



## СЪВРЕМЕННИ МОДЕЛИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

### CONTEMPORARY MODELS OF HEALTHCARE FINANCING

Бисер Кръстев  
Biser Krastev

Висше училище по агробизнес и развитие на регионите – Пловдив  
University of Agribusiness and Rural Development – Plovdiv

**Abstract:** The scientific report reviews the models for healthcare financing, which have been established in the world practice. A study of the current state of the main ones was conducted – a tax-based model, a model based on social health insurance revenues, a model based on health insurance revenues and a model based on a system of personal health accounts combined with budget subsidies. Following the example of individual countries, the peculiarities of the functioning of these models are clarified and their advantages and disadvantages are presented. Based on the world experience, proposals have been made for improving the model for healthcare financing in Bulgaria.

**Keywords:** healthcare financing; taxes; social health insurances; health insurances.

**JEL:** H42, H51, I13

### ВЪВЕДЕНИЕ

В съвременните условия здравните системи на отделните държави са изградени по различен начин. За да функционират безпроблемно, те се нуждаят от разнообразни източници за финансиране. Изборът на подходящ модел за тяхното финансиране играе основна роля във връзка с осигуряването на по-ефективно използване на разполагаемите ресурси и постигането на по-високо качество на предлаганите медицински услуги. Актуалността на изследването е безспорна, тъй като световният опит в областта на финансирането на здравния сектор може да се използва за оптимизиране дейността на здравната система у нас с оглед постигането на заложените в Националната здравна стратегия 2020 цели.

Обект на изследване в настоящия доклад са моделите за финансиране на здравеопазването. Предмет на изследване са техните специфики, предимства и недостатъци. Целта на научната разработка е да се изяснят принципите, въз основа на които са изградени моделите за финансиране на здравеопазването и да се разкрият възможностите за прилагане на опита на страните с най-ефективно функциониращи здравни системи в българската практика.

### ИЗЛОЖЕНИЕ

През последните десетилетия в световната практика се обособяват четири основни модела за финансиране на системата на здравеопазването. Те са следните (Turgambaeva, Ermuhanova, 2017, p. 355):

- данъчно базиран модел;
- модел, базиран на постъпленията от здравни осигуровки;

- модел, базиран на постъпленията от здравни застраховки;
- модел, базиран на система от лични здравни сметки, комбиниран с бюджетно субсидиране.

**Данъчно базираният модел** за финансиране на системата на здравеопазването се характеризира с преобладаващ дял на бюджетното финансиране. За него е типично, че над 50% от разходите за здравеопазване се финансират чрез данъчни постъпления. Той е известен още и като **модел на бюджетно финансиране** (Omelyanovsky, Maksimova, Tatarinov 2014, p. 23). Достъпът до здравни услуги е открит за цялото население на съответната държава, като за финансиране на здравния сектор се насочват данъчните приходи (централни и/или местни). Системата на здравеопазването се администрира от държавата и често липсва ефективен контрол върху целесъобразността при използване на бюджетните ресурси. Предлагането на здравни услуги не е достатъчно високо, за да покрие тяхното търсене от страна на пациентите, поради което често се стига до изчакване на ползването на здравната услуга със седмици, а в някои случаи и с месеци.

При този модел за финансиране на здравеопазването здравните рискове се разпределят върху максимално широк кръг от пациенти. Поради постигането на икономии от мащаба на дейността обслужването им от здравната система е придружено от по-ниски разходи. От друга страна, основният източник за финансиране на системата са данъците, чието избягване е доста трудно, и в този смисъл акумулирането на финансови ресурси за покриване на здравните разходи е сравнително сигурно и надеждно. Освен посочените по-горе предимства на модела, той не е лишен и от някои слабости. Сред тях се открояват относително по-ниското качество на предоставяните от лечебните заведения здравни услуги, наличието на по-ниско равнище на персонална отговорност на пациентите към собственото им здравословно състояние, както и силната зависимост на здравния сектор от промените в икономическата и политическата конюнктура.

