

СИСТЕМИ ЗА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ
II ЧАСТ. СОЦИАЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ.
МОДЕЛИ И ХАРАКТЕРИСТИКИ

Кр. Цоков и П. Божинов

Катедра Обществено дентално здраве, ФДМ, МУ – София

Резюме. Няма готова формула за модел на социално здравно осигуряване, за която и да е страна. Необходимо е да бъдат съобразени всички особености на съответната страна, за да се намери оптималният и в същото време работещ модел за осигуряване на достъп до здравната система в конкретния случай. Всеки модел има своите характерни особености в отделните страни, отнесени към конкретен времеви период. Опитът на някои страни показва редица разлики. Разглеждайки някои от особеностите в отделни страни като Холандия, Германия, Чехия, Хърватия, Бразилия, Чили, Ю. Корея, Белгия, Франция, Великобритания и по-детайлно у нас, ние търсим да открием модела, който в най-голяма степен ще доведе до ефективност на използването на средствата и постигане на най-добър достъп на пациентите до здравеопазване.

Ключови думи: *социално здравно осигуряване, модели, характеристики*

**HEALTH INSURANCE SYSTEMS: SOCIAL HEALTH INSURANCE –
MODELS AND CHARACTERISTICS. PART II**

Kr. Tsokov and P. Bojinov

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

Summary. There is no ready-made formula for a model of social health insurance, suitable for any country. It is necessary to comply with all the specificities of the country to find the optimal working model for providing access to the health system. Each model has its peculiarities in different countries to a specific time period. The experience of some countries shows a number of differences. Looking at some of the features in individual countries such as the Netherlands, Germany, Czech Republic, Croatia, Brazil, Chile, South Korea, Belgium, France, Great Britain, and the detailed experience in our country we try to find the model that will best lead to efficiency in resource utilization and achieve the highest level of patient access to health care.

Key words: *social health insurance, models, characteristics*

Модели на здравно осигуряване в отделните страни – характеристика

Различните модели на здравно осигуряване отговарят на възможностите на страните и техните граждани да участват във финансирането на здравната система. Няма готова формула за модел на социално здравно осигуряване, за която и да е страна. Необходимо е да бъдат съобразени всички особености на съответната страна, за да се намери оптималният работещ модел за осигуряване на достъп до здравната система в конкретния случай. Всеки модел има своите характерни особености в отделните страни, отнесени към конкретен времеви период. С въвеждането на пазарни механизми в сектора на здравеопазването и приватизацията холандската система представя иновативен и уникален вариант на система за социално здравно осигуряване. Поетапно реализиране на плана на системата я характеризира като система в преход. Предприети са много мерки за плавен преход. С въвеждането на единна схема за задължително здравно осигуряване през 2006, двойната система на публично и частно осигуряване за лечебна грижа става история [23].

От 2009 г. в Германия здравното осигуряване е задължително за всички граждани и постоянно пребиваващи лица. Общо 70 млн. души, или 85% от населението, са обхванати от задължителното здравно осигуряване в една от 132 здравни каси в началото на 2014 г. Други 11% се покриват от заместително частно здравно осигуряване. Характеристики на системата са свободен избор на доставчици и неограничен достъп до всички нива на грижи. Основна характеристика на системата за доставка на здравни услуги е институционалното разделение между службите за обществено здраве, амбулаторната помощ и болниците (стационарни грижи) [15].

Чешката система на здравеопазване се основава на задължителното по закон здравно осигуряване и предоставя почти универсално покритие с широк спектър ползи. Със 7,7% от БВП през 2012 г. това е доста под средното за ЕС, но сравнително висока – 85%, е публично финансираната дейност. Някои важни здравни показатели са по-добри от средните стойности в ЕС (като например смъртността в резултат на заболявания на дихателната система) или дори сред най-добрите в света (по отношение на детс-

ката смъртност например). От друга страна, нивото на смъртността от заболявания на кръвоносната система и злокачествени новообразувания е доста над средното за ЕС [12].

