МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

МЕНИДЖМЪНТ НА ФИНАНСОВИТЕ И МАТЕРИАЛНИ РЕСУРСИ В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ В УСЛОВИЯТА НА ПРЕСТРУКТУРИРАНЕ

/на примера на МБАЛ „д-р Братан Шукеров”АД Смолян/

Радка Минчева Грозданова

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
за присъждане на образователната и научна степен “Доктор”
по научна специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:
Доц. д-р Тихомира Златанова, дм

София, 2012 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ …… 6

ГЛАВА ПЪРВА:

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА СИСТЕМИТЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В ЕВРОПА – МОДЕЛИ НА ФИНАНСИРАНЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ (ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР)

1.1. СПЕЦИФИЧНИ ОСОБЕНОСТИ НА СИСТЕМИТЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В ЕВРОПА……10

1.2. МОДЕЛИ НА ФИНАНСИРАНЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ. ……19

1.3. БОЛНИЧЕН ПРОДУКТ – СЪЩНОСТ, ИЗМЕРИТЕЛИ И ОСТОЙНОСТЯВАНЕ……35

1.4. ФИНАНСИРАНЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ В Р.БЪЛГАРИЯ……46

1.5. КЛИНИЧНИТЕ ПЪТЕКИ И ДИАГНОСТИЧНО-СВЪРЗАНИТЕ ГРУПИ КАТО МЕТОДИ НА ФИНАНСИРАНЕ……49

ГЛАВА ВТОРА:

МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

2.1. ЦЕЛ……65

2.2. ЗАДАЧИ……65

2.3. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ ……66

2.4. ИНФОРМАЦИЯ ……66

2.5. ДОКУМЕНТИ НА ПРОУЧВАНЕТО ……67

2.6. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ ……67

2.7. ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКА ТЕЗА ……68

ГЛАВА ТРЕТА:

АНАЛИЗ НА ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКОТО СЪСТОЯНИЕ НА СМОЛЯНСКА ОБЛАСТ

3.1. ДЕМОГРАФСКА ХАРАКТЕРИСТИКА НА СМОЛЯНСКА ОБЛАСТ…….70

3.2. РАЖДАЕМОСТ……..72

3.3. СМЪРТНОСТ ……..73

3.4. ЕСТЕСТВЕН ПРИРАСТ…….78

3.5. ЗАБОЛЕВАЕМОСТ ……80

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА:

ОБЗОРЕН АНАЛИЗ НА МБАЛ „Д-Р БРАТАН ШУКЕРОВ" АД СМОЛЯН

4.1. УПРАВЛЕНИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННА СТРУКТУРА, МИСИЯ И ЦЕЛИ……91

4.2. ОБЩА ОЦЕНКА НА ПОТЕНЦИАЛА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ ……95

4.3. ФИНАНСОВО ИКОНОМИЧЕСКИ АНАЛИЗ НА МБАЛ „Д-Р БРАТАН ШУКЕРОВ" АД СМОЛЯН ……101

4.4. АНАЛИЗ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ ЗА 3 ГОДИШЕН ПЕРИОД……109

4.5. SWOT АНАЛИЗ НА МБАЛ „Д-Р БРАТАН ШУКЕРОВ" ЕАД.....112

4.6. ПОРТФОЛИОАНАЛИЗ МБАЛ „Д-Р БРАТАН ШУКЕРОВ" ЕАД…….115

4.7. ЦЕЛИ И КРИТИЧНИ ФАКТОРИ ЗА УСПЕХА……117

ГЛАВА ПЕТА:

ПОДХОД ЗА ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА РЕСУРСИТЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА РЕГИОНАЛНО НИВО

5.1. ПРИОРИТЕТИ ЗА РАЗВИТИЕ НА МБАЛ „Д-Р БРАТАН ШУКЕРОВ" АД……120

5.2. СЪЗДАВАНЕ НА ДЪЩЕРНО ДРУЖЕСТВО „ДКЦ СМОЛЯН" ЕООД……122

5.3. ПРОГРАМИ ЗА РАЗВИТИЕ……128

1. ПРОГРАМА ЗА БИЗНЕС-РАЗВИТИЕ…….……128

2. ИНВЕСТИЦИОННА ПРОГРАМА ЗА ОБНОВЯВАНЕ НА МЕДИЦИНСКОТО ОБОРУДВАНЕ И СТРОИТЕЛНОРЕМОНТНИ ДЕЙНОСТИ……..…….....……..…129

3. ПРОГРАМА ЗА ЕФЕКТИВНО ИЗПОЛЗВАНЕ НА ФИНАНСОВИЯ РЕСУРС, ФИНАНСОВО ОСИГУРЯВАНЕ И РАЗВИТИЕ ….....…132

4. ПРОГРАМА ЗА РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ..…..133

5. ПРОГРАМА ЗА ИНФОРМАЦИОННО ОСИГУРЯВАНЕ…….....133

6. ПРОГРАМА ЗА ОРГАНИЗАЦИОННО И УПРАВЛЕНСКО РАЗВИТИЕ…….....……..135

ИЗВОДИ…….....…….137

ПРЕПОРЪКИ…….....……141

ПРИНОСИ…….....……..143

ПРИЛОЖЕНИЯ…….....……147

ЦИТИРАНА ЛИТЕРАТУРА…….....……151

СПИСЪК СЪС СЪКРАЩЕНИЯ

БВП – Брутен вътрешен продукт

ДКЦ – Диагностично консултативен център

ДСГ – Диагностично свързани групи

ЕС – Европейски съюз

КП – Клинични пътеки

МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

МЗ – Министерство на здравеопазването

НАП – Национална агенция за приходите

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НЦЗИ – Национален център за здравна информация

РЗИ – Регионална здравна инспекция

РЗОК – Районна здравноосигурителна каса

СЗО – Световна здравна организация

ВЪВЕДЕНИЕ

Въпреки непрекъснатото нарастване на средствата за здравеопазване, несъответствието между финансиране и здравни показатели на населението се задълбочава, което показва неефективно управление на ресурсите и некачествена здравна грижа. Здравната реформа реално влоши медицинското образование и продължаващото обучение, както и следдипломната квалификация и специализация.

Функционирането и развитието на системата на здравеопазване се определя от състоянието на ресурсния потенциал. В условията на провеждащата се реформа, основана на пазарните принципи, нараства необходимостта от по-голям обем средства за извършване на дейности, свързани със здравето.

Необходимите средства за разходи за здравеопазване, за задоволяване потребностите на населението от медицински и лечебни услуги се осигуряват на основата на преразпределение на брутния вътрешен продукт (БВП).

Важна характеристика на ефективния болничен мениджър е стилът на неговото ресурсно мислене. Постигането на висока ефективност в дейността на болницата поставя болничния мениджър пред необходимостта от адекватен подход към анализа и оценката на ресурсите.

В тази насока изследователите отбелязват, че често подходът към здравните ресурси е ограничен и стеснен в рамките на технологичното и икономическо мислене. Необходимостта от един по-широк глобален подход към ресурсите на здравеопазването е очевидна.

Проф. Ц. Воденичаров подчертава, че при разпределението и използването на здравните ресурси следва да се съобразява необходимостта от поставяне на **граници** пред аспирациите в здравеопазването. Трябва да се култивира чувство за неизбежността на

ограниченията, да се намерят пътища за поставяне на нашите желания и претенции в една по-широка перспектива, включваща целия обсег от индивидуални и социални потребности (Воденичаров, Ц., 2011).

Така необходимото балансиране на нашите ограничения и аспирации според проф. Воденичаров изисква два компонента:

Първо, перспектива на оценяването на технологиите в медицината и валидността на доказателствата от научните изследвания и

Второ, стратегия за определяне на приоритетите в здравеопазването. Нуждаем се от принципи, които могат да ни изведат в една разумна посока. Това са:

1. Принципът за симетрията – технологиите трябва да се оценяват по това доколко постигат добър баланс на продължаването и спасяването на живота с качеството на самия живот. Целта е да се постигнат резултати, които стимулират благополучието на хората.

2. Принципът за оценка на технологиите – оценяването включва:

- *Отчитане на неуспехи* в случай, че не се постигат поставените цели или постигането на успех е за сметка на сериозни деформации в здравната система;

- *Отчитане на успехи* тогава, когато измерването на медицинските резултати показва реално освобождаване от медицинския проблем;

-*Измерване на социалните ефекти* – осигуряване на рехабилитация, подобряване на социалното функциониране на хората, промяна в отношенията им с другите;

- *Измерване на културалния импакт* – това е успехът на медицината, който повишава очакванията на хората.

Важно е да се подчертае необходимостта да идентифицираме и след това – да дебатираме моралните, социалните и културалните цели, на които искаме да служи всяка технология в медицината и след това да се

опитаме да вземем работещото решение за нейното ефективно внедряване в практиката.

Нуждата от по-широк стратегически подход към ресурсите на здравеопазването се подчертава и от В. Борисов. Наистина, в центъра на провежданата здравна реформа у нас стои въпросът за ресурсите (Борисов, В., 2006). Но във всички анализи и дебати по тази реформа през последните години основната тема са финансовите ресурси и техните многопосочни промени, символизирани с ключовия термин "структурна реформа". Големият въпрос според автора е дали терминът "структурна реформа на здравеопазването" изчерпва съдържанието на цялостната организационна промяна в здравеопазването?

Живият живот вече пределно ясно ни убеди в това, че здравната реформа не е едномоментен и едноаспектен акт, а сложен **противоречив процес**, тя не се изчерпва със създаването на здравно-осигурителна каса или смяна на източника на финансиране. Тя е интегрален процес, който изисква интегрална концепция, **интегрално управление**, интегрално и адекватно професионално и обществено отношение .

Процесите през последните години категорично ни показаха, че въпросът за ресурсите на здравната реформа е много по-широк; че освен финансови ресурси, за успеха на предвижданата промяна са нужни и други ресурси, които в досегашното управление на здравната реформа са подценявани и недостатъчно използвани.

За да се представят и осмислят подценяваните ресурси е нужно да се преодолее рутинното виждане за здравната реформа като автоматичен административен акт. Тя наистина е и административен акт, но не изолирано-самоцелен, а осъществен в сложна, динамична социално-екологична система, в конкретна обществена, културна, политическа и икономическа среда.

В обобщаващ стратегически план наред с другото, здравната реформа е и специфичен социокултурен феномен, тя също е и обществено-психологически и национално-политически феномен. В този контекст според В. Борисов промяната в здравеопазването у нас има три генерални ресурса: национално-политически, обществено-психологически и интелектуално-културен ресурс (Борисов, В., 2008). Към последния тип ресурси можем да отнесем професионалната компетентност и стила на мислене на здравните мениджъри в страната.

Стратегическия подход в стила на мисленето и действията на болничния мениджър може да преодолее доминиращото технологично и тясно икономическо мислене в болничния сектор.

В рамките на оперативния болничен мениджмънт това означава болничният мениджър да вижда и да оценява ежедневно значението на всички типове ресурси в тяхното **постоянно взаимодействие:**

- Човешки ресурси
- Финансови ресурси
- Материални ресурси
- Времето като ресурс.

Професионалният стил на мислене на болничния мениджър отразява интегралния подход към ресурсите на здравеопазването, разглеждани в тяхната цялост и неразривна връзка помежду им. Затова подценяването на който и да е ресурс и надценяването на друг е признак на недостатъчно развит управленски професионализъм у лицата, чиято мисия е ефективното управление на болницата. Но въпреки това тук основно ще се спрем на значението на финансовите и материални ресурси за функциониране на болничната система.

ГЛАВА ПЪРВА

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА СИСТЕМИТЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В ЕВРОПА – МОДЕЛИ НА ФИНАНСИРАНЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ (ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР)

1.1.СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА СИСТЕМИТЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В ЕВРОПА

Здравноосигурителните системи на държавите от ЕС са се установили в резултат на специфични политически, исторически, културни и социално-икономически дадености. Това е причината за многобройните различия между тях. Чл. 129 от договора на ЕС изрично **изключва** хармонизирането на националните законодателства в областта на здравното осигуряване.

В страни със система на социално здравно осигуряване реформите са насочени към разширяване на финансовата автономия на болниците. В Холандия през 90-те години на 20 век държавните болници са трансформирани в частни нестопански лечебни заведения, в Германия се приватизират центровете за спешна помощ.

Болниците в страните от бившите социалистически страни работят в бързо променяща се среда през последните 20 години. Особеностите на реформите в здравеопазването включват разделение между финансирането и здравната помощ и постепенното отделяне на болниците от директен бюджетен контрол. С въвеждането на системата на здравно осигуряване и разделяне между финансирането доставката на здравна услуга се налага да се постигне определена степен на автономия на лечебните заведения, която все още не е налице (например в част от регионите на Русия) (Тогунов,

И.А., 1999; Ново обществено здравеопазване, под ред . на проф. В.Борисов, доц. Зл. Глутникова, проф. Ц.Воденичаров, 1998; Попов, М.,1991, 2001)

Тъй като задоволството от здравната система в дадена държава е твърде субективен показател, по-подходящи за сравнение са данните за средствата, които една страна харчи за здравеопазване, моделът на финансиране на системата, на заплащане на лекари и болници, формата на участие на пациентите в разходите.

Здравеопазването обаче е социална дейност и навсякъде в Европа е прието, че е важно то да е солидарно, а не справедливо. Тоест - за добра система се смята тази, при която с публични средства са обхванати максимален брой граждани и услуги. Повсеместно в ЕС системите са солидарни - плащат всички според доходите си, а получават тези, които имат нужда според увреждането на здравето си. С други думи - богатите и здравите издържат бедните и болните. Справедливост има в САЩ, където от нивото на застраховката зависи и броят на услугите, които осигуреният може да получи. Богатите получават максимум лечение, а бедните - минимум. По тази причина и високият процент от БВП, заделян за здраве, не значи автоматично, че тази държава осигурява на гражданите си най-много. Например най-високият процент за здраве от БВП в света е точно този на Съединените щати - над 15 на сто. (http://ec.europa.eu/healtheu/health_in_the_eu/ec_health_indicators/index_bg.htm)

Затова е важен и показателят за съотношението публични-лични разходи. Под публични се разбират всички средства, плащани солидарно - през данъци, осигуровки и дарения, от държавата, здравните фондове, неправителствени организации, църква. Личните разходи пък са тези, които пациентите плащат кеш или през лични здравни застраховки.

Като най-социални системи данните на СЗО определят тези на Чехия и Дания - там публичните разходи покриват 84.7% от всички плащания за

здраве. Следва Норвегия с 84%, в Англия с 83 на сто от разходите за сектора за публични. Сред отличниците са и Швеция, Холандия, Ирландия и... Румъния с 81%. Личните разходи за здраве са най-високи в Кипър - 55% от всички, следват България - 42 на сто, Латвия, Гърция и Словакия.

(http://www.zdrave.net/Portal/WeekTheme/Default.aspx?evntid=2815)

Очевидно е, че предимно най-богатите страни заделят най-много средства за здраве. Като публично най-осигурени с услуги и социално ориентирани обаче изпъкват скандинавските страни и Англия. Случайно или не, там няма здравно осигуряване, а секторът се финансира с данъци от държавата или общините. Страните с най-високи общи разходи - Франция, Германия, Австрия, в които обаче публичните разходи са на по-ниски нива, имат силно развита осигурителна система. Нещо повече - в тях има и въведено доплащане от пациентите за всички публични услуги, което цели намаляване на свръхпотреблението и разходите на системата. Според модела на финансиране страните в ЕС се делят на две. В северните - Скандинавия, Англия, Ирландия и южните - Италия, Испания, Португалия, предимство има системата "Бевъридж" - финансиране през данъци, с по-голямо участие на държавата и общините в управлението. По средата на континента са Франция, Германия, Австрия, Белгия, Холандия и бившият соцлагер, където системата се финансира от здравно осигуряване, или моделът "Бисмарк". Интересно изключение е Гърция, която е по средата. Там има здравни каси, но те поемат едва половината от публичните плащания, а останалото е от данъци. През годините двата модела са заели доста един от друг. "Бевиръдж" вече само отчасти разчита на финансиране през общи бюджети за изпълнителите на медицинска помощ, което води до листи на чакащи, а "Бисмарк" - на плащане за дейност, което пък е бърз път към преразходи и дефицити.

Анализ на системите в различните страни:

Холандия

В Холандия държавата не е доставчик на здравни услуги. Тази дейност се поема основно от частни лица и институции – практикуващи лекари и болници. С други думи, има ясно разделение: държавата е регулатор, докато медицинската дейност се извършва от частния сектор. Този модел е приложен и при здравните фондове. Те са частни и действат на конкурентен принцип, а гражданите имат право да сменят здравния си фонд, ако не са доволни от него. И в здравното осигуряване правителството е просто регулатор, а не се меси пряко в управлението. Системата се финансира от осигурените по два начина. На първо място, има фиксирана премия, която всеки осигурен плаща на своя здравен фонд (премията се определя от самия здравен фонд в конкуренция с останалите фондове). На второ място, всеки заплаща 6.5% от месечния си доход като здравна осигуровка. За пенсионерите и самонаетите здравната осигуровка е 4.4%. Държавата финансира здравното осигуряване на децата и поема част от фиксираната премия при хората с ниски доходи. По този начин всеки има достъп до здравно осигуряване. В Холандия осигуреният има право да избере здравния фонд, в който се осигурява. Избира и няколко други елемента:

- фиксираната премия. Тя е различна за отделните фондове и здравни пакети;

- вид на осигурителната услуга. Единият вариант е пациентът да ползва здравни услуги, осигурени от здравния фонд. Другият вариант е пациентът да заплати ползваните здравни услуги и след това сумата да му бъде възстановена от здравния фонд;

- сума на доброволно заплащане. Всеки може да избере сам дали да поеме по-голям процент от разходите при заболяване, като в замяна получава право да внася по-ниска премия в здравния фонд. Например, ако човек е избрал да поеме 200 евро на година – това означава, че първите 200

евро здравни разходи всяка година се поемат от него, а всичко останало - от здравния фонд;

- допълнителен пакет със здравни услуги – освен базовия задължителен пакет всеки може да сключи договор и за допълнителен пакет от услуги.

До 2008 г. здравните фондове са връщали обратно на осигурените част от внесената от тях премия, ако през годината те не са ползвали здравни услуги. След това системата се променя, като се въвежда принципът, че пациентът заплаща част от ползваните здравни услуги през годината (до определена сума), а останалото се покрива от фонда. По този начин се стимулират превенцията и здравословният начин на живот. Освен това пациентите се въздържат да ползват медицински услуги, когато нямат реална необходимост.

Дълги години здравните заведения са доминирали здравната система в Холандия и те не са имали стимул да подобряват качеството на предлаганите от тях услуги. Това вече е минало. Днес здравните заведения се договарят със здравните фондове за цените, съдържанието и организацията на здравните услуги. По този начин клиниките и болниците са под натиск от здравните фондове да увеличават качеството. Всеки фонд сам избира с кои здравни заведения да сключи договор и пресява тези, които не отговарят на изискванията му. Така се създава и конкуренция между здравните заведения. Фондовете също са в постоянна борба за клиенти, тъй като осигурените могат да ги сменят, ако не са доволни от тях. Това е силен стимул за предоставяне на качествени услуги на приемлива цена.

Дания

Данните сочат тази страна като здравен рай. Там системата се финансира от подоходните данъци. Средно обаче те са над 44%. Здравеопазването се управлява от Държавната служба по здравеопазване и

подопечните й 16 местни съвета. Цялото население е обхванато в задължителното държавно здравно осигуряване, което покрива основните здравни услуги. Те са напълно безплатни, а гражданите имат свободен достъп до личния лекар или болницата. В Дания няма подобие на българските лимити, нито дори пакет, осигуряван с публични пари. От какви изследвания или консултация има нужда пациентът преценява лекарят. Ако например той сметне, че пациентка има нужда от козметична хирургия, защото без нея ще живее в психологически дискомфорт, тя получава безплатна операция. Личните лекари получават капитация - ежемесечна сума за записан пациент, което е една трета от дохода им, плюс пари за извършена дейност, например преглед. Болниците се финансират от местните съвети, които контролират дейността им и обикновено ги и притежават (Smith, P. C., L. Ginnelly, M. Sculpher, 2005). В една област има по една централна голяма болница и няколко по-малки в общините. Лекарите в болниците получават заплати. Самите лечебни заведения получават от местните съвети годишни бюджети, с които се издържат. Бюджетът обаче се смята на базата на диагностично свързани групи, т.е. на извършена дейност. Диагностично свързаните групи, за разлика от клиничните пътеки, отчитат извършени процедури за дадено лечение, а не цялостни случаи. И тъй като болниците имат спуснати бюджети, а не се финансират за отчетена дейност, в Дания има листи на чакащи, но не повече от 2 месеца.

В **Норвегия** преобладава бюджетното финансиране през данъци и здравеопазването е се управлява, планира и финансира от държавата, особено в болничната помощ. Доболничната помощ пък е задължение на общините, които също получават пари от централното правителство. Заплащането е както с бюджети, така и на базата на отчетен случай или лечение. В Норвегия също има листи на чакащи и медицинската помощ е безплатна за гражданите. В **Швеция** има Национална осигурителна

система, която се финансира предимно с вноски на работодателите. Отделно данък общ доход е 35%, а с част от него се финансира здравната система, която се управлява от 23-те окръжни съвета. Те планират, финансират и контролират основната част от здравната помощ, освен това притежават болниците. Лекарите получават предимно заплати, без доходите им да са обвързани с отчетена дейност. Така стоят нещата и в повечето болници - те разполагат основно с бюджети, разчетени на база разходи за заплати, лекарства и т.н., и в по-малка степен се финансират за извършена дейност. В Швеция обаче има доплащане - от 11 до 16 евро при джипи и по 9 евро на ден в болница.

Франция и Германия

Във Франция здравното осигуряване е задължително за всички граждани и покрива 93% от публичните услуги. Вноската е 13.55% от заплатата, но огромната част - 12.8 на сто, се поема от работодателя, а за работника остават 0.75%. Здравната система се финансира и от държавни субсидии. Здравните каси са много, а собствеността им е и държавна, и частна. Личните разходи на гражданите обаче са 21 на сто от всички плащания за здраве в страната. Пациентите плащат 30% от цената на прегледите в доболничната помощ и 13 евро на ден в болница. Вероятно по тази причина частното осигуряване е добре развито. Пациентът избира къде и кой да го лекува, а също и в кой фонд да се осигурява. Една трета от болниците са частни и обикновено не се занимават със скъпо и сложно лечение.(http://ec.europa.eu/healtheu/health_in_the_eu/ec_health_indicators/)

Франция е известна с две неща - огромните дефицити, които здравната й система трупа и огромните си разходи за лекарства - тя и Гърция държат първите места в Европа по разходи за медикаменти. Във Франция се предписват твърде много оригинални лекарства, които са по-скъпи, потреблението е огромно, а цените - високи.
В Германия здравното осигуряване също е задължително за всички,

въпреки това 24% от разходите за здраве се плащат лично от пациентите. Германците със заплата под 48 600 евро на година се осигуряват чрез държавното здравно осигуряване. Тези с по-високи доходи - 20% от населението, имат право да избират дали да останат в държавното осигуряване, или в частен фонд. Държавната система покрива около 85% от населението.

Германия е родината на здравното осигуряване (Schulenbury, J.M.,1994). Допреди 20 години тя е имала цели 600 здравни каси, но през 90-те години на 20 век те са се слели и обединили до 180, като никоя от тях няма право на печалба. Здравната вноска е 14.9% от заплатата и се дели поравно между работодател и работник. Системата на плащане на изпълнителите е доста отворена. В доболничната помощ се плаща за извършена дейност, което предразполага към свръхпредлагане. Затова и заплащането се определя и от бюджетен таван за специфичната услуга, например ендокринологичен преглед. Колкото повече прегледи са отчетени, толкова по-ниска е цената на всеки отделен. Така стоят нещата и в болниците, където се работи с диагностично свързани групи. Те имат лимити и санкции за надвишаването им. В Германия обаче се плаща и за леглоден, което е довело до дълъг болничен престой на пациентите и въвеждането на ДСГ и лимити.

Кипър

В Кипър едва половината от разходите за здравеопазване се плащат от публични фондове, в случая - министерството на здравеопазването. Системата се финансира от данъци. Останалото са лични разходи, обикновено плащани за частни кабинети и болници. Системата в Кипър доста напомня на българската преди 10 години - исторически бюджети за държавните болници, липса на общопрактикуващи лекари и пряк достъп до специалисти, които също са наети директно от министерството.

Гърция

В Гърция публичните разходи представляват 61 на сто от всички плащания за здраве. Паралелно с това обаче процентът от БВП, заделян за системата е 9.7% - над средния за ЕС, т.е. пациентите плащат от джоба си доста средства. Възможно е това да се дължи на доста странната организация на финансирането в тази страна. Там има задължително социално осигуряване, което се финансира от държавния бюджет и в по-малка степен - от здравни вноски на гражданите. Последните се осигуряват задължително в близо 300 фонда, които обаче не се избират свободно, а са по месторабота. Частният сектор е доста развит - той участва както във финансирането, така и в предоставянето на медицински грижи. Държавните болници се финансират основно от държавата и получават бюджети, а частните - от фондовете, като плащането е за ден престой, което провокира доста свръхразходи.

Латвия

Латвия е единствената нова членка на ЕС, в която няма здравно осигуряване, а близка до "Бевъридж" система. Секторът се финансира от данъци, като над 28% от данък общо доход отива за здравеопазване в централен, държавен фонд, който финансира основен пакет в здравеопазването, достъпен за всички граждани. Доболничната помощ е приватизирана, като първичните грижи се предоставят от общопрактикуващи лекари, а болниците са основно държавни и общински. Официалното позволено доплащане е 20% за услуги в основния пакет. Заплащането за изпълнителите частично се базира на отчетена дейност.

Румъния

В Румъния, страната с най-нисък процент от БВП, отделян за здраве, има задължително здравно осигуряване като вноската е цели 14%, които се делят по равно между работодателя и работника, а населението се

осигурява в една здравна каса. За сравнение, в други бивши социалистически страни вноската е 9% - например в Полша и Литва. В Румъния, подобно на България, с данъци от централния бюджет се финансират около 20% от системата - публични услуги като спешна помощ и инвестиции в държавните болници. Официалните данни сочат, че Румъния е на челни места по ниски лични разходи на населението - едва 19%, но е възможно данните да не се особено точни, тъй като там все още са широко разпространени плащанията под масата в болниците. Здравната система е подобна на българската - касата поема подобен пакет, доболничната помощ е разделена на джипита и специалисти, а болничната мрежа е предимно държавна с големи и по-малки многопрофилни и специализирани болници. Плащанията също са като в България - капитация при личните лекари, за преглед при специалистите и глобални бюджети плюс пари за отчетена дейност в болниците. Официални доплащания няма. Румъния има още една прилика с България - и там здравната система ползва заем от Световната банка. (Петрова – Готова, Ц., 2006; Smith, P. C., L. Ginnelly, M. Sculpher, 2005).

1.2. МОДЕЛИ НА ФИНАНСИРАНЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

В страни, където болниците са предимно публични (Великобритания, Ирландия, скандинавските държави), представеното разделение на болниците по видове няма толкова ясни разграничения. Същото се отнася за системите с една национална здравна служба (Италия, Испания, Португалия), където делът на публичния сектор (брой легла) в болничната помощ е около и над 70 % (Preker, Alexander S., Martin McKee, Andrew Mitchell, and others, 2006).

В страните с класически системи на социално здравно осигуряване съществуват две характерни особености, които ги отличават от страните

със система Бевъридж - микс между публична и частна собственост и статутът на болницата спрямо финансиращата институция (дали тя работи за печалба или не). Оттук идва и разделението на болниците на публични, частни нестопански и частни стопански. Публичните болници в тези страни не са типични командно - контролирани институции. Поради разделението между финансиране и покупка на услуги, всяка болница има определена степен на автономност по отношение на управлението, тъй като тя трябва да сключва договор със здравноосигурителните фондове (Гладилов, Ст., 2009; Preker, Alexander S., Martin McKee, Andrew Mitchell, and others, 2006)

Частните стопански болници са третия по важност сегмент в повечето страни от Западна Европа - 20 % от всички легла във Франция, 18 % в Испания, 10 % в Португалия и Италия. В зависимост от регулациите в съответната страна, те могат да предоставят услуги, финансирани от публичните здравноосигурителни фондове или да обслужват единствено частни пациенти. Във втория случай болниците са освободени от задълженията за осигуряване на равен достъп и финансова стабилност и представляват пример за класически пазарен модел в болничната помощ (Петрова-Готова, Ц., 2006) (Johan Willem Groothoff, 2009).

Промените в света в последните години и повишаващите се изисквания към здравето на населението налагат промяна в концепцията за управлението на болниците в посока от бюджетни към автономни и независими организации. Тенденциите в Европа са насочени към превръщането на болниците в пълноправни пазарни субекти чрез въвеждане на правила, които регулират поведението им на пазара (Делчева, Е., 1994, 2006; WHO, 2003). Мерките, които държавите предприемат, са следните:

- Трансформиране на болниците в самостоятелно управлявани юридически лица (Великобритания);

- Въвеждане на разделение между купувач и доставчик на здравната услуга;
- Въвеждане на договорни взаимоотношения между двете страни;
- Предоставяне права на болниците за решаване на кадрови въпроси по отношение на наемане, освобождаване, обучение и заплащане на персонала;
- Прехвърляне на собствеността върху болниците на общините или други местни власти (Дания);
- Приватизация на лечебни заведения (Испания) и др..

Повечето държави прилагат практически само част от изброените мерки. Изключение правят Швеция и някои региони в Испания, където едновременно се работи по всички компоненти на либерализацията на пазара на болнични грижи. Практиката (в Испания особено) показва, че националното правителство трябва да избере или програма за разширяване автономността на болниците, или програма за делегиране на права на местната власт по отношение на управлението на болниците в съответните региони.

В страни със система на социално здравно осигуряване реформите са насочени към разширяване на финансовата автономия на болниците. (Попов, М. и кол.,1991; http://www.who.int, 2003).

Болниците в страните от бившите социалистически страни работят в бързо променяща се среда през последните 15 години. Особеностите на реформите в здравеопазването включват разделение между финансирането и здравната помощ и постепенното отделяне на болниците от директен бюджетен контрол. С въвеждането на системата на здравно осигуряване и разделяне между финансирането доставката на здравна услуга се налага да се постигне определена степен на автономия на лечебните заведения, която

все още не е налице (например в част от регионите на Русия) (Тогунов, И.А., 1999).

Разширяването на финансовата автономност на болниците е да осигуряват постигането на социалните цели в здравеопазването, като равен достъп и качествено обслужване на всеки пациент, запазване на общественото здраве, устойчивост на финансирането на здравната система и др. Поради тази причина се налага взаимоотношенията да бъдат регулирани от страна на държавата (Robinson, J.C., 2001). Регулациите се осъществяват в следните области:

1. Осигуряване на достъп до болнична помощ
2. Определяне и финансиране на болничните медицинските услуги
3. Защита на медицинските служители
4. Стимули и ограничения в пазарното поведение на болниците

Достъпът до болнична помощ е цел на всяка една здравна система в Европа и света. Постига се чрез изграждане на структура от болници и болнични специалисти, която да отговаря на необходимостта на населението от болнична помощ (адекватна здравна карта на страната).

В страни с микс от публични, частни стопански и нестопански болници, са възможни два подхода, за да се осигури равен достъп до болнична помощ: предварителни регулации, които определят реда за създаването на нови лечебни заведения (този подход са избрали страни като Германия и Холандия) и последващи, при които съществуващият болничен капацитет се включва в план (наблюдава се в Швейцария) (Dixon, A., J. Langenbrunner, E. Masiolis, 2002).

По отношение на достъпа до болнична помощ най-важни за решаване са следните въпроси:

(1) Болницата ще бъде ли задължена да приема и лекува пациенти, независимо от техния здравноосигурителен статут или ще се ръководи от възможностите за формиране на печалба;

(2) Ще бъде ли задължена да разполага със звено за спешна помощ;

(3) Ще разполага ли с медицински специалисти по всяко време на денонощието.

Въпросът с възможностите за избор от страна на пациента също заема важно място. Разширяването на регулациите не винаги води автоматично до повишаване възможностите за избор, пример за което е Великобритания (Wiley, M. M., 1992).

Моделът на социален пазар в болничната помощ включва постигане на обществени цели чрез прилагане на принципите на пазарните отношения - ориентация към активно търсене на възможности за реализация, иновации, поемане на риск и отговорност при извършване на определена дейност. От тази гледна точка социалните пазарни отношения не се различават от чисто пазарните. Разликата е в поставените цели и в контекста, в който тези цели се осъществяват. Необходимите условия за функциониране на модела са среда на доверие, прозрачност, отговорност и публична отчетност.

Ограничеността на ресурсите в публичния сектор и нарастващите потребности на обществото от здравни услуги водят до състояние, при което болниците са подложени на сериозен натиск от страна на централните и местните власти, здравните фондове, професионалните и потребителските асоциации да повишават ефективността си. Най-сериозният инструмент за направляване усилията на болниците и моделиране на тяхното поведение е механизмът на финансиране. Ако този инструмент се използва рационално, ефективността на болничния сектор може чувствително да се подобри, което да доведе до намаляване на разходите и повишаване на качеството. Това е и основната предпоставка за промяната в методите на финансиране на болничната помощ в множество страни, особено в тези с по-развити здравни системи (Гладилов, Ст., 2004).

Методи на финансиране на болниците

Методите на финансиране се обобщават в три големи групи:

- ретроспективни - осигурителите компенсират доставчиците за всички извършени разходи;
- перспективни - тук се отнасят няколко метода, общото между които е, че финансирането на болничните заведения се базира на предварително изготвени разчети. По-конкретно това са глобални бюджети, плащане на услуга, плащане на леглоден, плащане на случай, комбинация от капитация и глобални бюджети;
- смесени - включват елементи от няколко от горепосочените методи.

