 Copyright © ИК „Стено“ − Варна, 2001−2019

Икономика и здравеопазване – повече инвестиции в здравеопазването – по-добра локална икономика

Healthcare and economy: Increasing investments in the healthcare for a better local economy

Албена Златарева
Факултет по обществено здраве
МУ – Варна

Albena Zlatareva
Faculty of Public Health
MU – Varna

„Цената е това, което плащате.
Стойността е това, което получавате“
Уорън Бъфет

Резюме.
За развитието на една страна от първостепенна важност е стабилността на нейната икономика, а това е невъзможно без здраво и трудоспособно население. Целта на настоящия обзор е да се покаже важността и необходимостта от инвестициите в здравеопазването, като гаранция за успешното икономическо развитие на дадена държава или регион, особено при тенденциите в Европа, а и у нас на застаряване на населението и удължаване на продължителността на живот.
Ключови думи:
Здравеопазване, икономика, инвестиции, обществено здраве, подобряване на локалната среда

„The price is what you pay.
Value is what you get.“
Warren Buffett

Summary.
The stability of its economy is of paramount importance for the development of a country, and this is impossible without a healthy and able to work population. The purpose of this review is to show the importance and necessity of investments in health care, as a guarantee for the successful economic development of a country or region, especially in the trends in Europe, including Bulgaria, related to population aging, life expectancy. etc.
Keywords:
Healthcare, economy, investments, public health, improvement of the local environment

Въведение

Икономическият просперитет на една страна зависи от нейните производствени мощности, но също така и от човешкия фактор. Както отбелязва и Ю. Войнов „икономическият просперитет е много повече социален феномен, отколкото чисто икономически“ [10]. Това означава, че от огромно значение са параметри като структурата и нивото на солидарност в едно общество, а не само и единствено чисто рационалните политики на следване на определени икономически модели и теории. Важни характеристики на икономическото развитие, които са в състояние да променят посоката на развитие на една икономика са социалната кохезия на обществото, националната идентичност и усещането за солидарност между, а не единствено данъчното законодателство и икономическите политики [10].

 Copyright © Publishing House „Steno“ − Varna, 2001−2019

Целта на настоящия обзор е да се анализира необходимостта от инвестициите в здравеопазването, като гаранция за успешното икономическо развитие на всяка една страна или регион, особено при наблюдаващите се в Европа, а и в нашата страна, тенденции на застаряване на населението и удължаване на продължителността на живот. Проведено е литературно търсене в базите данни PubMed, Scopus, Google Scholar за публиации по заденатата тема.По важните публикации са обсъдени в настоящия обзор.

Оценките на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие – ОИСР, предвиждат ръст на здравните разходи от около 2,5% в страните от ОИСР. Очакванията са разходите за здраве като дял от БВП да се задържат 8,8% (до 2019 г.) [14]. В световен мащаб най-големи разходи за здравеопазване от 17,1% от брутния вътрешен продукт (БВП) през 2017 г. са отчетени от САЩ, като те са по-високи от направените от икономически развитите европейски страни като Швейцария (12,3%) и Франция (11,3%). Най-ниски разходи в тази сфера като дял от БВП имат Турция (4,2%), Люксембург (5,5%) и Мексико (5,5%). Средно повече от 70% от разходите за здраве се финансират от публични ресурси – от държавни приходи (предимно данъци) и осигурителни вноски. Този дял е особено висок в Норвегия и Люксембург (85% от общите разходи), а най-нисък в Швейцария (финансира по-малко от 1/3 от общите разходи) [14]. Останалата част от финансирането на системата на здравеопазването от частни инвеститори, сред които не малък дял заемат и т.нар. „плащания от джоба на пациента“. От съществено значение е обаче да се осъзнава от политиците и управляващите сферата на здравеопазването, че финансирането на здравните разходи на населението на местно ниво не са просто необходимост, а е от съществено значение за запазване на рентабилността на икономиката.

