

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ**  
**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**  
**„ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН“**

**Юрий Иванов Куков**

**ВЛИЯНИЕ НА СОЦИАЛНАТА ПАЗАРНА**  
**ИКОНОМИКА ВЪРХУ ОБЩИНСКИТЕ БОЛНИЦИ**

**ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**

**ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН**  
**“ДОКТОР”**

област на висше образование 7. Здравеопазване и спорт  
професионално направление 7.4 Обществено здраве  
докторска програма „Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията“

**С о ф и я, 2 0 2 1 г.**

# СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение	6
I. Глава I - Социални приоритети и пазар в здравеопазването (Литературен обзор)	8
1.1. Конценции в управлението на системите на здравеопазване в ЕС	8
1.1.1. Примери с общинско финансиране на болниците в някои европейски страни	13
1.2. Основни икономически промени в отрасъл Здравеопазване съгласно приетото законодателство в контекста на здравната реформа в РБългария	16
1.2.1. Последователност на промените в здравния сектор в контекста на здравната реформа	16
1.2.2. Преобразуване на публичните лечебни заведения за болнична помощ	22
1.3. Социални приоритети и пазар в здравеопазването	23
1.3.1. Концепция за социално пазарно стопанство	27
1.4. Оценка на пазарните структури в здравеопазването в България	31
1.4.1. Оценка на пазарните структури от страна на търсенето на здравни услуги	31
1.4.2. Оценка на пазарните структури от страна на предлагането на здравни услуги	33
1.4.3. Оценка на „пазарните структури“ в субсидираните квазипазари	34
1.4.4. Оценка на пазарните структури в пазара с финансовото посредничество на ДДЗО	35

1.4.5. Оценка на пазарните структури в директния пазар на здравна помощ	36
1.5. Представяне на модел за ефективно развитие на българското здравеопазване	38
1.6. Изводи от литературния обзор	41
II. Глава II - Методика и постановка на проучването	43
III. Глава III – Икономически анализ на болничната медицинска помощ в общинските МБАЛ	49
3.1. Сравнителен анализ на материалната база	54
3.2. Сравнителен анализ на трудовите ресурси	65
3.3. Сравнителен анализ на финансовите средства	76
3.4. Сравнителен анализ на организацията на дейността на болничната медицинска помощ	103
3.5. Сравнителен анализ на икономическите показатели	113
IV. Глава IV. Използване на прогнозен модел за разкриване проблемните и позитивни перспективи при финансирането на болничната медицинска помощ в общински МБАЛ (На базата на линеен регресионен модел за прогнозиране)	120
4.1. Прогнозни данни на приходите на общинските МБАЛ	121
4.2. Прогнозни данни на разходите на общинските МБАЛ	141
4.3. Дискусия	154
Изводи	163
Препоръки	167
Приноси	170
Използвана литература	171

## СПИСЪК С ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АД	Акционерно дружество
АПр	Амбулаторна процедура
БВП	Брутен вътрешен продукт
ДВ	Държавен вестник
ДМА	Дълготрайни материални активи
ЕАД	Еднолично акционерно дружество
ЕЕГ	Електроенцефалография
ЕМГ	Елекромиография
ЕООД	Еднолично дружество с ограничена отговорност
ЕС	Европейски съюз
ЗАД	Застрахователно акционерно дружество
ЗЗ	Закон за здравето
ЗЗО	Закон за здравето осигуряване
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
КП	Клинични пътеки
ЛЗБП	Лечебно заведение за болнична помощ
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МВР	Министерство на вътрешните работи
МВФ	Международен валутен фонд
МЗ	Министерство на здравеопазването
МС	Министерски съвет
МТСП	Министерство на труда и социалната политика
МЦ	Медицински център
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НРД	Национален рамков договор
НСИ	Национален статистически институт

ОАИЛ	Отделение по анестезиология и интензивно лечение
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ПЕТ/КТ	Позиционно-емисионен томограф / компютърен томограф
РЗ	Работна заплата
РЗИ	Регионална здравна инспекция
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
РЦЗ	Районен център по здравеопазване
САГБАЛ	Специализирана акушеро-гинекологична болница за активно лечение
СБПЛР	Специализирана болница за продължително лечение и рехабилитация
СБРДЦП	Специализирана болница за рехабилитация на детска церебрална парализа
СБРЗ	Средногодишна брутна работна заплата
СЗО	Световна здравна организация
СО	Столична община
СОС	Столичен общински съвет
СУСОПФ	Съвет за управление на Специализирания общински приватизационен фонд
ТЕЛК	Териториална експертна лекарска комисия
УЗИ	Ултразвуково изследване
УНГ	Ушно-носно-гърлени болести
ЦКВЗ	Център за кожно-венерически заболявания
ЦПЗ	Център за психично здраве
ЯМР	Ядрено магнитен резонанс

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Зададените в новото законодателство и проектираните промени в икономическата организация, финансирането и собствеността в здравния сектор са необходимото и ефикасно средство за реализиране на поставените глобални цели в българската здравна политика – да се повиши качеството на медицинското обслужване без да се ограничава достъпността и равнопоставеността на гражданите до базисен пакет здравна помощ.

Икономическите реформи в здравния сектор не са самоцел. Не би трябвало те да се тълкуват като път към комерсиализацията и търгашеството в тази хуманна сфера. Напротив – те са нужното средство за постепенното излекуване на болното ни здравеопазване. Те са инструмент, който помага на индивида да оцени своето здраве и здравните услуги и дейности, които са необходими за неговото поддържане и укрепване. Те раздвижват интересите на медицинските специалисти към по-качествено, повнимателно и адекватно обслужване.

Въвеждането на плуралистична общественно-частна система при задължително и доброволно здравно осигуряване и общественото финансиране позволява разкрепостяването на икономическите и организационните форми на здравно обслужване и на здравен мениджмънт, а включването на конкурентни отношения и на повече частно предприемачество би трябвало да стимулират създаването на по-добри резултати – повече качество на здравното обслужване и по-добро качество на живота.

Здравеопазването в България се развива, основавайки се на принципите на европейското здравеопазване за:

- универсално покритие;
- солидарност на финансирането;
- справедливост и равнопоставен достъп до здравни услуги;

- предоставяне на качествени здравни грижи.

Възможността да се децентрализира вземането на управленски решения, особено по проблеми от социален характер е сериозен фактор за ограничаване на рисковете, свързани с регионалните дисбаланси. Така могат да се създадат условия за повишаване отговорността и самостоятелността на местните органи на управление в здравеопазната сфера. Тази тенденция се отнася и за развитието на съвременните здравни системи, тъй като разширяването на местното самоуправление е свързано с поемането на повече права и отговорности от органите на управление на общините при решаване на местните проблеми и най-вече на социалните. По този начин се предопределя и поведението на местните власти при решаване на здравните проблеми на населението, които са най-деликатни и са особено значим фактор за подобряване на ефективността на областната и общинската администрация. (61)

Местните органи и власти са единствено способни да излязат извън „тежката зависимост“ от статистиката, която води до практическото изключване на много хора от качествени здравни услуги. Може да се създаде възможност за по-добра координация между работата на местната власт, здравните заведения и здравната администрация, и да се създават по-добри условия за ефективност в съвместните действия на местната здравна администрация със здравните заведения от региона. За подобряване на качеството, разширяване на обхвата и задоволяване на конкретните потребности от здравни услуги и медицинско обслужване на населението от района могат да се създадат условия за мобилизация на различни видове местни ресурси – финансови, трудови и материално-технически. (61)

Общинските болници са единствените устойчиви медицински заведения със значителен капацитет за оказване на достъпна медицинска помощ.

# ГЛАВА I.

## СОЦИАЛНИ ПРИОРИТЕТИ И ПАЗАР В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО (ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР)

### 1.1. Концепции в управлението на системите на здравеопазване в ЕС

В последните години в страните от ЕС се наблюдават две големи тенденции в управлението на системите на здравеопазване, отбелязва Гр. Димитров (2018).

Първата концепция е свързана с приложението на неолиберална, пазарно ориентирана философия при организацията и управлението на процесите в здравеопазването. Здравните реформи, започнали в началото на 1990-те години, се характеризират с известни политически намеси в голяма част от страните на ЕС, по-специално със засилващото се влияние на социалдемократическите партии. Главна черта е прилагането на неолиберална, пазарно ориентирана философия, която определя насоките в развитието на здравната политика и преди всичко нейното влияние върху организацията и управлението на здравеопазването. Главен акцент е поставен върху предимствата на частната инициатива пред упражняването на държавна централизирана икономическа власт. Съгласно тази концепция държавата по необходимост, трябва значително да намали и дори да сведе до минимум своето пряко участие и въздействие върху икономическото развитие и особено върху развитието на здравните системи. Разбирането е, че пазарната среда и конкуренцията са механизмът, чрез чието функциониране се решава голямата част от обществените проблеми. Неолибералните идеи, свързани с управлението на обществото, теоретично

са обосновавани в трудовете на редица изтъкнати учени (Фридрих фон Хайек, Жерар Дебрю, Милтън Фридман и др.)

Неолибералната „реформаторска“ школа се характеризира най-вече с въвеждане на пазарни механизми в здравеопазването, с които според нейните представители ще се внесат съществени изменения в обхвата, количеството и качеството на предлаганите здравни услуги. Счита се, че този подход има приложение в условията на повишаващо се търсене на здравни услуги и растящи разходи за здравеопазване, появата на нови заболявания и рискове и сериозни демографски промени.

Неолиберализмът силно критикува съществуващата бюрократична организация на здравната система и повишените разходи за здравеопазване, които, според тях, са за сметка на ограничаване на обхвата и качеството на предлаганите здравни услуги и нивото на обслужване. Представителите на неолибералната концепция поставят под съмнение потребността от регулиран пазар на здравни услуги, както и въвеждането на регулатори и ограничения пред конкуренцията на пазара на здравни услуги. Счита се, че свободната пазарна конкуренция ще осигури по-голяма ефективност в дейността на системата, както и ще доведе до намаляване на общите разходи за здравеопазване.

Приемането на този подход на свободната конкуренция и липсата на регулация от държавата в управлението на здравните системи според някои автори (Е. Делчева, В. Борисов, Д. Калахар, Н. Лалев и др.) води до „пазарни дефекти“ като:

- ⇒ „морален риск“ (риск от погазване на важни морални и етични норми в здравеопазването);
- ⇒ „селекция на риска“ (избягване на високорискови пациенти);
- ⇒ насочване към и подбор на предимно платежоспособни клиенти;
- ⇒ negliжиране на големи рискови групи с ниски доходи;
- ⇒ създаване на неравенства за здравно обслужване по територии;

- ↪ противопоставяне на лекарското съсловие;
- ↪ силно ограничаване и/или изключване на маргинални групи от здравно обслужване;
- ↪ деформация в начините на конкуренция между изпълнителите на здравни услуги;
- ↪ прояви на корупция и лобизъм при определяне на зони на обслужване. (29)

Възраженията са, че подобна пазарна политика намалява удовлетвореността на обществото от предоставяните здравни грижи и че нараства рискът от липсата на адекватни грижи за най-уязвимите групи от населението. За да се преодолее тази негативна тенденция, се предлага нов тип маркетинг – социален (социално-етичен). Филип Котлър го дефинира като осъществяване на контрол върху пазара, в това число и върху здравните системи, с цел спазване на законността и морала в съответствие с дългосрочните интереси на обществото като цяло.

Но още в началото на здравната реформа се компроментира основната идея, че „пазарът на здравни услуги ще доведе до конкурентност, повече ефективност и качество“. Принципът на равнопоставеност на болниците, независимо от формата на собственост, който е едновременно демократичен и пазарен принцип, автоматично влиза в огромно противоречие с принципа на стратегическо и целесъобразно разпределение на обществен ресурс, който от своя страна е явно недостатъчен. Публичните средства за здравеопазване към настоящия момент са ограничени, но съгласно нормативните разпоредби всеки един нововъзникнал субект, изпълнител на болнична помощ, получава разрешение за дейност, акредитационна оценка и задължително финансиране от Националната здравноосигурителна каса. Българската здравна система е толкова либерална, че тя не обвързва вложените финансови ресурси с резултатите от дейността, посочват О. Цветков и Зл. Петрова (2015).

Постреформаторската школа, която се разграничава от концепцията за пазарната ориентация е другата концепция за развитие на здравеопазването. Тя предлага да се създават нови механизми: „мрежи“ и „партньорства“, които се различават от механизмите на бюрокрацията при реализирането на услуги (тези услуги се предлагат независимо, но са свързани в общата мрежа, с цел да се осигури повече информация, по-бърз достъп или общо финансиране). При партньорството съществува взаимодействие, сътрудничество и доверие на основата на общи интереси поради обща дейност (R.Guald, 2009). Представителите на постреформаторската школа обръщат внимание и на други механизми: програми за по-добра координация на здравните услуги и медицинското обслужване, подобряване на качеството и обхвата на дейностите, които предлагат изпълнителите на медицински услуги, акцентира се на промоцията на здравето.

Счита се, че по този начин се демократизира процесът на организация и управление на здравеопазването, като в него се включват активно всички участници в здравната система, включително пациентите и цялата общественост. Функционирането на здравните системи изисква гарантиране на равни шансове за достъп, равноправно отношение към пациентите, устойчиво развитие и високо качество на здравната помощ. Високото качество на обслужването се определя като първостепенна цел на промените.

В постреформаторската концепция интеграцията се разглежда като важен лост за организационно подобряване на системата и нейното приложение се търси особено в създаване на интеграционни програми. Представителите на този подход предлагат нови механизми на интеграция: програми за по-добра координация на услугите, ефективен мениджмънт при ясни приоритети, подобряване на качеството, промоция на здравето.

Тезата на представителите на постреформаторския подход е повишаването на ролята и отговорността на държавата при осигуряване на достъпност и равнопоставеност на здравни услуги. Ролята на държавата е в създаването на подходяща нормативна и друга регулация и контрол върху работата на системата. Държавата трябва да създава условия да се демократизират организацията, управлението и дейността на системата. В центъра на предложенията стои идеята новата здравна политика да разглежда проблемите на здравеопазните системи като неразривна част от социалната сфера на обществото, с цел да задоволява най-висшата човешка потребност – потребността от добро здраве в смисъла на дефиницията на СЗО. Здравето, само по себе си, включва твърде много фактори и взаимосвързки, което не позволява да бъде разглеждано само като обект на въздействие от страна на системата на здравеопазване.

Акцентира се върху необходимостта от регулиране на взаимоотношенията между купувач и доставчик на услуга, върху задължението на държавата да ги постави в определени приемливи рамки за функционирането на здравната система. Според това разбиране, наличието на регулирана конкуренция в областта на здравеопазването може да осигури по-голяма устойчивост и рентабилност от дейността на участниците в системата, да оптимизира техните взаимоотношения и в крайна сметка да повиши ефективността от инвестирания публичен и частен финансов ресурс. Разбира се, неефективният контрол, упражняван от държавата, както и недостатъчният или прекален контрол, може да доведе до дублиране, презастраховане и стагниране, което от своя страна да ограничи предприемчивостта на участниците в системата и да намали тяхната ефективност.

По мнение на експертите засиленият държавен контрол в сферата на здравеопазването е сериозно условие за запазване стабилността и устойчивостта на системата и за повишаване на доверието в нея. Факторът

„държава“ се счита за важно условие да се гарантират правата, интересите и здравето на пациентите. В тази концепция главният фактор е пациентът, а не пазарните отношения и към него трябва да е насочена системата за качеството на здравните услуги и обслужване, а неговата оценка да е решаваща за определяне полезността и ефективността на системата. Съществува дискусия как да се организира контролът, какви да са неговите подчиненост, обхват и форми на въздействие.

Проблемите на здравните системи следва да се разглеждат не като отделен и самостоятелен фактор, съобразен и подчинен на пазарната логика, а като неразривна част от социалната сфера на обществото. Това определя и тяхната същностна характеристика, посочва Гр. Димитров, 2018 г.

Здравните системи следва да се изграждат и да функционират на основата на редица общочовешки и фундаментални принципи, залегнали в документите на ЕС: гарантиране на равен достъп, справедливо отношение към пациентите, стабилно развитие и добро качество на здравните услуги и медицинското обслужване, както и тяхното ефективно управление и адекватно финансиране.

### **1.1.1. Примери с общинско финансиране на болниците в някои европейски страни (79)**

#### ***Франция***

Към държавните болници във Франция спадат местните болници - общински структури, които изпълняват здравни и социални функции: спешна помощ, последващи грижи, възстановяване, дългосрочни грижи и лечение. Те не разполагат с оборудване за хирургически операции и акушерство. Повечето лекари в местните болници са самонаети частно практикуващи.

Парламентът одобрява тавана на разходите за здравно осигуряване за годината, след което правителството ги разпределя в съответните направления (здравни грижи в частните практики, здравни грижи в държавните болници, здравни грижи в частните болници със стопанска цел и социални грижи – това са разходите за услуги, оказани на стари хора и на хората с увреждания).

След като разходният таван за държавните болници веднъж е определен, той се разпределя между регионите в страната като целта е намаляване на регионалните различия. Разпределението се прави по формула, която включва четири елемента:

- теоретичен обем на болничния престой, получен чрез прилагане на националните норми за използваемост на легловия фонд към демографската структура на регионите;

- претегляне чрез сравнителен индекс на смъртност (това са разликите в смъртността в региона при наблюдение върху възрастта и пола на населението);

- производителността на болниците в региона, измерена чрез индикатора ISA. Стойността на ISA за даден регион се определя чрез разделяне на общия регионален бюджет на обема дейности (това е съвкупността от случаите в болниците, определена чрез категоризация, подобна на диагностично свързаните групи в САЩ), претеглен с относителния разход за всеки случай според националната скала. Ако разходите за единица са по-високи от средните за страната, регионът се смята за по-слабо производителен и това се взема под внимание при определянето на финансирането;

- пациентопотока между регионите.

## *Дания*

В Дания решенията за разпределение на ресурсите се вземат на няколко нива. Най-важният механизъм за разпределение на ресурсите е договарянето на националния бюджет, което се прави веднъж годишно между Министерството на здравеопазването, Министерството на финансите, регионалните и общинските съвети, представени от своите асоциации. На годишните преговори се договарят максималното равнище на данъците в регионите и общините, нивото на държавните субсидии към регионалните и местните власти, нивото на преразпределение или финансово изравняване между регионите и общините за компенсиране на вариациите в данъчната база, размера на извънредните субсидии, предназначени за конкретни области, изпитващи нужда от допълнителни ресурси. След това на ниво болница бюджетите се определят от регионалните власти, които също така определят и броя на частно практикуващите лекари, които се финансират от Националната здравноосигурителна система. Заплатите на персонала, нает в болниците и домовете за грижи, се определят след преговори между профсъюзите, Агенцията на регионалните власти, Националната асоциация на местните власти и Копенхагенската болнична корпорация.

През последните десетилетия преобладаващият метод за разпределение на ресурси между болниците е на базата на перспективни глобални бюджети (80%), определени от регионалните власти след преговори с администраторите на болниците. Тези бюджети се основават на минали периоди и се коригират с цел отразяване на включването на нови дейности, промени в задачите и областите на специфична необходимост. Глобалните болнични бюджети се оказват много добър инструмент за съдържане на болничните разходи, въпреки че критиците твърдят, че тази система страда от липса на гъвкавост и не стимулира по-ефективните звена. Глобалните бюджети имат и други силни страни като например

гарантирането на бюджетна устойчивост и леснота на администриране. При тази система големите капиталови инвестиции се определят от регионалния съвет след дискусия с мениджмънта на болниците. Решенията за малките инвестиции се взимат самостоятелно от последните. 20% са за заплащане на случай – ДСГ.

### *Швейцария*

Допълнителен източник на финансиране на Швейцарската здравна система са данъчните приходи от федералното правителство, кантоните и общините. Те покриват субсидиите за частните и обществените болници, субсидиите за домовете за здравни грижи, субсидиите към премиите за задължително здравно застраховане и разходите по дейностите за превенция на заболяванията и промоция на здравето.

Обществените болници, които са собственост на кантоните или общините са под техен контрол. Кантоните покриват пълния размер на капиталовите разходи на тези болници, както и процент от текущите им разходи. (79)

## **1.2. Основни икономически промени в отрасъл Здравеопазване съгласно приетото законодателство в контекста на здравната реформа в РБългария**

### **1.2.1. Последователност на промените в здравния сектор в контекста на здравната реформа**

Първата стъпка в ограничаването на държавния монопол върху здравната система е нормативното възстановяване и регламентиране на частния сектор в здравната система. Първоначално това става чрез гласуваното от Парламента изменение и допълнение на Закона за народното

здраве и приетите от Министерския съвет подзаконовни актове, с които се възстановява правото на частната медицинска дейност. Здравната мрежа – лечебна и профилактична – като държавна собственост, финансирана и управлявана от държавата – си остава непокътната, но наред с нея се открива реалната възможност за развитие на частни лечебни заведения се посочва в Анализа Развитие и реализация на човешките ресурси в отрасъл „Здравеопазване“ на Агенция по заетостта. (1)

През 1995 г. е гласуван от Парламента Закон за лекарствените средства и аптеките в хуманната медицина, с който почти цялата система на снабдяване с лекарства, независимо от известни ограничения, преминава в частния сектор. Многократно променян и допълван през следващите години, от гледна точка на реформата в здравеопазването този закон развива и подпомага процеса на демонополизиране на здравната система.

Едновременно с промените в нормативната уредба, важно значение за демонополизирането на здравната система има възстановяването на съсловните организации в здравеопазването. Съсловната организация на лекарите е възстановена на 27 май 1990 г. от 27-мия Събор на Българския лекарски съюз. А малко преди това – на 10 и 11 март 1990 г. Национална конференция в Пловдив взема решение за възстановяване на Съюза на стоматолозите в България.

В следващите години се положиха усилия за децентрализация на здравната администрация и създаване на регионални (областни) структури.

Новата Конституция (1991) и Законът за местното самоуправление и местната администрация (1991) променят съществуващото административно-териториално делене на страната. Създават се Регионални центрове по здравна информация, които малко по-късно се преобразуват в “Районни центрове по здравеопазване” (РЦЗ). Те са подчинени пряко на министъра на здравеопазването и имат статут на местно представителство на Министерството на здравеопазването. Техните функции са провеждане

на националната здравна политика на регионално ниво, методично ръководство, координиране и контрол на здравната система и здравните дейности на общините в областта. Със създаването на РЦЗ и делегираните им управленски правомощия се постига известна децентрализация в здравната система, но без съответната деконцентрация - нейното управление остава концентрирано в Министерството на здравеопазването и неговите административни органи.

През 1991 г. с Наредбата за управление на здравните заведения е направена съществена промяна на системата за управление на здравните заведения, по-конкретно – в управлението на заведенията за извънболнична и болнична помощ. С този подзаконов акт за пръв път се утвърждават и конкретизират демократичните тенденции, залегнали в изменението на Закона за народното здраве през 1991 г. Наредбата урежда управлението на всички публични болници, поликлиники и диспансери, които са собственост на общините (тогава "временни общински изпълнителни комитети") или на държавата (под ведомството на МЗ). Успоредно с осъществяването на тази радикална промяна в управлението на лечебните заведения се предприема национална инициатива с организация и подготовка по „здравен мениджмънт” на управленския персонал в лечебните заведения, възложена на тогава съществуващия Национален институт по социална медицина.

С тази стъпка се поставя началото на поредица от инициативи за радикални и конкретни решения за демократизиране и децентрализация на управлението на лечебните заведения и практическото въвеждане на принципните основи на тяхното самоуправление. Липсата на промени в икономическия статут на болниците не позволява развитие на нови отношения.

През 1996 г. се появява официална концептуална и програмна разработка под формата на Национална здравна стратегия „Здраве за

България” (на 8 декември 1995 г. е приета с Декларация на Народното събрание). В съответствие с нея, през 1995-1996 г. е разработена (с подкрепата на Програма PHARE) подробна Стратегия за развитие на първичната здравна помощ. И двете стратегии обаче не успяват да заемат мястото в практиката на здравната реформа като основополагащи и ръководещи здравната стратегия документи. Със смяната на правителството те остават като документи за определени стъпки в реформения процес.

Процесът на реформа продължи с приемането на пакет от закони, които заедно с фармацевтичното законодателство формират основата на радикалната здравна реформа. Това са Законът за здравното осигуряване, Законът за лечебните заведения и Законът за съсловните организации на лекарите и стоматолозите. Тези закони са взаимно обвързани с една обща логика, която отговаря на изискването и тенденцията за демократизиране и пазарност на здравната система. Предназначението на тези закони е да осигурят правното регламентиране на демократичното и пазарното развитие на лечебната помощ в нашата страна.

Известни промени се извършват и в областта на общественото здравеопазване след приемането на Закона за здравословни и безопасни условия на труд, Закона за храните и Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите, както и приемането на нови подзаконови актове по превантивната и здравно-промотивната дейност и организацията на хигиенно-епидемиологичната служба.

През този кратък, но наситен със събития период, заедно с радикалните промени в държавата, настъпват съществени и дълбоки качествени изменения и в здравната система:

√ Премахна се държавният монопол в здравеопазването (частично като собственост и дейност, но осигуряването е предимно държавен монопол), формираха се три самостоятелни субекта в здравната система

(потребители на лечебната помощ, изпълнители на медицинската помощ и финансов посредник), съобразени със създаването на пазарни условия;

✓ Преобразува се голяма част от лечебните заведения от публична държавна и общинска собственост в частна държавна и общинска собственост, като те се превръщат в пълноправни пазарни субекти, със създадени възможности за получаване на собствени приходи от медицинска дейност;

✓ Приватизира се първичната медицинска помощ, което да задвижи възможните икономически механизми на конкуренцията, частното предприемачество и частната собственост, водещи до по-добро обслужване на осигурените лица и до по-успешно управление на ресурсите на лечебните заведения;

✓ Изгради се институцията „общопрактикуващ лекар”, който има частна собственост върху лечебното заведение и е заинтересован пряко от резултатите от дейността си;

✓ Въведеха се нов тип икономически отношения в лечебния сектор чрез изграждането на здравноосигурителна система, въвеждане на договорни отношения между здравноосигурителната организация и изпълнителите на медицинска помощ, заплащане за извършена работа;

✓ Промениха се моделите на заплащане на лечебните заведения и се въведе договорното начало, чрез подписване на Национален рамков договор;

✓ Промени се организационно-структурното устройство на здравната система;

✓ Бяха предприети действия за съкращаване на болнични легла и болничен медицински персонал, което трябваше да ликвидира „хипертрофиралите” болнични структури, да изгради мощна система на първични базови грижи и извънболнична специализирана помощ като

съдействия по този начин за ограничаване на много по-високите болнични разходи, чрез ограничение на ненужните хоспитализации на случаи, чиито здравен проблем може да се реши в извънболничната помощ;

✓ Промени се системата за управление в посока към нейното демократизиране, като в нея се включиха редица икономически и други елементи за саморегулация;

✓ Бяха положени основите за развитието на пазар на здравните услуги чрез децентрализация на управлението на здравеопазването, ограничаване на държавното регулиране, независимост на производството на здравни услуги от финансирането, автономия на изпълнителите на здравна помощ, въвеждане на конкурентни взаимоотношения между изпълнителите и въвеждане на цени на услугите.

✓ Законово се регламентираха съсловните организации на лекарите и денталните лекари, на които се възложиха определени права и отговорности по регулирането на здравната система. В контекста на идеята за изграждане и развитие на демократично общество бяха нормативно делегирани определени отговорности (които досега бяха държавна отговорност) на тези неправителствени организации по регулация на системата на здравеопазване. Нормативното регламентиране на договорното начало в предоставянето на здравни услуги, заплащани с публични финансови средства, участието на съсловните организации в изготвянето на нормативни документи, участието им в политическото и експертното обсъждане на въпроси със значение за здравеопазването в рамките на парламентарни, ведомствени и работни комисии, както и възможности за участието им в контрола на здравеопазването са част от промените в посока на изграждане на плуралистична здравеопазвана система и демократично гражданско общество. (1)

### **1.2.2. Преобразуване на публичните лечебни заведения за болнична помощ**

В съвременните условия на социално-пазарна икономика мисията и целта на болницата следва да се осъществяват в условията на един административно-правен и търговско правен режим, при който болницата има статут на относително автономен (в пределите на нормативните изисквания и ограничения) пазарен субект.

ЗЛЗ изрично разпрорежда равнопоставеността на публичните (с държавно или общинско участие) и частните болници. Административно-правното изискване е необходимостта от разрешение за откриване на болнично заведение (когато заведението ще се открива за първи път). При влизането на ЗЛЗ в сила, заварените частни болници трябваше да приведат статута в организацията на дейността си в съответствие с видовете болници.

Съществуващите публични болнични заведения се преобразуваха в ЕАД или ЕООД със заповед на министъра на здравеопазването. При преобразуването се очертават три групи болнични заведения:

- група на (общо взето) национални болнични заведения (включваща и държавните белодробни болници, както и санаторно-курортните и лечебно-оздравителните заведения), при които собствеността на капитала се придобива изцяло от държавата, а правата на собственик се упражняват от министъра на здравеопазването;

- група на районните болници, които се преобразуват в АД, като собствеността на капитала се разпределя както следва: 51% на държавата и 49% за общините от областта (общините разпределят помежду си акционерното участие пропорционално на тяхното население);

- група на останалите болнични заведения (всъщност общинските болници), които се преобразуват в еднолични търговски дружества със 100% капиталово участие на общината, а правата на собственост се упражняват от общинския съвет.

В общи линии процедурата по преобразуването включва:

1. Издаване на заповед от министъра на здравеопазването за тяхното преобразуване,
2. Регистриране в съда като търговски дружества,
3. Получаване на административно разрешение от министъра на здравеопазването.

Преобразуването се последва от акредитация – процедура, която гарантира качеството на дейността на болницата.

Преминали процедурата на преобразуването, болниците придобиха статут на юридически лица – търговски дружества със съответната административна, финансова и професионално-медицинска самостоятелност. По този начин се превърнаха в пазарни субекти, чиято специфичност произтича от тяхната мисия и цел. (1)

### **1.3. Социални приоритети и пазар в здравеопазването**

Здравната система е нито изцяло икономическа, нито изцяло социална система. Повечето лечебни и превантивни здравни услуги се разбират на първо място като социално благо и осигуряването му за всеки индивид е фундаментална полза за обществото под формата на по-висок жизнен стандарт и по-голямо социално сближаване. Това предопределя концептуалното разбиране за характера на здравните услуги, които не се схващат като нормални пазарни стоки и продукти, предоставяни с цел получаване на печалба.

Този характер на здравните услуги предопределя господството на стария фундаментален принцип на солидарността при формулиране на здравната политика. Широкото разбиране на солидарността предполага, че доколкото всички граждани са членове на обществото, те имат равни права да ползват здравни услуги. Принципът на солидарността се реализира чрез

специфично кръстосано субсидиране на болните от здравите, на бедните от богатите, на възрастните от младите, на семействата от индивидите.

За да се реализира социалното здравно финансиране и солидарността, било то чрез централизирани данъчни постъпления, или чрез система на здравно осигуряване, участието на всички работещи членове на обществото е задължително. (79)

В почти всички развити страни силната държавна регулация на здравния сектор се налага, за да се осигури необходимия резултат от дейността на здравноосигурителните фондове, доставчиците и изпълнителите на медицински услуги.

Постигане на справедливост в рамките на обществото по повод ползването на здравни услуги е основна характеристика на социална система на здравеопазване. Системата трябва да гарантира на всеки нуждаещ се, че ще получи здравна помощ, безусловно и тази гаранция се осигурява от колективното участие на всички във финансирането на системата, което позволява да се реализира кръстосаното субсидиране.

В същото време, в последните години се наблюдава трайна тенденция за комерсиализиране и меркантилизиране на процесите на оказване на медицинска помощ в световен мащаб. Неотчитането на тези обективни процеси, липсата на адекватни анализи и оценки на генезиса и последиците от тях имат като следствие възникването на редица проблеми, които рефлектират върху удовлетвореността на пациентите и качеството на здравните грижи.

Съвременната теория за икономическата природа на здравеопазването трябва да отговори на въпросите как обективните процеси на превръщането на медицинската помощ в стока/услуга, подлежаща на пазарна размяна, с цел печалба за производителя на услугата, лишават от реално съдържание принципа на солидарността и доколко съпротивата да бъдат признати и

регламентирани тези обективни отношения води до задълбочаване на трудностите и влошаване на крайните резултати.

Равнището на разходите за здравеопазване и тяхната ефективност и ефикасност се превръщат в централен въпрос и поради две групи обективни обстоятелства. Първо – високо технологичния характер на сектора. Той изисква все по-широко равнище на разходи за нови технологии, лекарства, медицинска апаратура, научни изследвания и др. Счита се, че на този фактор се дължи около половината от ръста на разходите в системата през последните десетилетия (интензивен ръст). Второ – демографските процеси в повечето развити страни (включително в България) – повишаващата се продължителност на живот, съчетана с ниска раждаемост. Резултатите от тези процеси са промяна във възрастовата структура на населението и значителното му застаряване. По-възрастната група от населението има и по-висока потребност от медицински услуги. На практика поради тази причина потреблението на медицински услуги нараства екстензивно.

В зависимост от избраната система на финансиране на здравеопазването се наблюдават различни политики и механизми за контрол на разходите. Най-общо те са три типа: контрол върху цените и обемите на дейност на входа на системата; поставяне на бюджетни тавани върху разходите (общо за системата или по отделни направления); прехвърляне на част от разходите върху частния сектор или върху пациентите.

### ***Конкуренция на пазарите на доставчици на медицински услуги***

Осъществяването на ефективна конкуренция между доставчиците на медицински услуги е проблематичен въпрос, тъй като практиките в развитите страни все още не са дали своя резултат, така че да се оцени ползата от тях. През 90-те години се правят опити да се въведе конкуренция (квазипазар) между отделните болници в някои европейски държави.

### ***Конкуренция между застрахователните фондове***

Конкуренцията на пазара на застрахователите може да подобри ефикасността на системата по два начина:

1. да стимулира фондовете да ограничат административните си разходи и да подобрят обслужването на застрахованите лица
2. чрез селекцията на доставчик се оказва натиск върху тях по посока подобряване ефективността и качеството на предоставяните услуги на пациентите.

Посочените съображения са накарали част от държавите на ОИСР да отворят пазарите си за конкуренция между застрахователните компании (Белгия, Холандия, Чехия и др.). в същото време строгият контрол върху разходите и задължението да се осигури пълно покритие на населението със здравни грижи налагат разширяване на практиката за въвеждане на регулирана /управлявана/ конкуренция.

В тази връзка се прилагат механизми за предварително управление на риска, който да взема под внимание различните степени на риск за отделните фондове, които предлагат полици с разнообразни покрития. По този начин фондовете, които носят по-голям риск, получават субсидии от фондове с нисък рисков профил по определена схема. Все още подобни схеми за управление на риска покриват малка част от всички разходи на фондовете, застрахователите са заинтересовани да привличат клиенти в по-добро здравословно състояние (*cream skimming*). Това, от своя страна, намалява стигулите да се изисква по-висока ефективност от доставчиците, защото дава възможност на застрахователите да си осигурят печалба (или поне финансова жизненост за нестопанските организации) по лесен и удобен начин.

