

# ФИНАНСИРАНЕ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В Р БЪЛГАРИЯ – СЪСТОЯНИЕ, ТЕНДЕНЦИИ, ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ

**Ана Борисова Иванова**

Стопанска академия „Д. А. Ценов“ – Свищов

Катедра „Финанси и кредит“

e-mail: abivanova@abv.bg

**Резюме:** Настоящата разработка се фокусира върху разкриване особеностите и спецификата на управление на инвестираните в сферата на здравеопазването в България финансови ресурси. **Предмет** на изследване са осигуряването и управлението на финансовите средства, инвестирани в здравната система в България, а **обект** – степента на ефективност на инвестирания финансов ресурс в системата.

В разработката са изяснени концептуалните особености на финансиране на здравеопазването в България, направена е оценка на осъществената здравна реформа и проблемите, възникнали от нейното провеждане, и е обоснована необходимостта от прилагане на научен подход при управление на финансовия ресурс в здравните институции. Основната **теза**, която се защитава, е, *че частично осъществената здравна реформа в Р България, ограничените финансови средства и неефективното им управление възпрепятстват предоставянето на необходимите по количество и качество здравни услуги на населението в страната.*

В резултата на научното изследване са изведени основните тенденции и отклонения във финансирането на здравеопазването в България, резултат от прилагания модел за финансиране в България.

**Ключови думи:** финансиране на здравеопазването, финансово управление на лечебните заведения, модели за финансиране на здравеопазването.

**JEL:** I, I1, H52.

## FINANCING OF THE HEALTHCARE SYSTEM IN BULGARIA - STATE, TRENDS, OPPORTUNITIES FOR OPTIMIZATION

**Ana Borisova Ivanova**

D. A. Tsenov Academy of Economics – Svishtov

Department of Finance and Credit

e-mail: abivanova@abv.bg

**Abstract:** The present study focuses on revealing the peculiarities and specifics of managing the financial resources invested in the field of healthcare in Bulgaria. **The subject** of research is the provision and management of financial resources invested in the healthcare system in Bulgaria, and **its object** is the degree of efficiency of the invested financial resources in the system.

The study clarifies the conceptual features of healthcare financing in Bulgaria, assesses the implemented health reform and the problems arising from its implementation, and justifies the need for a scientific approach to financial resource management in healthcare institutions. The main **thesis** is that *the partially implemented health reform in the Republic of Bulgaria, the*

*limited financial resources and their inefficient management hinder the provision of the necessary quantity and quality of health services to the population in the country.*

In the research, the main trends and deviations in the financing of healthcare in Bulgaria are derived, as a result of the applied model for financing in Bulgaria.

**Keywords:** health care financing, financial management of medical institutions, models for healthcare financing.

**JEL:** I, I1, H52.

## Въведение

Здравеопазването като социално значима система е част от икономиката на всяка една държава и неизменно е свързано с публични ресурси. Независимо от модела за финансиране, който се прилага в съответната страна, обезпечаването на необходимите икономически ресурси за здравни услуги е сложен проблем, чието решение обикновено се търси в рамките на икономическото регулиране.

Многоканалният характер за осигуряване на финансови ресурси изисква систематизиране и отчитане на всички налични източници на финансиране за дейността на медицинските организации и оценка на степента на тяхната ефективност.

Настоящата разработка се фокусира върху разкриване особеностите и спецификата на управление на инвестираните в сферата на здравеопазването в България финансови ресурси. **Предмет** на изследване са осигуряването и управлението на финансовите средства, инвестирани в здравната система в България, а обект – степента на ефективност на инвестирания финансов ресурс в системата.

Основната **цел** на настоящото изследване е да се докаже чрез конкретни данни, факти и анализ неефективността на разпределението и изразходването на финансовите ресурси в здравеопазването в България. Научно-изследователските задачи са:

**Първо**, да се изяснят концептуални особености на финансиране на здравеопазването в България;

**Второ**, да се анализира спецификата в развитието на здравната система в Р България;

**Трето**, да се разкрие необходимостта от специфичен подход към финансовото управление на здравните институции като предпоставка за финансова стабилност и платежоспособност на здравния бизнес.

Основната **теза**, която се защитава, е, *че частично осъществената здравна реформа в Р България, ограничените финансови средства и неефективното им управление възпрепятстват предоставянето на необходимите по количество и качество здравни услуги на населението в страната.*

В разработката са изяснени концептуалните особености на финансиране на здравеопазването в България, направена е оценка на осъществената

здравна реформа и проблемите, възникнали от нейното провеждане, и е обоснована необходимостта от прилагане на научен подход при управление на финансовия ресурс в здравните институции.

## **1. Концептуални особености на финансиране на здравеопазването в България**

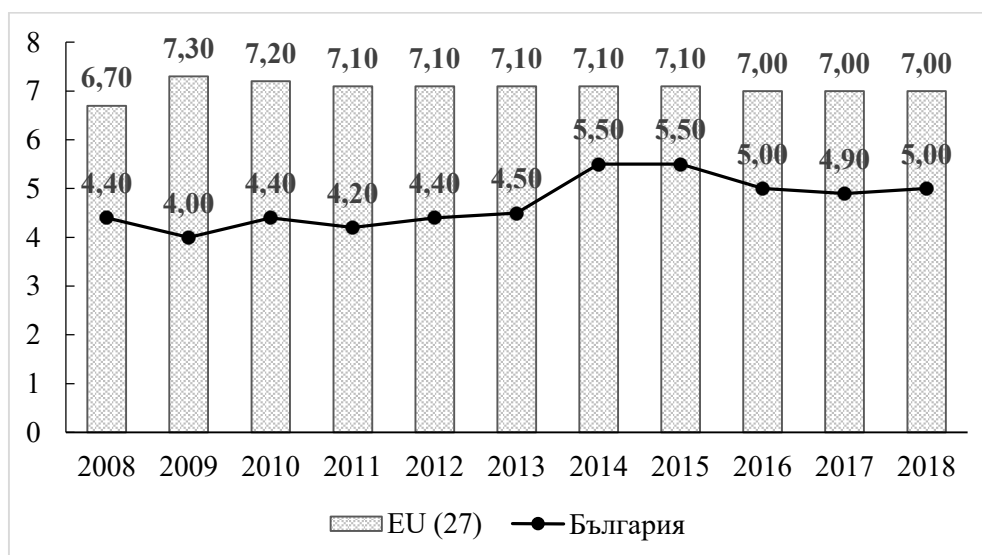
Здравните системи имат значителни национални специфики, доколкото нивото на развитие на здравеопазването е в пряка зависимост от социално-икономическата ситуация в дадена държава. Световната практика е разработила три основни модела на здравни системи, различаващи се по методите на финансиране. Това са: моделът „Бевъридж“ – финансиране от бюджета, главно от данъци, плащани от населението с цел достъп до здравни услуги за всеки гражданин; моделът „Бисмарк“ – финансиране чрез задължителни осигурителни плащания на населението при конкуренция на много на брой здравни каси с цел прозрачно управление на парите на пациента и моделът „Кенеди (Out-of-pocket)“, базиран на частни плащания на принципа на застраховането. По правило в системите за здравеопазване се смесват елементи на публичната (благотворителна) медицина и преобладават едни или други основни методи за финансиране. Сравнителният анализ на системите на здравеопазването и възможността за заимстване на положителен опит е област, която е предмет на социологията на медицината.

Финансирането в здравеопазването в България се осъществява от задължителни здравни вноски, данъци, външно финансиране, корпоративни плащания и дарения, както и директни плащания от пациенти. По-голямата част от вноските за здравеопазване се формират от здравноосигурени лица и работодатели. След създаването на НЗОК държавното финансиране в здравната система постепенно намалява. Основната дейност в болничния сектор се финансира предимно от здравноосигурителни вноски, дарения и плащания от пациенти. Според ЗЗО здравните осигуровки са задължителни за българските граждани, но една част от тях (около 10%) на практика не са осигурени (Димова, 2018).