В Европа държавите, за които е характерен данъчно базираният модел за финансиране на здравеопазването, са Великобритания, Дания, Швеция, Норвегия и в по-малка степен Ирландия, Исландия, Италия, Португалия, Испания и Финландия.

Здравната система на **Великобритания** е изградена на принципа на солидарността, т.е. всички граждани на страната и пребиваващите на нейна територия чужди граждани имат осигурен достъп до здравни услуги. Те се предоставят от Националната здравна служба на Великобритания и, с изключение на зъболекарските услуги и лекарствата, са безплатни. Около 76% от постъпленията на Националната здравна служба се финансират чрез централни данъци, около 19% – чрез осигурителни вноски и около 5% – чрез пациентски такси и съпътстващи доплащания. Освен това 12% от населението на страната имат сключена частна медицинска застраховка, която покрива 1% от общите разходи за здравеопазване (Krastitelski, Yosifov 2010, p. 143–144) и се предпочита от висококвалифицирани и добре заплатени служители в по-напреднала и предпенсионна възраст. Като недостатъци на системата се открояват дългите листи с чакащи за лечение пациенти, сравнително остарялата технологично инфраструктура и недостатъчно високата удовлетвореност на клиентите от получаваните здравни услуги, поради невъзможността им да си избират алтернативни доставчици.

В **Дания** финансирането на здравната система се осъществява преобладаващо чрез местни данъци, като около 20% от общия публичен ресурс се допълват от държавни субсидии. Около 15% от здравните разходи (предимно за лекарства и дентални услуги) се покриват за сметка на доброволни здравни застраховки (такива притежава около 30% от населението на страната) и чрез преки доплащания от страна на домакинствата (Kerencheva 2019, p. 48). В сравнение с Великобритания листите с чакащи са доста по-кратки, пациентите имат възможност да си избират личен лекар и болнично заведение. Засилената конкуренция между общопрактикуващите лекари и лечебните заведения води до по-високо качество на предоставяните от тях услуги и до висока удовлетвореност на пациентите от здравното обслужване, което получават.

В **Швеция** здравната система гарантира на населението равен достъп до медицински услуги. Тя е силно децентрализирана и се характеризира с универсално покритие. Нейното финансиране се осъществява чрез местни данъци, тъй като издръжката на системата на здравеопазването е

местна, а не държавна отговорност. Ставката на данъка, с който се финансират здравните разходи, се колебае в отделните общини в диапазона от 9,4% до 10,7% от сумата на облагаемия доход. Този данък покрива около 70% от разходите за здравеопазване. Около 17% от тях се покриват с държавни субсидии, около 3% – с потребителски такси и останалите 10% – от други източници (частни здравни застраховки, целеви субсидии, дарения). Като предимства на здравната система могат да се отбележат високата удовлетвореност на пациентите от качеството на услугите и изключително високият дял на публичното финансиране, което покрива 84% от общата сума на здравните разходи на страната през 2016 г. (OECD/EU 2018, р. 143). Основни нейни недостатъци са наличието на регионални неравенства в достъпа до медицинско обслужване и формирането на дълги списъци с чакащи за ползване на високоспециализирани услуги в болничните заведения.

Вторият модел за финансиране на здравеопазването е известен като **модел, базиран на постъпленията от здравни осигуровки**. Той е типичен за финансирането на здравните системи на редица държави, сред които Франция, Германия, Нидерландия, Австрия, Белгия, Япония и Канада. Здравното осигуряване е форма на управление и финансиране на здравните разходи чрез здравноосигурителни вноски на основата на обединяване на финансовите и здравните рискове. Здравноосигурителните вноски се правят от работодателите, служителите и държавата в един или множество частни или държавни здравноосигурителни фондове. Чрез здравните вноски се осигурява универсално покритие на населението със здравни услуги. Техните размери варират в широк диапазон в отделните държави (от 6,95% от дохода на осигуреното лице в Нидерландия до 14,6% от дохода на осигуреното лице в Германия) и най-често се дължат в еднакви съотношения от него и от работодателя. Здравните осигуровки имат задължителен характер (Salchev, Georgieva 2008, р. 80), а пациентите могат да избират свободно лечебното заведение и лекуващия си лекар. В някои държави, сред които и България, финансирането на здравеопазването се допълва и от доброволни здравни осигуровки, които през последните години се трансформират в здравни застраховки, покриващи различни видове здравни рискове.