Изброените методи на финансиране на болниците могат да се опишат на базата на две основни измерения (Bitran, Ricardo, Winnie C. Yip, 1998; WHO, 2003):

- единица на финансиране, която описва какви здравни услуг са включени в плащането, което получава болничното заведение;
- разпределяне на финансовия риск между купувача и продавача /доставчика/ на услугите (Гладилов, Ст., Е. Делчева, 2009).

Единиците на финансиране се разграничават по степента, до която закупените услуги са обобщени. Например, разликата между капитационното плащане и плащането за болничен престой е, че последното включва разходите на ден за болнично лечение, докато първото, в допълнение към тези разходи, включва всички други разходи, които могат да бъдат свързани с лечението на конкретния пациент.

Така критерият за класифициране на единиците на финансиране (и съответно и на механизмите на финансиране на болниците) е степента им на агрегиране, според която те варират от най-слабо агрегирани, каквато е плащането за извършена услуга, към силно агрегирани, каквито са

плащанията за целия процес на лечение, болничния престой, приема в болница, или всяка грижа, предоставена на даден пациент през определен период от време.

Посоченият разграничителен критерий е изключително важен, защото определя вида на стимулите, които осигурителната организация предлага на изпълнителя, дефинирайки какви входящи ресурси имат отношение към стимулиране на ефективността в сектора.

В капитационната система стимулът е, че доставчиците ще реализират допълнителни доходи, ако увеличат броя на записаните пациенти, които те обслужват, като техният доход няма да се промени независимо колко нараства интензитета на оказваните грижи на един записан пациент.

Ако, от друга страна, плащането се прави на база на болничния прием (както при диагностично свързаните групи), доставчикът е мотивиран от това, че неговия пределен доход е пряко свързан с броя на приетите пациенти, а не с броя леглодни на един приет пациент (Попов, М., 2001).

Разпределение на финансовия риск

След определянето на единицата на финансиране съществува широка гама от възможности за съставяне на формулата за финансиране. Например, ако броят на постъпилите в болница е единицата на финансиране, възможните варианти на формулата за финансиране са: такса, чийто размер не зависи от причините за приемане; плащане по диагностично свързана група; норма, определена на основата на броя на диференцираните "болнични продукти" (видове болничен престой). Във варианта с единна такса, в повечето случаи доставчикът на услугите има множество на брой пациенти, за които се правят малки по размер разходи и малък брой пациенти, за които се правят големи по абсолютен и относителен размер разходи. В този случай разпределението на тези две

групи пациенти оказва сериозно влияние върху размера на приходите, респективно - върху финансовото състояние на доставчика. В този случай болничното заведение поема по-голямата част от финансовия риск. При механизъм, прилагащ диагностично свързани групи, ситуацията е различна - високата продуктова диференциация позволява минимизиране на риска, който поемат доставчиците на здравни услуги (Давидов, Б., 2004).

Различните механизми на финансиране водят до различно разпределение на риска между осигурителните организации и доставчиците. Може да се обобщи, че колкото механизмът е по-близо до единна такса, толкова е по-голям рискът за доставчика, тъй като таксата не покрива значителните различия в разходите. С други думи. колкото по-голяма е вариацията на разходите за дадена цена, толкова по-голям риск се прехвърля от осигурителя към доставчика. Тогава, независимо от ефективността на доставчика, съществува висок риск той да не може да покрие своите разходи. Обратно, при наличието на скала с голям брой различни ставки за една и съща единица на финансиране, даден доставчик може да трупа загуби, несвързани с ефективността, само ако случаите при всяка норма генерират разходи, надхвърлящи нивото на заплащане. Това е много по-малко вероятно при наличието на множество различни норми, отколкото в случая с единна ставка (Gauri, V., 2003).

От гледна точка на разпределението на финансовия риск, разгледаните механизми на финансиране на болниците могат да бъдат разположени на скала. В единия край на скалата е разположен механизмът за финансиране на база на универсална ставка, при който целият финансов риск се поема от доставчика. На другия край на скалата е ретроспективния механизъм плащане за услуга, при който финансовият риск, свързан с вариацията на разходите, се поема изцяло от осигурителя (Давидов, Б., 2007).

Особеностите на различните механизми на финансиране на болниците могат да се представят на базата на аналитичния двуизмерен модел.

Р*етроспективното* финансиране компенсира пълните разходи. При него осигурителите компенсират доставчиците за всички разходи, които те са направили при осигуряването на здравните услуги. Не съществуват експлицитни ограничения върху цената и количеството на предоставените услуги. Такъв тип система на финансиране на болниците е прилагана в САЩ от края на Втората световна война до началото на 80-те години (Brewster, Leland, 2009). В резултат на непрекъснатото нарастване на разходите за здравеопазване и невъзможността за контрол върху качеството и реалните потребности на пациентите от здравни услуги, тази система е заменена от системата на диагностично-свързаните групи (Давидов, Б., 2000).

Посоченият механизъм за финансиране не създава стимули за повишаване на ефективността нито по линия на намаление на разходите, нито по линия на повишаване на качеството на предоставяните услуги. При нея осигурителите понасят пълния размер на финансовия риск, а ефективният контрол в системата е трудно реализуем.

Перспективно финансиране:

Бюджети по параграфи - този механизъм на финансиране се еприлагал в Съветския съюз и страните от Източна Европа (Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов, 2008).

При финансирането по бюджетни параграфи се фиксира определен бюджет за персонал, лекарства, храна и други елементи на веществената издръжка, т.е. единицата на финансиране при тази система е бюджетния параграф. На база броя на леглата в болницата се определя броя и квалификацията на необходимия персонал. Общият бюджет за възнаграждения на персонала се получава чрез умножаване на получената

численост с подходящите елементи от скалата за заплащане, която отразява опита, квалификацията и специалността на заетите. В някои случаи към получените суми по параграфи се правят корекции, отчитащи разположението на болничното заведение, демографската структура на потенциалния контингент пациенти и други. Бюджетирането по параграфи се подчинява на три основни правила: разпределението на разходите за текущата година се основава на бюджета за предходната с корекции за инфлацията; има ограничено или никакво преразпределение между категориите разходи както в течението на годината, така и по години; заплатите, храната и лекарствата имат приоритет над останалите категории в условията на икономически затруднения.

Основните предимства на финансирането по бюджетни параграфи са възможностите за стриктен контрол на централно ниво, предвидимостта на разходите и осигуряването на минимални стандарти във всяко болнично заведение. Финансовият риск при бюджетирането по параграфи се разпределя относително равномерно между доставчика и финансиращия орган в лицето на държавния бюджет, защото съществуват възможности за дофинансиране на болничните заведения, в случай на натрупани от тях дефицити (Давидов, Б., 2004).

Недостатъците на този метод са липсата на гъвкавост, на стимули за постигане на определени резултати и подобряване на мениджмънта, тенденция за създаване на висок дял на фиксираните ресурси поради инцидентния характер на евентуални промени в размера на отпусканите суми по параграфи.

Плащане за услуга - този модел се основава на списък на тарифите за различни процедури. Единицата на финансиране е оказаната услуга. Броят на процедурите или на услугите, осигурени в рамките на договорите между осигурителите и доставчиците, определя нивото на ресурсите, с които разполага болницата. Използва се в Япония, в някои кантони в

Швейцария -най-вече системи с частни доставчици и множество застрахователи. Основният стимул, който създава този механизъм е към максимизиране на дохода от доставчика чрез максимизиране на броя на оказаните по-скъпи медицински услуги (Hurley, J. H., R. Card, 1996).

Системата плащане за услуга е случай, при който почти целият финансов риск се прехвърля върху осигурителя. След оказване на услугите доставчиците се реимбурсират от осигурителите и не носят никакъв или минимален риск от вариацията на разходите. Този риск се свежда единствено до случаите (ако има такива), при които ставката на реимбурсация е по-ниска от действителните разходи за оказваните услуги.

Механизмът "плащане за извършена дейност" има следните основни характеристики:

- простота на администриране;
- високи изисквания към спецификата и навременността на информацията;
- стимулът за осъществяване на повече дейности може да има обратен ефект върху качеството и общите разходи;

Съществува стимул за повишаване на ефективността, когато разходите на болниците надхвърлят ставката на реимбурсация, но не и когато ставката надхвърля разходите;

- слаб макроконтрол върху системата.

Плащане на леглоден - осигурителите плащат на болниците определена дневна такса за заето болнично легло. Този метод се среща основно в системи с публично финансиране и комбинация от публични и частни доставчици. Ако леглодните се заплащат по единна ставка, болничните заведения поемат риска от вариацията на разходите за един ден болничен престой (Давидов, Б., 2004). Рискът, поеман от осигурителя е свързан с възможността, която системата дава за значително увеличаване

заетостта на болничните легла На тази база основните характеристики на системите с плащане на леглоден са:

- като цяло необходимата информация за системата е налична;

леснота на администриране;

- съвкупните разходи на болниците са ограничени от общия им капацитет;
- доставчиците имат стимули да намаляват приемането на нови пациенти и да удължават престоя на приетите, за да успеят да компенсират високите си разходи за началните дни на престоя с по-ниските разходи за периода на възстановяване - това води до негативни ефекти върху достъпа, качеството и разходите.

Плащане на случай - този метод има две разновидности: на изписан пациент или на диагноза. При първата финансирането на болниците се основава на определено по размер плащане на изписан пациент независимо от вида на случая (Langwell, K.M., L.M. Nelson, 1986). При въвеждането на този тип финансиране на болничните заведения трябва да се имат предвид следните особености:

- като цяло необходимата информация е достъпна;
- съществуват стимули за повишаване приема на пациенти, особено ако плащането по размер надхвърля разходите, което може да има обратен ефект върху качеството;
- предоставените на доставчиците ресурси може да имат слаба връзка с разходите им за осигуряване на необходимите услуги.

При втората разновидност, моделът с коригирано по случаи финансиране на база изписани пациенти (case-mix adjusted discharge model), финансирането се основава на определено плащане на едно изписване, стандартизирано за разликите в типовете случаи (case-mix). Най-широко използваният подход в международен план е системата на диагностично-свързаните групи (ДСГ) (Wiley, M. M., 1992). За първи път

подобен тип система е въведена в щатската програма Medicare през 1983 г. Различни заболявания са групирани според равнището на разходите им в отделни групи и за всяка група се изчисляват средни разходи, по които се плаща на болниците. При влизането си в болница, пациентът се записва в групата, в която попада състоянието му, а доставчикът получава определена сума за лечението му. Цените се определят административно за всяка категория (Гладилов Ст., 2004, Langenbrunner, J., M. Wiley, 2002).

При системата със заплащане на случай осигурителят поема рисковете, свързани с вариациите в приема. Доставчикът от своя страна поема риска да натрупва повече разходи от заложения размер на реимбурсацията. Поради тези причини е важно да се въведат механизми за управление на риска и контрол върху дейността на болниците. Трябва да се следи повишаването на резултата от дейността да не води до неоправдано бюджетно надхвърляне. Често диагностичните групи се използват за индикатор на обем на дейност, който да дава възможност за преминаване от историческо финансиране към финансиране на база на резултатите (Brewster, Lelandp 2009).

Глобално бюджетиране - при този модел всяка болница получава глобална сума за покриване на разходите по предоставянето на всички услуги през определен период от време. Разпределението на риска при глобалното бюджетиране зависи от подхода, използван при съставянето на бюджета. Ако при съставянето му са правени корекции за типа медицинска помощ, оказван от заведението, специфичните нужди на местното население или други критерии, то рискът се споделя между осигурителя и доставчика. Ако при съставянето му не се отчитат специфични фактори, то рискът се прехвърля основно върху доставчика.

Глобалните бюджети ограничават нарастването на цените и количеството на услугите, като същевременно позволяват гъвкавост при използването на ресурсите в рамките бюджетните лимити. В края на

периода болниците задържат всички излишъци и покриват дефицитите. При условие, че глобалните бюджети са стриктно спазвани, те стимулират ефективността и позволяват реална гъвкавост в мениджмънта на болниците. Но реално осигурителите губят контрол и ако не се въведе мониторинг на системата, качеството на услугите може да се влоши. През 80-те години системата на глобално бюджетиране е основен метод за финансиране на болничния сектор в много "интегрирани" здравни системи, където правителството е основният доставчик и финансиращ орган на здравните услуги (Великобритания, Канада, Австралия, Дания, Финландия, Ирландия, Нова Зеландия и други) (Попов, М., 1991; WHO, 2003).

Капитация - в базисния си вид този модел е свързан с фиксирано плащане на пациент, което реимбурсира болницата за дефинирани услуги, оказани на определено население за определен период от време. Плащането "на глава" може да се използва на различни нива в здравния сектор: за определяне на регионални бюджети, за определяне на бюджетите на междинни финансиращи организации на регионално ниво или за разпределение на средствата от осигурителната организация към определена здравна институция или група от институции. Капитацията зависи от типа на услугите, включени в пакета и от групата на потребителя.

Разпределението на финансовия риск зависи от типа на капитационното плащане. Ако неговият размер не зависи от характеристиките на пациента (пол, възраст, здравни проблеми), рискът се понася от доставчика (Smith, J., J. Simpson, 1994). В противен случай, при диференцирани плащания, рискът се прехвърля върху осигурителя. Основните моменти, свързани с модела с капитационно плащане са:

Смесено финансиране - по принцип в практиката рядко се среща някой от горепосочените методи на финансиране на болниците в чист вид. Обикновено се използва комбинация от два метода. Например плащането

на услуга обикновено се комбинира с дневни такси за финансиране на основни услуги като храна и други режийни.

Въпреки различията в здравеопазните системи и тяхното финансиране проучване дефинира седем тенденции, които според авторите ще доминират в здравеопазването през следващите две десетилетия в Европа (Попов, М., 1991):

- разходите за здравеопазване ще продължат да нарастват, и то не само в резултат от инфлацията, но и заради нарастващото осъзнаване от страна на политиците, че по-доброто здраве означава по-добро благосъстояние за нацията
- поддържането на универсален здравноосигурителен модел ще изисква рационализиране на услуги и консолидиране на здравни структури, заради недостига на публичния ресурс
- общопрактикуващите лекари ще стават все по-важни като гейткийпъри на системата и като координатори на лечението при хора с многобройни здравословни проблеми
- ще са необходими по-ефективни мерки в сферата на общественото здраве и фундаментални промени в подхода, за да се промотират здравословни навици и начин на живот
- правителствата ще трябва да намерят начин да подобрят събирането на здравна информация, за да улеснят вземането на решения за приоритети при инвестициите
- пациентите ще трябва да поемат повече отговорност за собственото си здраве и лечение
- правителствата ще трябва да ограничат бюрокрацията и да либерализират ограничителните правила в работата на медицинските професионалисти, за да помогнат за ограничаване на разходите

Възможните алтернативи експерти виждат в разгръщането на пет различни сценария за европейското здравеопазване през 2030 г.

- триумф на технологиите, лечението на хроничните заболявания и осъществяването на e-health, което ще доведе до по-добро управлението на здравните системи в страните от ЕС.
- обединяването на европейските нации и създаване на единна, паневропейска здравна система.
- засилване на превантивната медицина,
- фокусиране върху уязвимите групи от обществото.
- европейските нации да приватизират здравеопазването, включително и финансирането му.

От тези пет сценария става ясно, че макар в Европа да има голям дебат по детайлите за здравната реформа, най-важното е здравните системи да бъдат адаптивни, твърдят ексепртите третиращи теци проблеми. Те допълват, че въпреки че едва ли някой от петте сценария ще се сбъдне изцяло, изброяването им помага за изясняване на дебата, който в момента до голяма степен се движи от групи с личен интерес, като например осигурители, лекари и правителствени бюрократи. Въпреки това обаче повечето автори занимаващи се с проблематиката в здравеопазването вярват, че с времето дискусията ще се измести в посоката, в която трябва – към най-добрите начини за подобряване здравето и благосъстоянието на населението в Европа (Cotterill, P., S. Chakraborty, E. Jerawan, 2000).

Сега предизвикателството пред държавите членки е да осигурят "финансово устойчиво развитие" на своите здравни системи, без да накърняват четирите цели, изброени по-горе. Всяка страна членка е свободна да приеме вътрешнополитическо решение по въпроса за това какъв модел на събиране на средства за здраве ще избере – здравноосигурителен или данъчно базиран. Съвсем чисти модели на

финансиране трудно могат да се дефинират в ЕС. Почти навсякъде се използват смесени системи за събиране на средства и инструменти за заплащане на услуги, като целта е да се постигнат определени ползи. Сред тях е например универсалната защита срещу финансов риск ако се разболееш. Въвеждането на финансова защита при болест се дължи на схващането, че хората не бива да стават по бедни при нужда от лечение.

Други цели, преследвани в страните от ЕС, са установяването на солидарност и равнопоставеност при финансиране на здравната помощ, както и равенство при ползването на здравни услуги. Те са базирани единствено на необходимостта от здравна помощ, а не на това дали пациентът има възможност да плаща. Останалите цели са подобряване на прозрачността и отчетността, постигане на качество и ефективност в здравните системи, а също и на ефикасност и ефективност в действията на администрацията (Culyer, A.J., C. Donaldson, K. Gerard, 1988, Docteur, E., H. Oxley, 2003)

1.3. БОЛНИЧЕН ПРОДУКТ. СЪЩНОСТ, ИЗМЕРИТЕЛИ И ОСТОЙНОСТЯВАНЕ

Болничният мениджмънт представлява изключително интересна тема, поради специфичността на болничната предприятие, болничния продукт и предизвикателствата в неговото измерение.

Как да се намери и да се превърне в стойност нещо толкова абстрактно, уникално като човешкото здраве и като грижа за човешкия живот.

- *Болничен продукт* - Болницата трябва да определи и систематизира извършваните от нея услуги и своя профилен продукт, разглеждан като *междинен* продукт/извършени медицински услуги/ и *краен* продукт/получени резултати – изменението в здравето на пациента/.

Определянето на профилния продукт има водещо значение за разработването програмата за развитие на болницата, евентуално с оглед прекратяването на произвеждането на някои продукти или въвеждането на нови.

Болничната услуга е продуктът, с който болницата излиза и предлага на пазара. Затова е необходимо болницата да има готов "портфейл на услугите", който тя ще предложи на потребителите. Крайните потребители са винаги пациентите, но не трябва да се забравя, че междинните потребители могат да бъдат други лечебни заведения, които в зависимост от портфейла на услугите и крайните продукти ще изпратят своите пациенти в дадена болница (Янева, Р., 2011, Robinson, J.C., 2001).

- *Болничен капацитет* - Болницата трябва да определи своя капацитет, т.е. количеството мединski услуги, които може да извърши: видове диагностични изследвания, видове хирургични интерветции, използване на стационарна база, както и на логистичните и други стопански звена. Болничният капацитет следва да се съпостави с потребностите от различните видове дейности и с маркетинговите проучвания за да се изведе и стратегията за развитие на болницата.

- *Качество на болничния продукт*- Качеството на здравната помощ е съвкупност от признаци, условия и свойства на даден продукт или процедура, използвани в процеса на предоставяне на здравната помощ и задоволяващи изцяло или надхвърлящи очакванията на определена група лица или индивидуален пациент Компонентите на високо качество включват висока степен на професионализъм, ефективно използване на ресурсите, минимален риск за пациента, удоволетвореност на пациента и положително влияние върху здравето. Качеството на болничния продукт е от изключително значение за устойчивото развите на болницата в пазарни условия (Давидов, Б., 2000, 2004).

- *Реинженеринг на болницата* – Фокусът на реинженеринга е главно производствения процес, а не функциите, поради което преобразуването води до преминаване от вертикални йерархични структури към работа в екип и децентрализация. Обслужването на пациента се поема от екип, съставен според потребностите на пациентите от еднотипни грижи. Използването на този подход се свързва и с развитието на еднодневния или петдневния стационар, както и с прилагането на концепцията за диагностично-свързаните групи.

- *Обучаваща се организация* – поставянето на диагнозата, назначаването на лечението, стратегията на хирургичната намеса, наблюдаването и оценката на състоянието на пациентите изисква преди всичко специализиран интелектуален труд, в някои случаи изключително интензивен. Болничните услуги имат в много голям, макар и трудно определим дял интелектуално съдържание. Това поражда необходимост болницата да се развива като "обучаваща се организация". Организация в която всеки е ангажиран с идентифицирането на проблемите и с тяхното решаване, увеличавайки възможностите на организацията за продължително подобряване и нарастване на нейния капацитет (Комитов, Г., Стр. Генев, 2007).

- *Връзки и взаимодействия на и в болницата* – Както всяка организация, в болницата се формира специфична външна и вътрешна среда, която има функционални, структурни, организационни, информационни, социални, хуманитарни и икономически аспекти, като най-важния акцент от вътрешната среда на болницата е отношението пациент и болница. Отношението към пациента от страна на лекуващия екип и отношенията на пациента към този екип и болница като цяло в най – голяма степен ще зависи стабилното и балансирано развитие на болницата, което – особено в пазарни условия е основна задача на нейния персонал.

➢ *Управление на болницата* – Управлението в най-общ теоретичен смисъл представлява определяне, подреждане на елементите на една система и оптимизиране на връзките между тях. В практически план оперативното управление обхваща процесите на планиране, организация и контрол на ресурсите, с които лечебното заведение разполага, за постигане на предварително зададени цели. Същността на управлението е отговорността по вземането на решения, по придобиване, използване и униожаване на ресурси за лечебното заведение.

С провеждането на реформата в здравеопазването приходите на болницата се формират чрез постъпления от договори за оказана медицинска помощ, директни плащания от физически и юридически лица, целеви субсидии от републиканския и общинските бюджети, отдаване под наем на оборудване, помещения и площи, дарения, помощи и други източници.

Ефективното оперативно управление на болниците от позициите на вътрешноорганизационните регулатори на дейността следва да гарантира:

- зависимост на приходите единствено от успешното управление на активите
- поддържане на определен размер средства, достатъчни за покриване на годишните разходи за дейността
- въвеждане на контролни механизми, които да изключват възможността за злоупотреби със средства .
- развитие на прогнозирането за увеличаване на възможността да се предвидят своевременно неблагоприятни тенденции и събития.
- Коректно изпълнение на задълженията за водене на отчетност и разкриване на информация.

Предизвикателството в новите условия е успешното оперативно управление на болницата да осигурява финансова стабилност и да

гарантира икономическо развитие и доверие в изпълнителите на медицинска помощ (Попов, М., Б. Давидов, 2004).

С така накратко очертаните ноправления свързани със здравната реформа, предвидимото бъдеще на болницата у нас е към нейното стабилизиране като институция, към евентуалното й включване в по-широки болнични мрежи и към качеството на нейната работа. Бъдещето на болницата в значителна степен ще се определя както от здравното състояние на населението и развитиета на извънболничната помощ, така и от медицинския технологичен напредък и ресурсите на страната (Попов, М., 2001, Rechel B., St.Wright, N.Edwards, B.Dowdeswell, M.McKee, 2009).

Краен продукт на болница е **лечението на преминал болен**. Характеристики на преминалия болен са неговите персонални данни като пол, възраст, както и водещото заболяване, което е третирано; усложненията и придружаващите заболявания,които е имал по време на престоя; различните процедури и изследвания, които са му извършени, продължителността на престоя, степените на тежест на състоянието по време на престоя, приемани медикаменти, диети и т.н.

Множеството разнообразни дейности, съпътстващи лечението на даден болен представляват междинни продукти на болницата. От съществено значение е изясняване на всички видове междинни продукти, които осъществява или предлага болницата, както и обсъждане доколко структурата на болницата позволява тяхното отчитане и управление (Янева, Р., 2011).

Предвид това, че в болницата се работи с продукти, имащи много различни пазари, тези продукти трябва да се анализират диференцирано.

Има две променливи които влияет върху размера на района на влияние и пазарния дял на всеки болничен продукт, което е основа за потреблението. Първата променлива е търсенето на този продукт, което е основа за потреблението. При това положение ограниченото търсене

предопределя наличието на широки компенсаторни райони на влияние и обратно – повишеното търсене има тенденция да превръща продуктите в локални за своята териториална среда. Втората променлива е конкуренцията, която е в обратно пропорционална зависимост от пазарния дял (Давидов, Б., 2004, Langenbrunner, J., M. Wiley, 2002).

Колкото по-висока е конкуренцията при продукта, толкова по – трудно е да се запази показателят на пазарно присъствие, тъй като тенденцията е търсенето да се разпределя.

Въз основа на тези две променливи /търсене и конкуренция/ болничните продукти могат да се разпределят в четири големи категории, за които са необходими различини стратегии

- *продукти със слабо търсене и слаба конкурентност.* – При тях конкуренцията е слаба, но и търсенето е ниско. Пример за такъв продукт са услугите за лечение в хипербарни камери, които имат слабо търсене, тъй като това лечение се прилага само при злополуки, при удавяьния и при интоксикации. Същевременно конкуренцията е слаба, тъй като има малко такива камери. Ако имаме такъв продукт и искаме да подобрим дейността, разполагаме с ограничени възможности. Една от тях би била да се направи опит да се разшири района на влияние и друга възможност е да се лансират нови продукти, като се използва същото звено, ако това е техническо възможно.
- *Продукти с ниско търсене и висока конкурентност* – Като пример тук може да посочим неврохирургията. Повечето от тях имат широк район на влияние зсредствие на слабото търсене на този продукт. Ето защо ако звеното по неврохирургия желае да увеличи дейността си и да подобри позициитеси, може само да опита да увеличи пазарния си дял, като се бори с конкуренцията на същия този пазар .
- *Продукти с голямо търсене и ниска коткурентност* в тези случаи болницата която желае да произвежда такъв вид услуга трябва да

разработи експанзивни стратегии, целящи да увеличат пазарното й присъствие.

- *Продукти с голямо търсене и голяма конкурентност* – Звената произвеждащи такъв вид продукти трябва да избират конкурентни стратегии, за да отнемат пазарни дялове от своите конкуренти, най – вече като подобряват качеството на своите продукти, макар, че би могло да се разработи и политика на експанзия към други райони.

Всяка болница трябва да предприеме анализ на средата по пътя към собствената си стратегическа диагноза. От една страна трябва да се анализира макросредата с оглед влиянието на здравната политика върху болницата. От друга страна трябва да се проучи най – непосредствената среда, а това е областта на влияние на болницата, тенденциите в търсенето и конкуренцията (Давидов, Б., Т. Костадинова, 2001).

Всяка болница има район на влияние. Това е районът който се захранва с пациенти. Ето защо е важно да се знае какъв е районът на обслужване, има ли тенденция към намаляване на населението, има ли тенденция към застаряване на населението, очакват ли се промени в социалноикономическия профил на района. Всички тези явления влияят пряко върху потреблението на здравни услуги от населението.

В развитието на здравната реформа все по-голямо значение ще придобива звено като структура, способна да предложи услуги, съответсващи на съществуващото търсене. Всяка услуга има собствен район на влияние, който често не съвпада с района на болницата, тъй като населението което е ползва, отговаря на характеристиките на предлаганата услуга, но не принадлежи непременно към района на болницата. Например в една болница могат да бъдат звена по хирургия и ортопедия с влияние ограничаващо се до общината и звена като кардиология с влияние надхвърлящо общината на обслужване.

За диференцирането на продуктите си е необходимо болницата да анализира и вътрешната си среда (Гладилов Ст., Е. Делчева, 2009).

Този анализ може да се разгледа в няколко направления:

- Анализ на осигуреността с ресурси
  - медицнски специалисти
  - материални ресурси
  - финансови ресурси
- Анализ на разпределението на ресурсите – ефективно ли е разпределението
- Анализ на използваемостта на ресурсите
  - постигнат ли е максимален ефект от технологично необходимите комбинации от ресурси
  - минимизират ли се разходите за единица дейност или единица здравен ефект
  - Натоварва ли се оптимално капацитета на отделните фактори за производството на здравната услуга.

От съществено значение за дефиниране на болничния продукт са и *количествените вътрешни анализи.*

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 целта 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.

За да могат да анализират дейността на звената си, болниците започнаха да измерват междинните продукти, които предлагат звената на

здравното заведение. Това информационно ниво позволява да се разбере дали звеното увеличава броя на хирургичните интервенции на месец или го намалява, дали звеното за лечение на хипертония увеличава броя на своите пациенти, дали съотношението между първичния преглед и последващите вторични прегледи е желателно. С тази цел в момента в някои болници включително и тези от Смолянска област пилотно измерват определени продукти чрез системи за прегрупиране на диагнозите на пациентите, така наречените диагностично – свързани групи, с цел подобряване качеството на анализите на лечебната дейност в болничните заведения.

Има два елемента, свързани с лечебната дейност, които предлагат мярка за степента на зрялост на организацията, като същевременно дават материал с по-добро качество, който анализиращият 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. Иначе казано, трябва да познават не само данните за дейността, но и връзката между службите 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 подобрение на лечебното заведение (Златанова, Т., Р. Златанова – Великова, 2011). За тази цел трябва да се определи кои са стратегическите променливи и приносът на всяко звено за тяхното подобряване.

Финансово – икономическите анализи са втория клон на количествените анализи на болницата. Болничните заведения трябва да са в състояние да изготвят обичайните за всяко предприятие икономически инструменти - анализ на еволюцията на разплащателната сметка и анализ на балансите. Някои болнични заведения имат аналитична отчетност,

която обогатява анализите, стига този инструмент да се съсредоточи върху себестойността на стратегическите продукти, да служи за основа при вземането на решения и да не се свежда до чисто теоретично занимание (Костадинова, Т., 2001, Jencks, S., A. Dobson, P. Willis, P. Feinstein, 1984).

Един от свързаните с финансово – икономическия анализ елементи от жизнено значение за преценката на бъдещите шансове за здравното заведение е така наречения анализ на активите от гледна точка на качеството на недвижимото имущество, оборудването и технологичната структура на заведението. Активите много трудно се оценяват, освен това са кумулативни, така че лечебното заведение, което е претърпяло сериозно намаляване на инвестиционния бюджет в продължение на няколко финансови години, ще има остарял и технологически изостанал актив, а това го поставя в лоша позиция спрямо бъдещето.

И накрая бихме могли да кажем, че за дифинирането на болничните продукти е необходимо да се сформира технически екип, който да разработи стратегия към която болницата да се придържа в близкото бъдеще,

Измерители на болничния продукт

По въпроса за измерителите на болничния продукт има множество изследвания и предложени подходи и измерители (Давидов, Б., 2000, Янева, Р., 2011, Hutchison, B.,1996, Gauri, V., 2003).

Най – широко използвания в практикато подход е описание на състоянието на пациента при изписването от болницата: *здрав, с подобрение, с влошаване, починал.* Недостатък на подхода е, че не отразява състоянието на пациента след лечението, като функция на състоянието му преди лечението. Тези показатели не се отчитат в рутинната статистическа отчетност.

Съществуват и подходи ориентирани към количествените аспекти на здравето – количеството време “добавено” на пациента след лечение. Това са групата показатели за “преживяемост” използвани особено при лечение на животозастрашяващи заболявания.

Горецитираните подходи биха могли да се окачествят като подходи за измерване на здравето. Или това са подходи при положение, че разглеждаме болничния продукт като резултат на изпълнението на мисията на болницата – да лекува, или подобрява здравното състояние на пациентите си.

Ако болничния продукт се измерва в направление “услуга” и се отчита количеството и качеството на извършените болнични дейности, тогава е необходимо да се диференцират тези дейности и избере система за тяхното класифициране. В този случай специалистите са избрали няколка подхода:

-рутинни показатели това са широко използваните “брой преминал болен”, “брой леглодни” – както общо за болницата, така и по видове болничин отделения. За отчитане на по – тясноспециализирана дейност се използват и показатели като “брой хирургически интервенции”, “брой хемодиализи” и др. Недостатъците на тези показатели са, че са в невъзможност да отчетат тежестта на заболяването и сложността на проведеното лечение.

- диференцирани показатели - въз основа на тях болничната дейност се структурира на отделни единици дейности систематизирани в класове, групи и подгрупи. Това са например “единен класификатор на услугите в здравеопазването”, “номенклатура на хирургичните интервенции”. Най – общо медицинските дейности могат да се дефинират по два основни параметъра: *вид заболяване* и *вид на дейността*.

Понастоящем заболяването се дефинира с класификационната система Десетата ревизия МКБ-10 .

- кейс-микс подхода – Целта на подхода е да намали големият брой номенклатурни единици в отделните класификатори. Най-общо в ДСГ се правят опити многообразните параметри на дейността да се интегрират в еднонормена номенклатура с ограничен брой единици. Този подход за управление на болницата се различава от традиционните поради факта, че се базира на крайния продукт на болницата: съвкупността стоки и услуги, предоставяне на пациентите с конкретно заболяване, а не на междинните продукти: отделните услуги сами за себе си (Делчева Е., 2006).

Като мярка за дейността, ДСГ – и дават възможност за сравнимост, която се проявява в процеса на разпределение на ресурсите, управлението , финансирането. Универсалната мярка за съпоставимост на диагностично – свързаните групи е тяхното относително тегло.