Социалната и пазарната характеристика на здравеопазването са двете страни на процеса по осигуряване на здравни грижи за цялото население, които задължително следва да се имат предвид при анализа и оценката на здравната система. Постепенното превръщане на сектора в пазарен при

стремеж към запазване на социалните му особености е обективен процес, който се наблюдава във всяка развита здравна система в света. (79)

### **1.3.1. Концепция за социално пазарно стопанство**

Концепцията за социално пазарно стопанство се изразява в следните характеристики: (134)

- ✓ Социалното пазарно стопанство свързва творческите сили на свободния пазар със защитните мерки на социалното законодателство. То почива върху два стълба – на свободния пазар и на държавния контрол, без да се признава доминиращата роля на нито единия от двата. Социалното пазарно стопанство подчинява много повече и двете в служба на общото благоденствие на хората и обществото.
- ✓ При социалното пазарно стопанство търговията и индустрията формират своите планове на независима основа. Търсенето и предлагането се регулират чрез свободна конкуренция. Предприемаческата свобода, свободна конкуренция и свободна търговия упражняват в стопанството позитивна функция.
- ✓ Социалното пазарно стопанство подчинява капитала и собствеността на по-високи цели, отколкото стремежа единствено към печалба и е насочено към всеобхватното (материално, културно и политическо) общо благо. В този случай самото получаване на високи и големи капиталови натрупвания не са безнравствени, докато са в служба на тези цели.
- ✓ Социалното пазарно стопанство не насърчава (за разлика от либералния капитализъм) пълната свобода на конкуренция и предприемачество. Непочтената конкуренция се изключва от държавата. Държавата определя правилата, защото законите за търсенето и предлагането сами не могат да осигурят справедливия

ред. Заплатите и условията на труд се договарят самостоятелно между профсъюзите и обединенията на работодателите в условията на тарифна автономия, а техните минимални изисквания се гарантират от социалното законодателство. Господството на монопол, частичен монопол, картели и други, също се възпрепятства от държавата. Неизбежните монополи трябва да са подложени на обществен контрол.

- ✓ В социалното пазарно стопанство предприемачите са тези, които създават работните места. Те са тези, които виждат бъдещето и го осъществяват. Поради това днес имаме нужда от повече предприемачи, които могат да създават фирми и работни места.
- ✓ За разлика от централизираното стопанство при социализма, при социалното пазарно стопанство на социално слабите (безработни, нетрудоспособни по болест, инвалидност или възраст, самотно отглеждащи децата си родители) за справедливи условия на живот не би следвало да е силно централизирано, а да бъде децентрализирано доколкото е възможно, чрез включването на църкви, милосърдни организации и други доброволни организации.
- ✓ Икономическата и политическата система при социалното пазарно стопанство са разделени една от друга. Стопанското планиране остава главно в компетенциите на частните предприемачи. Държавата е призвана да се намесва само доколкото е необходимо до предотвратяване сериозни нарушения и несправедливости в стопанския процес и за да гарантира, че стопанството ще постигне своята цел.

### ***Формула за успеха на социалното пазарно стопанство***

Според немския експерт в тази област Ханц Пешке една държава има успешно пазарно стопанство, ако:

- конкуренцията е почитена и защитена от държавата
- ако е налице разпределение на властите, вместо концентрация на властта
- ако има социално партньорство
- ако съществува свобода и справедливост чрез принципа на подпомагането
- ако се формира собственост за наемните работници.

Здравеопазването е много сложна и динамична система от смесен тип. За него е характерно прякото присъствие и участие на населението в процеса на здравното обслужване, с невъзможността за винаги сложна прогноза на резултатите от конкретната здравна дейност, честата невъзможност за количествена оценка на ефекта от реализирането на дадени управленски решения, значителна роля на фактора случайност в процеса на медицинските дейности, честите неадекватни претенции и неадекватни оценки от страна на общественото мнение. Поради тези причини от важно значение е организацията и управлението на здравеопазването да става на базата на съобразен с особеностите на страната финансов инструментариум, а не чрез администриране и теоретизиране. (1)

Социалните елементи на здравето са свързани с неговата зависимост от доходи, потребности, качество на живота, образование, форми на социални контакти, форми на социални грижи и плащания. Социалният подход е свързан, от една страна с характера на здравеопазването (профилактика, промоция, лечение в извънболнична и болнична помощ и т.н.), и от друга с всички немедицински фактори на здравето.

Системата на здравно осигуряване беше въведена в страната ни, за да осигури социална здравна защита на всеки гражданин чрез спазване на принципите на солидарност, справедливост, равнопоставеност и достъпност при ползване на медицинската помощ, както и на задължително участие и отговорност при опазване на собственото здраве. Този тип система изхожда от интересите на отделната личност и е насочена към тяхната защита, което определя и нейния социален характер. От друга страна, самата система се осъществява във и чрез обществото, за сметка на обществените фондове за потребление.

В процеса на реформиране на една значително консервативна система, каквато е здравната, от особено значение за населението и особено за най-уязвимите му групи, е социалната им здравна защита. Системата осигурява:

- ✓ Социална ориентираност на здравните услуги;
- ✓ Гарантиране на равен достъп, сигурност и качество на населението при ползване на медицинските и дентални услуги, съгласно основния пакет здравни дейности;
- ✓ Предлагане на пазарни механизми при разпределяне на ресурсите в системата на задължителното здравно осигуряване, чрез които да се създаде благоприятна конкурентна среда, водеща до повишаване на качеството на предлаганите услуги;
- ✓ Структуриране на лечебните заведения, като самостоятелни юридически субекти с възможности за икономическа независимост и управление на собствен ресурс.

Една от целите на новата система беше създаване на съвременно здравеопазване с добре мотивиран и квалифициран медицински и друг персонал, с високо обществено признание на полагания от него труд. Новите изисквания на здравната система и на промените в сектора изискваха прилагането на нови подходи и механизми в образованието, квалификацията и продължаващото медицинско обучение, нови механизми

на заплащане и въвеждане на системи за повишаване на ефективността на полагания труд.

Новият здравноосигурителен модел по същество е концепция за нов модел на публично здравеопазване, поради това че предложените механизми на здравно осигуряване променят не само технически системата, но създават нови обществени отношения, утвърждават качествено нови позиции на пазарните субекти в здравеопазването и създават възможности за единен стил на мислене и взаимодействие между специалистите по здравно осигуряване. Формирането на нови обществено-икономически отношения е свързано с неминуемите професионални и социални проблеми, произтичащи от тази промяна за хората, работещи в системата. (Агенция по заетостта, 2013)

#### **1.4. Оценка на пазарните структури в здравеопазването в България**

##### **1.4.1. Оценка на пазарните структури от страна на търсенето на здравни услуги:**

\* От страна на търсенето на здравна помощ, финансирана от НЗОК, е изграден тип на пазарна структура, отговаряща по повечето белези на **съвършена конкуренция** – с много участници (осигурените лица), които не влияят върху размера на вноските и потребителската такса като парична цена на ползването на медицинска помощ. По други белези може да се отнесе към други типове пазарни структури – поради индивидуализираните услуги от страна на търсенето, наличие на бариери за влизане на около 1 млн. души; възможности за неценови или алтернативни ценови „цени в сянка“ фактори за конкурентно поведение. Поради ниската степен на информираност и нерационалност (в случаи на болка и тежко състояние) потребителят не може да упражни пазарна сила върху лекаря, а напротив – той е зависима страна от информираността и решението на лекаря за

неговото здравно състояние. Следователно, независимо от пазарната структура пазарът се деформира поради липсата на независим, добре информиран и свободен в своите решения купувач. Общата оценка за потребителската ползност (базирайки се на удовлетвореността от обществени здравни услуги) е ниска, но има тенденция на повишаване в сравнение с периода преди и началото на реформите.

\* От гледна точка на **третата страна** – НЗОК, са налице много белези на **монопсон** – единствен участник, значителна сила при определяне на цените на здравните услуги, законово блокиран вход за други участници, липсва ценова конкуренция, прилагат се елементи на неценова конкуренция като публично рекламиране и информиране на обществото. По отношение на типа на продукта НЗОК купува стандартизирани и нормативно дефинирани от МЗ здравни услуги. Родството на НЗОК с пазарната структура тип „монопсон“ се приема условно, за да се анализира цялата сложна пазарна конструкция с посредничеството на касата. По своя статут и предназначение НЗОК не е пазарен участник, тя е учредена в обществен интерес, за да гарантира равенство и справедливост в достъпа до основен пакет здравна помощ, гарантиран с нейния бюджет. Разпокъсаната конкурентна сила на милионите осигурени лица се представя от организацията – финансов посредник, която заплаща в полза на осигурените лица и се явява здравен защитник, отстояващ на икономическата сила и присъщия монополизъм на предлагашата страна.

\* Държавното регулиране на търсенето на здравна помощ от осигурените лица се осъществява чрез ЗЗО, редица нормативни документи на МЗ, с които е съобразен ежегодният национален рамков договор. Много позитивна стъпка в държавното регулиране на търсенето е разрешението от 2004 г. свободен избор от осигурените лица на специалист и болница на територията на страната. От друга страна, нормативно дефинираният пакет

не е съобразен с ограничения бюджет на НЗОК, както и не предоставя по-широка възможност за доброволно здравно осигуряване.

\* Финансовият потенциал на НЗОК при осигурителните основи на изчислението на вноските е недостатъчен, за да се предостави универсално и отговарящо на реалните потребности здравно обслужване. Проблемите се изострят и с оглед на финансовите отговорности на НЗОК за заплащане на медицинска помощ, получена в ЕС от българи – здравноосигурени лица. През следващите години е необходимо да се предвидят регулиращи държавни субсидии за решаване проблемите с финансовия дефицит на НЗОК. (23)

#### **1.4.2. Оценка на пазарните структури от страна на предлагането на здравни услуги:**

\* От страна на предлагането на здравна помощ, финансирана от НЗОК, доминират структури на **монополистична конкуренция** в доболничната помощ и **олигополни структури** в болничната помощ. Съществува наличие на **пазарни несъвършенства** от страна на предлагането на здравна помощ. Съсловните организации действат като картел на изпълнителите, като ги представят като единна монополна сила при националното рамково договаряне (23).

\* В „квазипазара“ на НЗОК и съсловните организации е изграден аналог на **билатерален монопол**, уравнивяващ двете икономически сили. По същество обаче съсловните организации не са пазарна страна, а само засилват и обединяват многочислените изпълнители на медицинска помощ.

\* Предлагането на медицинска помощ, заплащана от НЗОК, се развива с много високи темпове по предприемачески път и по капацитет надхвърля значително търсенето (т.е. платежоспособността на НЗОК). Има постигнати редица успехи в решаването на проблеми с по-равномерно

предоставяне на осигурените лица на първична и специализирана медицинска помощ, осигуряване на по-богат избор на лечебно заведение, повишаване на ефективността от използване на болничната леглова база, покритие на минималните потребности от договори с НЗОК, въвеждане на съвременни системи на заплащане за дейност, стимули за осигуряване на качествена здравна помощ и т.н. В същото време остават нерешени проблемите на концентрация на специалисти и дентални лекари в големите градове, неадекватно заплащане на дейността, свръхосигуреност със специализирани и болнични лечебни заведения, недостатъчност на заведения за долекуване, продължително лечение и хосписи, наличие на незаети практики на общопрактикуващи лекари и др.

\* Държавното регулиране на предлагането на медицинска помощ изисква разнообразни нормативни документи, осигуряващи по-равен достъп до помощта, покритие на регионалните потребности с договори, изисквания за качество на помощта (стандарти, акредитационен процес). То се нуждае от подобрене по отношение въвеждане на планове на високотехнологичната здравна мрежа и легловия фонд, създаване на условия за селективно договаряне на база качество и ясно разграничаване на частни от обществени финансови и стокови потоци и отношения. Препоръчително е да се приемат законови клаузи за постигане на изпреварващо повишаване на обемите дейности пред това на договорените цени в интерес на обществото.

#### **1.4.3. Оценка на „пазарните структури“ в субсидираните квазипазари: (Делчева, Атанасов, 2007)**

\* От страна на търсенето на здравна помощ, финансирана от държавния и/или общинските бюджети, има белези както на **конкурентен тип структура**, така и на монополистична конкуренция. Третата страна

(организацията – финансиращ орган, който не е пазарен субект) условно се определя като **монопсон** за всеки вид дейност.

\* От страна на предлагането се наблюдават олигополни или монополни структури на местно равнище (напр. една психиатрична болница в района).

\* В субсидираните пазари се забелязва липса на баланс на икономическите сили от двете страни на пазара, като доминира организацията – финансиращ орган. Това дава предимство с ограничения бюджет да се договарят повече дейности за нуждаещите се лица. Необходимо е да се развият формите на публичен мениджмънт в субсидираните дейности на здравеопазването при заплащане по цени на Рамзи (на нивото на средните разходи на единица продукт), като се стимулира конкуренцията от страна на предлагането и се купуват услуги и от частни лечебни заведения.

#### **1.4.4. Оценка на пазарните структури в пазара с финансовото посредничество на ДДЗО (Дружествата за доброволно здравно осигуряване):**

\* От страна на търсенето на здравна помощ, финансирана от ДДЗО, има белези както на **конкурентен тип структура**, така и на монополистична конкуренция.

\* От „третата страна“ се наблюдават олигополни структури на национално ниво (например няколко са големите играчи), но с тенденция на преход към монополистична конкуренция.

\* От страна на предлагането на здравни услуги се очертава силна конкурентна борба между много участници, които обаче могат да влияят съществено, диверсифицирайки продуктите си, и върху цената на

договорите и исковете. Следователно типът на пазарната структура е по-скоро на монополистичната конкуренция.

\* Търсенето на здравни услуги, заплащани от застрахователните акционерни дружества (ЗАД), нарастват ежегодно в най-младия пазар в здравния сектор. Предлагането на услуги и желанието на частни и обществени лечебни заведения за договори и реални приходи от ЗАД е многократно по-голямо от финансовия потенциал на търсенето. Гласък на търсенето на доброволни здравни застраховки може да въведе на задължително допълнително здравно осигуряване.

\* Държавното регулиране е много изчерпателно представено в ЗЗО, като функциите се упражняват от Комисията за финансов надзор и от МЗ – Специализиран здравноосигурителен надзор. Необходимо е законово уреждане на регулативните функции за изравняване на рисковете, осигуряване на равен достъп и равни условия на всички участници – осигурители, във възможен бъдещ пазар на здравни осигуровки/застраховки. (23)

#### **1.4.5. Оценка на пазарните структури в директния пазар на здравна помощ:**

\* Типът на пазарната структура от страна на търсенето се намира между **съвършената и монополистична конкуренция**, по-слабата информираност и нерационалност на потребителя ограничава ролята на търсенето и я прави зависима от предлагащата страна.

\* Типът на пазарната структура от страна на предлагането на платени медицински услуги отговаря повече на **монополистична конкуренция**. Някои видове високоспециализирани и технологични услуги се предоставят в олигополни и монополни структури.

\* Делът на директния пазар в разпространението на директните парични отношения в здравеопазването се различава съществено от развитите европейски страни и наподобява състоянието в развиващите се страни, в които директните плащания достигат 50% от общите здравни разходи. Това явление е продукт главно на недофинансирането от публични източници и ерозира политиката на равен достъп за всички до здравна помощ.

\* **Нерегламентираните плащания продължават да бъдат сериозен проблем** в българското здравеопазване. Всеки втори човек заплаща на ръка (без документ) на лекар/дентален лекар или друго лице, а почти всеки пети го прави често.

\* Българското население показва **по-големи предпочитания за „кешови“** плащания за здравни услуги (в сравнение с доброволното осигуряване). Съответно и консуматорската ползност (потребителският излишък) е положителна и по-висока, отколкото през 1998 г.

\* **Готовността за обръщаемост** към лекар в случай на хронична заболяемост **се влияе от цената**, но ценовата еластичност е под – 1. Нееластичността на търсенето от цената и дохода в съчетание с присъщия монополизъм на лекарското съсловие и структурните несъвършенства засилват **опасностите от монополно поведение** и водят до загуби на обществено благосъстояние.

\* **Удовлетвореността от частни (платени) медицински услуги е малко по-висока**, а неудовлетвореността е малко по-ниска от тази на обществените здравни услуги. Освен високите цени като причини за неудовлетвореност се посочват и ниското качество, недостатъчният избор и непълният пазар. Тези резултати илюстрират присъствието на пазарни дефекти в директния пазар на здравни услуги – **непълен пазар и пазарни структурни несъвършенства**.

\* Директният пазар на здравни услуги е напълно либерален. Единствените **държавни регулации** са изискванията за разкриване на частно лечебно заведение (регистрация или разрешение), препоръчителни изисквания за акредитация и задължителни медицински стандарти. Прекаленият либерализъм към създаването на частни структури, липсата на държавно и регионално планиране на здравната мрежа, отсъствието на единна методика за остойносттаване на медицинските услуги, смесването на обществени и частни потоци, регламентирани и неформални отношения, както и слабата информираност на потребителите за пазара и отсъствието на национално признати организации за защита на потребителя в здравеопазването, водят до свръхосигуреност с лечебни структури, ниска степен на използваемост и ефективност на вложените ресурси, проинфлационни процеси и липса на реална защита на потребителя, който се губи в джунглата на този пазар. (Делчева Е., П. Атанасов, Пазарни трансформации в здравеопазването, 2007)

### **1.5. Представяне на модел за ефективно развитие на българското здравеопазване (Социално-либерален модел за развитие на здравеопазването в Р България) (11)**

За развитие на здравеопазването в Р България екип от експерти на Факултета по обществено здраве, начело с проф. Ц. Воденичаров, разработват социално-либерален модел. Моделът предвижда по-нататъшно развитие на реформата в здравеопазването с прилагане на пазарни подходи в управлението, а също така контрол и стимулиращо участие на държавата при решаването на важни медико-социални проблеми. Моделът запазва НЗОК, но ограничава монопола ѝ като позволява част от задължителните здравноосигурителни вноски да бъдат насочвани по желание от осигурените лица към лицензирани доброволни здравноосигурителни фондове.

Предвидени са организационно-управленски форми за подобряване на достъпа до общопрактикуващия лекар, внедряване на нова система на училищно здравеопазване, повишаване ролята на държавата в опазване здравето на майките и децата, детското стоматологично здраве и др. Предлага се поетапно внедряване на национална система за електронно здравеопазване, включваща електронно здравно досие, лична електронна здравна карта на пациента и автоматизирани информационни системи в лечебните заведения.

Предлаганият модел е разработен след внимателно изследване на актуалните проблеми на българското здравеопазване и възможностите за неговото развитие като система: състояние на общественото здраве; ефективност на здравната реформа; състояние на здравното обслужване; състояние на здравното осигуряване; лекарствена политика; приватизация; стратегически приоритети; основни цели.

***Исходни постановки:***

- Здравеопазването в Р България е обект на нарастващо недоволство от страна на пациенти, здравни специалисти, политици и мениджъри в здравеопазването.

- Здравеопазването в икономически развитите страни не е и не може да бъде обект на непрекъснати революционни промени. Системата на национално здравеопазване придобила европейски вид, се нуждае от добре обмислени и основани на доказателства промени, реално приложими в конкретната съществуваща икономическа, социална и културна среда в България.

- Построяването на модел за развитие изисква балансирането на обществените ценности, социалния характер на здравеопазването и финансовата рамка за контрол върху здравните разходи в съответствие с принципите на Европейската здравна реформа.

- В основата на модела следва да стои пациентът като обект на здравното обслужване, както и концепцията за водещата роля на индивида в опазването и укрепването на собственото му здраве.

- Хроничното недофинансиране на здравеопазването изисква разработката на приемлива форма за постепенно увеличаване на показателите за финансиране с цел достигане на долна граница на европейското равнище.

- Плуралистичният характер на предлагания социално-либерален модел следва да включва използването на пазарни подходи в управлението на здравеопазването като запазва регулиращата и стимулиращата роля на държавата при решаването на важни медико-социални проблеми.

## **Изводи от литературния обзор:**

1. През периода 1999 – 2001 г. в отрасъл „Здравеопазване“ се осъществява радикална пропазарна реформа в унисон с общите трансформационни процеси в българската икономика, целяща чрез повишаване на икономическите стимули и икономическата свобода на медицинските кадри да се повишат качеството и ефективността на здравното обслужване, което да спомогне за подобряване здравето на нацията. Интегрираната система на обществено здравеопазване се трансформира в обществено-частна пазарна система, чиито единични здравни и икономически цели би трябвало да са синхронизирани със социалните цели на общественото благосъстояние.

2. В периода на здравната реформа се влошават основните здравно-демографски показатели, като изостават значително в сравнение с новоприсъединилите се страни – членки на ЕС, и очакващите присъединение. Тази негативна динамика обуславя необходимостта от универсално, достъпно и качествено организирано здравеопазване, което да отговаря на европейските принципи и изисквания.

3. Доминирацият пазар в здравеопазването (по брой участници) е индиректният пазар с финансовото посредничество на НЗОК. Самото присъствие на „трета страна“, която заплаща в полза на осигурените лица, от една страна се диктува от обществения интерес за осигуряване на равен достъп и солидарност, но от друга води до дефекти на пазара като морален риск, индуцирано от лекарите търсене, усвояване на разходите и ползите от различни страни. Разпокъсаната конкурентна сила на милионите осигурени лица, слабата им информираност и нерационалността на болния човек се нуждаят от защитник и обединител – НЗОК, която е предназначена да отстоява техните интереси и да дава отпор на присъщия монополизъм и несъвършените пазарни структури от страна на предлагането.

Законодателят обаче подпомага картелирането на изпълнителите на медицинска помощ в две съсловни организации със задължително участие, с което се намаляват обществените предимства на монопсонното образувание в задължителното осигуряване и често пазарът се диктува от интересите на лекарите.

4. Дисбалансът между потребности, търсене и предлагане на здравна помощ и изоставането на страната ни в общия евроинтеграционен процес по здравни и социални показатели сочат необходимостта от извеждане на здравеопазването като основен приоритет на държавното управление през следващите години. Необходимо е да се разработи нова стратегия за достъпно здравеопазване и адекватни политики, в които да се възприемат инвестициите в здравния сектор като фактор за конкурентоспособност и устойчиво развитие на българската икономика.

5. Общинската здравна политика е част от социалната политика на държавата. Тя е вид здравна политика със специфични регионални цели и приоритети, свързани с начина на живот, здравната култура и нивото на здравеопазване. Задълженията на общината като здравнополитически функции имат два аспекта:

- отговорност пред общността за здравната ѝ сигурност;
- осъществяване на правомощия за териториално администриране и контрол на обществените процеси.

## **ГЛАВА II. МЕТОДИКА И ПОСТАНОВКА НА ПРОУЧВАНЕТО**

**ЦЕЛТА** на дисертационната разработка е да се оцени влиянието на социалната пазарна икономика върху икономическото състояние и дейността на болничното общинско здравеопазване и да се предложат насоки за тяхното усъвършенстване, свързани с основните европейски стратегии.

### **НАУЧНИ ЗАДАЧИ:**

За реализация на така формулираната цел са конкретизирани следните основни задачи:

1. Представяне на концепциите в управлението на системите на здравеопазване в ЕС
2. Обзор на основни икономически промени в отрасъл здравеопазване съгласно приетото законодателство в контекста на здравната реформа в Р България
3. Анализ на връзката социални приоритети - пазар в здравеопазването
4. Оценка на пазарните структури в здравеопазването в България
5. Икономически анализ на осигуреността с ресурси на болничната медицинска помощ в общинските многопрофилни болници за активно лечение на гр. София, гр. Севлиево и гр. Пирдоп за периода 2015-2017 г.
6. Сравнителен анализ на дейността на болничната медицинска помощ в общинските МБАЛ на гр. София, гр. Севлиево и гр. Пирдоп
7. Критичен анализ на икономическите показатели на проучваните болници за активно лечение

8. Използване на прогнозен модел за разкриване проблемните и позитивни перспективи при финансирането на болничната медицинска помощ в общински МБАЛ
9. Формулиране на социални и пазарни насоки за бъдещото развитие на болничната медицинска помощ в общинските МБАЛ, свързано с основните европейски стратегии

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ**

Направено е проучване в общинските многопрофилни болници за активно лечение на гр. София, гр. Севлиево и гр. Пирдоп

**Време на наблюдението:** 2015-2017 г.

**Обект на проучването** е осигуреността с ресурси (материални, човешки и финансови), организацията на дейността и икономическите показатели на общинските многопрофилни болници за активно лечение на гр. София, гр. Севлиево и гр. Пирдоп

**Предмет на разработката** е изследването на влиянието на социалната пазарна икономика върху болничното общинско здравеопазване.

## **ИНФОРМАЦИЯ**

Използвани са емпирични данни от:

- Официална годишна отчетна медико-статистическа документация за лечебните заведения за болнична помощ към Столично общинско здравеопазване

- Официална годишна отчетна финансово-счетоводна документация за лечебните заведения за болнична помощ към Столично общинско здравеопазване
  - Официална годишна **отчетна информация към Търговския** регистър
  - Официална отчетна информация от НСИ и РЗИ
- Информацията е събрана и обработена самостоятелно от докторанта.

## **ДОКУМЕНТИ НА ПРОУЧВАНЕТО**

- Медико-статистически отчети на лечебните заведения за болнична помощ
- Финансово-счетоводни отчети на лечебните заведения за болнична помощ
- Сайтове на НСИ, РЗИ и ЛЗБП и Търговски регистър

Направеният вторичен анализ използва данните за определяне на:

- Използваемост на легловия фонд
- Оборот на леглата
- Среден престой на преминал болен
- Икономически показатели за: среден разход на един преминал болен, среден разход на един храноден, среден разход на един лекарстводен

## **МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО**

Методологическата основа на дисертационния труд представлява комплекс от общонаучни и частнонаучни методи и подходи за провеждане на научни изследвания.

Използвани са методите:

- Анализ и синтез
- Сравнителен метод
- Индукция и дедукция
- Документален метод
- Исторически подход с двете му съставки – приемственост и преходност
- Икономически анализ
- Финансово-счетоводен анализ
- Математико-статистически методи
- Графични, таблични и други методи

В разработката се използва широк кръг от описателни и аналитични статистически методи:

1. *Дескриптивен анализ* – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.
2. *Линеен регресионен модел*
3. *Графичен и табличен анализ* – за визуализация на получените резултати.
4. *Алтернативен анализ* – за сравняване на относителни дялове.
5. *Анализ на динамични редове* – трайна тенденция.

При провеждане на проучването посочените методи взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена.

За обективизиране на наблюдаваните закономерности и анализ на събраната информация е използвана комплексна методика.

За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на MICROSOFT OFFICE.

## ЛИНЕЕН РЕГРЕСИОНЕН МОДЕЛ ЗА ПРОГНОЗИРАНЕ

Регресионният анализ е прецизен метод за изследване на връзки между количествени променливи.

Основната задача на регресионния анализ е създаването на регресионни модели на статистически зависимости между количествени променливи. Общата аналитична форма на моделите е математическа функция от вида

$$\tilde{Y} = f(X_1, X_2, \dots, X_k)$$

където  $\tilde{Y}$  - зависимата променлива (регресор), а  $X_1, X_2, \dots, X_k$  – независимите променливи (предикатори).

Регресионните модели се използват както за предвиждане на стойностите на променливата  $Y$  при зададени значения (в рамките на съответното емпирично поле) на променливата  $X_1$ , така и за по-пълно оценяване (съвместно с корелационния анализ) на силата на конкретни факторни въздействия.

Според формата си моделите биват линейни:

$$\tilde{Y} = b_0 + b_1 X, \quad \tilde{Y} = b_0 + b_1 X + b_2 X_2 + b_k X_k$$

и нелинейни.

Константата (свободният член)  $b_0$  е количествен израз на ефекта на факторите – систематични и случайни, които не са включени в модела, а също така и на непълната адекватност на модела, когато такава съществува. Ето защо константата  $b_0$  не може да бъде съдържателно тълкувана. За разлика от нея, в регресионните коефициенти ( $b_1, b_2, \dots, b_k$ ) се влага определен смисъл – чрез тях се оценяват промените, които настъпват в  $Y$  под влияние на  $X_1, X_2, \dots, X_k$ .

Формата на регресионния модел (линейна или някакъв вид нелинейна) се определя, като се изхожда от теорията на изучаваните връзки и диаграмата на разсейването. Когато регресионното уравнение ще се прилага

за прогностичен модел, то може да бъде с по-сложна форма и с по-голям брой променливи. (Г. Ранчов, 2008)

### **Определяне на аналитичния вид на регресионния модел**

В условията на конкретно проучване моделът приема вида:

$$\tilde{Y} = b_0 + b_1 X$$

където:  $b_0$  и  $b_1$  – оценките на параметрите, които подлежат на околичествяване.

### **Проверка на адекватността на регресионния модел**

Създаденият модел може да се използва за анализ и прогнозиране само тогава, когато е адекватен, т.е. със задоволителна степен на точност описва (отразява) корелационната зависимост.

Статистическата разлика на показателите е оценявана при критично ниво на значимост  $\alpha=0,05$ , т.е. гаранционна вероятност 95%.

## **ГЛАВА III. ИКОНОМИЧЕСКИ АНАЛИЗ НА БОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В ОБЩИНСКИТЕ МБАЛ**

Столична община има ключово място в националната икономика. Столицата е областта с най-високи доходи и стандарт на живот в страната. През 2016 г. брутният вътрешен продукт достига 28 465 лв. на човек от населението при 13 206 лв. на човек в страната. През 2016 г. средната брутна годишна заплата достига 15 658 лв. при 11 379 лв. средна заплата в страната при един и същи ръст от 8% спрямо нивата на предходната година. Бедността в областта е силно ограничена. Делът на населението, живеещо с материални лишения е 20% (при 30% в страната), а делът на живеещите под националната линия на бедност са 10% (при 23% в страната).

Икономическата активност в столицата непрекъснато нараства и през 2017 г. достига 77% (при 71% в страната). Това нарастване е съпроводено от ръст на заетостта и намаление на безработицата. Коефициентът на заетост достига рекордните за столицата и за страната като цяло 74,6%, а коефициентът на безработица се свива до 2,8%, съвсем близо до предкризисните нива от 2,5%. През последните години продължава да се подобрява образователната структура на работната сила в столицата. Сред населението на 25-64 години висшистите са 51% (при 28% в страната), а тези с основно и по-ниско образование – 3% (при 17% в страната). Влошената демографска картина в страната и в столицата в частност се отразява и на местния пазар на труда. (135,137)

Столицата е областта с най-благоприятна демографска картина в страната. Коефициентът на естествен прираст е най-висок, въпреки че стойността му е отрицателна. През 2017 г. той нараства за втора поредна година достигайки -1,3‰ при -6,5‰ в страната. Столицата е една от шестте области в страната, които имат механичен прираст – 2,7 ‰ при -0,8‰ в

страната. Привличането на хора в трудоспособна възраст и сравнително високата раждаемост се отразяват и на стойностите на коефициентите на възрастова зависимост в столицата. През 2017 г. съотношението на населението на 65 и повече години към това на 0-14 г. е второто най-благоприятно в страната (след това в област Сливен), а това на населението на над 65 години към 15-64-годишните – най-благоприятното. Последното показва именно съсредоточаването на хората в трудоспособна възраст в столицата. Почти цялото население на София (столица) е градско, а гъстотата му е три пъти по-висока от средната за страната.

Област София столица включва здравен район София – географските граници на здравния район съвпадат с границите на Столична община с административен център гр. София (1 195 квадратни км и заема 1,1% от територията на България). Състои се от 24 района. (137)

Болничната помощ в гр. София се предоставя от многопрофилни и специализирани болници на общинско, регионално и национално ниво.

Столицата е областта с най-много лекари специалисти на човек от населението и през 2017 година. Легловата база нараства през годините и през 2017 г. отново изпреварва средната за страната. Достъпът до специалисти и здравни грижи обяснява сравнително високия относителен брой на преминалите за лечение болни през местните многопрофилни болници.

**Таблица 1. Общински болници в гр. София – МБАЛ и СБАЛ**

№	Общински МБАЛ	№	Общински СБАЛ	№	Общински центрове
1	Първа МБАЛ – София ЕАД - София	1	I САГБАЛ Св. София ЕАД - София	1	ЦКВЗ ЕООД - София
2	Втора МБАЛ – София ЕАД - София	2	II САГБАЛ Шейново ЕАД - София	2	ЦПЗ Проф. Н. Шипквенски ЕООД - София
3	Четвърта МБАЛ – София ЕАД - София	3	СБПЛР - Панчарево ЕООД - София		
4	Пета МБАЛ – София ЕАД - София	4	СБПЛР - Кремиковци ЕООД - София		
		5	СБПЛР - Бухово ЕООД - София		
		6	СБРДЦП Св. София ЕООД - София		
		7	СБАЛОЗ ЕООД, гр. София		

Столично общинско здравеопазване, чрез дирекция „Здравеопазване“ прилага политиката на Столична община в областта на здравеопазването, която цели **осигуряване на достъпна и качествена медицинска помощ, създаване на здравословни условия за отглеждане и възпитание на децата и учениците.** (46)

**Опазването и укрепването на здравето на жителите на столицата е приоритет на Столичната община.** На територията на София функционират общински лечебни заведения за извънболнична помощ и болнична помощ, където се предоставя достъпна и качествена медицинска помощ. Общинското здравеопазване трябва да удовлетворява здравните потребности на населението, като се оптимизира и адаптира към съвременните условия и нарастващата конкуренция. Общинските лечебни заведения като позиция на пазара на здравни услуги в София стоят много

добре. По данни на НСИ за 2017 г., близо 46 % от населението на София минава през тях, независимо дали става въпрос за първичен преглед, доболнична или болнична помощ. (135)

За осигуряване на достъпна и качествена медицинска помощ, СО финансира общинските лечебни заведения за извършване на строително-ремонтни дейности и закупуване на нова медицинска апаратура. Отделно чрез договори се финансира медицинската дейност, извън обхвата на здравното осигуряване. През 2017 г. са отпуснати 10 млн. лева за дейности, тъй като лечебните заведения към Столична община освен, че осигуряват всички видове медицински услуги, изпълняват и социална задача. Проблем за общинското здравеопазване е наличието на голям брой здравнонеосигурени лица. Лечебните заведения с проблеми се намират в райони с висок риск. (137)

В настоящото проучване са включени още две общински многопрофилни болници, като едната е от групата с обслужвано население над 40 000 души, а другата между 25 000 и 40 000 души население.

Общинска МБАЛ от групата с обслужвано население над 40 000 души е МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД гр. Севлиево. Търговско дружество МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД гр. Севлиево е със 100% общинско участие. Едноличен собственик на капитала е Община Севлиево.

МБАЛ “Д-р Стойчо Христов” ЕООД – Севлиево обслужва една община, 32 кметства с 52 населени места. (77, 133)

Многопрофилна болница за активно лечение – Пирдоп – АД е лечебно заведение, регистрирано като търговско дружество. Капиталът му е 100% общинска собственост и представлява едно модерно за областта и страната лечебно заведение.

Здравният район обслужван от „МБАЛ-Пирдоп“ АД включва седем общини: Пирдоп, Златица, Антон, Копривщица, Мирково, Чавдар, Челопеч, с население около 26 000 души. (77, 132)

Работният потенциал на лечебните заведения се състои от човешките (трудова) ресурси, материалната база, финансовите средства и информационната система. (14)

Количествените анализи са най-мощните инструменти за вътрешно управление, съществуващи в болниците, въпреки че претърпяха много неравномерно развитие. Основната цел на количествените анализи е да се определи ефективността на организацията на работа, да се открие къде е лошото управление. За тази цел съществуват два много диференцирани клона.

Първият е предназначен за изучаване на лечебните дейности, които извършват звената в болницата, а вторият има за цел да открие на каква цена се извършват тези дейности.

Съществуват два елемента, свързани с лечебната дейност, които предлагат мярка за степента на зрялост на организацията, като същевременно дават материал с по-добро качество, който анализираният не трябва да пренебрегва. Първият елемент е степента на участие на различните звена в изготвянето на бюджета, качеството на управленския контрол и наличието на трудови или професионални стимули във връзка с постигнатата дейност. Това означава, че трябва да се познават не само данните за дейността, но и връзката между службата и работата, която те извършват.

Вторият елемент се отнася до стратегическото положение на медицинските услуги, което предлага мярка за съществуващата конкуренция между тях като принос за постигането на глобално подобрене

на лечебното заведение (Златанова, Т., Р. Златанова-Великова, 2011). За тази цел трябва да се определят стратегическите променливи и приносът на всяко звено за тяхното подобряване.

### **3.1. Сравнителен анализ на материалната база на Общинските МБАЛ**

#### **3.1.1. Анализ на материалната база на Общинските МБАЛ на гр. София**

Материалната база включва сграден фонд, апаратура и оборудване на лечебните заведения.

