

**АНАЛИЗ НА ПРОЕКТИ, ОСИГУРЯВАЩИ ЕВРОПЕЙСКО ПАРТНЬОРСТВО ПО
ОТНОШЕНИЕ НА РАБОТЕЩИТЕ В СФЕРАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**

Милена Владимирова, Надежда Новоселска

*Национален център по общественото здраве и анализи, 1431, бул. "Акад.И.Гешов" 15, София,
България,*

ел.адрес: m.vladimirova@ncpha.government.bg; n.novoselska@ncpha.government.bg

Абстракт

Човешките ресурси в здравеопазването или работната сила в здравеопазването са гръбнакът на всяка здравна система. В настоящият доклад се разкриват общите тенденции в проектните инициативи, свързани с развитието им и преодоляване на непрекъснато увеличаващите се предизвикателства, свързани с тях. Те са базирани на проучвания и доклади от международни конференции, както и поредица публикации в тази област. Динамиката на заобикалящата ни среда налага необходимостта от придобиване на нови знания и умения. Проектите в здравеопазването от последните години се позовават на медицина, основана на доказателства. Основната цел е повишаване на информираността на общността по отношение на планиране и прогнозиране на човешки ресурси в здравеопазването, както и стъпките за преодоляване на острият им недостиг в труднодостъпни и отдалечени райони, прилагани е Европейският район на СЗО и у нас. Приложени са методите: 1. Преглед на литературни източници, с ключови думи: "health resources" (здравни ресурси), "health projects" (здравни проекти) (2013-2024), (получен резултат от 24 публикации). 2. Преглед на политически документи на СЗО, ЕК, МЗ. 3. Проучване на официален сайт на НЦОЗА и НАЦИД. Резултати и изводи: Съществено е участието на експерти от България в изпълнение на проекти, свързани с изследваният проблем в изясняване на същността на проектите, реализиране на целите, програмите, изработване на технически и политически препоръки, както и адаптирането на модели и добри практики у нас. Все още достъпността, сравнимостта на информацията за човешките ресурси в здравеопазването са по-оскъдни и се явяват постоянна пречка пред управлението.

Ключови думи: човешки ресурси в здравеопазването, планиране, прогнозиране, медицински пустини, инвестиции

**ANALYSIS OF PROJECTS PROVIDING EUROPEAN PARTNERSHIP REGARDING
WORKERS IN THE HEALTHCARE SECTOR**

Milena Vladimirova, Nadezhda Novoselska

*National Center for Public Health and analyses, 1431, blvd. "Acad.I. Geshov" 15, Sofia, Bulgaria,
email: m.vladimirova@ncpha.government.bg; n.novoselska@ncpha.government.bg*

Abstract

Human resources in healthcare or workforce in healthcare are the backbone of every healthcare system. This report shows the general trends in project initiatives, related to their development and overcoming the ever-increasing challenges associated with them. They are based on research and reports from international conferences, as well as a series of publications in this field. The dynamics of our surrounding environment necessitate the acquisition of new knowledge and skills. Healthcare projects during the last years are relying on evidence-based medicine. The main goal is to raise community awareness in relation to planning and forecasting of human resources in healthcare, as well as the steps to overcome the acute shortage in hard-to-reach and remote areas, applicable to the WHO European Region and in our country. Applied methods are: Review of literary sources with key words: health resources, health projects (2013-2024) result obtained from 24 publications. 2 Review of policy documents of WHO, EC, MH. 3) Study of official website of NCPHA and NACID. Results and conclusions: Essential is the participation of Bulgarian experts and execution of projects, related to the researched problem in clarifying the essence of the projects, implementation of goals, programs, development of technical and political recommendations, as well as the adaptation of models and good practices in our country. Still the accessibility and

comparability of information on human resources in healthcare are still limited and represent a constant challenge for the management.