1.4. ФИНАНСИРАНЕ НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ В Р.БЪЛГАРИЯ

Финансирането на здравната система в България се извършва чрез средства, постъпващи по линия на:

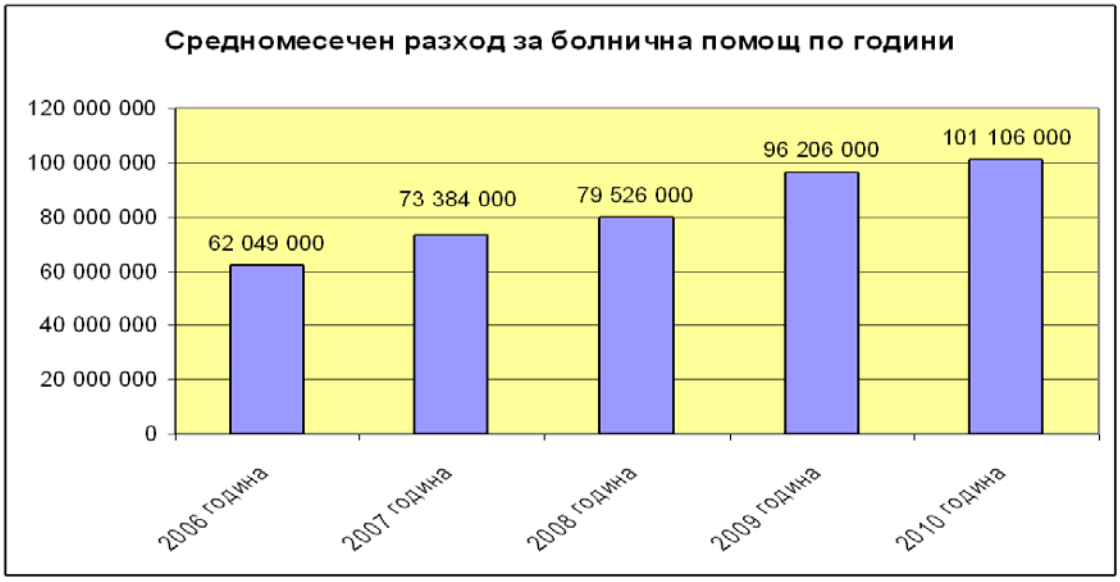
- задължително участие на гражданите чрез лични и споделени осигурителни вноски в единна солидарна здравноосигурителна система;
- финансови постъпления от Републиканския и общинските бюджети;
- доброволно участие на гражданите в покупката на допълнителни осигурителни здравни пакети, предлагани от доброволни здравноосигурителни фондове;
- заплащане от населението за определени здравни услуги.

В сравнение със средните параметри на осигурителна вноска в Европейския съюз, които са в диапазона от 8 до 12 %, осигурителният процент в Република България е 8%. Определяща е комбинацията от нисък

процент на здравната вноска, липса на гаранции за пълна събираемост и голям процент неучастващи в осигурителния процес (около един млн. български граждани).

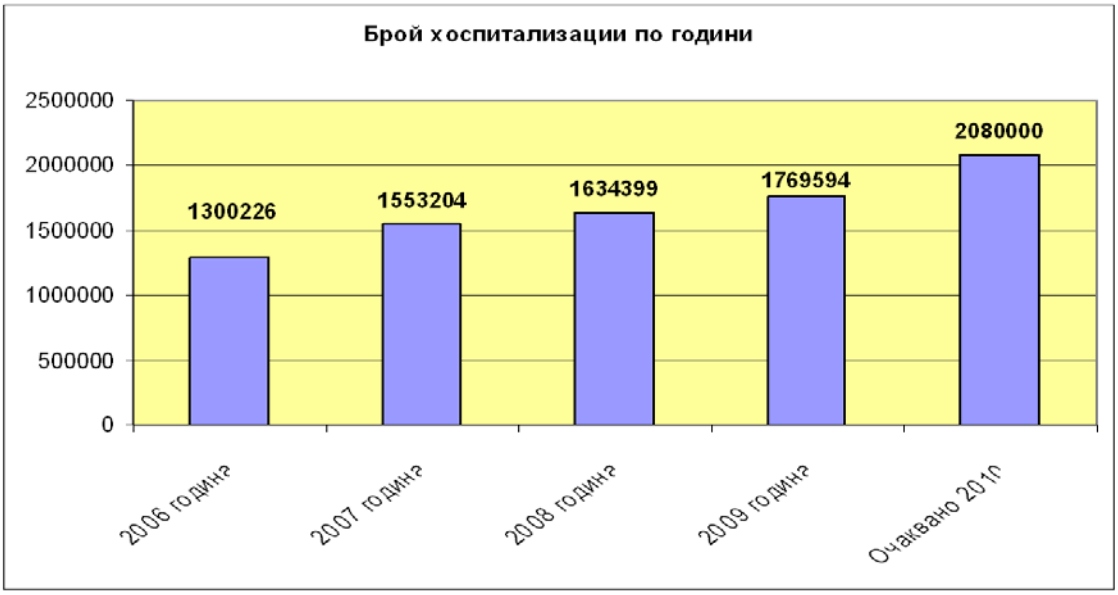
Докато другите държави си поставят за цел да имат повече здрави хора, да намалят конкретни здравни рискове, да имат по-дълъг и по-качествен живот, здравно-политическите цели на България се изчерпват с повтарянето на две изречения – дайте още пари и няма повече пари. Ако обликът на една здравна система може да се разпознае по един единствен факт, този факт би се свел до финансирането на болничната помощ. Това е така заради общоизвестната истина: болничната помощ поема около 20% от нуждите на хората от медицинска помощ, но консумира около 70 % от разходите за здравеопазване. Финансирането на здравеопазването се определя като съвкупност от методи за набиране, разпределение и изразходване на парични средства, които са необходими за осъществяване на дейностите по опазване, укрепване и подобряване на здравето (Гладилов, Ст., Е. Делчева, 2009). Тези три съставни части на финансиране на здравеопазването са многостранно обусловени и зависят от формите на собственост и производствените отношения, от политическата система, нивото на развитие на икономиката, жизнения стандарт на населението, нивото на обща и здравна култура и други.

Фигура 1. Разходи на НЗОК за болнична помош данни на НЗОК



Анализът на тези данни показва, че най-голямо е увеличението на средствата (с 21%) през 2009 г., спрямо 2008 г. Основната причина за неконтролируемото повишаване на разходите за болнична помощ е приемът на пациенти в болница, чието лечение може да се извършва в извънболничната помощ. Друг основен проблем са повторните хоспитализации, като само при три на сто е имало медицинска целесъобразност. Във всички останали случаи се наблюдава прием в болница с цел усвояване на финансов ресурс.

Фигура 2. Брой хоспитализации - данни на НЗОК



През 2009 г. НЗОК е заплатила за 1 769 594 хоспитализации. Установената тенденция за нарастване се запазва и през 2010 г. На базата на тези данни НЗОК предприе стъпки за контролиране на разходите за болнична помощ чрез въвеждането на делегирани бюджети за болниците. Целта е да се ограничат ненужни хоспитализации, които генерират разходи в болничния сектор.

1.5. КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ И ДИАГНОСТИЧНО-СВЪРЗАНИ ГРУПИ КАТО МЕТОДИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ

Клинични пътеки

Въвеждането на клинични пътеки като инструмент, служещ за управление на грижите за точно определена група пациенти, с оглед постигане на желани междинни и крайни резултати при лечението им, в българския си вариант се превръща основно във финансов инструмент, служещ за разплащане между НЗОК и болничните заведения, сключили договор с Касата, за диагностика и клинично лечение на заболявания,

включени в клинични пътеки, в полза на задължително здравноосигурени лица (Петрова, Зл., 2010).

Проблемите във финансирането на болничната помощ намериха своето оправдание в понятието „клинични пътеки”. Пътеките се превърнаха в символ на неблагополучието а здравеопазването в България и тяхното име се ползва най-вече като пример за„недофинансиране” на болничната помощ. Излиза така, че инструментът, който се ползва е виновен за това, че резултатите, които се получават, поради дефектно финансиране водят до недоволство в ползващите този инструмент (Янева, Р., 2009).

Начинът, по който функционират клиничните пътеки в България, има поне шест недостатъка. Сред тях е този: клиничните пътеки са с фиксирани цени и не държат сметка за различната тежест на лечението, нито пък за качеството, с което това лечение се извършва. По много от пътеките не се предвиждат дори и критерии за оценка на резултатите от лечението. Здравните грижи са посочени само по параметрите вид и обем, така че не е ясно каква роля трябва да имат медицинските сестри. И накрая това: самата програма за разработване на клиничните пътеки от страна на специалистите не е финансово обезпечена (Kindig, D. A., 1998) .

Водещи автори в достъпната литература групират основните методи за финансиране на болничната помощ в четири основни групи. В основата на това разпределение стоят следните два принципа (Liu, X., 1999, Liu, X., Y. Liu, N. Chen, 2000, Langenbrunner, J., M. Wiley,, 2002):

- избор на единица за финансиране, която посочва здравните услуги, включени във финансирането на това заведение;
- разпределяне на финансовия риск между финансиращия орган и лечебното заведение;

Методите са следните: заплащане чрез глобален бюджет; ретроспективно финансиране; перспективно финансиране Различаваме

няколко основни форми на перспективно финансиране: бюджет по параграфи; плащане за услуга; плащане за леглоден и плащане на случай. Този метод се прилага в два основни аспекта: при плащане на преминал болен и при плащане на диагноза (Гладилов, Ст., 2004).

Плащането на преминал болен се базира на определена сума, която се заплаща за всеки изписан пациент, независимо от диагнозата и тежестта на случая.

Този метод цели да стимулира скъсяване на средния престой и повишаване оборота на леглата и като цяло да повиши обема на извършената медицинска помощ. Предимствата му се заключават в наличната информация и лесното администриране на приходите. Недостатъците се изразяват в избягване на тежките случаи, ранно изписване на пациенти и особено на безнадеждни случаи с предстоящ летален край.

Финансирането по клинична пътека е разновидност на финансиране на случай. Този метод вече десет години се прилага за финансиране на болничната помощ у нас. В областта на здравеопазването първите модели за клинични пътеки се появяват през 1969 година в проекти за преструктуриране на болници в отговор на целенасочените усилия за овладяване на нарастването на болничните разходи. В България клиничните пътеки с включени в тях диагностично-лечебни алгоритми се разработиха през 2000-2001 година със съдействието на австралийския консултант Дон Хиндъл по проект, финансиран от Световната банка. За първи път клинични пътеки са договорени и включени в НРД за 2001 година. Клиничната пътека представлява мултидисциплинарен план за прилагане на здравни грижи, описани във времето с определена последователност. Те се полагат за групи пациенти с определени диагнози, които изискват сходни разходи (Делчева, Е., 2006, Янева, Р., 2011). Методът съчетава финансирането на болницата по определени диагнози с

необходимия **алгоритъм за качеството** на извършеното лечение. Като дизайн този метод е добре замислен като практическо приложение, обаче има и редица недостатъци. При този метод рискът за финансиращия орган е свързан със записване на пациента в по-висока по цена клинична пътека. Създадено даже е мнение на специалисти, че това обстоятелство влияе на националната статистика за хоспитализираната заболеваемост. Рискът за лечебното заведение е значителен: възможно е цената на клиничната пътека да е по-ниска от реалната стойност на лечението. Освен това методът отчита само диагнозата, но не и състоянието на пациента. По тази причина в особено неблагоприятно положение са университетските клинични болници и МБАЛ, които поемат по-тежките случаи на лечение (Щерева, Д., 2011). Що се отнася до случаите, когато стойността на лечението надхвърля цената, изплащана по клиничната пътека, разликата се поема от фонда работна заплата. А това силно демотивира персонала и създава възможност за нерегламентирани плащания и силно недоволство сред пациентите и техните близки.

Натрупаният досега опит, анализите на болничната дейност на всички договорни партньори, както и резултатите от проучване на мнението на лекарите за стандартизирането на диагностично лечебния процес ни дават основание да посочим някои недостатъци в тази система за финансиране на болничната помощ (Mills, A., 1997, Rechel B., St.Wright, N.Edwards, B.Dowdeswell, M.McKee, 2009).

Фиксирани цени на клиничните пътеки

Цените на клиничните пътеки се определят като фиксирани, независимо от качеството на изпълнение на дейността и тежестта на лекуваните случаи в различните лечебни заведения. Основна причина за фиксиране на цените е липсата на достатъчни и обективни показатели за оценка на качеството. Ако няма съответен бонус за качество, заплащането на КП не може да мотивира изпълнителите към осигуряване на по-добро

обслужване, изискващо инвестиции в материална база. От друга страна фиксираните цени не могат да имат регулираща или санкционираща функция при неосигуряване на качество, поради липса на високотехнологична апаратура, липса на квалификация и др.

Резултати от лечението

По много от клиничните пътеки не са предвидени критерии за оценка на медицинските и социални резултати от диагностиката и лечението. Недефинирането на целите на лечението неглижира социалната значимост от провежданото лечение в дългосрочна перспектива. Еднаквото заплащане, независимо от постигнатите резултати, демотивира изпълнителите в усилията им за постигане на по-високо качество.

Тежест на състоянието при хоспитализация

Резултатите от лечението не са обвързани също и с тежестта на състоянието при хоспитализация. До момента се ползват общи за всички специалности и класове заболявания критерии за тежест, които са рамкови и не включват измерими и подлежащи на точна оценка критерии. В момента реалната хоспитализация на групите пациенти с високостепенна тежест на състоянието в по-голямата си част се концентрира в специализирани и университетски болници, а с по-нискостепенна тежест в общински болници и отчасти в МБАЛ. Причините за това са няколко. Преди всичко някои болници наистина не могат да осигурят високотехнологични процедури, тъй като им липсва съвременна апаратура или квалифициран персонал. Други причини са освободеният достъп на пациенти до болнична помощ и предпочитанията на пациентите.

Получава се преразпределение на пациенти по болници по признака "тежест на състоянието". Като резултат от това преразпределение и независимо от огромните разлики в разходите и фиксираните цени на КП, всички болници получават едно и също заплащане. Това от своя страна води до сериозни диспропорции в покриването на разходите за лечението

на пациентите, както и демотивация на лечебното заведение за хоспитализация на тежки случаи. Отклоненията, които се регистрират в документите, са част от самооценката на лечебните заведения за болнична помощ и липсват сигурни доказателства, че тази самооценка се извършва коректно. Отклоненията не са свързани с тежестта на състоянието при хоспитализация. Включеният в клиничните пътеки препоръчителен престой до НРД 2005 и минимален през следващите национални рамкови договори няма задължителен характер и няма отношение върху качеството на болничната помощ. Размерите на този престой за всяка клинична пътека са определени на базата на експертни становища на консултанти на НЗОК, а не са разработени на основание на медико-статистически анализи. В момента всички лечебни заведения са икономически мотивирани за скъсяване на средния престой и административното налагане на критерий свързан с минимален или препоръчителен престой е нецелесъобразно.

Хиперхоспитализация

Хиперхоспитализацията е тенденция, която се наблюдава при клиничните пътеки. Нарастването на броя преминали случаи в БЛЗ за периода 2001 -2010г. е трудно да бъде обяснено само с увеличаване на броя клиничните пътеки, с нарасналата заболеваемост и разкриването на спешните портали. Заболеваемостта е стабилна през годините величина и ако се приеме, че нарастване с почти 30 на сто се дължи на увеличена заболеваемост, то този факт би бил доста обезпокоителен за здравето на нацията.

По-вероятно става въпрос за едно от следните предположения: а) пациенти с диагнози, не попадащи в клинични пътеки, се приемат за болнично лечение по клиничната пътека, съдържаща най-близката до реалната диагноза; б) хоспитализират се случаи, които реално не се нуждаят от хоспитализация; в) пациентите се "превъртат" по няколко клинични пътеки и стремеж на ЛЗ да запазят финансовите постъпления за

сметка на увеличен брой преминали пациенти; г) разширяване на обхвата на пациентите при липса на преструктурирана болнична система и легла; д) разкриването на спешните портали, «новата» входна врата за директен прием на пациенти в БЛЗ и прескачане на системата за извънболнична помощ.

Наблюдава се два вида хиперхоспитализация. Едната е явна, истинска хиперхоспитализация. Тя се дължи на застаряване на населението, на увеличените потребности от болнична медицинска помощ във връзка с нарастваща заболеваемост, на увеличен брой клинични пътеки с обхващане на по-голям брой диагнози, на повишаване на технологичните възможности на болниците и на подобрен достъп на населението. Другата хиперхоспитализация е индуцирана и изкуствено предизвикана. Тя се дължи най-общо казано на администриране на процеса и на недофинансиране.

Диагностично – свързани групи

Идеята за Диагностично свързани групи (ДСГ) възниква в края на 60-те години в САЩ (Brewster, Leland, 2009), когато се наблюдава ескалация на болничните разходи и се търсят начини за тяхното овладяване.

Започва усилено търсене на изход от ситуацията, който да позволи сдържане нарастването на цените, без да намали обема и качеството на оказваните услуги. Решението идва от проф. Робърт Фетър и негови колеги от Йейлския университет, които предлагат подхода на ДСГ за измерване и финансиране на болничните продукти (Wardhania,Viera, Adi Utarinib, Jitse Pieter van Dijk, Doeke Post, Johan Willem Groothoff, 2009).

Каква е същността на този подход? Всички случаи, преминали през болнично лечение, се групират в краен брой групи, които са близки по медицинска характеристика и потребностите им от лечение са сходни. Това, от друга страна, означава, че те изискват и подобни ресурси. Това са

един вид «изоресурсни» групи. Този метод се прилага през годините и понастоящем е основен при договаряне и финансиране на болничната помощ (Давидов, Б.,2007, Делчева, Е., 2006, Янева, Р., 2011).

Първата широкомащабна база данни за създаване на ДСГ е формирана в края на 70-те години в щата Ню Джърси, като са обхванати 1 730 000 пациенти. През 1983 г. Конгресът на САЩ гласува добавка към Закона за социалното осигуряване, включваща национална проспективна болнична схема за заплащане лечението на всички пациенти в системата на "Медикеър". Одобрена е първата версия на ДСГ – 24 главни диагностични категории (ГДК) и 470 ДСГ.

CASE – MIX ПОДХОДЪТ И НЕГОВОТО ПРИЛОЖЕНИЕ

- ***Съвкупността от видовете лекувани случаи представлява Case–Mix на болницата.***
- ***Case–Mix ни показва необходимостта от ресурси на конкретната болница според лекуваните пациенти.***
- ***Case–Mix е начин за визуализиране колко "болни" са пациентите на дадената болница.***

Същността на подхода case–mix (кейс-микс) е система за отчет на медицинския продукт на болница, приведен в стандартизирани единици и ресурсната консумация при производството му. Като краен резултат се получава списък с болници, подредени с техния кейс–микс индекс (Jencks, S., A. Dobson, P. Willis, P. Feinstein, 1984). Например, от един такъв списък може да се види, че болница А произвежда единица продукт, ползвайки 6 единици ресурс, а болница Б произвежда същата единица продукт, ползвайки 4.5 единици ресурс. Очевидно е, че болница Б работи по-ефективно от болница А. Инструментариумът и информацията, която се съдържа в него, позволяват да се отговори подробно и на въпроса защо

това е така. Дали болница А лекува пациентите с повече и по-скъпи лекарства, дали организацията на диагностичния процес е такава, че отнема повече време или предоперативният престой е по-дълъг, дали се работи с повече персонал или има по-високи стопански разходи и т.н.

Когато всички болници отчитат работата си по тази система, се създава национален кейс-микс индекс, който винаги е равен на единица. По скалата под и над тази единица се подреждат болниците в страната. Това подреждане отразява ресурсната консумация и е много добър инструмент за планиране и разпределяне на болничните бюджети в национален мащаб (Янева, Р., 2011).

Кейс-микс подоходът показва необходимостта от ресурси на болницата, според лекуваните пациенти, като заплащането на болниците е съобразено с характеристиките на лекуваните в тях случаи (например лечение на по-тежки и по-скъпи случаи), което предопределя по-висока консумация на ресурси от дадена ДСГ за лечението им и оттам – по-висок бюджет, т.е. болниците с по-висок кейс-микс индекс получават по-висок бюджет. По този начин се постига справедливо разпределение на ограничените ресурси между изпълнителите на болнична помощ, тъй като кейс-микс подходът е начин за измерване колко “болни” са пациентите на дадена болница. Колко струват тези случаи е резултат от конкретното болнично лечение (Илиев, Д., 1998).

Системата на ДСГ измества фокуса на финансиране от входа към изхода на системата, което позволява планирането и разпределението на разходите да се обвърже с продукта на системата, респективно с търсенето. По този начин се постига преструктуриране на болничния сектор от екстензивна в интензивна система, следваща реалните потребности, а не кабинетни и идеологически модели (Donaldson, C., J. Magnussen, 1992).

СПЕЦИФИКА НА ДИАГНОСТИЧНО СВЪРЗАНИТЕ ГРУПИ /ДСГ/ - БАЗИСНА ИНФОРМАЦИЯ

I. Данни за пациента:

Медико-статистическа информация - трансформиране на заболяванията и извършените дейности (процедури) в точно определени кодови единици, което позволява съхраняването, анализирането и групирането на данните. За тази цел се използва Международната класификация на болестите (МКБ), която се състои от определен брой категории, в които се вписва целият диапазон от болестни единици според установени критерии и правила.

Икономическа информация - лечението на даден болен е съвкупност от множество разнообразни дейности, предоставяни на пациента в структурата (звената) на болницата, за което се правят определени разходи. За целите на остойностяване на болничните продукти/дейности и определяне на разходите по ДСГ е необходимо текущо счетоводно отчитане на всяко звено (разходен център) относно неговите фактически разходи по видове, разпределени до ниво преминал болен, т.н. ”стъпково разпределяне на разходите” .

Разходен център е най-малката структурна единица в една организация, която предоставя продукт/дейност.

Оборудване на Лечебните заведения за болнична помощ (ЛЗБП) с хардуер и софтуерен продукт за отчитане на болничната дейност

Софтуерен продукт за отчитане (събиране) на болничната дейност – програмен продукт, състоящ се от минимум три модула (“регистрация”, “кодиране” и “калкулация”), позволяващ кодиране на случай (преминал през стационар пациент), регистриране на разходите за всички видове звена и калкулирането им на ниво пациент. Визираният софтуер позволява съвместимост с изградена вече интегрирана болнична

информационна система (ИБИС) чрез създаване на интерфейсна връзка между тях.

Хардуерно оборудване - необходимият минимум от работни станции е в зависимост от броя. преминали пациенти през стационара на ЛЗБП.

Параметри на ДСГ

- Диагнози (първични и вторични);

кодове на диагнози (Международна класификация на болестите);

- Процедури/Операции;
- Кодове за процедури, съобразно въведената кодираща система;
- Престой (дата на постъпване и дата на изписване);
- Възраст;
- Тегло при раждане (за новородени);
- Статус на пациента при изписване;
- Пол.

ДСГ предлагат точна и детайлизирана система за определяне на разходите,финансиране, планиране и управление на болничните лечебни заведения, поради което тя намира широко приложение в света, като механизъм за заплащане и мениджмънт или само мениджмънт (Docteur, E., H. Oxley,2003). Системата обаче не включва механизми за осигуряване на качество на медицинското обслужване, затова доколкото тя е система за управление на финансови средства, а клиничните пътеки са система осигуряваща качеството на медицинските услуги двете системи са не само в антагонизъм, а в естествена симбиоза.

Не бива да се забравя, че ДСГ не е панацея, а е просто система за класифициране на пациентите при по-точно измерване на болничния продукт, в сравнение със съществуващите в момента системи, респективно ДСГ не заделят автоматично по-висок % от БВП за здравеопазване.

Не бива да забравяме и, че не клиничните пътеки са „виновни” за оскъдното заплащане на болничната помощ в страната, а липсата на политическа воля и създадени механизми за адекватно финансиране.

Здравните системи в Европейския съюз са важен компонент от по-широкия апарат на социалната сигурност. Те са натоварени със задачата да подобряват здравето на нациите и да закрилят от финансови рискове, като с това играят основна роля за социалното и икономическо благосъстояние на хората (Rechel, B., St.Wright, N.Edwards, B.Dowdeswell, M.McKee, 2009). През юни 2006 г. Съветът на Европейския съюз издава "Декларация за общи ценности и принципи", които трябва да бъдат заложени във всички системи на здравеопазване на страните членки на Европейския съюз. Тези принципи предвиждат универсално покритие, солидарност във финансирането, справедливост и равноправен достъп, както и предоставянето на качествени грижи.

Състоянието на българския здравноосигурителен модел се характеризира със следните проблеми:

- Несъвместимост на интересите на осигурените, осигурителите и доставчиците на здравни услуги;
- Неудовлетвореност на потребителите на медицински услуги;
- Дефицит на публичен финансов ресурс;
- Недостатъчен управленски капацитет и неефективна здравна инфраструктура;
- Значителен неформален сектор, който е трудно и скъпо да бъде обхванат;
- Нарастваща тенденция за концентрация на здравната помощ основно в градските райони;
- Ограничена конкуренция, слаби регулации, които водят до увеличение на разходите, без необходимото подобряване на здравните услуги;

- Невъзможност на пациентите да участват активно при вземане на решенията за разпределение на ресурсите и при определяне на изискванията към качеството на здравната услуга;
- Спад в качеството на здравното обслужване, въпреки високата квалификация на лекарския персонал;
- Дисбаланс във финансирането на отделните посистеми, резултатът от което е хронично недофинансиране на болничната помощ, и като цяло, неефективно изразходване на ограничените ресурси;
- Съществени диспропорции в нивото на заплащането на лекарския персонал в различни подсистеми, генериращ корупционни стимули;
- Високи нива на нерегламентираните плащания;
- Критическа липса на адекватна лекарствена политика, водеща до сериозни проблеми в лечението на социално-значими заболявания.

Ниската информационна осигуреност на здравната система е една от основните причини за слабата позиция на потребителите на здравни услуги и невъзможността им ефективно да въздействат върху протичащите в здравната система процеси (Куерво, Х., 1998, Комитов Г., Стр. Генев, 2008). Това естествено има като резултат намаляването на ефективността на използваните ресурси в сектора и поражда остро социално недоволство от системата на здравеопазване в нашата страна. Без адекватно информационно осигуряване на здравната система всички мерки за подобряване на системата дават слаби резултати и не водят до решаването на основните проблеми в здравеопазването. В тази връзка е необходимо реализирането на комплекс от мерки, насочени към:

- Развитие на нормативната уредба, с оглед въвеждане на задължително електронно отчитане на изпълнителите на медицински услуги;

- Завършване на интегрирана информационна система в здравния сектор, която да позволява обмен на информация на всички нива в системата;
- Въвеждане на електронни карти и медицински досиета за всички здравноосигурени лица;
- Създаване на база данни относно здравното състояние на населението и система за проучване на рисковите фактори на заболеваемостта, които в значителен период от време не са проучвани и наблюдавани;
- Създаване на единен регистър на информацията, което позволява събиране, обмен и анализ на съвместима информация между основните участници в здравния сектор – МЗ, НЗОК, НАП, независими агенции в тази сфера.
- Също така важни са и реформите, свързани с подобряване на управлението на финансовите ресурси и финансова обезпеченост на дейностите в здравеопазването, които могат да станат по следният начин:
- Изготвяне на оценка за икономическата и здравна ефективност на разпределените в системата на здравеопазването финансови средства и контрол за сдържане на разходите;
- Увеличение на публичните средства за здравеопазване, гарантирано от растежа на БВП и относителния дял от него за здравеопазване;

Рационализиране на предлаганите здравни услуги, чрез ясно дефиниране на основен пакет здравни услуги, гарантиран напълно от бюджета на здравноосигурителната каса; Изграждане на система за публичен контрол (от страна на здравноосигурените) на разходите на НЗОК и съответно – стимули и натиск за оптимизиране и постигане на ефикасност на разходите; Субсидиране на НЗОК на програмен принцип, по

линията на заплащане на пълната стойност на медицинските услуги за гражданите в неравностойно положение; Въвеждане на единна система за финансирането на дейностите в болничната помощ, при която НЗОК е единен платец с разполагаемия публичен ресурс, което следва да осигури прозрачност и единни критерии при финансирането; Въвеждане на нов метод на финансиране на болничната помощ от НЗОК, при който следва да се отчита: тежестта на случаите; придружаващите заболявания; качеството на мениджмънта в управлението и контрола на средствата; иновативните технологии и минимално интензивните методи. Здравната система в България е напълно централизирана и всичко се решава от бюрокрацията, докато пациентите нямат никакво влияние. Резултатите са печални – сравнително високи разходи за здравеопазване и ниско качество.

Кои са стъпките, които могат да доведат до подобряване и развитие на здравната система в България?

Най-важното е да се даде избор на всеки осигурен да избира здравен фонд, в който да внася здравните си вноски. Така държавната здравна каса няма вече да е монополист, а един от многото здравни фондове. Конкуренцията между здравните фондове ще намали значително възможностите за прахосване на средства – защото най-прахоснические фондове ще губят клиентите си. Както и досега, държавата ще продължи да плаща здравните вноски на бедните хора или част от тях – като тези средства ще влизат във фонда, който е избран от съответния човек. Когато има много фондове, те ще се договарят с болниците и лекарите за условията и заплащането на здравните услуги. Болниците, особено добрите, няма да бъдат притискани както досега от монопола на НЗОК, а ще договарят реални цени с конкурентните фондове (Воденичаров, Ц., В. Борисов, Ст. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков, 2005). При тази ситуация болниците могат да се приватизират и това ще донесе реални приходи.

Новите собственици на болниците ще инвестират в тях – а от това има голяма нужда. Тези, които инвестират най-умно и най-много в подобряване на оборудването, мениджмънта и обслужването ще привлекат най-много клиенти.

Подобна реформа ще премахне стимулите и възможностите за неефективно разходване на средствата за здравеопазване. Хората ще имат избор да се насочат към фонд по свой избор, който им предлага най-добрите за тях условия. Частните собственици на болниците ще инвестират в нова техника и оборудване.

ГЛАВА ВТОРА

МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

ЦЕЛ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Целтта на дисертационната разработка е да се изведат основни проблеми при финансирането на лечебно заведение за болнична помощ в Република България на базата на анализ и оценка на показателите /медицински и икономически/ на МБАЛ „д-р Братан Шукеров" АД Смолян и на тази основа се направят научно – обосновани предложения за усъвършенстване и по-ефективното използване на наличните финансови и материални ресурси.

НАУЧНИ ЗАДАЧИ

За реализацията на формулираната цел са конкретизирани следните основни ***задачи*:**

1. Изследване в исторически аспект на процеса по финансиране на лечебните заведения за болнична помощ с оглед характеризирането им като субекти за реализация на основната медицинска дейност.
2. Обосноваване мястото и ролята на финансовите и материални ресурси в лечебните заведения за болнична помощ, като инструментариум за изработване на управленски решения, с оглед на тяхното ефективно използване.
3. Комплексен критичен анализ на здравно – демографската ситуация в област Смолян.
4. Анализ на показателите за дейността и финансово икономическите показатели на МБАЛ „д-р Братан Шукеров" АД. Смолян за периода 2006-2010г.

5. Обща оценка на потенциала на лечебното заведение чрез SWOT и портфолио анализ.
6. Очертаване възможностите за усъвършенстване мениджмънта на финансовите и материални ресурси на МБАЛ „д-р Братан Шукеров" АД. Смолян.
7. Извеждане на основните приоритети и изработване на програми за развитие на МБАЛ „д-р Братан Шукеров" АД. Смолян.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Обект и предмет на изследването

Настоящото изследване ***в теоретичен план*** има за свой ***обект*** финансирането на лечебно заведение.

Обект на практическите наблюдения е дейността и финансово-икономическите показатели на МБАЛ „д-р Братан Шукеров" АД. Смолян.

Предметът на разработката е изследване на мястото, ролята и функциите на ефективното използване на финансовите и материални ресурси на болницата.

ИНФОРМАЦИЯ

Използвани са емпирични данни от:

- Отчетни документи за дейността на МБАЛ „д-р Братан Шукеров" АД
- Финансово - отчетни документи на МБАЛ „д-р Братан Шукеров" АД
- Официална отчетна информация събрана и публикувана от НЦЗИ, НСИ и РЗИ.

Информацията е събрана и обработена самостоятелно от докторанта.

ДОКУМЕНТИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Основни документи, които са използвани за набирането на първичната информация са:

1. Отчети за дейността на болницата
2. Финансово счетоводни отчети и анализи от болницата
3. Сайтове на НЦЗИ, НСИ и РЗИ

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 храноден, среден разход на един лекарстводен, среден разход на едно легло, среден разход на един леглоден, среден разход на един преминал болен, стойност на ден за мед.консумативи, стойност на разходите за персонала и осигуровките на леглоден.
- ✓ Коефицент на рентабилност
- ✓ Коефицент на ефективност на разходите
- ✓ Коефицент на ефективност на приходите
- ✓ Коефицент на обща ликвидност

МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

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

- ✓ анализът и синтезът,
- ✓ абстрактно-логическият подход,

- ✓ сравнителният метод,
- ✓ индукция и дедукция,
- ✓ историческият подход с двете си съставки – приемственост и преходност,
- ✓ различни математико-статистически,
- ✓ графични и други методи.

В разработката са използвани широк кръг от описателни и аналитични статистически методи:

1. Алтернативен анализ;
2. Анализ на динамични редове – трайна тенденция;
3. Корелационен анализ;
4. Графичен анализ;
5. SWOT анализ;
6. Портфолио анализ.

Посочените методи при провеждане на проучването 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.

ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКА ТЕЗА

Основната теза в дисертационния труд е свързана с идеята, че съществуват възможности за: усъвършенстване на управлението на финансовите и материални ресурси в лечебните заведения за болнична помощ във връзка с преструктурирането им и изграждане на система за управление на разходите за медицински и лечебни услуги.

Изследването на същността на източниците за финансиране на лечебните заведения за болнична помощ и управлението на разходите са важен елемент на научното познание с определена практическа стойност за системата на здравеопазване.

ГЛАВА ТРЕТА

АНАЛИЗ НА ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКОТО СЪСТОЯНИЕ НА СМОЛЯНСКА ОБЛАСТ

Слабият икономически растеж през годините на преход доведе до влошаване на здравния статус на населението, тъй като хората в повечето случаи не разполагат с необходимите средства за лечение, а държавата не може да осигури съответните финансови ресурси, за да отговори на нарастващите здравни потребности.

Този факт осезаемо се наблюдава за хората, които живеят в отдалечени райони с ограничен достъп до лечебни заведения, един от които е Смолянския регион.

Това води до задълбочаване на социално-икономическата неравнопоставеност по отношение на здравеопазването.

Демографските процеси се отразяват пряко върху ресурсите в здравеопазването и върху икономиката като цяло, така че търсейки възможностите за оптимизиране на здравните ресурси е необходимо да се направи анализ на здравно-демографските показатели.

