

ПРОМЕНИ ВЪВ ФИНАНСИРАНЕТО НА БОЛНИЦИТЕ И ПРАВИЛА ЗА ФОРМИРАНЕ НА РАБОТНАТА ЗАПЛАТА

И. Баташки, Н. Ананоцев, Ж. Грудева - Попова

EVOLUTION OF LABOUR COSTS FINANCING AND COMPUTATION REGULATIONS

I. Batashki, N. Ananoshtev, J. Grudeva - Popova

Summary: Voluntarily health insurance, although legally regulated from 1998, do not develop as a contemporary market of health utilities. As regard to its European type of development in Bulgaria, the voluntarily health insurance must be assigned with certain responsibilities, as well as the definition of its market position.

Healthcare reform created a new method of financing of the hospital assistance. The distribution of financial funds is realized in different manner for each hospital and to a great extent, what compromises the idea.

With the approval of the developed by the authors structure of the wage fund and the introduction of the method for distribution, through a coefficient of quota participation, the present regulated pandemonium of labor payment in the field of healthcare, will be eliminated. Thus is the way to fulfill the requirements of Healthcare Ministry for providing a fair distribution of earned funds among all, occupied in hospital, accounting individual contribution and everyone's qualification.

We suggest a working variant of wage fund structure and a method for distribution through a coefficient of quota participation, which is an object for negotiation with Syndicates and Employers.

Key words: voluntarily health insurance, a coefficient of quota participation, wage fund structure

Началото на изграждане на здравно осигурителен модел за финансиране на българското здравеопазване се сложи с приемането на Закон за здравно осигуряване /ЗО/ през 1998 година /1/. С този Закон се създаде възможност за развитие, както на задължителното така и на доброволно ЗО. Доброволното ДО беше предоставено на акционерни дружества, чийто периметър на дейност Законът очерта извън основния пакет здравни услуги по задължителното осигуряване с възможност и за дублиране на здравните услуги от основния пакет. Процедурата по лицензиране на дружествата за доброволно ЗО стартира едва през 2001 година /2/. Същата година бяха лицензирани първите две дружества и техния

брой се запази до 2003 г., когато с поправките в ЗЗО, необходимия капитал за регистриране на дружество за доброволно здравно осигуряване от 2 млн. лева беше намален на 500 хил. лева. До сега Комисията по финансов надзор /КФН/ е лицензирала 12 дружества за доброволно ЗО.

Доброволното ЗО макар и законово регламентирано от 1998 година, не се развива като съвременен пазар на здравни услуги /10/. Приходите на всички дружества за ДЗО за 2004г. са около 11 млн. лева, при здравен бюджет 1,7 милиарда лева. За 2005 г. по данни на Комисията доброволното ЗО регистрира приходи едва около 20 милиона лева. На практика това е бюджетът на една не голяма болница. Проблеми

съществуват, както пред системата на задължителното осигуряване, така и пред доброволното ЗО /3/. От задължителното осигуряване обществото очакваше по-добра организация и по-високо качество на здравните услуги, а за медицинските специалисти - по-справедливо и по-високо възнаграждение за техния труд /4, 5, 6, 7/.

Какъв е резултата към момента:

1. Повече пари за неизвестно количество здравни услуги;
2. Силно бюрократизирана и дезинтегрирана система, която вместо да подобрява, затруднява достъпа до медицинска помощ.
3. Неравностойно заплащане на труда на медицинските специалисти, което доведе до противопоставяне между различните нива на здравната система и отделните медицински специалности.

Доказателство за ниската ефективност на здравната система са повишените разходи за здравеопазване на фона на влошаващите се здравни показатели. Неясен е механизмът на вземане на управленски решения относно финансирането на здравната система, след като в Националната статистика липсват всякакви данни за дейността на извънболничната помощ, а болничната статистика е силно деформирана, поради двойствения механизъм на финансиране /НЗОК и МЗ/ и поради липсата на много нозологични единици в клиничните пътеки. Данните за заболяемост на населението в България не се получават на база обръщаемост за медицинска помощ, а са екстраполация на данни от преди 20 години.