Здравноосигурителна каса в Хърватия (The Croatian Health Insurance Fund) е създадена през 1993 г. и е единственият застраховател в системата на задължителното здравно осигуряване (mandatory health insurance system), която осигурява всеобщо здравно покритие на цялото население. Собствеността на вторични здравни заведения е разпределена между държавата и областите. Основният източник на приходи за фонда са задължителните здравноосигурителни вноски, което представлява 76% от общите му приходи, въпреки че само около една трета от населението (активни работници) е длъжно да направи пълни здравни вноски [16].

Бразилската здравна система включва обществен сектор, обхващащ 75% от населението. През последните години се наблюдава разширение на частния сектор чрез предлагане на здравни услуги към останалата част от населението. Публичният сектор е организиран около Sistema Unico de Saúde (SUS) и се финансира с общи данъци и осигурителни вноски, събирани от трите нива на управление (федерални, държавни и общински). SUS осигурява здравни грижи чрез децентрализирана мрежа от клиники, болници и други заведения, както и чрез договори с частни доставчици. SUS също е отговорен за координацията на публичния сектор. Частният сектор включва система от застрахователни схеми, известни като допълнително здравно осигуряване, които се финансират от работодатели и/или домакинства: фирми и домакинства, медицински кооперации. При тази схема се прилагат самостоятелно и индивидуални застрахователни планове. Частният сектор също включва клиники, болници и лаборатории, предлагащи услуги на база висок доход.

В Бразилия се наблюдават и някои демографски особености (които са в основата и на промени в здравеопазването), изразяващи се в спадане на раждаемостта между 1991 и 2004 г. от 2,7 до 2,0 деца на жена, и в същото време брутната обща смъртност спада от 7.6 на 6.3 на 1000 жители. Между 1991 и 2008 г. средната продължителност на живота на мъжете се увеличава от 63.2 до 68.8 години, а на жените от 70.9 години до 76.2 през 2008 [20, 21]. В резултат се налагат и конкретни промени в системата на

здравеопазването – нарастване на броя на здравните заведения от 35 701 през 1990 г. на 77 004 през 2005 г.; 58,6% в обществения сектор и 41,4% в частния сектор. През 2005 г. от 62 483 заведения, предлагащи здравни грижи, 70,4% са били публична собственост и 29,6% частна.

През 2005 г. Бразилия има 527 625 лекари, или 2.86 лекари на 1000 жители. Общият брой на професионалните медицински сестри е 116 126. Има повече от 161 336 техници и 834 000 медицински сестри общ профил и асистенти. Лекарите по дентална медицина наброяват 71 386 (0.39 на 1000).

Федералното правителство е отговорно за запазване и насърчаване на принципите на SUS, определя националните приоритети, следи резултатите от политиките и програмите. Участието в тристранното финансиране гарантира равенство между трите нива на управление [13].

През последните три десетилетия редица страни с ниски доходи въвеждат социалното здравно осигуряване (Social Health Insurance – SHI) като начин за мобилизиране на повече ресурси за здравето, споделяне на риска, осигуряване на по-справедлив достъп до здравни грижи за бедните, предоставяйки по-добро качество на здравеопазването, и осигуряване на универсално покритие [26]. Решаващо значение за успеха на SHI и реализацията на универсално покритие е качеството на здравните услуги, достъпни за осигуреното население. Наличието на добро качество на здравната инфраструктура от своя страна насърчава населението да се присъедини към системата и да я подкрепи. Въпреки това повечето страни с ниски доходи не разполагат с необходимите здравни инфраструктури и човешки ресурси, така че здравноосигурените може да не могат да получат справедливи и с добро качество здравни услуги [17, 18]. В много развиващи се страни големи групи от населението имат достъп до само няколко здравни заведения; генериране на конкуренцията на каквото и да е при такива условия може да се окаже трудно, дори невъзможно [14].

В Чили работниците са упълномощени да изберат или публично, или частно покритие за здравно осигуряване. Въпреки че частните застрахователни премии зависят от риска за здравето, обществените застрахователни премии са свързани единствено с доходите. Резултатите показват, че възрастта, полът, типът ра-

бота, нивото на дохода и здравното състояние са най-важните фактори за вида застраховка, избран от физически лица [22].

През 2011 г. медицинските разходи на глава от населението в Китай са USD 130. Степента на възстановяване на средствата показва интензивен преход от 2004 г. до 2011 г., с рязък спад от 98,51% през 2004 г. до 22,44% през 2009 г., и известно увеличение до 26,39% през 2011 г. [28].

