

ИЗТОЧНИЦИ И МОДЕЛИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО – СПЕЦИФИКА И ЕФЕКТИВНОСТ ПРИ ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ

Ана Борисова Иванова

Стопанска академия „Д. А. Ценов“ – Свищов

Катедра „Финанси и кредит“

e-mail: abivanova@abv.bg

Резюме: Здравеопазването е високохуманна дейност, изискваща огромен финансов ресурс. То е грижа на държавата, организациите и на всеки един от нас. Управлението на приходите и разходите за лечение са предизвикателство пред всяка една държава по света. Най-развитите страни също са в процес на дългогодишни реформи. Гаранция за предоставяне на качествени и достъпни здравни услуги могат да бъдат адекватни избори на модели, източници на финансиране и спецификата им за този вид дейност. За да се постигнат тези резултати, е необходим анализ на предимствата и недостатъците на всички възможни източници на финансиране и правилното им разпределение по сектори, както и контролът над изразходването на средства. Целта на изследването е анализ на същността, предимствата и недостатъците на основните източници на финансиране и очертаване спецификата на основните модели за финансиране на здравеопазването.

Ключови думи: източници за финансиране на здравеопазването, модели за финансиране, модел „Бевъридж“, модел „Бисмарк“, модел „Кенеди“.

JEL: I, I1, H52.

SOURCES AND MODELS OF FINANCING HEALTHCARE – SPECIFICITY AND EFFECTIVENESS OF HEALTH SERVICES

Ana Borisova Ivanova

D. A. Tsenov Academy of Economics – Svishtov

The Department of Finance and Credit

e-mail: abivanova@abv.bg

Abstract. Healthcare is a highly humane activity that requires huge financial resources. It is the concern of the state, organizations and each one of us. The revenue and costs management of treatment are a challenge for every country in the world. The most developed countries are also in the process of long-standing reforms.

Adequate choices of models, sources of funding and their specificity for this type of activity, can be a guarantee for the provision of quality and affordable health services. To achieve these results, it is necessary to analyze the advantages and disadvantages of all possible sources of financing and their proper distribution by sector, as well as to exercise control over spending.

The purpose of this study is to analyse the nature, advantages and disadvantages of the main financing sources and to outline the specifics of the main healthcare financing models.

Keywords: healthcare financing sources, financing models, the ‘Beveridge’ model, the ‘Bismarck’ model, the ‘Kennedy’ model.

JEL: I, I1, H52.

Увод

Здравеопазването, като клон на държавната дейност, има за цел организирането и предоставянето на достъпни медицински грижи за населението. Здравните грижи не са просто жизненоважна необходимост, а социален закон и трябва да бъдат достъпни за всички граждани. Това изисква стриктен контрол от страна на обществото върху финансовите ресурси, отделяни за здравеопазване с цел осигуряване достъп до медицински грижи на всички граждани.

Финансирането в здравеопазването е съвкупност от инструменти – финансови, управленски, социални, политически и др. Доколкото предоставянето на здравни услуги е от жизненоважно значение за развитието на една нация, то въпросите за финансиране заемат важно място както в теоретичните дискусии, така и в практиката при разработване на здравни системи в света. Основният въпрос, който стои пред избора на модел за финансиране в една страна, е възможността за осигуряване на необходимите финансови ресурси за покриване на разходите при нарастване търсенето на медицински услуги. В този смисъл моделите за финансиране трябва да осигуряват достатъчни и стабилни приходи на всички нива на здравната система и с това да гарантират справедливото и ефективно разпределение на ограничените финансови ресурси.

Във всяка държава постигането на баланс между размера на инвестираните в сферата на здравеопазване финансови ресурси и качеството на предоставяните здравни услуги е сериозно предизвикателство.

Настоящата разработка е с **обект** на изследване източниците и моделите на финансиране в здравеопазването, а неин **предмет** – изследване на спецификата на здравеопазването и методите на финансирането му.

Целта на изследването е да се анализират предимствата и недостатъците на възможните източници за финансиране на здравеопазването и спецификата на прилаганите модели.

Конкретните изследователски задачи са:

- Да се очертаят основните източници за финансиране на здравеопазването;
- Да се очертаят предимствата и недостатъците на прилаганите в процеса на организация на здравеопазването източници на финансиране.
- Да се идентифицира спецификата на съществуващите модели за финансиране на здравеопазването.

Тезата на разработката е, изборът на адекватни източници и модел за финансиране на системата на здравеопазването гарантира предоставянето на достатъчни по обем и качество здравни услуги на населението.