Основното предимство на осигурителната система е, че тя финансира дейности. След като липсва надежден източник на информация за обема на дейности, които системата извършва, закономерен е въпросът по какви критерии се управляват средствата на общественото здравно осигуряване и на какво се базират твърденията за техния недостиг?

Основните проблеми на здравно осигурителната система са недофинансираният основен пакет здравни услуги и неефективното разходване на средствата /8, 9/. Поради липса

на гарантирани права по задължителното ЗО, доброволното ЗО най-често дублира здравните услуги от основния пакет. Става дума не само до високо специализирани изследвания, а за дублиране почти цялата извънболнична помощ. Доброволно осигурените лица имат право на директен достъп до специалист без насочване от GP, поради което те губят правата си по задължителното ЗО и всички разходи за прегледи и изследвания се поемат от доброволното ЗО, независимо от заплатената задължителна здравно осигурителна вноска. Надзорът върху дейността на дружествата за доброволно здравно осигуряване е в две ведомства – Комисия по финансов надзор /относно лицензиране и финансова стабилност/ и Министерство на здравеопазването /специализиран надзор върху качеството на здравните услуги/.

Причините за слабото развитие на доброволното ЗО според нас са много и комплексни:

- ✓ В страната липсват традиции в областта на здравното осигуряване. Все още гражданите очакват държавата да поеме основните ангажименти за тяхното здраве. Доказателство за това е и големия брой граждани, които не заплащат задължителните си здравно осигурителни вноски без да са в групата на социално слабите.
- ✓ Ниските доходи на населението не позволяват да се заделят средства за доброволно ЗО.
- ✓ Съществуващите данъчни облекчения за работодателите, не стимулират работодателите да закупуват допълнителни здравни услуги за своите работници чрез доброволното здравно осигуряване.
- ✓ Малкото средства, които се събират по доброволното ЗО води до това, че то не е интересен финансов източник за лечебните заведения.
- ✓ Законодателят не е решил въпросите относно границата между здравното застраховане и здравното осигуряване и абонаментните договори на лечебните заведения.
- ✓ Нерегламентирания плащания в лечебните заведения се наложило като правило за получаване на здравни услуги

и са предпочитани пред доброволното ЗО. В борбата с тези деформации в здравната система, доброволното ЗО е едно от възможните, но не и единственото решение.

- √ Проблемите на мениджмънта и незадоволителното качество на медицинското обслужване в обществените лечебни заведения не позволяват доброволно осигурените лица да получат желаното качество на здравни услуги, за да се засили интереса към продуктите на доброволните здравно осигурителни дружества.
- √ Нерегламентираният и финансово необезпечен основен пакет здравни услуги по задължителното ЗО, затруднява гражданите в решението им да заплатят още една осигурителна вноска за едни и същи здравни услуги.
- √ Лечебните заведения като търговски дружества сами формират цени на здравни услуги, без да има държавен регламент и надзор.

Конституционните права на българските граждани за достъпна медицинска помощ и здравно осигуряване, са вменени в дълг на държавата. Системата за финансиране е само инструмент за постигане на целта "повече здраве".

Каква е ролята на Държавата в здравната система сега:

- √ Да създава стандарти и да изгради система за перманентен контрол за тяхното спазване;
- √ Да произвежда кадри и да носи отговорност за тяхната квалификация;
- √ Да изгради здравна мрежа съответна на здравните потребности на населението;
- √ Да равнопостави всички видове собственост в нея, като не допуска всяка от тях да се развива паразитирайки върху останалите;
- √ Да децентрализира управлението, като повиши отговорностите и недопуска хаос;
- √ Да се намесва при необходимост в интерес на общественото здраве;
- √ Да мониторира резултати, да изработва анализи и прогнози за развитие на системата, адекватно на европейските стандарти.

Днес доброволните здравно осигурителни фондове извършват на практика:

- √ Заместващо ЗО в областта на профилактиката и извънболничната помощ.
- √ Допълнително ЗО в болничната помощ.
- √ Допълващо в областта на реимбурсирането на лекарства.