Кратката справка за публичното финансиране на здравеопазването (февруари 2020 г.) показва, че ръстът на публичните и частните средства, вложени в здравеопазването, е изключително трудно прогнозируем, като са насложат и ефектите от застаряващото население или проследяването [8]. Всичко това е предизвикателство към традиционната система на статистиката за здравните разходи. Макар че след кризата от 2008 г. се наблюдава забавяне на растежа на здравните разходи, опасенията относно фискалната устойчивост на здравните системи остават големи. Публикацията „Фискална устойчивост на здравните системи: свързване на здравната и финансовата перспектива“ предоставя подробен преглед на институционалните рамки за финансиране на здравеопазването в страните от ОИСР и предлага изчерпателно картографиране на бюджетни практики и управленски структури в здравеопазването в страните от ОИСР [15].

Същевременно застаряването на населението води и до увеличение процента на хората с хронични неинфекциозни заболявания, които се нуждаят от продължителни грижа, е следователно това ще доведе неминуемо и до нарастване на общите разходи за дългосрочни грижи (ДСГ). През 2017 г. те се оценяват на 1,5% от БВП, или 730 USD на глава от населението (след коригиране на разликите в нивата на цените), средно в 32 страни от ОИСР [17]. Със застаряването на населението и нарастването на хроничните заболявания (например деменция) финансирането и предоставянето на услуги за дългосрочни грижи по устойчив начин са все по-важни. Редица страни са внедрили или обмислят реформи на ДСГ и следователно надеждни сравнения на разходите за ДСГ по отношение на партньорските страни са много важни. Сравними данни за разходите за ДСГ са необходими и за прогнози за бъдещи разходи, за да се оцени финансовата устойчивост на здравеопазването и системите за дългосрочни грижи, например Докладът за стареенето за 2018 г. от Европейската комисия [16].

Европейския съюз и развитието на здравното финансиране

В застаряваща Европа като цяло, а в частност и в нашата страна, като една от държавите с по-нисък икономически статус, демографската криза се задълбочава все повече, 2, 11]. По прогнозни данни до 2050 г. един човек в трудоспособна възраст ще работи и ще плаща здравни осигуровки за двама, което означава, че е наложително всички да са в състояние да работят

 Copyright © ИК „Стено“ − Варна, 2001−2019

възможно по-дълго. Ето защо е необходимо да се поддържа здравето на населението във възможно най-добра форма, което неминуемо налага отделянето на повече инвестиции за здравеопазване и влагането на повече средства в профилактични и превантивни програми, чрез които да се запази и подобри здравето на населението.

В политиката на Европейския съюз (ЕС) в областта на здравеопазването и защитата на потребителите се отделя специално внимание на въпроси, имащи важна значимост за всички европейски граждани – здравето и безопасността им, както и наличието на голям избор от храни и потребителски стоки в рамките на ефективен и сигурен вътрешен пазар. Политиките на ЕС в област „Здраве и потребители“ целят даване на власт на европейските граждани, като потребители, защита и подобряване на здравето им, предоставяне на гаранции, че храните, които те консумират са безопасни и здравословни, същевременно и защита на здравето на растенията, както и на хуманното отношение към животните и тяхното здраве, особено на отглежданите за производство на храни, и същевременно да улеснява извършването на търговия в рамките на Общността и вноса на животни и животински продукти съгласно съответните здравни стандарти и международни задължения [12].

В стратегията „Европа 2020“ като неразделна част от целите за интелигентен и приобщаващ растеж се явява подкрепата за постигане на добро здраве представлява. Запазването на здравето и активността на хората за възможно по-дълъг период безспорно оказва силен положителен ефект върху производителността и конкурентоспособността на едно общество. В контекста на демографските промени на стария континент иновациите в здравеопазването определено спомагат за посрещане на предизвикателството, свързано с устойчивостта в сектора. Програмите, финансирани като част от политиката на ЕС в областта на здравеопазването, допринасят за благополучието на европейските граждани. Добавената стойност на програмите на ЕС в областта на здравеопазването се крие в капацитета им за разрешаване на проблеми, с които държавите членки поотделно не биха могли да се справят така ефективно. Например действията или бърза реакция при големи предизвикателства, болести или пандемии, засегнали няколко държави членки, изискват координиран и съгласуван подход [12].