Като част от системата на здравеопазването, Националната здравна каса в Корея е насочена към подобряване на здравния статус на населението. Извършва главно функцията на финансиране. Ако през 1977 г. само малък брой хора са имали достъп до медицински услуги, след 12 години на частично покритие от медицинска застраховка, той е разширен до цялото население през 1989 г. През 1985 г. е въведена програма за болнична стандартизация. Пациентът се идентифицира чрез национален идентификационен номер, медицинският достъп е проследим, без значение какво лечебно заведение е посетил пациентът. Това дава възможност да се изчислят показателите за качество на широк обхват. Корея вече се нарежда сред най-напредналата група страни по отношение на покритие, непрекъснатост във времето, и навременността на показателите [19].

Заплащането на лекарите по дентална медицина и лекарите се осъществява като разходване на събраните средства. В някои страни съобщават и за допълнително заплащане на денталните лекари.

Дванадесет държави са съобщили за наличието на бонуси за лекарите в доболничната помощ. Бонусите са свързани с целите за качество на превантивни грижи и управлението на хроничните заболявания в седем страни, сред които Полша, Чехия, Белгия, Великобритания. Във Франция схема „заплащане за услуга“ е въведена през 2009 г.

Индивидуални договори със здравната каса предвиждат допълнителни плащания за постигането на целите, свързани с качеството на грижите (превантивни дейности, за привеждане в съответствие с насоките, основани на доказателства) и свързани с ефективността на предписване на лекарства (дял на генеричните лекарства в някои терапевтични класове). В края на 2009 г. около една трета от всички общопрактикуващи са подписали тези споразумения. Осем страни отчитат наличието на бонуси за спе-

циалисти за превантивни грижи и управление на хронични заболявания (Великобритания, 68% от Националната здравна служба; Полша, 5% от специалистите, които получават бонуси в размер на 5% от приходите си). Шест страни отчитат наличието на бонуси за болници (Люксембург, 9% от болниците, които получават бонуси в размер на 1,4% от приходите си, Белгия, 0,5% от болничните приходи). Само Словашката република и Обединеното кралство съобщават за бонуси, свързани с качество, опит на медицинския персонал, постигане на крайни цели и клинични резултати, свързани с удовлетвореността на пациента. Десет страни посочват, че лекарите могат да понесат санкции, когато са превишени цели обеми от дейности. В седем страни санкциите са под формата на намаляване на бонусите за лекари. В три страни, Чехия, Финландия и Италия, санкциите се състоят от частично възстановяване на средствата към здравноосигурителни фондове, от които са получени [19].

Здравно осигуряване у нас

С промените от 1989 г. в България е избрано задължително здравно осигуряване, с един монополен фонд – НЗОК. Има и система за доброволно здравно осигуряване, но практически тя не работи. Задължителното здравно осигуряване е въведено със закон още през 1924 г. и съществува до 1951 г. Въведено е задължителното осигуряване на всички работници и служители в държавните и частните предприятия и организации за рисковете злополука, болест, майчинство, инвалидност и старост. Медицинската помощ е за сметка на Фонд обществено осигуряване, в който 2/3 от приходите са от работодателите и държавата и 1/3 – от работещите. Осигурените имат право на свободен избор на лекар [3]. През 1948-1949 г. здравноосигурителният принцип се заменя с държавна здравна система, финансирана от общи данъчни приходи (тип Семашко).

Принципът на здравно осигуряване за финансиране на системата на здравеопазване се възстановява през 1998 г. Така се прави опит да се осигури гарантиран достъп до здравеопазване чрез пакет здравни услуги. Установяването на здравноосигурителната система беше и основна задача при цялостното реструктуриране на общественно-политическия, социален и културен живот в нашата страна след 1990 г. То довежда до кардинални промени в организацията и

финансирането на здравеопазването в България. Възникна институцията „частно практикуващ семеен лекар“. Въведе се обществено осигуряване, частно застраховане и директно заплащане на услугите от пациента. Така се въведе Договорното начало. Осигури се свободен избор на лечебно заведение с гарантирани права на потребителите на здравна помощ [9].