За измерване ефективността от установената в една страна здравна система се прилагат предимно финансови показатели, позволяващи осъществяването на сравнителен анализ на разходите за здравеопазване между страни с различни системи за финансиране, основани на единни методологични подходи.

Повечето страни използват показател, отчитащ равнището на инвестираните в здравеопазването финансови ресурси като процент от brutния вътрешен продукт (БВП). По-обективна картина се постига при използване на ревизиран показател – процент от БВП, отразяващ обема на бюджетните разходи за здравеопазване. Неговата общоприета минимална стойност е 5%.

Ако разходите на държавния бюджет за здравеопазване са по-ниски, то според препоръките на СЗО нивото на финансиране на здравеопазването в страната се счита за критично. По-точно е използването на този показател във връзка с такава информация като броя на медицинския персонал (лекари, медицински сестри) по отношение на населението, осигуряването на населението с болнични легла, дела на хората над 65 и под 14 години в общото население.

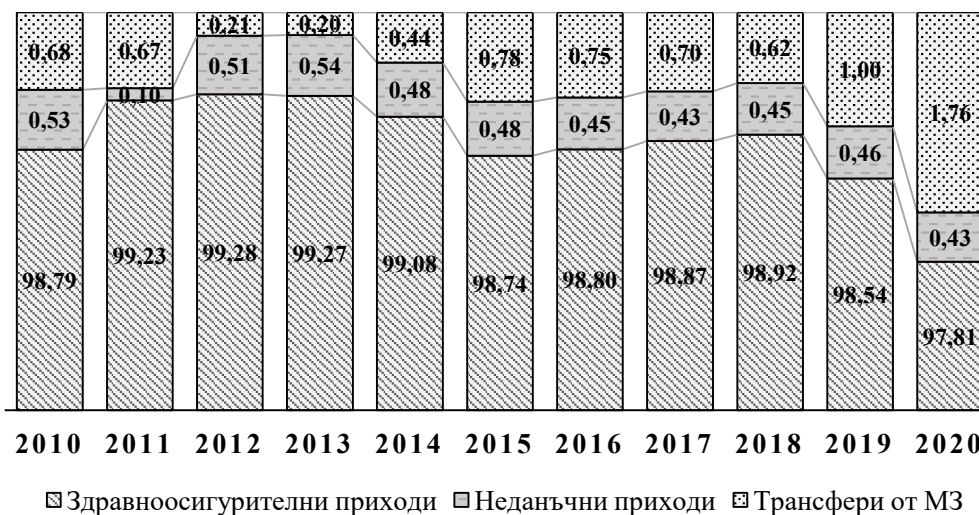


Източник: Eurostat

Фигура 1. Относителен дял на бюджетните разходи за здравеопазване в % от БВП за периода 2008 – 2018 г.

За анализирания период (2008 – 2018 г.) средното равнище на бюджетните разходи за здравеопазване в % от БВП в България е 4.71% при средни нива от 7.06 за Европейския съюз. Стойностите се колебаят в интервал от 4.00% (за 2009 г.) до 5.50 % за 2014 и 2015 г. (вж. Фиг. 1). Независимо от факта, че средногодишният темп на изменение на относителния дял на средствата за здравеопазване като процент от БВП общо за страните от общността е 0.48% при 1.66% средногодишен темп на изменение за България, размерът на вложените в сектора средства остава относително нисък – под възприетата минимална норма от 5%.

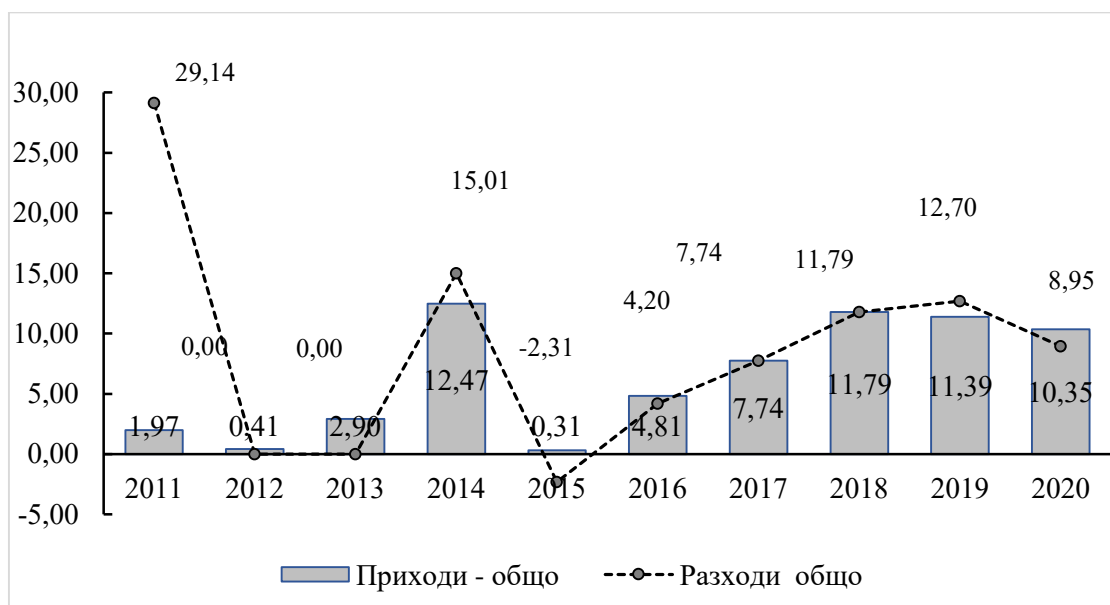
Други макроикономически показатели, които често се използват в международната практика за сравняване на здравните системи, са: разходите за здравеопазване на глава от населението и структурата на финансиране на здравните системи: делът на държавните разходи (бюджетно финансиране) в разходите за здравеопазване, делът на платените средства за финансиране на здравни грижи от населението като задължителни плащания (данъци, застрахователни премии), както и делът на разходите на домакинствата в частното финансиране на здравеопазването.



Източник: МФ

Фигура 2. Структура на източниците за финансиране на здравната система на Р България за периода 2010 – 2020 г.

Анализът на структурата на източниците за финансиране на системата на здравеопазването в България за периода 2010 – 2020 г. очертава ясна тенденция за превес на здравноосигурителните приходи в общата сума на финансовите средства, които средно за периода съставляват 98,85% (вж. Фиг. 2). Неданъчните приходи и тези, предоставяни от Министерството на здравеопазването (МЗ), средно за периода, възлизат съответно на 0,44% и 0,71%.



Източник: МФ

Фигура 3. Динамика на приходите и разходите в здравната система на Р България за периода 2010 – 2020 г.

Динамиката на приходите и разходите в системата на здравеопазването в България за анализирания период е с ясно изразена тенденция за несъответствие между постъпилите и реално усвоените средства в системата (вж. Фиг. 3). Чувствително нарастване на разходите над приходите се наблюдава за 2011 г., в която нарастването на разходите възлиза на 29.14% при едва 1.97% увеличение на приходите. Изпреварващ темп на разходите се наблюдава за 2014 г, в която разходите надвишават приходите с 2.54% и за 2018 г., в която отклонението е от 1.31%. Като цяло за анализирания период средногодишният темп на изменение на приходите е 6.42% при стойности от 8.72% на разходите.

От направения анализ могат да се открият следните обобщения:

**Първо**, за анализирания период средното равнище на средствата за финансиране на здравеопазването в България като процент от БВП възлиза на 4.71% – равнище, по-ниско от „оптималните минимални стойности“ в размер на 5%. Относителният дял на финансовия ресурс в общата сума на БВП, насочван в сектора в България, е с чувствително по-ниски от тези в Европейския съюз.

**Второ**, очертана е ясна тенденция за превес на здравноосигурителните приходи в общата сума на финансовите средства, които средно за анализирания период (2010 г. – 2020 г.) съставляват 98.85%.

**Трето**, за периода 2010 г. – 2020 г. е установена ясно изразена тенденция за изпреварващ темп на нарастване на разходите в системата на здравеопазването в България над приходите.

