

КРИТИЧЕН АНАЛИЗ НА ПРОБЛЕМИТЕ В БОЛНИЧНИЯ СЕКТОР

Люба Мартинова Митева
Стопанска академия „Д. А. Ценов“ – Свищов
Катедра „Застраховане и социално дело“
e-mail: lubamiteva28@gmail.com

Резюме: Мисията на болничните заведения е да предлагат и предоставят достъпна, висококачествена и висококвалифицирана медицинска помощ. Тя трябва да бъде в обхват, качество и обем, които следва да задоволяват потребностите от болнична помощ и високоспециализирани дейности и изследвания на населението. Същевременно тя трябва да бъде насочена и към възстановяване и укрепване на здравето на населението, към снижаване на смъртността и повишаване качеството на живот на населението на България. Данните за разходите за болнична медицинска помощ сочат, че на практика те представляват половината от всички разходи за здравноосигурителни плащания. Все още не са въведени обаче съвременните показатели за измерване ефективността на здравните дейности, които отчитат както извършените разходи, така и получените ползи за пациентите. Това представлява и основният проблем в управлението на здравноосигурителната система в нашата страна, а самата болнична помощ генерира многобройни проблеми, които непрекъснато се задълбочават.

Ключови думи: здравеопазване, болнична помощ, лечебни заведения, болничен сектор.

JEL: I11, I12, I15, I18.

CRITICAL ANALYSIS OF PROBLEMS IN THE HOSPITAL SECTOR

Lyuba Martinova Miteva
D. A. Tsenov Academy of Economics – Svishtov
Department of Insurance and Social Security
e-mail: lubamiteva28@gmail.com

Abstract: Health providing institutions have the mission of offering and providing easily accessible and affordable qualified health care. Healthcare should be of quality, outreach and volume sufficient to meet the demands of hospital treatment, highly specialized procedures and ambulatory examinations of the population. The ultimate aim of healthcare is restoring and keeping better health status of the Bulgarian population, lowering mortality and raising the quality of life. Hospital treatment uses up half of healthcare insurance income, according to available data, while modern indicators of measuring the effectiveness of healthcare incorporating both economic cost and population benefits have not been introduced to Bulgaria. This is the Achilles' heel of health insurance management in our country and hospital care generates

multiple problems that tend to go more and more serious and need to be addressed as soon as possible.

Key words: healthcare, medical institutions, hospital sector, state structures.

JEL: I11, I12, I15, I18.

Проучваната област на настоящата разработка е свързана с лечебните заведения и как те да поддържат стратегическа и финансова стабилност и да управляват правилно структурата на капитала си; как същите да не търпят глоби и санкции, които да рефлектират отрицателно върху финансовите им резултати; как те да не стигат до просрочване на задълженията и как плащанията им да се осъществяват при настъпилите падеж. Очакваните резултати от изпълнението на предложените решения са, лечебните заведения да отговарят на утвърдените медицински стандарти за 3-то ниво на компетентност по отношение на всички застъпени медицински специалности; да станат финансово и икономически стабилни; да имат много по-добра медицинска продуктивност и много по-добри финансови и икономически показатели. **Проблемите, които понастоящем са в дневния ред** на здравните специалисти и политиците, са свързани с развитието на новите пазарни отношения и процеси в здравеопазването – въвеждането на договорни отношения, преобразуването и приватизацията на здравни заведения, акредитация и управление на качествен болничен сектор и т.н.

В тази връзка за **обект на настоящата разработка** може да посочим болничните лечебни заведения, разглеждани като многофункционален технологичен и особено сложен комплекс, залегнал в основата на българската здравеопазна система. **Предметът на разработката** е критичният анализ на натрупаните тежки проблеми по отношение на организацията, управлението, функционирането и в частност – финансирането на лечебните заведения у нас. **Целта на настоящият научен труд** е да се синтезират и изведат на преден план ключови и неотложни проблеми и съответно техните решения, превеждането в действие на които ще благоприятства подобряването на средата, в която функционират лечебните заведения у нас и които имат потенциал да решат (макар и частично) натрупаните проблеми. За изпълнение на така поставената цел в рамките на изследването сме заложили изпълнение на следните задачи:

1) преглед на организацията и управлението и анализ на текущото състояние на лечебните заведения у нас (по видове, собственост и т.н.);

2) констатации относно слабите страни на лечебните заведения – публична и частна собственост и критично представяне на техните проблеми, както и пресечните им точки;

3) препоръки за насоките, в които следва да се търсят отговори на изведените в процеса на критичен анализ проблеми в болничния сектор.

