

ИНСТИТУЦИОНАЛНИ ПРОБЛЕМИ В БЪЛГАРСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В КОНТЕКСТА НА ЕТИЧЕСКИЯ ПРИНЦИП НА СПРАВЕДЛИВОСТТА

МАРТИН МИРЧЕВ

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, България

martin.mirchev@mu-varna.bg

АЛЕКСАНДЪР СТОЙЧЕВ

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, България

a.stoychev@mu-varna.bg

INSTITUTIONAL PROBLEMS IN BULGARIAN HEALTHCARE IN THE CONTEXT OF THE ETHICAL PRINCIPLE OF JUSTICE

MARTIN MIRCHEV

Medical University “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov” – Varna, Bulgaria

ALEXANDER STOYCHEV

Medical University “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov” – Varna, Bulgaria

Abstract

Problems of health status and ensuring adequate access to health care in the conditions of constantly increasing health care costs have become chronic. From an ethical point of view, they fuel debates about expectations and interpretations of justice in practice, as a fundamental ethical principle, but they also raise questions about the very role of institutions and society in these processes. Institutional vices and issues are often revealed in the form of inadequacies, which have various manifestations: unequal access to health care, shortages of medical personnel, lack of funding, private versus public medical sector competition, healthcare system structure and functionality.

Keywords: ethics, healthcare, justice.

Днес здравните системи са изправени пред разнообразни изпитания, а неравенствата в достъпа до здравни грижи и в здравния статус, съчетани с драматичното увеличение на разходите за здравеопазване, подхранват дебата за това, какво точно

Етически изследвания (ISSN 2534-8434), бр. 11, кн. 1/2026

изисква справедливостта от отделните общества и световната общност? Дали проблемите на неравенството и разходите наистина са проблеми на справедливостта само в здравната политика и здравните институции или могат да се търсят в други управленски реалии? А защо не и в степента на зрялост на дадено общество? И не на последно място: по кои принципи на справедливостта трябва да се разпределя, особено предвид деликатната тъкан на системите за здравните услуги и грижите (Beachump and Childress, 2013)? В този смисъл етическият принцип на справедливостта се е превърнал в обект на множество интерпретации и предизвиква особено внимание в различни области и проблемни полета. Приложен към сферата на общественото здравеопазване и разбирането за справедлив достъп до здравни грижи, този принцип е във фокуса на общественото внимание, публичния дебат и обикновено на гражданско недоволство (Pratt, et al., 2020). Това се отнася даже за страни със сравнително високо качество на предоставяните медицински услуги, като Обединеното кралство, Канада, Франция, Нидерландия, Швеция, където критиките към системата варират от дълги периоди на чакане за достъп до определени специалисти и високите задължителни здравно-осигурителни вноски до недостиг на квалифициран медицински състав, бюрокрация и др. (Marshall, Miller and Moritz, 2023; van Merode, et al., 2024 ; Simonet, 2024). Още повече, че особената чувствителност на индивидите към общественото здравеопазване и достъпа до медицински грижи е и пряко свързана с разбирането за здравето като фундаментална човешка потребност, интерпретирана в контекста на човешките права (Nampewo, Mike and Wolff, 2022; United Nations, 2024).

Първите теории за международните и естествените права – сега често разглеждани като права на човека – се разгръщат във философията чрез социалните и политическите теории на Хуго Гроций, Томас Хобс, Джон Лок и техните наследници. Те защитават от потисничество, неравно третиране, нетолерантност, произволно вмешателство в личния живот и други подобни (Pagden, 2003). Либерално-демократическата традиция, която задава рамките на съвременния дебат за правата, описва базисни човешки нужди (като сигурност, достъп до храна, вода и подслон, информация и образование), без чието минимално задоволяване едно човешко същество би било сериозно оцетено (Jiacheng, 2022). Преведено на езика на правата, това поражда очакването обществото и системата да осигурят един базисен, достоен минимум за всеки.

Всеизвестната дефиниция на СЗО за здравето като „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липса на болест или недъгавост“ е придружена с обявяването на това състояние за едно от фундаменталните права на всяко човешко същество (WHO, 1948). Така зададено обаче – „правото на здраве“ в този контекст звучи твърде утопично и откъснато от действителността; в най-добрия случай може да се разглежда като регулативен идеал, мъчно преводим на езика на реалната здравна политика. Затова обикновено се разглежда „правото на здравни грижи“ и общественият ангажимент да се осигури достъп до тях. За разлика от негативните права, свързани с ограничаването или ненамесата в личното пространство и възможностите на гражданите, позитивните права са свързани с очакването и задължението други (държавата, системата, индивидите) да предприемат действия за тяхното гарантиране и/или реализиране (Feinberg, 1973). Това в особена степен се отнася за социалните права, или правата свързани с благоденствието (welfare rights), които значително разширяват обхвата на очакванията и чувствителността към потенциалното им нарушаване. Именно като такъв тип право следва да се разглеждат здравните грижи и достъпа до тях, от което произтичат съответните обществени и институционални ангажименти за неговото гарантиране.