Новата програма „Здраве за растеж“ е ориентирана към действия с ясна европейска добавена стойност в съответствие с целите на стратегия „Европа 2020“ и новите задължения съгласно законодателството. Основната цел е да се работи заедно с държавите членки за защита на гражданите от трансгранични заплахи за здравето, да се повиши устойчивостта на здравните услуги и да се подобри здравето на населението, като същевременно се насърчават иновациите в здравния сектор. Програмата подпомага например политиката в областта на здравеопазването чрез разработване на добри практики и насоки за диагностика и лечение на редки заболявания, подкрепа чрез европейските референтни мрежи за заболявания, разработване на добри практики и насоки за профилактика на рака и разработване на общ за ЕС подход към оценяването на здравните технологии и електронното здравеопазване. Дейностите, свързани с научните изследвания и иновациите в областта на здравеопазването, се подпомагат в рамките на *Общата стратегическа рамка за научни изследвания и иновации*. Бюджетът в областта на здравеопазването и защитата на потребителите се реализира посредством пряко и непряко централизирано управление [12].

През 2004 г. Комисията създава *Изпълнителната агенция за здравеопазване и въпроси*, свързани с потребителите, която да управлява Програмата за обществено здравеопазване. През 2008 г. мандатът на Агенцията е разширен и тя обхваща и осъществяването на *Програмата за потребителите и на мерките за обучение в областта на безопасността на храните*, финансирани от бюджета в областта на храните и фуражите. Редица други регулаторни агенции са активни в тази област: Службата на Общността за сортовете растения (CPVO), Европейският център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC), Европейският орган за безопасност на храните (EFSA) и Европейската агенция по лекарствата (EMA). CPVO изцяло се самофинансира чрез такси. ECDC и EFSA се финансират чрез ежегодни бюджетни субсидии, докато EMA получава бюджетна

 Copyright © Publishing House „Steno“ − Varna, 2001−2019

субсидия и заплащани от частния сектор такси. Всички тези регулаторни органи в ЕС се включват в осъществяването на набелязаните нови програми в съответствие с областта си на специализация. Предложените средства от бюджета на ЕС за периода 2014–2020 г. по Програма „Здраве за растеж“ са 396 млн. евро [12]. Застаряването на населението и все по нарастващата необходимост от медицински и здравни грижи налагат повторно определяне на здравния статус на населението и създаването на концептуална рамка за тази цел. От важно значение е също и разработването на програми за развитие на сферата на здравеопазването като например План за инвестиции за Европа в чиято основа е Европейският фонд за стратегически инвестиции (ЕФСИ) [13].

В рамките на Плана за инвестиции испанската компания Grifols, работеща в сферата на бионауките, получава заем от ЕФСИ на стойност 100 млн. евро, гарантиран от Плана за инвестиции за Европа – сектор: наука, здравеопазване, научно-изследователска дейност. Това осигурява възможност на испанската компания да изследва нови методи за лечението на болестта на Алцхаймер и други съдови и артериални заболявания. Създадената през 1940 г. Grifols разработва лекарствени продукти на основата на кръвна плазма, болнични фармацевтични продукти и диагностични технологии за клинични цели. Компанията осигурява работни места на 14 000 души и е сред първите европейски компании, получили заем по линия на плана за инвестиции за Европа. Финансирането е в подкрепа на дългосрочната научно-изследователска и развойна дейност на компанията, чиято цел е да се открият нови приложения на плазмените протеини, включително в лечението на болест на Алцхаймер, съдови заболявания и артериална тромбоза, както и при Така тази компания се подпомага да разшири производствените си мощности и има възможност да извършва клинични изпитвания в действащи изследователски центрове в Европа с цел откриването на нови методи на лечение чрез извличане на кръвна плазма за стабилизирането на пациенти с болестта на Алцхаймер. Подобни дейности не само ще увеличат конкурентоспособността на Grifols и ще позволят да се разрасне и да създаде нови работни места, те в същото време ще допринесат и за подобряването на здравето и качеството на живот на пациентите [13].