Тезата на научната разработка е, че успешното прилагане и изпълнението на посочените от нас насоки притежават потенциал да имат за

резултат, лечебните заведения да отговарят на утвърдените медицински стандарти за 3-то ниво на компетентност по отношение на всички застъпени медицински специалности, а освен това същите биха могли да постигнат финансова и икономическа стабилност, както и да имат много по-добра медицинска, социална и особено икономическа ефективност.

Лечебната помощ има за цел опазване здравето на населението и съдействия за създаване на благоприятни условия за хармонично физическо и духовно развитие, за дълготраен активен живот на гражданите, както и за подобряване възпроизводството на населението. Тя се оказва от правоспособни медицински специалисти и се организира от лечебни заведения (ЛЗ) по Закона за здравето (ЗЗ) и Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ). Понятието ЛЗ се изяснява в чл. 2 от ЗЛЗ (Закон за лечебните заведения, 2019).

Това са обособени структури на функционален принцип, в които лекари или лекари по дентална медицина самостоятелно или с помощта на други медицински и немедицински специалисти осъществяват всички или някои от следните дейности:

- диагностика, лечение и рехабилитация на болни;
- наблюдение на бременни жени и оказване на родилна помощ;
- наблюдение на хронично болни и застрашени от заболяване лица;
- профилактика на болести и ранно откриване на заболявания;
- мерки за укрепване и опазване на здравето;
- трансплантация на органи, тъкани и клетки.

Лечебното заведение трябва да изпълнява поне една от посочените дейности, а също като допълнителни дейности – обучение на студенти или следдипломно обучение на медицински специалисти и научна дейност. То се създава и преобразува от Министерския съвет по предложение на Министъра на здравеопазването. Лечебното заведение за болнична помощ е заведение, в което с помощта на други специалисти и помощен персонал се извършват всички или някои от следните дейности:

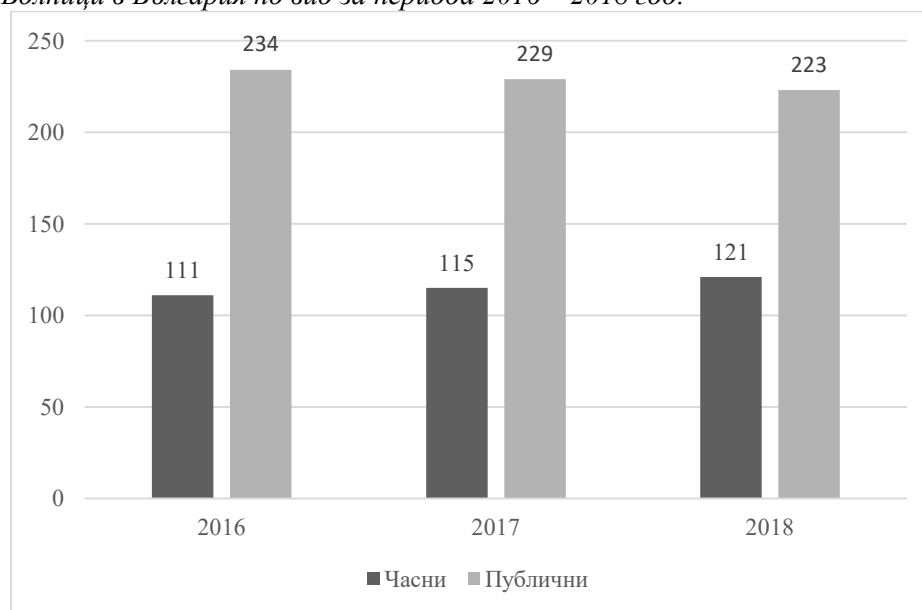
- диагностика и лечение на заболявания, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболнична помощ;
- родилна помощ;
- рехабилитация;
- диагностика и консултации, поискани от лекар или лекар по дентална медицина от други лечебни заведения като трансплантация на органи, тъкани и клетки; вземане, съхраняване, снабдяване с кръв и кръвни съставки, трансфузионен надзор; диспансеризация;

- медико-козметични услуги;
- клинични изпитвания на лекарства и медицинска апаратура;
- учебна и научна дейност.