Key words: *health resources, planning, forecasting, oases medical deserts, investment*

Приносът на проектите в сферата на здравеопазване за световното здраве може да се изрази в споделяне на ценности, опит, познания и предприемане на конкретни стъпки за подобряване на здравето. Те се позовават на медицина, основана на доказателства, подходящи научни доказателства, почиващи на достоверни данни, информация и необходими изследвания. Основната им цел се свързва с повишаване на информираността на общността, сътрудничество, подобрена координация на действията по въпросите на здравето, което засилва приноса на ЕС в световното здравеопазване и доказва неговото влияние и присъствие съизмеримо с икономическата и политическата му тежест, както по отношение на планиране и прогнозиране на човешки ресурси в здравеопазването, така и в стъпките за преодоляване на острия им недостиг в труднодостъпни и отдалечени райони, прилагани в Европейският район на СЗО и у нас. Пазарът на труда у нас е регионално дебалансиран, но националните здравни политики и стратегически документи по отношение на работната сила в здравеопазването са системни и се надграждат, независимо, че трудно се усеща на практика напредък. Натрупаният позитивен опит в проектите все още не е достатъчно анализиран.

Думата „проект“ датира от 1601 г. като намерение, строителен план, предварителен текст и е от латински произход - „proiectum“, а по-късно и „proiectus“. Следват множество определения на специализирани англоезични речници, както на руски, така и на американски автори, но като цяло в литературата няма единен подход за определяне на понятието „проект“. В Българският тълковен речник са приети следните определения за проект: план или замисъл за нещо, предварителен текст на документ, който подлежи на обсъждане. Синоними на „проектирам“ са изработвам, планирам осъществяването на нещо.(4, 13, 15). **Проектите в сферата на здравеопазването** отговарят много често на общите принципи и правила на проектите като цяло. В специализираната литература се подчертават и специфичните особености на здравните проекти, които ги отличават от другите сфери като те са свързани с качество, разходи, приходи, влияние на местната, национална власт, подкрепа на правителството. **Здравеопазването е силно персонализирано и чувствително по отношение на цена, вид услуга, защита на личните данни и други.** В здравния проект се налага колаборация между различни специалисти в здравната организация, сформирание на мултидисциплинарен екип в зависимост от целите на проекта и насочеността към вид лечебно заведение или целевата група от пациенти, информираност на общността и др. Отчетните резултати и измерители са специфични – не винаги крайната цел на един здравен проект може да бъде охарактеризирана, тъй като за здравето на човек не винаги може да се намери измерител. Като най – често такъв се използва “ процес “ - % пациенти, преминали ваксинация през годината, и „резултат“ – например, брой пациенти, получили определено усложнение. Както при останалите проекти, така и при тези проекти е валиден принципа на тройното ограничение или отъждествен като т.н. „железен триъгълник“ – *време* (да е приключен в определен срок), *бюджет* (да бъде реализиран в рамките на предвидените в бюджета разходи) и *обхват* (каква работа следва да изпълни или какъв уникален продукт, услуга или резултат се очаква от финансиращия орган в рамките на проекта).Трите ограничения трябва да бъдат балансирани. Някои автори добавят и четвърто: качество и безопасност. *Качеството* в здравеопазването заема особено място. Следователно, триъгълника може да бъде заменен от ромбоид. Най-пълното олицетворение на ограниченията пред проекта представляват „хексагонът“, свързан с два елемента – риск и ресурси. **Методологията** на проекта е разделена на следните три компонента – *Създаване* от своя страна с четири фази