##### **Първа МБАЛ София ЕАД**

Болницата е създадена с указ №316 на Министерство на народното здраве и социалните грижи през 1953 година. Тя е правопреемник на областна държавна болница подведомствена на МНЗ.

*Стационарният блок* разполага общо с 300 легла, разпределени, както следва със Заповед на Изпълнителния директор на Първа МБАЛ - София ЕАД: (127)

##### ***Клиника по вътрешни болести, включваща***

- **Първо вътрешно отделение (кардиологично с интензивен сектор) – 30 легла с ИКС – 10 легла,**
- **Второ вътрешно отделение (ендокринология, нефрология) – 32 легла,**
- **Трето вътрешно отделение с пулмологична, хематологична и ревматологична насоченост – 33 легла,**
- **Четвърто вътрешно отделение - гастроентерология – 28 легла,**
- **Клиника по УНГ – 23 легла,**
- **Хирургично отделение – 26 легла,**

- Урологично отделение – 18 легла,
- ОАИЛ – 8 легла;
- Неврологична клиника – 25 легла със сектор за интензивно лечение – 8 легла,
- Отделение за интензивно лечение и специални грижи на новородени и деца с повишен риск – 28 легла,
- Очно отделение – 16 легла,
- Пето вътрешно отделение – 10 легла,
- Физиотерапевтично отделение – 5 легла.

Столична община е инвестирала в медицинско оборудване на европейско ниво за Клиниката по очи, уши, нос и гърло. Очното отделение разполага със съвременна апаратура за ултразвукова диагностика на окото, компютърна периметрия, пахиметрия, авторефрактометрия, безконтактно измерване на очното налягане, флуоресцеинова ангиография и модерни лазерни апарати при вторични катаракти и за лазерна фотокоагулация на ретина. Тези отделения работят много добре и са търсени от гражданите.

## **Втора МБАЛ София ЕАД**

### ***Стационарен блок (138)***

- Кардиологичната клиника - 26 легла в стационарно отделение и 10 - в отделение за кардиологично интензивно лечение на сърдечно съдовите усложнения

#### **Вътрешна клиника**

- Отделение по гастроентерология с дейности/направления/ по пулмология и нефрология - 36 легла
- Отделение по ендокринология - 10 легла
- Отделение по пулмология - 10 легла

- Педиатрична клиника – 40 легла
- Отделение по неврология, интензивно лечение, физикална и рехабилитационна медицина и функционална диагностика на нервната система с ЕЕГ, ЕМГ, Невросонология и невроотология – 33 легла

### ***Отделение за инвазивна кардиология***

Катетеризационната лаборатория разполага с ангиографски рентгенов апарат и екип с възможност за специализирани кардиологични и некардиологични диагностични и терапевтични процедури: Коронарографии, аортографии, лява и дясна вертрикулография и др.

### ***Клинична лаборатория***

Отделение „Клинична лаборатория” е оборудвано с модерна апаратура на фирми, известни в областта на клинично – лабораторния анализ - NYCEL, TECHNICON, bioMerieux. Неотдавна заработи и нов биохимичен анализатор - COBAS INTEGRA 400+, осигуряващ по-високо качество и прецизност на изследванията.

Съвременната апаратура и висококвалифицираният екип са гаранция за точността на анализите и пълната безопасност за пациента.

В лабораторията се извършва пълна гама хематологични и биохимични изследвания.

### ***Отделение по Физикална и рехабилитационна медицина***

Отделението разполага със съвременна апаратура за лечение с ултразвук, лазер и свръхвисока честота, ТЕНС токове за обезболяване, екстензии на шиен и лумбален дял на гръбначния стълб, тангентор.

В отделението се работи с методики на рефлексотерапията – лазерпунктура и иглотерапия.

### ***Отделение за образна диагностика***

Отделението разполага със съвременна апаратура, което дава възможност за прецизна образна диагностика в т.ч. мамологичен кабинет и съвременен компютърен томограф.

## **Четвърта МБАЛ София ЕАД**

### ***Стационар:***

Разполага с 95 легла разпределени в четири отделения:

- Хирургично отделение - 35 легла
- Урологично отделение - 17 легла
- Отделение за анестезиология и интензивно лечение – 10 легла
- Първо вътрешно отделение – 33 легла

Болницата е напълно обновена и реконструирана, оборудвана с модерна медицинска апаратура. Операционните зали са оборудвани с климатична инсталация, централна газостанция и съвременна техника за микроинвазивна хирургия. Болницата разполага с централна стерилизационна, нови стационарни и подвижни рентгенови апарати, модерни ехокардиографи, ендоскопска, хирургична, анестезиологична и лабораторна апаратура. Стаите са със самостоятелен санитарен възел и комфортно обзавеждане, снабдени са със звънчева система и кабелна телевизия. (128)

### ***Хирургично отделение***

Операционния блок на ХО е съставен от три кондиционирани операционни зали и разполага със съвременна ултразвукова хирургична система; лапароскопски набор за миниинвазивна хирургия; аргон-плазмен коагулатор; мобилен рентгенов апарат; HAL система и Форс триад модерен инструментариум и апаратура. В Отделението е създаден сектор по еднокдневна хирургия, миниинвазивни и ендоскопски оперативни интервенции и такива от областта на пластичната и естетична хирургия.

Отделението разполага с 18 легла. Извършва се пълният обем хирургична дейност в областта на коремната и обща хирургия:

#### ***Урологично отделение***

Отделението разполага с ултразвуков литотриптер за безкръвно лечение на бъбречни, уретерни и мехурни камъни, както и с пълен комплект трансуретрално оборудване и оптична видео-система.

#### ***Отделение за анестезиология и интензивно лечение***

Отделението осигурява целият обем анестезиологична помощ, необходим за операционната дейност, осъществява интензивно лечение на болни в критично състояние и реанимационни мероприятия на територията на цялата болница. ОАИЛ разполага с отлична материална база и е в съответствие с националните стандарти по анестезиология и интензивно лечение. Обособено е в три интензивни зали, което е предпоставка за профилактика на вътреболничните инфекции. Отделението е оборудвано с нова модерна апаратура за анестезия, изкуствена белодробна вентилация, наблюдение на основните жизнени функции и е в обем, достатъчен за обема дейност в отделението.

#### ***Отделение „Образна диагностика”***

Наличната апаратура в Отделението е нова и позволява извършването на всички конвенционални рентгеноскопични и рентгенографични изследвания и процедури на: кости, бял дроб и сърце, БУМ, венозни урографии, цистографии, хранопровод, стомах, иригография и др. В сектора за УЗД се обслужват както лежащо болни, така и амбулаторни пациенти.

***Микробиологична лаборатория.*** Лабораторната база е модерна, разполага със съвременна диагностична апаратура. – автоматизирана система за микробиологична диагностика VITEK2 Compact, апарат за хемокултурелна диагностика – BACTEC 9050, ELISA – Reader за имунологична диагностика. Лабораторията участва в Система за външна оценка на качеството на диагностичната дейност към НЦЗПБ, за което се

сертифицира два пъти годишно. Лабораторията участва и се сертифицира ежегодно по линия на международна оценка на качеството – UK/NEQAS for Microbiology.

През 2014г. „Четвърта МБАЛ-София” ЕАД участва в Европейски проект по Оперативна програма „Регионално развитие” 2007-2013, за „Осигуряване на рентабилна здравна инфраструктура и подобряване качеството на медицинските услуги в „Четвърта МБАЛ – София“ ЕАД, чрез закупуване и доставка на нова медицинска апаратура” и получи финансиране, чрез предоставяне на заем от „Фонд за устойчиво градско развитие на София”, чрез финансовия инструмент „JESSICA” на стойност 500 000 лева. Проектът е финансиран от Европейския фонд за регионално развитие и от държавния бюджет на Република България по инициативата „JESSICA”. (137)

**Закупени са:**

- *Мамограф – аналогов Mamo Athena.*
- *CR /дигитализация / на рентгенова апаратура плюс принтер.*
- *Лазерен литотриптер MegaPulse Tower 30 plus в комплект с флексибилен уретеро-ренокоскоп Cobra.*
- *Универсална електрохирургическа платформа FORCETRIAD и инструменти за запояване на тъкани и кръвоносни съдове.*

**Петта МБАЛ София ЕАД**

През 118 – годишното си съществуване болницата е изграждала материалната си база и в момента е оборудвана със съвременна апаратура, разполага с квалифицирани специалисти и определено може да се твърди, че заема водещо място в системата на столичното здравеопазване. (129)

**Стационар**

- УНГ – 10 легла
- Кардиологично отделение – 40 легла, от които 10 са за интензивно лечение
- Вътрешно отделение – 25 легла
- Отделение по урология – 20 легла
- Отделение по гастроентерология - 20 легла
- Отделение по ендокринология и обмяна на веществата – 20 легла
- Отделение по педиатрия – 20 легла
- ОАИЛ – 12 легла
- Второ хирургично отделение – 20 легла
- Първо хирургично отделение – 20 легла
- Отделение по пулмология и фтизиатрия – 20 легла
- Отделение по очни болести – 10 легла

**Операционният блок** разполага със съвременна апаратура: апарат за лигиране на хемороиди - HALL DOPPLER, лапароскопска апаратура, апаратура за извършване на безкръвни урологични интервенции, съвременен апарат за хистероскопии и гинекологични интервенции.

**Кардиологично отделение** разполага с електрокардиограф, трансторакален 2D ехокардиограф, трансезофагеален ехокардиограф, тъканен Доплер, велоергометър.

**Вътрешно отделение и отделението по урология** разполагат с ехографска апаратура от най-висок клас, която осигурява висококачествено образно диагностициране.

**Отделението по педиатрия** разполага с нов и уникален апарат за изследване на дихателната функция на децата - спирометър, работещ на базата на импулсната осцилометрия.

*В отделението по очни болести* има два функционални кабинета с високотехнологична апаратура: Апарат периметър на кугер цайс, Биомикроскоп, Диоптромер, Екзофталмометър, Офталмоскоп, Фундос камера, Компютърен периметър, А-В-ехография, Пахиметрия, Аргон лазер, IAG лъзер.

#### ***Отделение по „Нуклеарна медицина“***

**ПЕТ/КТ** (позитронно-емисионна томография с компютърна томография) е най-модерният диагностичен хибриден метод за поставяне на диагноза, предимно при туморни заболявания.

**Микробиологична лаборатория** разполага със съвременна автоматизирана система VITEK и miniAPI

Техниката, с която разполагат отделенията и клиниките в общинските болници на гр. София се съхранява при добри условия. Периодично се подлага на проверки от съответните сервизни специалисти, които подновяват познанията на средния и висшия персонал по отношение техническата страна на експлоатация на апаратурата. Всичко това води до осигуряване на точността на изследването, лечението и безопасността на пациентите.

Инсталационните съоръжения, апаратурата и работните места са обезопасени съгласно изискванията на законовите разпоредби за техническа и пожарна безопасност, както и изискванията за охрана на труда.

Местоположението, комуникациите и осветлението на отделенията/клиниките отговарят на нормативните изисквания и норми за техническа и пожарна безопасност.

### **3.1.2. Анализ на материалната база на МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД – гр. Севлиево и „МБАЛ-Пирдоп“ АД**

**МБАЛ „Д-р Стойчо Христов” ЕООД** е многопрофилна общинска болница. Има разкрити десет стационарни отделения, отделения без легла, медико-диагностични лаборатории, структури по образна и функционална диагностика, ТЕЛК. Стационарните отделения осъществяват лечебна дейност на 152 легла.

Болницата съществува от 1879 година като Севлиевска окръжна второстепенна болница. Първоначално се е помещавала в стара двуетажна турска къща. Болницата носи името на първият лекар на гр. Севлиево – д-р Стойчо Христов. През 1942 год. е построена нова сграда на болницата в западната част на града, която има два етажа и сто легла. През 1977 год. е открито разширението на болницата в сегашния ѝ вид.

Разполага с модерно обзаведени, извършващи пълен набор изследвания клинична и микробиологична лаборатории.

Извършва високоспециализирана медицинска помощ със съвременна апаратура в областта на образна и функционална диагностика. (133,136)

#### **Структура на стационарен блок:**

- терапевтично отделение, което разполага със интензивен сектор
- хирургично отделение
- ортопедотравматологично отделение
- офталмологично отделение
- инфекциозно отделение
- педиатрично отделение
- неврологично отделение
- акушеро-гинекологично отделение
- отделение по анестезиология и интензивно лечение
- отделение по физиатрия и рехабилитация

Операционният блок разполага със следните операционни зали:

- хирургична зала
- ортопедо-травматологична зала

- очна зала
- септична зала
- гинекологична зала

Операционните зали разполагат с централно аварийно осветление, допълнителна акумулаторна лампа, системи за снабдяване с кислород и аспирация за всяка операционна маса, както и контейнери с двуазотен окис лапароскопски набор за електронож, ултразвуков скалпел, модерен инструментариум и апаратура.

**“Многопрофилна болница за активно лечение – Пирдоп“** е търговско дружество с ограничена отговорност със 100 % общинско имущество и представлява едно модерно за областта и страната лечебно заведение. Болницата разполага с достатъчно физически и морално годни пасивни и активни фондове, които спомагат за осъществяването на един съвременен лечебно-диагностичен процес.

Сградният фонд на болницата представлява монолитна блокова система в която са разположени всички функционални звена.

Общата площ на болницата е 3500 кв.м., от които застроена площ 882 кв.м., а разгънатата площ 2283 кв.м. (132)

Сградата е съоръжена с необходимите инсталационни системи и отговаря на изискванията на РЗИ, противопожарна охрана, както и на изискванията за охрана и условия на труд. Създадена е болнична информационна система. Доброто техническо експлоатационно състояние на сградата се дължи на редовното ѝ поддържане, което се извършва дори при определено “свит” за ремонтни дейности бюджет.

Благодарение на грижите на реалните стопански субекти в района през последните години, болницата разполага със съвременно медицинско и техническо оборудване, което позволява и прилагането на по-високи технологично-лечебни дейности.

## **Оборудване и апаратура**

### ***Апарати за образна диагностика:***

1. Компютърен томограф (СКЕНЕР) 2. С-рамо /мобилен/ 3. SK 4. Медирол SP 5. Арман 6. PS – 8-1 – стоматологичен 7. Ехограф 8. ТУР 800 графичен и скопичен 9. Ултразвуков диагностичен

### ***Клинична лаборатория:***

1. Биохимичен анализатор 2. Кръвно газов анализатор 3. Пламъков фотометър 4. Култер “Ac T diff” 5. Коагулометър KC4A

### ***Патологоанатомично отделение:***

1. Хистокинет 2. Фригомобил

### ***Детско отделение:***

1. Кормен ехограф “FUKUDA” 2. Монитор “FUKUDA”

### ***Вътрешно отделение:***

1. Стрес-тест система ACTA PLUS комплект велоергометър и ЕКГ 2. HP ЕКГ М 1700 А 3. HP Холтер 43420В

### ***Офталмологично отделение:***

1. Факоемулсификатор LEGASY на фирмата ALCON 2. Витреоретинален апарат 3. Кριοкоагулатор 4. Модерен коаксиален операционен микроскоп, с възможност за записване на операциите 5. Анестезиологичен апарат 6. Лазерен апарат 7. Компютаризиран периметър 8. Кераторефрактометър 9. А скан – биометрия 10. Кератометър

### ***Неврологично отделение:***

1. ЕМГ PHASIS комплект с принтер

### ***Хирургично отделение:***

1. HP монитор ЕКГ 78352С 2. Апарат за микровълнова терапия на простатна жлеза

### ***Операционен блок:***

1. Апарат за микрохирургия “Лапароскоп” 2. Ендоскопска апаратура 3. Лазер Явотрон

### **ОАРИЛ:**

1. Анестезиологичен апарат OHMEDA EXCELL 210 комплект респиратор OHMEDA 7750OAV, газов монитор OHMEDA ARGM, HP Монитор ЕКГ 78352С 2. Анестезиологичен апарат KUMIRA KV 5000 комплект монитор FUKUDA 3. Респиратор SECRIST

**Обобщената оценка** показва наличието на адекватна материална база и апаратура за ефективното извършване на медицинска помощ в отделенията/клиниките в изследваните общински болници на нуждаещите се контингенти, която допринася за качествено и адекватно оказване на необходимата медицинска помощ.

## **3.2. Сравнителен анализ на трудовите ресурси на общинските МБАЛ**

### **3.2.1. Анализ на трудовите ресурси на общинските МБАЛ в гр. София**

Здравните професионалисти имат ключова роля в развитието и съществуването на здравната система. Предвид водещата роля на здравеопазването в социално-икономическото развитие на една държава, удовлетвореността на лекарите и медицинските специалисти от работата има основно значение за подобряване качеството на здравното обслужване.

На таблици 2 и 3 са представени данни на Националния статистически институт за осигуреността с лекари по специалности и специалисти по здравни грижи за 2016 г. в РБългария и в гр. София.

**Таблица 2. Лекарите със специалност**

Специалност	България	София-град	% София-град /България
<b>Общо</b>	<b>29 539</b>	<b>6 663</b>	<b>22,6</b>
Вътрешни болести	1 053	178	16,9
Кардиология	1 358	363	26,7
Пневмология и фтизиатрия	530	110	20,8
Педиатрия	1 467	275	18,7
Хирургия	1 469	321	21,9
Ортопедия и травматология	847	243	28,7
Урология	469	118	25,2
Инфекциозни болести	198	28	14,1
Акушерство и гинекология	1 453	395	27,2
Очни болести	701	253	36,1
УНГ	533	136	19,4
Неврологични болести	1 204	280	23,3
Психиатрия	518	101	19,5
Кожни и венерически болести	361	129	35,7
Образна диагностика	900	219	24,3
Физикална и рехабилитационна медицина	552	105	19,0
Клинична лаборатория	624	150	24,0
Други специалности			
<b>Общо</b>	<b>15 302</b>	<b>3 259</b>	<b>21,3</b>
В т.ч. ОПЛ	4 407	834	18,9
Лекари по дентална медицина	8 011	2 050	25,6

Изт. Приложения към Национална здравна карта

**Таблица 3. Специалисти по здравни грижи 2016 г.**

	Общо	Фелдшери	Акушерки	Мед.сестри (вкл.детски)	Лаборанти (медицински и рентгенови)	Зъботехници	Други
<b>България</b>	<b>46 930</b>	2 255	3 254	30 976	5 962	1 592	2 891
<b>София</b>	<b>10 047</b>	111	838	6 426	1 468	489	715
<b>%София/България</b>	<b>21,4</b>	4,9	25,8	20,7	24,6	30,7	24,7

Изт. Приложения към Национална здравна карта

Наситеността на медицински специалисти, работещи в лечебните заведения за болнична помощ София-град е два пъти по-висока от средната за страната. Към този момент по-високият процент на работещите лекари в общинските болници са със специалност.

Добрата осигуреност с медицински персонал е предпоставка (но не и знак за равенство) за по-висок капацитет на здравеопазната система – производителен и мощен здравен сектор, оптимално удовлетворяване на здравните потребности, по-качествени здравни грижи и по-висок здравен статус на населението.

Високата професионална компетентност и солидните нравствени устои на лекарите и останалия медицински персонал са определящ фактор за издигане на диагностичните и лечебните дейности и на грижите за болните на равнище, отговарящо на европейските стандарти за качество.

Според експерти на СЗО (2007) показателят „специалност“ на лекарите е много важен за качеството на оказваната медицинска помощ, тъй като основните успехи в стационарната помощ могат да се очакват от инвестиране в:

- квалификацията на кадрите и задържането им в лечебните заведения;
- повишаване качеството на управление във и извън здравната система.

Оценявайки степента на осигуреност на населението с медицински специалисти в София, трябва да се отчете, че в столицата се намира най-големият медицински университет с многобройни държавни университетски болници, Военномедицинска академия, Медицинския институт на МВР, Болниците към министерство на транспорта, които по силата на отпадналото райониране обслужват голяма част от столичното население. Вземайки предвид само броя на лекарите, работещи в общински лечебни заведения в столицата, то стойността на показателя „лекари на 10 000 души население“ възлиза на 4,8 при средно 42,7 средно за страната

(2017 г.). При медицинските сестри и лаборантите показателят за общинските столични лечебни заведения също е значително под средния за страната.

Както се посочва в Наредбата за общинските лечебни заведения

Персоналът в общинските лечебни заведения се състои от:

1. лекари, лекари по дентална медицина, фармацевти и други специалисти с образователно-квалификационна степен "магистър" или "доктор", участващи в диагностично-лечебния процес;

2. медицински специалисти с образователно-квалификационна степен "специалист" или "бакалавър" по здравни грижи;

3. други лица, извършващи административни и помощни дейности.

Дейността във всяка клиника на общинските лечебни заведения за болнична помощ се ръководи от началник клиника, който е хабилитирано лице - лекар и се осъществява от лекари,, старша медицинска сестра - бакалавър по здравни грижи, медицински специалисти и помощен персонал.

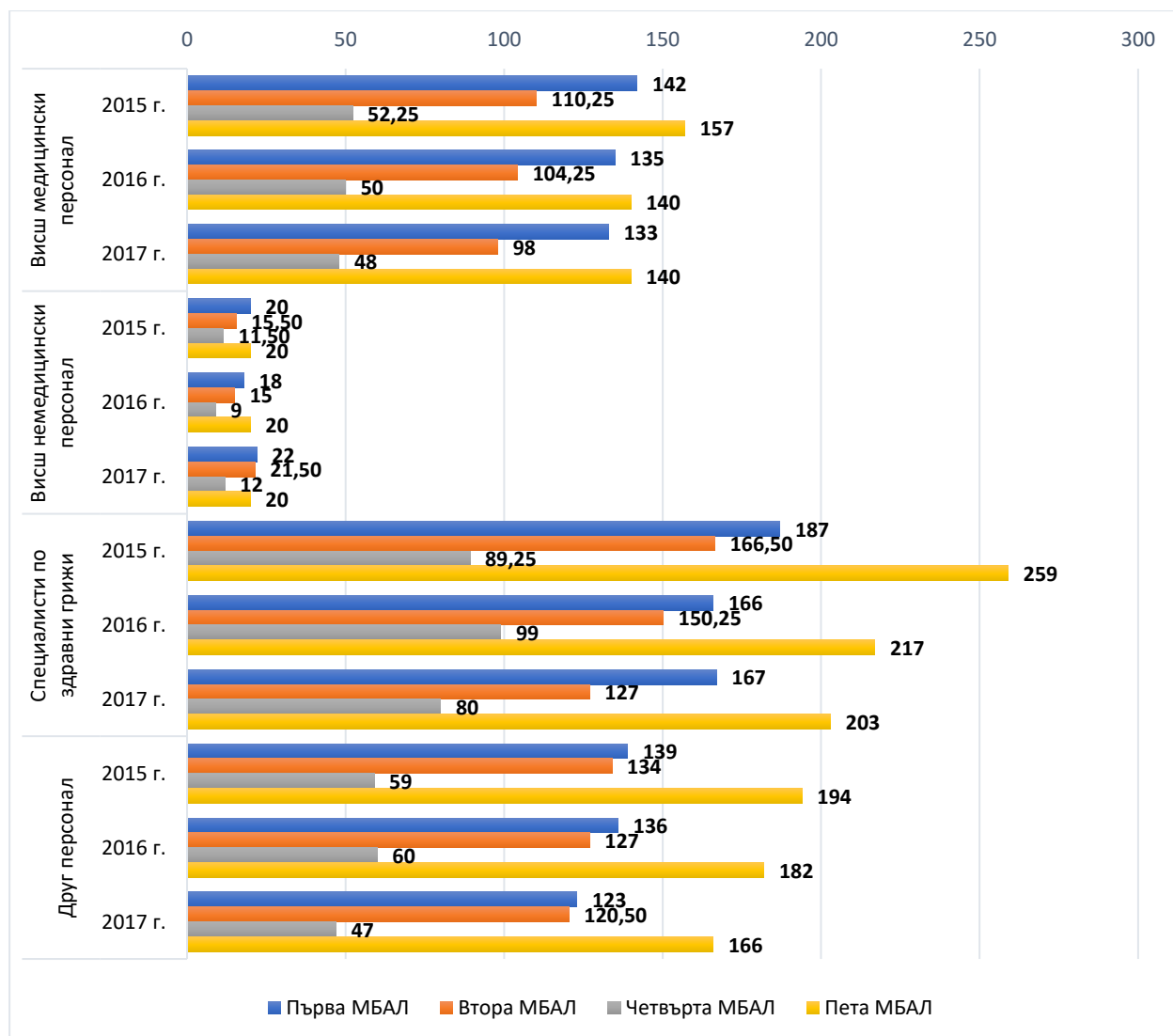
Дейността във всяко отделение на общинските лечебни заведения за болнична помощ се ръководи от началник отделение, който е лекар с призната основна или профилна медицинска специалност, съобразно профила на отделението и се осъществява от лекари, старша медицинска сестра - бакалавър по здравни грижи, медицински специалисти и помощен персонал.

Функционалните задължения, отговорностите, правата и критериите за оценка на дейността на всички специалисти са определени с длъжностни характеристики.

В Общинските МБАЛ на гр. София, както е видно от фигура 1, броят на здравните професионалисти (лекари и специалисти по здравни грижи) през разглеждания период 2015-2017 г. бележи тенденция на намаление.

При висшия медицински персонал намалението е следното:

За Първа МБАЛ с 6,3%, за Втора МБАЛ с 11,1%, за Четвърта МБАЛ с 8,1% и за Пета МБАЛ с 10,8%. Общо за общинските МБАЛ на гр. София намалението е с 9,3%.



**Фигура 1.** Численост на персонала в Общинските МБАЛ на гр. София

Още по-висок е относителният дял на намалението при специалистите по здравни грижи. Най-високият процент намаление наблюдаваме при Втора МБАЛ, т.е. с 23,7%, следвано от Пета МБАЛ с 21,6%. Почти еднакъв относителен дял на намаление има в Първа МБАЛ – с 10,7% и Четвърта МБАЛ – с 10,4%. 17,8% е намалението общо за общинските МБАЛ.

Същата е тенденцията и при т. нар. друг персонал, който най-силно намалява за изследвания период в Четвърта МБАЛ – с 20,3%, следван от Пета МБАЛ – с 14,4%, Първа МБАЛ – с 11,5% и Втора МБАЛ – с 10,1% и общо за всички МБАЛ с 13,1%.

Единствено при висшия немедицински персонал наблюдаваме тенденция на увеличение. Най-високо е увеличението във Втора МБАЛ – с 38,7%, следвана от Първа МБАЛ – с 10%, Четвърта МБАЛ – с 4,3%. В Пета МБАЛ броят на този вид персонал се запазва постоянна величина. Общо за всички общински многопрофилни болници увеличението е с 13,4%.

Както в цялата страна, така и в Общинските МБАЛ на гр. София, се наблюдава засилваща се тенденция към недостиг на основните трудови ресурси - медицинския персонал. Това е следствие от липсата на държавна отговорност и разумна политика за решаване на общите проблеми на работещите в системата на здравеопазване у нас.

Като причини можем да посочим: недостатъчни стимули и липса на мотивация на здравните кадри; влошена работна среда, липса на стратегическо планиране и адекватна политика на финансиране и инвестиции; емиграция в чужбина; загуба на доверие от страна на обществото и др.

През последните години нараства емиграцията на здравни професионалисти.

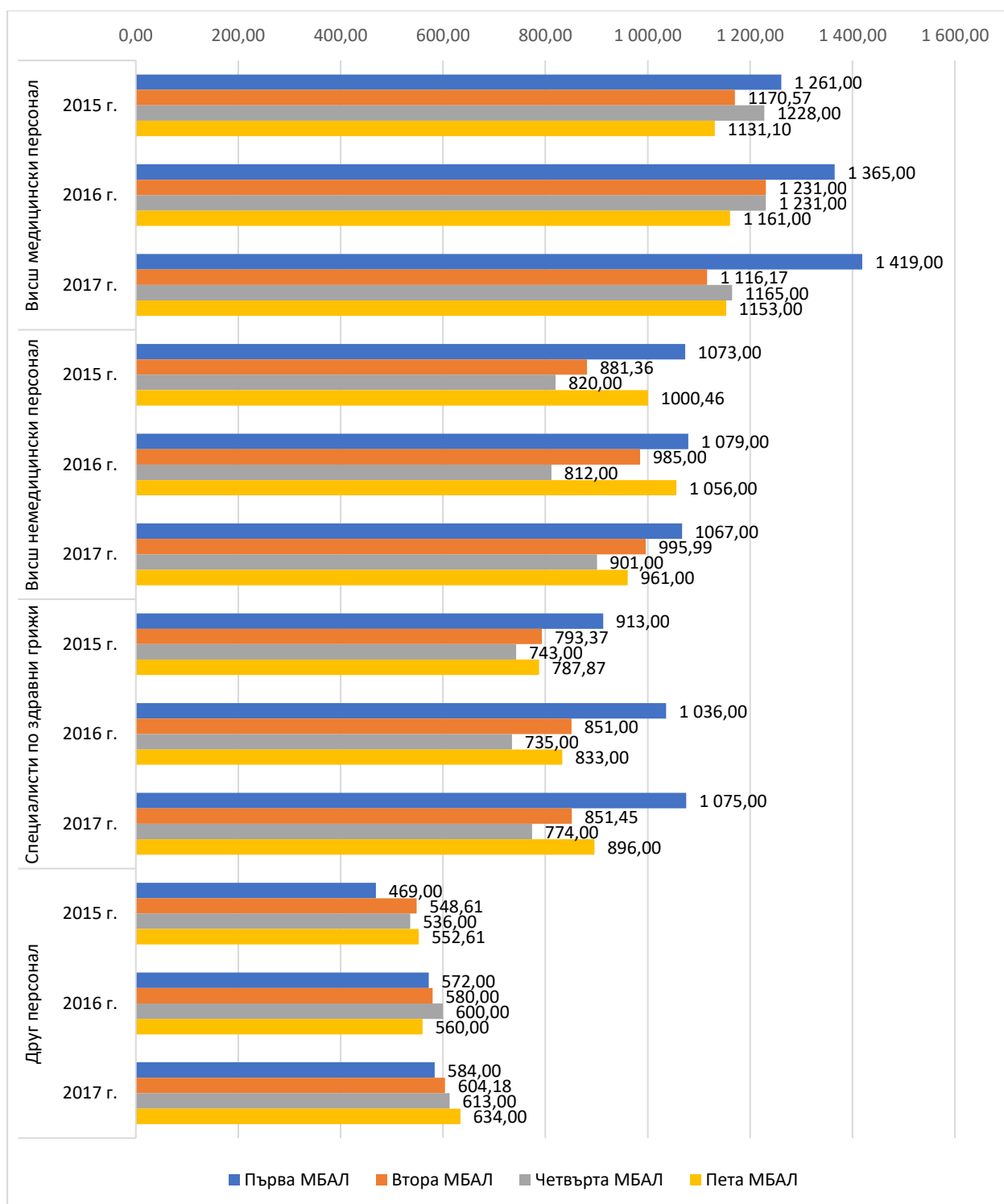
Изтичането от системата на утвърдени специалисти води до загуба на инвестиции в хора и време, нарушава работата на съгласувани професионални екипи и приемствеността в квалификацията им. Емиграцията на лекарите е наложена от невъзможността да бъдат лекари съобразно собствените си разбирания, както и да удовлетворяват собствените си стремежи и потребности. Въпросът за емиграцията на българските лекари е болезнен и неспокоен, защото трудно е балансирането между правата на личността и разочарованието, че българската държава

„дарява“ с обучени лекарски кадри далеч по-богати от нея държави, които напоследък дори се състезават да привличат млади специалисти.

По същия начин стои и въпросът с медицинските специалисти по здравни грижи. Досега не са предприети правителствени мерки за повишаване на мотивацията и възнагражденията на медицинските сестри. Не бяха въведени сестрински практики, заплащането на нощните дежурства е символично.

Професията губи своята привлекателност, тъй като работещите са изключително натоварени. Липсва нормативна уредба, която регламентира степените на компетентност и квалификация на медицинските сестри. Това води до липса на възможности да се договаря заплащане на сестрите, съответно на тяхната квалификация.

Важно уточнение е, че заплатите в общинските лечебни заведения не се определят от общината, а от директорите на болниците на базата на финансовото състояние на дружествата.



**Фигура 2.** Средногодишна брутна работна заплата на персонала в Общинските МБАЛ на гр. София

Средногодишната брутна работна заплата за периода по отчет включва разходите за възнаграждения, включително по клинични пътеки, на средносписъчния брой на персонала.

През изследвания тригодишен период се наблюдава тенденция на увеличение на средногодишната брутна работна заплата на здравните специалисти в Първа и Пета МБАЛ, като по-висок е относителният дял на това увеличение в Първа МБАЛ.

При Първа МБАЛ за висшия медицински персонал увеличението на възнагражденията е с 12,5%, а при специалистите по здравни грижи съответно с 15,1%.

Най-високо е увеличението в заплащането на т.нар. „друг персонал“ – с 24,5 на сто.

Намаление се наблюдава единствено за висшия немедицински персонал – с 0,6%.

За Пета МБАЛ е характерна следната ситуация:

За специалистите по здравни грижи има 13,7 на сто нарастване на СБРЗ, доста по-ниско е нарастването при висшия медицински персонал – с 1,9%.

Отново най-високо е увеличението при другия персонал – с 14,7% и намалението на възнагражденията на висшия немедицински персонал е с 3,9 на сто.

По-неблагоприятно е положението при Втора и Четвърта МБАЛ, където за разглеждания тригодишен период има намаление в заплащането на висшия медицински персонал, съответно с 4,6% и 5,1%.

При специалистите по здравни грижи наблюдаваме увеличение на възнагражденията със 7,3% във Втора МБАЛ, но за Четвърта МБАЛ е характерно намаление с 4,0 на сто.

За разлика от горепосочените МБАЛ, при тези две болници има увеличение в СБРЗ за висшия немедицински персонал, което за Втора МБАЛ е с 13,0%, а за Четвърта с 9,9%.

И при тези две болници има тенденция за увеличаване възнагражденията на другия персонал, съответно с 10,1% за Втора МБАЛ и с 14,4 на сто за Четвърта МБАЛ.

### 3.2.2. Анализ на основни показатели на трудовите ресурси на МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД и „МБАЛ-Пирдоп“ АД

**Таблица 4.** Численост и структура на персонала на МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“

	<i>Средно- списъчен брой за 2016 г.</i>	<i>Средства за РЗ</i>	<i>Средно- списъчен брой за 2017 г.</i>	<i>Средства за РЗ</i>
<b>Общо наети лица по трудово правоотношение</b>	<b>176</b>	<b>2 057 468</b>	<b>173</b>	<b>2 306 965</b>
Ръководни служители	33	589 266	33	647 892
Аналитични специалисти	85	1 088 273	90	1 245 976
Приложни специалисти	14	142 189	14	159 300
Административен персонал	9	58 380	8	58 797
Оператори на съоръжения, машини и транспортни средства	28	129 096	22	148 270
Квалифицирани работници	1	6 438	-	-
Машинни оператори	4	30 466	4	31 561
Професии неизискващи квалификация	2	13 360	2	15 169

Изт.: Търговски регистър - <https://public.brra.bg/>

В МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД работят 214 души на основен и допълнителен трудов договор, от които лекари – 72, специалисти по здравни грижи – 84, помощен персонал – 27 и друг персонал – 31. Структурното разпределение на персонала е съобразено с реалните нужди на функционалните блокове и отделения, като се осигурява 24 часов график за обслужване на пациентите.

Средносписъчния състав на персонала намалява през 2017 г. с 3-ма души. От табл. 4 става ясно, че с 5 човека се увеличава броят на аналитичните специалисти, за сметка на това намалява с 6 човека броят на операторите на съоръжения, машини и транспортни средства. С 1 човек намалява и административния персонал.