ЛЗ са равнопоставени и имат равни права и задължения като изпълнители на здравни услуги и са задължени да се съобразяват в работата си с правилата за добра медицинска практика и стандартите на лечение. Те са длъжни да спазват професионалната тайна и правата на пациента. Лечебната дейност се осъществява от физически лица – лекари и лекари по дентална медицина. В зависимост от собствеността ЛЗ могат да бъдат публични и частни (вж. Таблица 1).

Таблица 1

Болници в България по вид за периода 2016 – 2018 год.



*Източник: Национален статистически институт
<https://www.nsi.bg/>*

Публичните лечебни заведения са държавни и общински. При тях 50 % или повече от капитала е държавна или общинска собственост. Държавните се създават от Министерския съвет и получават средства за дейността си от републиканския бюджет. Тяхната работа се регламентира с правилници, които издават Министерът на здравеопазването и Министерският съвет.

Общинските ЛЗ се създават от общините и функционират със средства – преимуществено общинска собственост. Те могат да бъдат заведения за болнична помощ и диспансери.

Частните ЛЗ се създават от физически или юридически лица. Тяхното правно положение, както посочихме по-горе, се определя от ТЗ и ЗК. Всички ЛЗ подлежат на контрол.

В зависимост от мястото и формата на предоставяната медицинска помощ ЛЗ са за извънболнична и болнична помощ.

От своя страна лечебните заведения за болничната помощ са:

- ◆ болница за активно лечение;
- ◆ болница за долекуване и продължително лечение;
- ◆ болница за рехабилитация;
- ◆ болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация.

Болницата е многофункционален технологичен и особено сложен комплекс, а поради това е най-характерното заведение в здравната система. Необходимостта от болнична стратегия и политика за управление на болницата произтича от обективните условия и тенденции в нейната вътрешна и заобикалящата я външна среда. В структурата на болницата се включват: клиники и/или отделения с легла, интензивни и реанимационни помещения, операционни зали, медико-диагностични и медико-технически лаборатории и кабинети, отделения без легла, манипулационни зали, болнична аптека, консултативни кабинети, звена за административни, стопански и обслужващи дейности.

Болниците могат да бъдат многопрофилни или специализирани, когато имат най-малко четири отделения и клиники по различни медицински специалности, оказващи медицинска помощ по основна специалност или по една или повече профилни специалности. Университетските болници са многопрофилни или специализирани болници, определени от Министерския съвет, в които се осъществяват дейности по:

- клинично обучение на студенти и докторанти по медицина, дентална медицина и фармация;
- клинично обучение по здравни грижи, както и на студенти от всички видове медицински колежи;
- следдипломно обучение на лекари, лекари по дентална медицина, фармацевти, специалисти по здравни грижи и лица, завършили медицински колеж.

Мисията на болниците е предлагане и предоставяне на достъпна, висококачествена и висококвалифицирана медицинска помощ - медицинска помощ в обхват, качество и обем, които трябва да задоволяват потребностите от болнична помощ и високоспециализирани дейности и изследвания на населението; медицинска помощ, която е насочена към възстановяване и укрепване на здравето на населението, към снижаване на смъртността и повишаване качеството на живот на населението на България. Факторите на здравната политика могат да стимулират нейното развитие

за изпълняване на нейната мисия и овладяване на нейните цели (Министерство на финансите, 2019).

Възможни са и такива фактори, които по своята обективна природа силно затрудняват формирането на целесъобразна и ефективна здравна политика:

- исторически обусловени фактори;
- природно– географски фактори;
- икономически и политически фактори;
- социални фактори и развитие на „човешкия капитал“;
- инфраструктурни фактори;
- здравни фактори.

Цялостната дейност на болницата е пряко свързана с реализирането на здравната политика на територията на държавата и утвърждаване на водещо място чрез:

- медицинска апаратура, оборудване и технологии, осигуряващи постигане на високи качествени стандарти в болничната помощ;
- екипи от високоспециализирани специалисти и подготвен медицински и помощен персонал;
- взаимодействие с държавните структури, прилагачи националната здравна политика, и със структурите, осигуряващи извънболничната помощ в региона;
- разработване и въвеждане на съвременни системи и методи за обслужване на потребителите на медицински услуги;
- развитие на база и ресурси за участие в медицинската наука и обучението на студенти, специализанти и докторанти.