(Идентифициране, Разработване, предварителна оценка на проекта, преговори и решения, свързани с проекта), *Изпълнение* и *Обща оценка на проекта*. Натрупаният положителен опит в развитите европейски страни се прилага в нашата страна и се превръща в благоприятна среда за внедряване на най-добрите модели в българската социално-медицинска практика. Поради голямото разнообразие и многозначността на научната терминология, използвана от различните автори се налага дефиниране на понятията „общност“, „общностно участие“, „устойчивост“, „създаване на капацитет“, „овластяване“ с цел да се улесни съпоставимостта на конкретните изследвания. **Общностното участие** като инструмент за “управление на проекти в здравеопазването” според W. Bichman и съавт.(1, 5) е социален процес, при който конкретни групи със споделени нужди, живеещи в определен географски регион, търсят активно идентифициране на своите потребности, вземат решения и установяват механизми за удовлетворяването им. Една година преди това S. B. Rifkin и съавт. (1, 7, 11, 22) въвеждат **континуум за оценка на участието в здравни програми** като разглеждат ролята на общностното участие в здравните проекти, свързана с идентифициране на няколко области на възможните приноси на сътрудници, извън научната общност. R. Van Acker и съавт. през 2011г. разглеждат разбирането за **устойчивост**.(1, 2, 6, 8, 11). Най – общо го определят като продължаване на конкретна интервенция във времето след намаляване или прекратяване на външното финансиране или степента, в която една здравна програма (проект), основана на доказателствата, може да продължи да доставя целевите ползи през дълъг период от време след спиране на външната финансова, мениджърска или техническа помощ. **Устойчивостта се превърна в съществена част от здравният проект като добавена стойност** - как, от кого, до колко и до кога ще се поддържа. Важно предизвикателство пред обществото в България е провеждането на цялостна и същинска здравна реформа, която чрез баланс на медико-социално - икономическите рискове може да осигури постигане на устойчивост в развитието на здравеопазването, която се нуждае от нов управленски стил и ефективен мениджмънт.(14). Съществуват различни определения и за **овластяване**. Обикновено то се разглежда като *инструмент* за постигане на устойчивост при управлението на здравни проекти. В сферата на общественото здравеопазване този инструмент дава възможности на хората без власт да придобият знания, умения и увереност, че могат да вземат решения, засягащи собствения им живот. След обсъждането на различни дефиниции на понятието „**създаване на капацитет**“(9, 12, 24) и подчертаното му значение за изпълнението на определена програма от него произтича развитието на устойчиви и силни здравни системи. Сред предпоставките за участието на общностите в управлението на проекти в здравеопазването от една страна е мотивацията на участниците (личностна или проектно ориентирана) и на бенефициентите от друга. Заключителният раздел на проекта представя констатациите, обобщени и добре обосновани. Твърденията в него трябва да се отнасят до резултатите от проверката по отношение на целите на общата програма. Препоръчително е, препоръките да се базират само на сигурни сведения, а не на епизодични факти, без значение колко убедителни, изглеждат те. Изводите в проектите в здравеопазването трябва да се позовават на медицина, основана на доказателства.

През последните години след 2010г. на територията на Р. България се реализират не малко проекти в областта на здравеопазването. Улеснените процедури за представяне чрез единно регистриране и общи софтуерни инструменти, навременна информация, електронни технологии и финансиране подпомогна НЦОЗА да реализира множество проектни инициативи като представител на Министерство на здравеопазването в качеството си на национална контактна точка.(3, 10, 27, 28). Важно място през последните години в ЕС заемат проектите, отразяващи **политиката, свързана с човешки ресурси в здравеопазване или работната сила (workforce)**. Един от тях е **Съвместното действие „Планиране и прогнозиране на човешките ресурси в**