В стремежа на обществото и ръководителите му за реформи се стигна до нарушаване на редица принципи при формирането на здравната политика. Не се дефинираха основни приоритети. На заден план останаха училищното здравеопазване, профилактиката, диспансеризацията, образованието (промоцията на здраве), здравната просвета и редица фундаментални за здравеопазването въпроси и проблеми.

Здравеопазването – национален приоритет, претърпя девалвация като ценност на обществото. Поради лоша преценка се наруши балансът между здравните потребности, наличните ресурси и обществените очаквания и желания. Толкова шокови бяха промените, че не се съобразиха с общественото съзнание и с икономическото развитие на страната. Замени се една работеща с усилия система с имитираща дейност система. Недостигът на политическа воля за реализация на здравна реформа и изграждане на концепция за нея, разглежда В. Борисов в „Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика“ [9]. Основен недостатък е, че всички проблеми се решават в движение, фрагментирано, без цялостна дългосрочна национална здравна политика.

Ключови моменти в здравната реформа са :

- Промяната в собствеността (лечебните заведения се превърнаха в пълноправни пазарни субекти с възможност за придобиване на собствен приход от медицинска дейност);
- Изграждане на регулиран пазар между равноправни обществени и частни пазарни субекти;
- Приватизация на първичната медицинска помощ (частни физически или юридически лица, конкуренция, подобряване качеството на здравните услуги и по-ефективно управление на ресурсите);
- Промяна в източниците на финансиране (основен източник НЗОК) [3].

Здравното осигуряване е дейността по набиране, управление и разходване на средства по заплащане на дейности, услуги и стоки, предвидени в Закона за здравното осигуряване (ЗЗО),

Националният рамков договор (НРД) и здравноосигурителните договори [6]. ЗЗО дава рамката на задължителното здравно осигуряване в Република България. Той регламентира задължителното участие на всички граждани в страната съобразно принципа на солидарността. Така се осигурява основният пакет дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. НЗОК управлява и разходва събраните средства, за да заплаща здравните дейности чрез териториалните си подразделения – РЗОК.

Бюджетът на НЗОК се приема ежегодно от правителството, работодателите, синдикатите. Здравноосигурителната каса се управлява от Надзорен съвет и Директор. Надзорният съвет се избира за период от 5 години. Състои се от 9 човека. Здравните осигуровки в България са преминали през различни дялове (40:60; 50:50), от 2009 г. са в съотношение 60:40 = работодател : осигурен.

Създават се и стандарти за качество на здравните услуги. В зависимост от участието в заплащането на осигурителните вноски се разграничават и следните групи осигурени лица:

- Задължени да заплащат осигурителните си вноски заедно с работодателите. Тези лица обикновено са в трудовоправни взаимоотношения.

- Задължени сами да заплащат осигурителните си вноски – самоосигуряващи се, занаятчийци, изпълнители на граждански договори. Към тази група се отнасят и лекарите по дентална медицина.

- Лица, неучастващи в набирането на осигурителни вноски, чиято осигурителна премия заплаща бюджетът (държавен, общински) – малолетни, непълнолетни, пенсионери, социално слаби, безработни, бежанци, лица в домове за медико-социални грижи, военнослужещи на наборна военна служба, майки в неплатен отпуск за отглеждане на дете.

НЗОК заплаща за извънболнична първична и специализирана медицинска помощ, както и за болнична помощ (клинични пътеки, изделия, високоспециализирани медицински скъпоструващи дейности).

НРД се договаря и подписва между НЗОК и съсловната организация на лекарите и лекарите по дентална медицина и за да влезе в сила, го подписва министърът на здравеопазването. Този договор регулира правата и задълженията на НЗОК, БЛС, БЗС, на изпълнителите на извънболнична и болнична помощ и тези на здравноосигурените лица.

РЗОК сключва договори за оказване извънболнична медицинска и дентална помощ с лекари и лекари по дентална медицина на обща и специализирана практика. Тези договори за лекарите са на база здравноосигурено лице, за време на разположение и оказване на неотложна и спешна медицинска помощ в извънработно време и неблагоприятни условия на труд. НЗОК със своите поделения – РЗОК, извършва медицински и финансов контрол върху изпълнението на договорите както за извънболнична, така и за болнична помощ, съгласно правилата за добра медицинска практика [3].