Преди 30 години, през 1989 г., броят на болниците в България беше приблизително 220, в това число санаториуми и диспансери. По препоръка на Световната банка техният брой трябваше да бъде оптимизиран между 60-100 (Бележки по политиката на здравния сектор, 2013).

В края на 2018 година Националният статистически институт отчита 346 лечебни заведения за болнична помощ, разполагащи с общо 53 173 легла (вж Таблица 2). Що се касае до високия брой болници – 4,4 болници на 100 000 жители (при 2,7 болници на 100 000 жители средно за ЕС), то главната причина за неефикасността на болничната система би могла да се търси във високия общ брой на болничните легла, а неефективната структура на болничните легла при това с превес на леглата за активно лечение и ниска осигуреност с легла за дългосрочна грижа.

Таблица 2
Лечебни и здравни заведения на 31.12.2018 година

Лечебни заведения към 31.12.2018 година	Заведения	Легла
Общо лечебни заведения за болнична помощ	346	53173
От тях болници	322	50927
От тях многопрофилни болници	185	37489
От тях специализирани болници	137	13438

Източник: Национален статистически институт

<https://www.nsi.bg/bg/content/3310/лечебни-и-здравни-заведения-на-3112>

Статистиката за леглата в лечебните заведения за болнична помощ (вж Таблица 2) у нас, сочи че се падат по 6 болнични легла на 1000 души, като съотношението в ЕС е средно 4,2 болнични легла на 1000 души от населението. Докато през 2010 г. в България има налични 48 934 болнични легла, то през 2016 г. техният брой вече е 51 816, а в края на 2018 година същият наброява 53 173 болнични легла, тоест имаме трайна тенденция на нарастване на броя на болничните легла, основно продиктувана от откриването и функционирането на нови болнични заведения. У нас осигуреността на населението с болнични легла е относително висока спрямо например останалите европейски държави, които имат добре развита здравна система.

За това колко и какъв е профилът на посочените болници, следва да направим един кратък, но съдържателен преглед, а именно:

- Университетските болници в страната са почти 40, тоест на всеки медицински факултет у нас се падат по 6 университетски болници (Лечебни здравни заведения по статистически райони и области, 2019).

Дефиниция за „университетска болница“ все още не е разписана в нито един държавен нормативен документ. Световната практика сочи, че университетската болница по медицина (разглеждана като болница, която има претенция да служи за учебна база на студенти, докторанти и специализанти, и в която се извършва научна дейност) принадлежи на медицински университет (Закон за лечебните заведения, 2019). Сред причините за големия брой университетски болници у нас може да се търси логически в действащите критерии, по силата на които се придобива въпросният статут. Занижените критерии за покриване и твърде общи и „леки“, според здравните експерти, което на практика позволява лесно получаване на статут на университетска болница от болници, които нямат принос в

учебната и научната дейност, но се ползват от привилегиите и предимствата, произтичащи от това. *Университетските болници би следвало да се управляват изцяло от медицинските университети, което е добре познат в практиката на развитите страни модел, но техният брой драстично следва да бъде редуциран.*

Броят на областните болници у нас е 26 (Лечебни здравни заведения по статистически райони и области, 2019). Те са държавна собственост и заедно с университетските болници се считат за основния гръбнак на държавната здравеопазна система. Като цяло финансовите им резултати обаче определено будят тревога. През 2017 г. същите имат общи задължения над 200 млн. лв., като сумата на просрочените е 57 млн. лв. част от тях имат нарушена инфраструктура, остаряло оборудване и недостиг на квалифициран персонал (Отчет на болниците до 30 септември, 2019). *Повече от необходимо е отпускането на ежегодна целева субсидия от страна на държавата с цел поддържане на техния сграден фонд, за стопански и комунални разходи, както и за изграждане на нови кабинети, отделения, клиники, лаборатории и др. (в т.ч. целево и по проекти).*