здравеопазването“, съфинансиран и подкрепян от Европейската комисия, в рамките на Програмата за обществено здраве на Европейския съюз.(2013-2017). Поставената цел за анализ на планирането и прогнозирането на работната сила в областта на здравеопазването чрез споделяне на информация, опит, както и прилагане на добри практики се реализира чрез създадената платформа за сътрудничество, обмен и подкрепа между европейските държави-членки, за да се предприемат ефективни и устойчиви решения за преодоляване на очаквания недостиг на специалисти в здравеопазването на национално и европейско ниво. Тя подпомага изпълнението на препоръката на Съвета относно планиране и прогнозиране на специалистите в здравеопазването. Мрежата обединява представители на Европейската медицинската общност, както и институционални партньори, ангажирани с прогнозиране и планиране на работна сила в здравеопазването в 28 – те държави-членки на Европейския съюз. Дейностите по проекта са групирани в седем работни пакета. Българската страна (чрез организациите-изпълнители на национално ниво в лицето на НЦОЗА и МУ“ проф. П. Стоянов“-Варна) бе лидер на този седми пакет - устойчивост. Анализът на управлението на човешките ресурси е съобразен от една страна с очертаващите се общи демографски тенденции и с друга, с развитието на иновативни продукти, услуги, инструменти и модели. Водещата роля на българския екип се очерта при изготвянето на няколко документа, по-важни от които са: Доклад относно данните за планиране на човешки ресурси в здравеопазването, Доклад за приложимостта на Кодекс за добри практики на СЗО, Доклад върху данните за мобилност, изготвяне на политически и технически препоръки, подпомогна успешният отзвук на проекта сред заинтересованите в международен план лица.(16, 17, 18, 19, 20, 21).

Създадената мрежа от експерти по човешки ресурси в здравеопазването в Европа разшири участието си във форуми и проекти с българско участие и в подкрепа на ролята на мрежата от експерти, която е основната цел на проекта **“SEPEN”** (с продължителност три години -2018г.-2020г.), чрез провеждане на обучения и конференции. (3,5,23).

Чрез Европейски Социален фонд се съфинансира проект **„Специализация в здравеопазването“**. По време на българското председателство през 2018г. се организира дискуссионна среща от МЗ, НЦОЗА и други заинтересовани страни по отношение на работната сила в здравеопазването и екипа на проекта от ЕС и се представиха резултатите. Заложените индикаторите варират, но те имат отношение към резултатите и по този начин се оценява въздействието на проекта в отделните страни. За България е важно колко лица са повишили квалификацията си чрез успешно придобита специализация, докато за Белгия чрез Учебен център за медицински и медико-социални организации се докладва колко нови здравни работници са преминали успешно обучение. В Дания чрез **“Предприемачество в здравеопазване“** се докладва колко обучени специалисти са създали бизнес, а чрез NURED, Interreg A, за да се подобрят стандартите в здравеопазването, се отчита професионално благополучие чрез повишени професионални умения на предоставящи домашни грижи медицински сестри в страни от Северна Европа - Естония, Финландия, Латвия, Швеция.(2, 7, 9, 23, 27, 28).

Проект **„Специализация в здравеопазването +”** от програмата **“Развитие на човешки ресурси“** 2021-2027г. има за цел да подпомогне професионалният капацитет на обучаващите се специализанти в системата на здравеопазване за осигуряване на по-качествени здравни услуги. Предоставя безвъзмездна финансова помощ на лекари, лекари по дентална медицина, медицински сестри и акушерки. Екип от НЦОЗА и МЗ изпълняват процедурата по проекта, на който периодът на изпълнение е до 01.03.2028г.(4, 23, 24, 27, 28).

В днешната дигитална епоха достъпът до качествено здравеопазване все още не е гарантиран за всички. Обширни райони, често наричани **„медицински пустини“** остават недостатъчно обслужвани – голям брой хора остават без адекватна медицинска помощ. Това е

належащ проблем, който изисква особено внимание и иновативни решения. “Медицинските пустини“, термин, който трудно все още се възприема от наши и чужди изследователи, обхваща региони, където липсват здравни заведения и достатъчно специалисти. Това принуждава жителите да пътуват на дълги разстояния, за да получат основни медицински грижи, което не само застрашава живота им, но изостря неравенствата в здравеопазването, особено в селските и икономически не-облагодетелствани райони.