Неблагоприятно е намалението на броя на лекарите между 2016 и 2017 г. През 2016 г. техният брой е 72, а през 2017 стада на 50. Най-голям е броят на напусналите лекари по анестезиология и интензивни грижи. От 12 през 2016 г. остават едва 5 през 2017 г.

**Таблица 5.** Справка за средната брутна работна заплата на  
"МБАЛ-ПИРДОП" АД

<b>Медицински специалисти</b>	<b>2015 г.</b>	<b>2016 г.</b>	<b>2017 г.</b>
<b>Средно</b>	<b>736</b>	<b>841</b>	<b>968</b>
Висш мед. персонал - лекари	1 115	1 212	1 377
Специалисти по здравни грижи - мед. сестри, лаборанти, рехабилитатори	666	883	985
Санитари	449	483	530
Друг персонал, в т.ч. администр., помощен и др.	664	681	756

Изм.: Търговски регистър - <https://public.brra.bg/>

От табл. 5 е видна положителната тенденция на нарастване на средната брутна работна заплата. За периода 2015-2017 г. средно тя нараства с 31,5%.

По категории персонал нарастването в относителен дял е както следва:

- за висшия медицински персонал – лекари – нараства с 23,5%
- за специалистите по здравни грижи – мед. сестри, лаборанти, рехабилитатори – нарастването е най-високо – с 47,9%
- за санитарите СБРЗ нараства с 18 на сто
- за друг персонал, в т.ч. административен, помощен и др., нарастването е с 13,9%.

### **3.3. Анализ на финансовите ресурси на общинските МБАЛ**

#### **3.3.1. Анализ на финансовите ресурси на общинските МБАЛ на гр. София**

Финансовият анализ на болничните здравни услуги се различава от този при другите видове услуги. Успехът на болничната медицинска дейност трябва да се измерва по това колко ефективно и ефикасно се справя с нуждите на потребителите на услугите, които се предоставят в сектора на болничната помощ. Поради тази причина управлението на финансовите ресурси в лечебните заведения трябва да гарантира постигането на високите здравни резултати, съответстващи на поставените социални цели.

Общинските лечебните заведения могат да предоставят здравни грижи и медицинско наблюдение и осъществяват социална работа, в подкрепа на деца, бременни жени, хора с увреждания и хронични

заболявания и възрастни хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности.

Съгласно Наредбата за общинските лечебни заведения „Източници за финансиране на лечебните заведения - еднолични търговски дружества с общинско участие в капитала могат да бъдат:

1. Националната здравноосигурителна каса;
2. републиканският и общинските бюджети;
3. доброволни здравноосигурителни фондове;
4. местни и чуждестранни юридически и физически лица.

Приходите на лечебното заведение - еднолично търговско дружество с общинско участие в капитала се формират чрез постъпления от:

1. договори за оказана медицинска помощ;
2. директни плащания от физически и юридически лица, както и по чл. 37, ал. I от Закона за здравното осигуряване;
3. възстановяване на направени разходи от трета страна;
4. целеви субсидии от републиканския бюджет, когато това е предвидено със Закона за държавния бюджет;
5. целеви субсидии от общинските бюджети, когато това е предвидено в тях;
6. отдаване под наем на оборудване, помещения и площи съгласно действащото законодателство;
7. дарения, завещания, помощи и други източници.

В случаите, когато медицинските услуги не се оказват по договор с Националната здравноосигурителна каса, лечебните заведения формират цена.

Държавата и общините могат да финансират общинските лечебни заведения чрез целеви субсидии, одобрени със Закона за държавния бюджет и с общинските бюджети.

Целеви субсидии се отпускат за:

1. придобиване на дълготрайни материални активи;
2. основен ремонт, свързан с преустройство на лечебното заведение;
3. информационни технологии и системи;
4. финансово оздравяване на лечебни заведения за болнична помощ;
5. лечебни заведения, които се намират в райони с повишен здравен риск.

Финансирането на дейностите, свързани с инвестиционните разходи, може да се извършва съобразно общинското участие в капитала на лечебните заведения.

Столична община може да финансира лечебни заведения-търговски дружества за изпълнение на национални, регионални и общински здравни програми и проекти, както и за извършване на определени видове лечебна дейност, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, въз основа на договор.

Финансирането на лечебните заведения от Столична община се извършва чрез сключване на договор между съответния общински орган и лечебното заведение. Договорите се сключват по образец, утвърден от министъра на здравеопазването съгласувано с министъра на финансите и СОС.“

Столична община, съвместно с Министерство на здравеопазването заплащат на общинските лечебни заведения за болнична помощ медицински дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване за следните видове медицински дейности:

- ✓ Социално слаби лица с прекъснати здравноосигурителни права, при които се налага хоспитализация и лечение, породено от спешни състояния, определени в чл. 99 от Закона за здравето - **заплаща се стойността на съответната Клинична пътека (КП) или Амбулаторна процедура (АПр.), определени в НРД 2017.**

- ✓ Хоспитализиране на пациенти с диагнози извън Клинични пътеки (КП) и Амбулаторни процедури (АПр.), определени в НРД 2017 с престой до 48 часа - **100 лева на леглоден.**
- ✓ Болнично лечение на пациенти с рехоспитализация по спешност, със заболяване, за което са били лекувани в същото лечебно заведение по КП в срок по-къс от 30 дни или по АПр., за която не е предвидена възможност за повторемост или поредността на процедурата надхвърля утвърдена схема в съответствие с НРД 2017 - **100% от стойността на КП и/или АПр.**
- ✓ Лечение на болни със състояния, заболявания или синдроми, налагащи стационарно лечение, невключени в КП или АПр на НРД 2017 с минимален болничен престой не по-малко от 72 часа - **600 лева.**
- ✓ Лечение на пациенти в състояния, налагащи хоспитализация, при които в процеса на диагностично уточняване се установява заболяване, за което лечебното заведение няма договор с НЗОК и са преведени в други лечебни заведения - **500 лева.**
- ✓ Извършване на заместващи кръвопреливания на пациенти с вторични анемии – **100 лева** за кръвопреливане.
- ✓ Пациенти в критично състояние, приети по спешност за интензивно лечение (без Отделение по анестезиология и интензивно лечение), неотговарящи на изискванията за включване в клинична пътека, с престой до 72 часа - **300 лева на леглоден.**
- ✓ Интензивно лечение в Отделение по анестезиология и интензивно лечение (ОАИЛ) на пациенти, претърпели оперативна интервенция в същото лечебно заведение или хоспитализирани за заболявания, неотговарящи на критериите за включване в КП - **400 лева** за **леглоден.**

- ✓ Оказване на спешна медицинска помощ на пациенти, преминали през спешния кабинет на лечебното заведение и нехоспитализирани в същото - **30 лева.**
- ✓ Извършване на патологоанатомична аутопсия на починали пациенти в болницата - **300 лева.**
- ✓ Медицинско обезпечаване (линейка и медицински екип) на мероприятия, организирани от Столична община - **70 лева на час.**
- ✓ Транспорт на пациенти по медицински показания от болницата до общинските болници за долекуване: СБПЛР „Кремиковци“ ЕООД, СБПЛР „Бухово“ ЕООД и СБПЛР „Панчарево“ ЕООД, както и транспорт на пациенти със спешно състояние до други лечебни заведения на територията на Столична община - **1 лев на километър.**
- ✓ Оказване на спешна и неотложна медицинска помощ на деца от приемни семейства, преминали през кабинетите на Консултативно-диагностичния блок и нехоспитализирани в същото лечебно заведение - ежедневно, 24 часа в денонощието - **30 лева.**
- ✓ Осигуряване на лекар за оказване на медицинска помощ на пребиваващите в Кризисния център за настаняване на бездомни лица за периода на функционирането му, по месечен график, съставен от дирекция „Здравеопазване“ - **600 лв. за 1 месец.**

Генерирането на приходи е пряка функция на болничните мениджъри.

**Таблица 6.** Нетни приходи от продажби на стоки, услуги и други на МБАЛ (в лв. и %)

		Първа МБАЛ	Относителен дял в общите нетни приходи от продажби и на стоки, услуги и други	Втора МБАЛ	Относителен дял в общите нетни приходи от продажби и на стоки, услуги и други	Четвърта МБАЛ	Относителен дял в общите нетни приходи от продажби и на стоки, услуги и други	Пета МБАЛ	Относителен дял в общите нетни приходи от продажби и на стоки, услуги и други	ОБЩО МБАЛ	Относителен дял в общите нетни приходи от продажби и на стоки, услуги и други
нетни приходи от продажба на стоки, услуги и други	2015 г.	1 717 474	100	509 496	100	233 240	100	721 908	100	3 182 118	100
	2016 г.	2 479 938	100	368 975	100	234 618	100	534 763	100	3 618 294	100
	2017 г.	1 458 662	100	267 004	100	284 955	100	536 339	100	2 546 960	100
избор на лекар	2015 г.	20 440	1,2	25 430	5,0	900	0,4	8 005	1,1	54 775	1,7
	2016 г.	7 508	0,3	5 010	1,4	0	-	2 600	0,5	15 118	0,4
	2017 г.	3 260	0,2	3 200	1,2	0	-	5 050	0,9	11 510	0,5
ВИП услуги	2015 г.	16 550	1,0	39 670	7,8	1 970	0,8	25 400	3,5	83 590	2,6
	2016 г.	11 040	0,4	25 130	6,8	1 960	0,8	15 279	2,9	53 409	1,5
	2017 г.	16 350	1,1	14 260	5,3	4 620	1,6	4 700	0,8	39 930	1,6
други	2015 г.	1 680 484	97,8	444 396	87,2	230 370	98,8	688 503	95,4	3 043 753	95,7
	2016 г.	2 461 390	99,3	338 835	91,8	232 658	99,2	516 884	96,7	3 549 767	98,1
	2017 г.	1 439 052	98,7	249 544	93,5	280 335	98,4	526 589	98,2	2 495 520	98,0

Изт. Годишни отчети на общинските болници

Както е видно от табл. 6. за периода 2015-2017 г. сериозно спадат нетните приходи от продажби на стоки, услуги и други. За Първа МБАЛ спадът за периода е с 15,1%, за Втора МБАЛ с 47,6%, за Пета МБАЛ с 25,7%.

Единствено за Четвърта МБАЛ е характерно увеличение при този вид приходи с 22,2%. Общо за групата болници намалението е с 20%.

Най-драстичен е спадът от избор на лекар като най-висок процент намаление се наблюдава във Втора МБАЛ – 87,4%, следвана от Първа МБАЛ – с 84,1%. Доста по-малко е намалението в Пета МБАЛ – с 36,9%. 79% е общото намаление за групата болници.

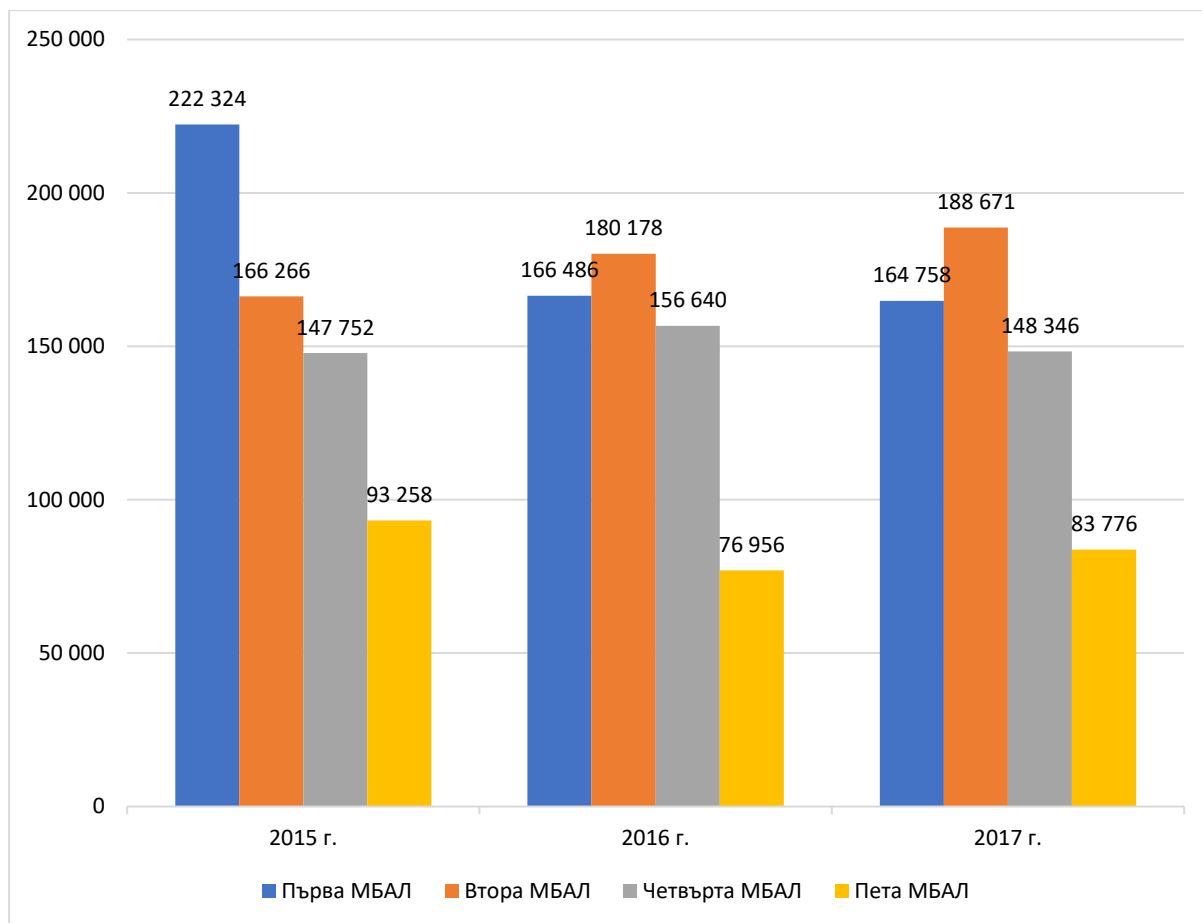
При ВИП услугите впечатление прави високият процент на нарастване в Четвърта МБАЛ – цели 134,5%. На противоположния полюс е Пета МБАЛ, за която е характерно намаление на този източник на приходи с 81,5%, следвана от Втора МБАЛ с намаление от 64,1%. Почти незабележимо намаляват тези приходи в Първа МБАЛ с 1,2%. Общото намаление за разглежданите МБАЛ е с 52,2%

При „други“ от този вид приходи най-висок е относителният дял на намалението при Втора МБАЛ – с 43,8%, следва Пета МБАЛ с 23,5% и Първа МБАЛ – с 14,4%. Отново за Четвърта МБАЛ е характерно увеличение, което тук е с 21,7%. Общото намаление за градските болници на София-град е с 18%.

В структурно отношение се наблюдава, че почти всички нетни приходи от продажби на стоки, услуги и други при многопрофилните болници за активно лечение са от т.нар. „други“.

От ВИП услуги приходите във Втора МБАЛ са в диапазона от 5 до 7 на сто, докато при другите болници са между 0,4 и 2,6 на сто.

Незначително нисък е относителния дял на приходите от избор на лекар, както е изразено на таблица 6.



**Фигура 3.** Приходи от финансираня от МЗ (по договор за субсидиране) на МБАЛ

Най-висок е относителният дял на намалението на приходите от финансираня от МЗ (по договор от субсидиране) при Първа МБАЛ – с 25,9%. Наполовина по-ниско е намалението при Пета МБАЛ с 10,2%. За другите две болници е характерно увеличение, или по-конкретно за Втора МБАЛ с 13,5%, а за Четвърта МБАЛ – 0,4%. Общото намаление за групата общински МБАЛ е със 7%.

При приходите от финансиране от Столична община се наблюдава следната тенденция. Нарастване има във Втора МБАЛ с 19,9%, следвана от Четвърта МБАЛ с 8,2% и Първа МБАЛ – с 8%. Приходите от този източник намаляват с 28,2 % за Пета МБАЛ и общо за групата болници намалението е с 3,7%.

Приходите от Столична община за капиталови разходи нарастват единствено в Пета МБАЛ с 24,1%. Силно намаляват във Втора МБАЛ – с 63,1% и общо за всички МБАЛ с 18,8%.

**Таблица 7.** Приходи от финансиране от Столична община на МБАЛ (в лв.)

		Първа МБАЛ	Втора МБАЛ	Четвърта МБАЛ	Пета МБАЛ	<b>ОБЩО МБАЛ</b>
приходи от финансиране от СО	2015 г.	1 125 000	996 957	855 000	1 912 021	4 888 978
	2016 г.	1 125 000	1 015 558	871 848	1 275 043	4 287 449
	2017 г.	1 215 000	1 194 930	925 007	1 373 007	4 707 958
в т.ч. за капиталови разходи	2015 г.	0	117 632	0	120 996	238 628
	2016 г.	0	127 218	0	146 608	273 826
	2017 г.	0	43 461	0	150 193	193 654

Изт. Годишни отчети на общинските болници

Структурата на капиталовите разходи на лечебните заведения за болнична помощ през последните години е следната:

- за придобиване на ДМА;
- придобиване на нематериални дълготрайни активи – всички видове лечебни заведения използват средствата главно за закупуване на програмни продукти, необходими за тяхната финансова и медицинска дейност (Гр. Димитров, 2014).

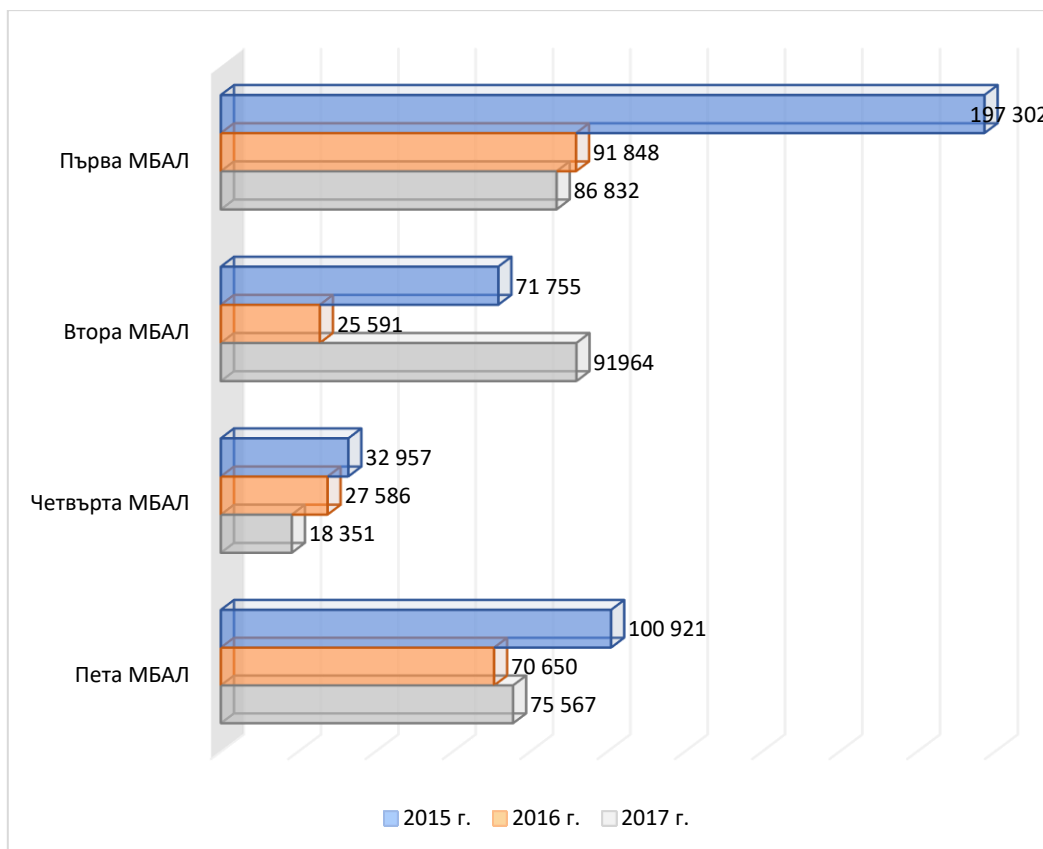
За 2015-2017 г. в общинските болници са инвестирани 2 млн. лева от Столичния приватизационен фонд за ремонти и нова апаратура. Спечелени са и 1,5 млн. лева по програма „Джесика“. Целта е болниците да задържат специалистите си и да предложат по-добри условия на пациентите си.

**Таблица 8. Приходи от финансиране от РЗОК на МБАЛ (в лв.)**

		Първа МБАЛ	Втора МБАЛ	Четвърта МБАЛ	Пета МБАЛ	<b>ОБЩО МБАЛ</b>
приходи от финансиране от РЗОК	2015 г.	7 696 333	6 734 779	2 060 791	8 104 944	24 596 847
	2016 г.	8 123 883	6 777 412	1 917 624	7 843 235	24 662 154
	2017 г.	8 167 040	6 274 239	1 820 824	7 679 090	23 941 193
по договор за високоспециализирани медицински дейности, извършени в болнични условия	2015 г.	45 193	0	0	0	45 193
	2016 г.	37 231	0	0	0	37 231
	2017 г.	39 655	0	0	0	39 655
по договор по клинични пътки	2015 г.	7 651 140	6 734 779	2 060 791	8 104 944	24 551 654
	2016 г.	8 086 652	6 777 412	1 917 624	7 843 235	24 624 923
	2017 г.	8 127 385	6 274 239	1 820 824	7 679 090	23 901 538

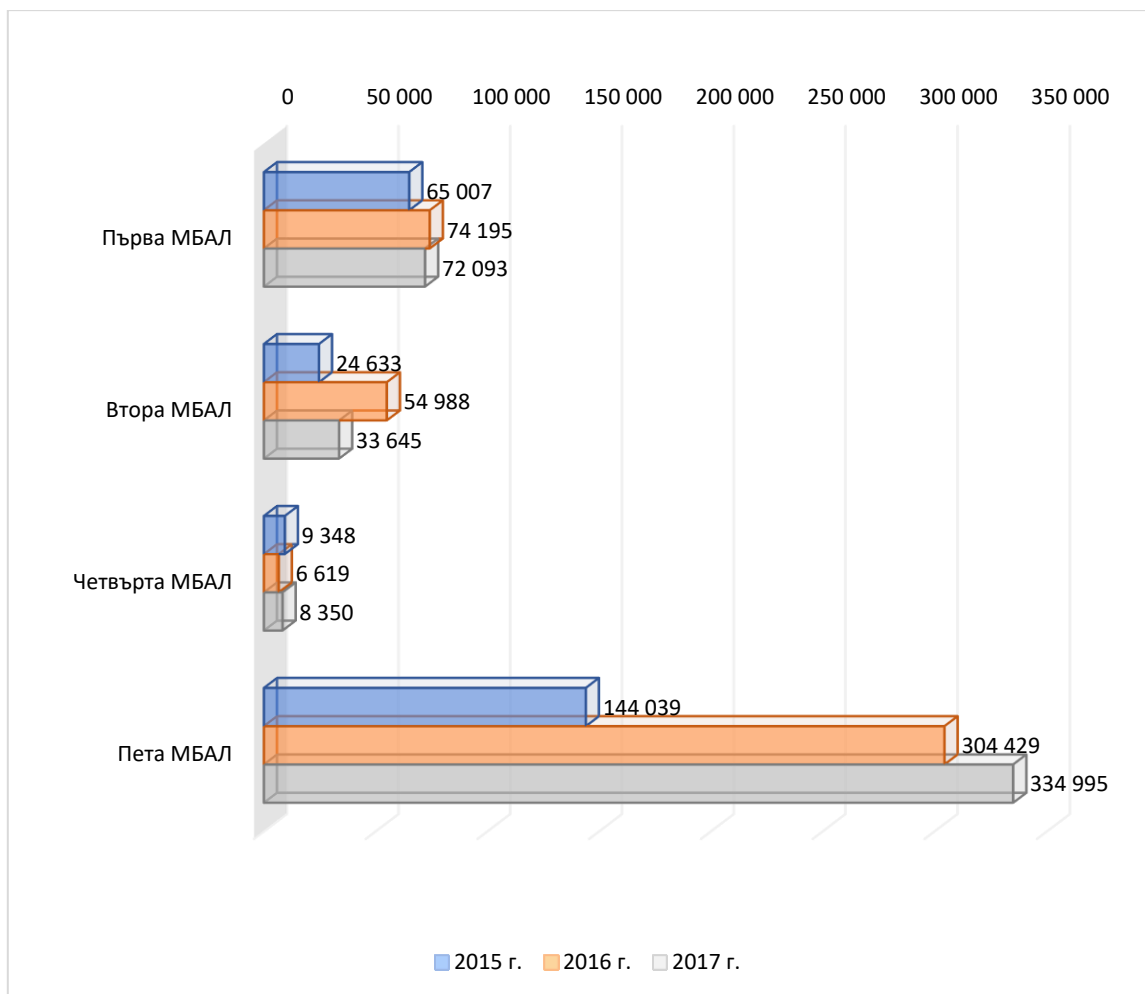
Изт. Годишни отчети на общинските болници

Тенденция на намаление се наблюдава и при приходите от РЗОК, като тук се включват освен приходите по договор по клинични пътеки, и приходите по договор за високоспециализирани медицински дейности, извършени в болнични условия. За Четвърта МБАЛ е характерен най-високият относителен дял на намалението с 11,6% и то само от договор по клинични пътеки, следвана от Втора МБАЛ – с 6,8% и Пета МБАЛ с 5,3%. Тенденция на нарастване на този вид приходи наблюдаваме при Първа МБАЛ с 6,2%. При тази болница има и приходи по договор за високоспециализирани медицински дейности, които за наблюдавания тригодишен период намаляват с 12,3%.



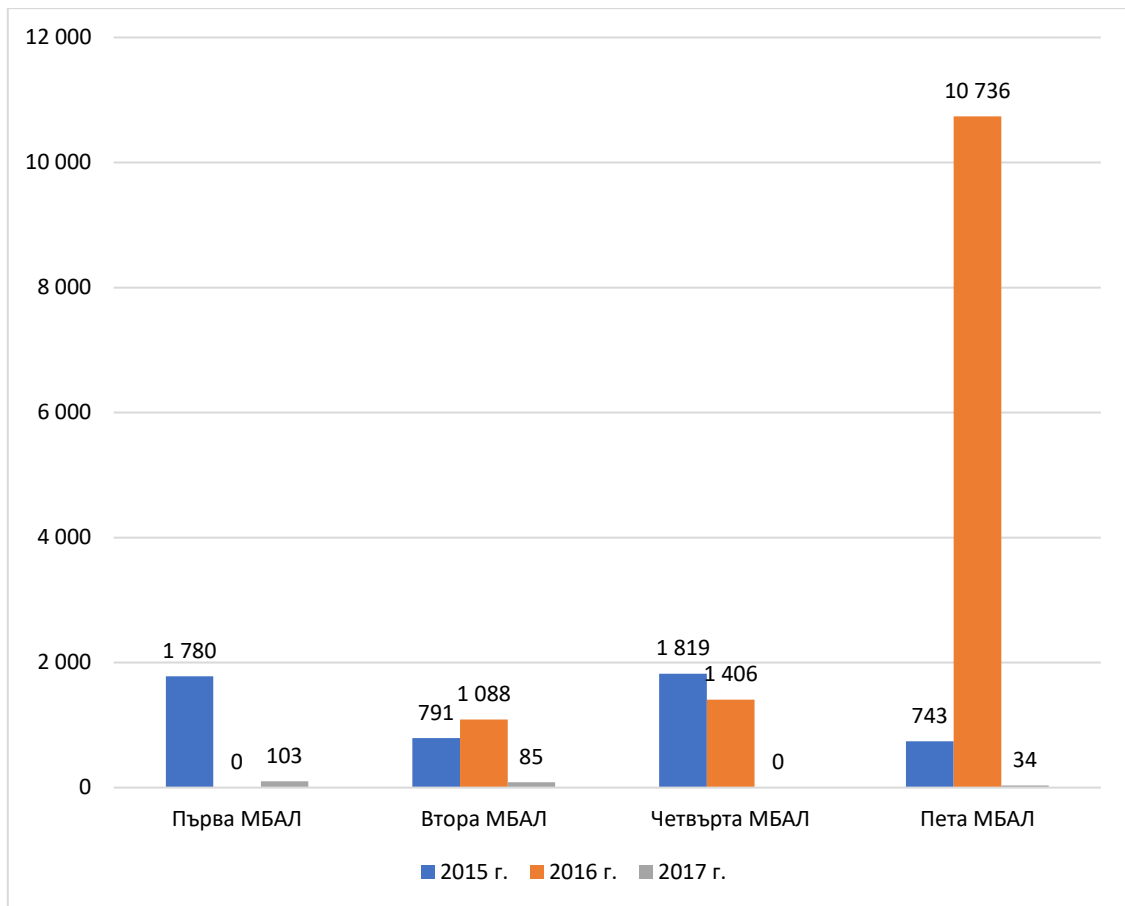
**Фигура 4.** Приходи от клинични проучвания на МБАЛ

Друг вид приходи са приходите от клинични проучвания, които като цяло намаляват за периода 2015-2017 г. Най-висок е относителният дял на намалението в Първа МБАЛ – с 56%, следвана от Четвърта МБАЛ с 44,3% и Пета МБАЛ – с 25,1% и общо за групата МБАЛ – с 32,3%. Единствената болница, при която се наблюдава увеличение е Втора МБАЛ - с 28,2%.



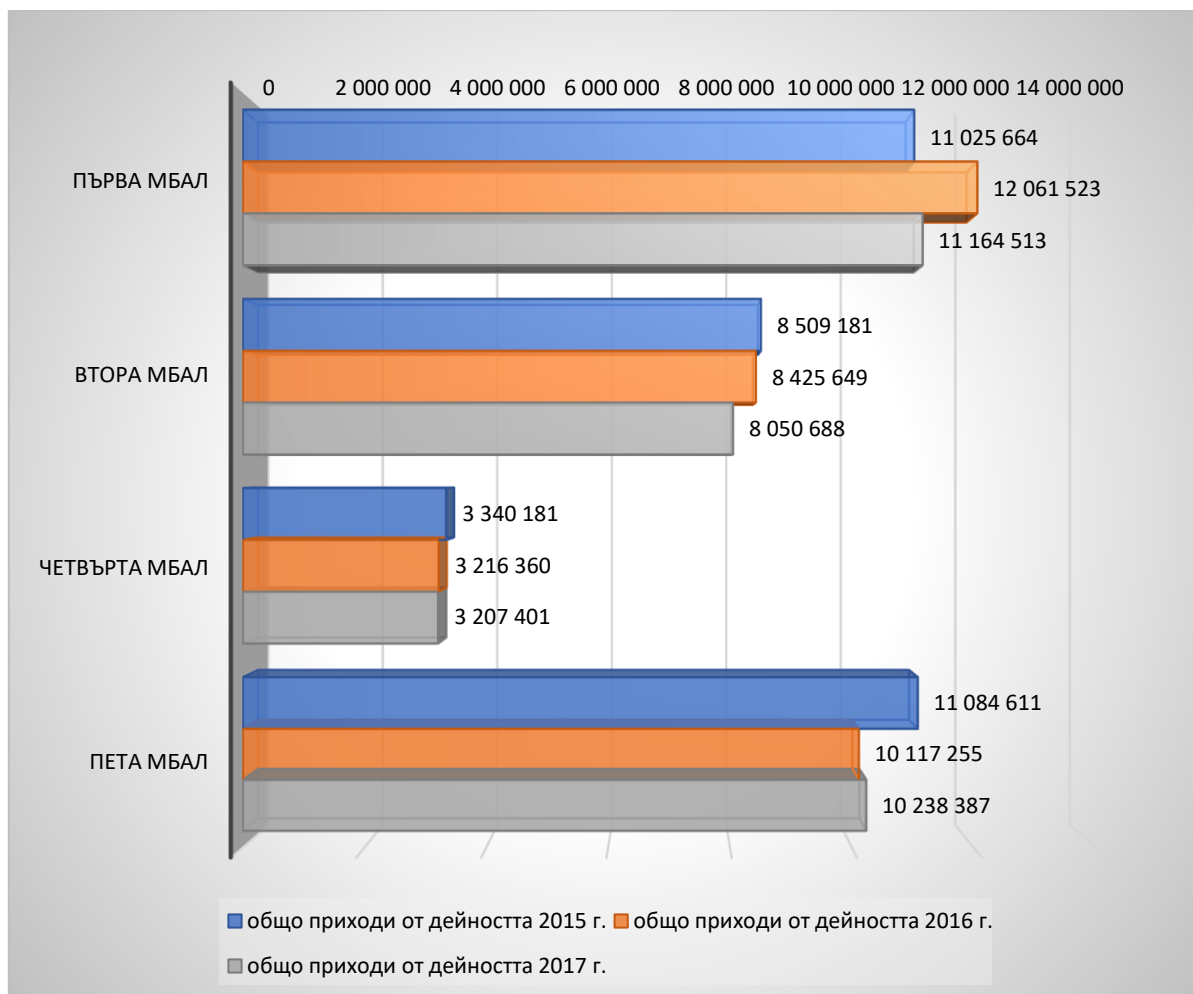
**Фигура 5.** Приходи от наем на МБАЛ

Тенденция на нарастване се наблюдава при приходите от наем. Забележително, т.е. със 132,6% е нарастването на този вид приходи в Пета МБАЛ. С 36,6% нарастват приходите от наем във Втора МБАЛ, а с 10,9 на сто в Първа МБАЛ. Намаляват тези приходи с 10,7% в Четвърта МБАЛ. Общото нарастване за градските МБАЛ е с 84,8%.



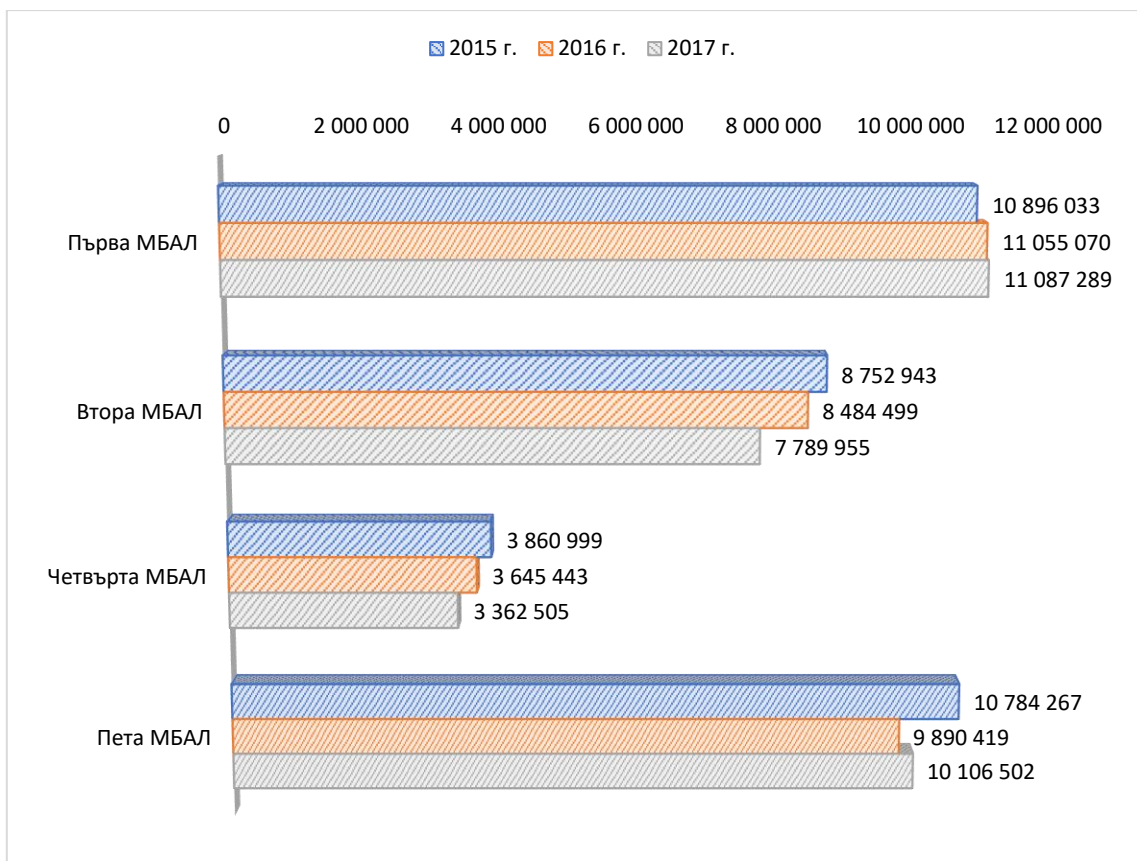
**Фигура 6.** Приходи от стерилизация и тръжни документи на МБАЛ

От фигура 6 е видно намалението и при приходите от стерилизация и тръжни документи на градските МБАЛ. Особено забележимо е нарастването на тези приходи при Пета МБАЛ през 2016 г., следвано от драстичния спад през следващата година, като общо за периода намалението е с 95,4%. Същият е относителният дял на намалението на тези приходи - 94,2% и в Първа МБАЛ, както и във Втора МБАЛ с 89,3%.