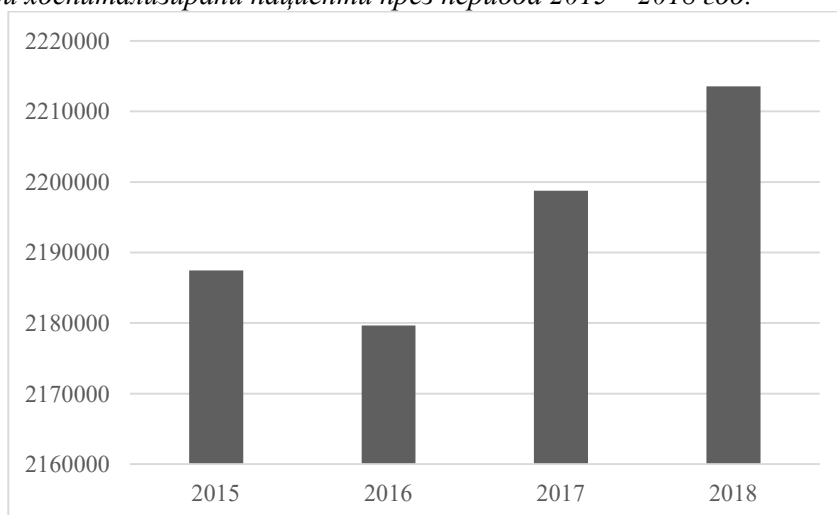
Броят на общинските болници в България към днешна дата е 121 (Лечебни здравни заведения по статистически райони и области, 2019).

Към тях следва да се прибавят и 7 комплексни онкологични центрове (КОЦ), 9 специализирани физиатрични болници, 12 центъра за психично здраве, 5 центъра за кожно-венерически заболявания. През общинските болници за преглед и лечение се обслужват приблизително 2 млн. пациенти годишно, което на практика представлява 1/5 от потърсилите медицинска помощ (вж Таблица 3). *Проблемите на този вид лечебни заведения се заключават в: гарантирана и достатъчна по размер субсидия от държавата; трудното изпълнение на завишените стандарти за функциониране (в т.ч. определен брой лекари, медицински сестри, апаратура и други); регулярно изплащане от страна на Националната здравноосигурителна каса на извършената надлимитна дейност; увеличаване на стойността на клиничните пътеки и т.н.*

Разходите за болнична медицинска помощ (вж Таблица 4) на практика представляват половината от всички разходи за здравноосигурителни плащания. Все още не са въведени обаче съвременните показатели за измерване на ефективността на здравните дейности, които отчитат както извършените разходи, така и получените ползи за пациентите. Това представлява и основният проблем в управлението на здравноосигурителната система в нашата страна. Разкриването на нови частни лечебни заведения за болнична помощ, извършващи високотехнологични дейности, до голяма степен преразпределя пазарните дялове на участниците в този сектор и определя различията в регионалното развитие.

Таблица 3

Брой хоспитализирани пациенти през периода 2015 – 2018 год.

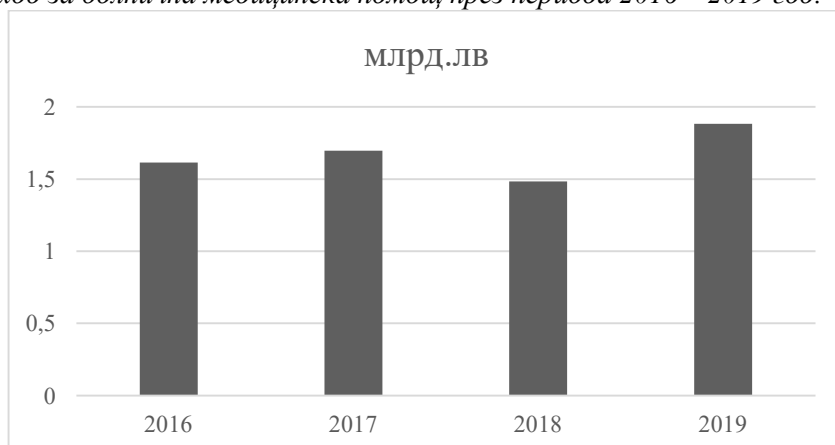


Източник: Национален статистически институт.

https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/Zdraveopazvane_2018.pdf

Таблица 4

Разход за болнична медицинска помощ през периода 2016 – 2019 год.



Източник: Национален център по общественото здраве и анализи.

