осигуряване, доминират. Така се осъществява обществено финансиране, контролирано от държавата [1]. С цел удовлетворяване на здравните нужди на пациентите, съвременните здравноосигурителни системи са насочени към партньорство между задължителното социално и частното осигуряване. Какво се случва в страните от Централна и Източна Европа? Осъществяват се мащабни реформи в областта на финансирането, организацията и доставката на здравни услуги. Здравното осигуряване се налага и прилага в страните, в които се цели цялото население да бъде покрито с медицинска помощ и дейностите по това покритие да бъдат регулирани. Всъщност конкретните социалноикономически условия, култура, традиции и достигнато ниво на развитие на здравната система определят и модела на финансиране на здравеопазването. Здравноосигурителните фондове са задължителни, доброволни, избираеми, монополни. В повечето европейски страни успоредно със социалното здравно осигуряване съществува и реално работи частна система за здравно осигуряване (табл. 1).

Таблица 1. Форми на финансиране на здравеопазването в ЕС [3]

Страни	Преобладаваща система на финансиране	Допълнителна система на финансиране
Финландия Гърция Италия Ирландия Великобритания Швеция Испания	Публични такси	Частно доброволно осигуряване Директно заплащане
Португалия Дания	Публични такси	Частно доброволно осигуряване Директно заплащане
Австрия Германия Франция Белгия Люксембург	Публично задължително социално осигуряване	Директно заплащане
Холандия	Смесено: задължително социално осигуряване и частно доброволно осигуряване	Публични такси Директно плащане

При **частното осигуряване** собствеността на финансовия ресурс е на определен фонд. Частните източници на средства са фирмени доходи, домакински бюджети. През последните години се наблюдават и опити за включване на частни фондове в общественото здравно осигуряване с цел увеличаване на икономическата ефективност. Различават се формите на взаимодействие между фондовете. В страни като България, Канада, Унгария е изграден един монополен здравноосигурителен фонд. В Холандия съществуват множество локални фондове на географски принцип с икономическа самостоятелност. Трети модел (Франция, Япония, Южна Корея) – функционират множество фондове, обособени на професионалносъловен признак. Четвърти модел (Германия, Австрия, Швейцария) – фондовете са обособени както по географски, така и по професионален признак. В Белгия (V модел) се включва и признак политическа и религиозна принадлежност.

лежност. Развитието на пазара води до тенденция към окрупняване на фондовете с цел по-висок финансов ресурс и преразпределение на рисковете [1].

В пазарните условия, независимо от социалния компонент на здравето, независимо от желанието за 100% достъп на населението до здравеопазване, съществува конкуренция между частните и обществените здравни фондове. Това е доста разпространен дебат между експертите. Изследвания по въпроса правят McGuire, 1988 и McCarthy, 1997 г. Установява се, че поставени в конкурентна среда, повечето частни здравноосигурителни фондове, предоставящи задължително осигуряване, няма да желаят да записват пациенти с висок здравноосигурителен риск, освен това те ще преразпределят премии към по-нуждаещите се. За да се ограничат тези и други негативни явления в свободния пазар, някои страни въвеждат регулация на пазара на здравно осигуряване. Един от механизмите се прилага в Холандия (1990, Decker) и се състои в свободен избор на гражданите на фонда за задължителното им здравно осигуряване. От 1995 г. този механизъм въвежда и Германия. Друг механизъм е осигуряване на независимост на финансирането от производството на здравни услуги [1].

B. Smith вследствие на изследванията си формулира два модела на здравно осигуряване – **директен и индиректен модел**. При първия фондовете притежават собствени здравни заведения, докато при втория лечебните заведения са независими от фондовете структури. Широко разпространен е директният модел в САЩ. Оказва се, че този интегриран модел намалява с до 40% здравните разходи. С навлизането на индиректния модел се постига разделение на пазара на здравно осигуряване и този на здравни услуги. Това е в основата и на по-ефективните пазарни отношения и по-ефикасен външен контрол върху качеството на здравни услуги и разходите за здраве. Тези взаимоотношения се класифицират като реимбурсиране (възстановяване) на разходите за здравни продукти на пациентите, реимбурсиране на изпълнителите на здравни услуги без договор (заплащане), финансиране на здравни услуги на изпълнителите по договор (национален или индивидуален) [24].

Съществуват различия в здравните системи и в зависимост от начина на заплащане на изпълнителите на здравна помощ. В Швеция – заплата; хонорар за вид услуга – Германия, Австралия, Канада, Белгия; заплащане на първична извънболнична помощ –

Холандия, Великобритания, България. Съществуват и различни смесени системи за заплащане. Предимството на хонорара е, че вниманието на лекарите към пациентите се увеличава, повишават се качеството и обемът на обслужването. Това дава и по-голяма свобода на лекарите. От друга страна, осигурителите смятат, че хонорарът носи финансов риск. Ако обаче се фиксират цените, това рефлектира в увеличаване количеството на отчетените и заплатени здравни услуги. Промените, които се налагат все по-често, са насочени към изхода от лечението и върху отговорността на пациента за управление на здравния си бюджет [1]. Т. Веков пише, че “Конструкцията” на здравноосигурителната структура и взаимоотношения зависи от историческата еволюция, от традициите и от политическата култура на всяко общество.

При доброволното частно осигуряване, вноската се съобразява с обхвата на здравния пакет и риска на осигуряваното лице. При това цените за услугите не се договарят, а се определят от изпълнителите на медицинска помощ и отговорността за финансирането и здравния риск се носи изцяло от лицето.

Разликата при задължителното обществено реимбурсиране се изразява в това, че се характеризира със задължителни вноски и фиксирана стойност, в подписания договор, на стойността за реимбурсиране на услугата. Въведени са строги лимити и в същото време, в повечето случаи, работодателите заплащат вноските на служителите си. Този модел се прилага и в САЩ за възрастни хора, социално слаби. Задължителните вноски са процент от дохода.