Разбираемо е, че правата спрямо здравните ресурси вероятно винаги ще имат сериозни ограничения, затова вместо химеричните идеи за универсален равен достъп е необходимо да се търси балансиран вариант. Това предполага гарантиран минимум за всички – основен пакет здравни услуги (basic package) плюс възможност за получаване на допълнителни срещу заплащане. За последните се смята, че не се отнасят към жизнено важните (напр. избор на по-люксови болнични стаи, естетични интервенции и др.). Разбирането за справедлив достъп до здравни грижи се усложнява от трудността да се дефинира необходимият „достоеен минимум“ здравни грижи в една динамично променяща се среда. В тази връзка е необходимо да се постави и разграничение между „гарантиран“ и „достоеен“ минимум, доколкото гарантираният минимум от здравните грижи представлява правната или административна база за услугите, предоставяни от дадена система, докато достойният минимум е по-точно етичен критерий; тоест, гарантираният минимум е това, което правителството или застрахователят обещават да покрият, докато достойният минимум представлява грижа, която зачита човешкото

достойнство и не допуска унижение (макар и да е възможно дори достойният минимум все пак да доведе до унижителни резултати и преживявания за някои индивиди) (ter Meulen, 2012). Тъй като правото за достъп до здравни грижи днес се приема за основно човешко право, неговата реализация се осъществява чрез т.нар. „смесен модел“ на здравеопазване (Стайков, 2014; Лазарова, 2014; Khanpoor, et al., 2025).

Чрез своите трудове „Теория за справедливостта“ (1971г.) и „Справедливостта като честност“ (1985г.) Джон Ролс задава концепцията и философското основание за теоретизирането на смесения модел, доколкото допуска, че има базисни нужди, които трябва да бъдат безусловно гарантирани за всички граждани, а неравенствата (или неравното разпределение на блага, ресурси) са оправдани само тогава, когато от тях произтичат ползи за най-слабо облагодетелстваните членове на обществото (Rawls, 1985).

В здравеопазването този модел варира в широки граници в зависимост от ресурсното обезпечаване и баланса между социални и пазарни елементи, и в този смисъл установяването на базисен пакет грижи и услуги представлява предизвикателство. Проблемът е, че дори тези базисни нужди не са непременно константа, изменят се, доколкото и самите обществени процеси са динамични и с различен интензитет в различните страни. Следователно е трудно да се установи универсален или винаги релевантен базисен стандарт „по принцип“; той ще варира според ред специфики, и трябва да бъде договарян и/или предоговарян според адекватните възможности на обществата и държавите към дадено време. Тук прозира теорията на справедливостта на Ролс, но той разглежда нещата на база абстрактни принципи, докато например Джон Арас предлага алтернатива чрез казуистичен подход: при липсата на единна, подкрепяна от държавата визия за добрия живот, казуистиката търси „припокриващ се консенсус“ между групи с различни и често противоречиви възгледи. „Докато теоретик като Джон Ролс търси такъв консенсус на ниво всеобхватни, абстрактни принципи, казуистът го търси на по-ниското ниво на отговорите на парадигматични случаи; отговори, които биха могли да бъдат обяснени или оправдани по съвсем различен начин от различните групи“ (Aras, 2009).

Как още може да се подходи към този проблем? Едната логична възможност е *юридическа* – законови регламенти и фиксирани задължения; другата е *политическа* –

публичен дебат и евентуално договаряне по определени положения. Тъй като социалните права, разбирани като права на благоденствието (welfare rights) са обикновено свързани не само с разпределението на ограничени ресурси, но и с индивидуални избори и решения, то юридическата форма на институционално задължаване представлява необходимост, която не е напълно достатъчна, за да е практически приложима. Например, налице е право на труд, но го съпътства безработица; налице е и право на образование, но има неграмотни и необразовани; дори да има „право на здраве“, ще има нездрави и болни. Остава да се разгледа баланс между двете – политическа и юридическа форма – като чрез процесите на обществено договаряне, в които при взаимодействието на различни участници – институции, граждани, професионални групи – се стига до конкретни форми на реализиране на правото на здравни грижи, и справедлив достъп до тях. Това впрочем се отнася и за нашата здравна система – динамиката в законовите промени трябва да се случва именно в резултат на договаряне и дебат. В контекста на реформите, те би трябвало да бъдат предшествани от публичен дебат между институции, граждански групи, експерти, а не да се спускат промени директно и без съгласуване. Тоест, подходът трябва да бъде отдолу-нагоре, а не както често в нашия случай и опит – отгоре-надолу.