I. Основни източници за финансиране в здравеопазването

Съществуващите системи за финансиране могат да се обособят в две основни групи:

- ✓ Според източника на формиране на средствата в системата;
- ✓ Според формата на тяхното използване.

В световната практика съществуват *четири* основни източника на финансиране на здравеопазването:

- *от данъчно облагане, общо или специално;*
- *от социално и здравно осигуряване;*
- *от частни здравноосигурителни фондове;*
- *от лични средства на гражданите.*

Като финансов ресурс за частично подпомогне на здравните заведения може да се добавят и различните форми на дарителство.

➤ **Данъчно облагане** – разпределение на средства за здравеопазване от Държавния бюджет. Финансирането на здравната система чрез данъчно облагане има много предимства, като се изхожда от основното правило, здравеопазването да е достъпно до всеки, без значение от здравноосигурителния статус, трудовата заетост и т.н. Много страни използват този модел на финансиране (Великобритания, Испания и др.) – то се осъществява чрез данъчно облагане на доходите, покупките, имоти, ренти, дивиденди и т.н., т.е. общо данъчно облагане (има страни, в които здравеопазването се финансира от местните общински бюджети – Финландия, Норвегия, Швеция и др.).

➤ Социално и здравно осигуряване

Вторият основен източник за финансиране в здравеопазването е здравното осигуряване. То представлява договор между осигурителя и клиента, чрез който при настъпване на осигурително събитие – ползване на медицинска помощ, осигурителят изплаща определена сума на осигуреното лице или възстановява изцяло или частично направените разходи за извършена съответна здравна услуга.

Най-разпространеният вариант е натрупване на средства от работодатели и работници под формата на осигурителни вноски, като размерът на тези вноски най-често се определя по три начина:

- Като фиксирана сума;
- Като процент от брутно трудово възнаграждение;
- Като диференцирана вноска в зависимост от здравния риск.

Най-използваният вариант е процент от брутно трудово възнаграждение, което в различните страни варира между 5% и 20%, като най-често е 12%–13%.

Здравното осигуряване може да се проявява в три вида:

- Социално здравно осигуряване;
- Частно здравно осигуряване;
- Осигуряване от работодателя.

Социалното здравно осигуряване се организира от правителството. Особеността при него е, че то е социално насочено, като при него са защитени и най-ниско платените осигурявани лица. По този модел работят Германия, Белгия, Франция, Холандия и други страни.

➤ **Частни здравноосигурителни фондове;**

Те функционират на принципа на частни застрахователни компании. Обикновено е на доброволни начала, но има страни, в които то е задължително за хората с по-високи доходи. Делът на този вид осигуряване за развитите страни е различен, но по принцип е нисък – средно за развитите страни е около 20%, в Европа – под 10%. Най-висок е в САЩ – над 30%.

Осигуряването от работодателя се отнася по-скоро към частното осигуряване. В САЩ например това е честа практика за здравно осигуряване, при която работодателят включва в условията на труд и конкретна здравна застраховка.

Преимствата на този тип са покриване на риска при ползване на здравни услуги – при ползване на медицинска помощ лицето не изразходва допълнителни средства от собствения си бюджет. Основен недостатък е увеличаване на средствата за издръжка на администрацията и контролен апарат на здравното осигуряване, както и по-трудната координация на профилактичните дейности.

➤ **Лични средства на гражданите**

Това е начин за финансиране на здравеопазването, при който потребителят (пациента) заплаща изцяло или частично със собствени средства медицинска стока или услуга. Един от методите на здравеопазване в страните с развито пазарно стопанство е, т.нар. директно заплащане от консултатора (пациентът заплаща разликата от дължимата сума, която не се покрива от държавните или социалните плащания).

Има няколко преимущества на финансиране на здравеопазването от лични средства на потребителите на здравни услуги. **Първо**, този начин на финансиране дава възможност за набиране на допълнителни приходи за здравните заведения за извършване на здравни услуги и за материално стимулиране на медицинския персонал. **Второ**, той създава условия за ограничаване на ненужното извършване на медицински дейности. **Трето**, „инвестирането“ на лични средства е предпоставка за стимулиране на индивидуалната отговорност за здравето. **Четвърто**, финансирането чрез лични вноски дава възможност да се засили ролята на пазарните отношения в здравеопазването.

Основният недостатък на набирането на средства за финансиране чрез лични вноски е, че ограничава достъпността до здравните услуги за хора с по-ниски доходи, които нямат възможност да доплащат.