Друг пример е финансирането на центрове за първични здравни грижи Ирландия. Така с подкрепата на ЕС се осигурява доброто здраве в ирландските региони. Финансирането е по линия на ЕФСИ и е 70 млн. евро в сектор: здравеопазване, инфраструктура. Чрез изграждане на 14 нови здравни центъра Ирландия ще увеличи достъпа до първична медицинска помощ и социални услуги, ще направи услугите по-икономически ефективни и ще подобри материалната база. Предвидено е във всички центрове да са налице кабинети на общопрактикуващи лекари и да се осигуряват консултации в областта на ерготерапията, социалните услуги и диетологията. Някои от тях ще предлагат също така обслужване в областта на психичното здраве, денталната медицина и зависимостите, както и екипи за ранна намеса, спешна помощ и линейки. Изградените специализирани центрове ще създадат работни места и ще позволят въвеждането на нови модели на работа и обслужване. Ефективността на болничната и извънболничната помощ, а енергийната ефективност на центровете ще намали разходите. Схемата подкрепя прехода от болнична помощ към поликлиничната, която е по-близо до пациентите и техните семейства. Центровете ще бъдат разположени в 5 населени места в Западна Ирландия, в 3 – в южната част на страната, както и в Дъблин и Килдеър. Това е първият случай на подпомагане на първичните здравни грижи в Европа по линия на Плана за инвестиции [13].

България – моментна картина

Националната здравна стратегия 2020 демонстира амбицията на заинтересованите институции за реформи и за въвеждане на повече децентрализация, стратегически закупувания и интегрирани грижи в българската система за социално здравно осигуряване. Извършените такива до момента като въвеждането на оценка на здравните технологии обаче са твърде малко и следва да се предприемат и други, за да се преодолеят някои слабости като високото ниво на централизация и наличието на монопол от страна на НЗОК, като единствен пла-

 Copyright © ИК „Стено“ − Варна, 2001−2019

тец за администриране на социалното здравно осигуряване [20]. За липсата на напредък в реформирането на финансирането на здравната система у нас има редица причини, част от които безспорно са политическата нестабилност и съпротивата на заинтересованите страни [20]. България като цяло бележи напредък по някои здравни показатели като продължителност на живота и ниво на детска смъртност, но този напредък не е на нивото на средните стойности за ЕС и изостава от тях, не е била ефективна например за намаляване на предотвратимата смъртност, което намира отражение в нестабилните модели на подобряване на смъртността поради злокачествени новообразувания [20]. Населението на България по данни на Националния статистически институт (НСИ) – 2017 г., е 7 000 039 [3], но де факто работещото население, произвеждащо брутния вътрешен продукт (БВП), е едва 2 319 762 [4]. Този факт в съчетание с това, че въпреки увеличението на общите здравни разходи като процент от БВП до 8,2% през 2015 г. България продължава да е сред използващите голям дал от БВП за здравеопазване членове на ЕС [20]. По темп на нарастване обаче частните разходи изпреварват публичните [20]. Тревожна е и тенденцията за нарастване на и без това високите разходи за доплащане от пациентите (47,7% от общите разходи за здраве през 2015 г.) [20]. Това показва ниската степен на финансова защита от българската система за социално здравно осигуряване и изостря и без това значителните неравенства по социално-икономически и регионални линии на грешки. Например, има регионални дисбаланси на медицинските специалисти, които са по-концентрирани в градските райони, а достъпът до лекарите допълнително се влошава, особено в селските райони. Текущите реформи трябва да се справят с тези предизвикателства и да постигнат консенсус между заинтересованите страни в здравната система, за да отключат застоя. Здравни осигуровки към 2017 г. не плащат 719 000 души (10,2% от населението) по данни на Министерство на финансите от 2018 г. [21]. Според данните от Изпълнителна агенция „Медицински одит“ (ИАМО), 2017 г., като се вземат под внимание и постоянно живеещите в чужбина лица, то 14% от населението са нередовни платци към здравната ни система [21]. Заедно с високите равнища на директни плащания от пациентите, големият брой неосигурени лица създава сериозни проблеми с достъпа до здравни услуги (Съвет на Европейския съюз, раздел 5.2) [21]. Не на последно място е и емигрантският поток, особено на частта от населението в трудоспособна и детеродна възраст. Една от причините за емиграция, която сънародниците ни в чужбина посочват, е достъпът до лечение у нас [6]. Същевременно към тези показатели трябва да прибавим и факта, че страната ни все още е на едни от челните ни места по заболяемост и смъртност от редица социалнозначими заболявания, което води до още по-голяма тежест за здравната система от недофинансиране.