Разглеждайки политическата форма, са възможни три модела – *либерален*, *социален*, и както стана дума – вариации на *смесен*. Чистият либерален модел предполага, че никой не трябва да бъде лишаван от достъп до пазара на здравни услуги, стига да може да си го позволи. Всеки получава това, за което може да си плати. Тоест, здравните грижи се третираят като обикновена стока – модел, базиран на пазарен принцип – и поради това в своя чист вид е неприемлив, несправедлив. Ако здравеопазването е построено изцяло на този принцип, една част от населението просто ще бъде лишена от достъп до каквито и да било здравни услуги (European Society of Medicine, 2024; Saha, 2006). Алтернативите остават две. Първата е еднакъв достъп до здравни грижи – социален модел; втората – приличен базисен минимум здравни грижи – смесен модел. За достойнствата и недостатъците на социалния модел е казано достатъчно много и десетилетният опит на бившите социалистически страни, като България, е поучителен в това отношение. Най-разпознаваемата му черта е, че всички имат еднакъв достъп до здравеопазване, но никой не може да получи допълнителни здравни услуги срещу заплащане, поне не и

официално. Достойнствата на този модел са особено видими в страни, където тепърва се изгражда система на здравеопазване. Това е най-бързият начин да бъде обхванато цялото население, и да му се гарантира достъп до грижи. Посочват се също фокусът върху превенцията (пр. масови ваксинационни кампании) и здравната промоция, централизирана координация от държавния апарат, добре интегрираната първична помощ и осигуреността на медицинските лица (Semenova, et. al., 2024). Открояват се обаче и недостатъци: прекомерната централизация води до бюрократизация и тромава администрация, липса на конкуренция, нерационално разпределение на средствата и сравнително неадекватно заплащане на лекарския труд – дори предвид спецификите и рисковете на професията – както и липса на легален начин да се доплаща за определени услуги, което рефлектира върху стимула да се работи и надгражда, а оттам и върху качеството на труда. Тези специфики пораждат два от големите недостатъка на модела: създаването на черен пазар за медицински услуги и корупционните практики. Поради тези причини след демократичните промени, този социален модел в източноевропейските страни е изоставен, като се преминава към смесен модел (Kutzin, Cashin and Jakab, 2010; OECD, 2012; Пашев, 2007).

Прилагането на смесения модел, наложил се в повечето страни с развито здравеопазване, както и у нас, като най-разумна алтернатива, далеч обаче не означава безпроблемно задоволяване на обществените очаквания за справедлив достъп до здравни грижи. Доказателство за това са почти непрестанните здравни реформи, критиките към тях, артикулираното гражданско недоволство и оживеният политически дебат даже в страни, определени като високо развити и достигнали сериозни стандарти в общественото здравеопазване.

Налице е взаимодействие между множество променливи: постоянните и скъпоструващи технологични иновации на фона на ограничени ресурси (материални и човешки) на дадено общество; идентифицирането за здравни приоритети (например здравна промоция и профилактика, или реално клинично лечение, доболнична или болнична помощ); съотношението между социални и пазарни елементи в системата на здравеопазването; съотношението централизация и децентрализация; ролята на институциите и на здравните професионалисти; обществената среда и стандартът на живот, и прочие. Постоянното нарастване на цената на медицинските услуги и

технологии предизвиква обратния стремеж за ограничаване на разходите в тази област, а (свръх)комерсиализацията и навлизането на пазарните стимули в здравеопазването са чест обект на критика, особено що се отнася до ролята и въздействието на фармацевтичните корпорации (Big Pharma) върху здравната политика в глобален мащаб. Същевременно се изтъква, че иновациите в областта на лекарствените средства и високите медицински технологии изискват сериозни инвестиции и време за внедряване и са трудно постижими при една силно регулирана и лишена от икономически стимули система. Формулирането на целите, определянето на приоритетите, функционирането на институциите и конкретните очертания на справедливия достъп до здравни грижи не могат да се разглеждат като компетенция и отговорност само на здравните професионалисти и администратори. В едно отворено демократично общество вземането на такива решения е част от политическия процес и предполага обществен дебат, прозрачност, ангажираност на гражданското общество, информираност и балансиране на интереси. Това разбиране трябва да ни даде оценъчна база за състоянието на българското здравеопазване и за проточилата се вече близо 20 години здравна реформа.