## **2. Специфика в развитието на здравната система в Р България**

Здравноосигурителната система в България се създава със Закона за здравното осигуряване през 1998 год. Задължителното осигуряване се осъществява от монополната Национална здравноосигурителна каса (НЗОК). Медицинските услуги, които тя заплаща, са включени в основен пакет, а лекарствата в т.нар. позитивен списък. Всяка година техният размер се договаря в Националния рамков договор (НРД) от съсловните организации на лекарите – Българският лекарски съюз (БЛС) и лекарите по дентална медицина (Димова, 2018). Съгласно Закона за здравното осигуряване, всяка година НРД влиза в сила след подписването му от Управителния съвет на БЛС и Надзорния съвет на НЗОК. (НЗОК).

Отговорностите и финансирането на системата на здравеопазване в България се разпределят между Министерството на здравеопазването (МЗ)

и НЗОК. Здравната каса финансира следните медицински услуги: диагностика и лечение в извънболнична и болничната помощ, някои групи лекарства и рехабилитацията. Ангажимент на МЗ е финансиране на общественото здраве – в т.ч. превенция на заболяванията, спешната помощ, трансплантациите, трансфузионната хематология, психиатричната помощ и туберкулозните заболявания (Димова, 2018) Първичната медицинска помощ, както и голяма част от специализираните и денталните медицински услуги, се осъществяват в частния сектор. В държавния сектор са част от университетските болници (последните години голям брой частни болници са акредитирани като университетски за обучение на студенти и специализанти), всички национални центрове, намиращи се на територията на България, НЦТХ (Национален център по трансфузионна хематология) и Специализирана болница за активно лечение на хематологични заболявания (СБАЛХЗ), хемодиализата и 51% от областните болници (съществува голям на брой болници със смесено участие – държавно и общинско).

След стартиране на прехода и преминаване към пазарна икономика здравната система стартира реформата едва през 2000 година и изостава от останалите сектори в икономиката на държавата. Работодателите и работниците започнаха да заплащат своите доброволни вноски в здравно осигуряване едва през средата на 1999 година и това на практика е първият финансов ресурс, с който започна работа НЗОК. Участниците в тази нова система са пациентите, болничната и извънболничната система. Поради продължаващата реформа в здравеопазването е налице конфликт между трите страни, което води до напрежение в цялата система (Димова, 2013). Основен координатор в тази система е Министерството на здравеопазването в пряка връзка с Министерството на финансите – по въпроси с финансирането и във връзка с НЗОК. Държавата е с малко участие в икономическите процеси в тази система. Ниското равнище на доходите в България спрямо страните от ЕС също оказва влияние върху финансирането в здравеопазването. Здравноосигурителната система се захранва с вноските от работодателите и работниците и наличието на сивия сектор в икономиката оказва пряко влияние върху приходната част в бюджета, оттам и в здравната система. Публичният ресурс в здравеопазването е с ограничени параметри (МФ М. н., Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции). В същото време заплащането на здравната осигуровка от пациента, която е доброволна и задължителна, не му дава гаранция за получаване на медицинска услуга в пълния обем или качество.

Финансирането в здравеопазването може условно да се раздели на няколко направления, независимо от модела, който се използва.

- спешна медицинска помощ;
- доболнична помощ;

- болнична медицинска дейност;
- редки и/или специфични тежки заболявания, финансиране от държавата (като онкологични, неврологични заболявания в детска възраст, психически заболявания, хемодиализа, финансиране на скъпо струващи лекарства и др.);
- превенция на заболяванията.

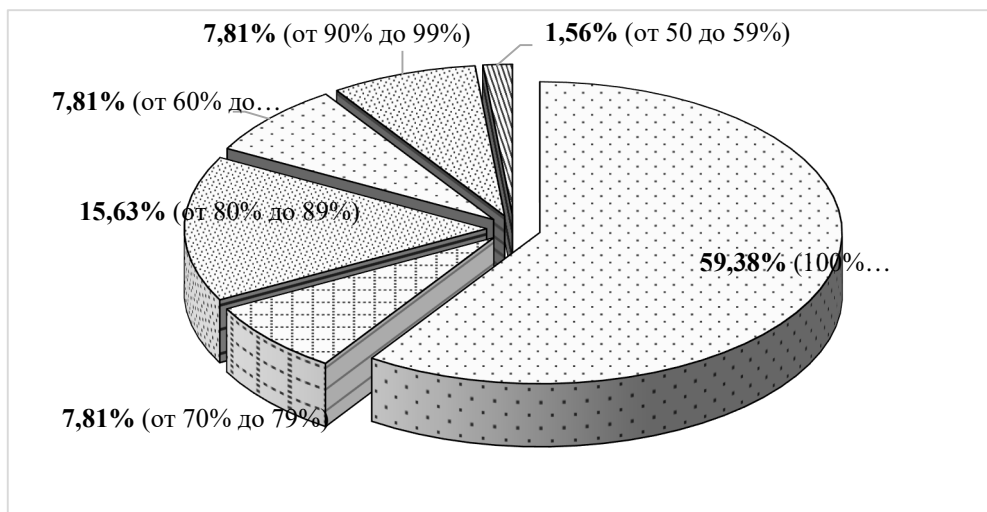
Всяко едно направление е сложна система от движението на финансови ресурси, независимо дали частни, държавни или смесени. Всяка една част от тази система изисква отделно познаване на материята и спецификата на потребностите и е жизнено необходима за човечеството.

В този смисъл болничното здравеопазване е на върха на пирамидата от дейности, свързани с качеството на здравните услуги. (Димитров, 2014). Болничната дейност е най-голям консуматор на финансови средства и най-висок критерий за живота и здравето на пациента. Всички останали части от веригата са пряко и/или косвено свързани с нея. Това е факт, тъй като всяко едно от останалите звена традиционно минават в бъдещ период или са минали през болничното звено.

България е регион с намаляващо и застаряващо население през последните 20 години. Основната причина за високата смъртност, спрямо средната за страните от Европейския съюз, е тютюнопушенето, което е два пъти по-високо, сравнено с другите страни от региона. Основните причини за високата смъртност са болестите на кръвообращението, онкологичните заболявания и дихателните. Независимо че през последните години спада ръстът на смъртността при новородените и деца от 0 до 5 години, все още тези показатели са по-високи в сравнение с ЕС. За намаляване на демографските показатели на страната е фактор и емиграцията в страни с по-висок жизнен стандарт и възможности за реализация. На практика съществуват реални предпоставки за това, здравната система да е икономически нестабилна, особено в частта си с болниците, които страдат от хроничен недостиг на финансов ресурс (Димова, 2013). Като водещи могат да се изведат следните две: установеният в страната монопол на НЗОК и липсата на достатъчен по обем инвестиции в държавните здравни институции, най-вече след преобращуването ми в търговски дружества.

Болничните заведения в страната, независимо от тяхната собственост (държавни или частни), работят в договорни отношения с НЗОК. От общо регистрираните към края на 2020 г. 346 броя държавните болници са 64. От тях болниците със 100% държавно участие съставляват 59.38% (вж. Фиг. 4). С относително висок относителен дял от 15.63% са тези, с държавно участие в интервала 80% – 89%. С най-нисък относителен дял от 1.56% са болничните заведения с държавно участие между 50% – 59%.