➤ **Дарителството** е допълващо финансиране – директно или индиректно, като основният източник са доходите на фирми, нестопански

организации и домакинства, които предоставят финансови средства на здравни организации. То се проявява в три различни форми:

✓ *Корпоративно дарителство* – дарение от корпорации и други структури на частния стопански и финансов капитал. Форми при корпоративното дарителство са спонсорство, материално подпомагане и предоставяне на услуги от страна на бизнеса;

✓ *Институционално дарителство* – дарения чрез фондации и други нестопански организации. Формите на институционалното дарителство за дарения на организации с нестопанска цел и отделни лица по представени проекти, фондове, материална и техническа помощ, средства за институционално и иновационно развитие и др.

✓ *Индивидуално дарителство* – дарения от отделни физически лица. То се проявява под формата на различни по размер дарения, наследства, завещания и др.

Необходимо е да се прави разлика между дарение и спонсорство, тъй като договарят за спонсорство няма изрична правна уредба. Спонсорството и дарението са уредени в ЗКПО (Закон за корпоративно подоходно облагане), прилагат се и ЗДДС и Закон за счетоводство, но и при трите липсва ясно установено правило с ясна дефиниция. Поради този факт, се прави разлика на основание на практиката – а именно спонсорството е с възмезден характер (т.е. очаква се възръщаемост под някакви форма – парична, реклама, трудов договор и др.), докато при дарението липсва този елемент. Даренията са директно или индиректно финансиране от юридически или физически лица и са начин за финансиране на дадена дейност.

Като своеобразен допълващ източник на финансиране може да се определи и **външното финансиране** в здравеопазването, което се осъществява от други правителства, международни и чужди неправителствени организации под формата на безвъзмездни дарения, хуманитарна помощ, кредитни линии, консултантски услуги и др. На практика това финансиране в слабо развитите страни се осъществява най-вече под формата на дарителство, тъй като в тях има остра нужда от финансови средства. В развитите страни този тип финансиране има по-скоро спомагателно значение.

Всеки от посочените източници на финансиране е със специфични характеристики, изразяващи се най-вече в това, как се осъществява разпределението на финансовата тежест, кои са потребителите на здравни услуги и каква е степента на финансова защита? Вижданията на автора за предимствата и недостатъците при използване на съществуващите източници за финансиране относно възможностите за ефективно разпределение и осигуряване на адекватно количество и качество на здравни услуги са представени в Таблица 1.

Таблица 1
 Специфика на източниците на финансиране в здравеопазването
 (Specificity and sources of financing healthcare)

Източници на финансиране	Получатели на здравни услуги	Предимства	Недостатъци
Данъчно облагане	Всички лица, нуждаещи се от здравна помощ	Достъп до здравеопазване на всички, независимо от здравно-осигурителен и социално-осигурителен статус	Изразходване на огромен ресурс от страна на държавния бюджет за финансиране на разходите, направени за здравеопазване, неангажиране на лицата относно собствения им здравен статус, допуска се възможност за злоупотреби при изразходване на средствата от страна на заетите в болнична и доболнична помощ лица и организации.
Социално и здравно осигуряване	Всички лица, които плащат здравно-осигурителни вноски	Приходи към държавния бюджет в съответните сектори	Недостиг на средства, необходими за покриване на направените разходи от страна на здравните заведения, няма пряко участие на пациента към разпределението и изразходването на средствата, които той внася.
Частни здравно-осигурителни фондове	Всички лица, които са направили доброволно застраховане по метода на собствен избор на здравноосигурителен фонд и на вида застраховка	Пациентите са пряко отговорни към собственото здраве, имат достъп до начина на изразходване на средствата им	Този начин на финансиране лишава голяма част от населението до елементарна здравна помощ, от него могат да се възползват лица с високи доходи

II. Модели на финансиране в здравеопазването

Съществуват три основни типа здравни системи в света: модел „Бевъридж“, осигуряващ здравна помощ за всички граждани, без значение на финансовото им състояние; модел „Бисмарк“, формиращ средствата за здравеопазване от здравни фондове, и модел „Кенеди“, според който здравеопазването е възложено на частния сектор.

2.1. Модел на Уилям Бевъридж

Уилям Бевъридж е държавен служител и социален реформатор и когато прави доклад за проблемите в здравеопазването на Великобритания през 1942 година на миналия век, самият той не е предполагал какъв реформатор може да се окаже в глобален мащаб (Reynolds, 2018). По негова идея е създадена първата здравна служба – Националната здравна служба (NHS), финансирана изцяло от данъци (Beveridge, 1942), която

функционира и до днес. Целта е да се осигури здравеопазване във всяко кътче на страната, като нищо няма да се заплаща директно, на място. Основава се и се налага модел на здравеопазване, при който всяко едно посещение на пациент в здравно заведение се финансира от тази Национална здравна служба.