**Фигура 7.** Приходи от обичайната дейност на МБАЛ

Приходите от обичайна дейност на МБАЛ при Столична община бележат слабо намаление в края на разглеждания период общо с 3,8%. Най-силно изразено е намалението в Пета МБАЛ – със 7,6%, следвано от Втора МБАЛ – с 5,4% и Четвърта МБАЛ – с 4%. Много бегло е увеличението при Първа МБАЛ – с 1,3%.



**Фигура 8.** Общо разходи по икономически елементи на МБАЛ

Според представените данни е видна тенденцията на намаление на общите разходи по икономически елементи в многопрофилните болници за активно лечение. Най-силно е намалението с 12,9% в Четвърта МБАЛ и подобно с 11% във Втора МБАЛ, следвана от Пета МБАЛ, където намалението е с 6,3%. Много слабо повишение има при Първа МБАЛ с 1,8%. Общо за групата МБАЛ намалението на общите разходи е с 5,7 на сто.

Единственото увеличение на разходите за персонал се наблюдава при Първа МБАЛ – с 6,5%. За останалите болници е характерно намаление на този вид разходи както следва: При Четвърта МБАЛ намалението е с 8,5%, при Втора МБАЛ с 4,4%, при Пета МБАЛ – с 0,6% и общо за всички МБАЛ – с 0,3%.

За разглеждания тригодишен период разходите за храна бележат единодушна тенденция на намаление, най-силно изразено в Първа МБАЛ –

с 27,6 на сто, следва Втора МБАЛ с 19,6%, Четвърта с 15,5%, Пета МБАЛ – с 8,4% и общо за всички МБАЛ – с 18,9%.

Разходите за медикаменти се увеличават слабо в Първа МБАЛ с 4,3% и отново тенденцията е към намаление в останалите МБАЛ. Най-силно впечатление създава намалението с цели 56,2% в Четвърта МБАЛ. По-умерено е намалението в абсолютен размер и относителен дял на разходите за медикаменти в Пета МБАЛ – с 14,3% и при Втора МБАЛ – с 9,9%. Общото намаление на тези разходи за градските болници е 9,3%.

За Втора МБАЛ е най-висок процента на намаление на оперативните разходи – 31,2%, следвана от Пета МБАЛ, където този вид разходи бележи намаление с 16,5 на сто, при Първа МБАЛ намалението е с 9,3%, а най-слабо е в Четвърта МБАЛ – с 4,5%. За периода 2015-2017 г. намалението общо за групата градски болници е с 16,5 на сто.

В структурата на разходите по икономически елементи най-висок е дялът на разходите за персонал, включващи разходи за заплати и осигурителни вноски. За последната наблюдавана година най-висок е относителният дял при този разход в Четвърта МБАЛ, а именно 68,8 на сто, а най-нисък при Първа МБАЛ – 61,5 на сто. Средно за групата МБАЛ относителният дял е 64,1%.

На следващо място се нареждат оперативните разходи, които са около 1/5 от общите разходи при всички разглеждани болници.

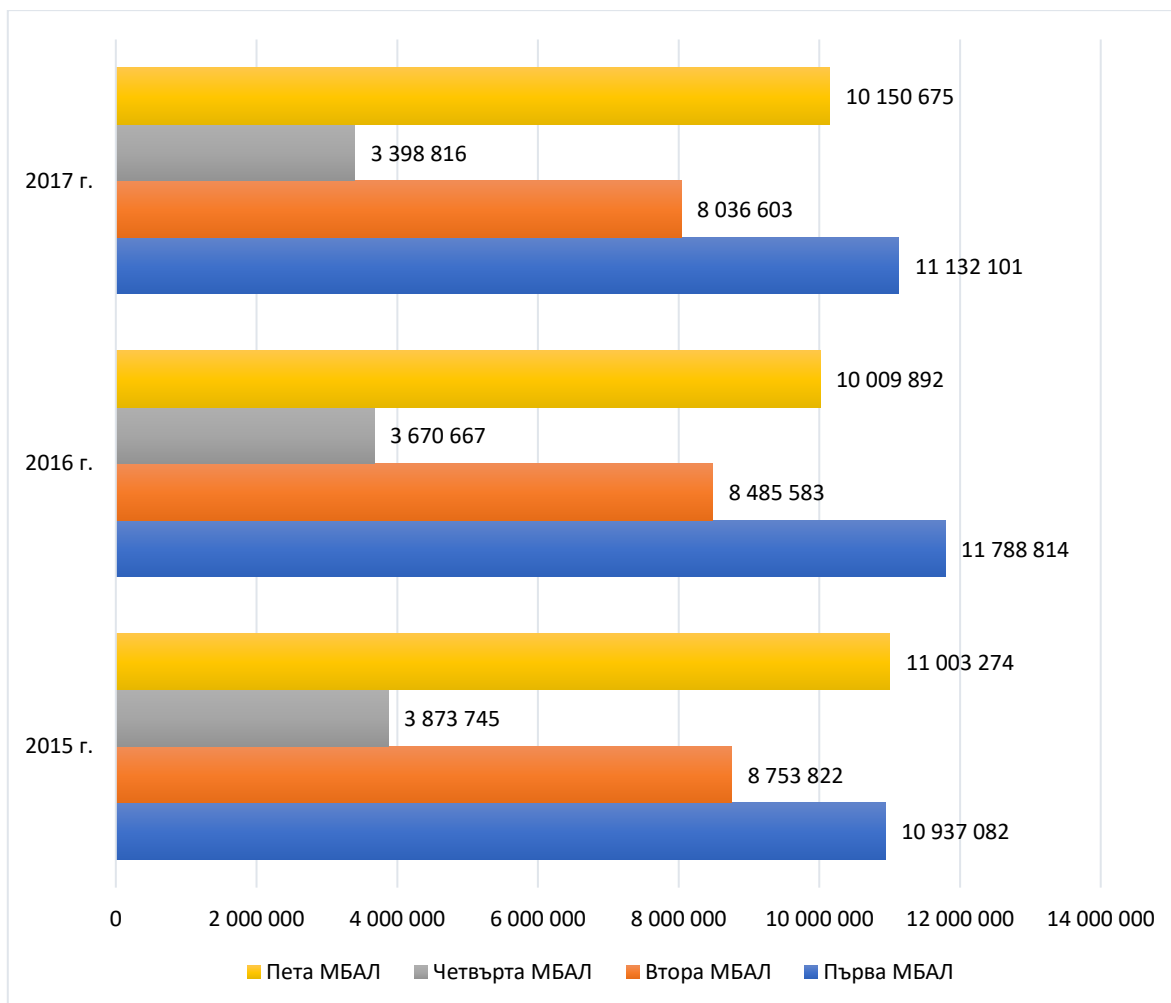
По отношение на разходите за медикаменти, които общо за градските болници на гр. София са в порядъка на 1/6 от общите е виден значително по-ниският разход в Четвърта МБАЛ, вариращ от 5 до 9,7 на сто.

Най-нисък е дялът на разходите за храна, движещ се в диапазона между 2,4 и 2,9 на сто.

**Таблица 9. Разходи по икономически елементи на МБАЛ (в лв.)**

		Първа МБАЛ	относи телен дял в общит е разход и по иконо мическ и елемен ти	Втора МБАЛ	относи телен дял в общит е разход и по иконо мическ и елемен ти	Четвърта МБАЛ	относи телен дял в общит е разход и по иконо мическ и елемен ти	Пета МБАЛ	относи телен дял в общит е разход и по иконо мическ и елемен ти	<b>ОБЩО МБАЛ</b>	относи телен дял в общит е разход и по иконо мическ и елемен ти
общо разходи по икономически елементи	2015 г.	10 896 033	100	8 752 943	100	3 860 999	100	10 784 267	100	34 294 242	100
	2016 г.	11 055 070	100	8 484 499	100	3 645 443	100	9 890 419	100	33 075 431	100
	2017 г.	11 087 289	100	7 789 955	100	3 362 505	100	10 106 502	100	32 346 251	100
разходи за персонал	2015 г.	6 401 410	58,6	5 271 730	60,2	2 526 917	65,4	6 589 195	61,1	20 789 252	60,6
	2016 г.	6 818 096	61,7	5 279 786	62,2	2 523 967	69,2	6 235 789	63,0	20 857 638	63,1
	2017 г.	6 820 298	61,5	5 042 242	64,7	2 312 151	68,8	6 550 479	64,8	20 725 170	64,1
разходи за храна	2015 г.	352 005	3,2	257 283	2,9	95 670	2,5	279 017	2,6	983 975	2,9
	2016 г.	278 942	2,5	206 823	2,4	89 486	2,5	270 751	2,7	846 002	2,6
	2017 г.	254 930	2,3	206 915	2,7	80 825	2,4	255 627	2,5	798 297	2,4
разходи за медикаменти	2015 г.	1 862 446	17,1	1 514 430	17,3	375 776	9,7	1 397 252	13,0	5 149 904	15,0
	2016 г.	1 878 157	17,0	1 461 006	17,2	208 100	5,7	1 337 029	13,5	4 884 292	14,8
	2017 г.	1 943 277	17,8	1 364 640	17,5	164 678	5,0	1 197 391	11,8	4 669 986	14,4
оперативни разходи	2015 г.	2 280 172	20,9	1 709 500	19,5	862 636	22,3	2 518 803	23,4	7 371 111	21,5
	2016 г.	2 079 875	18,8	1 536 884	18,1	823 890	22,6	2 046 850	20,7	6 487 499	19,6
	2017 г.	2 068 784	18,7	1 176 158	15,1	804 851	23,9	2 103 005	20,8	6 152 798	17,9

Изт. Годишни отчети на общинските болници



**Фигура 9.** Общо разходи от дейността на МБАЛ

На фигура 9 са представени общо разходи за дейността през периода 2015-2017 г. на общинските МБАЛ към Столично общинско здравеопазване.

От представените данни става ясно, че те като цяло намаляват и общо за разглежданите лечебни заведения спадът е с 5,4%. Най-висок е относителният дял на намалението в Четвърта МБАЛ – с 12,3%, следвана от Втора МБАЛ – с 8,2% и Пета МБАЛ – със 7,7 на сто. Единствено нарастване се наблюдава при Първа МБАЛ – с 1,8%.

**Таблица 10. ПЕЧАЛБА-ЗАГУБА на МБАЛ (в лв.)**

		Първа МБАЛ	Втора МБАЛ	Четвърта МБАЛ	Пета МБАЛ	<b>ОБЩО МБАЛ</b>
печалба-загуба	2015 г.	88 582	-244 641	-532 780	81 337	-607 502
	2016 г.	272 709	-59 934	-454 307	107 363	-134 169
	2017 г.	<b>32 412</b>	<b>14 085</b>	<b>-191 415</b>	<b>81 072</b>	<b>-63 846</b>

Изт. Годишни отчети на общинските болници

Въз основа на представените данни в таблица 10 става ясно, че единствено за Четвърта МБАЛ е характерна загуба през целия наблюдаван период, което води и до приключването на загуба общо за групата градски МБАЛ. Положително в случая е, че загубата постепенно се стопява. Най-висока е печалбата в Пета МБАЛ, следвана от Първа МБАЛ. От данните е видно, че при тези две болници най-висока е печалбата през 2016 г., след което отново намалява. Положителна е тенденцията първоначално на намаление на загубата през 2016, а впоследствие и приключване през 2017 г. на печалба за Втора МБАЛ.

**3.2.2. Анализ на основни показатели на финансовите ресурси за МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД и „МБАЛ-Пирдоп“ АД**

**Таблица 11. Приходи на "МБАЛ Д-р Стойчо Христов" ЕООД**

<b>ПРИХОДИ</b>	<b>2015 г.</b>	<b>2016 г.</b>	<b>2017 г.</b>
Приходи от РЗОК	3 673 888	3 803 167	4 271 880
Приходи от услуги	48 047	82 036	52 211
Приходи от потребителски такси	52 773	46 771	54 668
Приходи от наеми	6 104	6 159	7 409
Други приходи (такси по договори, такси за стерилизация, такси за камера, транспорт и др.)	9 517	14 145	35 125
<b>Нетни приходи от продажби на стоки, услуги и други</b>	<b>3 790 331</b>	<b>3 952 279</b>	<b>4 421 293</b>
Финансирания от МЗ	73 606	189 535	187 979
Финансирания и дарения	36 254	13 261	216 678
Финансирания от община Севлиево	50 000	60 000	0
<b>Общо приходи от финансирания</b>	<b>159 860</b>	<b>262 797</b>	<b>404 657</b>
<b>Приходи от лихви</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>Общо приходи от дейността</b>	<b>3 950 212</b>	<b>4 215 080</b>	<b>4 825 949</b>

Изт. Търговски регистър - <https://public.brra.bg/>

Положителна е тенденцията при динамиката на приходите за МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД. За наблюдавания период тя е следната:

- Приходите от РЗОК бележат положителна тенденция на покачване, което в края на периода завършва с 16,3%.

- Приходите от услуги са отбелязали най-висока стойност по средата на разглеждания период, т.е. през 2016 г., когато са нарастнали в сравнение с 2015 г. със 70,7%, а впоследствие намаляват. В края на периода се наблюдава нарастване с 8,7 на сто.

- Приходите от потребителски такси са нарастнали с 3,6 на сто.

- Приходите от наеми нарастват с 21,4%.

- Други приходи – както е видно от табл. 9, този вид приходи бележат забележително нарастване, т.е. с цели 269,1%.

- Нетни приходи от продажби на стоки, услуги и други нарастват с 16,7%.

- Финансиранията от МЗ бележат също висок процент на увеличение – със 155,4 на сто.

- Финансиранията от дарения са този вид финансираня, които нарастват за периода 2015-2017 г. с най-внушителния размер, а именно с 497,7%.

- Финансираня от община Севлиево – този вид финансиране започва изменението си с положителна тенденция на нарастване за 2016 г., но през 2017 г. по данните, подадени в Търговски регистър няма отбелязана стойност различна от 0.

- Общо приходи от финансираня нарастват със 153,1%.

- Общо приходи от дейността бележат тенденция на нарастване през целия разглеждан период и в края му завършват с увеличение от 22,2%.

**Таблица 12.** Приходи на "МБАЛ-Пирдоп" АД

<b>ПРИХОДИ</b>	<b>2015 г.</b>	<b>2016 г.</b>	<b>2017 г.</b>
<b>Платени медицински услуги</b>	<b>100 948</b>	<b>113 045</b>	<b>100 288</b>
<b>от РЗОК</b>	<b>1 574 126</b>	<b>1 186 051</b>	<b>875 336</b>
МЦ ПИРДОП-ОФТР	10 451	10 880	6 506
МБАЛ Скин Системс ЕООД	52 892	55 360	54 469
<b>Финансирания, в т.ч.</b>	<b>208 016</b>	<b>252 952</b>	<b>471 809</b>
Общини, в т.ч. възнагр. за член на НС	135 947	162 631	380 861
Субсидии за болници в отдалечени и рисковни райони - МЗ	72 069	90 321	90 948
<b>Други приходи, в т.ч.</b>	<b>431 112</b>	<b>189 768</b>	<b>1 345 622</b>
Наеми	1 456	1 058	1 513
Дарения	201 097	148 663	1 106 542
Консумативи от наематели	22 470	18 661	23 232
<b>ОБЩО</b>	<b>2 302 380</b>	<b>1 794 987</b>	<b>2 812 073</b>
Общо изработен приход	2 377 545	1 808 056	2 850 866

Изт. Търговски регистър - <https://public.brra.bg/>

От табл. 12 е видна тенденцията при изменението на приходите на "МБАЛ-Пирдоп" АД.

- Приходите от платени медицински услуги след леко покачване в средата на наблюдавания период бележат спад с 0,7% през 2017 г.

- Негативна е тенденцията при приходите от РЗОК. За тригодишния изследван период те спадат с 44,4%, което е следствие на намаления договорен брой клинични пътеки, поради завишени изисквания за изпълнението им.

- Спадат приходите и от МЦ ПИРДОП-ОФТР с 37,8 на сто.

- При приходите от МБАЛ Скин Системс ЕООД се наблюдава нарастване с 3%.

- Положителна е тенденцията на нарастване при финансиранята. Тяхното увеличение за периода 2015-2017 г. е със 126,8%.

- Финансиранята от общини, в т.ч. възнаграждения за член на НС нарастват с цели 180,2%.

- Субсидиите за болници в отдалечени и рискови райони от Министерство на здравеопазването нарастват с 26,2 на сто.

- Забележителен е високият процент на нарастване на други приходи - с 212,1%.

- Приходите от наеми нарастват едва с 3,9%.

- Най-впечатляващо нарастване наблюдаваме при приходите от дарения - с 450,3%.

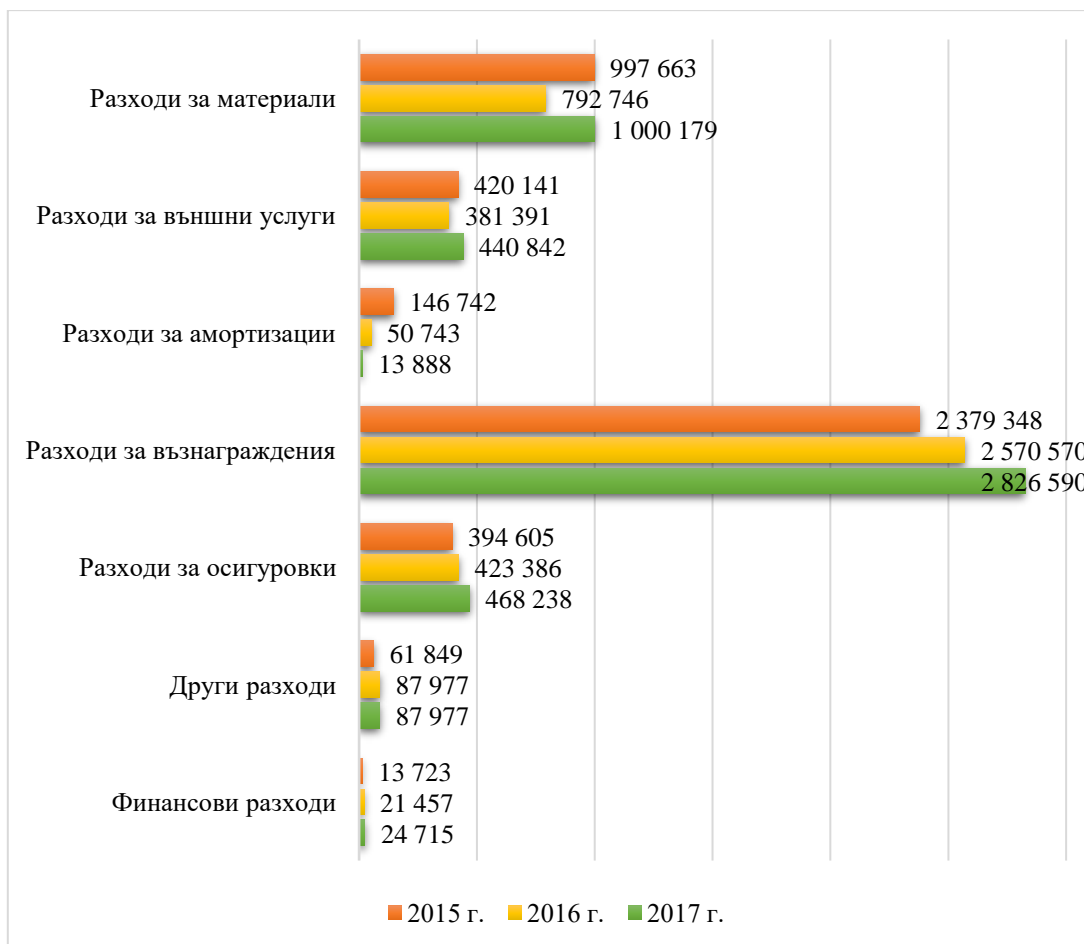
- Приходите от консумативи от наематели се увеличават с 3,4%.

- ОБЩО приходите нарастват с 22,1 на сто.

- Общо изработен приход бележи стойности на увеличение за изследвания тригодишен период с 19,9%.

### ***Анализ на Разходите за дейността на „МБАЛ Д-р Стойчо Христов“ ЕООД Севлиево***

Най-приложимата класификация на разходите на лечебното заведение е по **икономически елементи**, т.е. в нея се отразяват различните производствени фактори – труд и осигуровки, лекарства и консумативи, храна за болните и персонала, осветление, отопление, вода, пощенски и телефонни услуги, амортизации, стопански разходи, командировки, транспорт, текущи ремонти, основни ремонти, придобиване на дълготрайни активи и други (Ст.Гладилов, Е.Делчева, 2009, с. 226-228).



**Фигура 10.** Разходи за дейността на МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД – гр. Севлиево

Изт. Годишни доклади за дейността на "МБАЛ Д-р Стойчо Христов" ЕООД – гр. Севлиево за 2015, 2016 и 2017 г. – Търговски регистър

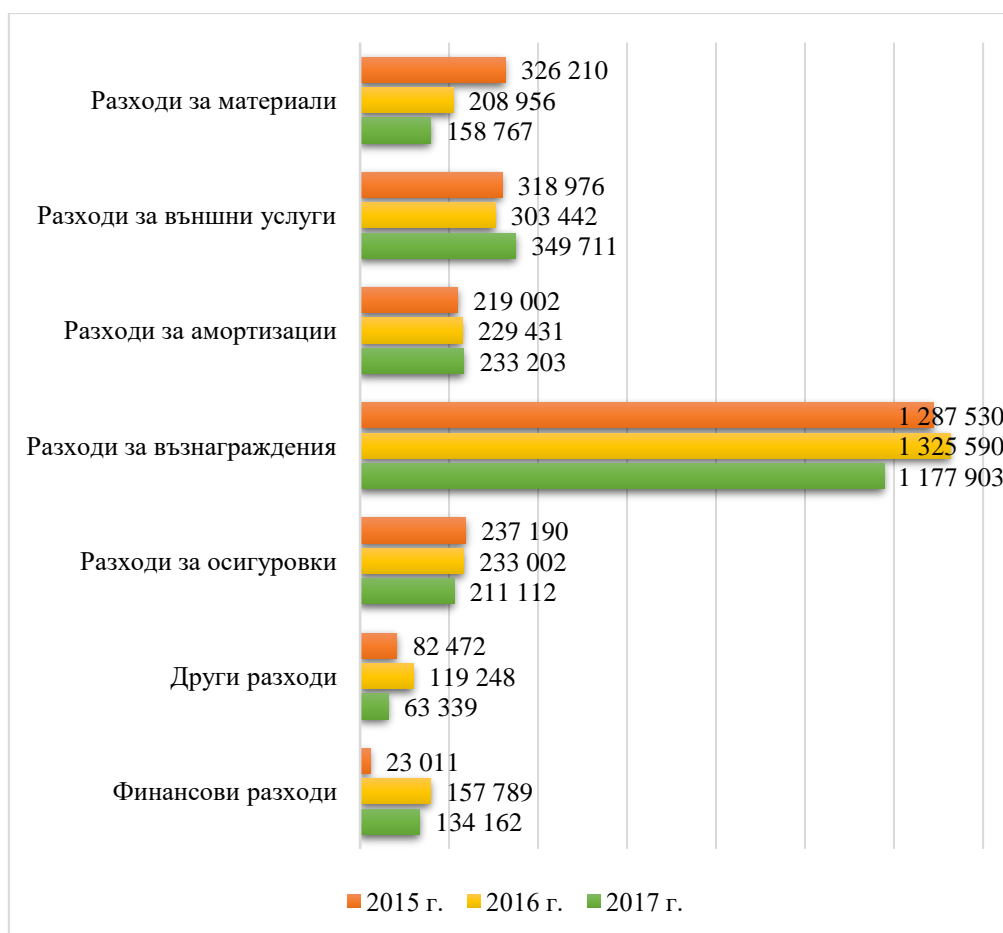
Както е видно от фигура 10 в края на периода 2015-2017 г. се наблюдава драстично намаление на разходите за амортизации – с цели 90,5%. При всички останали разходи се наблюдава нарастване, което общо е с 10,9%. С най-висок относителен дял, т.е. с 80,0% нарастват финансовите разходи. Следва нарастването на други разходи – с 42,2%. С 18,8% и 18,7% нарастват съответно разходите за възнаграждения и разходите за осигуровки на персонала. Слабо е нарастването на разходите за външни услуги – с 4,9 на сто и само с 0,25% нарастват разходите за материали.

Съотношението на отделните разходи по икономически елементи през последната година на проучвания период – 2017 г. в % е както следва:

- за възнаграждения – 58,0%
- за осигурителни вноски - 9,6%
- за материали, в т.ч. за медикаменти и консумативи – 20,5%
- за външни услуги – 9,0%
- за амортизации – 0,3%
- за други разходи – 2,3%,
- Банкови комисионни и лихви по кредит – 0,3%

**Материалните разходи** са променливи по своя характер и включват преди всичко разходите за лекарства и медицински консумативи. Средно заемат около 15-30% от разходите на болниците. Е. Делчева (2009, с. 264) посочва, че здравният мениджър може да упражнява към материалните разходи стратегии, насочени към икономии до технологичния минимум (но не и за сметка на качеството!), намаляване на загубите от изтекли срокове на годност, замяна на скъпите продукти с техни по-евтини аналози, използване на генерични лекарствени продукти, снижаване на доставната цена при конкурсите за обществена поръчка или доставка, отчитане на повече фактори освен доставната цена (експлоатационни разходи, разходи за поддръжка, фармакоикономически влияния върху средния престой и общите разходи и т.н.).

***Анализ на Разходите за дейността на „МБАЛ-Пирдон“ АД – гр.Пирдон***



**Фигура 11.** Разходи за дейността на „МБАЛ-Пирдоп“ АД – гр.Пирдоп

Изт. Годишни доклади за дейността на „МБАЛ-Пирдоп“ АД - гр. Пирдоп за 2015, 2016 и 2017 г. – Търговски регистър

Както е видно от фигура 11 коренно противоположно на МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД е изменението на разходите за дейността за разглеждания тригодишен период при „МБАЛ-Пирдоп“ АД. За общинската болница „МБАЛ-Пирдоп“ АД е характерно внушително нарастване на абсолютния размер на финансовите разходи – от 23 011 лв. през 2015 г. на 134 162 лв. през 2017 г., което изразено в относителен дял е с 483,0%. При разходите по икономически елементи наблюдаваме негативна тенденция при изменението на разходите за възнаграждения – с 8,5% и разходите за осигуровки на персонала – с 11,0 на сто. Приблизително с ¼ на сто спадат „Други разходи“. Наполовина, т.е. с 51,3%, спадат разходите за материали.

Увеличение наблюдаваме при разходите за външни услуги – с 9,6%, следвани от разходите за амортизации – с 6,5%. В края на периода общо всички разходи намаляват с 4,7%.

Съотношението на отделните разходи по икономически елементи през последната година на проучвания период – 2017 г. в % е както следва:

- за възнаграждения – 49,5%
- осигурителни вноски - 8,9%
- за материали, в т.ч. за медикаменти и консумативи – 6,7%
- за външни услуги – 14,7%
- за амортизации – 9,8%
- за други разходи – 2,7%,
- Финансови разходи: за лихви и банкови такси – 5,6%

Основен разход в повечето лечебни заведения са *разходите за труд*, тъй като здравеопазната дейност е трудово-интензивна, а ролята на медицинския специалист е незаменима от машината. Медицинските технологии в повечето случаи подпомагат човека, повишават качеството на дейността, подобряват здравната резултативност.

Съвременна тенденция при лечебните заведения в България е към нарастване на *разходите за външни услуги* – отопление, осветление, телефони, пощенски, вода и канал, не само поради инфлационни процеси, но и поради трансформиране на стопански разходи, извършвани със собствен персонал, в разходи за външни услуги. Такива са изнасянето на храненето, чистенето, прането, поддръжката на апаратурата, снабдяването с газове, извозването на боклука и т.н. Някои болници упражняват публично-частно партньорство, като предоставят за приватизация и медицински дейности – лаборатории, скъпа образна диагностика и др. Други сключват договори с частни медицински лаборатории или центрове за ползване на определени услуги (напр. скенер или ядрено-магнитен резонанс) срещу наем.

През разглеждания в проучването период „МБАЛ-Пирдоп“ АД отдава под наем помещенията на третия етаж на частното медицинско заведение „Скин Системс“. „Скин Системс“ извършват ремонт на отдадените за ползване помещения и откриват две отделения - отделение по ортопедия и травматология и отделение по пластично-възстановителна и естетична хирургия.

Това сътрудничество е ползотворно, защото се разширява дейността на болницата, тя се подпомага материално, а и населението има ежедневно на разположение изключително квалифицирани специалисти. Отношенията на частното заведение с общинската болница са регламентирани. Имат подписан договор, според който заплащат ежемесечна сума за ползване на помещенията рентген, лаборатория, консултанти, режимни и други. (132)

### **3.4. Сравнителен анализ на организацията на дейността на болничната медицинска помощ**

#### **3.4.1. Анализ на организацията на дейността на болничната медицинска помощ в общинските МБАЛ на гр. София**

Клиниките и отделенията на общинските болници на гр. София осъществяват дейността си при спазване на общите нормативни изисквания и утвърдени Медицински стандарти, Правилници за устройството, дейността и вътрешния ред и задължителни протоколи за добра клинична практика.

За осигуряването на качеството на медицинските дейности в отделенията и клиниките са разработени диагностично-терапевтични алгоритми и технически фишове за обслужване на пациентите. Със съдържанието им са запознати всички медицински специалисти в съответните звена. (36,83)

За оценката на диагностично-лечебния процес в стационара се използват голям брой количествени и качествени показатели. В настоящото проучване са включени тази част от количествените показатели, които дават по-обобщена представа и оценка.

От гледна точка на управленския процес, системата за оценка на диагностично-лечебния процес в стационара, а също и на цялостната стационарна дейност, трябва да е тясно свързана, да подпомага и осигурява останалите етапи на управлението – планиране, прогнозиране, финансиране и контрол. (14,21)

Болничното заведение разполага със съвкупност от ресурси, които се използват в различни производствени процеси. За мениджмънта на болницата е необходимо да се разбере в каква степен и ефективно ли се изразходват наличните ресурси.

Болничното легло представлява основният физически ресурс на болницата.

Чрез болничните легла се изчислява първият елемент от профила на използване на ресурсите: индексът на заетост. Високият индексът на заетост (използваемост на леглата в %) показва, че леглата са винаги заети, докато ниският означава, че леглата обикновено са празни. (66)

В Общинските болници за активно лечение към Столична община грижата за пациента е с най-висок приоритет. Топ медицински специалисти, върхова медицина и прогресивните промени правят болниците едни от водещите в страната. Тук се предлага отдадена, отличаваща ги, професионална медицинска грижа и най-високо ниво на следдипломно обучение и подготовка посредством креативно прилагане на знанията, уменията и технологиите. (46)

Промяната на показателите по видове болнични заведения и видове легла се движи в широки граници, което зависи основно от естеството на дейност на лечебното заведение.

При многопрофилните болници за активно лечение тенденцията за разглеждания период 2015-2017 г. е към намаление в средногодишния брой на леглата и броя на преминалите болни, от което следва намаление и на останалите показатели.

Болничното легло е скъпа и освен това недостигаща стока. Тенденцията е все повече да поскъпва и все повече да не достига, поради което управлението му става все по-напрегнато и трудно.

За всеки район на страната нуждата от болнични легла трябва да се определя на базата на европейски нормативи, заболяемост и демографски профил на населението, специфични нужди. Броят на леглата трябва да бъде мобилен и да се променя през годините според търсенето на здравна помощ според качеството и резултатите от контрола върху медицинските дейности.

(32)

**Таблица 13.** Медико-статистически показатели за общинските МБАЛ (1)

		Първа МБАЛ	Втора МБАЛ	Четвърта МБАЛ	Пета МБАЛ	<b>ОБЩО МБАЛ</b>
<b>среден брой болнични легла</b>	2015 г.	239	216	75,3	393	923,3
	2016 г.	240	213	71	329	853
	2017 г.	237	204	66,3	321	828,3
<b>брой преминали болни</b>	2015 г.	14 890	11 618	4 661	15 134	46 303
	2016 г.	14 941	11 148	4 327	14 775	45 191
	2017 г.	14 645	10 245	5 169	14 280	44 339
<b>брой леглодни</b>	2015 г.	64 142	49 147	20 068	83 846	217 203
	2016 г.	63 131	48 301	18 204	74 842	204 478
	2017 г.	61 204	44 323	17 193	70 213	192 933

Изт. Годишни отчети на общинските болници

Динамиката на средния брой болнични легла е следната:

Най-голямо е намалението в Пета МБАЛ – с 18,3%, следвано от Четвърта МБАЛ – с 12%, Втора МБАЛ – 5,6% и Първа МБАЛ – с 0,8%. Общо за всички МБАЛ намалението е с 10,3%

Относителният дял на намалението на броя на преминалите болни е най-висок при Втора МБАЛ, където бележи стойност 11,8%. С 5,6% намаляват преминалите болни в Пета МБАЛ, а с 1,5% в Първа МБАЛ. Единствено в Четвърта МБАЛ нараства техният брой, а именно с 10,9%. За групата общински МБАЛ намалението е с 4,2%

Тенденцията при броя леглодни бележи отново намаление, което се изразява по следния начин:

Най-голямо е намалението за Пета МБАЛ с 16,3%, следвано от Четвърта МБАЛ с 14,3%, Втора МБАЛ с 9,8% и Първа МБАЛ с 4,6%. Броят леглодни намаляват общо с 11,2% за всички градски МБАЛ.

Броят леглодни за всеки пациент се определя от заболяването и зависи пряко от клиничната преценка на лекаря. Зависи също от външни фактори, чужди от самото лекарско решение, и присъщи на производствените процеси в други звена. (104,87)

За измерване на ефективността в използването на болничните легла се използва средният престой, който се получава като се раздели броят на извършените леглодни през определен период от време на броя на постъпилите пациенти за същия период. (36)

Средният болничен престой е обичайно сведение, което се дава когато се представят данните за дейността на дадена болница. Той се използва и при сравняване на дейността на различните болници и при анализиране на динамиката и развитието на една болница през годините.