<http://ncphp.government.bg/index.php?lang=bg>

При анализа на състоянието на националната система за здравеопазване могат да се набележат следните основни проблеми в болничния сектор:

- тенденцията на непрекъснато увеличаване и големият брой на лечебните заведения за болнична помощ, в т.ч. на болничните легла, през последните десет години – предимно в частния сектор от националната система на здравеопазването;
- утвърдилият се модел на финансиране на болничната помощ чрез типово заплащане за всеки хоспитализиран пациент по клинични пътеки, без да се отчитат спецификите на случая – квалификацията на медицинския екип, тежестта на случая, обемът и нивото на оказваната болнична помощ;
- приемане на пациенти по социални индикации или без индикации за активно болнично лечение;
- рехоспитализация на пациенти по различни КП още в деня на дехоспитализация или на следващия ден, въпреки че са изписани “с подобрене”;
- отчитане на пациенти по различни КП, като фиктивно се изписват и отново се приемат, вместо да се консултират или да се превеждат в други отделения;
- изписване на пациенти, лечението на които не може да бъде довършено поради липса на условия и те се насочват в друга болница, при което се отчитат две клинични пътеки;
- липса на нормативен и финансово-икономически инструментариум за стимулиране на извънболничното лечение – диагностично-лечебни процедури, които е допустимо да бъдат осъществявани в условията на амбулаторна или еднодневна хирургия;
- трайната тенденция на увеличаване броя на хоспитализираните лица и обема на болничната помощ, особено за периода на последните 5 - 6 години, като следствие от утвърдения модел за финансиране и обема от дейности, включени в съдържанието на клиничните пътеки;
- голяма част от лечебните заведения за болнична помощ (особено общинските и държавните) изпълняват неприсъщи функции, като грижи за терминални пациенти, дългосрочни медицински грижи и твърде продължителна рехабилитация;
- противно на икономическата логика и принципи на пазарно поведение големите държавни болници са принудени да изпълняват буферни функции за осигуряване на спешността и нерентабилните случаи, които не се поемат от по-малките общински и частните болнични структури;
- генериране на неоправдани разходи поради комбинация от няколко неблагоприятни момента: изискване за минимален болничен престой за всички случаи по дадена КП, ниска използваемост на легловия фонд, изключително неефективен мениджмънт, неефективен финансов и

административен контрол върху относително самостоятелните структурни звена в големите болници;

- липса на работещ механизъм за ограничаване на разходите на държавните лечебни заведения в съответствие с получаваните приходи, поради което техните „мениджъри“ изразходват повече, очаквайки допълнителни средства от държавния бюджет – редовна практика през недалечното минало бе, преразходите в държавните лечебни заведения да бъдат погасявани с бюджетни средства. Това състояние на системата създава възможност за нецелесъобразни действия и не стимулира управленските умения;

- стремежът на непреструктурираните лечебни заведения да поддържат екстензивно развити структури, неадекватно на действителните потребности на населението от болнична помощ по отделните медицински специалности, от активно болнично лечение и от долекуване;

- контролира се предимно воденето на медицинската документация, а не действителното качество на болничната помощ и нейната ефективност и ефикасност, макар че в някои болници историите на заболяване се водят “като по учебник” и е много трудно да се докажат нарушения в лечебния процес и необосновани хоспитализации;

- насочване на усилията на контролните органи към еднотипни нарушения, свързани с оформянето на документацията;

- запазване или незначителни промени в изискванията за вход, изход и алгоритъм на КП през срока на действие на няколко последователни НРД, което предполага познаване и спазване на тези изисквания от изпълнителите на болнична медицинска помощ;

- във все повече ЛЗ за БМП работят подготвени бивши кадри от структурите на РЗОК, което допълнително усложнява възможностите за ефективност на контрола поради допускането на все по-малко документални нарушения от страна на изпълнителите.

В контекста на по-горе посочените проблеми можем да идентифицираме и слабите страни на двата основни вида болнични лечебни заведения, разгледани по признака собственост.

1) Слабите страни на държавните болници са:

- слаби функции на приемно-консултативен блок – липсва мотивация за работа в приемно-консултативните кабинети;

- занижено качество на обслужване и силно чувство на неудовлетвореност при пациентите, преминаващи през спешните кабинети на лечебното заведение;

- лоши материални условия до липсващи в голяма част от клиниките (Клиника по Ортопедия и травматология, Клиника по Физиотера-

пия и рехабилитация, Клиника по Неврохирургия, Клиника по Кардиохирургия, Клиника по коремна и висцерална хирургия, Клиника по Гръдна хирургия, Клиника по Съдова хирургия, Лаборатория по микробиология и паразитология и др.);