Източник: МЗ

*Фигура 4. Разпределение на здравните заведения според вида собственост към 31.12.2020 г.*

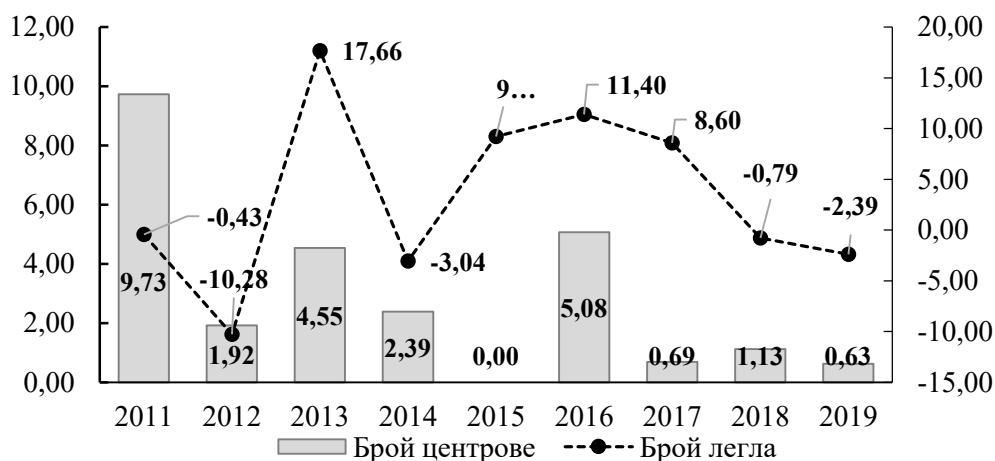
Формата, под която се финансират тези здравни дружества – предимно чрез НЗОК – дава възможност, реалните собственици, в качеството им на юридическо лице, да не участват не само във финансирането на здравните дейности, но и в издръжката или поддръжката на лечебните заведения. Собствена издръжка, извън финансирането от НЗОК, осъществяват само специалистите в извънболничната дейност. Държавата и общините не финансират своите здравни дружества. Успоредно с това, услугите, които предоставя здравната каса, в противоречие с всякаква икономическа логика, остойностява едностранно стоката и услугата, която предоставя на платеща.

Независимо от финансовата нестабилност на голям брой от държавните/общинските болници, техният брой остава относително устойчив – няма рязко разкриване или закриване на тези търговски дружества. Това в по-голямата си част е политика на местно ниво, с цел осигуряване на медицинска и лечебна дейност в по-малките населени места. В същото време, органите на местната власт не финансират под никаква форма тези лечебни заведения, което създава предпоставки за финансова нестабилност и недостиг на финансов ресурс в тях.

В настоящия момент 82.42% от здравните заведения в страната са частна собственост. В последните години, много голяма част от тези лечебни заведения се акредитираха като университетски, т.е. отговарят на определени критерии за предоставяне на необходими условия за обучение на студенти и специализанти.

Старът на реформата в здравеопазването започна с предклиниката или извънболничната дейност. Инвестираха се много средства и се поставиха добри условия с цел привличане на специалисти. Откриха се много групови

практики, практика за специализирана диагностика и лечение, извънболнично лечение. Анализът на динамиката на броя на центрoвете за извънболнична дейност показва, че средногодишно техният брой нараства с 2.9 пункта. Най-чувствително е увеличението през 2011г. – с 9.73% (в сравнение с 2010 г.) (вж. Фиг. 5). В същото време броят на разкритите в тях легла нараства с 3.3.% средно на година.



Източник: МЗ

Фигура 5. Динамика на изменение на броя на центрoвете за извънболнична дейност и броя на разкритите легла към тях за периода 2010 г. – 2019 г.

Въпреки системният недостиг на направления за специалисти от страна на общопрактикуващите лекари, реформата успя в този сектор. Издръжката на сектора не може да се сравни като финансов разход с клиничната дейност. Но реформата постигна своите цели, тъй като в доболничната дейност, която е на входа на системата, се осъществява профилактика, превенция, диагностика и лечение, което може да се осъществи в амбулаторна среда и на практика намалява хаотичния брой хоспитализации без причина.

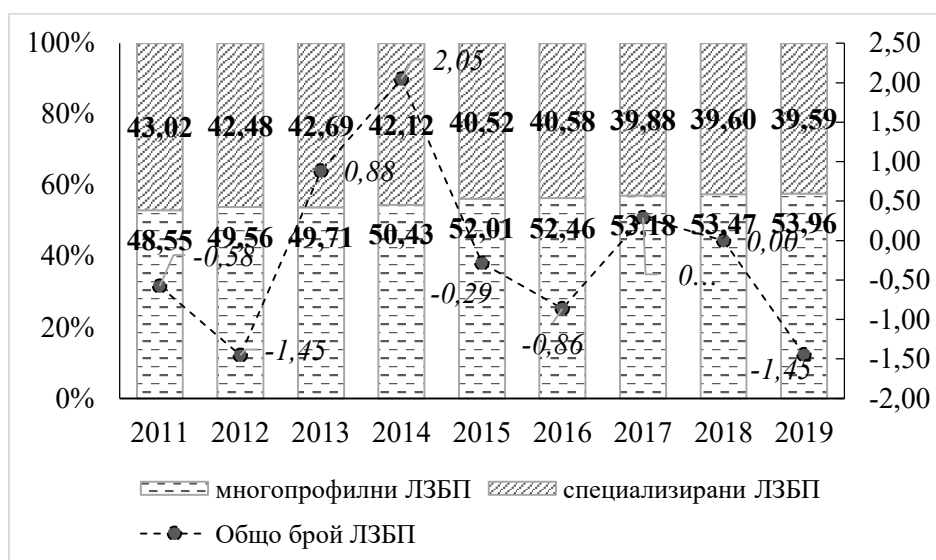
В много от тези центрове има възможност да се извършват малки по обем оперативни интервенции (офтальмологични например), което им позволява да осигуряват леглова база. Също като болничните заведения центрoвете сключват договори с НЗОК и им се заплаща по клинична пътека (КП). В същото време финансовият ресурс, който се използва в тези центрове, не може да се сравнява със същия, използван при дейността, осъществявана в клиниката.

Разпределението на извънболничната дейност и наситеността на специалисти по географско местоположение са много различни. Основно тези центрове и практики се позиционират в големите областни градове и в поголемите общини. В малките населени места има недостиг дори на общопрактикуващи лекари, а в много от тези места няма изобщо медицински центрове от никакъв тип. По тази причина съществуващите общински болници извършват и тази дейност, като хоспитализират пациентите и се заплаща

клинична пътека за дейност, която може да се осъществява амбулаторно. Усложнените случаи или тези, които изискват по-високо специализирано болнично лечение, малките болници ги превеждат в областните, тъй като по-голямата част от тях извършват малък обем от дейност. По места, в малки общини, има и общопрактикуващи лекари, медицински центрове и общинска болница. На практика, за относително малък брой население, медицинският център и болницата работят еднакво неефективно, обединени в едно търговско дружество. Този проблем стои от години, като за това на национално ниво се съставя здравна карта, която отчита разпределението според брой население и брой лечебни заведения и специалисти. В тези общини обаче липсата на специалисти е най-осезаема, тъй като няма ресурс за финансово обезпечение и за професионално развитие.

За периода 2010 – 2019 година се наблюдава покачване на броя на медицинските центрове, броят на болниците се увеличава плавно, намаляване броя на медицински специалисти с плавни, но сигурни темпове и съсредоточаването им в големите областни градове. Частните болници се развиват много добре в сравнение с държавните и общинските, като инвестират в съвременна и световноконкурентна техника, структура и специалисти, докато в същия момент голяма част от общинските и част от областните болници се борят ежедневно с финансовия недостиг и стоят на ръба на фалита. Наредба № 49 от 18 октомври 2010 г. на МЗ регламентира основните критерии за лицензиране на едно лечебно заведение като многопрофилно и специализирано (МЗ, Министерство на здравеопазването).

Общият брой на лечебните заведения за болнична помощ (ЛЗБП) се движи в интервал от 346 (за 2010 г.) до 341 (за 2019 г.), без чувствителни колебания в темпа на изменение (вж. Фиг. 6).



Източник: МЗ

Фигура 6. Динамика на общия брой ЛЗБП и съотношението между многопрофилните и специализирани ЛЗБП за периода 2010 г. – 2019 г.

Увеличението им с 0.88% през 2013 г. е резултат от увеличаване относителния дял на многопрофилните лечебни заведения – от 164 броя в началото на анализирания период до 170 през 2013 г. Тенденцията към увеличаване на техния брой се запазва и през следващите години, като за 2019 г. те наброяват 185, а относителният им дял в общия брой достига до 53.96%. Специализираните ЛЗБП и в абсолютен, и в относителен дял са с ясно изразена тенденция към намаление. При 148 на брой през 2010 г., в последната година от анализирания период (2019 г.) те наброяват 135, а относителният им дял е 39.59% (при 341 общ брой ЛЗБП).