**Таблица 14.** Медико-статистически показатели за общинските МБАЛ (2)

		Първа МБАЛ	Втора МБАЛ	Четвърта МБАЛ	Пета МБАЛ	<b>ОБЩО МБАЛ</b>
<b>използваемост на болничните легла (дни)</b>	2015 г.	268,38	227,53	266,40	213,35	243,95
	2016 г.	258,88	228,91	256,36	227,48	242,91
	2017 г.	258,24	217,27	259,00	218,73	238,31
<b>използваемост на болничните легла (%)</b>	2015 г.	73,53	62,34	72,99	58,45	66,83
	2016 г.	70,73	62,54	70,04	62,15	66,36
	2017 г.	70,75	54,53	71,00	59,93	64,05
<b>среден престой на един болен</b>	2015 г.	4,29	4,22	4,28	5,54	4,58
	2016 г.	4,21	4,33	4,20	5,17	4,47
	2017 г.	4,16	3,99	4,00	4,92	4,27
<b>оборот на едно болнично легло</b>	2015 г.	62,54	53,94	62,21	38,51	54,30
	2016 г.	61,46	52,83	61,03	44,04	38,63
	2017 г.	62,07	50,50	78,00	44,49	58,77

Изт. Годишни отчети на общинските болници

В настоящото проучване, при средния престой на лекуван болен в дни тенденцията за многопрофилните болници е следната:

Най-висок е процентът на намаление при Пета МБАЛ – 11,2%. По-ниско е намалението при Четвърта МБАЛ – 6,5%, следва Втора МБАЛ – 5,5% и най-слабо при Първа МБАЛ – 3,0%, като общо за всички болници намалението е с 6,8%.

Можем да отбележим, че оценката на показателя среден престой е сложна задача и не може да се прави опростено. У нас през последните

години се установи тенденция всяко намаление на средния престой да се таксува като позитивен показател за болничната дейност. Този едностранчив подход може да крие определени рискове.

Преодоляването на този едностранчив подход изисква при оценката на средния престой да се спазват следните принципи:

1. Крайната оценка на средния престой да се извършва винаги комплексно заедно с други показатели за болничната дейност – леглодни, използваемост на леглата, изход от лечението, мнение на пациентите.

2. Показателят среден престой да се изчислява не само обобщено, но и диференцирано по отделни класове болести и нозологични единици.

Без да се спазват тези принципи болничният мениджър може да направи погрешни заблуждаващи изводи относно средния болничен престой. Например един намаляващ показател за среден престой да се оцени позитивно, а всъщност той да отразява една *негативна тенденция*, която остава скрита зад brutните статистически показатели на болницата.

Само при подобен комплексен подход този индикатор може да бъде един от критериите за измерване на ефективността в управлението и използването на болничните легла.

Болничният престой представлява класически междинен продукт и като такъв се използва от медицинския персонал за поставяне на диагноза и/или лечение на хоспитализираните пациенти. (102,83 )

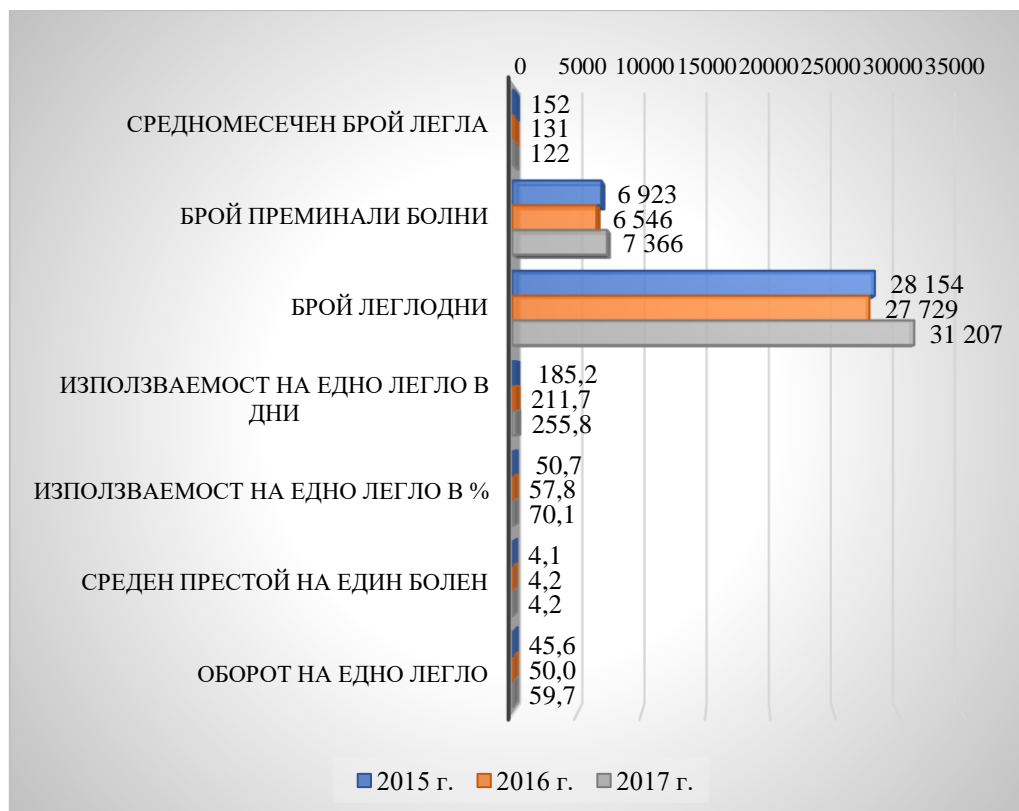
Оборотът на леглата е важен показател за организация на болничното обслужване. През наблюдавания период 2015-2017 г. бележи различни тенденции при различните болници. Най-внушителен е размерът на повишението му с 25,4% в Четвърта МБАЛ, следван от Пета МБАЛ с 15,5 на сто.

Стойностите на оборота на леглата бележат слабо намаление с 6,4% при Втора МБАЛ и с 0,8% при Първа.

Общо за всички разглеждани МБАЛ показателят бележи нарастване с 8,2%.

### **3.4.2. Анализ на организацията на дейността на болничната медицинска помощ в МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД – гр. Севлиево и „МБАЛ-Пирдоп“ АД**

Съгласно данни на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) осигуреността с болнични легла в България — 7,5 на 1000 души население през 2017 г. — е по-висока, отколкото средната за ЕС, и е на второ място след Германия. Средната продължителност на престоя е намаляла наполовина през периода 2000—2017 г. и достига 5,3 дни, т.е. под средната за ЕС от 7,9 дни. Въпреки това болничната помощ се характеризира с високо равнище на извършена дейност, като броят на изписаните пациенти през 2017 г. значително надвишава този в останалите страни от ЕС (около 31 700 на 100 000 души население) и е почти двойно по-голям от средния за ЕС (17 000). И обратно, броят на посещенията в извънболничната помощ през 2017 г. е относително малък — средно 6,1 посещения на човек за година спрямо 7,2 в ЕС. (112)



**Фигура 12.** Справка за дейността на МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД

От представената справка за дейността на МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД Севлиево наблюдаваме следната динамика при медико-статистическите показатели:

Намаление с 33,4% за тригодишния период има при средномесечния брой болнични легла.

Броят на леглата в отделенията е определен според конкретните нужди на лечебния процес, учебната дейност и икономическата ефективност и отговарят на изискванията на чл.8 т.1,2,3 и 4 на Наредба № 49/18.10.2010 г. на МЗ и определените медицински стандарти.

При всички останали показатели се констатира тенденция на нарастване на стойностите както следва:

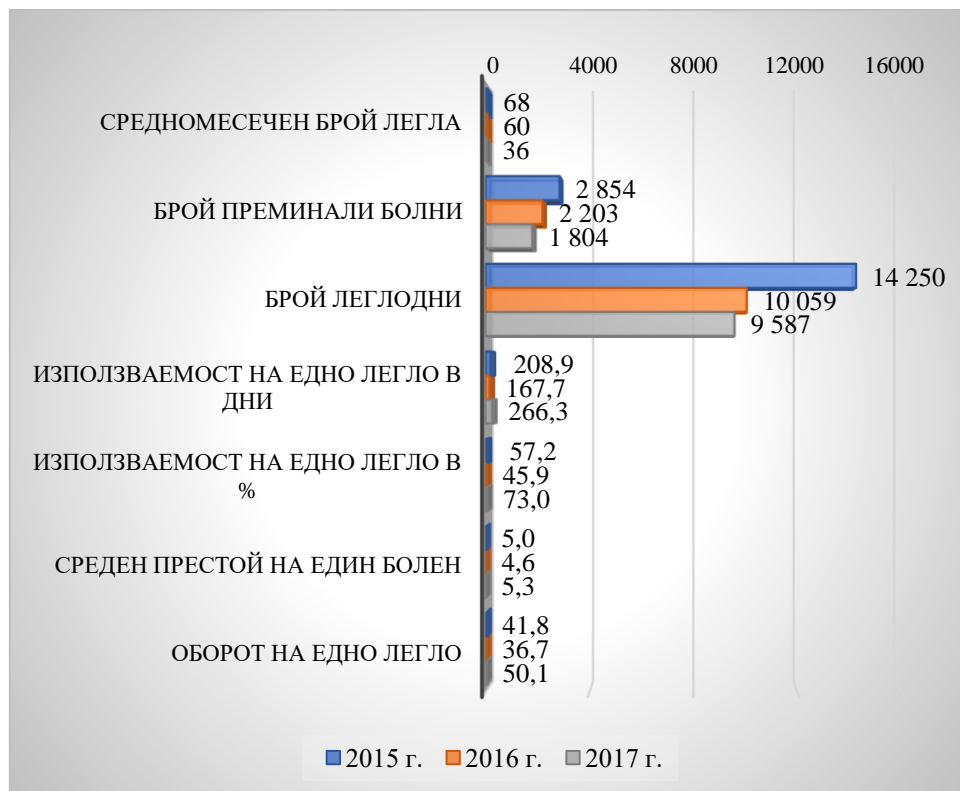
Броят на преминалите болни нараства в края на наблюдавания период с 6,4%.

Нараства и броят на леглодните с 11,2%.

Тенденция на нарастване има и при показателя използваемост на леглата, който в дни нараства от 185,2 през 2015 г. на 255,8 дни през 2017 г., т.е. с 38,1 на сто, а в % нараства с 38,3 на сто.

Индикаторът среден престой на един болен нараства от 2015 до 2017 г. с 0,1 дни.

Оборотът на леглата бележи стойности на увеличение с 30,9% за тригодишния изследван период.



**Фигура 13.** Справка за дейността на "МБАЛ-Пирдоп" АД

Наблюдаваме негативна тенденция при медико-диагностичните справки за дейността на "МБАЛ-Пирдоп" АД.

Както е видно от фиг. 13 средномесечният брой легла намалява за периода 2015-2017 г. приблизително наполовина, или с 47,1%.

Тенденция на намаление с 36,8% отбелязваме и при броя на преминалите болни.

Закономерно следва намалението в броя на леглодните – с 32,7 на сто.

Положителна е тенденцията при останалите показатели за организация на болничното обслужване.

Изполваемостта на леглата нараства: в дни от 209 на 266 дни, или изразено в относителен дял с 27,5 на сто и в % от 57,2% през 2015 г. на 73,0% през 2017 г.

Средният престой на един болен след лек спад през 2016 г. нараства през 2017 г. с 0,3 дни в сравнение с началото на наблюдавания период.

Тенденция на нарастване с 19,9 на сто наблюдаваме и оборотът на едно легло.

В условията на здравна реформа в нашата страна общинската здравна администрация има сериозни задачи по планирането на здравеопазването в общината, изпълнението на общински програми, развитието на децентрализацията. Това наложи сериозни грижи за повишаване управленската компетентност на общинската здравна администрация и увеличаване на нейния капацитет за анализ и решаване на местните здравни проблеми. (33)

В съответствие с тенденциите, които се наблюдават в болничния сектор на страните от ЕС в Националната здравна стратегия 2020 на Р България се посочва, че за оптимизиране на болничния сектор е необходим широк обхват от интервенции, насочени към оптимизиране на мрежата от болниците за активно лечение и намаляване на броя на леглата в тях при запазване и увеличаване на възможностите им за интензифицирано и високотехнологично лечение на остри заболявания при нарастване на подкрепящата роля на системата за извънболнична помощ, структурите за рехабилитация, продължително лечение и др.(55)

## **3.5. Сравнителен анализ на икономическите показатели на общинските МБАЛ**

### **3.5.1. Анализ на икономическите показатели на общинските МБАЛ на гр. София**

Потребността за определяне и сравнение на икономическите показатели на болниците от една група е за ръководителите на стационарните заведения, за да направят съпоставка на болницата, която ръководят с другите болници от същата група, отговаряйки си на следните въпроси: Постигнат ли е максимален ефект от технологично необходимата комбинация от ресурси? Минимизират ли се разходите за единица дейност или единица здравен ефект? Натоварва ли се относително капацитетът на отделния фактор за производство или на лечебното заведение? (Гладилов, Делчева, 2009)

Проблемът е особено актуален и за финансиращите институции - НЗОК, Столична община и Министерство на здравеопазването.

Както е известно, величината на финансовите разходи на различните групи болници е производна на преминалите през тях болни и извършените разходи за лечението на всеки един от тях. Затова анализът на тези разходи би могъл да посочи закономерностите и тенденциите в развитието на стационарната медицинска помощ и представлява интерес за болничния мениджмънт.

Средногодишните за дадените болници стойности се определят на базата на вече извършени през годината разходи. Те се използват за различни аналитични разработки. (Давидов, 2004)

Въпросите за ефективно здравеопазване винаги са стояли на вниманието на политиците в дадено общество. От друга страна,

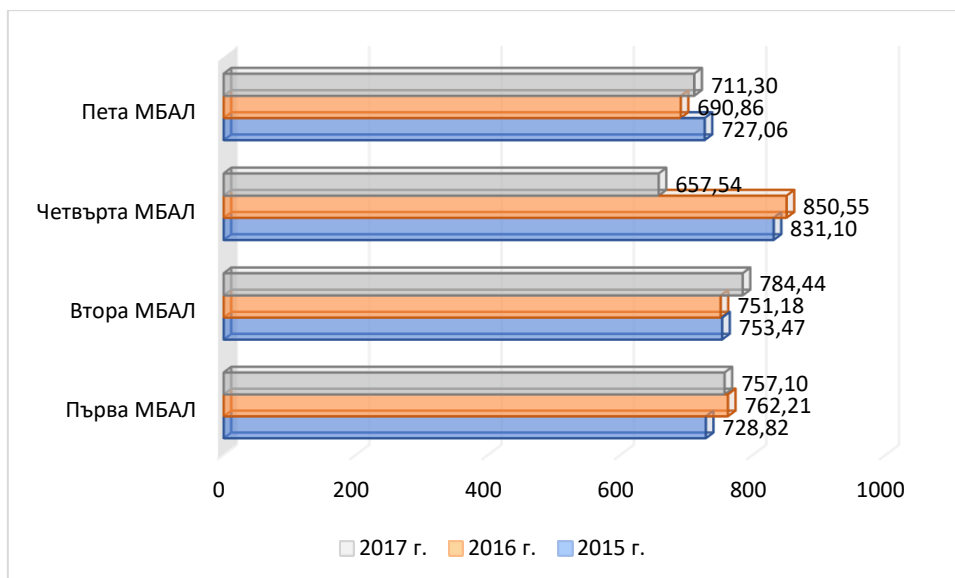
непрекъснато нарастващите средства за здравеопазване поставят пред здравните ръководители проблема за едно икономически по-ефективно разпределение и изразходване на здравните ресурси. Този проблем е един от най-важните мотиви за бързото развитие на икономиката на здравеопазването. (14)

Болничната помощ в гр. София се предоставя от многопрофилни и специализирани болници на общинско, регионално и национално ниво. (Концепция за развитие на Столичното общинско здравеопазване до 2020 г., 2014)

Анализът за използваемостта на ресурсите в здравеопазването може да включва голям брой показатели и различни методи. Тъй като здравната дейност е многофакторна по своята природа и много от резултатите не зависят изцяло от намесата на медицината, икономическият анализ на резултатността от даден фактор трябва да се осъществява при равни други условия. Например може да се заключи, че болница X е работила по-ефективно от болница Y чрез показателя „разходи за един преминал болен“, ако знаем, че тези две болници са сходни като структура, материална база, възможности и през тях преминава подобна комбинация от нозологични случаи и т.н. (14)

Основните икономически показатели за дейността на лечебните заведения отразяват съотношението на извършените от лечебните заведения разходи към постигнатите резултати от дейността (преминали болни, реализирани леглодни и т.н.), използват се за оценка на икономическата ефективност на дейността на лечебните заведения и дават информация за „цената“ на определен вид медицинска помощ. (18)

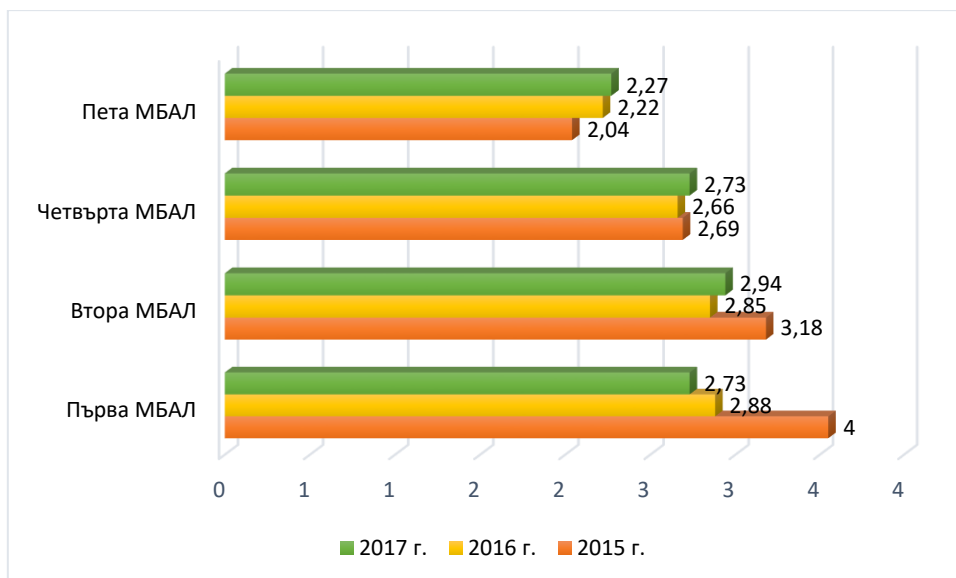
Изменението в стойностите на основните икономически показатели за дейността на общинските МБАЛ на София (столица) за периода 2015-2017 г., е представено графично (от фигура 10 до фигура 12).



**Фигура 14.** Среден разход на един преминал болен на МБАЛ

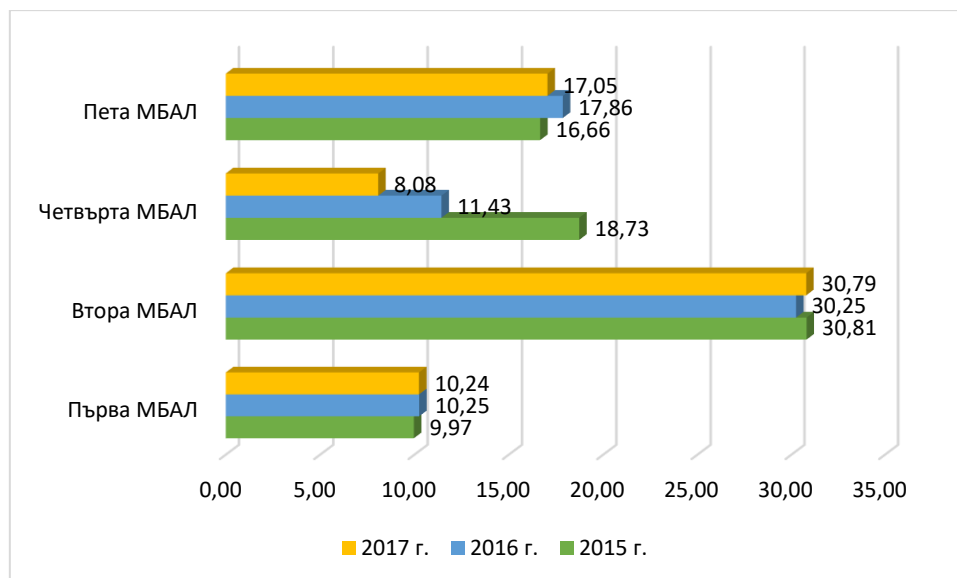
От посочените данни се виждат разликите в стойностите на основните икономически показатели между различните болници от разглежданата група.

При *среден разход на един преминал болен* за тригодишния период значително намаление с приблизително 21% в стойностите се наблюдава при Четвърта МБАЛ, или от 831 спада на 657 лв. Лек е спадът и при Пета МБАЛ с 2,1%. Стойността на този индикатор при Първа и Втора МБАЛ София бележи слабо увеличение, съответно с 4,1 и 3,9%. Общо за всички МБАЛ има намаление от 760 на 727 лв. - с 2,1%.



**Фигура 15.** Среден разход на един храноден на МБАЛ

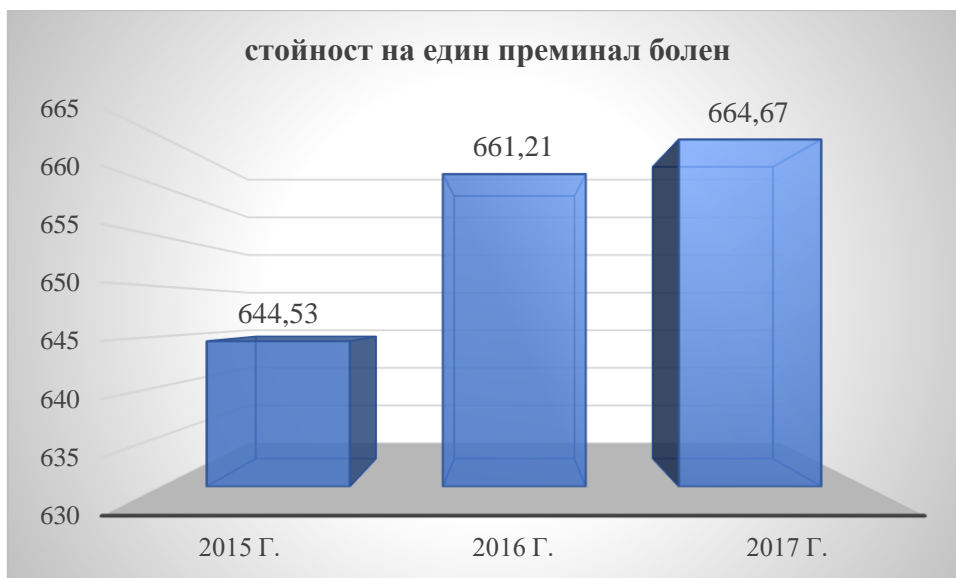
Впечатление създава силното намаление в стойностите на индикатора *среден разход за един храноден* за Първа МБАЛ с 31,8%. За същия период се наблюдава намаление в този индикатор и при Втора МБАЛ със 7,5%. За Пета МБАЛ София е характерно нарастване на относителния дял при показателя с 11,3%, а при Четвърта МБАЛ нарастването е минимално – само с 1,5%. Като цяло тенденцията за всички МБАЛ е към намаление, което е 7%, или от изразходвани 2,87 лв. през 2015 г. спадат на 2,67 лв. през 2017 г.



**Фигура 16.** Среден разход на един лекарствен на МБАЛ

По отношение на показателя *среден разход на един лекарствен* наблюдаваме следните данни: Драматично с 57% намалява стойността му в Четвърта МБАЛ. При останалите болнични лечебни заведения от разглежданата група има много бегла разлика. За тригодишния период групата на МБАЛ завършват общо с намаление при този индикатор с 13,1%.

### **3.5.2. Анализ на икономическите показатели на „МБАЛ Д-р Стойчо Христов“ ЕООД – гр. Севлиево**



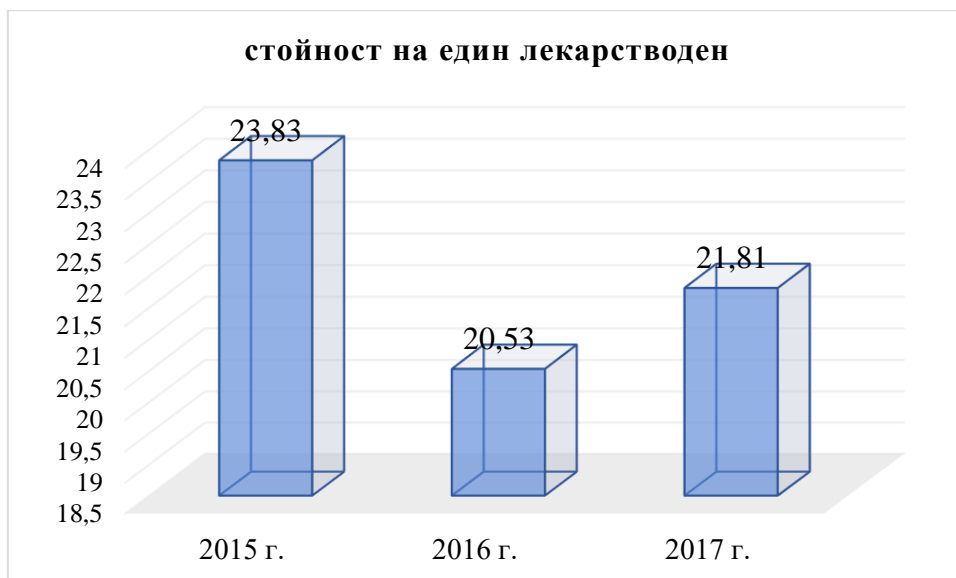
**Фигура 17.** Стойност на един преминал болен

За наблюдавания тригодишен период тенденцията при изменение на стойността на един преминал болен е към нарастване с 3,1%.

Също към нарастване е и стойността на един храноден. Тя нараства с 16 ст. или с 4,6 на сто.



**Фигура 18.** Стойност на един храноден



**Фигура 19.** Стойност на един лекарствен

Стойността на един лекарствен бележи стойности на намаление, като в края на периода това намаление е с 8,5 на сто.

# **ГЛАВА IV. ИЗПОЛЗВАНЕ НА ПРОГНОЗЕН МОДЕЛ ЗА РАЗКРИВАНЕ ПРОБЛЕМНИТЕ И ПОЗИТИВНИ ПЕРСПЕКТИВИ ПРИ ФИНАНСИРАНЕТО НА БОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В ОБЩИНСКИ МБАЛ**

## **(На базата на линеен регресионен модел за прогнозиране)**

Една от основните функции на науката е прогностичната. Нейната история е почти толкова продължителна, колкото е продължителна историята и на самата наука.

Както отбелязва Г. Ранчов (1998), прогнозата на дадено явление е:

- знание за явленията, основано на законите на природата, обществото и мисленето;

- информационен модел за възникване на явления, за закономерностите и тенденциите в бъдещото развитие на вече възникнали явления;

- извод или интуитивно развито се вероятно твърдение за еволюцията на дадено явление;

- не само знание (теория), но и метод на научното познание.

Полезността и ценността на прогнозата се определят преди всичко от:

- нейната надеждност, която се дефинира с вероятността за реализиране на прогнозираното събитие;

- нейната точност, която се свързва с границите, в които би трябвало да се реализира това събитие.[75]

Всяка прогноза се характеризира и с грешка, която е равна на разликата между прогнозираната и фактически реализираната стойност на динамичната променлива. Размерът на грешката, според Г. Ранчов (2008), зависи преди всичко от степента на неопределеност на измененията, които

настъпват във вътрешната структура на явлението и във връзките му с външната среда.[74,75]

Прогнозата е необходима предпоставка за планирането и управлението на здравни програми, за управлението на диагностично-лечебния процес, за вземането на медицински решения и т.н. Тя е едно от силните проявления на връзките на теорията с практиката.

Изразходването на материални и финансови ресурси в икономически план се дефинира като разходи, измерени в парично изражение.

#### 4.1. ПРОГНОЗНИ ДАННИ НА ПРИХОДИТЕ НА ОБЩНСКИТЕ МБАЛ

##### 4.1.1. Прогнозни данни на приходите на общинските МБАЛ на гр. София

Таблица 15. Прогнозни данни за нетни приходи от продажби на стоки услуги и други за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	1 626 546	1 230 159	2 022 933
	2019 г.	1 497 140	1 100 753	1 893 527
	2020 г.	1 367 734	971 347	1 764 121
II МБАЛ	2018 г.	139 333	130 766	147 900
	2019 г.	18 087	9 520	26 654
	2020 г.	-103 159	-111 726	-94 592
IV МБАЛ	2018 г.	302 653	291 773	313 532
	2019 г.	328 510	317 630	339 390
	2020 г.	354 368	343 488	365 247
V МБАЛ	2018 г.	412 101	370 163	454 039
	2019 г.	319 317	277 379	361 255
	2020 г.	226 532	184 594	268 470
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	2 480 633	2 145 630	2 815 635
	2019 г.	2 163 054	1 828 051	2 498 056
	2020 г.	1 845 475	1 510 472	2 180 477

На базата на прогнозните данни става ясно, че нетните приходи от продажби на стоки, услуги и други за периода 2018-2020 г. бележат намаление за I МБАЛ до 1 367 734 лв., за II МБАЛ бележат отрицателни стойности, т.е. намаляват до ( -103 159 лв.), за V МБАЛ намаляват до 226 532 лв. Увеличение при този вид приходи се наблюдава единствено при IV МБАЛ до 354 368 лв. за 3-годишния период.

**Таблица 16.** Прогнозни данни за приходи от избор на лекар за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	-6 777	-8 707	-4 848
	2019 г.	-15 367	-17 297	-13 438
	2020 г.	-23 957	-25 887	-22 028
II МБАЛ	2018 г.	-11 017	-11 017	-6 881
	2019 г.	-22 132	-22 132	-17 996
	2020 г.	-33 247	-33 247	-29 111
IV МБАЛ	2018 г.	-600	-800	-400
	2019 г.	-1 050	-1 250	-850
	2020 г.	-1 500	-1 700	-1 300
V МБАЛ	2018 г.	2 263	518	4 009
	2019 г.	786	-960	2 531
	2020 г.	-692	-2 437	1 054
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	-16 131	-24 142	-8 120
	2019 г.	-37 763	-45 774	-29 752
	2020 г.	-59 396	-67 407	-51 385

Както е видно от табл. 16 за всички МБАЛ този източник на приходи бележи отрицателни стойности. Най-голямо е намалението при II МБАЛ, достигащи до (-33 247 лв.), следвано от I МБАЛ с намаление от (-23 957 лв.)

По-ниски са стойностите на намаление при IV МБАЛ (-1 500 лв.) и V МБАЛ (- 692 лв.).

**Таблица 17.** Прогнозни данни за приходи от ВИП услуги за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	14 447	12 042	16 851
	2019 г.	14 347	11 942	16 751
	2020 г.	14 247	11 842	16 651
II МБАЛ	2018 г.	943	128	1 759
	2019 г.	-11 762	-12 577	-10 946
	2020 г.	-24 467	-25 282	-23 651
IV МБАЛ	2018 г.	5 500	4 907	6 093
	2019 г.	6 825	6 232	7 418
	2020 г.	8 150	7 557	8 743
V МБАЛ	2018 г.	-5 574	-5 675	-5 472
	2019 г.	-15 924	-16 025	-15 822
	2020 г.	-26 274	-26 375	-26 172
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	15 316	11 605	19 028
	2019 г.	-6 514	-10 225	-2 802
	2020 г.	-28 344	-32 055	-24 632

При приходите от ВИП услуги прогнозните данни са както следва: най-високи стойности на намаление наблюдаваме при V МБАЛ, достигачи (- 26 274 лв.), следва II МБАЛ (-24 467 лв.). Ниско е намалението за I МБАЛ – завършващо на 14 247 лв. Единствено положителни резултати бележи IV МБАЛ, където този вид приходи нараства до 8 150 лв.

**Таблица 18.** Прогнозни данни за други приходи за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	1 618 877	1 218 156	2 019 598
	2019 г.	1 498 161	1 097 440	1 898 882
	2020 г.	1 377 445	976 724	1 778 166
II МБАЛ	2018 г.	149 406	145 791	153 022
	2019 г.	51 980	48 365	55 596
	2020 г.	-45 446	-49 061	-41 830
IV МБАЛ	2018 г.	297 753	287 666	307 839
	2019 г.	322 735	312 649	332 822
	2020 г.	347 718	337 631	357 804
V МБАЛ	2018 г.	415 411	375 117	455 706
	2019 г.	334 454	294 160	374 749
	2020 г.	253 497	213 203	293 792
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	2 481 447	2 134 722	2 828 172
	2019 г.	2 207 331	1 860 606	2 554 055
	2020 г.	1 933 214	1 586 489	2 279 939

За прогнозния 3-годишен период се наблюдава намаление и на „други“ приходи, най-силно изразено при II МБАЛ, завършващо на (-45 446 лв.), следвано от I МБАЛ, чиито приходи за 2020 г. са 1 377 445 лв. и V МБАЛ с приходи намаляващи до 253 497 лв. И отново при IV МБАЛ се прогнозира нарастване, завършващо на 347 718 лв.

**Таблица 19.** Прогнозни данни за приходи от финансираня от МЗ - по договор за субсидиране за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	126 957	114 932	138 981
	2019 г.	98 174	86 149	110 198
	2020 г.	69 391	57 366	81 415
II МБАЛ	2018 г.	200 777	199 572	201 981
	2019 г.	211 979	210 775	213 183
	2020 г.	223 182	221 977	224 386
IV МБАЛ	2018 г.	151 507	147 688	155 325
	2019 г.	151 804	147 985	155 622
	2020 г.	152 101	148 282	155 919
V МБАЛ	2018 г.	75 181	70 043	80 320
	2019 г.	70 440	65 302	75 579
	2020 г.	65 699	60 561	70 838
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	554 421	542 281	566 562
	2019 г.	532 397	520 257	544 537
	2020 г.	510 372	498 232	522 513

От табл. 19 става ясно, че прогнозите за приходите от финансиране от Министерство на здравеопазването са положителни при II МБАЛ и при IV МБАЛ, където нарастват съответно до 223 182 лв. и 152 101 лв. и намаляващи величини при I МБАЛ и V МБАЛ, до 69 391 лв. и 65 699 лв.

**Таблица 20.** Прогнозни данни за приходи от финансиране от Столична община за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	1 245 000	1 225 000	1 265 000
	2019 г.	1 290 000	1 270 000	1 310 000
	2020 г.	1 335 000	1 315 000	1 355 000
II МБАЛ	2018 г.	1 267 121	1 231 394	1 302 848
	2019 г.	1 366 108	1 330 381	1 401 835
	2020 г.	1 465 094	1 429 367	1 500 821
IV МБАЛ	2018 г.	953 959	945 890	962 028
	2019 г.	988 962	980 893	997 031
	2020 г.	1 023 966	1 015 897	1 032 035
V МБАЛ	2018 г.	981 010	817 689	1 144 330
	2019 г.	711 503	548 182	874 823
	2020 г.	441 996	278 675	605 316
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	4 447 108	4 219 989	4 674 228
	2019 г.	4 356 598	4 129 479	4 583 718
	2020 г.	4 266 088	4 038 969	4 493 208

По прогнозни данни приходите от финансиране от Столична община нарастват за I, II и IV МБАЛ и намаляват единствено при V МБАЛ с 539 014 лв.

**Таблица 21.** Прогнозни данни за приходи от финансиране от СЗОК (по договор по клинични пътеки) за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	8 466 459	8 381 038	8 551 880
	2019 г.	8 701 813	8 616 392	8 787 233
	2020 г.	8 937 166	8 851 745	9 022 587
II МБАЛ	2018 г.	6 134 937	6 013 646	6 256 227
	2019 г.	5 904 667	5 783 376	6 025 957
	2020 г.	5 674 397	5 553 106	5 795 687
IV МБАЛ	2018 г.	1 693 113	1 682 809	1 703 416
	2019 г.	1 573 129	1 562 825	1 583 433
	2020 г.	1 453 146	1 442 842	1 463 449
V МБАЛ	2018 г.	7 449 902	7 428 221	7 471 583
	2019 г.	7 236 975	7 215 294	7 258 656
	2020 г.	7 024 048	7 002 367	7 045 729
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	23 744 411	23 569 684	23 919 137
	2019 г.	23 416 584	23 241 857	23 591 310
	2020 г.	23 088 757	22 914 030	23 263 483

Нарастване на приходите от финансиране от СЗОК се наблюдава единствено при I МБАЛ. За останалите 3 болнични заведения от разглежданата група има намаление. Общо намалението за групата болници е с 655 654 лв.