Данните показват, че през 2019 г. разходите за здравеопазване (публични и частни) в нашата страна съставляват 8,3% от общия БВП, или 9,843 млрд. лв., което представлява 1425 лв. на човек на година. От тях публичните разходи за здравеопазване са 4,4% от БВП – 5,256 млрд. лв., или 760 лв. на човек, а частните разходи за здравеопазване са 3,9% от БВП – 4,587 млрд. лв., или 665 лв. на човек [5]. Видно е, че публичните средства за 2019 г. покриват само 53,4% от здравните нужди, а частните средства, т.е. допълнителните плащания – останалите 46,6% [5]. Това показва, че у нас доплащанията „от джоба на пациента“ заемат една значителна част от финансирането на здравната система. В дългосрочен план със застаряване на населението и с увеличаването на хроничните и дегенеративните заболявания финансовата тежест за работещата част от нашите сънародници ще нараства, а финансовата стабилност на самата здравна система ще намалява, тъй като на практика по-малък брой здравноосигурени лица в трудоспособна възраст ще покриват нуждите на по-голям брой пенсионери (чийто вноски се поемат от държавата).

Друг инструмент,свързан с предоставяне на основана на факти информация към отговорните лица за правене на политики, за да да разработват рентабилни здравни политики,-насочени към пациента е оценката на здравните технологии(ОЗТ). Тя се използва и от националните органи при вземане на решения за реимбурсирането на национално равнище

 Copyright © Publishing House „Steno“ − Varna, 2001−2019

кои технологии – лекарствени изделия, медицинско оборудване, методи за диагностика и лечение, рехабилитация и методи за профилактика, да подлежат на реимбурсация. Чрез оценките се измерва добавената стойност на новите здравни технологии в сравнение с вече съществуващите такива [22]. Определянето на ясни и прозрачни критерии за оценяване и включване на иновативни здравни технологии за онкологични и редки заболявания в обхвата на общественото здраве е от важно значение, за да се гарантира устойчивостта в здравната сфера и същевременно да се отговори на здравните потребности на онкоболните и страдащите от редки болести. Процесите за оценяване и вземането на решения за възстановяване на разходите могат да се оптимизират чрез натрупване на опит и доказателства, за което от важно значение са епидемиологичните регистри, споразуменията за споделен риск, схемите за управляем достъп и други [23].