Проект OASES “Promoting evidence-based reforms on medical deserts” цели да укрепи капацитета на публичните власти да реформират здравните системи и да адресират ключови здравни проблеми, преодолявайки т.нар. медицински пустини. В проекта участват представители от всички страни на ЕС. Екипът на проекта се консолидира с шест групи причини (физически, инфраструктурни, професионални, образователни, социално-културни, икономически и политически), които могат да обяснят съществуването на „медицинските пустини“. В страните с различни здравни системи и начини на финансиране причините за появата на “медицинските пустини” могат да бъдат свързани с липса на персонал, липса на услуги, системи за обслужване. Могат да бъдат продиктувани от високи разходи за услуги, неефективно предоставяне на услуги, слабо населени райони, райони с ниски доходи, недостатъчен ценз сред здравните професионалисти, миграция на образован персонал извън района, страната или сектора на услугите (първична медицинска помощ срещу специализирана медицинска помощ), конкуренция между работни места или сектори (публичен-частен) или лоша работна среда. **„Опустяването“** се свързва и с действия, свързани с преориентация на предоставянето на услуги, образование, финансови стимули и регулиране. Съществен фокус на проекта е включване на голям брой мерки, свързани с промени в уменията, интеграция на грижите, дигитализация, развитие на ефективността в предоставянето на услуги и системите за услуги или приватизация на предоставянето на услуги и реформи за избор на пациенти. Като постижима цел се очертава подобряване капацитета на органите за обществено здраве за реформи в здравните системи и справяне с всички ключови проблеми и предизвикателства, породени от медицинските пустини. Проектът е възприел широко определение за „медицинска пустиня“: обхваща всяка ситуация, в която възникват критични проблеми при посрещането на здравните нужди, търсенето и предлагането на здравни грижи, т.е. не само недостиг на здравни специалисти и услуги, но и лошо качество и ниска достъпност на здравните грижи. Разработен е набор от показатели за оценка на медицинската пустиня по отношение на наличността, качеството и достъпността на здравните работници и услуги. Чрез преглед на литературата по този въпрос са анализирани основните причини за явлението и са предложени евентуални възможните решения. Осъществени са пилотни проучвания в седем европейски държави - Кипър, Финландия, Франция, Унгария, Италия, Република Молдова и Румъния. Резултатите от проекта и препоръките, основани на доказателства ще подпомогнат предприемането на политически действия и решения, подкрепени от политическият съвет на проекта, в който има и българско участие.

През периода 2021-2024г. се изпълниха още три проекта по този проблем, едновременно с **OASES**. В изграденият проектен клъстер мрежата от експерти по човешки ресурси в здравеопазването в ЕС работи за осъществяването им. (7, 8, 25, 28)

Целта на вторият проект **„Действия за здраве и равенство: справяне с медицинските пустини“** – AHEAD (7,9,26) е посветен на борбата за намаляване на неравенствата в здравеопазването чрез справяне с предизвикателството „медицински пустини“ в Европа или постигане на по-справедлив достъп до здравни услуги и достатъчен брой квалифицирани и мотивирани здравни работници. Изследвани са страни като Италия, Молдова, Нидерландия, Румъния и Сърбия, в които се надграждат знания, насърчават се цифрови иновации в предоставянето на здравни услуги и се прилага подход, основан на разработването на политики

в областта на общественото здраве. Чрез използване на технологии, ангажиране на общността и стратегическо планиране, е направен опит за изграждане на устойчиви здравни системи. Ключовите аспекти включват телемедицински решения, свързани с внедряването им за предоставяне на дистанционни консултации и последващи действия, които подобряват достъпа до здравеопазването, без необходимост от пътуване. Предлага се разгръщане на мобилни клиники, които могат да достигнат до най-изолираните общности, включващи основни здравни услуги директно до прага на нуждаещите се. Подчертава се продължаващото обучение на местни здравни работници: овластяване на местните жители с медицинско обучение за създаване на надеждно и постоянно медицинско присъствие в техните общности, развитие на инфраструктурата, комуникация с местните власти и организации за изграждане и поддържане на здравни заведения в недостатъчно обслужвани региони, както и по-добра осведоменост на общността чрез общностни програми за подобряване на общите здравни резултати. **Справянето с медицинските пустини не е просто предоставяне на незабавна помощ. Поражда се необходимост от създаване на дългосрочни устойчиви решения, които гарантират справедливо здравеопазване за всички.** Когато фокусът е върху тези пренебрегвани области, можем да направим значително намаляване на неравенствата и подобряване качеството на живот. Това са предложения за общи политики на регионално и национално ниво в Европа.