Нашето, заместващо доброволно ЗО е по-скоро дублиращо, защото осигуреното лице заплаща два пъти за едни и същи услуги. Относно болничната помощ то е допълнително като заплащане от фондовете към болницата, без да се получават повече и по-качествени услуги за доброволно осигурените лица. Опасността от фалити на дружествата за доброволно здравно осигуряване, не е по-голяма от опасността от фалит на НЗОК, ако поемат и основния пакет от здравни услуги.

Перспективата за развитие на доброволното здравно осигуряване зависи от:

- √ Каква система на здравно осигуряване изграждаме. Ще се развива ли у нас частно здравно осигуряване от европейски тип, или не. Ако се развива какви отговорности ще му възложим и коя е неговата пазарна ниша.
- √ Как ще подобрим ефективността в разходването на обществените средства за здравеопазване.
- √ Как да извадим средствата от черните каси в здравната система и да ги насочим към нея, вместо към личните джобове.
- √ Кой ще определя цените на здравните услуги и каква е ролята на държавата в този процес.
- √ Как ще начертаем здравната карта на България – на база реални потребности от медицински специалисти, болнични легла и здравни институции или на база чисто пазарни механизми.
- √ Що е то структурна реформа в здравеопазване. Съкращаване на болнични легла и персонал или трансформация на неефективни структури в други, които са необходими, но липсват.
- √ Българското здравеопазване ще следва ли развитието на Европейските системи за интегрирани здравни грижи, където с минимална загуба на време пациента

получава комплексно медицинско обслужване, или ще продължи тенденцията на дезинтеграция достигнала до загуба на пациента по пътя от общо практикуващия лекар през специализираните кабинети и лаборатории пръснати в целия град до високоспециализираната и болнична помощ.

- √ Един от въпросите, предстоящи за разрешаване от българската здравно осигурителна система, е за облагането на изплатените суми за медицински разходи с окончателен данък. Съгласно Закона за облагане доходите на физическите лица /ЗОДФЛ/, облагаемият доход се намалява с направените от лицата лични вноски за доброволно здравно осигуряване в размер до 10 на сто от облагаемия доход. Важно е да се подчертае, че изплатените суми за медицински разходи подлежат на облагане с окончателен данък, независимо дали тези суми са заплатени директно на лечебното заведение или са възстановени на осигуреното лице и независимо от начина, по който се извършва доброволното здравно осигуряване – чрез възстановяване на разходи или чрез абонаментно обслужване. Оттук следва, че един от основните стимули за развитие на пазара на доброволното здравно осигуряване, а именно данъчното облекчение върху вноските за доброволно здравно осигуряване, губи своя ефект. Последващото данъчно облагане на получените суми за медицински разходи с окончателен данък може да надвиши многократно ползваното данъчно облекчение върху вноските. Въпреки предвиденото от законодателя намаление на размера на окончателния данък върху доходите от доброволно здравно осигуряване – от 16 на сто на сто от 1 януари 2006 г., наличието на такъв данък поставя значителни трудности пред дружествата за доброволно здравно осигуряване при мотивирането на потенциални клиенти за сключване на договор за доброволно здравно осигуряване. Този проблем би могъл да бъде разрешен, като се премахне окончателният данък върху доходите от доброволно здравно осигуряване, както е при имущественото застраховане.

- √ Да се създаде възможност за обмен на информация между дружествата за доброволно здравно осигуряване и НЗОК.

Реформата в здравеопазването създаде нов начин на финансиране.

Икономическата дейност на болницата е важна, но тя съществува единствено, за да се постигне същинската ѝ дейност – лечебна. При обсъждане на проекта за нов колективен трудов договор между ръководството на УМБАЛ "Свети Георги" ЕАД гр. Пловдив и синдикалните организации се установи, че изпълнението на Браншовото споразумение за минимални основни заплати в здравеопазването подписано, но Национално ниво, би довело реално до намаление на доходите на по-голяма част от работещите в лечебното заведение.

След разиграните варианти с реални цифри на различните категории персонал се оказа, че с повишаване на началните основни заплати, се намаляват сумите за допълнително материално стимулиране от средствата заработени по клинични пътеки. Това намаление е в особено голям размер за клиниките, които имат най-голям принос в приходната част на баланса на дружеството. Процентът на намаление на брутно трудово възнаграждение варира от 35% до 40%.