Основната причина за констатираните промени в броя и вида на лечебните заведения е механизмът за финансиране на двата вида ЛЗБП. Специализираните болници са ограничени при работа с финансиране по няколко на брой клинични пътеки (КП) – за разлика от МБАЛ. В същото време, за да е печеливша, специализираната болница е зависима от фактори като място и брой специалисти или търсено лечение на национално ниво, за да е конкурентоспособна и финансово стабилна. В специализираните болници за СБАЛ, независимо че работят в едно направление на медицината, по медицински стандарт и критерии, е необходимо да има повече от една специалност лекари (напр. АГ болница трябва да разполага с анестезиолози, патоанатоми, лабораторни лекари, кардиолози и т.н.), което допълнително утежнява финансово заведението, както и чисто структурно.

В МБАЛ този проблем не се забелязва, тъй като структурните отделения в много голяма част са взаимосвързани и работят заедно. Лекарите специалисти са в остър недостиг в нашата страна. От една страна, младите лекари емигрират в други страни с атрактивно заплащане, от друга, тези, които осъществяват лечението в болничните заведения, предпочитат частните такива поради същите причини. В държавните и общинските лечебни заведения персоналът е застаряващ и в голямата си част е в пенсионна възраст. Според данните от НСИ – 9.6% от лекарите са на възраст между 35 и 44 навършени години, 27.2% от лекарите у нас са на възраст между 45 и 54 години и 50.7% от медиците са над 55-годишна възраст. Това от своя страна слага ясна граница в начина на лечение между една частна болница в голям областен град и една общинска в малък град. Тъй като пациентът „внеся“ парите в болницата, чрез своите осигуровки и плащания, то частните болници със съвременни структури, апаратура и голям на брой специалисти не дават възможност за конкуренция с малките такива.

Преодоляването на проблема изисква завишаване на критериите за разриване на нови болници, завишаване на изискванията за сключване на договор със здравната каса – това би могло да бъде пътят, по който да се разпределя по-ефективно финансовият ресурс на НЗОК. Необходима е намеса от страна на държавата и в обновяване на структурите – сграден фонд и апаратура, както и механизъм за осигуряване на лекари и лекари специалисти, заети в държавните структури.

На основата на изложените дотук съображения могат да се направят следните изводи:

**Първо**, диспропорциите в чисто географски аспект в странат, поставят в неравностойност потребителите на здравни услуги, доколкото в големите градове се наблюдава относително, в малките населени места – недостиг на медицинска помощ.

**Второ**, предпоставка за увеличаване на разходите в системата на здравеопазване е и отсъствието на ефективна обусловеност между двата основни сектора – болнична и извънболнична помощ. Извънболничната дейност е с фиксирано работно време. Освен това за функционирането ѝ е необходими относително малко финансови средства, предимно за осигуряване заплащането на медицинските кадри и чисто административни и канцеларски разходи за материали и консумативи. В същото време болничната дейност, освен апаратура, сграден фонд и човешки ресурс, осигурява здравеопазването 24 часа в денонощието, 7 дни в седмицата. Това е непрекъснат процес, който приема и хоспитализира пациенти и с не дотам тежко състояние, поради липса на специалисти от предклиниката, но пациенти, които изискват преглед и лечение от специалист.

**Трето**, реформата в здравната система в последните 20 години е частична, осъществявана предимно в отделни малки сектори и изразяваща се в актуализация на бюджета на НЗОК, в промяна в позитивния лекарствен списък или в промяна остойносттаването на някоя от многото клинични пътеки. В този смисъл здравната система все повече изостава в своето осъвременяване. Има структури, които не са надграждани и обновявани изобщо от старта на реформата до днес.

**Четвърто**, ефективността на системата на здравеопазване изисква всеобхватна реформа в съответствие с основните критерии, заложи в Националната здравна карта за „наличие на 24 часово разположение на кадров ресурс от специалисти; наличие на структурни звена, медицинска апаратура и оборудване на територията на лечебното заведение, съответствие с медицинските стандарти за реализиране на отделните видове дейности в болниците.“ (РБ, 2009).

На практика осигуряването на такъв вид дейност се прехвърли в частния сектор и като краен резултат 24 часовото покритие на извънболничната система се конкурира в структурите на неотложна медицинска помощ. Частните структури, регистрирани по места в големите областни градове, са частни юридически лица, които сключват договор с общопрактикуващите лекари, които от своя страна им заплащат за дейността по здравеопазване извън работния график на общопрактикуващите лекари (ОПЛ). До тях имат достъп, от една страна, само пациентите от големите населени места, от друга, само пациентите, чиито ОПЛ имат сключен договор с тези дружества. Те не разполагат с възможности за лабораторни, диагностични, манипула-

ционни и др. дейности и като краен резултат пациентите, потърсили лекарска помощ извън работно време в делнични и почивни дни, се оказват в спешна помощ. Това, от една страна, се оказва неефективно за пациента и лечението му, а от друга, увеличава финансовите разходи на спешната помощ, като в същото време повишава интензитета в тези структури, при които има непрекъснат поток от тежки медицински случаи.

Това е една сериозна предпоставка за непрекъснатото напрежение между структурите в здравеопазването, между лекар – пациенти и излишно изразходване на средства от страна на държавата. За разлика от лечебните заведения, които са търговски дружества (ТД), спешната и неотложна медицинска помощ се финансира от Министерството на здравеопазването (МЗ). По места, където се налага преглед от специалист, то такъв има само на разположение, след повикване от лекар на бърза помощ, за който специалист заплаща болничното заведение.

Тази сложна система облагодетелства ОПЛ и частните структури, имащи договори с тях, и е в ущърб на държавата и пациентите. По НРД ОПЛ, сключили договор с НЗОК, получават заплащане на брой записани пациенти за 24-часово обслужване. Заплаща се потребителска такса при ОПЛ, срещу която не се издава никакъв документ и никой контролиращ орган не се заема с този проблем, тъй като това са допълнителни приходи без отчетност. На практика те не изпълняват изцяло своя обем от дейности, а утежняват финансово болниците и държавата.

И в цялата тази сложна и неефективна организация се разпределят и изразходват финансови средства, които дори не водят до повишаване качеството на лечебната и диагностичната дейност и не са в полза на крайния потребител – пациентът. В тази си част реформа се налага в цялата система, която на практика може да се осъществи при сключване на Националния рамков договор (НРД).

За целта считаме, че е необходимо да се променят критериите, по които ОПЛ сключват договор с НЗОК, в следните насоки:

- ✓ осигуряването на медицинска помощ да е в рамките на фиксирания график на ОПЛ, а не на брой записани пациенти;
- ✓ да се заплащат 24-часово медицинско обслужване със специалистите в извънболничната помощ;
- ✓ да се заплаща 24 часа обслужване в извънболничната дейност на лаборатории и образна диагностика с цел повишаване ефективността при извънболничното лечение;
- ✓ в структурата на спешна медицинска помощ, заплащани от държавата, да постъпват само тежките и сериозни случаи, които изискват незабавна лекарска помощ и лечение на пациентите.

### **3. Финансовото управление на здравните институции – предпоставка за финансова стабилност и платежоспособност на здравния бизнес**

Здравеопазването е сложна система, съдържаща в себе си много компоненти. В същото време е социално значима, икономически зависима и политически отговорна. Секторът на здравеопазването, като активен участник в пазарните отношения, подобно на други сектори на икономиката, изисква развита и квалифицирана система за управление.

Финансовите отношения, пряко засягащи развитието на всички връзки на икономическата система, допринасят активно за подобряване дейността на отделните предприятия и организации. В тази връзка финансовото управление играе специална роля като система за управление на финансовите отношения между стопанските субекти. Успешните резултати от дейността на всеки икономически субект, включително медицинско и профилактично заведение, зависят от нивото на развитие на финансовото управление на тази институция, както и от степента на квалификация на финансовите мениджъри и способността им да изпълняват функциите си в пазарна среда.