В настоящия момент здравеопазването се финансира освен на публичния сектор и посредством допълнителни здравни осигуровки от частни застрахователи. Според доклад на NHS (Националната здравна каса) на Великобритания доверието на пациентите към ОПЛ (общопрактикуващите лекари) и други здравни специалисти е 95,6% (Prior, 2018/19), което само по себе си доказва ефективността на тази здравна система. Т. нар. ОПЛ са първият достъп на всеки един пациент до здравеопазването, като се изключат тежките случаи, изискващи спешна или неотложна помощ. Ако пациентът изисква второ мнение или иска резултатът от дадено изследване да стане по-бързо от това, което му предлага ОПЛ, то може да посети друг специалист, който не се поема финансово от НЗС. Именно високият процент доверие в доболничната помощ доказва ефективността на тази система, т.е. пациентите не се насочват към други начини на лечение.

Моделът на **Бевъридж** е базиран в организацията на здравеопазването в по-голямата част от икономически развитите държави: Великобритания, Испания, по-голямата част от Скандинавия и Нова Зеландия. Хонг Конг има собствена здравна система, която също е основана на принципа на Бевиръдж, а Куба прилага тази система в най-чистия и краен вид – изцяло държавно финансиране. Когато една държава възприеме модела за финансиране на здравеопазването от данъци (Великобритания), това означава, че реално над 50% от приходите са от данъчната система. Здравните услуги в тези държави се ползват от всички, независимо от приноса на пациента, т.е. достъпът до медицински грижи е право на всеки, независимо от здравноосигурителния му статус (Стайков & Георгиева, 2018). Когато населението е здраво, то е полезно за производството на блага и ресурси на своята държава. Свободният достъп до здравеопазване осигурява по-високо качество дори на жизнения стандарт на човешкия живот. Последствията са по-малко болнични, по-кратки боледувания и по-голяма трудоспособност на цялото население.

Като основен недостатък на модела „Бевъридж“ се извежда големият разход на средства от страна на държавата и липсата на стимул за тяхното прецизиране. Но общият поглед към останалите модели, с всичките им преимущества и недостатъци в една или друга степен, доказват, че здравето е скъпоструващо, независимо кой го плаща. Затова моделът на Бевъридж в крайна сметка олекотява и самата структура, пести за административни разходи и осигурява достъп до адекватно лечение на всички пациенти, независимо от техния здравен статус.

В дългосрочен план, независимо от големия разход на средства от страна на държавата, се постига резултат, който компенсира изразходването на изцяло публични средства. Лесният достъп до здравеопазване, какъвто е примерът на Великобритания, също пести време и ресурс на всички участници в икономиката. Това се доказва и от малкия брой частни здравни осигуровки на жителите на Острова (Prior, 2018/19). Тези частни застраховки се сключват за случаите, описани по-горе – когато се търси бърз резултат или се изисква допълнително мнение от специалист. Също и в случаите, когато се предпочита по-високо технологична болница от тази, която финансовият ресурс на НЗС може да покрие (въпреки че много голяма част от големите частни болници имат сключен договор с касата и там всеки пациент може да се лекува абсолютно безплатно).

2.2. Модел Бисмарк

Неговият създател е пруският канцлер Ото фон Бисмарк и се основава на идеята за социална държава, резултат от обединението на Германия през 19 век. Моделът Бисмарк е основан на здравни каси, относително много на брой и работещи в конкуренция помежду си. Те се финансират от съвместни вноски на служителите и работодатели. Въпреки че е европейска, тази система се прилага в САЩ. За разлика от американския модел обаче този на Бисмарк цели да покрие всички здравни услуги. В настоящия момент този модел на финансиране на здравеопазването се прилага в Белгия, Германия, Франция, Япония, Швейцария и в някои страни на Латинска Америка. Той е социално насочен и се осигурява от системата на публичните финанси (Health care systems - four basic models)

Моделът Бисмарк „развива“ потока от финансови средства, вкарва в конкуренция касите, но запазва принципа на самоуправление. За да има добър, работещ модел, държавата трябва да има по-засилена и адекватна политика в сектор здравеопазване в частта с финансиране. Моделът Бисмарк също е ефективен заради възможността, пациентът да контролира собствените си ресурси – всеки избира сам на коя каса да повери своето здраве. По-ниската ефективност, сравнена с тази на модела Бевъридж, се състои в това, че този начин на финансиране не осигурява възможност за финансиране на всички здравни дейности и всички пациенти.