Контролът върху изразходването на финансовите ресурси при модела, базиран на постъпленията от здравни осигуровки, е ефективен и се осъществява от осигурителя и от осигурените лица. Финансирането на здравната система е децентрализирано, а поради наличието на засилен конкуренция на пазара на здравни услуги тяхното качество е сравнително високо. Като основен недостатък на модела се очертават високите равнища на здравните разходи, които могат да предизвикат дефицит в здравноосигурителните фондове поради финансирането на лечението на някои рискови групи от населението, които не са здравно осигурени, но ползват здравни услуги (Antropov 2019, р. 121–122).

Във **Франция** финансирането на системата на здравеопазването се осъществява от различни източници – задължителни здравни осигуровки, задължителен социален данък, бюджетни трансфери, доброволни частни здравни застраховки и директни плащания от пациентите. Финансовият ресурс, постъпващ по линия на бюджетните трансфери, се формира от постъпления от акцизи, с които се облагат алкохола и цигарите, както и от данъци върху оборота на фармацевтичните компании. Интересен факт е, че във Франция доброволното частно здравно застраховане обхваща около 97% от населението и генерира около 13% от общата сума на финансирането на здравните разходи. Задължителните здравни осигуровки заедно с бюджетното финансиране покриват около 80% от общите здравни разходи, а останалите около 7% се покриват пряко от пациентите.

В **Германия** също е въведен моделът, базиран на постъпленията от здравни осигуровки. Финансирането на здравеопазването се осъществява чрез изградената система за здравно осигуряване и се допълва от ресурс, акумулиран от частни здравни застраховки, данъчни постъпления и директни плащания от пациентите. Покритието на здравноосигурените лица не е универсално (обхваща около 88% от населението на страната). То се разделя на три основни групи. В първата от тях попадат лица, които са задължени да плащат здравноосигурителни вноски, постъпващи в избрана от тях здравноосигурителна каса (към края на 2018 г. в страната функционират общо 110 на брой здравноосигурителни каси). Във втората група попадат самоосигуряващите се лица,

военнослужещите и част от държавните служители, които покриват своите разходи за лечение чрез частни здравни застраховки. В третата група попадат лица с високи доходи (над 4950 евро месечно), които имат право да избират дали да се включат в системата за задължително здравно осигуряване, или да сключат договор за частна здравна застраховка. Размерът на ставката за задължителната здравна осигуровка е 14,6% от brutния доход на осигуреното лице, като тя се поделя поравно между него и работодателя (Staykov, Georgieva 2018, p. 14).

През 2009 г. в страната е създаден Централен фонд за преразпределение (Gesundheitsfonds), който има за основна задача да преразпредели постъпленията от здравните осигуровки сред всички здравни каси в зависимост от равнището на риска от заболяемост на осигурените във всяка една от тях лица. Здравните каси, които са изложени на по-висок риск, получават относително повече средства, за да могат да се компенсират по-високите им разходи, в сравнение с тези, които са изложени на по-нисък риск (Gaskins, Busse 2009, p. 30).

В основата на финансирането на здравната система на **Нидерландия** стоят постъпленията от задължителни за всички граждани социални осигуровки и от здравни застраховки. Чрез тях се покриват 72% от общите разходи за здравеопазване. Около 13% от здравните разходи се финансират чрез данъчни постъпления, а останалите 15% – чрез директни плащания от пациентите и допълнителни схеми за здравно застраховане.

Размерът на здравната осигуровка възлиза на 6,95% от месечния доход на осигуреното лице. Тя се удържа от работодателя и се превежда към здравноосигурителния фонд, който пък я превежда към съответното дружество за здравно застраховане, на което е клиент осигуреното лице. За самоосигуряващи се лица размерът на ставката на здравната осигуровка е 4,85% и тя се плаща директно от тях. От месечния доход на работещите се удържат допълнително още 9,65% за покриване на финансирането за дългосрочни здравни грижи.