**Таблица 22.** Прогнозни данни за приходи от клинични проучвания за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	14 857	-7 462	37 177
	2019 г.	-40 378	-62 697	-18 058
	2020 г.	-95 613	-117 932	-73 293
II МБАЛ	2018 г.	83 312	58 304	108 321
	2019 г.	93 417	68 409	118 425
	2020 г.	103 521	78 513	128 530
IV МБАЛ	2018 г.	11 692	10 833	12 551
	2019 г.	4 389	3 530	5 248
	2020 г.	-2 914	-3 773	-2 055
V МБАЛ	2018 г.	57 025	49 206	64 845
	2019 г.	44 348	36 529	52 168
	2020 г.	31 671	23 852	39 491
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	166 887	112 598	221 176
	2019 г.	101 777	47 488	156 065
	2020 г.	36 666	-17 623	90 955

По прогнозни данни приходите от клинични проучвания бележат нарастване единствено при II МБАЛ, където за 2020 г. достигат до 103 521 лв. За останалите многопрофилни болници е характерно намаление, най-силно забележимо при I МБАЛ.

**Таблица 23.** Прогнозни данни за приходи от наем за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	77 518	75 009	80 027
	2019 г.	81 061	78 552	83 570
	2020 г.	84 604	82 095	87 113
II МБАЛ	2018 г.	46 767	35 279	58 256
	2019 г.	51 273	39 785	62 762
	2020 г.	55 779	44 291	67 268
IV МБАЛ	2018 г.	7 108	6 117	8 099
	2019 г.	6 609	5 618	7 600
	2020 г.	6 110	5 119	7 101
V МБАЛ	2018 г.	452 110	423 261	480 960
	2019 г.	547 588	518 739	576 438
	2020 г.	643 066	614 217	671 916
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	583 503	541 647	625 359
	2019 г.	686 531	644 675	728 387
	2020 г.	789 559	747 703	831 415

Положителна е тенденцията на нарастване на приходите от наем. За края на прогнозния период общо за групата многопрофилни болници нарастването се изразява в 206 056 лв.

**Таблица 24.** Прогнозни данни за общо приходи от финансираня за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	9 929 637	9 896 453	9 962 822
	2019 г.	10 128 638	1 0095 454	10 161 823
	2020 г.	10 327 639	10 294 455	10 360 824
II МБАЛ	2018 г.	7 732 950	7 659 427	7 806 472
	2019 г.	7 627 159	7 553 636	7 700 681
	2020 г.	7 521 368	7 447 845	7 594 890
IV МБАЛ	2018 г.	2 818 724	2 803 909	2 833 539
	2019 г.	2 726 114	2 711 299	2 740 929
	2020 г.	2 633 503	2 618 688	2 648 318
V МБАЛ	2018 г.	9 035 672	8 868 276	9 203 069
	2019 г.	8 637 437	8 470 041	8 804 833
	2020 г.	8 239 201	8 071 805	8 406 598
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	29 516 984	29 441 479	29 592 488
	2019 г.	29 119 348	29 043 843	29 194 852
	2020 г.	28 721 712	28 646 207	28 797 216

Общо приходите от финансираня намаляват, като данни за нарастване бележат единствено при I МБАЛ, т.е. за 2020 г. достигат до 10 327 639 лв.

**Таблица 25.** Прогнозни данни за приходи от обичайна дейност  
за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	11 556 082	11 126 556	11 985 609
	2019 г.	11 625 507	11 195 980	12 055 033
	2020 г.	11 694 931	11 265 405	12 124 458
II МБАЛ	2018 г.	7 870 013	7 805 251	7 934 775
	2019 г.	7 640 767	7 576 005	7 705 529
	2020 г.	7 411 520	7 346 758	7 476 282
IV МБАЛ	2018 г.	3 121 867	3 096 342	3 147 392
	2019 г.	3 055 477	3 029 952	3 081 002
	2020 г.	2 989 087	2 963 562	3 014 612
V МБАЛ	2018 г.	9 633 860	9 391 974	9 875 747
	2019 г.	9 210 748	8 968 862	9 452 635
	2020 г.	8 787 636	8 545 750	9 029 523
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	32 181 369	31 954 643	32 408 095
	2019 г.	31 531 705	31 304 979	31 758 431
	2020 г.	30 882 040	30 655 314	31 108 766

Негативна е тенденцията при прогнозата за приходите от обичайна дейност. Отново наблюдаваме нарастване само при I МБАЛ до 11 694 931 лв. и намаление при останалите многопрофилни болници. Общото намаление за прогнозния период е с 1 299 329 лв.

#### 4.1.2. Прогнозни данни за приходите на МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД Севлиево и МБАЛ-Пирдоп“ АД

##### Приходи на МБАЛ „Д-р Стойчо Христов“ ЕООД Севлиево

Таблица 26. Прогнозни данни за приходи от РЗОК – Севлиево  
за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	4514304	4438874	4589733
2019 г.	4813300	4737870	4888729
2020 г.	5112296	5036866	5187725

Както се вижда от табл. 26 за прогнозния 3-годишен период тенденцията е към нарастване на приходите от РЗОК, което до 2020 г. е с 597 992 лв.

Таблица 27. Прогнозни данни за приходи от услуги за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	64929	50748	79110
2019 г.	67011	52830	81192
2020 г.	69093	54912	83274

Приходите за услуги също непрекъснато нарастват и достигат в края на прогнозния период до 69 093 лв., което е нарастване с 4 164 лв.

**Таблица 28.** Прогнозни данни за приходи от потребителски такси за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	53299	50210	56388
2019 г.	54247	51158	57335
2020 г.	55194	52105	58283

С 1 895 лв. нарастват приходите от потребителски такси.

**Таблица 29.** Прогнозни данни за приходи от наеми за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	7862	7597	8128
2019 г.	8515	8249	8780
2020 г.	9167	8902	9433

В края на прогнозния период наблюдаваме нарастване с 1 305 лв. на приходите от наеми.

**Таблица 30.** Прогнозни данни за други приходи за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	45204	41570	48837
2019 г.	58008	54374	61641
2020 г.	70812	67178	74445

Положителна е и тенденцията на нарастване и на други приходи. От 45 204 лв. през 2018 г. достигат по прогноза до 70 812 лв. през 2020 г., т.е. нарастването е с 25 608 лв.

**Таблица 31.** Прогнозни данни за нетни приходи от продажби на стоки, услуги и други за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	4685596	4617359	4753833
2019 г.	5001077	4932840	5069314
2020 г.	5316558	5248321	5384795

От табл. 31 става ясно, че нетните приходи от продажба на стоки, услуги и други също бележат положителна тенденция на нарастване, което през 2020 г. спрямо 2018 г. се изразява в 630 962 лв.

**Таблица 32.** Прогнозни данни за финансираня от МЗ за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	264746	238639	290854
2019 г.	321933	295825	348041
2020 г.	379119	353012	405227

През прогнозния тригодишен период се наблюдава тенденция на нарастване и на приходите от финансираня от Министерство на здравеопазването. Изразено в абсолютна стойност нарастването е със 114 373 лв.

**Таблица 33.** Прогнозни данни за приходи от финансираня от дарения за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	232901	182588	283214
2019 г.	304986	254673	355299
2020 г.	377071	326758	427384

Положителна е и тенденцията на нарастване на приходите от дарения. От 232 901 лв. през 2018 г. те нарастват със 144 170 лв. и достигат до 377 071 лв. през 2020 г.

Поради не отчитане на приходи от финансираня от община Севлиево през последната година от проучвания период 2017 г. не представяме прогнозни стойности и за периода 2018-2020 г.

**Таблица 34.** Прогнозни данни за общи приходи от финансираня за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	360708	303097	418320
2019 г.	403177	345565	460788
2020 г.	445645	388034	503257

Положителна тенденция на нарастване за прогнозния 3-годишен период наблюдаваме и при общите приходи от финансираня. Това нарастване е с 84 946 лв.

**Таблица 35.** Прогнозни данни за общо приходи от дейността за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	5206151	5129262	5283040
2019 г.	5644019	5567130	5720908
2020 г.	6081888	6004999	6158777

Като краен резултат Общо приходи от дейността нарастват от 5 206 151 лв. за 2018 г. с впечатляващите по размер 875 737 лв. и достигат 6 081 888 лв. за 2020 г.

## Прогнозни данни за приходите на „МБАЛ-Пирдоп“ АД

**Таблица 36.** Прогнозни данни за платени медицински услуги за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	104100	98577	109623
2019 г.	103770	98247	109293
2020 г.	103440	97917	108963

Както е видно от табл. 36 приходите от платени медицински услуги бележат лека тенденция на намаление. През 2020 г. намаляват общо с 660 лв.

**Таблица 37.** Прогнозни данни за общо приходи от РЗОК за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	513048	495857	530239

През изследвания период 2015-2017 г. съществуващата тенденция бе на рязко намаление на приходите от основния приходоизточник на лечебните заведения в МБАЛ-Пирдоп, а именно НЗОК. Поради тази причина представяме прогноза само за 2018 г.

**Таблица 38.** Прогнозни данни за приходи от МЦ ПИРДОП-ОФТР за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	5334	4267	6401
2019 г.	3362	2294	4429
2020 г.	1389	322	2456

Неблагоприятна е и тенденцията при приходите от МЦ ПИРДОП-ОФТР. За прогнозния 3-годишен период тези приходи намаляват с 3 945 лв.

**Таблица 39.** Прогнозни данни за приходи от МБАЛ Скин Системс ЕООД за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	55817	55071	56564
2019 г.	56606	55859	57352
2020 г.	57394	56648	58141

Положителна е тенденцията на нарастване на приходите от МБАЛ Скин Системс ЕООД. От 2018 до 2020 г. тези приходи нарастват с 1 577 лв.

**Таблица 40.** Прогнозни данни за приходи от финансираня за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	574719	536070	613368
2019 г.	706615	667966	745264
2020 г.	838512	799863	877161

От табл. 40 става ясно, че приходите от финансираня бележат нарастване с цели 263 793 лв.

**Таблица 41.** Прогнозни данни за приходи от общини за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	471394	428828	513959
2019 г.	593851	551285	636416
2020 г.	716308	673742	758873

Положителна е и тенденцията на нарастване на приходите от общини. За МБАЛ-Пирдоп това нарастване се изразява в 244 914 лв.

**Таблица 42.** Прогнозни данни за приходи от субсидии за болници в отдалечени и рискови райони – МЗ за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	103325	99408	107242
2019 г.	112765	108848	116681
2020 г.	122204	118287	126121

Следващата положителна тенденция е и при нарастване на приходите от Министерство на здравеопазването. За прогнозния тригодишен период тези приходи нарастват с 18 879 лв.

**Таблица 43.** Прогнозни данни за други приходи за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	1570011	1259522	1880499
2019 г.	2027266	1716777	2337754
2020 г.	2484521	2174032	2795009

По прогнозни данни внушителен е размерът на нарастване на други приходи. От 1 570 011 лв. през 2018 г. достигат до 2 484 521 лв. или нарастването е с 914 510 лв.

**Таблица 44.** Прогнозни данни за приходи от наеми за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	1399	1210	1589
2019 г.	1428	1238	1617
2020 г.	1456	1267	1646

Наблюдаваме тенденция на слабо нарастване на приходите от наеми. Тяхното нарастване е само с 57 лв.

**Таблица 45.** Прогнозни данни за приходи от дарения за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	1390879	1166365	1615393
2019 г.	1843602	1619088	2068116
2020 г.	2296324	2071810	2520838

Значително е нарастването на приходите от дарения. В края на прогнозния период тяхното увеличение е с цели 905 445 лв.

**Таблица 46.** Прогнозни данни за приходи от консумативи от наематели за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	22216	20354	24079
2019 г.	22597	20735	24460
2020 г.	22978	21116	24841

Леко нарастване със 762 лв. наблюдаваме за прогнозните данни при приходите от консумативи от наематели.

**Таблица 47.** Прогнозни данни за ОБЩО приходи за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	2812840	2474067	3151613
2019 г.	3067686	2728913	3406459
2020 г.	3322533	2983760	3661306

Според изчисленията с линейния регресионен модел за прогнозиране се наблюдава нарастване общо на приходите за „МБАЛ-Пирдоп“ от 2 812 840 лв. за 2018 г. до 3 322 533 лв. за 2020 г., т.е. с 509 693 лв.

**Таблица 48.** Прогнозни данни за Общо изработен приход за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	2818810	2460521	3177099
2019 г.	3055471	2697182	3413759
2020 г.	3292131	2933842	3650420

За прогнозния тригодишен период общо изработеният приход нараства с 473 321 лв.

Промяната на икономическите формации води, наред с други неща, до промяна в отношенията между различните участници на пазара. И това явление се случва не само на макроикономическо ниво, но и на микро ниво. Под влияние на външни сили има значителни промени в отношенията между лечебните заведения и общината, медицинските институции и конкуренти, медицинските институции и потребителите. Освен това променящите се взаимоотношения в организацията. (Dyachenko VG, Качество в съвременната медицина, 2007 г.)

Повечето от тези трансформации могат да бъдат приписани и дефинирани в рамките на функционирането на системата: производителят (здравни заведения с различни форми на собственост) - пазарът (пазар на медицински услуги).

#### 4.2.1. Прогнозни данни на разходите на общинските МБАЛ на гр. София

Един от аспектите на управлението на икономиката на здравното заведение е анализът на неговите разходи – от позициите на производството и продажбата на продукта на заведението.

По прогнозни данни разходите по икономически елементи при многопрофилните болници към Столично общинско здравеопазване намаляват като достигат до 29 342 659 лв. Общо намалението е с 1 947 991 лв.

Нарастване със 191 256 лв. наблюдаваме единствено при I МБАЛ.

Намалението при II МБАЛ е с 962 988 лв., при V МБАЛ с 677 765, а най-ниско е при IV МБАЛ, т.е. с 498 494 лв.

**Таблица 49.** Прогнозни данни за разходи по икономически елементи за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	11 204 053	11 175 872	11 232 235
	2019 г.	11 299 681	11 271 500	11 327 863
	2020 г.	11 395 309	11 367 128	11 423 491
II МБАЛ	2018 г.	7 379 478	7 284 789	7 474 167
	2019 г.	6 897 984	6 803 295	6 992 673
	2020 г.	6 416 490	6 321 801	6 511 179
IV МБАЛ	2018 г.	3 124 488	3 109 515	3 139 462
	2019 г.	2 875 241	2 860 268	2 890 215
	2020 г.	2 625 994	2 611 021	2 640 968
V МБАЛ	2018 г.	9 582 631	9 335 980	9 829 282
	2019 г.	9 243 749	8 997 097	9 490 400
	2020 г.	8 904 866	8 658 215	9 151 517
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	31 290 650	31 181 843	31 399 457
	2019 г.	30 316 655	30 207 848	30 425 462
	2020 г.	29 342 659	29 233 852	29 451 466

По прогнозни данни (виж табл. 50) общо разходите за персонал при многопрофилните болници към Столично общинско здравеопазване намаляват като достигат до 20 662 523 лв. Като причина може да посочим намаляване на общата численост на лекарите и специалистите по здравни грижи. Нарастване с 418 888 лв. наблюдаваме единствено при I МБАЛ.

Намалението при II МБАЛ е с 229 488 лв., при IV МБАЛ с 214 766 лв., а най-ниско е при V МБАЛ, т.е. с 38 716.

**Таблица 50.** Прогнозни данни за разходи за персонал за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	7 098 823	7 006 715	7 190 930
	2019 г.	7 308 267	7 216 159	7 400 374
	2020 г.	7 517 711	7 425 603	7 609 818
II МБАЛ	2018 г.	4 968 431	4 913 854	5 023 009
	2019 г.	4 853 687	4 799 110	4 908 265
	2020 г.	4 738 943	4 684 366	4 793 521
IV МБАЛ	2018 г.	2 239 579	2 193 164	2 285 994
	2019 г.	2 132 196	2 085 781	2 178 611
	2020 г.	2 024 813	1 978 398	2 071 228
V МБАЛ	2018 г.	6 419 772	6 271 306	6 568 237
	2019 г.	6 400 414	6 251 948	6 548 879
	2020 г.	6 381 056	6 232 590	6 529 521
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	20 726 605	20 681 970	20 771 239
	2019 г.	20 694 564	20 649 929	20 739 198
	2020 г.	20 662 523	20 617 888	20 707 157

От табл. 51 е видно, че тенденция на намаление на разходите за храна има при всички болници от разглеждана група, като най-драстично е при I МБАЛ – от 198 217 лв. спадащо до 101 142 лв. в края на прогнозния период, или с 97 075 лв.

Общо за всички МБАЛ наблюдаваме намаление на разходите за храна, което в абсолютна стойност е със 185 678 лв.

**Таблица 51.** Прогнозни данни за разходи за храна за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	198 217	187 317	209 118
	2019 г.	149 680	138 780	160 580
	2020 г.	101 142	90 242	112 043
II МБАЛ	2018 г.	173 306	162 072	184 539
	2019 г.	148 122	136 888	159 355
	2020 г.	122 938	111 704	134 171
IV МБАЛ	2018 г.	73 815	73 265	74 366
	2019 г.	66 393	65 842	66 943
	2020 г.	58 970	58 420	59 521
V МБАЛ	2018 г.	245 075	243 551	246 599
	2019 г.	233 380	231 856	234 904
	2020 г.	221 685	220 161	223 209
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	690 413	670 354	710 473
	2019 г.	597 574	577 515	617 634
	2020 г.	504 735	484 676	524 795

Тенденция на нарастване на разходите за медикаменти има при I МБАЛ, завършваща прогнозния период до 2 056 289 лв., т.е. нарастването е с 80 831 лв. При останалите МБАЛ тези разходи намаляват, най-впечатляващо изразени при IV МБАЛ – достигащи до – 172 678 лв.

Общо за проучваните МБАЛ прогнозата за разходите за медикаменти се изразява с впечатляващо намаление от 479 918 лв. (виж. табл. 52)

**Таблица 52.** Прогнозни данни за разходи за медикаменти за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	1 975 458	1 964 478	1 986 437
	2019 г.	2 015 873	2 004 893	2 026 853
	2020 г.	2 056 289	2 045 309	2 067 268
II МБАЛ	2018 г.	1 296 902	1 287 359	1 306 445
	2019 г.	1 222 007	1 212 464	1 231 550
	2020 г.	1 147 112	1 137 569	1 156 655
IV МБАЛ	2018 г.	38 420	10808	66 032
	2019 г.	-67 129	-94741	-39 517
	2020 г.	-172 678	-200290	-145 066
V МБАЛ	2018 г.	1 110 696	1093049	1 128 344
	2019 г.	1 010 766	993118	1 028 414
	2020 г.	910 835	893188	928 483
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	4 421 476	4410075	4 432 877
	2019 г.	4 181 517	4170116	4 192 918
	2020 г.	3 941 558	3930157	3 952 959

Отрицателна е прогнозата и при оперативните разходи. Те намаляват общо за тригодишния прогнозен период с 1 218 313 лв. За отделните МБАЛ намалението се изразява в следните стойности:

- за I МБАЛ с 211 388 лв; за II МБАЛ с 533 342 лв (най-високата абсолютна стойност на намаление на оперативните разходи); за IV МБАЛ с 57 785 лв (най-ниската абсолютна стойност на намаление на оперативните разходи) и за V МБАЛ с 415 798 лв.

**Таблица 53.** Прогнозни данни за оперативни разходи за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	1 931 556	1 889 510	1 973 601
	2019 г.	1 825 862	1 783 816	1 867 907
	2020 г.	1 720 168	1 678 122	1 762 213
II МБАЛ	2018 г.	940 839	899 036	982 641
	2019 г.	674 168	632 365	715 970
	2020 г.	407 497	365 694	449 299
IV МБАЛ	2018 г.	772 674	768 295	777 053
	2019 г.	743 782	739 402	748 161
	2020 г.	714 889	710 510	719 268
V МБАЛ	2018 г.	1 807 088	1 689 731	1 924 445
	2019 г.	1 599 189	1 481 832	1 716 546
	2020 г.	1 391 290	1 273 933	1 508 647
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	5 452 156	5 330 176	5 574 137
	2019 г.	4 843 000	4 721 020	4 964 980
	2020 г.	4 233 843	4 111 863	4 355 824

От табл. 54 става ясно, че общо разходите за дейността нарастват единствено при I МБАЛ до 11 676 037 лв. за 2020 г., което за тригодишния разглеждан прогнозен период е със 195 019 лв. За останалите болници от разглежданата група намаляват. За II МБАЛ намаляват със 717 219 лв.; за IV МБАЛ с 474 929 лв. (най-ниската абсолютна стойност на намаление на този вид разходи разходи) и за V МБАЛ с 852 599 лв. (най-високата абсолютна стойност на намаление на общо разходи за дейността).

Общо за разглежданите МБАЛ намалението за края на прогнозния период е с 1 849 728 лв.

**Таблица 54.** Прогнозни данни за общо разходи за дейността за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	11 481 018	11 145 808	11 816 228
	2019 г.	11 578 528	11 243 318	11 913 738
	2020 г.	11 676 037	11 340 827	12 011 247
II МБАЛ	2018 г.	7 708 117	7 667 952	7 748 282
	2019 г.	7 349 508	7 309 343	7 389 672
	2020 г.	6 990 898	6 950 733	7 031 063
IV МБАЛ	2018 г.	3 172 814	3 172 814	3 188 097
	2019 г.	2 935 349	2 935 349	2 950 632
	2020 г.	2 697 885	2 697 885	2 713 168
V МБАЛ	2018 г.	9 535 348	9 283 311	9 787 385
	2019 г.	9 109 049	8 857 012	9 361 085
	2020 г.	8 682 749	8 430 712	8 934 786
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	31 897 297	31 758 676	32 035 918
	2019 г.	30 972 433	30 833 812	31 111 054
	2020 г.	30 047 569	29 908 948	30 186 190

Целесъобразността на всяко звено от гледна точка на разходите се оценява, за да се прецени дали извършената дейност трябва да продължи да съществува или да бъде възложена на външна организация. Резултатът, който се преследва е оптимизиране на разходите.

Чрез изготвянето на план за приходите, разходите и контрол за неговото спазване (бюджетиране) се оказва на всяка организационна единица какви разходи може да направи.

#### **4.2.2. Прогнозни данни на разходите на общинските МБАЛ – на Севлиево и Пирдоп**

**Прогнозни данни за Разходи по икономически елементи на МБАЛ  
„Д-р Стойчо Христов“ ЕООД Севлиево**

**Таблица 55.** Прогнозни данни за разходи за материали за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	63 868	48 965	78 771
2019 г.	-19 854	-34 757	-4 950
2020 г.	-103 575	-118 478	-88 672

Като следствие от тенденцията на намаление на разходите за материали през периода 2015-2017 г. са стойностите, които наблюдаваме и при прогнозния модел за следващия 3-годишен период.

**Таблица 56.** Прогнозни данни за разходи за външни услуги за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	354 778	341 044	368 512
2019 г.	370 146	356 412	383 880
2020 г.	385 513	371 779	399 247

От табл. 56 е видно тенденцията за нарастване на разходите за външни услуги с 30 735 лв. - от 354 778 лв. през 2018 г. достигачи до 385 513 лв. през 2020 г.

**Таблица 57.** Прогнозни данни за разходи за амортизации за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	241 413	239 934	242 892
2019 г.	248 514	247 034	249 993
2020 г.	255 614	254 135	257 093

И при разходите за амортизации наблюдаваме тенденция на нарастване, което в края на прогнозния период е с 14 201 лв.

**Таблица 57.** Прогнозни данни за разходи за възнаграждения за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	1 154 047	1 112 770	1 195 324
2019 г.	1 099 234	1 057 957	1 140 511
2020 г.	1 044 420	1 003 143	1 085 697

Както е представено на табл. 57, в края на прогнозния период наблюдаваме намаление на разходите за възнаграждения на персонала със 109 627 лв.

**Таблица 58.** Прогнозни данни за разходи за осигуровки за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	201 023	197 090	204 957
2019 г.	187 984	184 051	191 918
2020 г.	174 945	171 012	178 879

Същата е и тенденцията при разходите за осигуровки. Тяхната стойност намалява за разглеждания период с 26 078 лв.

**Таблица 59.** Прогнозни данни за други разходи за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	69 220	48 623	89 817
2019 г.	59 654	39 057	80 250
2020 г.	50 087	29 490	70 684

Тенденция на намаление се наблюдава и за други разходи. От 69 220 лв. през 2018 г. намаляват на 50 087 лв. през 2020 г., т.е. с 49 133 лв.

**Таблица 60.** Прогнозни данни за финансови разходи за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	216 138	180 937	251 339
2019 г.	271 714	236 513	306 915
2020 г.	327 289	292 088	362 490

Високи са стойностите на нарастване на финансовите разходи. За края на периода това нарастване е със 111 151 лв.

**Таблица 61.** Прогнозни данни за ВСИЧКО разходи за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	2 366 476	2 303 623	2 429 329
2019 г.	2 308 125	2 245 272	2 370 977
2020 г.	2 249 773	2 186 920	2 312 626

В крайна сметка Всичко разходи намаляват в края на периода със 116 703 лв.

Като причини за отрицателния финансов резултат на разглежданото общинско лечебно заведение могат да се посочат:

- Недофинансиране на Клиничните пътеки и лимита на приходите;
- Липса на финансиране от МЗ за оказваната от Болницата спешна помощ на нехоспитализирани пациенти, транспортирането на пациентите в друго болнично лечебно заведение;

- Постоянно покачване на минималната работна заплата (МРЗ), осигурителните прагове, цените на горивата, ел.енергията, природния газ;
- Липса на целево финансиране на дружеството – извън приходите от основна дейност. (<http://mbal-sevlievo.com/>)

**Прогнозни данни за Разходи по икономически елементи на „МБАЛ-Пирдоп“ АД**

**Таблица 62.** Прогнозни данни за разходи за материали за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	932 712	841 079	1 024 345
2019 г.	933 970	842 337	1 025 603
2020 г.	935 228	843 595	1 026 861

За „МБАЛ-Пирдоп“ АД разходите за материали през тригодишния прогнозен период постепенно нарастват, като в края на периода нарастването е с 2 516 лв.

**Таблица 63.** Прогнозни данни за разходи за външни услуги за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	434 826	413 003	456 648
2019 г.	445 176	423 354	466 999
2020 г.	455 527	433 704	477 349

Разходите за външни услуги по прогнозни данни нарастват с 20 701 лв.

По прогнозни данни с много високи стойности намаляват разходите за амортизации.

**Таблица 64.** Прогнозни данни за разходи за възнаграждения за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	3 039 411	3 025 012	3 053 811
2019 г.	3 263 032	3 248 633	3 277 432
2020 г.	3 486 653	3 472 254	3 501 053

**Таблица 65.** Прогнозни данни за разходи за осигуровки за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	502 376	498 805	505 947
2019 г.	539 193	535 621	542 764
2020 г.	576 009	572 438	579 580

Положителна е тенденцията за нарастване на разходите за възнаграждения и осигуровки на персонала. Нарастването за прогнозния период е както следва:

- за възнаграждения разходите нарастват с 447 242 лв.
- за осигуровки разходите нарастват със 73 633 лв.

**Таблица 66.** Прогнозни данни за други разходи за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	105 396	99 589	111 202
2019 г.	118 460	112 653	124 266
2020 г.	131 524	125 717	137 330

Прогнозата при други разходи е също към нарастване. От 105 396 лв. през 2018 г. нараства на 131 524 лв. през 2020 г., или с 26 128 лв.

**Таблица 67.** Прогнозни данни за финансови разходи за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	30 957	29 962	31 952
2019 г.	36 453	35 458	37 448
2020 г.	41 949	40 954	42 944

Наблюдава се тенденция на нарастване и на финансовите разходи. В края на прогнозния период те нарастват с 10 992 лв.

**Таблица 68.** Прогнозни данни за ВСИЧКО разходи за 2018-2020 г.

Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
		Долна граница	Горна граница
2018 г.	5 028 029	4 882 803	5 173 256
2019 г.	5 268 989	5 123 763	5 414 216
2020 г.	5 509 949	5 364 723	5 655 176

Всичко разходи нарастват с 481 920 лв.

Здравните мениджъри проявяват голям интерес към сравнителния анализ на разходите (стойността) в тяхното заведение с тези на другите. Друга дискуссионна причина е, че страните с най-големи здравни разходи, измервани като процент от БВП (САЩ, Швеция, Германия, Холандия, Австрия и др.) са силно обезпокоени от ръста на тези разходи. В някои от тях (САЩ, Германия, Холандия) здравно-икономическите изследвания са на най-високо равнище. В България, страна със силно ограничени здравни ресурси трябва още по-остро да се постави въпросът за тяхното максимално ефективно изразходване.

Анализът на провежданата инвестиционна политика на разглежданите лечебните заведения за болнична помощ показва, че липсва необходимият финансов ресурс, който да позволи мениджърите (24) на голяма част от общинските лечебни заведения, да отделят средства ежегодно за капиталови разходи и внедряване на високи технологии в лечебния процес и в обновяване на разполагаемата техника и апаратура. Поради икономическия колапс на голяма част от общините и прекомерната централизация на техните средства, те нямат възможност да отделят ресурс за модернизиране на материалната база, за привличане и задържане на качествени и високоспециализирани професионалисти в съответното лечебно заведение, и особено в отдалечените и рискови райони на страната.

Инвестициите на лечебните заведения не са еднократен акт, техниката постоянно трябва да се заменя, ремонтира, да се купува нова и по-съвременна, което на практика означава най-малко на всеки 5-10 години оборудването да се обновява. В същото време лечебните заведения, общинска собственост, освен че не са финансирани достатъчно, нямат и реален достъп до капиталовия пазар, за да осигурят допълнително финансиране. В последните години се използват възможностите значителни средства за техника и оборудване да се привличат по програми от ЕС.

Съгласно нормативната уредба достъпът до банково кредитиране за болничния мениджмънт е ограничен до болниците от общинския сектор, доколкото са ограничени в правото си да ипотекират сградите и оборудването си. Освен това, лечебните заведения работят много често на загуба, която не им позволява, в това си състояние, да бъдат приоритетни клиенти на банките. Тяхната кредитоспособност се крепи единствено на сигурността, че общините няма да позволят болниците да фалират. Също така, в случай, че се допусне свободен достъп до финансови ресурси за лечебните заведения за болнична помощ, да започнат да се трупат фискални

дефицити и задължения, които могат да създадат висок риск за публичните финанси.

### 4.3. Дискусия

Европейските страни организират, управляват и финансират здравните си системи самостоятелно, по различни начини и по различни модели. Характеристиките на европейските национални системи на здравеопазване имат някои общи черти, които според експерти могат да се обединят в три основни групи. Една от тях е следната: Превръщането на здравеопазването в по-справедлива социална система е приоритет на всички страни-членки на ЕС. Стремещът е здравните грижи и медицинското обслужване да се предлагат в еднаква степен и равнопоставено на цялото население, като се осигурява задължително минимален пакет от здравни услуги. Целта е да се осигури равен достъп до качествена медицинска помощ и обслужване. (24) Пренебрегването на тази цел може да намали доверието на обществото в здравната система и в правителството. А именно общинските болници са единствените устойчиви медицински заведения със значителен капацитет за оказване на достъпна медицинска помощ. (61,85)

През периода 1999 – 2001 г. в отрасъл „Здравеопазване“ в Р България се осъществи радикална пропазарна реформа в унисон с общите трансформационни процеси в българската икономика, целяща чрез повишаване на икономическите стимули и икономическата свобода за медицинските кадри да се повишат качеството и ефективността на здравното обслужване, което да спомогне за подобряване здравето на нацията. Интегрираната система на обществено здравеопазване се трансформира в обществено-частна пазарна система, чиито единични здравни и икономически цели би трябвало да се синхронизират със социалните цели на общественото благосъстояние.

Една от водещите характеристики на социалното пазарно стопанство е, че то свързва творческите сили на свободния пазар със защитните мерки на социалното законодателство. То почива върху два стълба – на свободния пазар и на държавния контрол, без да се признава доминиращата роля на нито единия от двата. Социалното пазарно стопанство подчинява много повече и двете в служба на общото благоденствие на хората и обществото.

Болницата оказва своето влияние върху общността както в медицински аспект, така и в икономически, социален и административноправен аспекти.

Влиянието на болницата върху **икономическите процеси** в общността протича в следните насоки:

\* Когато заплащането на болничните услуги се извършва от финансов посредник (здравноосигурителна каса, община, държава, здравнозастрахователен фонд и т.н.) и в пазарна обстановка, конкурентната сила на болницата се съдържа в **качеството** на болничните услуги. Доказано е, че потребителят се интересува от качеството, а не от цената. Едно и също количество болнични услуги може да бъде произведено с различно качество, съответно и с различни разходи. С повишаване на качеството, но не задължително и на разходите, нараства еластичността на търсенето на болничните услуги. А това е особено важно за нарастване на пазарната стратегия на болницата, тъй като болницата трябва да има като стратегическа цел повишаване качеството на болничните услуги, а не увеличаване броя на пациентите. Тази стратегия по-сполучливо ще осигури устойчивото развитие на болницата.

\* Болницата е фактор на заетостта. Тя осигурява значителен брой работни места както за медицински персонал (лекари, фармацевти, специалисти по здравни грижи), така и за немедицински персонал (в администрацията, счетоводството, логистични и комуникационни звена, поддържане на сгради, съоръжения и инсталации, почистване, дезинфекция

и т.н.). Броят на работните места зависи от големината (брой легла) и от вида на болницата. Броят на персонала теоретично трябва приблизително двукратно да надвишава броя на леглата в болницата.

Също така, част от заетите в други отрасли (за производство, търговия и доставки на различни стоки и услуги) „работят за болницата“ през една част от своето работно време. Следователно, не само чрез своя собствен персонал, но и чрез ангажирането на работна сила от други отрасли болницата подпомага заетостта в града или общността.

\* Болницата е фактор на потреблението, тъй като е редовен и системен потребител на голямо количество стоки и услуги, които заплаща на съответния производител или доставчик. По този начин тя съдейства за увеличаване на локалния и националния брутен вътрешен продукт.

Значение за общия обем на потреблението в града или общността има факта, че болницата осигурявайки заетостта на собствения си персонал и подкрепяйки заетостта в други отрасли, поддържа определен брой потребители на стоки и услуги.

Попов и Давидов (2004, с.53) отбелязват, че *„всеки лев, който е разход за болницата (за труд, стоки и услуги) е приход в друга организация или отрасъл“*.

По отношение на **социалния аспект** на болницата трябва да се подчертае, че тя е и фактор за социална сигурност на жителите от града или района. Самото присъствие на болницата създава или повишава чувството за сигурност на собственото здраве, здравето на семейството или близките. Всеки жител знае, че при необходимост ще намери помощ в болницата. Това чувство е невидима и нематериална инвестиция, която подкрепя нейното развитие.

В общите тенденции на Европейския съюз развитието на болничните системи изпъква с намаляването на броя на болничните легла. Наличните

легла се използват за лечението на повече хора с по-кратък престой в болницата. Намаленият брой болнични легла се използва по-интензивно.

Намаляването на броя на болничните легла в западноевропейските страни се обуславя от стремежа *за ограничаване нарастването на разходите за болнична помощ и по възможност – тяхното намаляване.*

Спецификата на общинското здравеопазване в РБългария изисква:

### **1.1. Реструктуриране на общинските болнични лечебни заведения, съобразно здравните потребности на населението.**

Реструктурирането следва да бъде на база – ненарушаване на достъпа на пациентите до активно лечение.

От години се говори за необходимостта за реформи в здравеопазването. Тази област от обществения живот е трудна за реформиране поради голямата си значимост за всеки българин, и не на последно място, от консерватизма на медицинското съсловие.

Познати са три основни начина и способа за реструктуриране на здравната система:

1. Административно-команден способ – който крие възможности от грешки и често се явява в колизия със съществуващата конкуренция между лечебните заведения, преобразувани в търговски дружества и свободния избор на пациента и кой да го лекува.
2. Саморегулиращото се преустройство, което се базира на максимата „парите следват пациента“.
3. Саморегулиращо се преустройство с административна корелация.