Смолянска област е разположена в южна България и заема територия от 3 523 кв.км. с 242 населени места. Характерно за областта е, че релефът е планински със силно пресечен терен. Най – отдалечените от областния център места са на разстояние 110км. Административно – териториално към Смолянска област принадлежат 10 общини – Баните, Борино, Девин, Доспат, Златоград, Мадан, Неделино, Рудозем, Смолян и Чепеларе.

3.1. ДЕМОГРАФСКА ХАРАКТЕРИСТИКА

В развитието на демографските процеси през последните години, както за страната, така и за областта се утвърдиха неблагоприятни тенденции към намаление на населението - от 131 000 души през 2005 г.

на 122 602 души през 2010 г., което намаление за този петгодишен период е с 6,5%. Намалението на населението спрямо 2009 година /124 795/ е с 2193 човека, което прави 1,8%. Спрямо населението за 2008 година /126536/ намалението е с 3934 човека или 3,22%. Причините за тези неблагоприятни тенденции са както по-големия брой умирания отколкото раждания, така и външната и вътрешна миграция на населението. Механичният прираст за 2010 година е минус 1661 човека.

По тоношение на възрастовата структура се наблюдават следните тенденции:

- Относителният дял на лицата над 60 г. възраст е 24,4%.

- Относителния дял на младото население /0-17 год. възраст/ е 14,8%.

Съотношението по възрастови групи е представено в Таблица 1.

Таблица 1. Относителен дял на населението в Смолянска област по възрастови групи

Възрастови групи	**2009 г.**	**2010 г.**
0-17 год.	15%	14,8%
18-59 год.	61,6%	60,7%
над 60 год.	23,4%	24,5%

Горните три констатации доказват още веднъж негативната тендения – непрестанното намаление на младото население и увеличаване на населението в нетрудоспособна възраст.

Намаляването на населението се дължи основно на ниската раждаемост, по висока смъртност и емиграция главно на население в трудоспособна възраст. Като следствие областта става с все по-малобройно и застаряващо население, което неминуемо дава отражение и върху

икономическото развитие и изисква наличие на добре развита и функционираща здравна помощ.

3.2. РАЖДАЕМОСТ

През 2010г. са родени 1032 в т.ч. живородени - 1026 деца и мъртвородени - 6 деца.

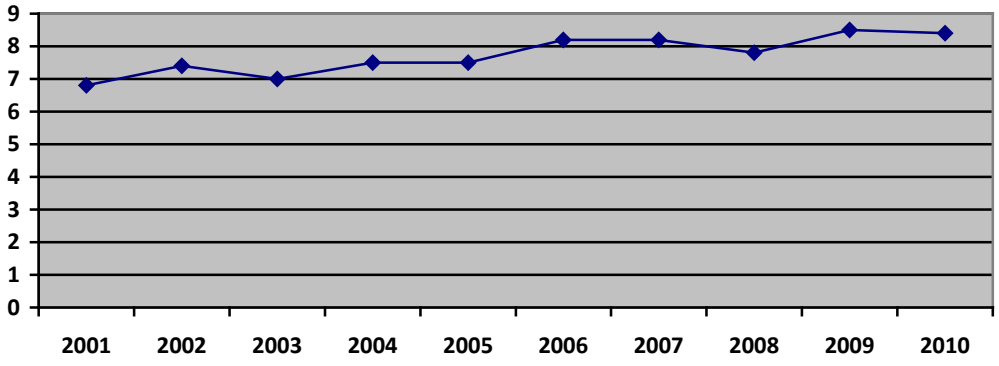
Като благоприятен факт може да се отчете лекото покачване на ражданията за разглеждания период, като се има предвид, че 2001г. живородените са 947.

Коефициентът на раждаемостта за областта през последните години след 2000 г. се задържа около **7-7,5 ‰,** който е по-нисък от този за страната с 1,5-2 пункта. През 2010 година се отбелязва намаление от 0,1 пункта спрямо 2009 година от 8.5 на 8.4.

За областта данните са следните:

В градовете за 2010 г. раждаемостта е 9,8 ‰, а в селата 6,6‰ т.е. раждаемостта в градовете е с 3 пункта повече, от тази в селата.

Фигура 3. Раждаемост в област Смолян за периода 2001-2010 г.



Наблюдават се териториални различия в нивото на раждаемостта. Между отделните общини коефициентът на ражданията варира от 4,6 ‰ в община Баните до 11,5 ‰ в община Мадан. Различия в раждаемостта се наблюдават както между градовете и селата на отделните общини, така и

между града и селото на всяка отделна община. Най-висока е раждаемостта между градовете на областта тази в град Доспат – 11,8‰, следвана от тази в град Мадан - 11,0‰, град Златоград - 10,6‰, а най-ниска е в град Девин – 8,0‰. Най – висока е раждаемостта в селата на община Рудозем спрямо останалите села в областта – 13‰, следвана от тази в селата на община Доспат 9‰, селата в община Мадан с 7,9‰, а най – ниска в общини Чепеларе 2,4 и Смолян 3,5‰.

Върху намаляването на броя на ражданията съществено влияние оказва контингентът на жените в детеродна възраст, който през последните години непрекъснато намалява поради по-малко родени момичета в годините преди това и/или поради изселване на този контингент от областта.

Ниската раждаемост се свързва с негативното влияние на социално-икономическите условия, които променят репродуктивните нагласи, емиграцията, намаляването на броя на жените в детеродна възраст и тяхната плодовитост. Резултатите от епидемиологични и социологични проучвания за влиянието на социално-икономическите фактори върху раждаемостта са доста противоречиви и доказват единствено, че този процес трудно се управлява.

3.3. СМЪРТНОСТ

Смъртността е един от най-важните показатели за оценка на общественото здраве.

Тенденциите на смъртността в много голяма степен се определят от: стила и начина на живот на населението в различните възрастови групи; от отношението на индивидите към опазване на собственото си здраве и от отношение на индивида към опазване на здравето на другите.

Стойностите на коефициента обща смъртност в област Смолян се запазват през последните няколко години по - ниски, в сравнение с тези за страната.

Нивото на общата смъртност през периода 2001 г. - 2010 г. в Смолянска област варира в не толкова широки граници - между 11,2 ‰ /2001г/ и 12,7 ‰ /2010г./.

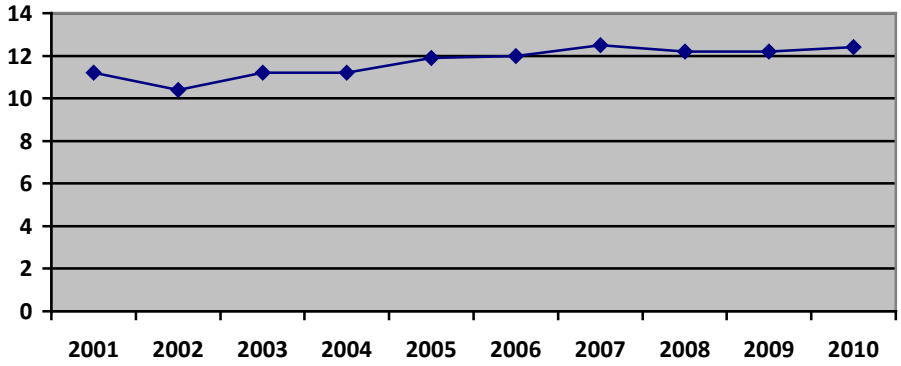
Нивото на общата смъртност в селата е значително по-високо от това в градовете. Смъртността на населението в градовете е 10,4 ‰, а в селата 15,5‰. Чувствителната разлика в смъртността на градското и селското население е в резултат на интензивния процес на остаряване на населението в селата. Спрямо 2009 година коефициентът на обща смъртност в селата на Смолянска област е увеличен с 0,6 пункта, а в градовете се е увеличил с 0,4 пункта. Най – висок е в селата на общините Смолян 20,8‰, и Чепеларе 18,8‰, най-нисък в селата на община Рудозем – 11,2‰. От градовете с най-ниска обща смъртност е гр. Мадан с 7,1‰, а с най-висока в гр. Рудозем с 14,9 ‰ и град Неделино с 14,1 ‰. Селските общини Борино и Баните са с коефициент на обща смъртност съответно 18,2 ‰ и 9,6 ‰.

Наблюдават се териториални различия в нивото на смъртността в областта през 2010 година. Най-високо е равнището на смъртността в община Баните -18,2 ‰, а най-ниска е в община Борино – 9,6 ‰.

Върху нивото на общата смъртност оказват влияние:

- Задълбочаващото се застаряване на населението, при което нараства делът на старшите възрастови групи, които имат по-висока повъзрастова смъртност;
- Неблагоприятните промени в повъзрастовата смъртнот, изразяващи се в нарастване на смъртността в активна възраст от социално-значими заболявания /сърдечно-съдови, злокачествени и хронични белодробни заболявания, травми и отравяния/.

Фигура 4. Смъртност в област Смолян за периода 2001 – 2010 г.

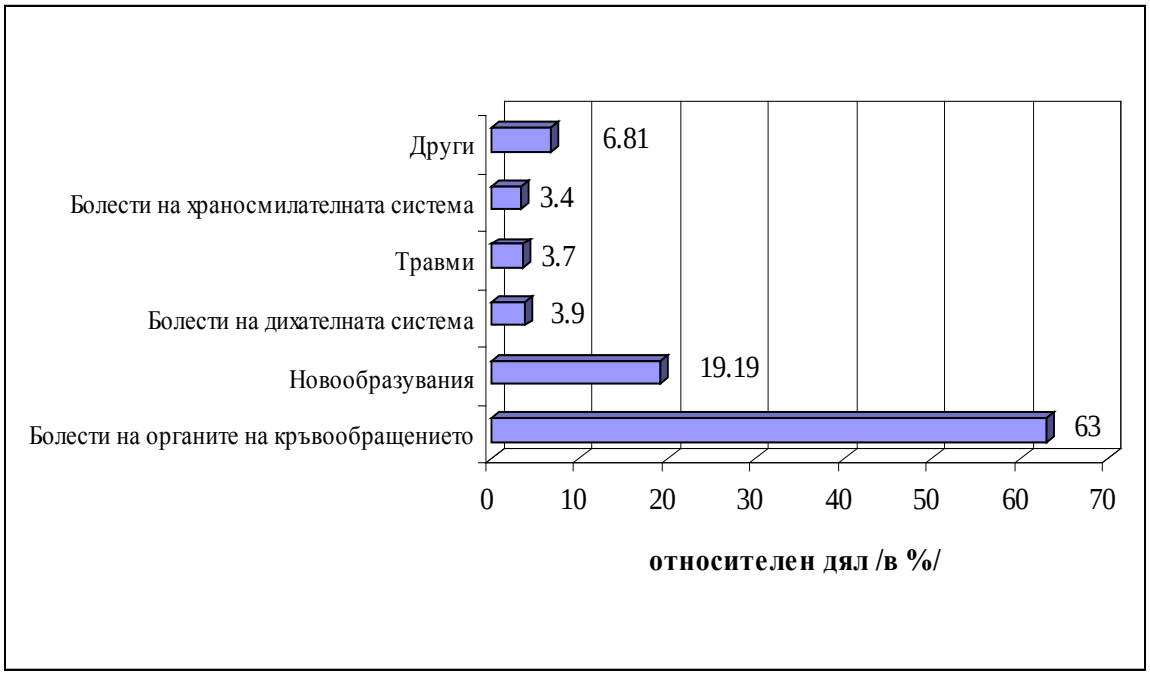


,

Структура на общата смъртност по причини

Анализът на ***смъртността по причини*** за Смолянска област /Фигура 5./ показва, че структурата не се различава от тази за страната. Водещо място заемат умиранията от болестите на органите на кръвообращението, чийто интензитет е – 801,7 на сто хиляди души от населението, а относителния дял е 63%. С най-голяма честота сред тези болести са умиранията от исхемична болест на сърцето и мозъчно-съдова болест. На второ място са умиранията от новообразувания., чийто интензитет е 244 на сто хиляди души от населението, с относителен дял – 19,19 %. На трето място са умиранията от болестите на дихателната система с интензитет 50,5 на сто хиляди души от населението с относителен дял 3,9 %. На четвърто място са умиранията от Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини с интензитет 46,4 на сто хиляди души от населението и с относителен дял от 3,7%. На пето място са умиранията от болести на храносмилателната система с интензитет 44 но сто хиляди души от населението с относителен дял 3,4%.

Фигура 5. Смъртност по причини в Смолянска област за 2010г.



Причините за умиранията в 85 % от случаите се дължат на посочените по-горе социално-значими три групи заболявания – болести на органите на кръвообръщението, онкологични заболявания и болести на дихателната система.

Спрямо 2009 година е незначително намалението на смъртността от новообразования 301 случая през 2009 на 299 през 2010, с 20,1 на 100 000 души е намалена смъртността от болести на дихателната система, с 68,7 на 100 000 души население е увеличена смъртността от болести на органите на кръвообръщението, от травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини стойностите показват приблизително същите данни както през 2009г.

Детска смъртност

Формирането на детската смъртност се осъществява под влияние на множество социални и биологични фактори и отразява в значителна степен както социално – икономическото, така и здравното благополучие на дадена област и държава, поради което детската смъртност се счита за

един от най-информативните показатели за комплексна характеристика на общественото здраве.

Коефициентът на детската смъртност е показател, който се влияе от различни фактори и е чувствителен към промените в динамика и от сравнително малките величини, от които се изчислява.

През последните години детската смъртност в областта е една от най-ниските в страната.

За 2010 г. детската смъртност за област Смолян е 10,7 ‰ живородени деца, при 11 починали деца до една годишна възраст. Шест от починалите деца са в градовете и те формират детска смъртност в градовете на областта от 9,1 ‰. Пет са починали деца в селата, формиращо детска смъртност в селата на областта от 13,7 ‰.

В сравнение с 2009 г. детската смъртност в област Смолян е увеличена с 4,1 пункта. Показателят за страната за 2010 е 9,4 ‰ живородени деца. Спрямо страната детската смъртност в Смолянска област е по-висока с 1,3 пункта.

С най-високи стойности на показателя за 2010 г. е община Доспат – 33 ‰ живородени деца при 3 починали деца в селата на Доспат, което формира и 49,2 ‰ детска смъртност в селското население в общината, следвана от община Чепеларе с 19,6 ‰ детска смъртност с 1 починало дете в град Чепеларе, което формира 22,2‰ детска смъртност в град Чепеларе. Пет са починалите деца в селата на областта и то в община Рудозем, което формира детска смъртност от 19,2‰ в селата на община Рудозем и детска смъртност в същата община от 11,6‰. Общините Баните, Борино, Девин, Доспат и Златоград са с нулева детска смъртност

Анализът на детската смъртност по причини показва, че тя е най-висока при:

- Клас XVI „Някои състояния, възникващи през перинаталния период” – 6 случая- с относителен дял 54,5% и коефициент 5,8 на 1000 живородени деца.

Останалите 5 починали деца до 1 годишна възраст се разпределят в следните класове болести:

- Клас IX „Болесоти на органите на кръвообращението” - 3 случай с относителен дял 27,2 % и коефициент 2,92 на 1000 живородени деца;
- Клас „Болести на дихателната система” - 1 случай с относителен дял 9,09 % и коефициент 0,97на 1000 живородени деца;
- Клас Вродени аномалии/пороци на развитието/, деформации и хромозомни аберации - 1 случай с относителен дял 9,09 % и коефициент 0,97на 1000 живородени деца;

В структурата на детската смъртност по периоди от 1-та година от живота са умиранията най-вече в перинаталния период и постнеонаталния период. Основна причина за перинаталната смъртност е вътреутробната асфиксия на плода. Недоносеността и ниската телесна маса при раждането на детето също са фактор за високия дял на перинаталната детска смъртност.

Детската смъртност е показател, отразяващ нивото на медицинската помощ, но също така на жизнения стандарт на населението и стабилността на гражданското общество. Върху отчетените показатели неминуемо оказва влияние и жизнен стандарт на населението и обедняването му.

3.4. ЕСТЕСТВЕН ПРИРАСТ

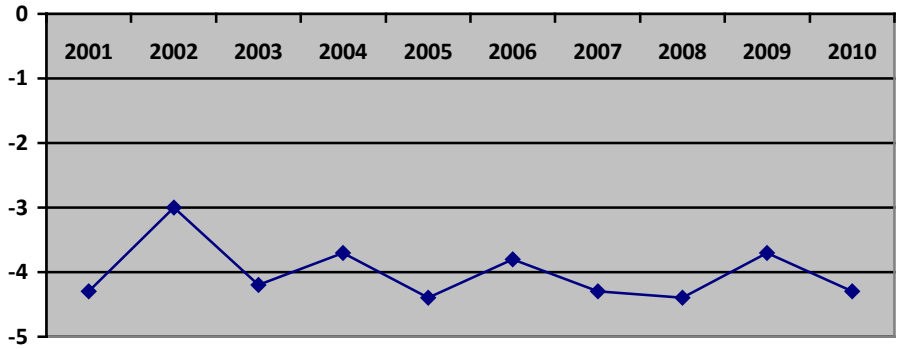
След 1990г. в страната умират повече лица, отколкото се раждат. Тази разлика между родените и умрелите лица е с отрицателна стойност, в резултат на което населението на страната непрекъснато намалява.

Същата тенденция се наблюдава и в Смолянска област /Фигура 4/. През 2010г. абсолютният брой на естествения прираст е минус 532 души. През 2009г. минус 465; през 2008г. – минус 561; през 2007г. е минус 556 души.

И все пак стойностите на естественият прираст в област Смолян през последните 10 години са по-благоприятни в сравнение с тези в Република България. Разликата в годините се движи между 1 и 2 пункта, с изключение на последната година, когато естественият прираст в областта е 0,2 пункт под този за страната. Стойността на коефициента на естествения прираст (разлика между ражданията и умиранията на 1 000 души от средногодишния брой на населението) за 2010г. е минус 4,3 при 4,6 за страната; минус 3,7‰ за 2009г. минус 4,4 ‰ за 2008г. и минус 4,3 ‰ за 2007г.

Поддържането на отрицателни стойности на естествения прираст е резултат от застаряването на населението и промените в репродуктивните нагласи на хората, които до голяма степен се дължат на ниския жизнен стандарт.

Фигура 6. Естествен прираст в Смолянска област за периода 2001 -2010 г.



Небивалият спад в раждаемостта и отрицателният прираст на населението все повече пораждат безпокойство. Необходима е адекватна политика, целяща забавяне на негативните демографските процеси, както и стабилизирането им, насочване на усилията към подобряване на качествените характеристики на бъдещото поколение.

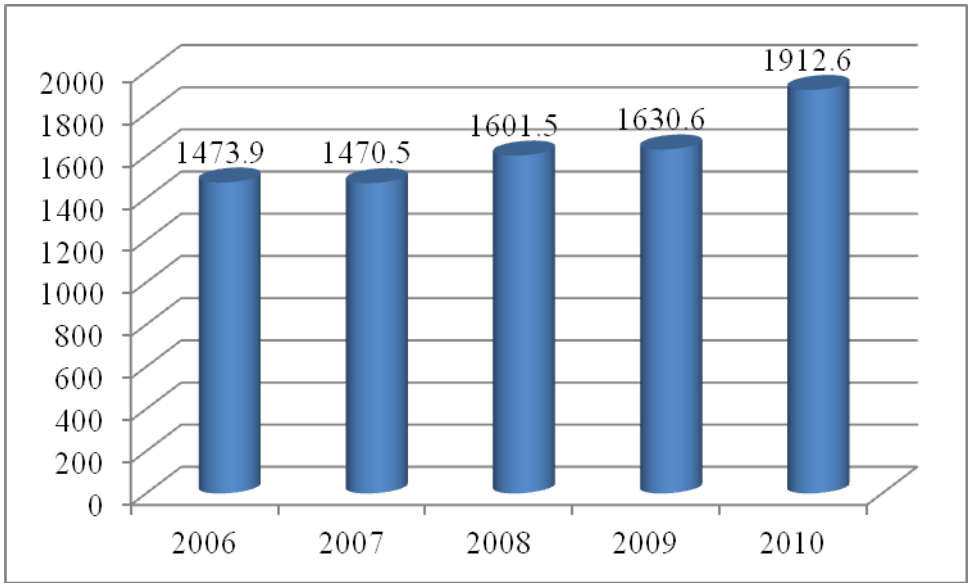
Основните демографски индикатори – раждаемост, смъртност и естествен прираст определят недоброто състояние на демографските процеси в областта.

Основните тенденции в здравно-демографската харектеристика на област Смолян: по-големия брой умирания, отколкото раждания, а също и външната миграция води до намаляване на населението на областта и тези тенденции пораждат промени в здравния статус на населението в областта.

3.5. ЗАБОЛЕВАЕМОСТ

През 2010г. в лечебните заведения за извънболнична помощ на Смолянска област са регистрирани 234497 заболявания, при честота на регистриране заболявания на 1000 души население от 1912,6; за 2009г. данните сочат 203497 заболявания, или честотата на регистрираните заболявания на 1000 души население е 1630,6 при 202652 заболявания през 2008 година с честота 1601,5 на 1000 души население и 190766 регистрирани заболявания за 2007 г. при честота на хиляда души - 1470, 5. През 2006 г. са регистрирани 191095 заболявания при честота 1473 ,9 на хиляда души. От изнесените данни се вижда увеличение броя на регистрираните заболявания в лечебните заведения за извънболнична помощ на област Смолян. Ръстът спрямо 2009г година е значителен с 31000 регистрирани заболявания или с 25,2 на хиляда души население. Ръстът спрямо 2006 година е с 43402 регистрирани заболявания /фигура 7./.

Фигура 7. Честота на регистрираните заболявания на 1000 души население в Смолянска област за периода 2006-2010 г.



Структурата на регистрираните заболявания на населението по класове болести през 2010 г. запазва подчертаната си стабилност, регистрирана през предходните години. Водещи и през 2010 г. са същите класове болести, а именно: болести на дихателната система, болестите на органите на кръвообращението, болести на пикочо-половата система.

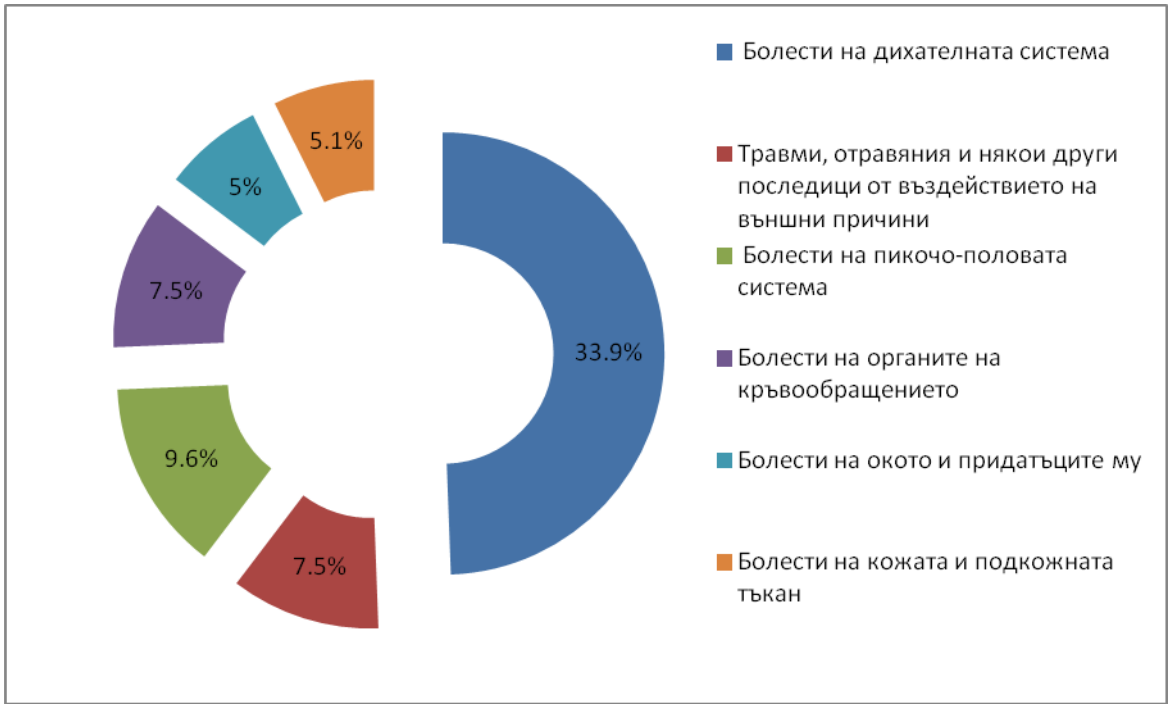
За 2010 г. водещи в болестността с относителен дял са:

- Болести на дихателната система – 21,4% с с реализирано намаление в относителния дял от 3% спрямо 2009 година
- Болестите на органите на кръвообращението – 19 % или увеличение спрямо 2009 година с 3,2 пункта;
- Болести на пикочо-половата система – 9,5% при 7,9% отн.дял за 2009г.
- Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан – 6,5% при 7,5% за 2009 година.
- Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата- 7,4%, при 6,8 % 2009 година..

- Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини –4,2% и 5,4 % за 2009 година.

За 2010г. данните относно заболеваемостта по класовете болести в относителен дял са представени на фигура 8.

Фигура 8. Заболеваемост по класове болести в област Смолян за 2010г.



В сравнение с 2009 година броят на новооткритите заболявания също сочат увеличение от 110243 през 2009г. на 130471 случая през 2010г.. Заболеваемоста на 1000 души население през 2010г. е 1064 , за 2009 година е 883,4 и 909,6 през 2008 година .

Сред децата до 17 г. възраст водещо място заемат заболяванията на дихателната система . През 2010 г. са регистрирани 25155 заболявания от този клас, а новооткритите дихателни заболявания са 23748, с честота – 1304 на хиляда души детско население.

През 2010 г. водещи при децата в болестността с относителен дял са:

- Болести на дихателната система – 55%;

- Симтоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, некласифицирани другаде – 8,4 %;
- Болести на кожата и подкожната тъкан – 5,5%;
- Болести на окото и придатъците му –5,1 %;
- Травми,отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини – 4,4%.

Класифицирането на отделните причини при болестността се различава при децата и възрастните. Болестите на дихателната система са водещи и при двете групи, но при възрастните второто и третото място заемат болестите на органите на кръвообращението и болестите на пикочо-половата система, докато при лицата под 17 г. възраст водещи след дихателните заболявания са симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, некласифицирани другаде, болести на окото и придатъците му , болести на кожата и подкожието както и травми, отравяния и някои последици от въздействието на външни причини.

За 2010 г. ранжирането на класовете болести, водещи в заболеваемостта при децата с относителен дял са:

- Болести на дихателната система – 60 %;
- Симтоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, некласифицирани другаде – 8,2 %;
- Болести на кожата и подкожната тъкан – 5,4%;
- Травми,отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини – 5,1%;
- Болести на окото и придатъците му – 3 %;

Заболяванията, които в най-голяма степен оформят профила на смъртността и заболяемостта в област Смолян се обхващат с общото понятие социално-значими заболявания. Към тези заболявания се отнасят:

- Болестите на органите на кръвообращението;
- Злокачествените новообразования;
- Хроничните заболявания на дихателната система;
- Травмите, злополуките и отравянията;
- Захарния диабет.

От представените данни можем да изведем *основните здравни проблеми за Смолянска област,а именно*:

- Висок относителен дял /63,0%/ на умиранията от болестите на органите на кръвообращението сред цялото население и особено сред лицата в активна възраст;
- Висок относителен дял на умиранията от новообразувания /19,2%/;
- Висок относителен дял на умиранията от болести на дихателната система /3,9%/.
- Високо ниво на заболяемост и болестност от болести на дихателната система, особено сред лицата в активна възраст;
- Високо ниво на заболяемост от болести на органите на кръвообращението;
- Високо ниво на заболяемост от болести на пикочо-половата система;
- Висок относителен дял в структурата на разходите за болнично лечение и рехабилитация, защото се изисква високо квалифицирана и специализирана медицинска помощ, високо ниво на техническо оборудване, комплексно лечение с използване на скъпоструващи медикаменти;
- Значителни социални, медицински, икономически и психологични щети за самите болни и за техните семейства.

Ясно се забелязва тенденция за все по – голямо нарастване на смъртността от т.нар. социално - значими заболявания, в които се включват сърдечно - съдовите, онкологичните, белодробните, психичните заболявания, захарния диабет, травмите и отравянията. Обезпокояваща е тенденцията за подмладяване на тези заболявания.

Социалната значимост на сърдечно - съдовите заболявания се определя от тяхната масовост и хронично протичане, причина са и за заболяемостта и инвалидизирането на населението.

Новообразуванията са втората причина за смъртност у нас и има огромно социално значение. Борбата срещу рака трябва да се превърне в национален и регионален приоритет с произтичащите отговорности и конкретни дейности.

И през 2010 година болестността от злокачествени новообразования в област Смолян, следвайки дългогодишната тенденция продължава да се повишава. Коефициентът достига 3659,8 на 100 000 души от населението. Това се дължи, както на увеличаване на броя на нови случаи, така и на постигането на по-добри лечебни резултати от прилаганото комплексно и унифицирано съгласно международни стандартни лечение на заболелите от онкологични заболявания с увеличаване на преживяемостта. Честотата на новите случаи на заболяване от злокачествени новообразования също се увеличава. През 2010 година новозаболялите пациенти са 503 спрямо 487 за 2009 година и 479 за 2008 година. 16 са повече заболелите пациенти през 2010г. в сравнение с 2009г, докато за 2009г в сравнение с 2008г. увеличението е осем случая. Ръстът е с 3,28 при 1,67% през 2009г в сравнение с 2008г.. Коефициентът на заболеваемост от онкологични заболявания за 2010 година 410,3 на 100 000 от населението, за 2009 година е 390,2 и през 2008г. 378,5 на 100 000 население или ръстът през 2010г. в сравнение с 2008г. е с 31,8 на 100 000 души население.

Няма съществена промяна в нозологичната структура на тези заболявания при съпоставянето им 2010/2009 година. Висока е заболеваемостта от злокачествени новообразования на:

- храносмилателните органи – 116,6 на 100 000 души за 2010г. срещу 92,2 на 100 000 за 2009г.;
- костите,съединителна тъкан, кожа и млечни жлези – 94,6 на 100000 души за 2010г. спрямо 92,6 на 100 000 души за 2009г., като увеличението е главно за сметка на Меланом и други злокачествени новообразувания на кожата , който за 2010г. е 45,7 при 48,9 за 2009г.
- пикочо-половите органи – 75,8 на 100 000 души при заболели 93 пациента за 2010г. при 76,9 на 100 000 души при заболели 96 пациента през 2009г.;

27 са случаите през 2010г. на болестност от онкологични заболявания във възрастта до 17 години. Коефициентът на болестност за 2010г. е 148,3 на 100 000 детско население при 122,6 на 100 000 детско население през 2009г. и при 112,6 на 100 000 детско население за 2008г..

4 са новооткритите случая . Заболеваемостта е 21,9 на 100 000 детско население за 2010г. при 5,3 на 100 000 детско население за 2009г. и при 5,1 на 100000 детско население за 2008г..

През 2010 година са регистрирани 391 случая от заразни болести. Най-голям е дела на заболелите от варицела 225 и от морбили 98.

Рисковите фактори, влияещи върху здравето на населението в Област Смолян се свързват с: начина на живот, с жизнената среда (екологична, трудова, семейна), със системата на здравеопазване и с редица биологични характеристики.

Върху появата и въздействието на рисковите фактори имат определено влияние:

- икономическите и социални условия в България като безработицата;

- намаляването на доходите на значителна част от населението;
- увеличаването на неграмотните и на лицата с ниска степен на образование;
- влошената структура на разходите (повишаване на дела на разходите за храна);
- влошената структура на потреблението (намаление на консумацията на основните хранителни продукти – мляко, месни произведения, пресни плодове и зеленчуци).

Посочените по-горе фактори влияят върху „начина на живот" и на неговите компоненти върху здравето на населението.

Важни негативни фактори, свързани с начина на живот са:

1. Поведенческите, свързани с: тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, злоупотреба с наркотични вещества, рисково сексуално поведение и ниска двигателна активност;
2. Храненето;
3. Психосоциалния стрес.

Изводи и основни здравно-демографски проблеми, които имат пряко отношение към системата на здравеопазване и потребностите от здравни услуги са:

1. Основно влияние върху демографското развитие на област Смолян оказват общите за страната демографски процеси: намалената брачност ; намалената раждаемост, особенно сред по-високо образованите слоеве на населението; засилената урбанизация с преместването на населелението към по-големите градове в страната за осигуряване на работно място; увеличената смъртност на населението, особено в селата и интензивна емиграция. В резултат на тези процеси област Смолян изпадна в сериозна демографска криза. Спирането на нарастването на

населението и процесът на неговото намаляване, започнал още преди 1989 г. , но след 1996г. този процес се ускорява.

2. Основен фактор, обуславящ динамиката в общата смъртност е процесът на демографско остаряване. Този процес се характеризира с промени във възрастовата структура на населението и се свежда до намаление на относителния дял на младите лица и увеличаване на дела на по-старите. По-интензивното влошаване на икономическите и социалните условия в селата, ограничаването на достъпа до здравни грижи и здравни ресурси и по-ниското образователно ниво на селското население има за последица по-висока обща смъртност там.
3. От демографска гледна точка спадът на раждаемостта в страната се дължи на понижената плодовитост на жените в детеродна възраст инамаляването на абсолютния брой на жените в детеродна възраст. Проявяващият се в момента отрицателен ефект от намаляващия брой на жените в детеродна възраст ще дава отражение върху възпроизводството на населението и през следващите десетилетия. Причина за това са както негативните промени във възрастовата структура на жените на възраст 15-49 г., така и намаляващият абсолютен размер и относителен дял на момичета на възраст от 0 до 14 г., които ще участват във възпроизводството на населението през следващите години.
4. Основните здравни проблеми за Смолянска област са: високият относителен дял /58,3%/ на умиранията от болестите на органите на кръвообращението сред цялото население и особено сред лицата в активна възраст; високият относителен дял на умиранията от новообразувания /25%/; високо ниво на заболяемост и болестност от заболяванията на дихателната система, особено сред лицата в активна възраст.