Здравните институции са сложни социално-икономически предприятия, които широко използват финансови, материални, трудови и други ресурси, за да задоволят нуждите на обществото от медицински услуги. В условията на пазарна икономика формирането и развитието на система за управление на дейностите на лечебно-профилактичните институции засяга не само медицинската и социалната ефективност на тяхната дейност, но също така позволява определяне и увеличаване на икономическата ефективност на тяхната дейност чрез анализ на приходите и разходите на тези организации. Управлението на финансовите ресурси е неразделна част от системата за управление на дейността на здравните институции.

Финансовото управление на лечебните заведения е комплекс от взаимосвързани действия, насочени към формиране и рационално използване на ресурсите на лечебните заведения за постигане на поставените цели. Финансовото управление в здравеопазването е сложна система за финансово управление, която не се използва напълно в болниците. Пълното прилагане на тази система за управление в сектора на здравеопазването несъмнено ще увеличи жизнеспособността на здравните организации в пазарна среда. Приоритетът на управление на финансовите ресурси се потвърждава в процеса на управление на дейностите на медицинските организации като цяло.

Финансовото управление е система за финансиране на блага и услуги, преразпределение на доходи, реализация на финансови активи, привличане на инвестиции, стабилност и устойчивост на фирмата. Без финансово управление системата на здравеопазване не би могла да съществува – във вида, в който всеки човек иска. Здравеопазването е скъпо, мениджмънтът е сложен,

нетипичен. Крайният резултат не е положителен финансов резултат или салдо с излишък. Крайният продукт е основополагащ за човечеството – здравето и качеството на живот на пациента. В същото време, „управлението на здравеопазването е нещо твърде сериозно, за да бъде оставено само в ръцете на лекарите“, Жорж Клеманско (Ангелов & Ангелова, 2016).

В здравеопазването се преплитат както управление на фирмата, така и управление на публични средства. Здравеопазването е сложна концепция, крайният резултат на която е човешкото здраве.

Необходимостта от повишаване на икономическата и социалната ефективност на здравната система определя използването на адаптивни инструменти за финансово управление в лечебните заведения. Като се вземат предвид спецификата на работата на лечебните заведения и тяхната подчертана социална насоченост, следва да се отбележи, че в контекста на пазарните условия на управление финансите са най-важният обект на управление, тъй като именно на тази основа се формира резултатът от тяхната производствена и финансово-икономическа дейност.

Комбинацията от горните фактори определя необходимостта от формиране на специална структура в рамките на общата система за управление – финансово управление, чиято функционалност ще бъде насочена към управление на финансовите отношения на здравните организации.

**Целта** на финансовото управление е да се постигне финансова стабилност и платежоспособност на здравния бизнес.

**Финансовото управление може да се определи като управление на финансови ресурси и финансови взаимоотношения в здравна организация на основата на система от принципи, методи, техники, форми на финансов мениджмънт.**

В здравеопазването управлението на медицинската дейност е фокусирано върху производството, дистрибуцията, циркулацията, потреблението на медицински стоки и услуги, участниците в тези процеси (персонал и организации, ангажирани със здравни дейности) и в определен степен – за пациенти – потребители на услуги.

Медицинската дейност е доста специфична част от непроизводствената сфера и медицинското обслужване се различава от всяка друга, но прилагането на теорията на класическия мениджмънт в здравеопазването е възможно при определени корекции. Финансовият мениджмънт е част от финансовия механизъм, включващ: финансови методи и лостове, правна, регулаторна и информационна подкрепа, която беше в основата на развитието на технологии за управление на финансовите ресурси на лечебни заведения от различни форми на собственост.

Многоканалният характер на източниците на финансиране на здравеопазването, използващ програмно насочен подход за решаване на социално значими проблеми, е **ефективен начин за съчетаване на минимални разходи и максимален ефект**, поради което осигурява най-голямата социална



и икономическа ефективност на здравната индустрия в условията на недостиг на ресурси. В същото време програмно-целевият подход, като правило, се прилага предимно чрез разработването на високоспециализирани, скъпи видове медицински грижи. Международният опит показва голямото значение на дела на бюджетното финансиране в общия размер на средствата, получени за покриване на разходите за здравеопазване.

Тези средства не могат да бъдат компенсирани чрез застрахователни плащания или директно плащане от населението (частна медицина). Важността на дела на държавните плащания се потвърждава от доказаното влияние на обема на държавното финансиране за здравеопазване върху един от основните показатели на общественото здраве – средната продължителност на живота. Дори в условията на недостиг на ресурси здравеопазването се нуждае от средства, които са непрекъснато и в достатъчни количества от държавата. Механизъмът на това влияние очевидно е повишаване на наличността на качествени здравни грижи за населението и съответно възможността за постигане на по-високо качество на живот, свързано със здравето.

## **Заклучение**

Управлението на финансовите ресурси, с цел предоставяне на качествени здравни услуги на населението, изисква национална и политическа стратегия, която да се основава на набиране и изразходване на финансови средства прозрачно, според необходимостта, и строг контрол върху тази дейност. На местно ниво е необходим добър финансов мениджмънт за правилно разпределение на получените средства и всички възможни законни способности за допълнително финансиране. Независимо от собствеността на здравното заведение (държавно или частно), всички болници в Р България работят с единствената здравна каса, т.е. те разчитат на публично финансиране. Именно поради този факт внимателното и обосновано вземане на решение от страна на правителството относно всяко едно финансиране е в основата на стабилността на здравната система. Необходима е ясна и последователна стратегия, която да реформира здравеопазването. Към днешна дата реформа се осъществява частично, в различни сектори, по различни критерии, спрямо различни политически програми. Това създаде една хаотична и нефункционираща здравна система.

### *Използвани източници*

- (н.д.). Свалено от <https://www.nhs.uk/>
- Закон за здравното осигуряване. (1998). Раздел 5, чл. 40.
- АНА. (н.д.). Свалено от <https://www.aha.org/statistics/fast-facts-us-hospitals>
- Beveridge, W. (2 декември 1942 г.). The plan for social security: full outline. The Manchester Guardian.
- Expatica. (н.д.). Свалено от <https://www.expatica.com/de/healthcare/healthcare-services/german-hospitals-1090587/>
- Health care systems - four basic models. (н.д.). Physicians for a national health program, PNHP resources.
- Infostat. (н.д.). Свалено от [https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/module.jsf?x\\_2=43](https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/module.jsf?x_2=43)
- Infostat. (н.д.). Свалено от [https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/reports/result.jsf?x\\_2=1092](https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/reports/result.jsf?x_2=1092)
- NHS. (н.д.). Свалено от <https://www.nhs.uk/ServiceDirectories/Pages/NHSTrustListing.aspx>
- 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.
- БАБХ. (н.д.). <http://www.babh.government.bg/>.
- Веков, Т. (2009). Здравната реформа в България 1999 - 2009. София: Сиела.
- ВИДИН, О. а. (2020). Свалено от <https://vidin.government.bg/obshtinite-v-oblastta>
- ДВ. (н.д.). Държавен вестник. Свалено от <https://dv.parliament.bg/>
- Делчева, Евгения МЗ. (1998). Здравната реформа в България. Македония прес.
- 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](https://www.mi.government.bg/files/useruploads/files/vip/sector_analysis/sector_analysis_health_care_social_assistance_cad_10_2014.pdf)
- Евростат. (2017). Свалено от [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Income\\_poverty\\_statistics/bg](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Income_poverty_statistics/bg)
- ЗДБ. (н.д.). Закон за държавния бюджет.
- ЗЗО. (н.д.). Закон за здравното осигуряване.
- Мениджър. (н.д.). Свалено от списание: <https://www.manager.bg/es/kolkotdelyat-stranite-v-es-za-zdraveopazvane>
- МЗ. (н.д.). Свалено от <http://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/osigurovki/zdravnoosiguritelni-vnoski/>
- МЗ. (н.д.). Свалено от [http://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2019/05/27/zzo-2019.pdf](http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2019/05/27/zzo-2019.pdf)
- МЗ. (н.д.). Закон за лечебните заведения. <http://www.mh.government.bg/bg/normativni-aktove/zakoni/zakon-za-lechebnite-zavedeniya/>. Свалено от <http://www.mh.government.bg/bg/normativni-aktove/zakoni/zakon-za-lechebnite-zavedeniya/>
- Мина Попова, МЗ. (1998). Здравната реформа в България, част 2. Македония прес.
- МФ. (н.д.). Свалено от <https://www.minfin.bg/bg/wreply/2019-11-14>
- МФ. (н.д.). Финансиране и управление на здравеопазването. Изтеглено на Дирекция „Бюджет” от Отдел „Микроикономически анализи”.
- НЗОК. (н.д.). Свалено от <https://www.nhif.bg/page/71>
- НЗОК. (н.д.). Свалено от <http://www.mh.government.bg/bg/normativni-aktove/zakoni/zakon-za-byudzheta-na-nzok/>
- НС. (н.д.). Свалено от <https://www.parliament.bg/bg/parliamentarycommittees/members/2588/reports/ID/10766>