У нас проблемите, свързани със здравния статус и осигуряването на адекватен достъп до здравни грижи в условията на постоянно увеличаващи се разходи за здравеопазване са се превърнали в традиционни. От етична гледна точка те подхранват полемки относно очакванията към справедливостта, но и въпроси за самата роля на институциите и обществото в тези процеси. Здравната реформа в България, стартирала в зората на прехода и продължила през 2007г. с присъединяването ни към ЕС, е съпътствана от хронични дефицити (State of Health in the EU, България, 2021; Национална програма за реформи: Доклад за напредъка 2007-2009), и основателно поражда гражданско недоволство.

Институционалните пороци и проблеми в системата се отразяват върху неравенствата по отношение на достъпа до здравеопазването. Характерен пример е свръхконцентрацията на болнични заведения в някои региони за сметка на други, където такива на практика няма и населението се оказва лишено от досег до здравни грижи. Част от причините за това се коренят в някои промени в Закона за лечебните заведения (завишени медицински стандарти, ограничения чрез националната здравна карта, дерегулиран пазар и конкуренция, проблеми със субсидиите и клиничните пътеки),

покрай които редица по-малки общински болници са закривани, преоткривани и пак закривани. Явно реалността сериозно се разминава с разбиранията на българина за правото му на справедлив достъп до здравни грижи. Битуващите в гражданското съзнание обяснения могат да се сведат до констатации за три дефицита – липса на пари, липса на разумна организация и липса на морал.

Недостатъчното финансиране на българското здравеопазване е неоспорим факт. Във вакуума на прехода към пазарна икономика през 90-те години здравеопазването остава с нисък национален приоритет (под 4% от БВП). (Лазаров, 2014; Проданов, 2014; Трайкова, 2019). В това отношение промяната у нас през последните години се оказва почти символична, доколкото разходите за здравеопазване на глава от населението в България са едва около половината от средната стойност за ЕС (след коригиране с разликите в разходите за живот) (State of Health in the EU, България, 2025; Dimova, Rohova and Polin, 2024). Според инициирания от Европейската комисия (ЕК) и Организацията за Икономическо Сътрудничество и Развитие (ОИСР) доклад „State of Health in the EU“, който представя здравния профил и на нашата страна, се посочва че към 2023 година, като дял от БВП България отделя (общо) 7,9% за здравеопазване, което е значително под средната стойност за ЕС от 10,0%. За сравнение в развитите страни (Германия, Франция и др.) се достигат 12-13% от БВП. Публичното финансиране у нас покрива 63% от разходите за здравеопазване (тоест около 4,9% от БВП, които държавата подсигурява) което е много по-нисък дял от средния за ЕС от 80%, като почти всички останали разходи (37% от разходите за здравеопазване или 3,1% от БВП) се поемат директно от пациентите (повече от двойно в сравнение със средната стойност от 16%, която гражданите на други държави-членки в ЕС плащат от джоба си), което реално намалява достъпа до здравни грижи и е източник на основателно обществено недоволство. Ниското публично финансиране води до най-високия в ЕС процент на разходите за здравеопазване, заплащани директно от пациентите в България (State of Health in the EU, България, 2025; Dimova, Rohova and Polin 2024). Последиците са стесняване на основния пакет от медицински услуги, дефицитите в здравното обслужване и изтичането на квалифицирани здравни професионалисти поради неадекватното заплащане (заплащането на труда на медицинските сестри е особено драстичен пример, който едва напоследък видя частично решение чрез осигуряването на

безплатно образование) (МОН, 2025; Clinica, 2025). В тази връзка трябва да се посочат и разгласените наскоро (но иначе отдавна известни) скандални несъответствия между заплащането на младите лекари и специализанти, докато някои ръководители на болници са навярно буквално милионери, и докато същевременно ръководените от тях болнични заведения тънат в дългове и просрочени плащания (СЕГА, 2026). Подобни констатации са фрустриращ пример не само за свръхкомерсиализацията на медицинската практика, но и още по-притеснително – за меркантилизирането и оскотявяването сред някои представители на лекарската гилдия, които заемат ръководни постове в болничната система. Промените по посока на по-добро финансиране на здравеопазването са в пряка зависимост от възможностите за политическо въздействие върху вземащите управленски решения, но и от по-стриктния контрол и прозрачност върху приходите и разходите.