Във Франция например (където здравната система е със социална насоченост по модела на Бевъридж, има елементи и на Бисмарк) финансирането в здравеопазването е от няколко посоки: задължително здравно осигуряване (на работещите), като вноските се разпределят между работника и работодателя (както и при нас); част от акцизните стоки (алкохол, цигари и др.) също се вливат в потока на здравеопазването; данък върху оборота и върху рекламата на лекарствените фирми; частни застрахователи. Частта, която засяга хората с ниски доходи или без такива, се дофинансира от държавата. И тъй като приходите не покриват всички параметри за лечение и консумативи, има и т.нар. доплащане, което в повечето

случаи е ангажимент именно на частните осигурителни компании (Стайков & Георгиева, 2018). Неефективността на системата се изразява в множеството инструменти, които държавата под всякаква форма се стреми да използва, за да работи системата ефективно.

В Германия моделът на Бисмарк е още по-силно изразен. На територията на страна съществуват над 110 здравни каси. (Стайков & Георгиева, 2018). Само този факт е красноречив за контрола на паричните потоци в здравеопазването. При наличието на толкова силно развито частно финансиране, под формата на здравноосигурителни каси, пациенти с нисък доход или липса на такъв имат минимален или никакъв достъп до здравни ресурси. Моделът е основан на вноски от пациенти, които имат осигурителен статус. Неработещите и тези, които нямат осигуровки – респективно нямат сключен договор с нито една от здравните каси – нямат достъп до здравни услуги. Това е много тромава система за всички участници в нея – здравни заведения, здравни специалисти и пациенти.

2.3. Модел „Кенеди” (The Out-of-Pocket Model)

Този модел е подходящ и би могъл да се приложи само при най-развитите индустриално държави – от всичките близо 200 държави в света, създали здравни системи, този модел е приложим най-много в 40 от тях (Health care systems - four basic models). Системата се базира на частни медицински вноски, които само богатите могат да си позволят, а бедните нямат достъп до здравна помощ изобщо. В Африка, Индия, Китай, Южна Америка има отдалечени селски и бедни региони, в които живеят хора, които никога не са ползвали услугите на лекар. В тези бедни региони пациентите нямат средства да платят на лекар и заплащат в натура. Съществуват и части от населението, които изобщо не получават никаква здравна помощ (Health care systems - four basic models).

Това е най-слабият модел като социална значимост. Независимо от несъвършенствата на предходните три, този модел не позволява достъп до здравеопазване на група от пациенти с нисък доход или без такъв. В последните години най-известната реформа се нарича Obamacare в Съединените щати, която цели да подпомогне чрез държавно финансиране най-бедните групи от населението, които не могат да си позволят и най-ниската застраховка. Тази програма не срещна голяма подкрепа от правителството и не се изпълни в обема, в който беше създадена. Въпреки това подпомогна една част от населението. И в САЩ реформите продължават, за да се реши основният проблем – за равен и навременен достъп на пациентите до здравни грижи и осигуряване на финансови средства, за да може това да се осъществи.

2.4. Модифициран модел на здравно осигуряване (NHI)

Този модел на здравеопазване съдържа в себе си елементи на двата предходни –на Бевъридж и на Бисмарк. Предимствата на този модел са, че

плащанията идват от осигуряващите се, контролират се от правителството, а доставчиците на здравни услуги са изцяло частни. При такава форма на организация на здравеопазването няма потребност от финансов мотив или реклама, няма отхвърлени претенции, застрахователните програми са универсални, евтини и опростени.

Типичен пример за този начин на здравеопазване е Канада: правителството договаря от частните доставчици цени в най-нисък ценови диапазон, което прави лекарствата много по-евтини от тези в САЩ, вследствие на което американските пациенти ги закупуват от канадските аптеки. Здравеопазването в Канада е ресор на сектор от държавната администрация, наричан Health Canada. Програмата за здравеопазване се нарича Medicare. Набавянето на финансов ресурс за системата е разнопосочен – наеми, лихви, дивиденди, такси, услуги и данъчни постъпления. Канадските практики в предклиниката – практики или звена на доболнична/извънболнична, са най-разпространени и са много на брой и оказват медицинска помощ без спешност на голям диапазон от пациенти. При този модел на финансиране, с изцяло държавно участие, няма възможности за постигане на висок доход на участниците в здравната система, независимо от множеството на брой практики из цялата страна. Самият факт, че вече четири десетилетия канадците си реформират системата, е показателен за несъвършенствата ѝ (Драгнева, 2014). При тази система се контролират и ограничават медицинските услуги, като много често пациентите чакат за дадено изследване дълго време.