Чрез здравните осигуровки се покриват разходите по основния пакет здравни услуги. Ако осигурените лица желаят да ползват допълнителни здравни услуги, те могат да сключат договор за допълнителна здравна застраховка, която покрива разходите не само по някои допълнителни здравни услуги, а и по такива, които са включени в основния пакет, но са недофинансирани. Около 84% от здравноосигурените лица притежават и допълнителна здравна застраховка (Staykov, Georgieva 2018, p. 15–17).

**Моделът за финансиране на здравеопазването, базиран на постъпленията от здравни застраховки**, се прилага в редица държави, сред които САЩ и Швейцария. За него е характерно, че всеки пациент решава дали да сключи здравна застраховка и какъв пакет от здравни услуги ще се покрива от нея. Рисковите премии се определят индивидуално за всеки пациент в зависимост от неговото здравословно състояние.

При този модел липсва универсално покритие на населението, тъй като само застрахованите лица получават здравно обслужване. Управлението на финансовите и здравните рискове се осъществява от застрахователните компании, като администрирането на тяхната дейност поглъща значителни като стойност парични средства. Много често вноските по здравните застраховки се правят от работодателите като вид социална придобивка в полза на наетите от тях работници и служители. Качеството на предлаганите здравни услуги е високо и застрахованите лица имат право да ги ползват веднага, когато това е наложително, без да се налага да се вписват в листи на чакащи. Важно предимство на схемите за здравно застраховане е, че осигуряват данъчни облекчения на работодателите.

Понеже здравните застраховки са доброволни, част от населението остава извън техния обхват. Поради тази причина е необходимо централната власт да осигури достъп до медицинско обслужване на незастрахованите лица. Ето защо в отделните държави съществуват и публични програми за здравно застраховане, които водят до непрекъснато нарастване на здравните разходи, чието равнище е значително по-високо в сравнение с разходите, отделяни за финансиране на здравеопазването при данъчно базирания модел и при модела, базиран на постъпленията от здравни осигуровки.



В САЩ функционира модел за финансиране на здравеопазването, в основата на който стоят доброволните здравни застраховки, допълнени от публични програми за здравно застраховане, т.е. той е комбинация от частно и публично финансиране. Въпреки това в САЩ не е налице пълно покритие на населението със здравни застраховки, а оттам – и със здравни грижи. Голяма част от населението има частни здравни застраховки. Тяхното предназначение е да покриват здравните рискове на застрахованите лица. Премиите по тях се заплащат от работодателите, срещу което те ползват данъчни облекчения (Kerencheva 2019, p. 49).

В САЩ действат две публични програми за здравно застраховане. Едната е Медикеър (Medicare) и е насочена към осигуряване на защита от здравни рискове на граждани на възраст над 65 години, а другата е Медикейд (Medicaid) и обхваща социално слабите граждани. Съществува и отделна държавна програма за здравно застраховане на деца (Children's Health Insurance Program), която обхваща деца от семейства, чиито родители работят достатъчно, за да не бъдат включени в Медикейд, но не толкова много, за да могат да си позволят покупката на частна медицинска застраховка. Тези програми се финансират с публични ресурси от държавния бюджет. Качеството на предоставяните услуги е много високо, но и разходите за тяхното финансиране са изключително големи (очаква се през 2019 г. те да достигнат 3,96 трлн. USD, или над 18% от БВП на страната), поради което от икономическа гледна точка системата на здравеопазването в САЩ е неефективна (Nowicki 2018, p. 367–369).

В Швейцария всички граждани са задължени да имат здравни застраховки и на практика покритието на здравната система е универсално. Основният пакет от здравни услуги включва болничното и извънболничното лечение на различни заболявания, увреждания поради нещастен случай и бременност. Едва след надхвърлянето на първоначалния годишен разход за лечение в размер на 300 CHF, който се поема от всеки възрастен гражданин, се активира плащането от страна на застрахователя.