НСИ. (н.д.). Свалено от

<https://www.nsi.bg/bg/content/3280/%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B5%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B5>

НСИ. (н.д.). Свалено от

<https://www.nsi.bg/bg/content/2975/%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5-%D0%BF%D0%BE-%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8-%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B8%D0%BD%D0%B8-%D0%BC%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%B6%D0%B8%D0%B2%D0%B5%D0%B5%D0%BD%D0%B5>

НСИ. (н.д.). Свалено от

<https://www.nsi.bg/bg/content/2975/%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5-%D0%BF%D0%BE-%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8-%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B8%D0%BD%D0%B8-%D0%BC%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%B6%D0%B8%D0%B2%D0%B5%D0%B5%D0%BD%D0%B5>

НСИ. (н.д.). Свалено от

<https://www.nsi.bg/bg/content/3318/%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8-%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB-%D0%BD%D0%B0-3112-%D0%BF%D0%BE-%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8->

НСИ. (2009). 129 години Национален статистически институт. Свалено от [https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/NSI\\_129g.pdf](https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/publications/NSI_129g.pdf)

НСИ. (2019). Свалено от

<https://www.nsi.bg/bg/content/8262/%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8-%D0%B7%D0%B0-%D0%B1%D0%B5%D0%B4%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82-%D0%B8-%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D0%BD%D0%BE-%D0%B2%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D1%87%D0%B2%D0%B0%D0%B>

НСИ. (2020). Свалено от

<https://www.nsi.bg/bg/content/3318/%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%>

B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8-  
%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D  
0%BB-%D0%BD%D0%B0-3112-%D0%BF%D0%BE-  
%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%82%D0  
%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8-

НСИ. (2020). Свалено от

<https://www.nsi.bg/bg/content/3318/%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8-%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB-%D0%BD%D0%B0-3112-%D0%BF%D0%BE-%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8->

НСИ. (2020). Свалено от

<https://www.nsi.bg/bg/content/11426/%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82-%D1%81%D0%BE%D1%84%D0%B8%D1%8F>

Радева, М. (2008). Здравната система в България. Варна: ИК "Стено"  
Варна.

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](https://ime.bg/var/images/Healthcare_Models_Final_IME.pdf)

ЦСП, М. (н.д.). МЗ, второстепенни разпоредители. Свалено от  
<http://www.mh.government.bg/bg/ministerstvo/vtorostepenni-razporediteli/tsentrove-za-speshna-meditsinska-pomosht/>

СТОПАНСКА АКАДЕМИЯ „Д. А. ЦЕНОВ“ - СВИЦОВ

НАУЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ  
НА ДОКТОРАНТИ

ГОДИШЕН  
АЛМАНАХ

ГОДИШЕН

# АЛМАНАХ НАУЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ НА ДОКТОРАНТИ



Том XIII, 2020

Книга 16

Том XIII, 2020 г.  
Книга 16

Академично издателство  
„ЦЕНОВ“ - Свищов

*РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:*

Проф. д-р Стефан Симеонов – главен редактор  
Доц. д-р Марина Николова – зам. главен редактор  
Доц. д-р Красимира Славева – организационен секретар  
Доц. д-р Николай Нинов  
Доц. д-р Христо Сирашки  
Доц. д-р Ваня Григорова  
Доц. д-р Петранка Мидова

*Екип за техническо обслужване:*

Анка Танева – стилев редактор  
Ст. преп. Иванка Борисова – превод и редакция  
на английски език  
Янислава Александрова – технически секретар

**ISSN 1313-6542**

## СЪДЪРЖАНИЕ

### Студии

**Владимир Христов Сиркаров**

ЕВОЛЮЦИЯ НА ПАРИЧНИТЕ СИСТЕМИ И ИЗОСТАВЯНЕТО  
НА ЗЛАТНИЯ СТАНДАРТ КАТО ФАКТОР ЗА ФИНАНСОВИТЕ КРИЗИ ..... 5

**Юлиян Сашков Бенов**

СРАВНИТЕЛНА КОНСОЛИДАЦИОННА АТРАКТИВНОСТ  
НА БАНКОВИЯ СЕКТОР НА СТРАНИТЕ ОТ ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ ..... 25

**Беатрис Венциславова Любенова**

МОДЕЛИ ЗА ОЦЕНКА НА РИСКА ПРИ ИЗВЪРШВАНЕ  
НА СТРЕС ТЕСТОВЕ В БАНКОВИЯ СЕКТОР ..... 54

**Светла Михайлова Боянова**

ПРОБЛЕМИ НА ВЪТРЕШНИЯ БАНКОВ КОНТРОЛ В БЪЛГАРИЯ ..... 75

**Ралица Емилова Христова – Маринова**

ИЗСЛЕДВАНЕ ПРАКТИКИТЕ ЗА ФИНАНСОВО УПРАВЛЕНИЕ  
НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ КАТО ФАКТОР ЗА ИЗГРАЖДАНЕ  
НА МЕЖДУНАРОДНА БИЗНЕС МРЕЖА (ПО ПРИМЕРА  
НА БЪЛГАРСКИ ФИЛИАЛИ В РУМЪНИЯ) ..... 98

**Николай Валериев Илиев**

НАСОКИ ЗА ВЪВЕЖДАНЕ НА БОНУС-МАЛУС СИСТЕМАТА  
ПРИ ЗАСТРАХОВАНЕТО „ГРАЖДАНСКА ОТГОВОРНОСТ“  
НА АВТОМОБИЛИСТИТЕ ..... 124

**Жанета Емилова Ангелова**

ПОДХОДИ И ПРАКТИКА ПРИ ОПРЕДЕЛЯНЕ РАЗМЕРИТЕ  
НА ОСИГУРИТЕЛНИТЕ ПЛАЩАНИЯ ПРИ СТАРОСТ ..... 145

**Dimitar Georgiev Trichkov**

CUSTOMER DEMOGRAPHIC SEGMENTATION BASED  
ON TELECOM BEHAVIORAL DATA ..... 167

**Мариана Монева Дауо**

МАКРОПРУДЕНЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА И МЕРКИТЕ, ИЗПОЛЗВАНИ  
ОТ ДЪРЖАВИТЕ – ЧЛЕНКИ НА ЕС ЗА ПОДПОМАГАНЕ  
НА ИКОНОМИКИТЕ В УСЛОВИЯТА НА COVID-19 ..... 187

**Димитрина Любенова Проданова**

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ИКОНОМИЧЕСКОТО РАЗВИТИЕ  
НА СЕЛСКИТЕ РАЙОНИ В БЪЛГАРИЯ В КОНТЕКСТА  
НА ПОДХОДА “ЛИДЕР“ ..... 211