Фокусът на третият проект „TASHI“ (9, 24) – също е върху проблема за „медицинско опустяване“, но в него се акцентира задачите, които могат да бъдат пренасочени от здравните и социалните работници към пациенти, чрез внедряване на информационни източници или други професионални групи. По този начин се създава ново разбиране и актуални знания за прехвърляне на задачи, които да насърчат диалози, свързани с преносимостта и усвояването на добри практики в Европа. Това би могло да допринесе за по-ефективна организация на грижите и по-добро управление на човешките ресурси в различните нива на управление на здравеопазването, както и постигане на по-ефективни и устойчиви здравни системи по иновативен начин. Четвъртият проект е свързан с психичното здраве. Чрез политически диалог в Европейския парламент и работа в тясно сътрудничество се постига напредък в преодоляване на предизвикателствата, породени от „медицински пустини“.

Заклучение и изводи

Справянето с недостига и кризата със здравните работници е съвместна грижа и отговорност. Инвестициите в човешките ресурси за здравеопазване, особено в страните с най-голяма нужда, са необходими за постигане на приоритетни здравни цели и по-широки цели за развитие, свързани с образование, заетост, икономически растеж. Актуалността на разглеждания проблем е безспорна и произтича от ключовото значение на човешките ресурси, тяхната квалификация, мотивация за ефективно функциониране на здравната система и подобряване на общественото здраве като глобално обществено благо. По този начин напредва изясняването на ролята на здравния статус и начина на живот в условията на трайно установена тенденция за глобализация на икономиката и за решаващото навлизане на информационно-комуникационните технологии. Значителни структурни промени в световната икономика в следствие на нарастващата роля на научно-техническия прогрес за икономическия растеж водят до нов подход при анализа на работна сила. Необходимо е да се преодоляват у нас регионалните различия и да се подкрепят програми за стимулиране на млади лекари и медицински специалисти. Непрекъснат процес е и инвестирането в медицинско образование, подкрепа на инициативи за публично-частно партньорство и преодоляване на недоволството от възнагражденията, често свързани с прегряване на медицинските специалисти. Все още има какво да се желае при осъществяване на проекти в сферата на здравеопазване. Необходима е цялостна стратегия за задържане и

привличане на медицински кадри, включваща: подобряване на условията на труд, повишаване на възнагражденията и създаване на възможности за професионално развитие, особено в по-слабо развитите региони.