Избираме третия способ за преобразуване на общинските лечебни заведения, изхождайки от засилващата се миграция на медицински специалисти в Европейския съюз и трети страни.

Смятаме, че на настоящия момент би трябвало да се говори за кризисен мениджмънт, който да задържи лекарите и медицинските сестри в страната.

1.2. Тъй като собствеността на тези болници е общинска, Принципалът следва да вземе решението на чисто икономическа основа, поради причината, че все още подобни болници изпълняват социална роля и всяко действие в подобна посока би предизвикало незабавен отговор от много институции, включително и политици. За да се осъществи това, е необходимо реструктуриране на ЛЗ на базата на доказателства (какви са здравните потребности на населението и какви клинични резултати е постигнало лечебното заведение). Реструктурирането трябва да преследва следните цели:

- отговаряне на здравните потребности на населението;
- качество на здравните услуги;
- икономически и финансов баланс.

1.3. Утвърждаване на Европейски практики за гарантиране на достъпна медицинска помощ на бедните хора, които нямат социални осигуровки (лечение в т.нар. болници за социално слаби и хосписи) на територията на съответната община. Ако общината няма финансова възможност да поддържа самостоятелна болница или хоспис, то би могло да се помисли за поддържане на легла за социално слаби в общинските МБАЛ на съответната територията, както да се включи и църквата, както и други религиозни организации.

Легловият капацитет е все още най-често използваната единица за определяне на бъдещия капацитет на ЛЗ, въпреки че все по-голяма част от работата на болницата не изисква легла, като например едnodневната хирургия. Това все още широко разпространено използване на броя на леглата е традиционен модел, като се има предвид тенденцията за механизмите за финансиране на болниците, които са насочени повече към потока пациенти, а не към броя на леглата, например чрез мерки като ДСГ. Съществува ясна нужда да се промени мярката, с която се категоризират

болниците от броя на леглата на извършваните услуги, съгласно мнение на експерти на СЗО (2008).

1.4. Болниците трябва да предоставят повече услуги, свързани с „обслужване на едно гише“ и удължаване на работното време извън традиционното работно време.

Болницата, според експертите на СЗО, трябва да внесе някои промени в начина, по който пациентите използват медицинските услуги.

Бъдещите усилия за оптимизиране дейността на общинските болници трябва да се насочат към преосмисляне на начина, по който се предоставят медицинските грижи. Това може да включва по-добра организация на времето на пациента и стимулиране самоинициативността на пациента за активно участие в оздравителния процес.

## **2. Необходимост от осъвременяване на болничните лечебни заведения**

2.1. Представените данни показват, че общинските болници не могат да бъдат разглеждани изолирано от останалата част на здравната система. Те не могат да удовлетворяват сами здравните потребности на столичното население и за това е необходимо да се предприемат следните мерки:

2.1.1. Общинските болници вече не са районирани и изборът на пациентите е свободен в кое лечебно заведение да се лекуват. В повечето случаи те предпочитат Университетските или ведомствените болници, поради по-доброто техническо оборудване и наличието на изявени хабилитирани медицински специалисти.

2.1.2. Друг проблем е липсата на последователна рамка на здравната реформа, в национален аспект от МЗ, което затруднява и общинската здравна реформа, тъй като тя би следвало да е част от нея.

*Изводът е, че простите административни решения рядко могат да доведат до това, което очакват пациентите.*

Принципалът на общинските лечебни заведения е убеден, че успехът в здравеопазването зависи не от структурно-административните решения, а от въвеждането на нови институционални схеми и модели на разпределение на ресурсите и технологиите, които ще подкрепят необходимите форми на интеграция на здравните услуги между различните звена за обслужване.

2.2. Важно е разработването на алтернативни структури и процеси, които чрез размиване на границите между първичната, общинската и социална грижа да насърчат процеса на интеграция на услугите между тези звена, които досега са твърде фрагментирани. Много от грижите, които и понастоящем се предоставят в болници могат да се прехвърлят към други звена (заместването им от първичната, социална и автономна амбулаторна помощ – хосписни грижи). Това ще създаде интерес към планирането на простиращата се в цялата система „териториална здравна грижа“, „непрекъснатост на грижата“, „интегрирани пътеки от грижи“ и „мрежи за грижи“. Важно е в рамките на един болничен комплекс да се оказват различни по своя характер грижи, т.н. „интегрирани грижи“. Успехът зависи от степента, до която са въведени нови институционални схеми и модели за разпределение на ресурсите (включително и ангажименти за капитал), които ще подкрепят необходимите форми на интеграция на услугите между различните звена за обслужване.

2.3. Реформите в повечето Европейски страни през 1990-те години, имаха за цел да генерират конкуренция между изпълнителите на здравни услуги в рамките на вътрешния пазар. С тази цел част от болниците бяха превърнати в „тръстове, холдинги“ до края на 2000-те. Според Newbold, 2005, създаването на „тръстови фондации“ може да се разглежда като следващия етап на осигуряването на автономност или като успешна стъпка в посоката на корпоризиране или препроектиране на услугите.

### **3. Осигуряване на здравно обслужване със съвременни технологии, с доказана ефективност (съобразно с критериите на ЕС).**

3.1. Свързването на лечебните заведения на Столична община в единна информационна система с трите базисни елемента (електронно досие, финансов модул и модул на медицинските специалисти) е важна предпоставка за оптимизиране управлението на този голям комплекс от дейности и институции.

Създаването на общински болничен комплекс, с оглед рационално използване на лечебно-диагностичните технологии – „прилагане на икономии на мащаба“. Съвременните технологии да са с доказана ефективност (съобразени с критериите на ЕС). Капиталовите разходи и инвестиции да стават на база доказателства за тяхната ефективност и разработени стандарти за технологично оборудване, съобразно здравните потребности на населението и наличността на квалифицирани кадри.

3.2. Общинските болници при необходимост могат да сключват договори за съответната медицинска услуга: ЯМР, скенер, апаратура за литотрипсия и т.н. със съответните университетски и ведомствени болници на територията на гр. София и другите области, което ще допринесе до повишена икономическа и медицинска ефективност. Решенията за инвестиране в оборудване с нови технологии трябва да се основават на научни доказателства за тяхната ефективност.

3.3. Ефективен здравен мениджмънт на общинските лечебни заведения за болнична помощ

Застаряването на българското и в частност на столичното население ще изисква повече лекари и медицински сестри, в момент, в който фондът от здравни кадри намалява и миграционните движения, улеснени от европейската интеграция могат да подкопаят националните планове за работната сила. Ефективният здравен мениджмънт на общинските болници за активно лечение ще позволи част от привлечения финансов ресурс да се

насочи за повишаване квалификацията на медицинските специалисти, което на свой ред ще доведе до реализирането на допълнителни приходи (в резултат на повишеното качество на предлаганите медицински услуги).

3.4. Демографските прогнози показват, че след 2025-2030 г. ще има сериозен демографски срив, увеличението на БВП ще има изпреварващо увеличаване на разходите за здравеопазване и изоставащото наваксване на вноските в НЗОК. Това налага спешно оптимизиране на основния пакет от медицински услуги и обслужване, финансирани на 100 процента от солидарния стълб и държавата, както и оптимизиране и определяне на допълнителния пакет от здравни услуги и обслужване, предмет на дейността на фондовете за допълнително здравно застраховане.

## ИЗВОДИ

1. Целта на европейските национални системи е да се осигури равен достъп до качествена медицинска помощ и обслужване. В нашата страна общинските болници обикновено обслужват райони с население, в състава на което преобладават възрастните хора, малцинствените групи, социално слабите. Това население не разполага със средства за закупуване на медикаменти, за пътуване, а за живеещите в селата – с време за получаване на качествена медицинска помощ. Чрез общинските болници се запазва оказването на качествена спешна медицинска помощ извън областните градове.

2. Въз основа на направения сравнителен анализ на материалната база на общинските МБАЛ на гр. София, гр. Севлиево и гр. Пирдоп обобщената оценка на материалните ресурси показва наличието на адекватна материална база и апаратура за ефективното извършване на медицинска помощ в отделенията/клиниките им на нуждаещите се контингенти, която допринася за качествено и адекватно оказване на необходимата медицинска помощ.

3. В общинските МБАЛ на гр. София, броят на здравните професионалисти (лекари и специалисти по здравни грижи) през разглеждания период 2015-2017 г. бележи тенденция на намаление. При висшия медицински персонал намалението е общо с 9,3%. Още по-висок е относителният дял на намалението при специалистите по здравни грижи – със 17,8%. Същата неблагоприятна тенденция се наблюдава и при МБАЛ на гр. Севлиево.

4. При общинските МБАЛ на гр. София като по-открояваща се е тенденцията на нарастване при приходите от наем. Най-забележително е нарастването им в Пета МБАЛ – със 132,6%. Общото нарастване за

разглеждания период е с 84,8 на сто. При общинските МБАЛ на гр. Севлиево и гр. Пирдоп с най-висок относителен дял нарастват приходите от дарения.

Привличането на допълнителни финансови ресурси, както за подобряване на материалната си база, така и като средство за провеждане на успешна кадрова политика е необходимо условие за болниците да осигурят качеството, което търсят пациентите. Допълнителни източници на приходи според съществуващата нормативна уредба са приходите от застрахователните дружества за доброволно здравно осигуряване или собствени приходи от предлагане на медицински услуги заплащани извън НЗОК, за които крайните потребители са склонни да заплащат.

5. За осигуряване на достъпна и качествена медицинска помощ, Столична община финансира общинските лечебни заведения за извършване на строително-ремонтни дейности и закупуване на нова медицинска апаратура. Отделно чрез договори се финансира медицинската дейност, извън обхвата на здравното осигуряване. През 2017 г. са отпуснати 10 млн. лева за дейности, тъй като лечебните заведения към Столична община освен, че осигуряват всички видове медицински услуги, изпълняват и социална задача. Чрез същите механизми и другите общини, включени в настоящия анализ, финансират лечебните заведения на прилежащата им територия.

6. С ограничения ресурс, до който има достъп, чрез своята дейност и стремеж за ефективното им използване мениджмънтът на "МБАЛ - ПИРДОП" АД – гр. Пирдоп и "МБАЛ Д-р Стойчо Христов" ЕООД – гр. Севлиево извършват необходимото за запазване на качеството на предлагания продукт.

7. От анализа на дейността на болничната медицинска помощ за общинските МБАЛ на гр. София е видно, че тенденцията за разглеждания период е към намаление в средногодишния брой на леглата, намаление в броя на преминалите болни, от което следва намаление и на останалите

показатели за използваемост на капацитета. Нарастване на стойностите с 8,2% има само при оборота на леглата. При общинската болница на гр. Пирдоп също намалява почти наполовина броят на леглата, с висок процент и броят на преминалите болни, но в същото време използваемостта на леглата нараства и започва да се доближава до оптималната. Нараства и оборота на леглата. За общинската МБАЛ на гр. Севлиево е характерно също намаление броя на болничните легла, но увеличение при останалите основни планови показатели на материалната база.

8. За наблюдавания тригодишен период впечатление създава намалението на средния разход за текуща издръжка на един лекарствен. Общото намаление при този индикатор е с 13,1%, от където може да се съди, че ръководствата на разглежданите болници са положили усилия за справяне с неконтролируемостта на изписване на медикаменти.

9. Приоритетна задача пред мениджмънта на разглежданите лечебни заведения е по-прецизното планиране на финансите и по-насочен индивидуализиран контрол върху текущите разходи за лекарства, енергия и текущи ремонти. В тази насока трябва да се реализират максимално възможностите за разширяване контингента на пациентите, хоспитализирани по линия на договори с РЗОК. При този контингент, поради по-ясно определените критерии за разходи и качество може много по-резултатно да се осъществява съответният контрол върху разходите и качеството на здравните услуги през определен период.

10. Възможността да се децентрализира вземането на управленски решения, особено по проблеми от социален характер е сериозен фактор за ограничаване на рисковете, свързани с регионалните дисбаланси. По този начин могат да се създадат условия за повишаване отговорността и самостоятелността на местните органи на управление в здравеопазната сфера. Тази тенденция се отнася и за развитието на съвременните здравни системи, тъй като разширяването на местното самоуправление е свързано с

поемането на повече права и отговорности от органите на управление на общините при решаване на местните проблеми и най-вече социалните.

11. Бъдещото развитие на общинските многопрофилни болници в Р България би трябвало да е свързано с основни европейски стратегии. „Европа 2020“ е стратегията на ЕС за растеж. Основната теза на стратегията е, че в условията на един променящ се свят ЕС трябва да стане интелигентна, устойчива и приобщаваща икономика.

## ПРЕПОРЪКИ

### Към общините:

- **За развитие на трудовите ресурси:**
  - ✓ приемане на план за обучение на медицинските кадри по категории и специалности съобразно потребностите на общинското здравеопазване;
  - ✓ усъвършенстване заплащането на труда в болниците, чрез внедряване на съвременни модели за обвързване на заплащането с получените резултати – (ефективно използване на легловия фонд, качеството на оказваната медицинска помощ, акредитационни оценки, удовлетвореност на пациентите и др.);
  - ✓ изграждане и утвърждаване на система за акредитация и непрекъснато обучение на управленските екипи на общинските болници;
  - ✓ изграждане на система за бенчмаркинг.
  
- **Осигуряване на финансова устойчивост на общинската система на здравеопазване и усъвършенстване на механизмите на финансиране на здравните дейности**
  - ✓ увеличаване дела на финансиране от застрахователните акционерни дружества, спонсори, дарения, различни европейски проекти и др.;
  - ✓ осигуряване на финансови средства за закупуване съвременна медицинска апаратура за болничните лечебни заведения от собствени средства, от СУСОПФ и от дарения. Създаване на здравен приватизационен фонд (финансови средства, получени от приватизация на лечебни заведения), които да се използват само за общинските лечебни заведения.
    - подмяна на амортизирана рентгенова апаратура

- осигуряване на финансови средства за основен ремонт на сградите на общинските лечебни заведения
- окомплектоване на стационарите с най-съвременна апаратура за диагностика и лечение, като се отчита наличната апаратура в конкуриращите лечебни заведения
- усъвършенстване на инфраструктурата на болничните заведения: медицински газове, хранене, стерилизация, изпиране
- ✓ **Използване на публично-частното партньорство при доставка на скъпа електронно-медицинска апаратура и създаване на отделни лаборатории за скъпоструващи изследвания.**
- ✓ **Изготвяне на общинска здравна стратегия.** Общините да са задължени всяка година да изготвят детайлна стратегия за специфичните нужди на населението, чието финансиране да бъде заложено в общинския проектобюджет. Подобен процес би дал възможност на общините да прилагат програми за здравна профилактика

## **Към МС**

- **Разработване на варианти за регистриране на общинските болници.**  
Да се създаде нормативна възможност общинските болници да бъдат регистрирани и като организации с нестопанска цел. Това би им позволило да ползват по-гъвкави режими на финансиране и данъчно облагане. По този начин ще имат стимул да работят по-ефективно и да реализират печалба, която да реинвестират.
- **Промяна на нормативната дефиниция за МБАЛ.**  
В ЗЛЗ да отпадне изискването за минимален брой легла за отделение (10 легла). Леглата в някои от общинските болници е удачно да бъдат

използвани на функционален принцип, т.е. да няма обособени отделения.

## **ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

### ***НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧНИ:***

1. Представен е задълбочен анализ на основните икономически промени в отрасъл Здравеопазване съгласно промените в законодателството в контекста на здравната реформа в РБългария.
2. Направен е анализ на връзката социални приоритети - пазар в здравеопазването чрез оценка на пазарните структури в здравеопазването от гледна точка на търсенето, предлагането, на „пазарните структури“ в субсидираните квазипазари, пазарните структури в пазара с финансовото посредничество на Застрахователните акционерни дружества и пазарните структури в директния пазар на здравна помощ.

### ***НАУЧНО-ПРИЛОЖНИ:***

1. Направен е комплексен икономически анализ на осигуреността с ресурси /материални, човешки и финансови/ на болничната медицинска помощ в общинските многопрофилни болници за активно лечение на гр. София, гр. Севлиево и гр. Пирдоп за периода 2015-2017 г.
2. Представен е сравнителен анализ на дейността на болничната медицинска помощ в общинските МБАЛ на гр. София, гр. Севлиево и гр. Пирдоп, както и критичен анализ на икономическите показатели на проучваните болници за активно лечение за същия период.
3. Формулирани са социални и пазарни насоки за бъдещото развитие на болничната медицинска помощ в общинските МБАЛ, свързано с основните европейски стратегии.

### ***МЕТОДИЧНИ:***

1. За първи път е използван прогнозен модел /линеен регресионен модел/ за разкриване проблемните и позитивни перспективи при финансирането на болничната медицинска помощ в общински МБАЛ.

## Използвана литература:

1. Анализ „Развитие и реализация на човешките ресурси в отрасъл „Здравеопазване“, Агенция по заетостта, Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013
2. Анализ „Системи и нива на заплащане на работещите в сектор „Здравеопазване“ в България и в света“, Федерация на синдикатите в здравеопазването при КНСБ
3. Бакърджијева Г. Европейските фондове – път за модернизиране и обновяване на болничната помощ в България, Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“, София, 2019
4. Борисов В., Здравен мениджмънт: новата азбука на здравния мениджмънт, С., 2009
5. Борисов, В., Синтетична социална медицина с въведение в здравния мениджмънт, Филвест, С., 2002 г., 132 с.
6. Борисов, В., Т. Златанова, Б. Борисова, П. Горненски. Финансовият хаос в здравеопазването – рожба на неолиберални заблуди. Сп. Медицински меридиани, списание за стратегически здравен мениджмънт, 2015, I, с. 3-12
7. България 2018, Брошура на Национален статистически институт, 2018
8. Велева Н., Икономика на здравеопазването, Издателски център на МУ-Плевен, 2016
9. Великов Ст. Аналитично моделиране. изд. ФОЗ, МУ-София, София, 2018
10. Воденичаров, Ц., Седемте разлики между медика и мениджъра, Квазар ООД, С., 2003 г. 73 с.
11. Воденичаров Ц., В. Борисов, Ст. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков, Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване, София, сп. Здравен мениджмънт, 2005, бр. 2, с.5-14

12. Воденичаров Ц., С. Попова, М. Мутафова, Ел. Шипковенска. Социална медицина, ИК "ГорексПрес", София, 2013
13. Гладилов, Ст., Ант. Янакиева, Ал. Воденичарова, Маркетинг в здравеопазването, Принцепс Маринови ООД, 2015
14. Гладилов, Ст., Евг. Делчева, Икономика на здравеопазването, Принцепс, 2009
15. Гладилов, Ст., Н. Велева. Търсене и предлагане в здравеопазването. Основни моменти и приложението им в условията на реформа на българското здравеопазване, в сп. "Здравен мениджмънт", бр.1, 2005 г.
16. Годишни отчети на лечебните заведения за болнична помощ
17. Грива, Хр. Определяне на разходите при сключване на договори в здравеопазването. С, НЦЗИ, 2000 г.
18. Давидов, Б. Болнична икономика. С, Св. Климент Охридски, 2004 г. 230 с.
19. Делчева, Евг., Икономически аспекти на здравната реформа. В: Основи на болничното управление, Македония прес, 2000 г., 427-439.
20. Делчева, Евг. и кол., Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера (колективна монография), УИ „Стопанство“, 2000
21. Делчева, Евг., Здравна икономика, УИ „Стопанство“, 2011
22. Делчева, Евг., Концептуален модел на консурентоспособността на здравната система. Сп. Здравна икономика и мениджмънт, I, с.9-15
23. Делчева, Евг., П. Атанасов, Пазарна трансформация в здравеопазването, в: Пазарна трансформация в социално-културната сфера, УИ „Стопанство“, 2007, 9-62 с.
24. Димитров Гр., Организация и финансиране на здравната система. Предизвикателства и решения, изд. на ВУЗФ „Св. Григорий Богослов“, С., 2014
25. Димитров Гр., Рискове и предизвикателства при реформиране на здравната система, изд. на ВУЗФ „Св. Григорий Богослов“, С., 2018

- 26.Димитров Д., М. Баймакова, Г. Попов. Разходи за здравеопазване в страните от Европейския съюз за периода 2000-2009 г., Икономически и социални алтернативи, том 3, 2012, с.118-131
- 27.Европа 2020, Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж, Европейска комисия, Брюксел, 3.3.2010 г.
- 28.Енсър Т., С. Уитър, И. Шийман, Методи на заплащане на предлагащите здравни грижи, в сб. Здравна икономика, Стови, Пловдив, 2001
- 29.Закон за здравното осигуряване (*Обн. ДВ. бр.70 от 19 Юни 1998г.,... изм. и доп. ДВ. бр.77 от 18 Септември 2018г.*)
- 30.Закон за лечебните заведения (*Обн. ДВ. бр.62 от 9 Юли 1999г.,...изм. и доп. ДВ. бр.84 от 12 Октомври 2018г.*)
- 31.Здравеопазване 2017, издание на НСИ, София, 2018
- 32.Здравето на хората – национален приоритет. Проблеми, перспективи, решения, изд. Администрация на президента, 2010
- 33.Здравната реформа в България – част I, Македония прес, 1997
- 34.Златанова Т., Цв. Петрова – Готова, Н. Попов, Д. Щерева-Тзуни, Р. Янева, Икономика на здравеопазването, ГорексПрес, София, 2017, с. 264
- 35.Златанова Т., Р. Великова, Подходи за повишаване на качеството на управление в болницата, ИНГА, Двадесет и седма научно-технологична сесия КОНТАКТ 2011, 24.06.2011, София, с. 114 – 120
- 36.Златанова Т., Цв. Петрова – Готова, Ръководство по финансов мениджмънт в здравеопазването, София, 2013, Издателска къща ГорексПрес, с. 207, ISBN 978-954-616-235-9
- 37.Иванов, Л., Е. Делчева, М. Попова, Т. Стоянова. Ефективно използване на болничните ресурси. – Социална медицина, 1998 г., бр.1 – 2.

- 38.Йорданов Ю, Зл. Петрова. Мотиви и мотивация за миграция на лекарите, в сб. статии: Европейските етични стандарти и българската емдицина, София, 2014, с.119-146
- 39.Калахан, Д., Цели на медицината: Новите приоритети, ТЕМПО, София, 1998 г., 104 с.
- 40.Ковачка К., Т.Златанова, Анализ на дейността на МБАЛ Самоков за периода 2007 -2013 г., Sciene&Tehnologie, Volume V, Number 1, 2015, Medicine, pp. 173 – 177
- 41.Ковачка К., Ц. Воденичаров, Т. Златанова, Тенденции във финансирането на болничната помощ в България, ИНГА, Тридесет и пета научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2015, 26 юни 2015, София, ТЕМПО, с. 222 – 225
- 42.Комитов Гл., Стр. Генов, Финансиране на болничната помощ, Медицински меридиани, 2012, бр.1-2, с.3-22.
- 43.Концепция „Цели за здраве 2020“ <https://www.mh.government.bg/bg/>
- 44.Концепция за реструктуриране на системата на болничната помощ
- 45.Концепцията за болнично реструктуриране – Интернет сайт на Министерство на здравеопазването <https://www.mh.government.bg/bg/>
- 46.Концепция за развитие на Столичното общинско здравеопазване до 2020 г., София, 2014
- 47.Кундурджиев Т. Оценка на ефективността на многопрофилните болници за активно лечение в Република България, Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“, София, 2014
- 48.Лазарова М., Трудови ресурси в здравеопазването, Тридесет и шеста научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2015, ТЕМПО, София, с.143-147

- 49.Маркова, Кр., Т. Златанова, Цв. Петрова-Готова, Ал. Воденичарова. 2015. Методологични подходи за икономическа оценка на здравни програми. ГорексПрес, 27-36.
- 50.Методика за реда за субсидиране на лечебните заведения <https://www.mh.government.bg/bg/>
- 51.Наредба № 2 от 25 март 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК (ДВ, бр. 24 от 29.03.2016 г.)
- 52.Наредба за общинските лечебни заведения (Приета с Решение № 55 по Протокол № 58 от 11.02.2010; ...изм. и доп. с Решение № 496 по Протокол № 86 от 23.07.2015 г.), София
- 53.Население и демографски процеси през 2017 година, издание на НСИ, София, 2018
- 54.Национална здравна стратегия 2014-2020, Приложение 1 „Здраве и здравеопазване – актуално състояние“
- 55.Национална здравна стратегия 2020
- 56.Николова, С., Стационарно медицинско обслужване. В: Ново обществено здравеопазване. Под ред. на В. Борисов, Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров, Акваграфикс ООД, С., 1998, 448-454.
- 57.Областна стратегия за развитие на област София-град 2014-2020 г., Област София-град, двигател на растежа в страната, май 2013
- 58.Общински план за развитие на Столична община за периода 2014-2020 г., Столична община, София, 2014
- 59.Петров, Г. Основи на финансите на фирмата. С, Тракия, 2000 г.
- 60.Петрова Зл., Стр. Генов. Управление на здравната система, Health Media, 2014
- 61.Петрова, Зл., Стр. Генов, Ел. Петрова-Джеретто. Съвременни насоки в управлението на здравната система. изд. ПИКС ООД, С., 2019, с. 391-398.

- 62.Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов. 2008, Качество на здравеопазването. Съвременни измерения и тенденции., Health media group, София, 251-270.
- 63.Петрова - Готова Ц. 2005, Някои аспекти на качеството в здравеопазването - сп. "Здравен мениджмънт", том 5, бр. 2, с. 43-47
- 64.Пешке К. Стопанството от християнско гледище. Институт за социални науки и социална политика „Диалог“, Варна, 1997, с.41
- 65.Попов М., Б. Давидов, Управление на болницата, изд. „Св. Кл. Охридски“, 2004
- 66.Попов. М., Б. Давидов. Хуманизираната болница.С., 2001, 120 с.
- 67.Попов, Н., Т. Златанова.2019. Икономически анализ на Пета многопрофилна болница за активно лечение – София. в сп. *Управление и образование*, том 15 (1), 135-141.
- 68.Попова, М. Анализ на разходите в здравното заведение. В: Здравната реформа в България. Втора част. Под ред. на проф. Мир. Попов. С, Македония прес, 1998 г.
- 69.Попова, М. Отчитане на фактическите разходи на болниците – състояние и проблеми. – Социална медицина, 1996 г., бр. 4.
- 70.Постановление № 8 от 16.01.2015 г. за изпълнение на държавния бюджет на Република България за 2015 г. на Министерския съвет
- 71.Приложения към Национална здравна карта 2018 г.
- 72.Проект на актуализация на областна стратегия за развитие на област София-град 2015-2020 г., февруари 2015
- 73.Ранчов, Г., Анализ на динамиката на явленията. В: Ново обществено здравеопазване. Под ред. на В. Борисов, Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров, Акваграфикс ООД, С., 1998, 83-90.
- 74.Ранчов Г. Биостатистика и биоматематика. Концепции, методи, приложения, изд. Екопринт, София, 2008

75. Ранчов Г. Статистическо прогнозиране, в Ново обществено здравеопазване, под ред. на В. Борисов, Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров, изд. Акваграфикс ООД, София, 1998, с. 90-94
76. Статистически годишник 2017, издание на НСИ, София, 2018
77. Търговски регистър - <https://public.brra.bg/>
78. Улф.младши Ч., Пазар или държавна намеса, Институт по пазарна икономика, С., 1995
79. Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции. Министерство на финансите
80. Харизанова М., Д. Бояджиев, Н. Миронова. Управление на човешките ресурси. Инвестиция в бъдещето, Авангард Прима, София, 2006
81. Цачева, Н., М. Табанска, Л. Христова. Здраве на работна сила в България – състояние и перспективи. Сп. Здравна политика и мениджмънт. Том. 14, № 3, 2015
82. Цветков, О., Зл. Петрова. Основни недостатъци при финансирането на болничната помощ в България. Сп. Здравна политика и мениджмънт, том 14, № 4, 2015
83. Янева Р. Микроикономикс на болничното лечебно заведение. Ръководство за упражнения и семинари, изд. „Симелпрес“, София, 2011
84. Янева Р., А. Кехайов. Изследване динамиката на приходите на Многопрофилните болници за активно лечение. Акад.сп. Управление и образование, кн.1, том.12, Volume: 1, Бургас, ISSN 13126121, 2016 г., с.64-71
85. Янева, Р., М. Лазарова. 2019. Анализ на динамиката на разходите и тяхната структура на Областните и Общински многопрофилни болници за активно лечение, сб. Научни трудове Том VII от Национална научна конференция с международно участие „Наука и общество 2019“, 2-3 октомври 2019 г., Кърджали, 47-52

86. Янева Р., Т. Златанова, Цв. Петрова-Готова, Н. Попов. Финансиране на болничната помощ – международен опит, Международно научно on-line списание „Science & Technologies“, Medicine ,Volume V, Number 1, 2015, ISSN 1314-4111, <http://journal.sustz.com>, с. 240-244
87. Andersson, T (2015). The medical leadership challenge in healthcare is an identity challenge. *Leadership in Health Services*, 28(2), 83-99.
88. Anton S., Financing health care in Romania and access to health services, *The USV annals of economic and public administration*, vol.12,is. 1, 2012
89. Balabanova, D., Sv. Tsoleva, E. Delcheva, T. Kostadinova, Analysis of Hospital reform policy in Bulgaria, final report, SEE JP, 2006
90. Bloom G.,H. Standing, R. Lioyd, Market information assymetry and health care: Towards new social contracts, in: *Social Science & Medicine*, vol. 66,is.10,May 2008, p. 2076-2087
91. Botje D., N.Klazinga, C.Wagner, To what degree is the governance of Dutch hospitals oriented towards quality in care? Does this really affect performance? *Health policy*, 113, 2013, 134-141
92. *Competition in Health Care: Reforming the NHS* (edited by An. Culyer, Al. Maynard, J. Posnett, Macmillan Press, 1990, 254 p.
93. Cylus I.,I.Papanikolas, An analysis of perceived access to health care in Europe: how universal in universal coverage? *Health policy* 119, 2015, 1133-1144
94. Dixon A. et al. Facing the challenges of health care financing. USAID Conf. Washington, DC 29-31.07.2002
95. Figueras, J., McKee, M. & Lessof, S. (2002) Ten years of health sector reform in CEE and NIS: An Overview and Chapter 1, Health systems in transition, Papers from the USAID conference Ten years of health systems transition in Central and Eastern Europe and Eurasia:
96. Gandjour A., Prioritizing health services research: an economic perspective, *Eur. J. Health economics*, 2016, 17:375-377

97. Gault, R. 2009. The New Health Policy. State of health series, McGraw-Hill, 192 p.
98. Goranitis I., O. Siskov, L. Liaropoulos, Health policy making under information constraints: an evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece, health policy, 117, 2014, 279-284
99. Hansen, D.R. and Mowen, M. Cost management, accounting and control. 3. s.l. : South-West College Publishing, 2000.
100. Harding, A., and Preker A. (2000) Understanding organizational reforms. The corporatization of public hospitals, HNP discussion paper, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington DC, USA.
101. Helfert, E., Financial Analysis Tools and Techniques: A Guide for Menagers. Publisher: McGraw-Hill, 2001, [http://www.eurasiahealthtransitionconference.org/Health\\_systems-Overview.pdf](http://www.eurasiahealthtransitionconference.org/Health_systems-Overview.pdf)
102. Joan Berenguer, Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias Ediciones Vicens Vives, S.A. (Primera Edición 1994), pp. 310-352.
103. Jordi Varela, Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias Ediciones Vicens Vives, S.A. (Primera Edición 1994), pp. 269 –309.
104. Kovachka Kr., T. Zlatanova, D. Lyubenova, Analysis of economic efficiency of municipal hospital, Journal of International Scientific Publications: Economy & Business, Volume 9, 2015, ISSN 1314-7242, Published at: <http://www.scientific-publications.net>, pp. 594-600
105. Langenbrunner, J.C. and M.M. Wiley. Hospital Payment Mechanisms: Theory and Practice in Transition Countries. In: Hospitals in a Changing Europe. Eds. M. McKee and J. Healy. Open University Press, WHO, 2002.
106. McKee M. and Healy J. (eds) (2002) Hospitals in a changing Europe. The European Observatory on Health Care Systems World Health Organization, Open University Press.

107. McKee, and J. Healy. Investing in Hospitals. In: Hospitals in a Changing Europe. Eds. McKee, M., and J. Healy. Open University Press, WHO, 2002.
108. McKee, M. and J. Healy (2000) The role of the hospital in a changing environment. Bulletin of the World Health Organization 78(6): 803-810.
109. Mercè Casas, Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias Ediciones Vicens Vives, S.A. (Primera Edición 1994), pp. 364-371
110. Mokrzycka A., et al, The 2014 primary health care reform in Poland: short term fixes instead of a long term strategy, Health policy, 2016, in press
111. OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)
112. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), България: Здравен профил на страната 2019 г., State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. p.12.
113. Petrova-Gotova Ts., T. Zlatanova, R. Yaneva, N. Popov, Analysis of investment healthcare areas, „Science & Technologies“, Volume VI, Number 1, 2016, ISSN 1314-4111, <http://journal.sustz.com>, с. 272-278
114. Porter M., E. Tiesberg, Redefining competition in health care, Harvard business review, June 2004
115. Porter M., El. Teisberg, Redefining Health Care (Creating Value-Based Competition on Results), Harvard Business School Press, Boston, 507 p.
116. Porter M., R. Kaplan, How to pay for health care, Harvard Bus. Rev., July-August, 2016
117. Preker, A. S. and A. Harding (2003) Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals. Washington, World Bank.

118. Reeves A., et al, The political economy of austerity and health care: Cross national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011, *Health policy*, 115, 2014, 1-8
119. Romaniuk P., A.Stromek, The evolution of the health system outcomes in Central and Eastern Europe, and their association with social, economic and political factors: an analysis of 25 years of transition, *BMC health services research*, 2016, 16:95 Saltman R., Managing the public/private mix. Lessons from Northern European Experience with Planned Markets, *Health Care Financing and Organization in Countries of Central and Eastern Europe*, WHO, Geneva, 22-26 April, 1991 some lessons for England, *Media Low Rev.*, 2014 spring, 22(2), 255-73
120. Suhrcke M. et al, *The Contribution of health to the economy in the European Union*, EC, 2005
121. *The Lisbon Review 2004& an assessment of Policies and Reforms in Europe*, World Economic Forum, 2004
122. Uwachofi A., A. Al-Assaf, Health care market deviations from the ideal market, *Sulten Qaboos Univ. Med. J.*, 2011 August, 11(3): 328-337
123. Wiley, M. (1998) Financing operating costs for acute hospital services, in, in Saltman RB, Figueras J and Sakellarides C. (eds). *Critical challenges for health care reform in Europe*. OpenUniversity Press.
124. Yaneva R. Dynamics in the Revenues of the University and National Multiprofile Hospitals for Active Treatment, “Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: The Challenge of the Cross-border Collaboration in Times of Financial Crisis” Papazissis Publishers, Athens, 2011, p. 51-69
125. Zelman W. et al, *Financial management of health care organizations*. Wiley publishing, USA, 2009
126. Zlatanova-Velikova R., T. Zlatanova, Some Approaches for Hospital’s Management, *Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: The*

Challenge of the Cross-border Collaboration in Times of Financial Crisis,  
Papazissis Publishers, Athens 2011, pp. 161-167

127. <http://www.1mbal.com/>
128. <http://www.4mbal.bg/>
129. <https://www.5mbal-sofia.com/>
130. <https://www.mh.government.bg/bg/>
131. <https://www.kambana.net/home/>
132. <http://mbal-pirdop.com/>
133. <http://www.mbal-sevlievo.eu/>
134. <https://www.novavizia.com/sotsialno-pazarno-stopanstvo-harakteristiki-formula-na-uspeha/>
135. [www.nsi.bg](http://www.nsi.bg)
136. <http://www.sevlievo.bg/bg/article/79/bolnichna.html>
137. <http://www.sofia.bg/>
138. <https://www.vtorambal.com/>