5. Ясно се забелязва тенденция за все по – голямо нарастване на смъртността от т.нар. социално - значими заболявания, в които се включват сърдечно - съдовите, онкологичните, белодробните, психичните заболявания, захарния диабет, травмите и отравянията. Обезпокояваща е тенденцията за подмладяване на тези заболявания.

Анализът на данните за здравно-демографските показатели води до извода, че и за в бъдеще може да се очаква нарастване разходите за здравеопазване и преди всичко увеличението им в болничната лечебна мрежа в условия на застаряващо население, високия дял на населението над трудоспособна възраст, покачване на средната продължителност на живота, ниската раждаемост и високата смъртност, най-вече от сърдечно-съдови и онкологични заболявания, както и увеличаващата се заболеваемост от онкологични заболявания.

Очевидната демографска криза и прогнозите за очертаващия се крайно негативен здравен статус на населението в България като цяло са повече от обеспокоителни. Негативните тенденции, трябва да бъдат сигнал за всеки един от членовете на нашето общество, че не бива да се очаква нещо добро от здравеопазването при сегашното му състояние.

Нещо повече, тенденциите в демографските процеси в страната – намаляване на раждаемостта, увеличаване на смъртността, отрицателния естествен прираст, запазване на структурата на заболеваемостта – оказват силно влияние върху икономическото развитие на страната

Анализът на здравно-демографското състояние на населението следва да определи и необходимостта от здравната система и необходимите ресурси за подобряване на тези здравни показатели, както и ефетивното управление на здравните процеси в областта.

Таблица 2. Данни за преминали болни и реализирани финансови ресурси от лечебните заведения за болнична помощ в област Смолян

Показатели	**2006г.**	**2007г.**	**2008г.**	**2009г.**	**2010г.**
Население	**129731**	**128200**	**126536**	**124795**	**122602**
Преминали болни	**28279**	**28709**	**29623**	**31536**	**29061**
I<u>ПРИХОДИ ОБЩО</u>	**11763734**	**12210347**	**13230576**	**15368496**	**13678331**
Приходи от МЗ	0	1676115	1572809	1632405	1396640
Приходи от общината	0	58400	162739	81705	95355
Приходи от НЗОК	9143065	9478470	10139496	12168418	10527003
Приходи от ДЗОФ	0	11337	1263	0	401
Приходи от продажба на стоки и услуги	393098	458978	390212	466027	573720
Приходи от други продажби	243256	25472	290720	184548	252856
Други приходи	274174	388521	611108	749831	781800
Приходи от дарения	79949	113054	62229	85562	50556
Приходи от субсидия	1630192	0	0	0	0
II. РАЗХОДИ ОБЩО	**12106768**	**12935885**	**18457319**	**16502084**	**14743640**

Данните от таблицата показват, че при намаляващо население преминалите болни се увеличават, но с по-малък ръст от финансовите ресурси реализирани за тази дейност от болничните лечебни заведения в областта. Като се има предвид и констатацията за нарастваща честота на регистрираните заболявания се затвърждава твърдението, че макар и ограничени финансовите ресурси не се използват ефективно и оптимално.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

ОБЗОРЕН АНАЛИЗ НА МБАЛ „Д-Р БРАТАН ШУКЕРОВ” АД СМОЛЯН

4.1. УПРАВЛЕНИЕ, СТРУКТУРА, МИСИЯ И ЦЕЛИ НА МБАЛ „Д-Р БРАТАН ШУКЕРОВ” АД СМОЛЯН

Многопрофилна болница за активно лечение „д-р Братан Шукеров”АД Смолян извършва диагностика, лечение и рехабилитация на пациенти с остри заболявания, травми, изострени хронични болести, състояния, изискващи оперативно лечение по основни медицински специалности и други.

Собственици на капитала на дружеството са държавата, представлявана от министъра на здравеопазването, която притежава 64.14% от капитала на дружеството и общините от област Смолян, притежаващи останалите 35,86%, разпределени пропорционално на населението, живеещо в съответната община.

Управление

Дружеството е с едностепенна система на управление. Органи на дружеството са общото събрание, съветът на директорите и изпълнителния директор.

Дружеството се управлява и представлява от Съвет на директорите, който се състои от трима членове. Членовете на Съвета на директорите приемат правила за работата си и заседават най – малко веднъж на тримесечие.

Организационна структура

Съгласно утвърдения нов Правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение през 2010г. съобразен с приетите промени в Закона за лечебните заведения, Наредба №49/2010г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешния ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи и медицинските стандарти по отделните медицински дейности основната структура на МБАЛ Смолян включва:

- **Консултативно – диагностичен блок** със Консултативно диагностични кабинети; Кабинет за лечение и диспансеризация на болни и контактни лица с туберкулоза (диспансерен кабинет).; Регистратура; Медико-диагностични структури по „Клинична лаборатория”; „Образна диагностика”; „Епидемиология и Микробиология”; Ендоскопски център; Спешно отделение с легла за диагностично изясняване до 24 часа.;. Отделение по трансфузионна хематология; Патологоанатомично отделение без легла с възможност за извършване на съдебномедицинска експертиза; Отделение за диализно лечение;ТЕЛК
- **Стационарен блок** с 323 легла, включващ: Вътрешно отделение с гастроентерологична, пулмологична, и ревматологична насоченост; Ендокринологично отделение; Кардиологично отделение; Хирургично отделение; Травматологично отделение; Урологично отделение; Детско отделение; Неонатологично отделение; Инфекциозно отделение; Акушеро-гинекологично отделение включващо родилни, гинекологични и легла за патологична бременност; Неврологично отделение; Очно отделение; УНГ отделение; ОАИЛ.

За осъществяване на оперативната дейност на болницата, са създадени 8 операционни зали по специалностите – хирургия, ортопедия и

травматология, урология, очни болести, УНГ болести, акушерство и гинекология /гинекологична и родилна/ и септична.

С изключение на ОАИЛ и кардиологично отделение, за които беше защитено най-високото трето ниво на компетентност, всички останали стационарни отделения са със защитени второ ниво на компетентност съгласно новите изисквания на медицинските стандарти. С трето ниво на компетентност е и медико-диагностичната структура по клинична лаборатория.

- **Административно – стопански блок**
- **Болнична аптека**

Ръководството на дружеството се осъществява от Съвет на директорите. Изпълнителния директор, в своята дейност се подпомага от заместник директор по организация на медицинските дейности, заместник директор по организация на икономическите дейности и главна медицинска сестра.

Мисия и Цели на МБАЛ „д-р Братан Шукеров" АД гр. Смолян

Мисията на МБАЛ „д-р Братан Шукеров" АД гр. Смолян е *повишаване нивото на оказваните здравни услуги и лечебна помощ за повишаване качеството на живот, удължаване на трудоспособната активна възраст на населението и повишаване възпроизводството на нацията, опирайки се на традициите и съчетана с целите на провеждащата се здравна реформа.*

Цялостната дейност на болницата е насочена към задоволяване на всички потребности от здравни услуги, както на пациенти от областта, така и на пациенти извън нея, за повишаване качеството на живот на пациентите с различни заболявания, като лекува или облекчава основните и свързаните с тях заболявания.

Стратегическа цел

Основния приоритет на МБАЛ „д-р Братан Шукеров” АД гр. Смолян е насочен към запазване позициите в регионален мащаб чрез предоставянето на висококачествени медицински услуги с акцент върху развитието на високотехнологичното обновление на лечебните техники и квалификация на кадровия ресурс.

Основни цели

Лечебното заведение има основни цели, които са свързани с провеждането на здравната реформа и реализация на новата здравна карта на регионално ниво:

- ✓ осъществяване на диагностично-лечебни дейности в обем и качество водещи до възстановяване на здравето на населението;
- ✓ създаване на условия за постигане намаление на смъртността, чрез професионална работа в лечебения процес;
- ✓ намаляване на други неблагоприятни последици от факторите на околната среда: лошо физическо здраве, лошо социално положение, намалена трудоспособност;
- ✓ изнасяне на специалисти чрез високо специализирани дейности за подпомагане на доболничната помощ
- ✓ подобряване качеството на медицинските услуги и интервенции и спазване на изискванията на медицинските стандарти;
- ✓ намаляване и прецизиране на рехоспитализациите;
- ✓ намаляване разпространението на определени болести и облекчаване на страданията им.

За постигане на набелязаните цели МБАЛ „д-р Братан Шукеров” АД гр. Смолян изпълнява набелязани насоки за развитие, които включват:

- управление на лечебното заведение за постигане на устойчивост и конкурентноспособност в пазарни условия.

- окомплектоване с необходима медицинска апаратура и замяна на амортизираната такава;
- усъвършенстване и повишаване квалификацията на човешките ресурси;
- търсене възможности за увеличаване на финансовите ресурси;
- оптимизиране на общоболничните разходи.

4.2. ОБЩА ОЦЕНКА НА ПОТЕНЦИАЛА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

ДИНАМИКА НА ОСНОВНИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ДЕЙНОСТТА НА СТАЦИОНАРА

Таблица 3. Показатели за лечебно-диагностичната дейност за периода 2006-2010г.

Показатели	2006	2007	2008	2009	2010
средно годишен брой легла	320	326	321	317	310
брой преминали болни	14 428	14 209	14551	15336	15264
реализирани леглодни	93 476	94 703	93760	92693	90581

При така представените общи показатели за последните пет години в лечебното заведение може да се каже, че прии непрекъснато намаляване на населението и легловия фонд на болницата, хоспитализираните болни поддържат макар и не висока тенденция на нарастване с изключение на 2010г. Причините за това са комплексни. Не малък дял се дължи на влошената структура на населението с увеличаващия се дял на възрастното население. Това население е определено обременено с хронични

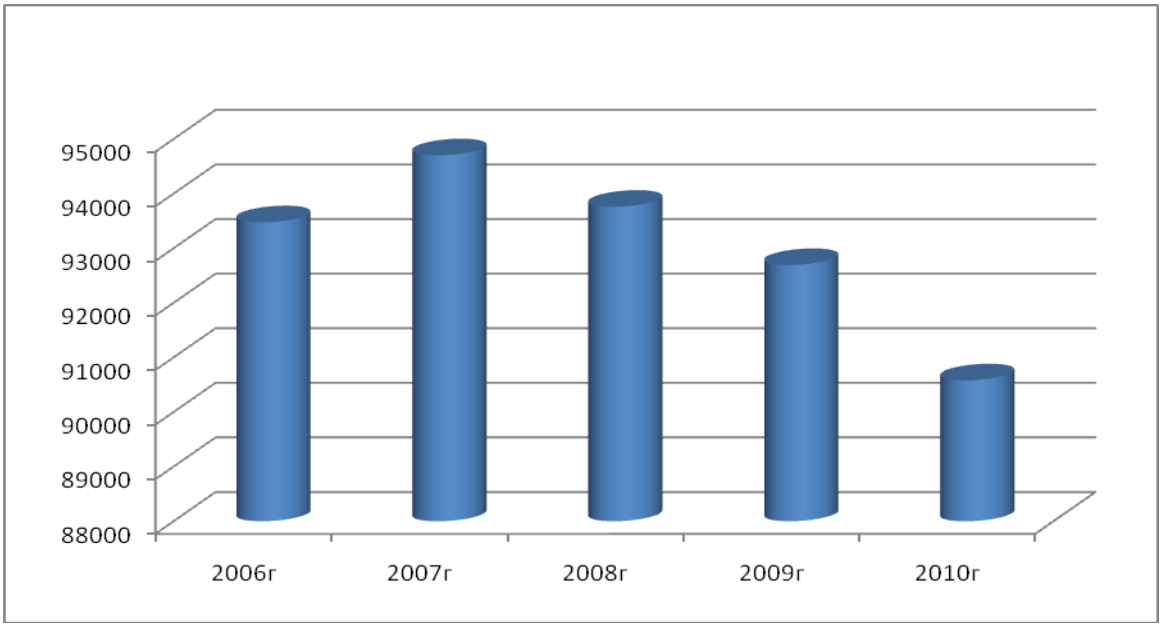
заболявания, най-вече на сърдечно – съдовата, дихателната, ендокринната и нервна системи и които заболявания водят до чести декомпенсации.

Друга причина е известния факт, че част от населението не провежда достатъчно качествено поддържащо лечение, както поради финансови предпоставки, така и от затруднен и неравнопоставен достъп до специализирана медицинска помощ.

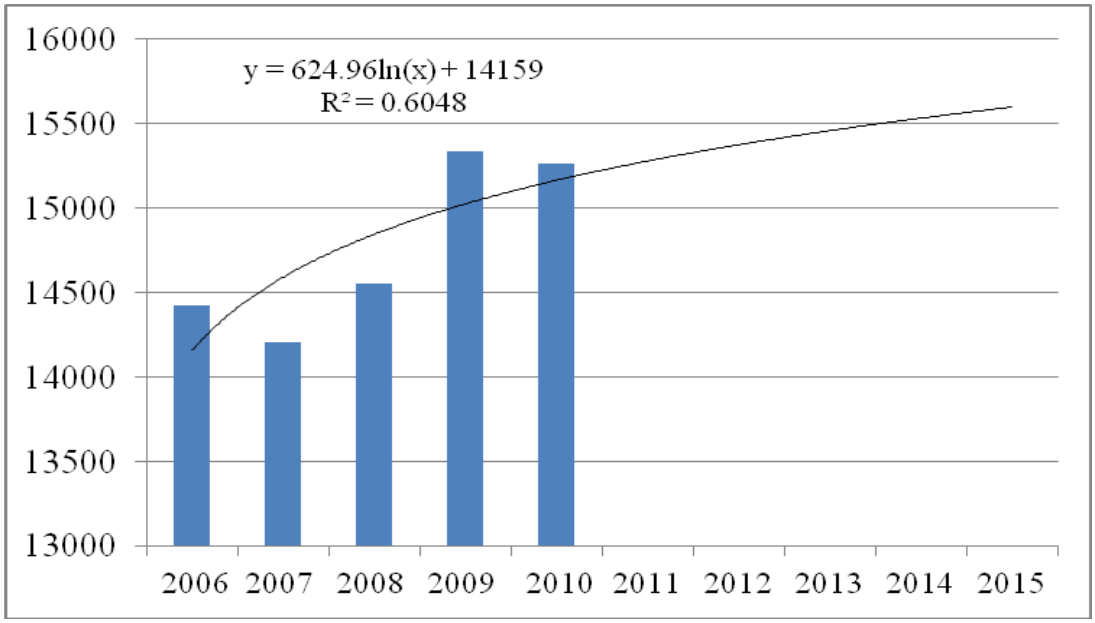
Определено като фактор в увеличаването на хоспитализациите има и провежданата здравна реформа, по-точно въвеждането на „клиничните пътеки" и използването им като основен метод за финансиране на дейността на лечебните заведения за болнична помощ, каквото е и МБАЛ Смолян. Този факт се потвърждава и от данните за 2010г., когато е отчетено намаление на всичките показатели характеризиращи лечебната дейност и най-вече преминалите болни. През тази година бяха въведени прогнозните /делегирани/ бюджети на болниците.

Динамиката на основните показатели за дейността на стационара са отражение от политиката на МЗ за ограничаване на хоспитализациите и въвеждането на делегираните бюджети за финансиране на дейността през второто полугодие на 2010г. Приложения №№ 1,2,3,4

Фигура 9. Реализирани леглодни за периода 2006 г. – 2010 г.



Фигура 10. Преминали болни за периода 2006 г.-2010 г. и тенденция до 2015г.

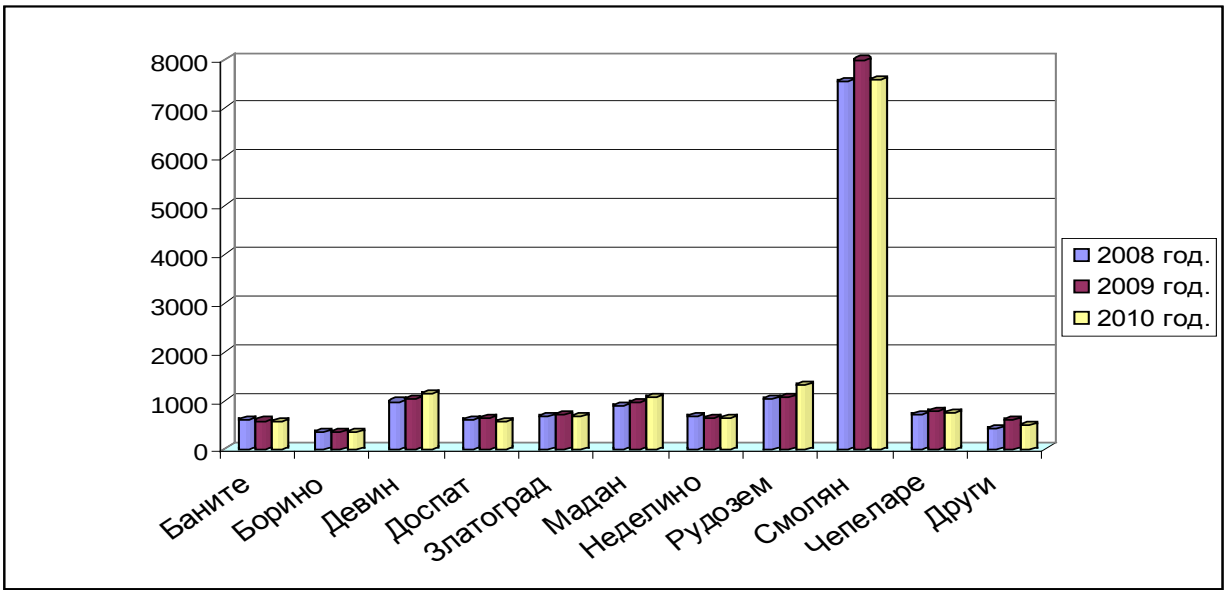


Тенденцията до 2015г. е броят на преминалите болни да се увеличава.

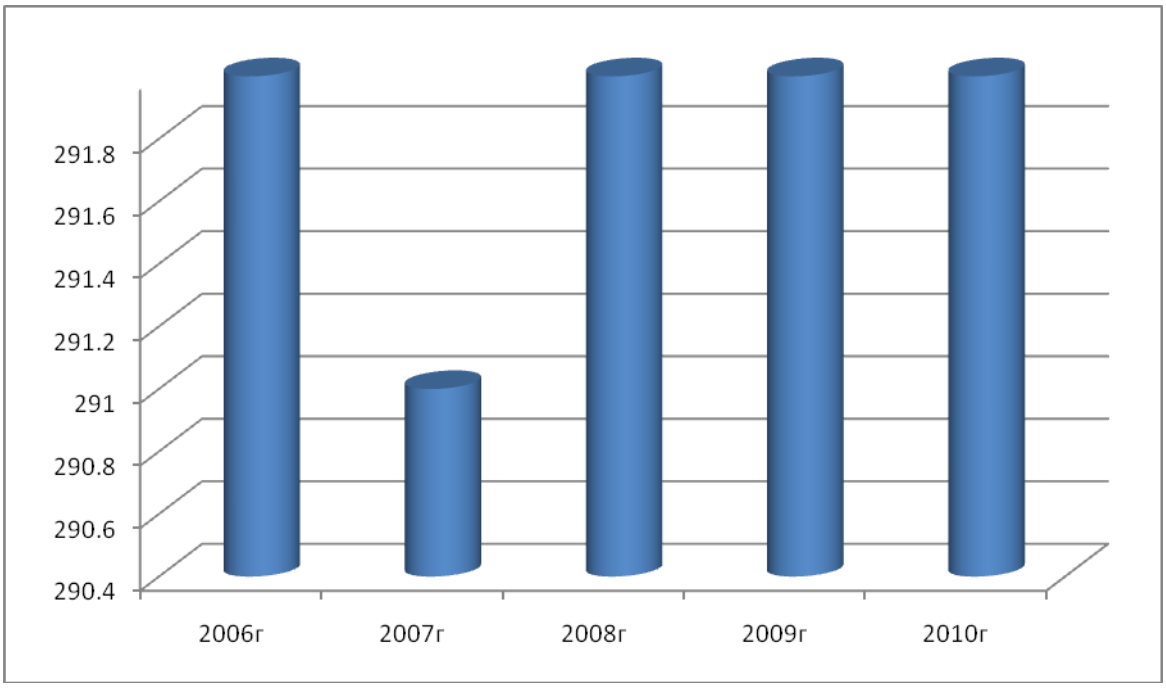
Таблица 4. Преминали болни през МБАЛ разпределени по общини

Община	**2008**	**2009**	**2010**
Баните	592	585	558
Борино	338	350	346
Девин	978	1 024	1 132
Доспат	588	627	574
Златоград	689	702	686
Мадан	876	957	1 069
Неделино	668	634	644
Рудозем	1 042	1 066	1 320
Смолян	7 552	7 986	7 580
Чепеларе	701	784	760
Други	422	593	484

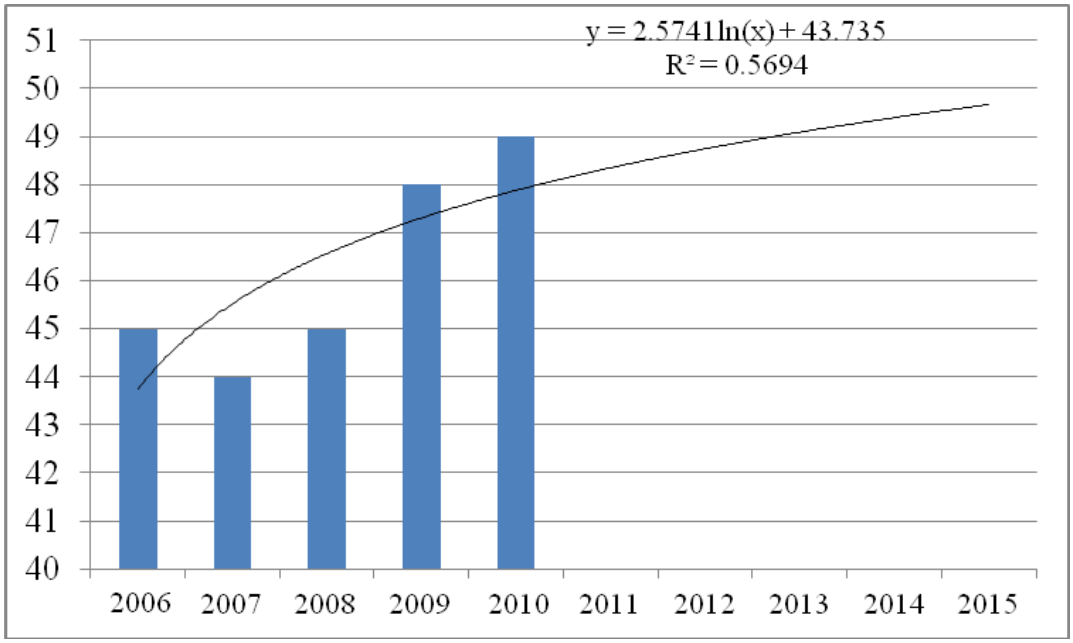
Фигура 11. Преминали болни през МБАЛ разпределени по общини



Фигура 12. Използваемост на легловия фонд (в дни) за периода 2006 г. – 2010г.



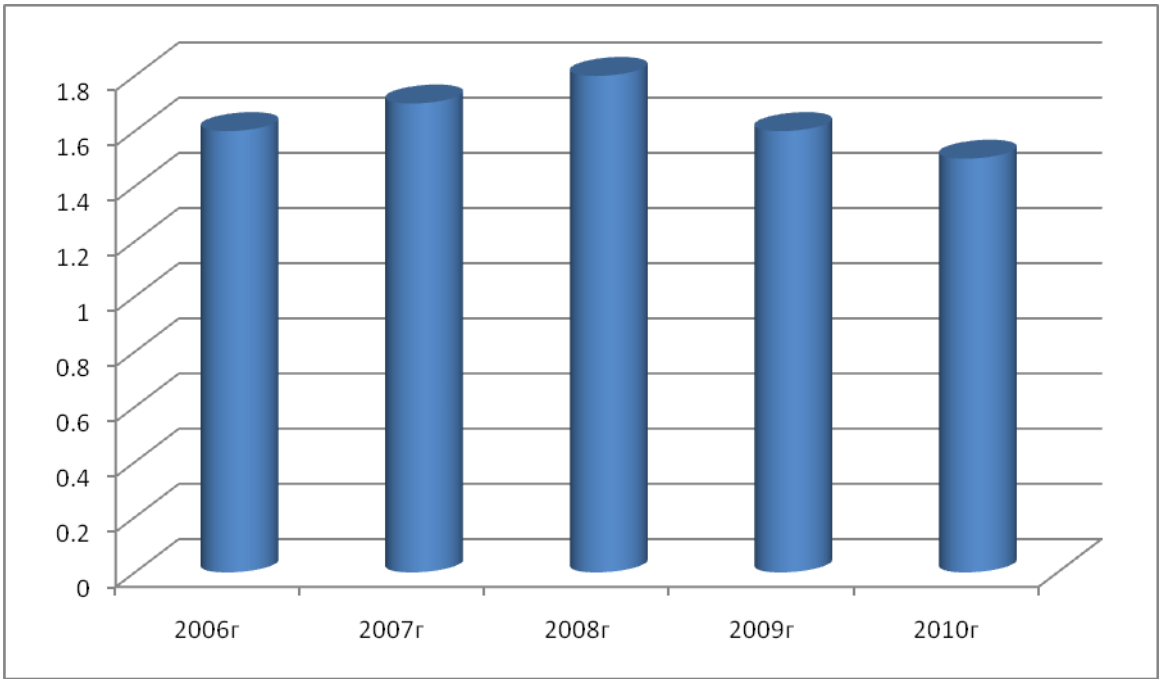
Фигура 13. Оборот на леглата за периода 2006 г. – 2010 г. и тендеция до 2015 г.



Болничен леталитет

Отчита се намаляване на показателя болничен леталитет от 1.65 през 2009 год. на 1.5% през 2010 год.

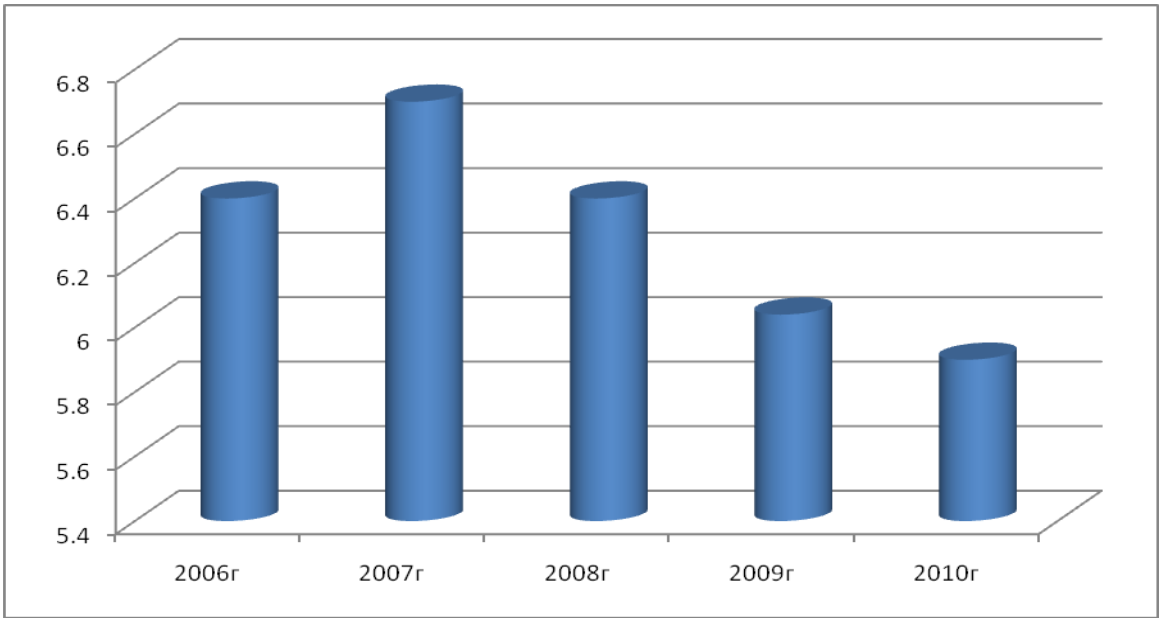
Фигура 14. Болничен леталитет за периода 2006 г. – 2010 г.



Среден престой на преминал болен

Средният престой на един преминал болен за болницата през 2010 г. е 5.93 дни при 6.04 дни за 2009 год. Влияние върху средния престой оказва въвеждането на клиничните пътеки и изискванията за престой регламентирани там.

Фигура 15. Среден престой на преминал болен за периода 2006 г. – 2010 г.



Раждаемост

През изминалата година са регистрирани 821 раждания с 831 живородени и 8 мъртвородени при 823 раждания със 820 живородени и 9 мъртвородени за 2009 год., извършени са 230 аборта при 228 през предхождащата година.

4.3. ФИНАНСОВО ИКОНОМИЧЕСКИ АНАЛИЗ НА МБАЛ „Д-Р БРАТАН ШУКЕРОВ" АД СМОЛЯН

Активи

Активите на болницата в края на 2010г. са в размер на 7 157 хил. лв. и включват:

- **Дълготрайни материални активи в размер на 5 257 хил. лв.** които по структура включват:
  - Сгради и конструкции – 1 869 хил. лв.
  - Машини , оборудване и апаратура – 3 077 хил. лв.
  - Съоръжения /инсталации за медицински газове – 134 хил. лв.
  - Транспортни средства – 104 хил. лв.
  - Други ДМА / стопански инвентар, обзавеждане/– 73 хил. лв.

За отчитане на дълготрайните материални активи е възприет стойностен праг на същественост 200 лв., под която стойност активите се изписват на разход или ако се ползват по- продължителен период от време се завеждат в материална сметка за наблюдение на движението им.

При определяне на годишната амортизация данъчно амортизационните активи се наблюдават по категории и амортизационни норми се определят съгласно чл. 54, ал.2 от ЗКПО.

Разходите за амортизации към 31.12.2010 год. са в размер на 927 хил. лв.

- **Дълготрайни нематериални активи** – в размер на 25 хил. лв., включващи стойността на програмните продукти на болницата.
- **Дългосрочни финансови активи –** в размер на 5 хил. лв., включващи стойността на дългосрочни инвестиции от предоставени средства на дъщерна фирма – ДКЦ Смолян ЕООД.

- **Текущи (краткотрайни) активи** към 31.12.2010 год. са в размер на 1870 хил. лв.

Пасиви

Пасивите на лечебното заведение са в размер на 7 157 хил. лв. и включват:

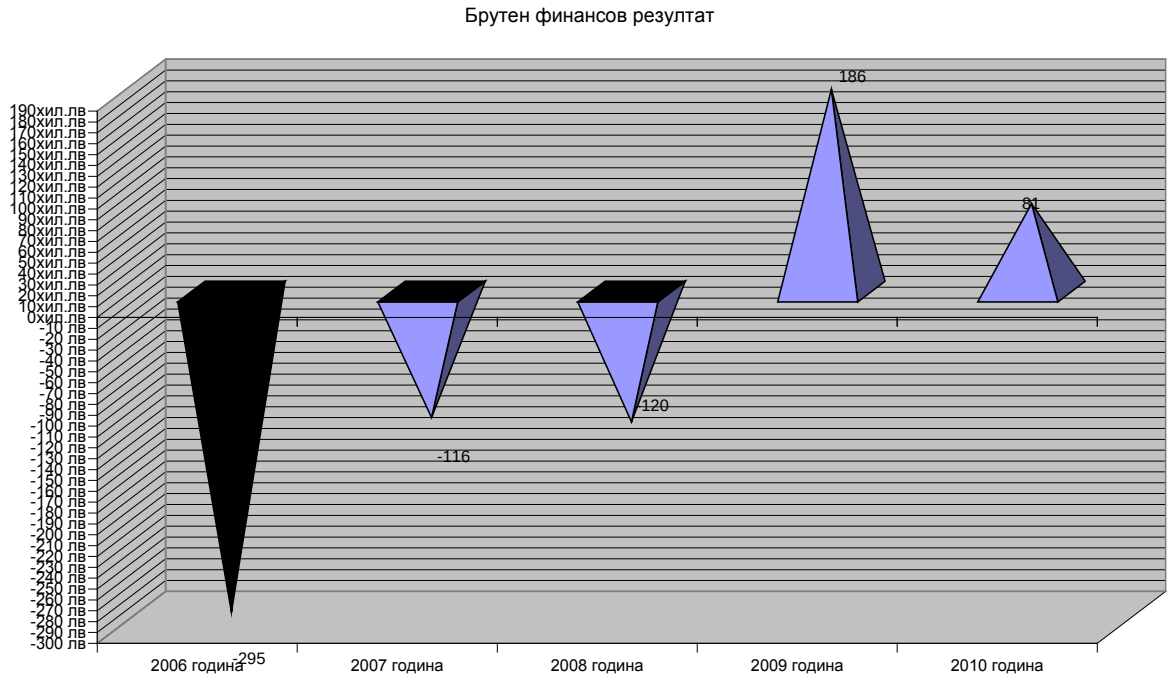
- **Собствен капитал** в размер на 3 007 хил. лв., формиран от:
- **Записан капитал** в размер на 2 982 580 лв., разпределен в 298 258 поименни акции, като всяка една е с номинал 10 лева, както е вписано в Търговския регистър при Агенцията по вписванията. Същият е разпределен, както следва:

➢ Държавата , представлявана от	
➢ Министъра на здравеопазването	191 312 акции
➢ Община Смолян	35 105 акции
➢ Община Мадан	11 598 акции
➢ Община Девин	11 189 акции
➢ Община Златоград	11 021 акции
➢ Община Рудозем	8 377 акции
➢ Община Доспат	7 558 акции
➢ Община Чепеларе	7 140 акции
➢ Община Неделино	6 543 акции
➢ Община Баните	5 377 акции
➢ Община Борино	3 038 акции

- **Резерв –** 197 хил. лева. Средствата са формирани от преоценка на активите и пасивите през 2003 год. в размер на 102 хил. лв. , образувания фонд „Резервен” – 110 хил. лв. от печалбата в края на 2005 и 2006 год.и 2009 г., съгласно чл. 33 от Устава на МБАЛ „Д-р Братан Шукеров” АД, гр. Смолян.