Националният модел на здравно осигуряване се прилага и в Тайван и Южна Корея. Независимо че при този модел държавата цели да регулира и финансира сектора, очевиден е фактът, че пациентите нямат свободен и навременен достъп до здравни услуги. Това го прави най-неефективен от всички останали, тъй като невъзможността за осигуряване на навременно лечение води до усложнения, увеличава болничния престой, завишава себестойността на леглоден, изкарва пациента от икономиката за по-дълго време.

На основата на анализ на съществуващите модели за финансиране в здравеопазването могат да се направят следните изводи:

Първо, всеки един от тези четири модела има превес към различен таргет от пациенти, което предопределя избора на източници за финансиране на здравеопазването.

Второ, от социална гледна точка моделът Бевъридж и смесените модели Бевъридж – Бисмарк са с най-добри резултати по отношение организацията на здравната системата и възможността за предоставяне на достатъчно по количество и качество здравни услуги.

Трето, т.нар. модел “извън джоба” може да се нарече пазарно-ориентиран и в него могат да участват лица с високи доходи. Той ограничава достъпа до здравеопазване на част от населението на дадена държава.

Заклучение

Във всяко едно кѳтче на планетата проблемът със здравеопазването не е решен напълно. Всяка една държава реформира през годините своята система, прилагат се най-различни методи и способности основно в частта с набирането, разпределянето и изразходването на финансови средства. Това е така, тъй като здравето е скѳпоструващ продукт, който трябва да се финансира адекватно, като се вземат най-различни условности под внимание. В чист финансов аспект здравият пациент е полезен на държавата и по този начин участва активно в производството на брутния продукт. Затова всяка държава търси непрекъснато все по-различни стандартни и нестандартни методи, за да направи своята здравна система възможно най-ефективна.

Различните модели на финансиране показват детайлно трудността на финансирането във всяка една здравна система. Те се различават един от друг според източниците на финансиране и начина на разпределение и усвояване на финансовите ресурси. Прилагането им на практика зависи и от нормативната база на съответната държава и политиката по предоставяне на здравни услуги на съответното правителство. И независимо че съществува огромна разлика между системата „Бевъридж“ и системата „Кенеди“, и не толкова голяма между смесената и „Бисмарк“ – различните модели се реформират непрекъснато, за да премахнат от всеки един от тях грешките и несъвършенствата. С развитието на медицината, в свят без граници, лечението и намирането на източници за неговото финансиране са истинско предизвикателство за всяко едно правителство, за Световната здравна организация и за целия свят.

Използвани източници

(н.д.). Свалено от <https://www.nhs.uk/>

Закон за здравното осигуряване. (1998). *Раздел 5, чл. 40.*

Beveridge, W. (2 декември 1942 г.). The plan for social security: full outline. *The Manchester Guardian.*

Health care systems - four basic models. (н.д.). *Physicians for a national health program, PNHP resources.*

Prior, D. (2018/19). A view from lord David Prior Chair. *Annual Report NHS England.*

Reynolds, O. (14 март 2018 г.). A look at healthcare models around the world. *FocusEconomics.*

- Wolff, J. L., Saha, S., & Fellow, A.-S. (н.д.). Health care models: international comparisons. York University, University of Kentucky, Harvard University.
- Ангелов, С., & Ангелова, Т. (2016). *Здравеопазване, политика, икономика, управление*. София: Полиграфюг АД.
- Веков, Т. (2009). *Здравната реформа в България 1999 - 2009*. София: Сиела.
- Димитров, Г. (2014). *Организация и финансиране на здравната система*. София: ВУЗФ "Св. Гр.Богослов".
- Димова, А., Попов, М., & Рохова, М. (2007). *Здравната реформа в България*. София: Институт отворено общество.
- Драгански, М. (2005). *140 години болнично дело - Плевен*. Плевен: ИЦМУ - Плевен.
- Драгнева, Д. (2014). Секторен анализ здравеопазване и социално подпомагане. (с. т.-и. Посолство на Република България, Съставител) Онтарио, Канада. Свалено от https://www.mi.government.bg/files/useruploads/files/vip/sector_analysis/sector_analysis_health_care_social_assistance_cad_10_2014.pdf
- ЗДБ. (н.д.). *Закон за държавния бюджет*.
- ЗЗО. (н.д.). *Закон за здравното осигуряване*.
- Стайков, К., & Георгиева, П. (18 декември 2018 г.). Модели за финансиране на здравеопазването: възможности за България. (И. з. икономика, Съставител) София. Свалено от https://ime.bg/var/images/Healthcare_Models_Final_IME.pdf