Не по-малък проблем представлява липсата на рационална организация на здравната система. Ако трябва да перифразираме една стара шега, може да кажем: *„средствата са малко, но за сметка на това те се изразходват неразумно“*. Изграждането на националната здравноосигурителна система е белязано от множество неудачи и по отношение на доболничната и болничната помощ. Неслучайно за НЗОК се говори като за „Държавната каса“, тоест централизирана демократична система с присъщите ѝ липса на прозрачност и на възможности за гражданско въздействие и контрол.

Порочната система на клиничните пътеки води до някои от най-забележителните недоразумения в сектора. В последните години болничната помощ и клинично лечение доминират структурата на разходите с около 40% от общите разходи за здравеопазване (при средна стойност от около 28% в ЕС), като за съпоставка, за превенция и профилактика у нас се отделят едва около 2,9% (State of Health in the EU, България, 2025). По данни на Евростат (Eurostat, 2025) България е на челно място по брой болнични легла (864) на 100 000 души население, което е значително над средната бройка в ЕС (511 легла); България е водеща по брой хоспитализации и респективно изписвания (над два пъти повече в сравнение със страните от ЕС), въпреки че общата заетост е около 57%, а болничният престой е кратък (Eurostat, 2025; Simeonova-Ganeva and Ganev, 2025). Това показва, че болничният сектор е прекалено раздут, *но сметка на това* нискоефективен. Още повече, натоварването в този сектор противоречи на препоръките на СЗО, че редица

дейности трябва да бъдат изведени от болниците, за да се извършват амбулаторно (WHO, 1978). Проблемът е, че голяма част от тези дейности у нас са обвързани със заплащанията по различни клинични пътеки, което прави извънболничните грижи – дори и практически възможни – финансово неизгодни за лечебните заведения, огромната част от които, били те държавни, общински или частни (с изключение на Военномедицинска академия и болниците към МВР) по силата на Закона за лечебните заведения са търговски дружества ЕАД или ЕООД. Това обяснява, разбира се, и големия брой хоспитализации, които генерират печалби чрез клиничните пътеки, но и провокират злоупотреби, вариращи от фантомни болнични престои до скъпоструващи процедури, които не винаги са непременно нужни, или дори реално осъществени. Достъпът на частните болници до ресурсите на клиничните пътеки също не помага особено, добавяйки към това и конкурентната среда, в която частниците привличат младите лекари и опитни специалисти с по-добри финансови условия и материална база. Възможната алтернатива на това объркано положение е разработването и внедряването на диагностично свързани групи (ДСГ), чрез които се групират пациенти с подобни клинични диагнози и сходни разходи за лечение, но тази алтернатива тепърва прохожда у нас. Нездравата картина се допълва от тъжната статистика, че България е страната с най-ниска продължителност на живота, и най-висока смъртност в ЕС (Eurostat, 2025).

Обикновено, когато в едно демократично общество на микро-ниво възникват дефицити, които ограничават достъпа на гражданите до определени медицински грижи, този проблем се решава чрез публичен натиск върху тези, които вземат решенията на макро-равнище. Назад във времето пример за това са протестите на онкоболните през 2006 година, свързани именно с недостига на лекарствени средства, което доведе до промяна на ситуацията (уви, твърде късно за някои) (BTV, 2006). Тук трябва да отбележим и друга тревожна констатация: липсата на традиции и слабостта на гражданското общество у нас е причина почти всяка форма на публичен натиск и протест (още от началото на прехода) да взема веднага най-крайните и драстични измерения – гладни стачки, обсади на парламента, гражданско неподчинение и прочие. С възможностите на гражданското общество трайно да оказва въздействие върху управленските решения е свързан и процесът на определяне на приоритетите в здравната политика. Обикновено този процес се разглежда като държавна отговорност (особено за

осигуряване на механизми, гарантиращи справедлив достъп до медицински грижи за насърчаване на здравната промоция и профилактиката, и за въздействие върху фактори извън медицината, влияещи върху здравния статус на населението). Не трябва да се забравя обаче, че това е политически процес на договаряне и баланс на интереси с разнообразни участници. В този смисъл отговорностите са поделени, макар и в различна степен. Организацията на съвременното здравеопазване и приоритетите в здравната политика изглеждат все повече като области на сложни решения от компетенцията на експерти и професионалисти. Гражданското участие и допитването до населението не винаги дава желаните резултати. Поучителен в това отношение е т.нар. „Орегонски модел“ в САЩ от 90-те години на 20-ти век, при който допитване до гражданите за посочване на приоритети поставя по-напред по важност проблем като кривите зъби, за сметка на ранно лечение на болестта на Ходжкин, или смученето на палеца от хоспитализирането на недохранени деца... (AMA Journal of Ethics, 2011) Въпреки наличието на подобни примери, това не омаловажава значението на публичния дебат, откритостта и съвместното търсене на решения.