Намаляване размера на премията по здравната застраховка е възможно, ако се ограничи изборът на лекар или лечебно заведение или ако се увеличи размерът на първоначалното доплащане. Премията за стандартния пакет от здравни услуги е в размер на до 8% от месечния доход. Освен нея застрахованите лица могат да ползват допълнителни застрахователни схеми, покриващи здравни услуги, които не са включени в основния пакет (ползване на ВИП стаи, свободен избор на лекуващ лекар, редовно дентално лечение и др.). Ако гражданите с по-ниски доходи не са в състояние да плащат премията за основния пакет, те се субсидират от държавата.

Качеството на предлаганите здравни услуги и удовлетвореността на пациентите от здравното обслужване са много високи. Мотивацията за работа на ангажирания в отделните болници медицински персонал също е много висока. Това обаче е свързано с постоянно нарастване на разходите за здравеопазване, като особено високи са разходите за лекарства. В резултат през 2017 г. относителният дял на здравните разходи спрямо БВП на Швейцария възлиза на 12,3% при средна стойност на показателя от 9,6% за страните членки на Европейския съюз (OECD/EU 2018, p. 135).

**Моделът, базиран на система от лични здравни сметки, комбиниран с бюджетно субсидиране,** се прилага в Сингапур (Staykov, Georgieva 2018, p. 25–26). За него е характерно, че всеки гражданин е длъжен да се осигурява за определен пакет от здравни услуги чрез личната си здравна сметка. Част от населението, което получава ниски доходи, се подкрепя финансово от държавата чрез отпускането на бюджетни субсидии. Осигурените лица са задължени да доплащат и част от разходите за своето лечение, надхвърлящи определена сума, като за лицата с ниски доходи това задължение отново се поема от държавата. Финансирането на системата на здравеопазването се осъществява от следните фондове: фонд „Медицински спестявания“, фонд „Медицинска защита“, фонд „Медицинска социална защита“ и фонд „Дългосрочни грижи“.

Всеки гражданин внася по личната си здравна сметка във фонд „Медицински спестявания“ здравни вноски, които варират между 8,0% и 10,5% от месечния му доход. Те могат да се използват от него и от членовете на семейството му за покриването на различни здравни разходи. Средствата по тази сметка са освободени от данъчно облагане и се олихвяват. Фонд „Медицинска защита“ осигурява допълнително финансиране чрез т.нар. катастрофична застраховка. Тя покрива разходите за продължителна хоспитализация, свързана с лечението на

тежки заболявания. Премиите по тази застраховка се покриват от паричните средства, натрупани по личните сметки на здравноосигурените лица. Фонд „Медицинска и социална защита“ е създаден, за да подпомага граждани, здравните разходи на които надвишават тези, натрупани по личните им сметки в първите два фонда. Неговото финансиране се осигурява от държавата под формата на бюджетни субсидии. Фонд „Дългосрочни грижи“ предоставя финансиране на лица с различна степен на инвалидност, които се нуждаят от специализирани дългосрочни здравни грижи. При навършване на 40 годишна възраст всички осигурени лица сключват здравни застраховки, премиите от които постъпват в застрахователни компании, участващи в управлението на фонда.

Въведеният в Сингапур модел за финансиране на здравеопазването води до подобряване на качеството на предлаганите здравни услуги, до засилване на контрола върху здравните разходи (по данни на Световната банка за 2016 г. те възлизат на 4,47% спрямо БВП на страната) и до подобряване на резултатите от лечението на пациентите.

В **България** източниците за финансиране на системата за здравеопазване са твърде разнообразни. През последните години постепенно се преминава от модел, базиран на постъпленията от здравни осигуровки към **модел на смесено публично-частно финансиране**. *Публичното финансиране* се осигурява, чрез постъпленията от здравноосигурителни вноски и чрез бюджетно финансиране. Здравноосигурителните вноски се начисляват върху осигурителния доход на осигурените лица. Те възлизат на 8% от него и се внасят от работодателя в приход на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), като съотношението, в което се разпределят между него и осигуреното лице, е 60:40, респективно 4,8% и 3,2%. Бюджетното финансиране се осъществява под формата на държавни и общински субсидии, включително и чрез извънбюджетни сметки и фондове. *Частното финансиране* на здравната система у нас се осигурява за сметка на преките плащания на домакинствата, даренията от търговски дружества, даренията от благотворителни организации и доброволните здравни застраховки (Krastev 2020, p. 63-68).