СТОПАНСКА АКАДЕМИЯ „Д. А. ЦЕНОВ“ - СВИЩОВ

ГОДИШЕН

АЛМАНАХ
НАУЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ
НА ДОКТОРАНТИ

НАУЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ
НА ДОКТОРАНТИ

ГОДИШЕН
АЛМАНАХ



Том XII, 2019

Книга 15

Том XII, 2019 г.
Книга 15

Академично издателство
„ЦЕНОВ“ - Свищов

РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:

Доц. д-р Стефан Маринов Симеонов – главен редактор

Доц. д-р Росица Христова Колева – зам.главен редактор

Доц. д-р Красимира Борисова Славева – организационен секретар

Доц. д-р Марина Ангелова Николова

Доц. д-р Христо Георгиев Сирашки

Доц. д-р Ваня Григорова

Екип за техническо обслужване:

Анка Петкова Танева – стилев редактор

Ст. преп. Маргарита Евгениева Михайлова – превод и редакция
на английски език

Милена Димитрова Александрова – технически секретар

ISSN 1313-6542

СЪДЪРЖАНИЕ

Студии

Таня Стайкова Йорданова ПОВЕДЕНИЕ НА ДОМАКИНСТВОТА В БЪЛГАРИЯ ПРИ ВЗЕМАНЕ НА РЕШЕНИЯ ЗА СПЕСТЯВАНЕ И ИНВЕСТИРАНЕ	5
Анелия Стефанова Пенева АНАЛИЗ НА ВЗАИМОВРЪЗКИТЕ МЕЖДУ КАПИТАЛОВИТЕ И ВАЛУТНИТЕ ПАЗАРИ	29
Криста Цветанова Нейкова КОНЦЕПТУАЛНИ ОСНОВИ НА ЛОЯЛНОСТТА	51
Борислав Красимиров Киров ЕФЕКТЪТ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ КРЕДИТНИ РЕГУЛАЦИИ ВЪРХУ ИПОТЕЧНОТО КРЕДИТИРАНЕ И ИНВЕСТИЦИИТЕ В ИПОТЕЧНИ ОБЛИГАЦИИ	78
Марията Бориславова Спасова ПРОГРАМАТА ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВО И УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ – ОСНОВА ЗА ПОВИШАВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ВЪТРЕШНИЯ ОДИТ В ПУБЛИЧНИЯ СЕКТОР	98
Михаела Стоянова Монова НОВИТЕ ЗАКОНОДАТЕЛНИТЕ ПРОМЕНИ ПО ЗАСТРАХОВКА „ГРАЖДАНСКА ОТГОВОРНОСТ“ НА АВТОМОБИЛИСТИТЕ И ВЛИЯНИЕТО ИМ ВЪРХУ ФИНАНСОВАТА СТАБИЛНОСТ НА БЪЛГАРСКИЯ ЗАСТРАХОВАТЕЛЕН ПАЗАР	125

Статии

Юлиан Сашков Бенев АНАЛИЗ НА АКТУАЛНИТЕ ПРОБЛЕМИ В БАНКОВАТА СФЕРА И НЕЙНАТА СТРАТЕГИЧЕСКА ОРИЕНТАЦИЯ В КОНТЕКСТА НА ДИГИТАЛИЗАЦИЯТА НА БАНКОВИТЕ УСЛУГИ В ЕС	157
Пресиян Илианов Василев ОРГАНИЗАЦИОННИ ПОДХОДИ ЗА МИНИМАЛИЗИРАНЕ НА КИБЕРРИСКОВЕТЕ ПРИ ОДИТОРСКАТА ДЕЙНОСТ	174