Що се отнася до битуващата в гражданското съзнание убеденост за липсата на морал в българското здравеопазване, тя отразява по-скоро недоверието в системата, отколкото е конкретно обвинение в морален дефицит към българските лекари и други здравни професионалисти. В тази връзка, хроничната липса на политическа воля за реална здравна реформа допълнително подронва усещането и очакването за справедливо отношение и внимание към деликатната претенция за адекватни грижи и достъп до здравеопазване.

Когато говорим за отговорности за днешните неблагоприятия в българското здравеопазване, можем да ги открием в различни посоки, но намирането на позитивни решения очевидно надхвърля рамките на етическия дебат, въпреки неговата полезност. Тези решения са свързани не просто с етическите аспекти на здравеопазването и очакванията към справедливостта, а с възможността за истински публичен дебат и съвместно търсене на разумни варианти в светлината на концепцията и принципа за справедливост. Тъй като това се отнася и за останалите страни на българския обществен живот, то вината за сегашното състояние на системата едва ли трябва да се търси само в специфични морални дефицити в здравеопазването, а е по-скоро израз на една обща

слабост на българското гражданско общество и на съпътстващите го отчуждени от общественения интерес институции и политици, чийто хоризонт обикновено се изчерпва с поредните избори.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

bTV Новините. (2026). Подписка на онкоболните започва от утре, Достъпен на: https://btvnovinite.bg/50471-Podpiska_na_onkobolnite_zapochva_ot_utre.html [Посетен на 18.06.2026]. [bTV Novinite. (2026). Podpiska na onkobolnite zapochva ot utre, Dostapen na: https://btvnovinite.bg/50471-Podpiska_na_onkobolnite_zapochva_ot_utre.html (Poseten na 18.06.2026).]

Клиника Бг/Clinica.bg. (2025). Обучението на сестри става безплатно, Достъпен на: <https://clinica.bg/33385-obuchenieto-na-sestri-stava-bezplatno>, [Посетен на 17.06.2026]. [Klinika Bg/Clinica.bg. (2025). Obuchenieto na sestri stava bezplatno, Dostapen na: <https://clinica.bg/33385-obuchenieto-na-sestri-stava-bezplatno>, (Poseten na 17.06.2026)]

Лазарова, Е. (2014). Демокрация и здравеопазване. Медицинската помощ като право на живот. – В: *„Европейските етични стандарти и българската медицина“*. С., БЛС, 367 – 373. [Lazarova, E. (2014). Demokratsia i zdaveopazvane. Meditsinskata pomosht като право na zhivot. – V: „Evropeyskite etichni standarti i balgarskata meditsina“. S., BLS, 367 – 373.]

Лазаров, М. (2014). Болестите на прехода. – В: *„Европейските етични стандарти и българската медицина“*. С., БЛС, 624 – 628. [Lazarov, M. (2014). Bolestite na prehoda. – V: „Evropeyskite etichni standarti i balgarskata meditsina“. S., BLS, 624 – 628.]

МОН. (2025). Освобождават се от такси за обучение бъдещите медицински сестри и акушери, Достъпен на: <https://www.mon.bg/news/osvobozhdavat-se-ot-taksi-za-obuchenie-badesthite-mediczinski-sestri-i-akusheri/> [Посетен на 15.06.2026]. [MON. (2025). Osvoobozhdavat se ot taksi za obuchenie badeshtite meditsinski sestri i akusheri, Dostapen na: <https://www.mon.bg/news/osvobozhdavat-se-ot-taksi-za-obuchenie-badesthite-mediczinski-sestri-i-akusheri/> (Poseten na 15.06.2026).]

Национална програма за реформи. (2007). „Доклад за напредъка 2007-2009“, Достъпен на: <https://www.minfin.bg/bg/573> , [Посетен на 15.06.2026]. [Natsionalna programa za reformi. (2007). „Doklad za napredaka 2007-2009“, Dostapen na: <https://www.minfin.bg/bg/573> , (Poseten na 15.06.2026).]