При модела на договаряне:

- Осигурителните организации финансират директно здравните структури, а не пациентите.
- Рамкови договори и договор с всеки изпълнител на здравна помощ регулират финансовите взаимоотношения.
- Осигурените лица посещават само тези изпълнители на здравна помощ, сключили договор с фонда.

Интегрираният модел (Испания, Италия, Португалия) обединява финансирането с производството на здравни услуги. Фиксирани трудови възнаграждения на лекарите и заплащане на собствени здравни структури. Там, където има национална здравна служба, приходите постъпват от общи данъци, а не от осигурителните вноски, за разлика от интегрирания модел [1].

Различни са класификациите за доброволното здравно осигуряване в литературата. Да подрежда между осигуряването,

което дублира задължителното социално, и това, което е свързано с най-разширените средства за социална сигурност на групи от населението [25]. Други го свързват с различни животозастрахователни схеми. Доброволното здравно осигуряване, в контекста на разбирането, възприето от Европейския съюз, е акуратно да бъде класифицирано според това, доколко то замества задължителното, доколко осигурява допълнително покритие за услугите, които са изключени или не са напълно покрити от държавата или социалното осигуряване, или доколко осигурява допълнително покритие за по-бърз достъп и повишаване на избора на пациентите. Трябва да се отбележи, че разликата между доброволно и допълнително осигуряване не е винаги много ясна и може да има значително смесване между тях.

Могат да бъдат определени следните видове доброволно здравно осигуряване: Заместващо доброволно здравно осигуряване (*substitutive voluntary health insurance*) – замества задължителното; Допълнително доброволно здравно осигуряване (*complementary voluntary health insurance*) – осигурява здравни услуги, които не са включени в основния пакет на задължителното или не са напълно финансирани (напр. стоматологични услуги); Допълващо доброволно здравно осигуряване (*supplementary voluntary health insurance*) – за осигуряване на по-бърз достъп, по-голям избор на пациента.

Библиография

1. Веков, Т. Управление и икономика на здравеопазването и здравните реформи. Плевен, БКИ, 2012.
2. Веков, Т. Стратегия и управление на маркетинга. Плевен, БКИ, 2011.
3. Воденичаров, Ц. и др. Социална медицина. София, ИК „Горекс Прес“, 2013.
4. Гочев, Г. и Б. Манов. Социално осигуряване. София, Тракия М, 2004.
5. Златанова, Т. и Ц. Петрова-Готова. Ръководство по финансов мениджмънт в здравеопазването. София, ИК „Горекс Прес“, 2013.
6. Йолов, Цв. и Кр. Янева. Социална медицина, медицинска етика и обществено дентално здраве. София, Мед и физк., 2011.
7. Катрова, Л. Обществено дентално здраве. Дентална професия, дентална практика. София, WINI 1837, 2011.
8. Катрова, Л. Стоматологичната професия – състояние и перспективи, София, 1998.
9. Комитов, Г. и С. Генев, Мениджмънтът на ресурсите – приоритети на здравната реформа, София, ИК „Горекс Прес“, 2009.

10. Цоков, Кр. Организация на денталната практика в пазарни условия, Дисертация, София, 2014.
11. Шипковенска, Е. Методология на научно-изследователската работа. – Здр. пол. здр. менидж., 11, 2011, № 1, 13-24.
12. Alexa, J. et al. Czech Republic: health system review. – Health Syst. Transit., 17, 2015, № 1, 1-165.
13. Becerril-Montekio, V., G. Medina et R. Aquino. The health system of Brazil. – Salud. Publ. Mex., 53, 2011, suppl. 2, S120-S131.
14. Bennett, S. Promoting the private sector: a review of developing country trends. – Health Policy Plan. 7, 1992, 97–110.
15. Busse, R. et M. Blumel. Health system in Germany. – Health Syst. Transit. 16, 2014, № 2, 1-296.
16. Dzakula, A. et al. Croatia: health system. – Health Syst. Transit., 16, 2014, № 3, 1-162.
17. Gottret, P. et G. Schieber. Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. Washington, DC, World Bank, 2006.
18. Hsiao, W. et P. Shaw. Lessons learned and policy implications. – In: W. Hsiao and P. Shaw. Social Health Insurance for Developing Nations. Washington, DC, World Bank, 2007.
19. Hyoungh-Sun, Jeong. <http://jpmph.org/>
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br>.
21. Ministerio da Saúde. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2008/a11.htm>.
22. Pardo C. et W. Schott. Health insurance selection in Chile: a cross-sectional and panel analysis. – Health Policy Plan., 29, 2014, 302-312.
23. Schafer, W. et al. The Netherlands: health system. – Health Syst. Transit., 12, 2010, № 1, 1-228.
24. Schmitt, B. et A. Simonson. Marketing Aesthetics. New York, Free Press, 2007.
25. Thomas, C. et al. Access to Physician Services: Does Supplemental Insurance Matter, 2012.
26. World Health Organization. Sustainable Health Financing, Universal Coverage, and Social Health Insurance. 58th World Health Assembly, Geneva, 2005.
27. [http:// www.icmje.org](http://www.icmje.org)
28. Zhang, Y et al. National Health Insurance Development. – In: China from 2004 to 2011: Coverage versus Benefits. PLoSONE10(5): e0124995. doi:10.1371/journal.pone.0124995.

✉ *Адрес за кореспонденция:*

П. Божинов
 Катедра Обществено дентално здраве
 Факултет по дентална медицина
 Медицински университет
 Ул. „Св. Г. Софийски“ № 1
 1431 София
 e-mail: peter_bojinov@abv.bg