- **Финансов резултат –** текущата печалба към 31.12.2010 год. е в размер на 81 хил. лева. Натрупаната загуба от минали години е 269 хил. лв.

Фигура 16. Реализиран финансов резултат за периода 2006 – 2010 г.



Данните от графиката сочат, че до 2008г. болницата е трупала финансови загуби от реализираната дейност, през 2009г. лебеното заведение реализира печалба, която тенденция се запазва и през 2010г., макар и в по-малък размер. Трябва да се отчете и факта, че 2010г. беше и една от трудните финансови години за болничния сектор , тъй като болниците бяха поставени в условия на недофинансиране на извършената дейност и въвеждане на крайно рестриктивни лимитирани бюджети от страна на НЗОК.

Таблица 5. Финансово ресурсна осигуреност и извършени разходи за периода 2006 -2010г. в МБАЛ Смолян

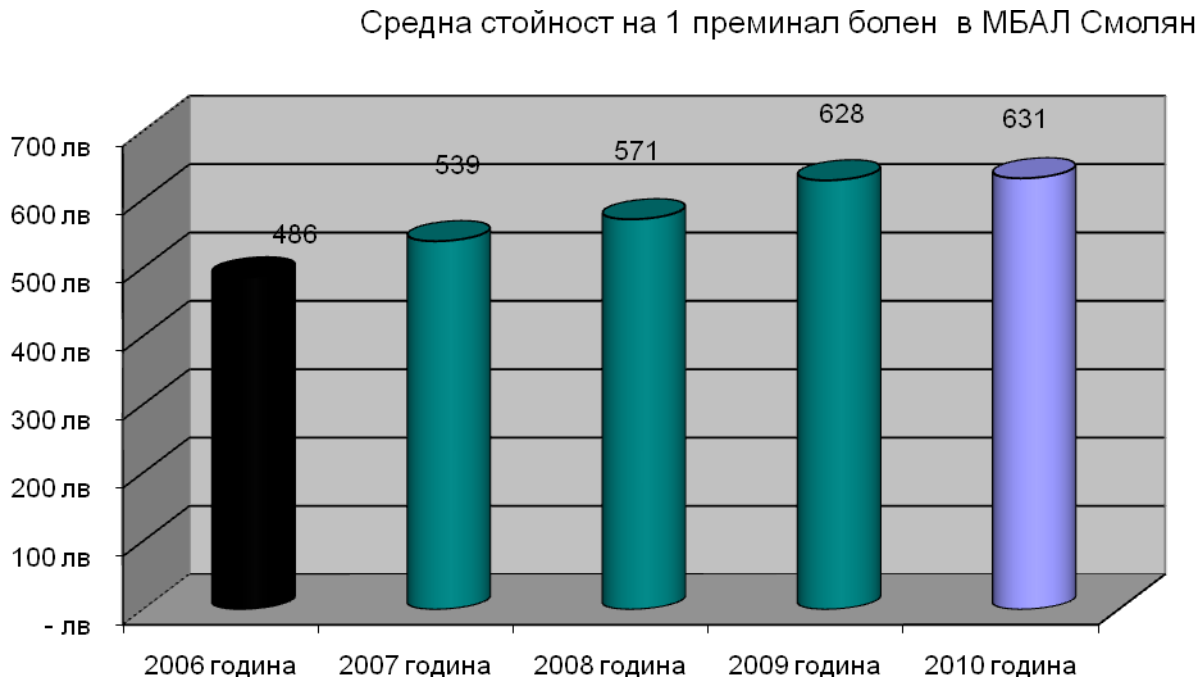
	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.
I ПРИХОДИ ОБЩО	**7492636**	**7667871**	**8202778**	**9832971**	**9712593**
Приходи от продажба на услуги	206361	223845	212916	281160	390392
Приходи от субсидия	919338				
Приходи от НЗОК	5910211	5785436	6313956	7348385	7109640
Приходи от дарения	10775	62988	48585	59153	37315
Приходи от други продажби	234738	16487	249855	167767	87863
Други приходи	211213	335000	228657	638101	740342
Приходи от МЗ		1244115	1148809	1338405	1346640
Приходи от общината		0	0		0
Приходи от ДЗОФ		0	0		401
II. РАЗХОДИ ОБЩО	**7317230**	**8070951**	**13090402**	**10664000**	**9796355**
1.ТЕКУЩИ РАЗХОДИ	**7006061**	**7664479**	**8314456**	**9627742**	**9631066**
Заплати и възнаграждения	2924582	3275196	3679607	4283306	4235764
Други възнаграждения	45209	64345	72308	34319	60600
Социални и здравни осигуровки	744119	762794	750903	760917	706159
Издръжка	**3292151**	**3562144**	**3811638**	**4549200**	**4628543**
Храна	115029	171076	201774	210450	196930
Медикаменти	1130170	1185318	1274956	1359875	1253622
Медицински консумативи	567328	691764	680628	731466	754239
Материали, горива и енергия	527620	557640	651523	602475	725960
Други материали	119097	167963	179717	344834	131849
Външни услуги	29600	298900	340777	360221	531300
Текущ ремонт	28496	41423	42498	35575	72538
Разходи за амортизации	448453	413384	429745	864864	927389
Други разходи	355958	333576	350797	399661	566016
2. КАПИТАЛОВИ РАЗХОДИ	**311169**	**406472**	**4775946**	**1036258**	**165289**

Фигура 17. Реализирани приходи и разходи за периода 2006 г. – 2010 г.

Данните представени в графичния и табличен вид показват непрестанна тенденция на увеличение както на реализираните приходи, така и на извършените разходи от болницата. Като позитивен може да се отчете факта относно изпреварващото увеличение на приходите в сравнение с по-ниския темп на увеличение на разходите.

Увеличаването на извършените разходи от лечебното заведение води и до повишаване на средните икономически стойности за извършената медицинска услуга, като например средния разход за преминал болен, поято тенднеция е показана по – долу.

Фигура 18. Средна стойност на преминал болен за периода 2006 г. – 2010 г.



По важните показатели, характеризиращи финансово – икономическото състояние на дружеството през 2010г. показват позитивна тенденция. Финансовият резултат за отчетния период е положителен и коефицентите на рентабилност и капитализация на активите са положителни величини.

Коефициентът на рентабилност на приходите от продажба представлява отношението между счетоводната печалба и нетните приходи от продажби и за 2010г. е 0.01. Коефицентът на рентабилност на собствения капитал е 0.03 и представлява отношение между счетоводната печалба и собствения капитал. Коефицентът на капитализация на активите – отношение на финансовия резултата към сумата на реалните активи е 0.02 т.е. през отчетния период, дружеството е печелило 2лв. от 100лв. налични активи.

Разходите на дружеството не превишават приходите му и *коефициентът на ефективност на разходите* е 1,01 т.е. с 1 лв. разходи са реализирани 1,01 лв.приходи

Коефициентът на ефективност на приходите е 0,99 .т.е за реализирането на 1лв.приходи през отчетния период са вложени 0,99 лв. разходи.

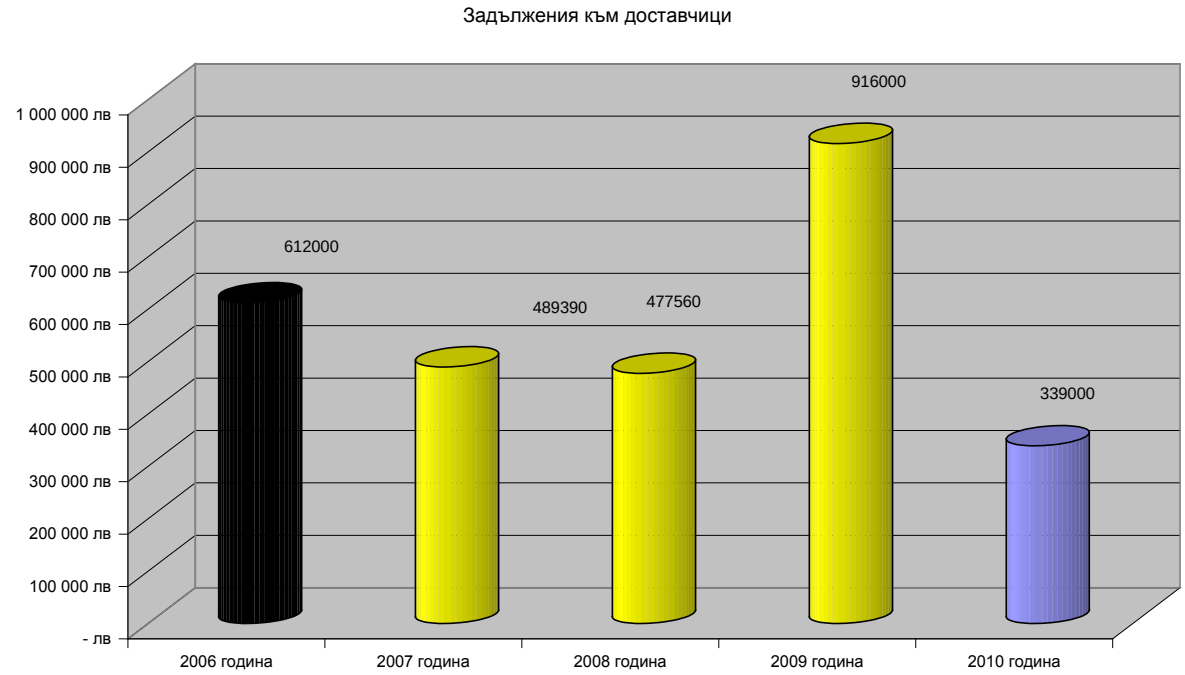
През 2010г., въпреки затрудненатa финансова среда, дружеството поддържа добро ниво на своята способност да изплаща текущите си задължения с наличните краткотрайни активи, което е видно от показатерите за ликвидност. *Коефициентът на обща ликвидност*- отношение на краткотрайните активи към краткосрочни задължения е 2,28 при 1,78 за 2009г. *Коефициентът на бърза ликвидност* за 2010г.е 1,61 спрямо 1,37 за 2009г. *Коефициентите за ликвидността* показват, че с наличните си краткосрочни активи дружеството може да покрие всичките си краткосрочни задължения.

Показателите за финансова автономност бележат увеличение спрямо предходната година. Те представляват количествена характеристика на степента на финансова независимост на лечебното заведение от кредиторите и показват стабилност на финансовото състояние на дружеството. Коефициентът на финансова автономност представлява отношение на собствения капитал към пасива и за 2010г.е 0,42, спрямо 0,30 за 2009г. което показва увеличение на финансовата автономност на дружеството през годината.

Коефициентът на задлъжнялост за 2010г. е 2,38 спрямо 3,37 за 2009г.

Намалени са задълженията на дружеството към доставчици и клиенти спрямо 2009г., както и общите задължения на 821 хил.лв. към 31.12.2010г. спрямо 1 199 хил.лв. за 2009г.

Фигура 19. Задължения на болницата за периода 2006 г. – 2010 г.

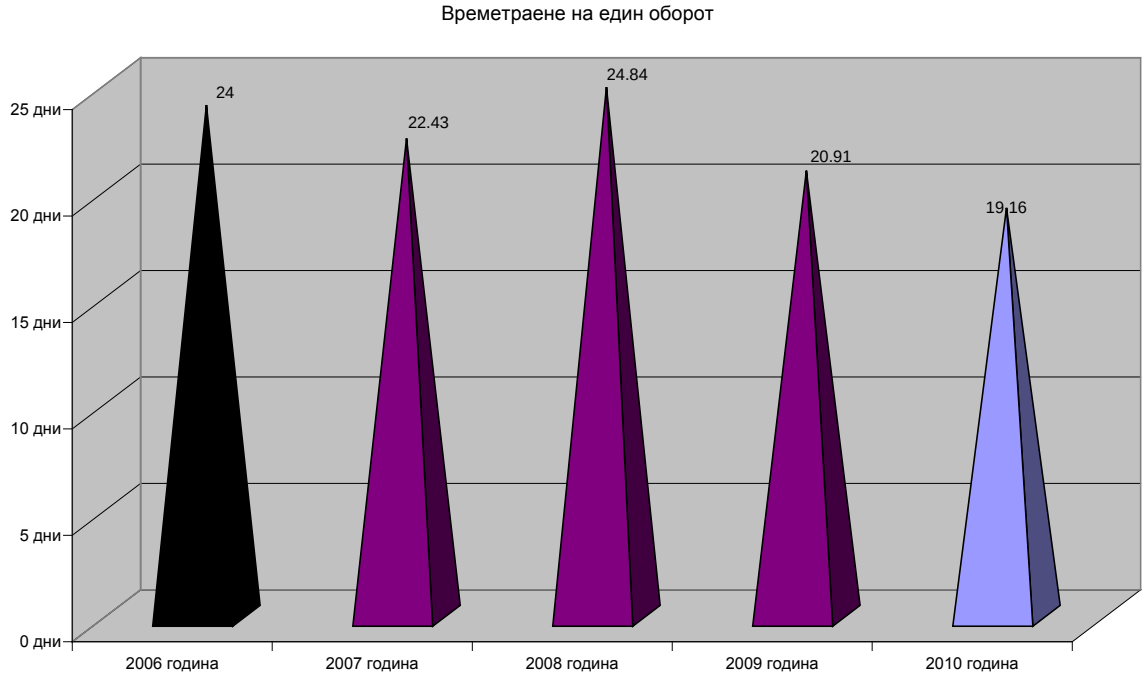


Данните за задълженията на болницата за последните 5 години сочат приблизително постоянни стойности с изключение на 2009г., когато лечебното заведение е приключило годината със значителни за своя обем дейност задължения към доставчици. Основната причина за това е започналото в края на 2009г. недофинансиране или заплащане на част от извършената дейност от страна на НЗОК. Независимо от финансовата дискрикция през 2010г. вследствие на добрата финансова политика лечебното заведение показва най-ниски стойности на задължения към доставчици, въпреки наличието на недофинансиране на дейността и финансовите ограничения, поставени от единствения финансов източник в лицето на НЗОК.

Времетраене на един оборот в дни

Отношението на средната годишна наличност от материалните запаси към приходите от основна дейност е 19,16 при 20,91 за 2009г. т.е. този показател показва намаление времетраенето на един оборот.

Фигура 20. Динамика на времетраенето на материалните запаси за периода 2006 г. – 2010 г.



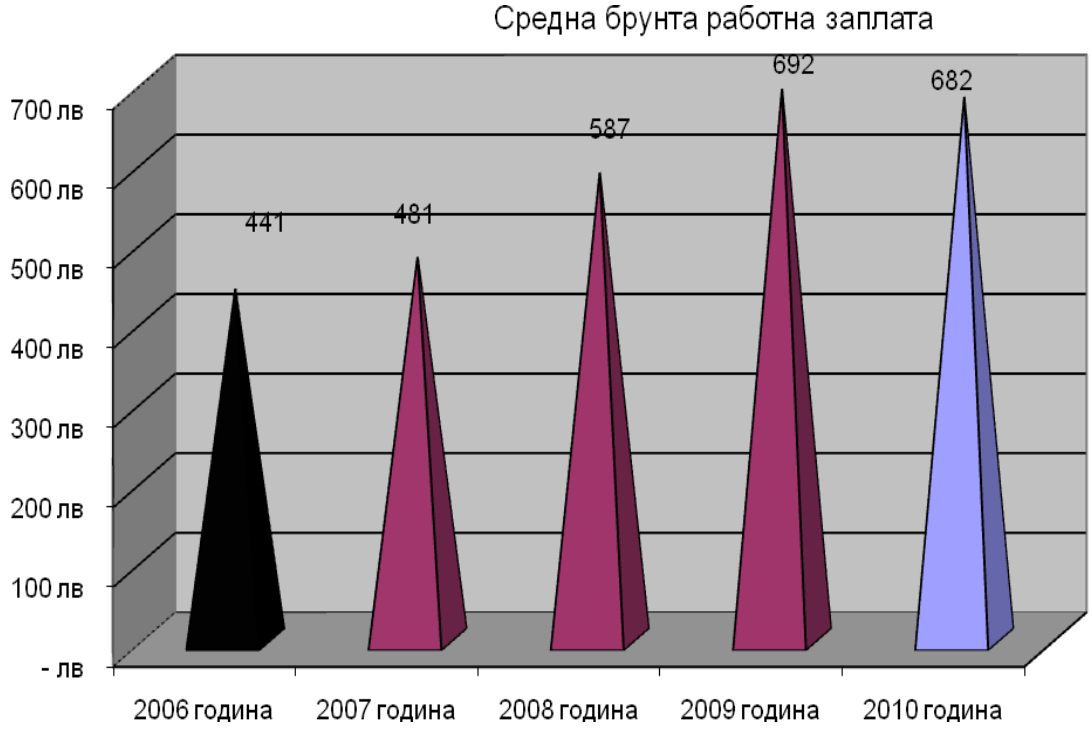
И по отношение времетраенето на един оборот данните показват тенденция към намаляване, т.е. стремеж към незадържане на материални запаси и бързото им вкарване в оборот за извършване на дейността в правилна посока.

4.4. АНАЛИЗ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ

Таблица 7. Персонал в МБАЛ Смолян за периода 2008 – 2010г.

Години	Общ брой	Висш медиински	Висш немедиински	Медицински специалисти	Друг персонал
2008	489	95	6	223	165
2009	483	91	7	220	163
2010	494	97	8	222	167

Фигура 21.Реализирана средна брутна работна заплата на едно лице за периода 2006 г. – 2010 г.



Въпреки, че данните сочат за непрестанно нарастване на средствата за възнаграждение и средната работна заплата, те все още не са достатъчни за по-голяма мотивация на медицинския персонал, Това е и една от причините структурата на медицинския персонал да бъде крайно тревожна и обезпокояваща за близкото бъдеще.

Състоянието на човешките ресурси през 2010г. по специалности

ЛЕКАРИ – 97

- със специалност – 77
- в пенсионна възраст 13
- предстои пенсиониране до 3 год. – 9
- предстои пенсиониране до 6 год. – 10

СЕСТРИ – 222

- в пенсионна възраст 17
- предстои пенсиониране до 3 год. – 14
- предстои пенсиониране до 6 год. – 42

Като цяло кадровото обезпечение на болницата е нестабилно и незадоволително. Общата възрастова структура на персонала е нестабилна поради факта, че 50% от персонал е на възраст 50 и над 50г., а 33% от лекарите са в пенсионна и предпенсионна възраст. Налице е застаряване като цяло на медицинския персонал, който показател е характерен за цялата област.

Към 31.12.2009г. броят на лекарите в болницата е 97 при леглови фонд от 323 легла. Средно един лекар обслужва 3 легла.

Осемдесет и пет процента или 77 от лекарите са с призната специалност, а с две и повече специалности са16.

Съотношението на лекари към медицински специалисти е 1: 2,29.

При така изложената структура на медицинския персонал е необходимо да бъдат насочени сериозни усилия за изготвяне на една дългосрочна кадрова политика.

Основни резултати и изводи от анализа на лечебното заведение:

1. МБАЛ „Д-р Братан Шукеров" АД гр.Смолян утвърди лидерските си позиции на водещо лечебно заведение в региона.
2. Защитени са максимално възможните нива на компетентност за областна болница, като повечето отделения са второ ниво на компетентност, а три от болничните структури са с трето ниво на компетентност.
3. Основните показатели характеризиращи дейността на лечебното заведение поддържат стабилни стойности.
4. Независимо от нерегулярното финансиране, лечебното заведение приключва 2010г. с печалба, като е постигнато намаление на задълженията, и няма просрочени задължения.
5. Лечебното заведение приключва финансовата 2010г. в много добро състояние.

Основни компетентности и Конкурентни предимства

Към настоящия момент болницата има добра позиция в областта на здравната система, съобразена с основните потребности на пазара, предвид наличния екип от професионалисти и медицинска апаратура, осигуряващи най-високо в областта ниво на компетентност в изпълнение на приетите медицински стандарти. Осъществяват се коплексни медицинска услуги, съобразени с личните предпочитания, индивидуалност и достойнство на всеки човек. Политиката на ръководството е насочена към отговорност пред пациенти, персонал, общество. Налице е открита комуникация между пациентите и персонала, изграждането на доверие в съответствие с най-високите етични стандарти.

4.5. SWOT АНАЛИЗ НА МБАЛ „Д-Р БРАТАН ШУКЕРОВ" АД

SWOT анализът обхваща последователно външните за фирмата (неконтролируемите) фактори и условия и вътрешните фактори и условия, които предприятието може да управлява за постигане на своите цели. SWOT анализът е основно средство на мениджмънта на бизнес организацията при стратегическото планиране. В следващата таблица са показани силните и слабите страни на болницата, както и благоприятните възможности и заплахи пред нея.

Таблица 8. SWOT анализ на МБАЛ "д-р Братан Шукеров" АД

Силни страни	Слаби страни
• МБАЛ Смолян е утвърдено лечебно заведение за болнична помощ в областта. • Развити инвестиционни възможности. • Добре структурирана • С добра материално-техническа база • Болницата разполага с широк	•Неритмично заплащане на извършената здравна услуга •Създаване на постоянен стереотип за търсене извън областта на високотехнологични здравни услуги •Трудности по привличане на млади кадри •Лош имидж на отделни

спектър от специалисти с основни специалности • Наличие на медицински структури, единствени за областта • Одобрен инвестиционен проект по ОП «Регионално развитие», който ще допринесе за високотехнологично медицинско оборудване в болницата и изпълнение на енергийно-ефективни мерки • Добра колаборация със специалистите в доболничната помощ • Намаляващи разходи за поддръжка на сградовия фонд • Липса на текущи и просрочени задължения, положителен финансов резултат в последните години.	специалисти •Пасивно отношение на държавните и общински институции към темпа на новите инвестиции, поддържащи високотехнологични параметри на болницата. • Недостатъчно развита система на доброволно здравно осигуряване с ограничен, нередовен поток от пациенти. • Неясноти, нови изисквания за субсидиране на работата на хемодиализа, интензивно лечение, инвестиционни проекти.
Благоприяни възможности	**Заплахи**
•Разкриване на нови здравни дейности в болничните и доболнични структури за диагностика и лечение; •Подобряване на качеството на извършваните до сега дейности чрез изпълнение на Програмата за управление и устойчиво развитие на качеството •Максимално скъсяване на лечебно-диагностичния процес •Търсене и намиране на допълнителни източници на финансиране •Подобряване на връзките с обществеността •Увеличаване на рекламната	• Договорените с НЗОК прогнозни бюджети на болниците не гарантират запазване на обемите дейност по клиничните пътеки. • Намаляване приема на пациенти. • Децентрализирането на търга за лекарствени продукти за пациенти на хемодиализа създава условия за намаляване или отказ на търговската отстъпка на цените на лекарствените продукти. • По-ниски бюджети от НЗОК • Намаляване броя на платените пациенти, в следствие продължаващата финансова криза

дейност и медийната политика • Обучение на специализанти и медицински специалисти. • Скрининги на различни професионални групи с оглед постигане на ранна диагностика на професионалните болести. • Подобряваща се бизнес среда – утвърждаваща се нормативна база, по-голяма прозрачност на процедурите и др.; • Сътрудничество с други лечебни заведения и медицински университети; • Развитие на информационно консултански услуги;	• нарастване на конкуренцията в отрасъла; • Намаление на пациентите, търсещи здравни услуги, които не се поемат от НЗОК. • Силна зависимост от вносни материали и консумативи, което може да доведе до повишаване на цените • Забавяне на плащанията от НЗОК, водещо до невъзможност за доставка на време на материали, реактиви и консумативи

Анализа на вътрешните характеристики /*силните и слабите страни/* и средата /*заплахите и възможностите*/ дават възможност за получаване на обобщени оценки на потенциала на лечебното заведение.

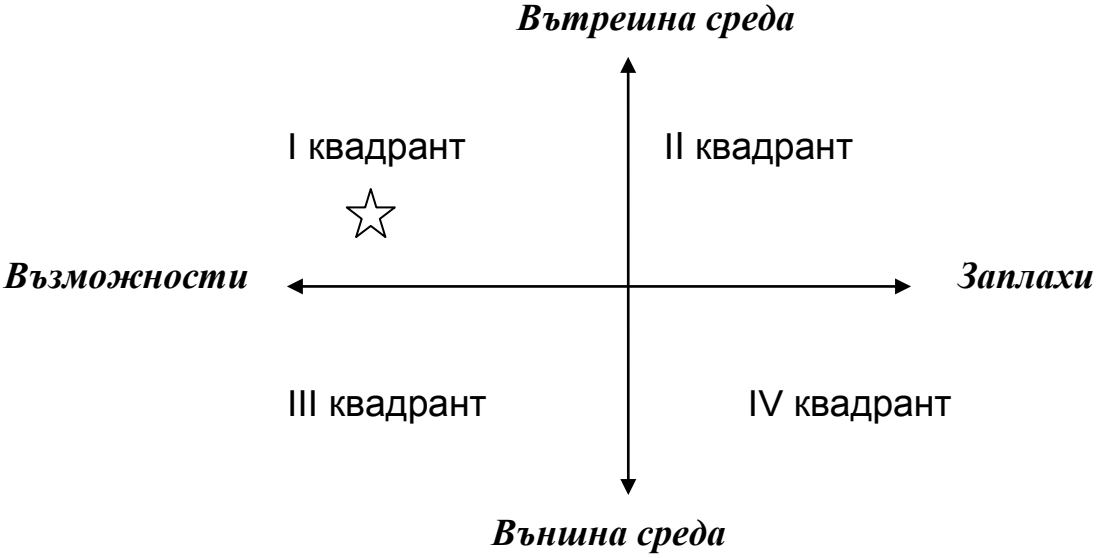
- Обобщаващата оценка за **“вътрешните възможности**” на болницата показва, че очакванията за влиянието на факторите на силните страни в развитието на болницата са оптимистични. Факторите, на които ще разчита са преди всичко добрата материална осигуреност, качественото медицинско обслужване на пациентите, развитието на продуктовия портфейл с нови медицински услуги, добрата позиция спрямо другите структури на болничната система.
- Обобщаващата оценка за **“външната среда”** показва, че очакванията за промяна и влиянието на средата върху развитието на лечебното заведение е от съществено значение. Оценката на

средата е по-предпазлива от оценката на лечебното заведение, което е свързано с трудността и риска от съставянето на по-точни прогнози.

Позициониране на МБАЛ “д-р Братан Шукеров” АД

Въз основа на данните може да се посочи, че силните страни са повече от слабите страни. МБАЛ “д-р Братан Шукеров” АД се позиционира в I квадрант, при това си позициониране тя трябва да предприеме стратегия за съчетаване на силните си страни и благоприятните възможности и да неутрализира слабите си страни и заплахите.

Фигура22. Позициониране на МБАЛ “д-р Братан Шукеров” АД



4.6. ПОРТФОЛИО АНАЛИЗ НА МБАЛ „Д-Р БРАТАН ШУКЕРОВ” АД

Портфолио модел на Бостънската консултантска група

Този модел на Бостънската консултанска група изисква малко данни и дава ясен резултат. Поради тази причина той е един от най-широко прилаганите портфолио анализи. Факторите, които формират силните страни на фирмата са: пазарен дял, качество, ефективност на

производството, репутация, цени. От своя страна, факторите, които определят привлекателността на подотрасъла се свеждат до обем на продажбите, годишно нарастване на продукцията, изисквания за инвестиции, изменения на научно техническия прогрес и др.

В зависимост от това в кой квадрант на матрицата попада дадена фирма като цяло или по отделни показатели, характеризиращи дейността, се възприемат различни стратегии: инвестирай, разширявай производството, избирай, увеличавай печалбата и изтискай възможното и се освобождавай от продуктите. От продукти, които се определят като „дойни крави" се формира голяма част от печалбата на фирмата. Тази натрупана печалба от „дойните крави" се изразходва от или по-точно за продукти, които вече не се търсят на пазара, такива продукти са „кучетата". Този анализ дава възможност едновременно за количествена и качествена оценка, за вземане на решение, когато се налага да концентрираме усилията си, върху продукти които ще допринесат за просперитет и развитие на болницата в бъдеще. Да се инвестират средства за перспективните, иновационните, високотехнологично - качествените продукти, които са от значение за стратегията на болницата.

При разглеждане тенденцията за търсенето на услуги, предлагани от МБАЛ "д-р Братан Шукеров" АД, матрицата на Бостънската консултанска група ще изглежда така, както е показано на следващата фигура:

Фигура 23. Матрица на Бостънската Консултантска Група за МБАЛ "д-р Братан Шукеров" АД

Нарастване на пазара	Голям	**„Звезди"** Инвазивна кардиология, лапароскопска и ендоскопска хирургия; ендоскопска гастроентерология	**„Въпроси"** Лабораторни изследвания
	Малък	**„Дойни крави"** Кардиология; Вътрешно отделение; Хирургия	**„Кучета"** ТЕЛК, УНГ отделение, Очно отделение
Пазарен дял		Голям	Малък

4.7. Цели и критични фактори за успеха

За да разграничи своята пазарна позиция от тази на конкурентите, МБАЛ "д-р Братан Шукеров" АД трябва да работи в следните направления:

- услуга;
- персонал;
- материална база
- имидж.

Стратегически фактори	✓ Изграждане на концепция за териториално покритие на областта. ✓ Разработване на стратегия за партньорство с чуждестранните фирми, навлизащи на пазара и притежаващи по-добри финансови и технически и технологични условия и средства. ✓ Развитие в трансграничното сътрудничество
Пазарни фактори	✓ Развиване на маркетингов план с цел покритие на областа, както и в трансгаринчното пространство. ✓ Дългосрочни партньорски взаимо-отношения с фондове за ДЗО.
Финансови фактори	✓ Налагане на ограничения на финансирането на здравни дейности

	✓ Осигуряване на проектно оборотно финансиране. ✓ Забавяне на плащания ✓ Намаляване на променливите разходи
Управленски фактори	✓ Ефективно и гъвкаво управление на ресурсите на болницата за достигане на максималния капацитет. ✓ Навременно и гъвкаво опериране с необходимия брой служители по структури, в зависимост от развитието и изискванията на пазара.
Организационни фактори	✓ Актуализация на процесите и организационната структура спрямо развитието на болницата и на пазара. ✓ Осигуряване и развитие на необходимите квалификация и компетентност.
Човешки фактори	✓ Разработване и внедряване на програма за непрекъсната квалификация на служители. ✓ Прецизиранене на системата за мотивиране на служители, предпазваща фирмата от head-hunting.

ГЛАВА ПЕТА

ПОДХОД ЗА ЕФЕКТИВНО УПРАВЛЕНИЕ НА РЕСУРСИТЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО НА РЕГИОНАЛНО НИВО

Въпреки непрекъснатото нарастване на средствата за здравеопазване, несъответствието между финансиране и здравни показатели на населението се задълбочава. Това показва неефективно управление на ресурсите и некачествена здравна грижа. Важна характеристика на ефективния здравен мениджър е стилът на неговото ресурсно мислене. Постигането на висока ефективност в дейността на здравната система на доболнично и болнично ниво поставя оперативния мениджър пред необходимостта от адекватен подход към анализа и оценката на ресурсите.

В тази насока изследователите отбелязват, че често подходът към здравните ресурси е ограничен и стеснен в рамките на технологичното и икономическо мислене. Очевидна е необходимостта от един по-широк глобален подход към ресурсите на здравеопазването.

Въпросът за оптималния обем на ресурсите в здравеопазването продължава да е все по открит, като съществува амплитуда в здравните ресурси както в национално, така и в регионално ниво. От тук и въпроса за тяхното разпределение, основаващо се на принципите на солидарност и всеобщ достъп до здравни услуги. Специалистите в тази област постоянно дискутират и искат да има повече средства за здравеопазване, които да се разпределят. Но възникват два въпроса: Възможно ли е това? Ако е възможно, гарантират ли тези ресурси превъзходно здравеопазване?

Стигаме до проблема за съотношението на желанията и реалностите, за очакванията и ефективността.

Експертите отдавна са забелязали, че няма категорични доказателства за по-висока социална ефективност при разходването на

повече средства. Няма пряка връзка между обема на все по-скъпата медицинска дейност и крайните резултати от нея, отразени в показателите на общественото здраве. Въпросът е в правилното оползотворяване на здравните ресурси, зависещо от качеството и управлението на здравната организация.

Казаното от проф.Ц.Воденичаров (Воденичаров, Ц., 2011) още в първите години на 21 век, че една от ключовите думи в здравния мениджмънт е ефективността доказа това значение, както и твърдението му, че е нужно постоянно мониториране на съотношението ползи/ресурси.

Така, че ефективността, като една от ключовите думи в здравния мениджмънт придобива все по-голямо значение, особено в настоящото време на преструктуриране на болничната система и хроничния ресурсен дефицит.

С цел ефективно управление на ресурсите в здравеопазването сме работили в три аспекта: определяне на приоритетите за развитие на болницата, създаване на дъщерно дружество и разработване на програми за развитие в шест направления.

5.1. ПРИОРИТЕТИ ЗА РАЗВИТИЕ

МБАЛ ”д-р Братан Шукеров” АД реализира своята мисия чрез постигането на дефинирани ***основни цели и главни насоки,*** съответстващи на Концепцията на МЗ за по-добро здравеопазване - м.март 2011г., Националната здравна стратегия и очакванията на обществото. Стратегиите, които е необходимо да се реализират за увеличаването на конкурентната мощ на болницата са следните:

- Подобряване на продуктовата политика на здравното заведение. Това предполага внедряването на нови услуги, а също и разширяване на пазарния дял. Като нови услуги, чрез които заведението цели да се утвърди

стабилно на пазара, е широкото използване на най-съвременна апратура за образна, имунологична и ендоскопска диагностика и лечение.