**Магдалена Славе Андоновска**

ТРАДИЦИОННИ И ОНЛАЙН МЕДИИ И ОТНОШЕНИЕ  
НА АУДИТОРИЯТА КЪМ ТЯХ ..... 235



## Статии

- Юлиан Христов Войнов**  
ЕФЕКТИ ОТ ЗАМЯНАТА НА ПРОПОРЦИОНАЛНО  
С ПРОГРЕСИВНО ДАЊЧНО ОБЛАГАНЕ В БЪЛГАРИЯ ..... 255
- Димитър Пламенов Попов**  
ТЕХНОЛОГИЧНИ ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ОПТИМИЗАЦИ  
НА ВЪТРЕШНИЯ ПАЗАР НА ДЪРЖАВНИ ДЪЛГОВИ ИНСТРУМЕНТИ  
В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ ..... 267
- Рая Бисерова Драгоева**  
КРИЗИТЕ В БАНКОВИЯ СЕКТОР – СЪЩНОСТ,  
ФАКТОРИ И ЕМПИРИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ..... 281
- Русалин Антонов Русалинов**  
ФИНАНСОВА СИГУРНОСТ: ФИРМЕНИ И БАНКОВИ ПРОЦЕДУР  
И ПРАКТИКИ ЗА ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ СРЕЩУ „ПРАНЕТО“ НА ПАРИ ..... 301
- Марина Иванова Милинова**  
ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВАТА ПРЕД ФИНАНСИРАНЕТО НА ФИНТЕХ  
КОМПАНИИТЕ ЧРЕЗ АЛТЕРНАТИВНИ СПОСОБИ ..... 313
- Кармен Димитров Вранчев**  
ВЛИЯНИЕ И ЕФЕКТИ ОТ ПРЕКИТЕ ЧУЖДЕСТРАННИ  
ИНВЕСТИЦИИ ВЪРХУ ИКОНОМИЧЕСКИЯ РАСТЕЖ ..... 328
- Вахан Ахаси Бохосян**  
ПРЕЗАСТРАХОВАНЕТО КАТО СТРАТЕГИЧЕСКИ  
УПРАВЛЕНСКИ КАПИТАЛОВ МЕТОД ..... 343
- Румяна Цветанова Витнъова**  
ПОДОБРЯВАНЕ НА БИЗНЕС СРЕДАТА В СТРАНИТ  
ОТ ЮГОИЗТОЧНА ЕВРОПА ЧРЕЗ ИНТЕРВЕНЦИИ  
ЗА ПОВИШАВАНЕ НА ФИНАНСОВАТА ГРАМОТНОСТ ..... 355
- Муса Мустафа Сръкъов**  
ФИНАНСОВО СТИМУЛИРАНЕ ЗА ИНОВАТИВНИ  
ПОСТИЖЕНИЯ НА УЧЕНИЦИТЕ ..... 371
- Симеон Венциславов Симеонов**  
ВЛИЯНИЕ НА ФАКТОРИТЕ НА МИКРО- И МАКРОСРЕДАТА  
ВЪРХУ КУЛИНАРНИЯ ТУРИЗЪМ ..... 381
- Гент Арбнор Беголи**  
УПРАВЛЕНСКИ АСПЕКТИ В РАЗВИТИЕТО  
НА КУЛТУРНИТЕ ИНСТИТУЦИИ ..... 399

<b>Боряна Великова Симеонова</b> ВЪПРОСИ НА СИНТЕТИЧНОТО И АНАЛИТИЧНОТО ОТЧИТАНЕ И ДОКУМЕНТИРАНЕТО НА ТЕКУЩИТЕ МАТЕРИАЛНИ АКТИВИ В ПРЕДПРИЯТИЯТА С ТЪРГОВСКА ДЕЙНОСТ .....	412
<b>Станислав Иванов Шишманов</b> ПРИХОДИТЕ И РАЗХОДИТЕ НА ДЪРЖАВНИЯ БЮДЖЕТ КАТО ОБЕКТ НА ОТЧИТАНЕ В БНБ И ТЪРГОВСКИТЕ БАНКИ .....	426
<b>Иванка Стефанова Янкова</b> КОНЦЕПЦИЯТА ЗА СОЦИАЛНАТА УСТОЙЧИВОСТ В КОНТЕКСТА НА СТАТИСТИЧЕСКОТО ИЗСЛЕДВАНЕ .....	441
<b>Ана Борисова Иванова</b> ФИНАНСИРАНЕ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В Р БЪЛГАРИЯ – СЪСТОЯНИЕ, ТЕНДЕНЦИИ, ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ .....	455
<b>Биляна Диянова Дамянова</b> ЛИЗИНГОВИЯТ ПАЗАР В БЪЛГАРИЯ – СЪСТОЯНИЕ И ТЕНДЕНЦИИ .....	476
<b>Айтен Байрям Сабри</b> ИНДИКАТОРИ ЗА ИЗМЕРВАНЕ НА УСТОЙЧИВОТО РАЗВИТИЕ НА ИНДУСТРИАЛНИТЕ ПРЕДПРИЯТИЯ .....	488
<b>Борислав Бойчев Боев</b> АЛТЕРНАТИВНО ИЗПОЛЗВАНЕ НА ПЛОЩАДКА „БЕЛЕНЕ“ ЧРЕЗ ИЗГРАЖДАНЕ НА МАЛКИ МОДУЛНИ РЕАКТОРИ .....	498
<b>Елена Димитрова Ташкова</b> ДИГИТАЛНИТЕ ТЕХНОЛОГИИ – ТЕОРЕТИЧНИ ПОСТАНОВКИ И ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ В АГРАРНИЯ СЕКТОР .....	513
<b>Росен Костадинов Коцев</b> ИЗПЪЛНЕНИЕ И ЕФЕКТИ НА ПРОГРАМАТА ЗА РАЗВИТИЕ НА СЕЛСКИТЕ РАЙОНИ В БЪЛГАРИЯ (2014 – 2020) .....	523
<b>Иво Цветанов Балевски</b> ВЛИЯНИЕ НА ПРОГРАМАТА ЗА РАЗВИТИЕ НА СЕЛСКИТЕ РАЙОНИ ВЪРХУ ТУРИСТИЧЕСКИЯ БИЗНЕС В ОБЛАСТ ГАБРОВО ЗА ПЕРИОДА 2007 – 2013 ГОДИНА .....	535
<b>Ивелина Маркова Йорданова</b> КУЛТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИЯТ ТУРИЗЪМ В ДЕСТИНАЦИЯ ВЕЛИКО ТЪРНОВО В КОНТЕКСТА НА УСТОЙЧИВОТО РАЗВИТИЕ .....	547
<b>Иван Стефанов Иванов</b> ИЗМЕНЕНИЯТА НА ПАЗАРА НА ТРУДА В УСЛОВИЯТА НА ПАНДЕМИЧНА КРИЗА И ВЛИЯНИЕТО ИМ ВЪРХУ СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ .....	563

<b>Emre Zafer Güney</b> WORKFORCE EFFICIENCY INCREASE FOR THE ONLINE SALES IN-STORE PICKING OPERATION .....	575
<b>Александра Георгиева Ангелова</b> ЕВРОПЕЙСКАТА ТЪРГОВСКА ПОЛИТИКА В ПОДКРЕПА НА РАЗВИВАЩИТЕ СЕ ИКОНОМИКИ .....	587
<b>Пенчо Малинов Малинов</b> КОНЦЕПТУАЛНО ЗНАЧЕНИЕ НА ИНОВАЦИЯТА И СПЕЦИФИКА НА ИНОВАЦИОННИТЕ СТРАТЕГИИ .....	599
<b>Емил Христов Александров</b> ФИНАНСОВИЯТ КОНТРОЛИНГ В УСЛОВИЯТА НА КРИЗА .....	615
<b>Боян Димитров Вранчев</b> УПРАВЛЕНИЕ НА ПРОЕКТНИ ЕКИПИ – ВЪЗМОЖНОСТИ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА .....	624

ГОДИШЕН  
**АЛМАНАХ**  
**НАУЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ НА ДОКТОРАНТИ**  
*Студии и статии*  
**Том XIII – 2020, книга 16**

Даден за печат на 31.08.2021 г., излязъл от печат 09.09.2021 г.  
Поръчка № 18780; формат 16/70/100; тираж 65

**ISSN 1313-6542**

Издателство и печат: Академично издателство „Ценов“  
Свищов, ул. „Цанко Церковски“ 11А