Един от основните рискове, заплашващи стабилността на модела за финансиране на здравния сектор в България, е постоянното нарастване на общите разходи за здравеопазване (Delcheva 2013, p. 17). Според официални данни на Световната здравна организация от 3909 млн. лв. през 2007 г. (6,2% спрямо БВП) те достигат до 8191 млн. лв. през 2017 г. (8,1% спрямо БВП). Друг риск е наличието на трайно установила се негативна тенденция в изменението на съотношението между публичните и частните разходи за здравеопазване. Докато през 2002 г. то е било 61% към 39%, през 2017 г. публичните разходи покриват едва 51% от общите разходи за здравеопазване, а останалите 49% се покриват от населението. По този начин се увеличава значително финансовата тежест, намалява се покупателната способност на населението и се ограничава достъпа му до качествени медицински услуги (Димитров 2019, с. 78–84). Наличието на монопол на НЗОК, която администрира акумулирането и изразходването на задължителните здравноосигурителни вноски, се отразява негативно на равнището на конкуренция в здравния сектор, тъй като тя чрез своите териториални подразделения е единствен купувач на здравни дейности и услуги. Според оценки на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ през 2017 г. около 14% от населението на страната са здравно неосигурени, което предизвиква сериозни проблеми с достъпът му до здравни услуги, както и значителни дефицити в бюджета на НЗОК. Друг проблем на здравната ни система е изключително големият дял на разходите за здравеопазване, който се насочва за покупка на лекарствени продукти, медицински изделия и за издръжка на болничната помощ (около 75% от сумата на текущите здравни разходи през 2017 г.). Съществуват и редица други рискове и проблеми от организационен, политически и административен характер, които възпрепятстват либерализирането на пазара на здравни услуги и не допринасят за намаляване размера на нерегламентираните плащания, които се възприемат като нормални както от страна на пациентите, така и от страна на обслужващия ги медицински персонал.

За да се преодолеят негативите, свързани с посочените по-горе рискове и проблеми, е необходимо да се осъществи реформиране на здравната система в България в посока повишаване на нейната ефективност. Финансирането на лечебните заведения трябва се фокусира върху резултатите, постигнати от тях, а не върху количеството пациенти, постъпили за лечение. По този начин в дългосрочен план секторът на здравеопазването ще се реструктурира, като най-зле предста-

вящите се лечебни заведения ще прекратят своята дейност, а в тези, които останат, тя ще бъде по-ефективна от медицинска, социална и икономическа гледна точка. За целта в България може да се приложи т.нар. **кейс-микс подход**. Той позволява да се извършват сравнения между различните лечебни заведения на основата на различни техни количествени характеристики, като големина, вид на предлаганите медицински услуги и величина на финансовите ресурси, използвани от тях за осъществяването на тези услуги. На основата на този подход може да се изготви кейс-микс индекс, който на национално равнище приема стойност от единица. За всяко лечебно заведение може да бъде изчислен индивидуален кейс-микс индекс, изготвен на базата на съвкупността от класифицираните в отделни групи и категории негови пациенти. Кейс-миксът на лечебното заведение измерва тежестта на заболяванията на хоспитализираните пациенти и е индикатор за необходимите за тяхното лечение финансови ресурси. В резултат на прилагането на този подход се получава кейс-микс индекс на всички болници, подредени по низходящ ред спрямо неговата стойност. Стойности на индекса над единица свидетелстват, че съответното лечебно заведение приема за лечение по-тежки случаи от средното за цялата болнична система равнище, а стойности под единица показват, че конкретната болница приема пациенти, които са по-малко болни от средното равнище (Враховски, Кънчева 2018, с. 97–99). При въвеждането на този подход бюджетите на лечебните заведения ще се планират и управляват по-ефективно, като същевременно ще се подобри качеството на здравните услуги и ще се осъществи по-справедливо разпределение на публичните ресурси, предназначени за финансиране на здравния сектор.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящия доклад са представени спецификите на моделите за финансиране на здравеопазването, въз основа на които са изградени и функционират здравните системи на развитите страни и България. С помощта на метода на сравнителния анализ бяха разкрити техните предимства и недостатъци. На базата на световния опит може да се направи заключението, че по-ефективни са здравните системи на страните, в които съществува засилен контрол върху здравните разходи, налице са висококонкурентен пазар на здравни услуги, гарантирано право на пациентите при избора на лекуващ лекар и на лечебно заведение и разнообразни източници за финансиране. Беше направено предложение за въвеждането на кейс-микс подходът при финансирането на лечебните заведения у нас. Чрез прилагането на този подход моделът на финансиране на здравния сектор в България ще се подобри значително, тъй като ще се увеличи ролята на държавата при финансовото обезпечаване на дейността на лечебните заведения, ще се засили контролът върху здравните разходи и ще се повиши качеството на предлаганите здравни услуги.