- Привличане на нови пациенти и задържането им като такива. За да се удовлетворят настоящите и бъдещите пациенти на заведението, периодично могат да се организират безплатни консултативни прегледи. Целта е да се демонстрират възможностите на лечебното заведение и да се удовлетворят и най-малките изисквания на пациентите, като по този начин се разшири значително пазарния дял, който здравното заведение има.

- Стратегия за подобряване на комуникационната политика на здравното заведение - Комуникационната политика играе важна роля за постигането на фирмените цели, а именно увеличен пазарен дял, нарастване на приходите, привличане на нови пациенти, както и утвърждаване и поддържане имиджа на здравното заведение. Това ще се постигне чрез активна рекламна политика, посредством използването на различни канали за комуникация, изготвянето на подходящо рекламно послание, достигане до целевата аудитория, непрекъснато и своевременно осъвременяване на сайта на лечебното заведение.

5.2.СЪЗДАВАНЕ НА ДЪЩЕРНО ДРУЖЕСТВО „ДКЦ СМОЛЯН” ЕООД

В условия на икономическа криза и недофинансиране на здравната система е необходимо да бъдем все повече реалисти и да изхождаме от наличните ресурси, с които разполагаме и да съумеем да ги оползотворяваме в максимална степен.

Изхождайки от тази теза през 2010г. по наше предложение ръководството на МБАЛ „д-р Братан Шукеров” АД Смолян направи обективен анализ на състоянието, както на болничната структура така и на здравните системи в областта като беше констатирано следното:

1. Болницата разполага с наличен, но неефективен структурен потенциал, характеризиращ се с *неизползван рационално* сграден фонд;
2. На територията на областния град има достатъчен брой лечебни заведения за първична медицинска помощ и по-малки възможности пациентите да избират лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ. Наличие на само един медицински център.
3. Смолян беше единствения областен град, а и област като цяло с нито един регистриран диагностично-консултативен център.
4. Налице е значителен дефицит на медицински специалисти като цяло в областта.
5. Липсва възможност добрите специалисти от болницата, в някои случаи и единствени в областта да работят в доболничната медицинска помощ, при липса на такива в доболничните структури, което от своя страна води до това пациенти да заплащат съответната специализирана медицинска услуга и да не могат да се възползват от здравноосигурителните си права.

Един от изводите е, че една от причините за неефиктивността на системата и неудовлетвореността и на пациенти и на медицински персонал се дължи на рязкото разграничаване и отдалечаване на подсистемите, структурите и дейности в следствие на въведения здравноосигурителен модел и най-вече разграничаването на извън болничната и болничната помощ.

Факт е, че поради липсващата специализация в първичната медицинска помощ общопрактикуващите лекари насочват по-голяма част от пациентите потърсили медицинска помощ към специалисти. Факт е обаче, че и по-добрите специалисти работят в болничните структури по обясними причини – по-добри условия, по-добра медицинска апаратура, повече възможности за развитие. Именно това налага не рядко и направената по горе констатация - пациенти да заплащат на съответния специалист работещ в болницата, за да получат желаната от него специализирана медицинска помощ и немогат да се възползва от здравноосигурителните си права. Не е рядка и практиката пациенти да се приемат в болничните структури намирайки им веднага съответната клинична пътека, независимо че могат да бъдат лекувани в доболничната помощ. И въпреки, че не са малко критиците относно това болниците да създават дъщерни дружества – доболнични структури, сметнахме, че именно това е пътя от една страна да бъдат оползотворени максимално болничните ресурси и от друга даване възможност пациентите да получат специализирана медицинска помощ от най-добрите специалисти в условията на област Смолян.

Идеята целеше и очакваше следното:

Разкриването на диагностично-консултативен център със статут на самостоятелно юридическо лице доказано ще бъде от полза както за пациентите така и за медицинския персонал. Създаването му ще подобри и координацията между болничната и доболничната помощ. Освен това в

болницата има достатъчен брой и компетентни специалисти, които могат да работят в този център извън задълженията си в болницата. Работата им в центъра ще им даде възможност да проследяват болните, които после пък ще отидат при тях в отделението. По този начин достъпът, контактът и наблюдението върху болните са много по-добри и цялостни.

В икономически аспект се очакваше материалния ресурс на болницата да се оползотвори максимално, като това да допринесе и ползи за болницата. Създаването на самостоятелно юридическо лице от една страна ще бъде освободено само да формулира икономическата си политика и от друга успешната икономическа политика на това дружество ще допринесе и положителен икономически ефект върху основното дружество – собственик.

Какво показаха резултатите още първата година след създаването на диагностично-консултативния център.

Създаването на дъщерното дружество промени в положителна степен показателите и активите на болницата. Като дружеството в лицето на болницата приключва към 31.12.2010 година с активи в размер на 7 249 хил. лв., от които:

1. Дълготрайни материални активи:		
	- сгради	1 869 хил. лв.
	- машини	3 078 хил. лв.
	- съоръжения и други	355 хил. лв.
2. Текущи краткотрайни активи	- материали и други	545 хил. лв.

Капиталовата структура на дружеството изразена в консолидирания счетоводен баланс към първата година на създаване 2010 е представена на таблица 9.

Таблица 9. Капиталова структура на дружеството

Капитал	към 2010 г.		към 2009 г.		увеличение Намаление
	Сума	отн.дял	Сума	отн.дял	
Собствен капитал	3 035 хил.лв.	77.4%	2 426 хил.лв.	66.9%	+ 609 хил.лв.
Привлечен капитал	885 хил. лв.	22.6%	1 199 хил.лв.	33.1%	- 314 хил.лв.
СБОР:	**3 920 хил.лв.**	**100 %**	**3 625 хил.лв.**	**100 %**	**+ 295 хил.лв.**

От данните в таблицата се установява, че капиталовата структура на дружеството е много добра, като се има предвид, че собствените средства в консолидирания баланс са 77.4 на сто, а привлечения (чужд) капитал е само 22.6 на сто към 2010г.

Собствения капитал през този период е увеличен с 609 хил. лв., от които: 109 хил. лв. от реализираната за отчетния период печалба в това число и реализираната печалба от дъщерното дружество ДКЦ в размер на 28 хил.лв.

Приходите в консолидирания отчет, което означава и от двете дружества за извършените болнични и доболнични услуги са реализирани 10 345 хил. лв. спрямо 9 833 хил.лв. за предходната 2009 година или в повече с 512 хил. лева. Т.е. въпреки, че през 2009г. МБАЛ Смолян е осъществявал дейности и от доболничната медицинска помощ като високоспециализирана дейност и някои медико-диагностични дейности, приходите са в по-нисък размер, при по-голям брой на преминалите болни.

През 2010г. е реализиран и положителен финансов резултат – печалба 109 хил. лева.

Като се има в предвид, че 2010г. беше най-трудната година за болничния сектор – работа при условия на недофинансиране и въвеждане на делегирани бюджети, от посочените данни е видно, че създаденото ДКЦ към болницата е допринесло за постигнатите сравнително добри резултати,

като се има предвид и негативното отражение – икономическата криза в която е работило дружеството.

Създаденото ДКЦ е единствено в областа и анализирайки дейността му за първата година от неговото съществуване се доказва необходимостта от тази структура.

Преминалите пациенти през първата 2010 год. са 25 000 души само при специалистите, като относително такъв е и броят на пациентите преминали на медико-диагностични изследвания.

От една страна се увеличиха възможностите за избор на пациентите, и от друга възможността на специалистите от болницата да работат и в доболничната медицинска помощ.

Въпреки опасенията на някои скептици относно създадените доболнични структури в болниците, че същите допринасят за завишени неиндикирани хоспитализации, данните за МБАЛ Смолян сочат:

Таблица 10. Дейност на стационара на МБАЛ Смолян

	Показатели за дейността	***2009г.***	***2010г.***
1.	Средномесечен брой легла	317	310
2.	Брой преминали болни	15 336	15 264
3.	Брой леглодни	92 693	90 581
	от тях по договор с НЗОК	90 118	80 866

От данните в таблицата се вижда, че създаденият от МБАЛ Смолян собствен ДКЦ не е довел до по-висока хоспитализация през 2010 в сравнение с 2009, когато той не е съществувал, а напротив преминалите болни са намалели.

Една от причините за този факт би могло да се търси във възможността пациентите да получат по-високо квалифицирана помощ в

доболничната структура, както и съответното лечение и справяне със здравния проблем, без да е необходимо постъпването им в болница.

Освен постигането същинската цел т.е. засилване специализираната доболнична медицинска помощ в об

ластта, видно от данните, е че Решението за създаване на дъщерното дружество е правилно и допринесло за увеличаване в положителна посока финансовите показатели на МБАЛ.

«ДКЦ Смолян» ЕООД приключи първата си финансова година с печалба в размер на 28 000лв.

Създаденото дружество на практика показа, че това е един начин да бъдат използвани наличните ресурси на болницата още по-ефективно и оптимално.

Основният извод на базата на представените данни, е че приложеният по-широкият стратегически подход от здравните мениджъри към ресурсите на областно ниво води до ефективно и интегрално управление на ресурсите и постигане на положителен резултат, както за създадените структури, така и за работещите професионалисти и за здравния статус на обслужвания контингент в конкретна обществена, културна и икономическа среда.

Процесите през последните години категорично ни показаха, че въпросът за ресурсите в здравната система е много по-широк, че освен финансови ресурси, за успеха на предвижданата промяна са нужни и други ресурси, които в досегашното управление на здравните заведения са подценявани и недостатъчно използвани.

Професионалният стил на мислене на здравния мениджър отразява интегралния подход към ресурсите на здравеопазването, разглеждани в тяхната цялост и неразривна връзка помежду им. Затова подценяването на който и да е ресурс и надценяването на друг е признак на недостатъчно

развит управленски професионализъм у лицата, чиято мисия е ефективното управление на здравната система.

5.3. ПРОГРАМИ ЗА РАЗВИТИЕ

Предлагаме шест програми за развитие на различни направления в МБАЛ „д-р Братан Шукеров” ЕАД, като всяка програма включва три основни елемента:

1. Основни цели за развитие
2. Основни показатели за оценка на резултатите
3. Основни рискове и критични фактори за успеха.

1.ПРОГРАМА ЗА БИЗНЕС-РАЗВИТИЕ

1.1. Основни цели за бизнес-развитие

Като представител на ръководството на МБАЛ ”д-р Братан Шукеров” АД виждам реализирането на основните цели чрез поетапно и реално изпълнение на следния пакет задачи:

- Предоставяне на гарантирани здравни услуги с повишено качество
- Утвърждаване на МБАЛ ”д-р Братан Шукеров” АД като лидер на пазара на медицински услуги на територията на областта и региона;
- Развитие на здравен туризъм;
- Създаване на дъщерно дружество с цел поемане на всички стопански и немедицински дейности на болницата.

Разходите на болницата за поддръжка на стопанските звена постоянно нарастват, като например само за сектор прехрана разходите са в размер на средно 350 хил. годишно. Като се има предвид, че реализираните леглодни на болницата са средно 90 000 на година и средната стойност на кетъринг хранодена в болничното хранене за страната който от 3 до 3.50лв., прилагането на аутсорсинг стратегия

относно сектор прехрана ще доведе да по-ефективно управление на ресурсите.

Разработени са и общи организационно - управленски цели и приоритети, непосредствени задачи пред ръководството за развитието и управлението на лечебното заведение, както и програми за изпълнението им и за наблюдение и модифициране на стратегическия план.

1.2. Основни показатели за оценка на резултатите

1. Показатели за лечебно-диагностичната дейност
2. Финансово-икономически показатели
3. Анкети, сигнали, жалби на пациенти

1.3. Основни рискове и критични фактори за успеха

1. Ограничено финансиране
2. Подходящ квалифициран персонал
3. Развитие на конкурентните ЛЗ

2. ИНВЕСТИЦИОННА ПРОГРАМА ЗА ОБНОВЯВАНЕ НА МЕДИЦИНСКОТО ОБОРУДВАНЕ И СТРОИТЕЛНОРЕМОНТНИ ДЕЙНОСТИ

Многопрофилна болница за активно лечение „Д-р Братан Шукеров" АД, гр. Смолян е най-голямата болница в Смолянска област, която реализира квалифицирана, специализирана, планова и спешна медицинска дейност. Материалната база на лечебното заведение е с наличие на значително физическо изхабяване и функционално несъответствие с медицинските стандарти. По тези причини е необходимо материалната база, представляваща сграден фонд, обособен в 9 корпуса, да бъде частично преустроена с цел постигане на функционално съответствие с медицинските стандарти, и ремонтирана – основни и текущи ремонти съобразно степента на физическо изхабяване на съответните активи.

Описанието и техническата характеристика на сградния фонд, функционалното му предназначение, техническото му състояние към настоящия момент и инвестиционните намерения за същия са както следва:

Таблица 11. Инвестиционни намерения

корпус	*ниво*	*Функционално предназначение*	*Застроена площ кв.м.*	*Стойност на разходите в лева (кръгло)*		
				преустрой-ство	*основен ремонт*	*текущ ремонт*
А	IX етаж	Хирургично отделение	524,28	извършено		
	VIII етаж	Травматологично отделение	531,48	извършено		
	VII етаж	Неврологично отделение	531,48	-	233 850	-
	VI етаж	Вътрешно отделение	531,48	-	233 850	-
	V етаж	Кардиологично отделение	531,48	-	233 850	-
	IV етаж	Отделение за патологична бременост	531,48	извършено		
	III етаж	Детско отделение	531,48	извършено		
	II етаж	Кърмаческо отделение	531,48	извършено		
	I етаж	Кухня	531,48	-	-	75 470
Б	IX етаж	Операционен блок	415,05	извършено		
	VIII етаж	Урологично отделение	446,43	извършено		
	VII етаж	УНГ отделение	375,00	-	165 000	-
	VI етаж	Очно отделение	446,43	-	196 430	-
	V етаж	Ендокринологично отделение	446,43	-	196 430	-
	IV етаж	ННО	363,72	извършено		
	III етаж	Гинекологично отделение	397,80	извършено		
	II етаж	Инфекциозно отделение	363,58	199 970	-	-
	I етаж	Администрация	383,65	-	-	54 480

	сутерен	Хемодиализа	229,54		Измества се в корпус „В”	
В	I етаж	Киносалон, фоайе, библиотека, телефонна централа и др.	329,70	181 340	-	-
Г	IV етаж	Родилно отделение	970,00	-	-	-
	III етаж	ОАИЛ и физиотерапия	970,00	-	-	-
	II етаж	Образна диагностика	970,00	-	-	-
	I етаж	Приемно консултативен блок, аптека, ТЕЛК и коридор	970,00	-	-	137 740
	сутерен	Централна стерилизация, картотека	970,00	-	-	-
Д	III етаж	кабинети на ДКЦ и отделение по трансфузионна хематология	481,50	-	-	-
	сутерен	съблекални	481,50	-	-	-
Д – 1	IIетаж	клинична лаборатория	555,50	-	-	78 880
Е	I етаж	Парова централа	608,00	-	-	-
Ж	I етаж	Отделение патоанатомия	347,50	-	-	-
	сутерен	Подкрепителен пункт	347,50	-	152 900	-
З	I етаж	Гаражи	-	-	-	-
Перална		Перална	648,00		285 120	
ВСИЧКО				**381 310**	**1 697 430**	**346 570**

Общата индикативна инвестиционна стойност на разходите, необходими за извършването на преустройство, основни и текущи ремонти на сградния фонд възлиза на 2 425 310 лв.

3. ПРОГРАМА ЗА ЕФЕКТИВНО ИЗПОЛЗВАНЕ НА ФИНАНСОВИЯ РЕСУРС, ФИНАНСОВО ОСИГУРЯВАНЕ И РАЗВИТИЕ

1.1. Основни цели

• Подобряване на общото финансиране с разрастване на второстепенни и допълнителни източници на финансиране и максимално използване на средства по оперативни програма на ЕС.

• Намаляване на разхода за външни услуги с 7 % годишно

Данните сочат, че разходите за външни услуги нарастват с най-висок темп от 296 хил.лв. през 2006г. на 531 хил.лв. през 2010г. Този факт още повече доказва необходимостта от задълбочавене на дейностите по аутсорсинг стратегията, която е част от бизнес развитието.

• Повишаване на приходите с 10 % годишно; печалбата с 5 % годишно

• Повишаване средствата за възнаграждения на база утвърдените Вътрешни правила за работната заплата като доказали ефективността си в интерес на бюджета на болницата и на персонала

1.2. Основни показатели за оценка на резултатите

1. Икономически показатели, Финансови отчети
2. Годишен бюджет
3. Размер на СРЗ
4. Размер на просрочени задължения

1.3. Основни рискове и критични фактори за успеха

1. Липса на ангажираност от страна на ръководителите по проекти

2. Промяна и липса на достатъчна яснота в начина на финансиране на дейности за ЗЗО-лица

3. Подготвени и мотивирани ръководители на проекти
4. Задържане на квалифициран персонал

4. ПРОГРАМА ЗА РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ

1.1. Основни цели

• Развитие на квалификацията и надграждащо продължително обучение на служителите

С цел създаване на по – гъвкави възможности за специализация на лекарите,болницата има възможност да акредитира по голяма част от болничните отделения като база за специализация.

• Адекватно финансово обезпечаване с гарантиране на високи твърди доходи на персонала за постигане лоялност на персонала

• Увеличение на възнагражденията на персонала с мин. 10 % годишно

• Запазване здравето и безопасността на персонала

1.2. Основни показатели за оценка на резултатите

1. Брой персонал по категории
2. Размер на СРЗ
3. Квалификационни документи
4. Брой ползвани дни за отпуск по болест и годишен отпуск

1.3. Основни рискове и критични фактори за успеха

1. Липса на ангажираност
2. Задържане на квалифициран персонал

5. ПРОГРАМА ЗА ИНФОРМАЦИОННО ОСИГУРЯВАНЕ

1.1. Основни цели

• Утвърждаване на съвременна информационна система на лечебното заведение и електронно здравеопазване

• Осигуряване на своевременна информация въз основа на която да се вземат адекватни управленски решения

• Промяна в начина на мислене на медицинските специалисти, с оглед на по-широкото използване на информационните технологии в ежедневната им работа

1.2. Основни показатели за оценка на резултатите

1. Брой компютърни конфигурации и места на достъп до болничната информационна система

2. Безопасността на пациентите и ефективността, измервани на базата на приблизителни индикатори, като например очакваното намаляване на риска от грешки и избегнати хоспитализации.

3. Неблагоприятните събития са често резултат от липсата на информация, а не плод на човешки грешки.

4. Информационната система значително намалява риска от такъв вид неблагоприятни събития, които обикновено водят до един или повече дни допълнителна хоспитализация за пациента.

5. Ефективността на грижите също се улеснява от наличието на информация, тъй като по този начин някои спешни случаи могат да се разрешат мигновено,

6. вместо пациентът да бъде хоспитализиран до отваряне на архива или да се чакат резултатите от нови, ненужни изследвания.

7. За болницата се генерират и допълнителни ползи с помощта на отчетните модули на системата, които позволяват извършване на медицински и финансови анализи въз основа на интегрирани медицински и административни данни.

8. Разработка на проекти за обмен на здравна информация и за телемедицина

1.3. Основни рискове и критични фактори за успеха

1. Липса на достатъчна ангажираност и интерес
2. Липса на достатъчно квалифициран персонал

6. ПРОГРАМА ЗА ОРГАНИЗАЦИОННО И УПРАВЛЕНСКО РАЗВИТИЕ

1. Основни цели

- Внедряване на адекватна система за контролинг
- Разширяване на дейността в някои болнични отделения – кардиология, хирургия, гинекология.
- Поддържане на адекватна система за мотивация и възнаграждение
- Организация и провеждане на периодични обучения за повишаване квалификацията на персонала, нормативни изисквания, европейски норми
- Оптимизиране броя на персонала спрямо брой обслужвани пациенти.
- Осигуряване на високотехнологично медицинско оборудване.
- Системно измерване и анализ на удовлетвореността на пациентите.
- Създаване възможности за функционалният подход, всеки ръководител на болнична структура да изпълнява в своята дейност и общи функции като определяне на целите; да решава какво трябва да се направи за тяхното реализиране и да осигурява реализацията им; да осигурява мотивация на персонала; да анализира постигнатите резултати и появилите се проблеми; да оценява дейността на организацията и работещите в нея.

1.2. Основни показатели за оценка на резултатите

1. Внедряване на нови диагностични и терапевтични дейности
2. Задържане на високо квалифициран и обучен персонал
3. Периодични планове и отчети: месечни, тримесечни, 6-месечни, годишни

1.3. Основни рискове и критични фактори за успеха

1. Недостиг на финансови средства

2. Липса на подходящи кадри на пазара на труда

3. Липса на ангажираност и мотивация на персонала

4. Недостатъчна координация в работата на отделните структурни звена

5. Наличие на работни помещения

6. Умение за организиране, планиране и провеждане на дейностите

ИЗВОДИ

1. Основно влияние върху демографското развитие на област Смолян оказват общите за страната демографски процеси: намалената брачност; намалената раждаемост, особенно сред по-високо образованите слоеве на населението; засилената урбанизация с преместването на населелението към по-големите градове в страната за осигуряване на работно място; увеличената смъртност на населението, особено в селата и интензивна емиграция. В резултат на тези процеси област Смолян изпадна в сериозна демографска криза. Спирането на нарастването на населението и процесът на неговото намаляване, започнал още преди 1989 г. , но след 1996г. този процес се ускорява.
2. Основен фактор, обуславящ динамиката в общата смъртност е процесът на демографско остаряване. Този процес се характеризира с промени във възрастовата структура на населението и се свежда до намаление на относителния дял на младите лица и увеличаване на дела на по-старите.
3. По-интензивното влошаване на икономическите и социалните условия в селата, ограничаването на достъпа до здравни грижи и здравни ресурси и по-ниското образователно ниво на селското население има за последица по-висока обща смъртност там.
4. От демографска гледна точка спадът на раждаемостта в страната се дължи на понижената плодовитост на жените в детеродна възраст и намаляването на абсолютния брой на жените в детеродна възраст. Проявяващият се в момента отрицателен ефект от намаляващия брой на жените в детеродна възраст ще дава отражение върху възпроизводството на населението и през следващите десетилетия. Причина за това са както негативните промени във възрастовата

структура на жените на възраст 15-49 г., така и намаляващият абсолютен размер и относителен дял на момичета на възраст от 0 до 14 г., които ще участват във възпроизводството на населението през следващите години.

5. Заболяванията, които в най-голяма степен оформят профила на смъртността и заболяемостта в област Смолян се обхващат с общото понятие социално-значими заболявания. Към тези заболявания се отнасят болестите на органите на кръвообращението, злокачествени новообразования, хронични заболявания на дихателната система, травми, злополуки, отравяния, захарен диабет.
6. Основните здравни проблеми за Смолянска област са:

- Висок относителен дял /58,3%/ на умиранията от болестите на органите на кръвообращението сред цялото население и особено сред лицата в активна възраст;
- Висок относителен дял на умиранията от новообразувания /25%/;
- Високо ниво на заболяемост и болестност от заболяванията на дихателната система, особено сред лицата в активна възраст;
- Висок относителен дял в структурата на разходите за болнично лечение и рехабилитация, защото се изисква с високо квалифицирана и специализирана медицинска помощ, високо ниво на техническо оборудване, комплексно лечение с използване на скъпоструващи медикаменти;
- Значителни социални, медицински, икономически и психологични щети за самите болни и за техните семейства.

7. Ясно се забелязва тенденция за все по – голямо нарастване на смъртността от т.нар. социално - значими заболявания, в които се включват сърдечно - съдовите, онкологичните, белодробните,

психичните заболявания, захарния диабет, травмите и отравянията. Обезпокояваща е тенденцията за подмладяване на тези заболявания.

8. МБАЛ Смолян е утвърдено лечебно заведение за болнична помощ в областта, с добре структурирана и сравнително добра материална база.
9. Болницата разполага с широк спектър от специалисти, но са налице и трудности по привличане на млади кадри.
10. Защитени са максимално възможните нива на компетентност за областна болница, като повечето отделения са второ ниво на компетентност, а три от болничните структури са с трето ниво на компетентност.
11. Много от структурите като единствени в областта са ефективни и формират печалба. Като структуроопределящо болнични лечебно заведение, болницата има реалната възможност за въвеждане на нови услуги, които ще допринесат за просперитет и развитие в бъдеще.
12. Развитите инвестиционни възможности и одобрения проект по ОП »Регионално развитие», допринасят за възможност за високотехнологично медицинско оборудване и изпълнение на енергийно-ефективни мерки.
13. Разработени са общи организационно – управленски цели с начертани приоритети и предстоящи задачи. Изработена е инвестиционна програма с цел подобряване на материалната база.
14. Основните показатели характеризиращи дейността на лечебното заведение поддържат стабилни стойности. Независимо от нерегулярното финансиране, лечебното заведение приключва 2010г.

с печалба, като е постигнато намаление на задълженията, и няма просрочени задължения.

15. Създаване на дъщерно дружество „ДКЦ Смолян” ЕООД се оказва адекватен подход за ефективно управление на ресурсите в здравеопазването на регионално ниво - Решението за създаване на дъщерното дружество е допринесло за увеличаване в положителна посока финансовите показатели на МБАЛ. «ДКЦ Смолян» ЕООД приключи първата си финансова година с печалба в размер на 28 000лв.

ПРЕПОРЪКИ

Към ръководството на МБАЛ Смолян:

1. Да се насочат усилия за развитие и внедряване на нови дейности, липсващи в областта като инвазивна кардиология и ендоскопска хирургия. Здравнодемографския анализ сочи наличие на патология за тези видове дейности, и това ще доведе до увеличаване на финансовия поток към лечебното заведение и удовлетворяване потребностите на населението.
2. Системно инвестиране в обновлението на диагностичната, лечебна и др.техника използвана в процеса на болничния цикъл от дейности, с цел подържане на високо качество на оказваните услуги в лечебното заведение.
3. Търсене нови източници за финансиране като доброволните здравноосигурителни фондове.
4. Да бъде изработена аутсорсинг стратегия за изнасяне на всички немедицински дейности за изпълнение от външни доставчици. Може да се потърси възможност и за създаване на ново дъщерно дружество, което да обедини всички стопански дейности непряко ангажирани с медицинските услуги като храна, перална, транспорт и материална поддръжка.

Към МЗ

1. Крайно тревожното състояние на структурата на медицинските кадри следва да бъде приоритет № 1 и да бъде създадена нормативна база за по-гъвкава и бърза възможност за специализации на младите медицински кадри.

2. Търсене на възможности за промяна и разширяване източниците за финансиране на медицинските дейности.
3. Да бъдат предприети необходимите мерки с цел включване на отрасъл «здравеопазване" в следващия програмен период на Европейските структурни фондове с цел увеличаване на възможностите за финансиране на структурите от здравеопазната система.
4. Въвеждане на прозрачна и адекватна система за управление, мониторинг и контрол върху ефективността, ефикасността и капацитетни възможности на болничните заведения.
5. Подобряване на болничния мениджмънт чрез утвърждаване на лидери обучени в съвременно финансово планиране и управление на структури и процеси.
6. Застаряването на българското население означава, че ще са необходими повече лекари и 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 областните здравни заведения ще позволи част от привлеченият 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).

ПРИНОСИ

В настоящия дисертационен труд могат да бъдат отбелязани следните приноси с научно и практико-приложно значение:

1. Осъществен е задълбочен и обстоен критичен анализ на здравно – демографската ситуация в област Смолян, на базата на който е направена оценка на взаимовръзката й със съществуващата болнична помощ.

2. Приложен е комплексен и програмен подход към настоящото и бъдещето развитие на областната болница в Смолян, обслужваща смесено население от труднодостъпни населени места.

3. За първи път е приложен комплексен подход включващ изработването и прилагането на шест взаимно допълващи се програми за повишаване на капацитета на болницата в условията на икономическа криза, а именно:

   - *ПРОГРАМА ЗА БИЗНЕС-РАЗВИТИЕ, която ще допринесе за:*
     - ✓ Развита здравна система в областта, което е един от индикаторите за повишаване стандарта на живот на населението и просперитета на региона.
     - ✓ Подобряване качеството на живот в региона, чрез което ще се осигури повишаване на конкурентоспособността и привлекателността му и ще създадат условия за повече инвестиции и икономически възможности, което е предпоставка за увеличаване на финансовия ресурс на областта.
     - ✓ Ще се задоволят по-пълно потребностите на пациентите и ще се осигури комфортна среда за качествен оздравителен процес.

- *ИНВЕСТИЦИОННА ПРОГРАМА ЗА ОБНОВЯВАНЕ НА МЕДИЦИНСКОТО ОБОРУДВАНЕ И СТРОИТЕЛНО РЕМОНТНИ ДЕЙНОСТИ, която ще допринесе за:*
  - ✓ Подобряване микроклимата и параметрите на работната среда по отношение на хигиенни изисквания, медицински стандарти, характеристики с цел предоставяне на по-добри и стандартни условия на лечебно- диагностичния процес и работната среда.

- *ПРОГРАМА ЗА ЕФЕКТИВНО ИЗПОЛЗВАНЕ НА ФИНАНСОВИЯ РЕСУРС, ФИНАНСОВО ОСИГУРЯВАНЕ И РАЗВИТИЕ*
  - ✓ Чрез подобряване на предоставяната от МБАЛ медицинска помощ ще се намали броя на заболелите и степента на сериозност на заболяванията, което от своя страна означава по-ниски разходи за болнично лечение и за възстановяване за тези, които са били лекувани по-ефикасно.

- *ПРОГРАМА ЗА РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ, която ще допринесе за:*
  - ✓ Повишаване на квалификацията на медицинския персонал и неговата конкурентоспособност, с което да може да отговори на изискванията и стандартите на ЕС и постоянно развиващото се здравеопазване.

- *ПРОГРАМА ЗА ИНФОРМАЦИОННО ОСИГУРЯВАНЕ, която ще допринесе за:*

- ✓ Достоверен анализ и интерпретиране на клинични, финансови и статистически данни и вземане на Управленски решения основани на доказателства.

- *ПРОГРАМА ЗА ОРГАНИЗАЦИОННО И УПРАВЛЕНСКО РАЗВИТИЕ, която*
  - ✓ Ще се осигури възможности за оказване на качествени медицински услуги и ще се повиши доверието от страна на пациентите в здравната помощ, което е предпоставка за по-голям брой жители, решили да се лекуват в МБАЛ „Д-р Братан Шукеров" АД гр. Смолян.

Съвместното прилагане на тези програми създава условия за един качествено нов подход в съвременния здравен мениджмънт на болничното лечебно заведение.

4. За първи път е създадено дъщерно дружество към МБАЛ „д-р Братан Шукеров" АД Смолян, което е пример за максимално ефективно използване на материалния, финансов и човешки ресурс на регионално ниво.