Вместо заключение – здравият човек е работещият човек, генериращ добавена стойност за обществото

Резултатите в здравеопазването са зависими до голяма степен от икономиката, но основно зависят от локалните здравни системи. Инвестициите в здравеопазването са не само желан, но и основен приоритет за повечето общества. Здравните системи днес обаче са изправени пред редица сложни предизвикателства, дължащи се, от една страна, на нарастващ натиск, породен от застаряване на населението, повишено разпространение на хронични заболявания и интензивно използване на скъпи, но жизненоважни здравни технологии [7, 26]. Държавните инвестиции на локално ниво, предприемайки законови мерки и инициативи за устойчиво развитие на самите здравни системи, ще привлекат допълнително инвеститори, което ще способства за подобряване на местната среда чрез създаване на нови работни места, подобряване на местната инфраструктура и увеличаване на удовлетвореността на населението. Необходимо е разработването на лекарствена политика, която да позволи рационални решения за ефективно използване на ресурса за лекарства и особено за социално-значими заболявания [26].

Здравните и икономическите резултати са взаимосвързани. Като цяло по-богатите държави имат по-здраво население [25, 28]. Факт е, че бедността основно чрез недохранването и смъртността при новородените и бебетата влияе неблагоприятно на продължителността на живота. Националният доход влияе пряко върху развитието на здравните системи, например чрез застрахователно покритие и публични разходи [28]. Както е демонстрирано още през 1997 г. от Комисията на СЗО по макроикономика и здравеопазване за група от 167 държави, докато здравните разходи се определят главно от националния доход, те се увеличават по-бързо от доходите [7, 8, 9].

Резултатът от адекватното инвестиране в здравеопазването е възможната икономическа възвръщаемост, която може да се сравни с различни други вложения в ресурси [26]. Важно е политическите лидери да осъзнаят, че допълнителните инвестиции за по-добро здравеопазване за населението от всички възрасти е важно условие за подобряване на конкурентоспособността на нацията в икономическо отношение в дългосрочен план [26]. С право може да се твърди, че инвестицията в здраве и в работещи иновативни терапии днес ще помогне да се подобри качеството на живот на пациентите, ще покрие непокрити медицински нужди, ще излекува или подобри състоянието на тези болни, като по този начин ще допринесе за тяхното социално интегриране. Впоследствие тези инвестиции ще се върнат обратно в националния доход като спестяване на директни и индиректни разходи: скъсяване на срока на престой в болници, спестяване на разходи от допълнителна терапия, спестяване на разходи за болнични, запазване на икономическата стабилност на семейството без ангажимент друг член на семейството да се грижи за болния, бързо завръщане в социалната и работната среда, което ще подобри и колективния доход и БВП.