- лошо техническо състояние на част от апаратите за образна диагностика (компютър-томографи, конвенционални рентгенови апарати, електро-регистриращи апарати и др.);

- липса на медицинска апаратура или използването на застаряла такава е от особено важно значение за качеството на диагностиката и лечението;

- изоставане в използването на съвременни медицински технологии – „ин витро” процедури, неинвазивни и микроинвазивни хирургически интервенции и др.;

- ограничени средства, предвидени за посещения на семинари, конференции, симпозиуми и форуми за квалификация на медицинския персонал;

- недостатъчен административен капацитет в административно-стопанските звена и диагностично-лечебните звена;

- лошо структурирана интегрирана болнична информационна система, която да обедини на модулен принцип дейността на всички структури на лечебното заведение с цел проследяване на данните, вкл. приход и разход на пациенти в реално време;

- неритмично или забавено финансиране на дейността на лечебното заведение от основния източник на средства – бюджетът на НЗОК води до затруднено обслужване на дълговете, социално напрежение сред персонала, липса на стимул за работа на медицинските специалисти, трудности във финансово-икономическите прогнози на мениджърския екип;

- “отрязване” на някои клинични пътеки от държавния бюджет води до закриване на клиники и отделения и невъзможност да се разгърне потенциалът на болницата;

- липсват алтернативни източници (държавният бюджет, открити оперативни програми на европейски и международни фондове, кредитни институции и др.) за финансиране на капиталови вложения;

- изключително слаба мотивация на медицинските сестри, акушерки, лаборанти, оказваща влияние върху качеството на здравните и социалните грижи и вниманието към пациента;

- ниско финансово възнаграждение на лекарите, медицинските сестри и останалия медицински персонал;

- агресивната маркетингова политика, която водят по-малките и компактни частни болници, отклонява клинично леките случаи, свързани с по-малки разходи;
- държавните болници си запазват ролята на социална структура и „буфер“ на здравеопазването, които посрещат най-тежките клинични случаи;
- базовите възможности на повечето клинични и параклинични звена, осигурени към момента с персонал, помещения и медицинска техника, не позволяват на лечебните заведения да отговарят реално на нуждите на здравноосигурените лица;
- базата на приемно-консултативните блокове не се използва рационално, а може да даде възможности за увеличаване на потока от болни;
- ниски участия на лечебните заведения в оперативни програми на Европейски съюз, по които може да се компенсира недостатъчното финансиране на инвестиционните намерения на същите.

2) Слабите страни на частните болници са:

- поддържането на добра материална база на клиниките и отделенията често изисква доплащане от здравноосигурените лица за битови условия, както и за използването на по-модерна медицинска апаратура;
- често консултациите от медицински специалисти са свързани със заплащане на по-висока такса, сравнение със същата категория специалист, но в държавния сектор;
- частната структура има значително по-завишен контрол, упражняван от страна на МЗ, НЗОК, РЗОК, РЗИ, Изпълнителна агенция Медицински одит, ИАЛ, Министерски съвет, Главна инспекция по труда и др.;
- високата конкуренция в частните структури е от значение за привличането и задържането на медицинския персонал.

Здравноосигурителната система в България следва да се доизгради върху принципите, залегнали в най-добрите примери от европейската и световната практика в тази сфера, които да бъдат обобщени в цялостната концепция за развитие на здравеопазването. Болничният мениджмънт е сфера на непрекъснати промени в последните 20 години. Промени настъпват в начина на финансиране, появяват се нови изисквания към управлението на болницата, навлизат модерни технологии в отчитането и реализирането на медицинската и административната дейност, акцентът се измества върху все по-активната работа по проекти. Все повече са и предизвикателствата, свързани с намирането и задържането на подходящ персонал, запазване на доброто име сред пациентите, задоволяване на нарастващите нужди и изисквания на обществото. За да се отстранят част от проблемите в болничния сектор, трябва да има по-стриктен анализ на:

- интензитета и структурата на заболяемостта, която е обект на диагностика и лечение в болниците, разпределена по региони, възрастови групи и „клинични пътеки“;
- потребностите от диагностични изследвания с висока степен на точност, каквито болниците могат да покрият със своите диагностични технологии;
- потребностите от оперативни методи на лечение и преди всичко от такива от областта на хирургичните специалности;
- възможностите за професионално развитие и по-добра компетентност на медицинските специалисти, които създават условия да не се допуска отлив на специалисти;
- по-широк спектър от диагностично-лечебни дейности по всички основни медицински специалности;
- възможности за въвеждане на нови и съвременни медицински технологии в диагностиката и лечението с оглед високата професионална компетентност на медицинския персонал;
- предвиждане на повече бюджетни средства за посещения на семинари, конференции, симпозиуми и форуми за квалификация на медицинския персонал;
- право и възможност за здравословен избор – нова стратегия за въздействие върху здравните детерминанти – здравно образование в училищата, здравна промоция, социална подкрепа, програми за профилактика и ранно откриване на заболяванията, гарантиран достъп до здравна информация;
- право на собствен достъп до здравни услуги – гарантиране на достъпа до адекватно лечение според нуждата на всеки български гражданин и справедливо участие на всеки в осигуряване на разходите за тези услуги;
- универсално покритие на населението – включване на всеки гражданин в системата на здравеопазване, гарантиране получаването на подходящо лечение и здравни грижи за всеки, който има нужда от тях;
- конкуренция – създаване на подходяща среда за формиране на реално функциониращ пазар на доставчици и осигурителни институции в сектора на здравеопазване;
- свобода на избор на доставчик на медицински услуги – осигуряване правото на пациента да избира лечебно заведение или лекар според собствените си предпочитания;
- ефективност и отчетност – постигане на максимални здравни резултати за обществото при определено равнище на ресурсите на здравеопазването;

- реално реструктуриране с плурализъм (потвърждение или допускане на множество мнения, възгледи или гледни точки по даден въпрос) на формата на собственост;
- строга организация на дейността на болницата и модерни методи за финансово отчитане и контрол;
- непрекъснато проследяване на новостите и превръщане на болницата в активен двигател на промени в нормативната база и организацията на дейностите по договор със здравната каса по отношение изменения на клиничните пътеки, отчитането на различни процедури и манипулации, закупуването на медикаменти и др.;
- активна работа по проекти;
- партньорство с други организации и институции;
- екипна работа на работещите в болницата;
- анкетиране на пациенти и медицински работници в здравните сфери относно възможността за подобряване на качеството на достъпност до здравни услуги.

Използвани източници

- (2019). Извлечено от Министерство на финансите: www.minfin.bg
(https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwib4N_RuYPnAhXSwqYKHTY0DooQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.minfin.bg%2Fdocument%2F2891%3A1&usq=AOvVaw2JeLRjYh-duaBk5d99TS1e)
- (2019). Извлечено от Световна банка:
<http://documents.worldbank.org/curated/en/768001468235757526/pdf/785460ESW0P1290icy0Note0March0130BG.pdf>
- King, J. (2005). *Conflict in teams. Journal of Management Studies*.
- Веков, Т. (2011). Здравноосигурителни системи. *Български кардиологичен институт*.
- Веков, Т. (2011). Стратегия за управление на маркетинга. *Български кардиологичен институт*.
- Закон за лечебните заведения.* (2019). Извлечено от https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/11/18/zakon-lechebnite-zavedeniq.pdf
- Закон за лечебните заведения.* (2019). Извлечено от Българският правен портал: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134670848>

- Кючукова, С. (2018). Болнична помощ в България. *Здравна икономика и мениджмънт*, (стр. брой 1).
- Лечебни здравни заведения по статистически райони и области.* (2019). Извлечено от Национален статистически институт:
<https://www.nsi.bg/bg/content/3312/лечебни-и-здравни-заведения-на-3112-по-статистически-райони-и-области>
- Ненков, В. (2010). Математика и информатика. *Няколко свойства на Фойербаховата конфигурация*, (стр. 42-61).
- Отчет на болниците до 30 септември.* (2019). Извлечено от Clinica.bg:
<https://clinica.bg/10128-200-mln.-lv.-zaguba-otchitat-bolnicite-do-30-septemvri>
- Петров, П., & Иванов, И. (2012). Методи за преподаване на чужд език. *Чуждоезиково обучение*, (стр. 10-21).
<https://www.who.int/gho/countries/en/>
<https://www2.deloitte.com/bg/bg.html>
<https://www.gallup-international.bg/>
<https://www.mh.government.bg/bg/>
<https://www.nhif.bg/>
<https://www.nsi.bg/>
<http://ncphp.government.bg/index.php?lang=bg>

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