## REFERENCES:

1. **Vrachovski, D & Kancheva, K. 2018.** 'Alternative methods and approaches for financing healthcare', Social Work, Vol. VI, no. 1, pp. 92–108. (in Bulgarian)
2. **Delcheva, E. 2013.** Financial imbalances in the health expenditures of Bulgaria, Economic and social alternatives, issue. 2, pp. 14–25. (in Bulgarian)
3. **Dimitrov, G. 2019.** 'Risks to the sustainability of the health system arising from the increase in private health care costs', VUZF Review, Vol. 4, № 3, pp. 74–85. (in Bulgarian)
4. **Kerencheva, Ts. 2019.** 'Sources and models of healthcare financing – world experience', New Knowledge, Vol. 8, no. 1, pp. 45–50. (in Bulgarian)
5. **Krastev, B. 2020.** 'Sources for financing the healthcare system in Bulgaria', Innovations in technologies and education, XIII International scientific-practical conference, March 26, 2020, Sb. Art., Part 3, Belovo, pp. 63–68. (in Bulgarian)
6. **Krastitelski, I & Yosifov, J. 2010.** 'Developed systems for tax financing of health care of the Beverage type (NHSs) in the countries of Western Europe', Socio-economic analyzes, vol. 3, pp. 134–229. (in Bulgarian)
7. **Salchev, P & Georgieva, L. 2008.** Principles and practices in health and pension insurance, Optima Publishing House – NMN, Sofia. (in Bulgarian)
8. **Staykov, K & Georgieva, P. 2018.** 'Models for financing healthcare: Opportunities for Bulgaria', IME, Sofia. (in Bulgarian)

9. **Antropov, In. 2019.** ‘Health care financing: European experience and Russian practice’, Economics. Taxes. Law, Volume 12, №2, pp. 115–126. (in Bulgarian)
10. **Turgambayeva, A & Ermukhanova, L. 2017.** ‘International experience in the application of insurance medicine: features of the leading countries of the world’, Bulletin of KazNMU, №4, pp. 355–360. (in Russian)
11. **Omelyanovsky, V, Maksimova, L & Tatarinov, A. 2014.** ‘Foreign experience: Models of financing and organization of health care systems’, Financial Journal, №3 (21), pp. 22–34.
12. **Gaskins, M & Busse, R. 2009.** ‘Morbidity-Based Risk Adjustment in Germany: Long in Coming, but Worth the Wait?’, Eurohealth, Vol. 15, №3, pp. 29–32. (in Russian)
13. **Nowicki, M. 2018.** Introduction to the Financial Management of Healthcare Organizations, 7th Edition, Health Administration Press, Chicago.
14. **OECD/EU 2018.** Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, viewed 27 May 2020 <[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018\\_healthatglance\\_rep\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf)>.

---

**За контакти:**

Бисер Кръстев доцент, доктор  
Служебен адрес: гр. Пловдив, бул. „Дунав“, 78  
Висше училище по агробизнес и развитие на регионите  
Ел. поща: biserkr@mail.bg

---