Пашев, К. (2007). Корупцията в здравеопазването в България, Достъпен на: https://csd.eu/fileadmin/user_upload/publications_library/files/2007/2007_03_BG_Corruption_in_the_Healthcare_Sector_in_Bulgaria.pdf, [Посетен на 17.06.2026]. [Pashev, K. (2007). Koruptsiyata v zdaveopazvaneto v Bulgaria, Dostapen na:

https://csd.eu/fileadmin/user_upload/publications_library/files/2007/2007_03_BG_Corruption_in_the_Healthcare_Sector_in_Bulgaria.pdf (Poseten na 17.06.2026).]

Проданов, В. (2014). Етически измерения на приватизацията, маркетинга и комодификацията на здравните услуги. – В: *„Европейските етични стандарти и българската медицина“*. С., БЛС, 91 – 100. [Prodanov, V. (2014). Eticheski izmerenia na privatizatsiyata, marketizatsiyata i komodifikatsiyata na zdravnite uslugi. – V: „Evropeyskite etichni standarti i balgarskata meditsina“. S., BLS, 91 – 100.]

СЕГА. (2026). Втори болничен шеф се оправда за 36 хил. евро заплата, Достъпен на: <https://www.segabg.com/hot/category-zdrave/vtori-bolnichen-shef-se-opravda-za-36-hil-evro-zaplata> [Посетен на 16.06.2026]. [SEGA. (2026). Vtori bolnichen shef se opravda za 36 hil. evro zaplata, Dostapen na: <https://www.segabg.com/hot/category-zdrave/vtori-bolnichen-shef-se-opravda-za-36-hil-evro-zaplata> (Poseten na 16.06.2026).]

Стайков, И. (2014). Право на здраве и право на здравно осигуряване. – В: *„Европейските етични стандарти и българската медицина“*. С., БЛС, 361 – 367. [Staykov, I. (2014). Pravo na zdrave i pravo na zdravno osiguryavane. – V: „Evropeyskite etichni standarti i balgarskata meditsina“. S., BLS, 361 – 367.]

Трайкова, А. (2019). Преходът и новото българско здравеопазване – една етическа перспектива. – В: *Преходът и паралелната държава.*, София, 177–186. [Traykova, A. (2019). Prehodat i novoto balgarsko zdraveopazvane – edna eticheska perspectiva. – V: Prehodat i paralelnata darzhava., Sofia, 177–186.]

AMA Journal of Ethics. (2011). Oregon’s experiment prioritizing public health care services, Available at: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/oregons-experiment-prioritizing-public-health-care-services/2011-04> [Accessed 15.09.2025].

Aras, J., (2009). A case approach. – In: *A Companion to Bioethics*. Blackwell Publishing Ltd, pp.126 – 127.

Beauchamp, T., Childress, J., (2013). *Principles of biomedical ethics*, 7th ed. Oxford University Press, pp. 249 – 250.

Dimova, A., Rohova, M., Polin, K., (2024). Bulgaria: Health System Summary, 2024. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. December 5, 2024. Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/bulgaria-health-system-summary-2024> [Accessed 15.09.2025].

Eurostat. (2025). Healthcare resource statistics – beds, Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_resource_statistics_-_beds. [Accessed 11.10.2025].

Eurostat. (2025). Hospital discharges and length of stay statistics, Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Hospital_discharges_and_length_of_stay_statistics

explained/index.php?title=Hospital_discharges_and_length_of_stay_statistics. [Accessed 17.10.2025].

Eurostat. (2025). Mortality and life expectancy statistics, Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics. [Accessed 09.10.2025].

European Society of Medicine. (2024). Global Health in the Grip of Neoliberalism: A Combined Retrospective Comparative Stages Heuristic Policy Analysis, Available at: <https://esmed.org/impact-of-neoliberalism-on-global-health-systems/>. [Accessed 19.06.2026].

Feinberg, J. (1973). *Social Philosophy*, Available at: <https://ia601708.us.archive.org/26/items/SocialPhilosophy/SocialPhilosophy.pdf> [Accessed 15.10.2025].

Jiacheng, H. (2022). The Patterns of Democracy in Context of Historical Political Science. Chinese Political Science Review. January 8, 2022. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s41111-021-00201-5>. [Accessed 08.09.2025].