Един от елементите на общата здравноосигурителна система в страната е **доброволното здравно осигуряване (ДЗО)**. То се регламентира със закон от 1998 г. „ДЗО е дейност по поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, осъществявана от лицензирани по ЗЗО здравноосигурителни дружества срещу заплащане на здравни осигуровки и премии, въз основа на здравноосигурителни договори“ [3]. Доброволният здравноосигурителен фонд реализира своите задачи на основата на следните принципи:

- Самоотговорност за здравето;
- Самоорганизираност за здравето;
- Избор на здравни услуги с високо качество.

Той осигурява здравните потребности извън възможностите на бюджета на задължителното здравно осигуряване. Цели се максимално високо качество, на приемлива цена при минимален разход на време на осигурените. Съществуващата в пазарни условия конкуренция между отделните фондове е предпоставка за увеличаване качеството на пакета услуги. Средствата в ДЗОФ се набират или директно от здравноосигуреното лице, или като всеки работодател осигури своите работници и служители в определен фонд за своя сметка и в тяхна полза.

Тези фондове са в основата на промяната на здравните ценности в обществото. Те са насочени към лицата, но и към техните семейства и професионална среда. Важен фактор са за здравното превъзпитание на населението.

С оглед системния недостиг на финансов ресурс в българското здравеопазване и неефективното управление на отпускните средства се налага да се обсъди нов либерално-социален модел на финансиране на здравеопазването в България. Идеята е за въвеждане на усъвършенстван тристълбов модел [3]:

- Задължително основно здравно осигуряване – 6% от възнаграждението на осигуреното лице, се заплаща в НЗОК;
- Задължително допълнително здравно осигуряване – 3% от трудовото възнаграждение. То се заплаща от осигуреното лице в НЗОК или избран доброволно лицензиран фонд за допълнително задължително осигуряване.
- Доброволно здравно осигуряване – 3% от трудовото възнаграждение. То осигурява допълнителни услуги. Заплаща се от лицето или работодателя в свободно избран лицензиран фонд.

Идеята на новия модел стъпва на:

- Свободен избор на здравни услуги и стоки;
- Свободен избор на допълнително здравно осигуряване;
- Финансиране на първичната медицинска помощ на база брой реално регистрирани здравноосигурени лица и обем извършена дейност;
- Освободени цени в болничното лечебно заведение. Доплащане, регулирано от съсловните организации и държавата, година за година;
- Свободен избор на болнично лечение;
- Регулиране капацитета на болниците;
- Внедряване на финансиране на болниците по диагностично свързани групи;
- Определен основен пакет здравни услуги, заплащан от НЗОК;
- Конкуренция между болниците (Ц. Воденичаров и кол., 2009).

С преминаването към пазарен тип отношения в икономиката от 1998 година се налага и реструктуриране във финансирането на здравеопазването. Независимо че към държавните и общинските бюджети като източници за финансиране се добавят: задължителен здравноосигурителен фонд – НЗОК, доброволни допълнителни фондове, директно заплащане от пациентите, в по-малка степен дарения и фондации, основното финансиране е здравноосигурителната вноска. Тя възлиза на 6% до 2008 г. и 8% след това. Регламентира се автономията на трите пазарни субекта: потребител, доставчик на здравни услуги и финансиращ орган. Прави се опит за удовлетворяване на здравните нужди на обществото и постигане баланс в системата на здравеопазването чрез въвеждане на частния сектор в нея и създаване на конкурентни условия. Самият старт на реформата в сектора е замислен като

преходен. В началото – монополна роля на НЗОК и постепенно преминаване към демонополизация. Днес, 2016 г., все още реално за такава демонополизация не се говори. Има и застъпници на идеята, че монополът на НЗОК е единственият възможен модел днес за България. Само времето ще покаже дали това е така. В традиционно развитите европейски системи на социално здравно осигуряване няма система с един осигурител. Освен това монополният осигурителен модел противоречи на пазарните принципи за потребителски избор. Касата не е мотивирана да оптимизира дейността и разходите си поради липсата на конкуренция. Поради същата причина националният осигурителен фонд не диверсифицира услугите си и не подобрява качеството им. Това предполага отчитане на клинични пътеки на по-високи цени, стимулирано търсене на болнични услуги, несвързано със здравните потребности на обществото, а единствено цели удовлетворяването на икономическите интереси на съответната болница и увеличаване на печалбата [1].