Създаденото дъщерно дружество чрез пряката си дейност е допринесло за:

- ↳ подобряване на финансовите показатели на болницата – пряко /чрез изплащане на определения наем за използването на материалната база/ и косвено /чрез консолидиране на финансовия отчет на дружествата в края на годината/ се намаляване на хоспитализациите, чрез решаването на здравните проблеми на пациентите на извънболнично ниво;

- удовлетворяване на здравните потребности на населението от по- квалифицирана извънболнична медицинска помощ чрез работата на болничните специалисти в ДКЦ-то даваща им възможност за цялостно проследяване на здравното състояние на обслужвания контингент;
- създаване на възможност за допълнителен приход на лекарите работещи на втори трудов догов към дъщерното дружество.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ИЗПОЛЗВАЕМОСТ, СРЕДЕН ПРЕСТОЙ И ОБОРОТ НА ЛЕГЛОВИЯ ФОНД НА МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ - СМОЛЯН

Приложение № 1

ВИДОВЕ ЛЕГЛА	ЛЕГЛА В КРАЯ НА ГОДИНАТА					СРЕДЕН БРОЙ ЛЕГЛА				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
О Б Щ О:	316	326	316	327	318	320	326	321	317	310
За реанимация и интензивно лечение	23	23	24	25	25	23	23	24	24	25
	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3
За активно лечение	289	299	289	299	290	293	299	294	290	276
Вт.ч. гастроентерологични	30	30	15	15	15	30	30	16	15	15
Ендокринологични	30	30	15	15	20	30	30	26	15	17
Кардиологични	36	46	36	36	35	38	46	41	36	40
Ревматологични	-	-	15	18	20	-	-	4	17	16
пневмологични и фтизиатрични	-	-	15	15	15	-	-	14	15	12
нефрология	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
педиатрични	12	12	12	20	9	12	12	12	13	12
детски кърмачески	12	12	12	14	10	12	12	12	12	9
неонатологични	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
хирургични	25	25	25	25	25	25	25	25	25	24
ортопедо-травматологични	15	15	15	15	15	16	15	15	15	13
урологични	12	12	14	14	14	13	12	13	14	13
гинекологични	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
родилни	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
патологична бременост	20	20	20	20	20	20	20	20	20	19
инфекциозни	15	15	15	15	15	15	15	15	15	13
офталмологични	10	10	10	10	10	10	10	10	10	9
оториноларингологични	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8
неврологични	32	32	30	27	27	32	32	31	28	25

Приложение №2

ВИДОВЕ ЛЕГЛА	ПРЕМИНАЛИ БОЛНИ					БРОЙ ЛЕГЛОДНИ				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
О Б Щ О:	14428	14209	14551	15336	15264	93476	94703	93760	92693	90581
За реанимация и интензивно лечение	1736	1581	1761	1986	2090	6185	5797	6178	6321	6426
В т.ч. кардиологични	713	653	657	690	728	1638	1612	1582	1589	1608
Педиатрични	247	255	254	235	313	1077	1043	1045	808	892
Неврологични	258	240	252	279	254	1385	1395	1294	1298	1245
ОАРИЛ	395	325	475	704	705	1272	1069	1474	1895	2043
неонатологични	124	106	123	78	90	813	678	783	731	638
За активно лечение	14742	14606	15092	16043	16058	86187	87943	86847	85634	83550
В т.ч. гастроентерологични	993	914	875	942	843	7269	6453	5181	4513	4558
ендокринологични	1045	1108	998	692	813	9212	9449	8008	4713	5321
Кардиологични	2339	2308	2166	2519	2499	12880	13028	11646	12095	12323
ревматологични	-	-	180	715	720	-	-	1446	4963	4816
пневмологични и фтизиатрични	-	-	447	476	452	-	-	3399	3600	3317
нефрология	-	-	-	-	30	-	-	-	-	246
педиатрични	483	512	404	547	613	3516	3646	3071	4043	4126
детски кърмачески	473	505	473	433	462	3535	3664	3521	3188	3132
неонатологични	743	720	765	800	807	3289	3259	3228	3353	3203
хирургични	1899	1546	1640	1548	1596	7661	7606	7814	7360	7421
ортопедо-травматологични	643	759	909	885	818	3649	3937	5273	4553	4061
урологични	595	590	675	693	660	3381	4026	4505	4269	3891
гинекологични	793	820	810	787	768	3391	3414	3345	2982	2529
родилни	792	790	799	946	987	3665	3579	3495	3504	3228
патологична бременост	1037	1003	1031	1076	986	6651	6892	5831	5614	5369
инфекциозни	587	619	545	549	751	4039	4199	3093	3155	3815
офталмологични	443	426	426	387	426	2351	2549	2553	2526	2152
Оториноларингологични	542	555	485	490	406	2941	3148	2950	2947	2484
неврологични	1339	1435	1468	1563	1425	8757	9094	8488	8256	7558
За долекуване и продължително лечение	86	86	78	67	75	1104	963	735	738	605
В т.ч. хипотр.,увредени и недоносени деца	86	86	78	67	65	1104	963	735	738	535
рехабилитац. и физиотерапевтични	-	-	-	-	10	-	-	-	-	70
други	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Приложение №3

ВИДОВЕ ЛЕГЛА	ИЗПОЛЗВАЕМОСТ В ДНИ					СРЕДЕН ПРЕСТОЙ В ДНИ				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
О Б Щ О :	292	291	292	292	292	6.5	6.7	6.4	6.0	5.9
За реанимация и интензивно лечение	269	252	257	263	257	3.6	3.7	3.5	3.2	3.1
В т.ч. кардиологични	273	269	264	265	268	2.3	2.5	2.4	2.3	2.2
педиатрични	269	261	261	202	223	4.4	4.1	4.1	3.4	2.9
неврологични	277	279	259	260	249	5.4	5.8	5.2	4.6	4.9
ОАРИЛ	212	178	246	316	292	3.2	3.3	3.1	2.7	2.9
неоннатологични	407	339	261	244	213	6.6	6.3	6.4	9.4	7.1
За активно лечение	294	294	295	295	303	5.9	6.0	5.8	5.3	5.2
В т.ч. гастроентерологични	242	215	324	301	304	7.3	7.1	5.9	4.8	5.4
ендокринологични	307	315	308	314	313	8.8	8.5	8.0	6.8	6.5
кардиологични	339	283	284	336	308	5.5	5.6	5.4	4.8	4.9
ревматологични	-	-	362	292	301	-	-	8.0	6.9	6.7
пневмологични и фтизиатрични	-	-	243	240	276	-	-	7.6	7.6	7.4
нефрология	-	-	-	-	246	-	-	-	-	8.2
педиатрични	293	304	256	311	344	7.3	7.1	7.6	7.4	6.7
детски кърмачески	295	305	293	266	348	7.5	7.3	7.4	7.4	6.8
неонатологични	329	326	323	335	320	4.4	4.5	4.2	4.2	4.0
хирургични	306	304	313	294	309	4.0	4.9	4.8	4.7	4.7
ортопедо-травматологични	228	262	352	304	312	5.7	5.2	5.8	5.2	5.0
урологични	260	336	347	305	299	5.7	6.8	6.7	6.2	5.9
гинекологични	339	341	335	298	253	4.3	4.2	4.1	3.8	3.3
родилни	367	358	350	350	323	4.6	4.5	4.4	3.7	3.3
патологична бременост	333	345	292	281	283	6.4	6.9	5.7	5.2	5.5
инфекциозни	269	280	206	210	293	6.9	6.8	5.7	5.7	5.1
офталмологични	235	255	255	253	239	5.3	6.0	6.0	6.5	5.0
оториноларингологични	294	315	295	295	311	5.4	5.7	6.1	6.0	6.1
неврологични	274	284	274	295	302	6.5	6.3	5.8	5.3	5.3
За долекуване и продължително лечение	276	241	245	246	67	12.8	11.2	9.4	11.1	8.1
В т.ч. хипотр.,увредени и недоносени деца	276	241	245	246	178	12.8	11.2	9.4	11.1	8.2
рехабилитац. и физиотерапевтични	-	-	-	-	18	-	-	-	-	7.0
други	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Приложение №4

ВИДОВЕ ЛЕГЛА	ОБОРОТ НА ЛЕГЛАТА					ЛЕТАЛИТЕТ				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
О Б Щ О :	45	44	45	48	49	1.6	1.7	1.8	1.7	1.6
За реанимация и интензивно лечение	75	69	73	83	84	26.1	31.6	30.4	25.3	29.0
В т.ч. кардиологични	119	109	110	115	121	17.8	22.8	22.5	15.7	24.6
педиатрични	62	64	64	59	78	1.1	-	-	1.6	-
неврологични	52	48	50	56	51	29.3	39.0	33.6	29.7	27.2
ОАРИЛ	66	54	79	117	101	45.0	51.1	51.1	34.4	39.8
неоннатологични	62	54	41	26	30	43.8	23.1	7.7	15.0	12.5
За активно лечение	50	49	51	55	58	0.6	0.7	0.6	0.6	0.4
Вт.ч. гастроентерологични	33	30	55	63	56	1.7	1.9	1.9	1.6	1.4
ендокринологични	35	37	38	46	48	0.8	1.4	0.8	1.0	0.5
кардиологични	62	50	53	70	62	1.1	1.1	1.0	1.0	0.6
ревматологични	-	-	45	42	45	-	-	-	-	-
пневмологични и фтизиатрични	-	-	32	32	38	-	-	2.4	2.9	1.7
нефрология	-	-	-	-	30	-	-	-	-	6.7
педиатрични	40	43	34	42	51	-	-	-	-	-
детски кърмачески	39	42	39	36	51	-	-	-	-	-
неонатологични	74	72	77	80	81	-	-	-	-	-
хирургични	76	62	66	62	67	1.4	1.9	1.2	1.5	1.1
ортопедо-травматологични	40	51	61	59	63	0.2	-	0.5	-	-
урологични	46	49	52	49	51	0.3	0.4	0.2	0.6	0.2
гинекологични	79	82	81	79	77	-	0.1	-	-	-
родилни	79	79	80	95	99	-	-	-	-	-
патологична бременост	52	50	52	54	52	-	-	-	-	-
инфекциозни	39	41	36	37	58	0.2	0.2	0.6	1.4	0.4
офталмологични	44	43	43	39	47	-	0.2	-	-	-
оториноларингологични	54	55	48	49	51	-	-	-	0.2	-
неврологични	42	45	47	56	57	0.6	0.3	0.2	0.4	0.3
За долекуване и продължително лечение	22	22	26	22	8	-	-	-	-	3.5
В т.ч. хипотр.,увредени и недоносени деца	22	22	26	22	22	-	-	-	-	4.2
рехабилитац. и физиотерапевтични	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
други	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Борисов, В., Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика, 2006р с.320.

2. Борисов, В., Здравната реформа на кръстопът – хаос или мениджмънт, 2008, с.140.

3. Борисов, В., Стратегическият здравен мениджмънт между икономиката и етиката, Здравен мениджмънт, № 2, 2006, с.63-72.

4. Воденичаров Ц., Медицински и мениджърски професионализъм – потребност от академична и експертна подкрепа в контекста на организационната промяна в здравеопазването. Здравна политика и мениджмънт, № 4, 2011, с. 3-5.

5. Воденичаров Ц., Десетте принципа на медика и мениджъра. СИМЕЛПРЕС. С., 2010, 140 с.

6. Воденичаров, Ц., В. Борисов, С. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков, Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване, Здравен мениджмънт, № 2, 2005, с. 5-14.

7. Воденичаров, Ц., С. Попова, Социална медицина, С., Екопринт, 2009, 238 стр.

8. Воденичаров, Ц., Ст. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков, Социално либерален модел за развитие на българското здравеопазване, Социална медицина, № 1-2, 2005, с. 4-7.

9. Гладилов Ст., Икономическият начин на мислене в българското здравеопазване. Исторически аспекти, състояние, перспективи (Част II - Продължение от миналия брой), Здравен мениджмънт, 5, № 5, 2005, с. 39-42.

10. Гладилов Ст., Икономическият начин на мислене в българското здравеопазване. Исторически аспекти, състояние, перспективи (Част 1), Здравен мениджмънт, 5, № 4, 2005, с. 10-19.

11. Гладилов, Ст., Е.Делчева, Икономика на здравеопазването, Принцепс, С., 2009, с. 486.

12. Гладилов, Ст., Ж.Павлова, А.Чешмеджиева, Ц.Петрова, Икономика на здравеопазването, Ръководство за практически упражнения, Принцепс, 2004, с. 298.

13. Гладилов, Ст., Икономически аспекти на изграждане на капацитета на здравеопазването в Република България, София, 2004, с. 202.

14. Гладилов, Ст., Основни насоки на икономическата реформа в здравеопазването в условията на пазарна икономика, V конгрес по социална хигиена, Плевен, 7-9 май 1992 г.

15. Гладилов, Ст., Съвременни модели за финансиране на здравеопазването, Trakia Journal of Sciences 6 , № 2, Suppl. 3, 2008, с. 28-30.

16. Гладилов, Ст., Б. Борисов, Съвременни методи за икономически анализ и ролята им за повишаване ефективността на здравеопазването, Здравна политика и мениджмънт, 10, № 4, 2010, с. 16-19.

17. Грива, Хр., Т. Чолакова, Ст. Христова, Здравни индикатори, НЦЗИ, С., 2000 г., с. 114.

18. Давидов, Б., Болничен продукт: измерване и подходи за определяне на разходите за него. В: Основи на болничното управление. Под ред. на проф. М. Попов. Министерство на здравеопазването, с. 128.

19. Давидов, Б., Болнична икономика, Св.Климент Охридски, С., 2004, с. 230.

20. Давидов, Б., Модели за финансиране на системата за медицински услуги: философия и технология - сравнителен анализ (продължение), Здравен мениджмънт, 3, № 4, 2007, с. 22-26.

21. Давидов, Б., Т. Костадинова, Болницата като фирма: новите цели на болничния мениджмънт, В Сборник доклади от юбилейна конференция на катедра "Стопанско управление", Унив. и-во към ИУ - Варна, 2001.

22. Давидов, Б., Хр. Грива, Подходът "Среден разход на диагноза". НЦЗИ, С., 2000, с. 128.

23. Делчева, Е., Здравният икономикс, Унив. изд. "Стопанство", С., 1994, с. 242

24. Делчева, Е., Икономически аспекти на здравната реформа, В: сб. “Основи на болничното управление”, С., с. 427-438.

25. Делчева, Е., Икономически параметри на съвременната здравна реформа, Икономически алтернативи, бр. 3, 2007, с.14-25.

26. Делчева, Е., Пазар на частни здравни услуги в България: социално-икономически аспекти. В: сб. Частната медицинска практика в България, Национален семинар, януари, 1996.

27. Делчева, Е., Управление на здравното осигуряване, УНСС, 2006, с. 200.

28. Здравеопазване. Кратък статистически справочник 2010, НЦЗИ, София, 2010р с. 86.

29. Златанова, Р., Т. Златанова, В. Петков, Анализ на правата на пациента, Здравен мениджмънт, № 6, 2005, с. 10-13

30. 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, С., с. 114 – 120.

31. Златанова, Т., Р. Златанова–Великова, Динамика на разходите в здравеопазването на базата на системата на здравните сметки, ИНГА, 26-та научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2010, Интердисциплинарната идея в действие, 29.10.2010, С., с. 131-136.

32. Златанова, Т., Р. Златанова-Великова, С. Великов Мениджмънт на капацитета и разходите за пациента в болницата, Здравен мениджмънт, 7, No 7, 2007, с. 44-48.

33. Златанова-Великова, Р., Т. Златанова, Структура и динамика на хоспитализираната заболеваемост, 26-та научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2010, Интердисциплинарната идея в действие, 29.10.2010, С., с. 137-142.

34. Икономически анализ на дейността на лечебните заведения за болнична помощ в системата на общественото здравеопазване в Р. България за периода 2001-2008 г., Прогнозиране за периода 2009-2013 г., НЦЗИ, С., 2009.

35. Икономически анализ на дейността на лечебните заведения за болнична помощ в системата на общественото здравеопазване в Р.България за периода 2001-2009 г., Прогнозиране за периода 2010-2014 г., НЦЗИ, С., 2010.

36. Икономически анализ на отделенията в многопрофилните болници за активно лечение в периода 2006-2009 г., НЦЗИ, С., 2010.

37. Илиев, Д., Кейс-микс подхода и приложението му в управлението на здравеопазването, В: Здравната реформа в България. Втора част, под ред. на проф. Мир. Попов, Македония - прес, С., 1998.

38. Комитов, Г., Стр. Генев, Здравната политика и нейните стратегически приоритети в условията на продължаваща реформа, Здравен мениджмънт, № 5, № 6, С., 2008, с. 98-102.

39. Комитов, Г., Стр. Генев, Мениджмънт на ресурсите – приоритет на здравната реформа, Горекс Прес, С., с.192.

40. Комитов, Г., Стр. Генев, Приложение на тежестта на заболяването в измерване на болничния продукт, Здравен мениджмънт, № 5, С., 2007, с. 17-21.

41. Костадинова, Т., Маркетингови подходи в управление на болницата, Здравна икономика и мениджмънт, 2, 2001

42. Куерво, Х., Ж. Варела, Р. Беленес, Управление на болницата - Нови подходи и тенденции, Македония прес, С., 1998, с. 431.

43. Министерство на финансите. Система на здравни сметки, Методологични бележки, С., 2009, с. 10.

44. Национална здравна стратегия 2008 – 2013 година, Д.в. бр. 107, 16 декември 2008 г., С., с.77

45. Ново обществено здравеопазване, под ред . на проф. В.Борисов, доц. Зл. Глутникова, проф. Ц.Воденичаров, Аквафикс, С., 1998, с. 542.

46. Петков, В., Н.Попов, Т.Златанова, Световното население: актуални проблеми и тенденции за следващите десетилетия, Социална медицина, 3, С., 2005, с.4-7.

47. Петков, В., Стратегически проекции на здравната реформа, Социална медицина, С., 2007

48. Петрова – Готова, Ц., Финансови аспекти на здравеопазването в някои от развитите и развиващите се страни през последните години – литературен обзор, Здравен мениджмънт, 6, № 6, 2006, с. 30-36.

49. Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов, Качеството в здравеопазването - съвременни измерения и тенденции, Хелт медия груп, С., 2008, с. 270.

50. Петрова, Зл., Клиничните пътеки — метод за финансиране или метод за управление на качеството, С., 2010, www://politiki.bg/-br.02/10

51. Попов М., Б. Давидов, Управление на болницата, Кл. Охридски, С., 2004

52. Попов, М. и кол., Финансиране на здравеопазването – модели и подходи, НЦОЗ, С., 1991.

53. Попов, М., Б. Давидов, Ан. Димова, Управление на болницата, Св. Кл. Охридски, С., 2004, 256 с.

54. Попов, М., Болнично управление: Теоретически аспекти и практически решения, ИК "Хераклит А&Н", С., 2001

55. Попов, М., Въведение в здравната политика. Акад. изд."Ценов", Свищов, 2008, с. 323.

56. Попов, М., Основи на болнично управление: Теоретически аспекти и практически решения, Македония прес, С., 2001.

57. Рибарова, Н., П. Георгиев, Й. Стойлова, Й. Митова, Й. Корчева, И. Маева, М. Ляпин, А.Гладилова, Развитие на болницата през XX и XXI век, Национален симпозиум по епидемиология, 20 май 2011, С., Сборник от доклади на симпозиума

58. Родригес, Х., Маркетинг на болничната дейност и представяне, В "Управление на болницата", Македония прес, С., 1998.

59. Спиридонов, С., Анализ на болничния работен потенциал – финансови и информационни ресурси, Здравна политика и мениджмънт, 9, № 4, С., 2009, с.16-22.

60. Тогунов, И.А., Модель маркетинговой системы медицинских услуг (маркетинговая сущность либеральной системы здравеохранения), Эксклюзивный маркетинг, №5, М., 1999, с. 47-83.

61. Тогунов, И.А., Регулирование рынка медицинских услуг в свете классических методов управления, http:// www.rusmedserv.com/article/articleprint/653/-1/107/

62. Щерев, Ат., Финансиране и разпределение на приходите в лечебните заведения, Здравна политика и мениджмънт, 8, № 5, С., 2008, с.94-97.

63. Щерева, Д., Разходи на стационарните лечебни заведения в България през 2001-2009 г.: динамика и тенденции, Здравна политика и мениджмънт, №2, С., 2011, с. 66-69.

64. Щерева, Д., Финансови постъпления (приходи) в болниците: видове, динамика и анализ, Здравна политика и мениджмънт, №1, С., 2011, с.77-82.

65. Янева, Р., Използването на метода на равновесната точка за оптимизиране приходите и разходите на клиника по хирургия, Здравна политика и мениджмънт, 9, № 5, С., 2009, с.22-26.

66. Янева, Р., Клиничните пътеки като стандарт за качество, В: Сб. материали от XXIV Научно-технологична сесия "Контакт 2009" на ИНГА, ТЕМТО, С., 2009, с.93-98.

67. Янева, Р., Микроикономикс на болничното лечебно заведение, Ръководство за упражнения и семинари, Симелпрес, С., 2011, 222 с.

68. Янева, Р., Необходимост от ефективно разпределение и изразходване на здравните ресурси, В: Сб. материали от XX Научно-технологична сесия м "Контакт 2007" на ИНГА, ТЕМТО, С., 2007, с.191-194.

69. Янева, Р., Управление на публичните болници – съвременни тенденции, Медицински меридиани, т. I, бр. 3, 2010, с.43-47.

70. About the Public Health Service, Zavod za Zdravstveno Zavorovanje Slovenije, 2008, www.zzzs.si

71. Aswall, J., Foreword. In: Saltman, R. European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies. WHO, Europ. Series, № 72, Copenhagen, 1997: pp.310.

72. Azfar O. Corruption and the delivery of health and education services. In: Spector BI, (ed.). Fighting corruption in developing countries: strategies and analysis. Bloomfield, CT: Kumarian Press, 2005, pp. 181–212.

73. Barnum, H., Kutzin J., H. Saxenian, Incentive and provider payment methods. International Journal of Health Planning and Management 10, 1995: 23-45.

74. Belli, P., J.Hammer, Incentives and Health Care Reimbursement Systems: A Review of the Literature, World Bank, internal working paper, Washington, D.C., 1999.

75. Berwich, D., A Primer on Leading the Improvement of Health Systems, British Medical Journal, Volume 312, 1996: pp 619-22.

76. Bhushan, I., S.Keller, B.Schwartz, Achieving the twin objectives of efficiency and equity: Contracting health services in Cambodia. Manila: Asian Development Bank, 2002: pp.13.

77. Bishop, C. E., S. Wallack, National heath expenditure limits: the case for a global budget process. The Milbank Quarterly, 1996, 74(3):361-77.

78. Bitran, R. W. Yip, Latin American and Asian experiences of the reform of health care provider payment systems, Partners for Health Reform Plus, USAID, Washington, D.C., 1998: pp.39

79. Bitran, Ricardo, Winnie C. Yip, A Review of Health Care Provider Payment Reform in Selected Countries in Asia and Latin America, Major Applied Research 2, Working Paper 1, Partnerships for Health Reform, August 1998: pp.39

80. Bledsoe, D. R., et al., Tying physician incentive pay to performance. Healthcare Finance and Management, 1995, 49(12):40-44.

81. Bloor, K., A. Maynard, A. Street, How much is a doctor worth? York: university of York, Centre for Health Economics, Discussion Paper No. 98, 1992.

82. Boyce, J., T. Morris, Performance related pay for hospital doctors. British Medical Journal, 1992, 305:131-132.

83. Brewster, Leland, The Effects of For-Profit Hospitals on the Quantity and Quality of Care Provided, 2009, pp.63

84. Broomberg, J., M. Price, The impact of the fee-for-service reimbursement system on the utilization of health services. South Africa Medical Journal, 1990, 78(4):130-132.

85. Buchan, J., M. Thompson, Pay and nursing performance. Health Manpower Management, 1993, 19(2):29-31.

86. Buchchan, J., Performance-related pay and NHS nursing. Nurs. Stand., 1993, 7(25):30.

87. Bunker, J., B. Brown, Physician-patient as an informed consumer of surgical services. New England Journal of Medicine, 1974, 290:1051-55.

88. Bunker, J., Surgical manpower: a comparison of operations and surgeons in the US, England and Wales. New England Journal of Medicine, 1970, 282:135-44.

89. Castledine, G., Can performance-related pay be adapted for nursing? British Journal of Nursing, 1993, 2(22):1120-1121.

90. Chulis, G. S., Assessing Medicare's prospective payment system for hospitals. Medical Care Review, 1991, 48(2):167-206.

91. Conn, P. Catherine, V. Walford, An introduction to health insurance for low income countries, 1998 by IHSD Limited, London.

92. Cotterill, P., S. Chakraborty, E. Jerawan, Lebanon Provider Payment Study. World Bank, RAP case study, Washington, D.C., 2000.

93. Coulam, R. F., G.L. Gaumer, Medicare's prospective payment system: a critical appraisal. Health Care Financing Review, Annual Supplement, 1992: 45-77.

94. Culyer, A. J, C. Donaldson, K. Gerard, Financial aspects of health services: drawing on experience. Working Paper No. 3, University of York, United Kingdom, 1988.

95. Diop, F., Community Financing in Rwanda: Early Results, presentation, November 7, World Bank, Washington, D.C., 2002.

96. Dixon, A., J. Langenbrunner, E. Masiolis, Ten Years of Experience: Health Financing in Eastern Europe and the Former Soviet Union. Ten Years of Health Reform Conference, July 29-31, American International Health Alliance, Washington, D.C., 2002: pp.41.

97. Docteur, E., H. Oxley, Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. 2003, OECD Health Working Papers, No. 9, OECD Publishing, pp.98.

98. Donaldson, C., J. Magnussen, DRGs: the road to hospital efficiency. Health Policy, 1992, 21:47-64.

99. Dranove, David, Mark Satterthwaite, (2000) The Industrial Organization of Health Care Markets, in A. J. Culher and J. P. Newhouse, editors, Handbook of Health Economics, Amsterdam: North-Holland, 2000.

100. Eichler, R., Paul Auxila, J. Pollock, (2001) Performance-Based Payment to Improve the Impact of Health Services: Evidence from Haiti.

World Bank Institute Flagship Program on Health Sector Reform and Sustainable Financing Online Journal, 2001: pp.11

101. Ellis, Randall, Thomas McGuire, Provider response to prospective payment: Cost sharing and supply, Journal of Health Economics,1986, 5(2): 129-51.

102. Ellis, Randall, (1998) Creaming, skimping, and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins, Journal of Health Economics, 1998, 17: (5).

103. Ellis, Randall, Thomas McGuire, Optimal Payment Systems for Health Services Journal of Health Economics 9, 1990: 375-396

104. Ensor, T., J. Langenbrunner, Allocating Resources and Paying Providers, in McKee, M. et al., Health Care in Central Asia, Buckingham, England, Open University Press, 2002.

105. European health policies – moving towards market in health? – Eurohealth, 9, 2004, 4, 18-21.

106. Figueras, J., M. McKee, J. Cain , S. Lessof, Health Systems in transition: learning from experience, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, pp.153: ISBN: 92-890-1097-5. www.observatory.dk

107. Figueras, J., R. Robinson, E. Jakubowski, Purchasig to inprove health systems performance, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2005, pp. 322.

108. Gabel, J., M. Redisch, Alternative physician payment methods: incentive, efficiency, and national health insurance. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1979, 57(1):38-59.

109. Garrido,M. V., F. B. Kristensen, C. P. Nielsen, R. Busse, What is health technology assessment?, Health Technology Assessment and Health Policy-Making in Europe, Current status, challenges and potential, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2008, pp. 197: ISBN 978 92 890 4293 2.

110. Gauri, V., What is Contractable in Health Care? Provider Payment Reforms in Developing Countries, Chapter in Preker and Langenbrunner (ed.) Resource Allocation and Purchasing. Forthcoming, 2003.

111. Giffin, R., Can managed care save Medicare? Achieving high quality and low costs through managed care. Managed Care Quarterly, 1996, 4(4):12-29.

112. Ginzberg, E., M .Ostow, Managed care – a look back and a look ahead. NEJM, April, 1997:1018-1020.

113. Glaser, W. A., Health Insurance in Practice: International Variations in Financing, Benefit, and Problems, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1991, pp. 223-383.

114. Gosden, T., L. Pedersen, D. Torgerson, How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behavior. QJM. 1999 Jan; 92(1):47-55.

115. Griffin, R. P., Why doesn't performance pay work? Health Manpower Management, 1993, 19(2):11-13.

116. Gutermann, S., A. Dobson, Impact of the Medicare prospective payment system for hospitals. Health Care Financing Review, 1986, 7:97-114.

117. Hachey, R. B., Setting limits through global budget: hospital cost containment in Rhode Island. Spectrum, 1996, 69(1):6-16. ;

118. Hemenway, D., et al, Physician response to financial incentives. New England Journal of Medicine, 1990, 322:1059-63.

119. Hern, J. E., What should be done about merit award? British Medical Journal, 1994, 308:973-4.

120. Hilman, B.J., et al, Frequency and costs of direct imaging in office practice; a comparison of self-referring and radiologist-referring physicians. New England Journal of Medicine, 1990, 323:1604-8.

121. Hirdes, J.P., et al., Identifying an appropriate case mix measure for chronic care: evidence from an Ontario pilot study. Healthcare Management Forum, 1996, 9(1):40-6.

122. Hurley, J. H., R. Card, Global physician budget as common-property resources: some implications for physicians and medical associations. Canadian Medical Association Journal, 1996, 154(8):1161-8.

123. Hurley, J., et al., Physician responses to global physician expenditure in Canada: a common property perspective. The Milbank Quarterly, 1997, 75(3):343-63.

124. Hurst, J. W., The reform of health care: a comparative analysis of seven OECD countries. Paris: OECD, 1992.

125. Hutchison, B., Do physician-payment mechanisms affect hospital utilization? A study of Health Service Organization in Ontario. Canadian Medical Association Journal, 1996, 154(5): 653-661.

126. Jack, W., Purchasing Health Care: A Conceptual Framework. In Preker and Langenbrunner, Resource Allocation and Purchasing. Forthcoming, 2003.

127. Jacobs, P., M. Hall, J. Lave, M. Glending, Alberta's Health Care Funding Project, Health Care Management Forum, 1992, 5(3): 4-11.

128. Jencks, S., A. Dobson, P. Willis, P. Feinstein, Evaluating and Improving the Measuremen of Hospital Case Mix. Health Care Financing Review; Annual Supplement, 1984.

129. Johan Willem Groothoff, Determinants of quality management systems implementation in hospitals, Health Policy, 89, 2009, pp. 239–251.

130. Kahn, K. L., W.H. Rogers, L.V. Rubenstein, M.J. Sherwood, E.J. Reinisch, E.B. Keeler, D. Draper, J. Kosecoff, R.H. Brook, Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. Journal of the American Medical Association, 1990, 264: 1984-8.

131. Kane, R., Outcome-based payment: a new beginning? Health Progress, 1986, 67(3):36-41,70.

132. Kindig, D. A., Purchasing population health: aligning financial incentives to improve health outcomes. Health Services Research, 1998, 33(2):223-42.

133. Langenbrunner, J., M. Wiley, Hospital Payment Mechanisms: Theory and Practice in Transition Countries. Hospitals in a Changing Europe, Buckingham, England, Open University Press, 2002.

134. Langenbrunner, John C., Cheryl Cashin, Sheila O'Dougherty, Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals, Health Management Information Systems: Linking Purchasers and Providers, WB, Washington, D.C., USAID, 2009, pp.348.

135. Langwell, K.M., L.M. Nelson, Physician payment systems: a review of history, alternatives and evidence. Medical Care Review, 1986, 43:5-58.

136. Lewis, E., Rewarding performance. The Health Service Journal. 1990, December: 1435.

137. Liu, X., A. Mills, Evaluating payment mechanisms: how can we measure unnecessary care? Health Policy and Planning, 1999, 14(4):409-13.

138. Liu, X., Impact of Payment Reforms to Hospital-Based Doctors on the Efficiency of Hospital Services: A Study of County General Hospitals in China. PhD Dissertation, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999.

139. Liu, X., Y. Liu, N. Chen, The Chinese experience of hospital price regulation. Health Policy and Planning, 2000, 15(2):157-63.

140. Lyles, A., F.B. Palumbo, The effect of managed care on prescription drug costs and benefits. Pharmocoeconomics, 1999, 15(2):129-40.

141. Ma, Ching-To Albert, Thomas McGuire: Optimal health insurance and provider payment, American Economic Review, 1997, 87(4): 685-704.

142. Macara, S., Appraisal of doctors in the NHS: merit awards and performance-related pay. British Journal of Hospital Medicine, 1995, 53(3):111-112.

143. Marek, T., I. Diallo, B. Ndiaye, J. Rakotosalama, Successful contracting of prevention services: fighting malnutrition in Senegal and Madagascar. Health Policy and Planning; 1999, 14(4):382-9.

144. McPherson, K., et al., Regional variation in the use of common surgical procedures. Social Sciences and Medicine, 1981, 15A:273-88.

145. Mills, A., Improving the efficiency of public sector health services in developing countries: Bureaucratic versus market approaches. In Colclough C. (ed), Marketing Education and Health in Developing Countries: Miracle or Mirage, Oxford: Clarendon Press, 1997:245-74.

146. Newhouse, J.P., Toward a Theory of NonProfit Institution: An Economic Model of Hospital, American Economic Review, 1970, 60:64-74.

147. Newhouse, Joseph P., Risk Adjustment: Where Are We Now? Inquiry, 1998, 35:122-131.

148. Newhouse, Joseph, Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection Journal of Economic Literature, 1999, 34(3): 1236-63.

149. Normand, C., A. Weber, Social Health Insurance: A Guidebook for Planning, World Health Organization, Geneva, 1994, pp. 55- 78.

150. Organization of Economic Cooperation and Development the Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development, 1994.

151. Oxley, Howard, New directions in health care policy, Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris, 1995, pp. 286

152. Polidano, Charles, The new public management in developing countries, IDPM Public Policy and Management Working Paper № 13, November 1999, pp.38

153. Preker, Alexander S., Martin McKee, Andrew Mitchell, and others, Health Systems, A custom publication of the Disease Control Priorities Project, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2006, pp.153.

154. Rechel B., St.Wright, N.Edwards, B.Dowdeswell, M.McKee, Investing in hospitals of the future, WHO, 2009:123-144.

155. Robinson, J.C., Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives. Milbank Quarterly, 2001, 79(2):149-77.

156. Ron, A., B. Abel-Smith, G. Tamburi, Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach, International Labor Office, Geneva, 1990, pp. 53-71.

157. Schlackman, N., Evolution of a quality-based compensation model: the third generation. American Journal of Medical Quality, 1993, 8(2):103-110.

158. Schulenbury, J.M., Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care: a German perspective. Social Science and Medicine, 1992, 39(10):1473-81.

159. Smith, J., J. Simpson, Locally determined performance related pay: better levers exist for improving performance in a health service with disparate values. British Medical Journal, 1994, 309:495-496.

160. Smith, P. C., L. Ginnelly, M. Sculpher, Health Policy and Economics, Opportunities and Challenges, State of Health, Bell & Bain Ltd, Glasgow, UK, 2005, pp. 308: ISBN: 0 335 21574 2 ww.openup.co.uk

161. Vian, Taryn, Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions, Health Policy and Planning, 2007, pp.83-94.

162. Wardhania,Viera, Adi Utarinib, Jitse Pieter van Dijk, Doeke Post, WHO, Quality and accreditation in health care services: A global review, Evidence and Information for Policy, Department of Health Service Provision (OSD), World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2003, pp.225: http://www.who.int

163. Wiley, M. M. Hospital financing reform and case mix measurement: an international review. Health Care Financing Review, 1992, 13(4):119-133.

164. Winkelman, J. W., J. L. Aitken, D. R. Wybenga, Cost saving in a hospital clinical laboratory with a pay-for-performance incentive program for supervisors. Arch. Pathol. Lab. Med., 1991, 115(1):38-41.

165. Wolfe, P. R., D.W. Moran, Global budgeting in the OECD countries. Health Care Financing Review, 1993, 14(3):333.

166. Wolff, M., N. Schlesinger, Risk, motives, and styles of utilization review: a crosscondition comparison. Social Sciences and Medicine, 1998, 47(7):911-26.

167. www.cross-bg.net/index.php

168. www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/euro-observer/hospital-payment-systems-in-europe

169. www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/full-list-of-hits/australia-hit-2007

170. http://europa.eu/eu-life/healthcare/index_bg.htm

171. http://forummedicus.com/

172. www.healthpowerhouse.com/files/Report EHCI 2009

173. www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/48_financing/48_financing_1997_review2000.pdf „Trends in Hospital Financing in the European Union", HOPE, (1998, 2000)

174. www.index-bg.org/documents/Final27Aug_BG.pdf

175. www.investopedia.com

176. www.minfin.bg/document/2891:1

177. www.nhif.bg/web/

178. www.nice.org.uk, NICE Guidance, 2006.

179. www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/прев

180. www.zdrave.net

181. Zelman, W., M.McCue, A.Millikan, Financial Management of Health Organizations, Blackwell, 2000.