Цветелина Красиминова Иванова НАСОКИ ЗА УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА ОРГАНИЗАЦИОННАТА КУЛТУРА	190
Димитър Пламенов Попов ИЗСЛЕДВАНЕ НА ОБЕМА И ДИНАМИКАТА НА СЕКЮРИТИЗИРАНИЯ ВЪТРЕШЕН ДЪРЖАВЕН ДЪЛГ НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ В ПЕРИОДА СЛЕД ПРИСЪЕДИНЯВАНЕТО КЪМ ЕС	213
Пламен Василев Георгиев СЪСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ В РАЗВИТИЕТО НА БЪЛГАРСКАТА ИКОНОМИКА. ЕФЕКТИ И ЗАПЛАХИ ЗА БАНКОВАТА СИСТЕМА	226
Светла Михайлова Боянова ОТНОСНО ЗНАЧЕНИЕТО НА ВЪТРЕШНИЯ КОНТРОЛ ЗА БАНКОВАТА СИГУРНОСТ	237
Венцислав Георгиев Диков РЕГУЛАТОРНА РАМКА ЗА ФИНАНСОВО-ИКОНОМИЧЕСКА ЗАЩИТА НА АВТОРСКИТЕ ПРАВА В ЕС	266
Муса Мустафа Сръкьов МОДЕЛ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА СРЕДНИТЕ УЧИЛИЩА „БОНУС–ВАУЧЕР“	277
Николай Тодоров Здравков УПРАВЛЕНСКИ ФИНАНСОВ АНАЛИЗ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНИТЕ ПОСРЕДНИЧЕСКИ ФИРМИ - СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА МОДЕЛИ НА СВОБОДНИТЕ ПАРИЧНИ ПОТОЦИ	285
Таня Иванова Рисемова ПРОБЛЕМИ НА ЗАЕТОСТТА И БЕЗРАБОТИЦАТА В БЪЛГАРСКИТЕ ОБЛАСТИ ПО ТЕЧЕНИЕТО НА ДОЛЕН ДУНАВ	298
Ана Борисова Иванова ИЗТОЧНИЦИ И МОДЕЛИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО – СПЕЦИФИКА И ЕФЕКТИВНОСТ ПРИ ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ ...	313
Люба Мартинова Митева КРИТИЧЕН АНАЛИЗ НА ПРОБЛЕМИТЕ В БОЛНИЧНИЯ СЕКТОР	325

Станислав Иванов Шишманов БАНКИТЕ И КАСОВОТО ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ДЪРЖАВНИЯ И ОБЩИНСКИТЕ БЮДЖЕТИ	341
Валери Йорданов Велковски ПРОБЛЕМИ НА УСТРОЙСТВЕНИТЕ ПОЛИТИКИ И УСТРОЙСТВЕНИТЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ЗЕМЕДЕЛСКИТЕ ЗЕМИ (НА ПРИМЕРА НА ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ)	355
Симеон Венциславов Симеонов СПЕЦИФИКА НА ТУРИСТА ПРАКТИКУВАЩ КУЛИНАРЕН ТУРИЗЪМ	383
Emre Zafer Güney BUTCHERS SCHEDULING MODEL EXAMINATION BY TIME STUDY OBSERVATIONS	398
Андрей Йорданов ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВАТА ПРЕД ТОВА ДА БЪДЕШ AGILE /SCRUM	408
Диана Христова КОРПОРАТИВНА АМНЕЗИЯ И МОНИТОРИНГ НА НЕЯВНИТЕ ЗНАНИЯ В ОРГАНИЗАЦИИТЕ	416
Борислав Боев ПРОЕКТНОТО УПРАВЛЕНИЕ ПРИ ИЗГРАЖДАНЕТО НА НОВИ ЯДРЕНИ МОЩНОСТИ – ОСОБЕНОСТИ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА	424
Димитър Георгиев Тричков ПАЗАРНИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И ВЪЗМОЖНОСТИ ПРЕД ТЕЛЕКОМИТЕ В БЪЛГАРИЯ	445
Veneta Todorova Lyubenova BRAND TRUST AS A SOURCE OF BRAND EQUITY	473
Росица Атанасова Проданова ЕВРОПЕЙСКАТА ЦЕНТРАЛНА БАНКА – АНАЛИЗ НА ИНСТИТУЦИЯТА И ПОЗИЦИЯТА Й В СЧЕТОВОДНИЯ БАЛАНС	488
Зорница Крумова ИНОВАЦИИ – ОСНОВЕН ФАКТОР ЗА ПОВИШАВАНЕ НА КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТТА	507
Yaakov Itach FINANCIAL LITERACY LEVEL OF HIGH SCHOOL STUDENTS AND ITS ECONOMIC PATTERNS REFLECTIONS	518

ГОДИШЕН
АЛМАНАХ
НАУЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ НА ДОКТОРАНТИ
Студии и статии
Том XII – 2019, книга 15

Даден за печат на 28.05.2020 г., излязъл от печат 02.06.2020 г.
Поръчка № 18464; формат 16/70/100; тираж 50

ISSN 1313-6542

Издателство и печат: Академично издателство „Ценов“
Свищов, ул. Градево № 24