Нито един от приоритетите на Националната здравна стратегия от 1998 г. не се осъществява поне до 2016 г.

1. Не са създадени условия за подобряване здравето на нацията.

2. Не се повишава ефективността на системата вследствие проведените структурно институционални промени.

3. Постигната е известна децентрализация, но няма подобрене в управлението.

4. Частично се развива международно сътрудничество и евроинтеграция.

5. Постигната е адаптация на човешките ресурси в здравеопазването към новите икономически условия и професионални изисквания. Но цената за това се заплаща единствено и само от хората, работещи и ползващи системата, а това спира развитието на сектора – напр. денталните лекари работят все по-често без специалност, без помощен персонал, все още се използват машини над 20-30 години [10].

6. Структурите на общественото здравеопазване са разбити и на практика такива, особено в денталната помощ, не съществуват.

7. Няма положително развитие на създадените нови икономически отношения в здравеопазването.

Обемът дейности за осигурено лице, регулиран законово, е неограничен и не е обезпечен с ресурсите на системата. Формира

се огромен дефицит на ресурси в системата и се появяват голям брой регламентирани и нерегламентирани плащания от страна на пациентите. Практиката в развитите страни показва, че един от изходите е намаляване обхвата на пакета, въвеждане на допълнително здравно осигуряване и регламентирано доплащане на здравните услуги.

Финансовите взаимоотношения между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ се договарят на национално ниво – чрез сключване на НРД със съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина, и на индивидуално ниво – подписване на индивидуални договори с НЗОК. По данни на Кр. Цоков 8,91% от лекарите по дентална медицина не сключват договор с НЗОК. Те смятат за недостатъчни отпускните средства, а установените норми – за несправедливи към болните и неприемливи за зъболекарите.

В същото време и НЗОК може да откаже да сключи договор с желаещи изпълнители на медицинска/дентална помощ, ако не отговарят на условията, предвидени в закона и наредбата.

В отделни случаи, спекулирайки с модела на неселективно сключване на договор, НЗОК поставя допълнителни условия, целейки да постигне административно преразпределение на достъпа на пациенти до определени лечебни заведения.

В модела на социалното здравно осигуряване участието на съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина се регламентира от ЗСОЛЛДМ. Тези организации са част от екипа, договарящ средствата с НЗОК. За да се постигнат целите на здравноосигурителната система, е необходимо да бъде усъвършенстван механизмът за договаряне на НРД. Необходимо е да се разшири съставът, който договаря НРД, за да бъде избегнат монополът на синдикалните интереси на лекарите и да надделеят обществените интереси на здравноосигурените лица. Необходимо е и по-гъвкаво и леко администриране на договарянето. Според Т. Веков може би договорът трябва да придобие вид с две части: постоянна и променлива.

Перспективи за управлението на здравноосигурителната система

Усилията, насочени към това пациентът да е в центъра на системата, не се потвърждават от изследване на Price Waterhouse Coopers (2010 г.). По-често усилията са насочват към

собствените организации на системите. Шест са направленията, към които ще се реорганизира здравеопазването [2]:

1. Плащане, основано на стимули. Да се заплаща на база резултати за пациента. Стимули както за лекарите, така и за пациентите да спазват предписания им режим.

2. Цялостни регулаторни промени.

3. Финансиране. Повече средства за профилактика и лична грижа за здравето.

4. Комуникация с пациентите – повишаване на грижата за собственото здраве, здравната образованост, информираност.

5. Електронни здравни досиета – чрез тях ще се увеличи и възможността за контрол от страна на пациентите.

6. Работна ръка – увеличаване инвестициите за обучение на кадри за първична извънболнична медицинска помощ.

Перспективите с оглед увеличените хронични болести и продължителност на живота се свързват с развитие на медицинския туризъм, използването на здравни услуги по телефона, по интернет, разработване на дигитални устройства за наблюдение на хронично болни пациенти в домашни условия.

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. Генов, 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. Hyoung-Sun, Jeong. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, May 2012, Vol. 45, № 3, 127-136.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br>.
21. Ministerio da Saúde. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/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. *PLoS ONE*10(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