Източници

1. National Research Council (US) Panel on a Research Agenda and New Data for an Aging World. Preparing for an Aging World: The Case for Cross-National Research. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. PMID: 22787685.
2. MacFarlan, Maitland, and Howard Oxley. Reforming health care. OECD Observer, No. 192, Feb.–Mar. 1995, p. 23+. Accessed 6 Apr. 2020.
3. НСИ. Структура на населението по местоживеене, полово съотношение и възрастови коефициенти на възрастова зависимост. Достъпно на: https://www.nsi.bg/bg/content/2977/население-по-статистически-райони-възраст-местоживеене-и-пол
4. НСИ. Заети лица и коефициенти на заетост – национално ниво; статистически райони; области. Достъпно на: https://www.nsi.bg/bg/content/4009/заети-лица-и-коефициенти-на-заетост-национално-ниво-статистически-райони-области?qt-statistical_domain=1
5. Семерджиев, И. Голямата измама с доплащането. Право и здраве. Достъпно на: https://czpz.org/drugs-and-medical-devices/12020-2020-01-26-08-56-05.
6. Stephenson, J. Why now is a good time to invest in healthcare. Available from: https://investors-corner.bnpparibas-am.com/investment-themes/invest-health-care/
7. Frenk, J. Health and the economy: a vital relationship. OECD Observer, No. 243, May 2004, p. 9+. Gale Academic OneFile, Accessed 6 Apr. 2020.
8. Public funding of healthcare. 2020, Available from: http://www.oecd.org/health/Public-funding-of-health-care-Brief-2020.pdf.
9. OECD Health project. Available from: http://www.oecd.org/health/
10. Войнов Ю. Какво стои в основата на икономическия просперитет? – Европа, Икономика, Политика, март 31, 2013. Достъпно на: http://www.jvoynov.com какво-стои-в-основата-на-икономически/
11. Бозукова, М. Българите искат повече инвестиции в здравеопазване, но не и да плащат повече. 29.10.2019. Достъпно на: https://www.mediapool.bg/balgarite-iskat-poveche-investitsii-v-zdrave-no-ne-i-da-plashtat-poveche-news299549.html
12. 52011DC0500. Съобщение на Комисията до Европейския парламент, до съвета, до Икономическия и социален комитет и до Комитета на регионите бюджет за стратегията „Европа 2020“/*com/2011/0500 окончателен. Достъпно на: https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0500:FIN:BG:HTML
13. План за инвестиции за Европа. Достъпно на:https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/brochure-investment-plan-17x17-june17_bg.pdf
14. What’s new – latest trends in OECD health spending. https://www.oecd.org/health/health-expenditure.htm
15. OEDC. Fiscal Sustainability of Health Systems. Bridging Health and Finance Perspectives, 2015. Available from: https://www.oecd.org/health/fiscal-sustainability-of-health-systems-9789264233386-en.htm
16. Economic and Financial Affairs. The Aging Report 2018 by the European Commission. 25 May 2018. Available from: https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070_en
17. Mueller M, Bourke E., Morgan D. OECD Health Division. Assessing the comparability of Long-Term Care spending estimates under the Joint Health Accounts Questionnaire. OECD 2020.
18. Министерство на здравеопазването на Република България. Национална здравна стратегия (2014–2020), София, 2013. Достъпна на: https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/08/nacionalna-zdravna-strategia_2014–2020.pdf
19. Щерева Д. Финансиране на болничните заведения в България. София, МУ – ЦМБ, 2012, 184 с.
20. World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Dimova, Antoniya, Rohova, Maria, Koeva, Stefka. et al. (2018). Bulgaria: health system review. World Health Organization. Regional Office for Europe. https://apps.who.int/iris/handle/10665/330182
21. State of Health in the EU България Здравен профил на страната 2019 г.
22. Strategy for EU Cooperation on Health Technology Assessment: http://ec.europa.eu/health/technology_assessment/docs/2014_strategy_eucooperation_hta_en.pdf
23. Искров Г., Стефанов Р. Оценка на иновативни здравни технологии за онкологични и редки заболявания. Наука Фармакология 2/2014.
24. Жеков А. Иновационни подходи в здравната политика и оценката на здравните технологии. БТПП, 25 май 2018.
25. Салчев П, Маврудиева Л. Икономическа оценка на влиянието на здравните технологии върху (квази) пазара на здравните услуги в България в периода на реформа. БАН, Technical Report, Sept. 2014DOI: 10.13140/2.1.2721.1842at: https://www.researchgate.net/publication/265253750
26. Димитров Г. Икономически и организационни проблеми на здравната система; анализ на състоянието през последните десет години (2008–2017). Здравна политика и мениджмънт, 2019 том 18, 1, Налично на: https://vuzflab.eu/wp-content/uploads/2019/07 Димитров-Григор.-Анализ-на-здравната-система-2008-2017-сп.-Здравна-политика-и-мениджмънт-2019-том-18.pdf.
27. НСИ, НЦОЗ. Здравеопазване 2019. Налично на: https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdraveopazvane_2019.pdf
28. Pritchett, Lant, and Lawrence H. Summers. „Wealthier Is Healthier.“ The Journal of Human Resources 31, no. 4 (1996): 841–68. Accessed October 5, 2020. doi:10.2307/146149.
29. European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA) – Joint Action 3

За кореспонденция:

E-mail: Albena.Zlatareva@mu-varna.bg

E-mail: azlatareva@gmail.com