Khanpoor, H., Alizadeh, A., Khosravizadeh, O., Amerzadeh, M., Rafiei, S. (2025). A mixed-methods model for healthcare system responsiveness to public health: insights from Iranian experts. February 23, 2025. Available at: https://www.researchgate.net/publication/389215651_A_mixed-methods_model_for_healthcare_system_responsiveness_to_public_health_insights_from_Iranian_experts [Accessed 21.09.2025].

Kutzin, J., Cashin, C., Jakab, M., eds. (2010). Implementing Health Financing Reform: Lessons From Countries in Transition. Brussels: World Health Organization, European Centre for Health Policy, European Observatory on Health Systems and Policies. January 2010. Available at: https://www.researchgate.net/publication/275638047_Implementing_Health_Financing_Reform_Lessons_from_Countries_in_Transition. [Accessed 19.06.2026].

Marshall, E.G., Miller, L., Moritz, L.R. (2023). Challenges and impacts from wait times for specialist care identified by primary care providers: Results from the MAAP study cross-sectional survey. *Healthc Manage Forum*. Sep;36(5):340-346, Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37415463/> [Accessed 07.09.2025].

Nampewo, Z., Mike, JH, Wolff, J. (2022). Respecting, protecting and fulfilling the human right to health. *Int J Equity Health*. 2022 Mar 15;21(1):36. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-022-01634-3>. [Accessed 12.10.2025].

OECD Reviews of Health Systems: Russian Federation, (2012). OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris, Available at: <https://doi.org/10.1787/9789264168091-en> [Accessed 19.06.2026].

Pagden, A. (2003). Human Rights, Natural Rights, and Europe's Imperial Legacy. – In: Political Theory. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0090591702251008>. [Accessed 14.10.2025]

Pratt, B., Wild, V., Barasa, E., Kamuya, D., Gilson, L., Hendl, T., Molyneux, S. (2020). Justice: a key consideration in health policy and systems research ethics. – In: BMJ Glob Health. Apr 8, 2020, Available at: <https://gh.bmj.com/content/5/4/e001942>. [Accessed 13.09.2025].

Rawls J. (1985). Justice as fairness. Political, not metaphysical, 2013. Available at: https://johnjthrasher.com/wp-content/uploads/2013/11/Rawls_1985_Justice_as_fairness_political_not_metaphysical.pdf, [Accessed 19.06.2026].

Saha, S. (2006). The Inherent Inequities of Market-Based Health Care Reform, November 11, 2006. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1831649/>. [Accessed 19.06.2026].

Semenova, Y., Lim, L., Salpynov, Z., Gaipov, A., Jakovljevic. (2024) Historical evolution of healthcare systems of post-soviet Russia, Belarus, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan, Uzbekistan, Armenia, and Azerbaijan: A scoping review. April 30, 2024. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844024055816>. [Accessed 19.06.2026].

Simeonova-Ganeva, R. I., Ganev, K. I. (2025). Healthcare workforce shortages: Evidence from communist and postcommunist Bulgaria. Comparative Southeast European Studies. – In: De Gruyter, vol. 73(1), pages 82-100. Available at: <https://ideas.repec.org/a/bpj/soeuro/v73y2025i1p82-100n1001.html>. [Accessed 25.09.2025].

Simonet, D. (2024). New Public Management, Austerity, and the Alienation of the Medical Profession in France., J Healthc Leadersh. August 24, 2024. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39211351/> [Accessed 20.06.2026].

State of Health in the EU, България. (2021). Здравен профил на страната, Available at: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_bulgaria_bulgarian.pdf. [Accessed 27.09.2025].

State of Health in the EU, България. (2025). Здравен профил на страната, Available at: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/bg/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/bulgaria_242bb908/60c0cef2-bg.pdf. [Accessed 10.04.2026].

ter Meulen, R. (2011) How 'decent' is a decent minimum of health care? – In: *J Med Philos.* December, 2011. Available at: https://www.researchgate.net/publication/221744549_How_'Decent'_Is_a_Decent_Minimum_of_Health_Care. [Accessed 05.09.2025].

United Nations. (2024). Access to medicines - a fundamental element of the right to health. Available at: <https://www.ohchr.org/en/development/access-medicines-fundamental-element-right-health>. [Accessed 11.10.2025].

van Merode, F., Groot, W., van Oostveen, C., Somers, M. (2024). The Hidden Reserve of Nurses in The Netherlands: A Spatial Analysis. May 28, 2024. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38921712/>. [Accessed 16.06.2026].

WHO. (1948). WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. Available at: <https://www.who.int/about/governance/constitution>. [Accessed 18.10.2025].

WHO. (1978). Declaration of Alma-Ata. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471> [Accessed 15.06.2026].