Използвана литература

1. Докова, А. Концептуален модел за устойчиво управление на здравни проекти, базирани на общностно-академични партньорства, автореферат, МУ "Проф. д-р П. Стоянов", Варна, 2016, с. 11-16
2. Европейска комисия. Предложение за регламент за създаване на програма „Здраве за растеж“. http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_bg.pdf
3. Европейска комисия. Предложение за регламент относно финансовите правила, приложими за годишния бюджет на ЕС, COM (2010) 815 окончателен 2010/0395 (COD). 22.12.2010. <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2010/BG/1-2010-815-BG-F1-1.Pdf>,
4. Европейска комисия. Представителство на Европейската комисия в България. http://ec.europa.eu/bulgaria/about_representation/our_tasks/index_bg.htm Европейска комисия. Препоръка на Съвета относно Националната програма за реформи на България за 2014 г. и съдържаща становище на Съвета относно Конвергентната програма на България за 2014, 8.07.2014, http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2014/csr2014_council_bulgaria_bg.pdf, последен достъп: 30.12.2014 г.
5. Европейска комисия. Програма за опростяване на МФР за периода 2014-2020 г. COM (2012) 8.2. 2012. https://webapi.cor.europa.eu/documentsanonymous/com42-_ext_BG.doc/content,
6. Европейска комисия. Европа 2020, http://ec.europa.eu/europe2020/index_bg.htm, 16.06.2014
7. Европейска комисия. Европа 2020 – Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж, COM (2010) 2020, окончателен, Брюксел, 2010 г, <http://www.president.bg/docs/1352302321.pdf>,
8. Европейска комисия. Европа 2020: Европейския семестър: партньорство между ЕС и ДЧ http://ec.europa.eu/europe2020/images/european_semester_bg_big.jpg,
9. Европейска комисия. Европейски социален фонд. <http://ec.europa.eu/esf/home.jsp?langId> г.
10. Конвергентна програма на РБългария (2011-2014 г.), Приложение към РМС No 240 от 14.04.2011 г, <http://www.eufunds.bg/document/1067>, последен достъп: 9.11.2014 г.
11. Костадинова, Т. Курс лекции по Управление на проекти в здравеопазването, Факултет Обществено здравеопазване, Магистърска програма по здравен мениджмънт, МУ – Варна Концепция за изготвяне на закон за управление на средствата от Европейския съюз, <http://eufunds.bg/document/2723>, Концепция за по-добро здравеопазване 2010-2015 г.
12. Лавренцова, Е. Управление на проекти – общи теоретични постановки, в: Сборник доклади от Международна научна конференция 5-6 юни 2008 г., Съюз на учените, Стара Загора, http://www.sustz.com/Proceeding08/Papers/SOCIAL%20STUDIES/Lavrentsova_Elena.pdf, последен достъп: 6.11.2014 г., http://www.sustz.com/Proceeding08/Content/Social_studies_03.html
13. Лесидренска. Св. Мирчев, А. Проектният мениджмънт като инструмент за повишаване на конкурентоспособността на малкия и среден бизнес в България. CMP consult. <http://cmpconsult.com/bg/publications/view/10>
14. Павлова, Г. Здравноосигурителен модел в България – предизвикателства и възможни решения, Университетско издателство, СУ "Кл. Охридски", 2019, с. 152
15. Речник на думите в българския език, <http://rechnik.info/>.
16. Asenikova, V. et al. 2017, Intentions for mobility of the next health workforce generation (comparative study among Bulgarian and German students in the Medical University of Varna): <http://journals.mu-varna.bg/index.php/sssp/article/view/2916>

Science & Technologies

17. European Commission, Green Paper On the European Workforce for Health, COM(2008) 725 final: https://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf
18. Goryakin Y., Maeda A, Bruckner T., Scheffler R. Global health workforce labor market projection for 2030, Human resources for health, 2017, p.117
19. Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting, Final Guide of the Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting: http://healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2016/11/WP2_FINAL_GUIDE_final_version.pdf
20. Kuhlmann, E., Dussault G., Wismar M. Health labor markets and human face of the health workforce: resilience beyond COVID-19, Eur J. Public Health 2020; 30: iv1-iv2.
21. Kroezen, M. Van Hoegaerden, M. and Batenburg, R. 2018, The Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting: Results of a European programme to improve health workforce policies, *Health Policy*, 122(2), 87-93: <https://www.sciencedirect.com>
22. Rifkin, S.B., M. Schleiff, Community Health workers, 2024, BMP, ResearchGate, pp18-24
23. Regulation (EU) No 1304/2013 of the European Parliament and the Council of 17 December 2013 on the European Social Fund repealing Council Regulation (EC) No 1081/2006
24. Regulation (EU) No 1301/2013 of the European Parliament and the Council of 17 December 2013 on the European regional development Fund and on specific provisions concerning the investment for growth and jobs goal and repealing Regulation (EC) No 1080/2006
25. www.oases.health.
26. www.ahead.health.
27. www.mh.government.bg
28. www.ncpha.government.bg