Разпределението на средствата от клиничните пътеки се осъществява по различен начин във всяка болница в България. Досегашния опит за разпределение на средствата по клиничните пътеки общо за страната биха могли да се групират в шест групи:

Първа група, болници условно определени като "А": Разпределението на 40% от приходите по договори с НЗОК за изпълнени клинични пътеки, 30% от приходите по договори с НЗОК за извършени дейности и изследвания от високоспециализирана извънболнична помощ, както и 40% от постъпилите приходи от медицински и други услуги се прави със заповед на Изпълнителния директор на лечебното заведение. Началниците на отделения и лаборатории, изхождайки от индивидуалния принос и отработеното време, определят размера на възнаграждението на всяко лице от колектива. Разпределението е в съотношение 6:3:1 за висш, среден и друг персонал.

Втора група, болници условно определени като "Б": Разпределението е схематизирано по простичък начин: 60% за лекари, 30% за среден медицински персонал и 10% за санитарни. От заработените средства предварително се заделят 10% за администрацията, 5% за рентгенологията и 5% за анестезиолозите.

Трета група, болници условно определени като "В": Създадена е добра математическа схема за разпределение на парите, постъпващи от Касата. Мярката за справедливост е минималния осигурителен доходна всяка категория работници и служители. Коефициентите за разпределение се получават като:

$$ГО = \frac{B_1 \times G_1}{GO} + \frac{B_2 \times G_2}{GO} + \dots + \frac{B_n \times G_n}{GO}$$

$$ИКГ1 = \frac{B_1 \times G_1}{ГО} = \frac{ИКГ1 - n}{ГО}$$

Където:

ИКГ 1- n е индивидуален коефициент на група персонал.

ИК е индивидуален коефициент за всеки член от групата.

Б е брой персонал във всяка група.

Г е минимален осигурителен доход /МОД/ на всяка група.

ГО е МОД на МБАЛ.

ИС е индивидуална сума за разпределение.

ОС е обща сума за разпределение.

Четвърта група, болници условно определени като "Г": 80% от приходите на касата се разпределят между всички служители на лечебното заведение в съотношение 55% за висшия персонал, 35% за средния медицински персонал и 10% за друг персонал. 20-те % оставени за разпределение в клиниките, работещи по "клинични пътеки" са формулирани като допълнително материално стимулиране. 5% от тях са за ОАРИЛ. Следва схема 6:3:1 за разпределение вътре в отделенията между лекари, сестри и санитарни.

Пета група, болници условно определени като "Д": От общата сума за допълнително възнаграждение се заделят 20% за целево стимулиране на отделенията, съобразно приходите им. Останалите 80% от сумите се

разпределят между целия персонал в процентно изражение: 60% от сумите за висшия персонал на болницата /лекари, икономисти, фармацевти, инженери/, 30% за среден медицински персонал /сестри, лаборанти, фелдшери, рехабилитатори и др./ и 10% за помощен персонал.

Шеста група, болници условно определени като "Е": Схемата за разпределение на средствата е представена като протоколно решение между ръководството на болницата, синдикати и лекарския съюз. Служителите са разпределени в 8 групи според ценза им. Това поставя служителите от едно и също отделение в различни групи. Няма яснота на каква база са определени коефициенти, които варират от 0.7 до 7. Съотношението лекари – санитарни е 6:1 и 7:1 според делението на висшия медицински персонал на две групи. Вариантите лекар – сестра са 6, респективно 7 /според двете групи лекари/ към 1.5:1.8:2 за трите групи медицински сестри с различни коефициенти.

При сегашния начин на разпределение, субективизмът им на изпълнение – компрометиращ идеята. Пъстротата от варианти за разпределение на средствата заработени по клинични пътеки е нормален резултат от създадената среда. Болничният мениджър трябва да осигури екипност и ефикасност на самата лечебна дейност.

От 01.01.2006г. след въвеждане субсидиране на болничната помощ само от един финансов източник чрез НЗОК с дейност по клинични пътеки, авторския колектив си постави за цел да разработи система за справедливо разпределение на заработените средства между всички заети в болницата, отчитайки индивидуалния принос и квалификация.

На първо място като мярка за справедливост определяме осигуряване изплащането на индивидуалното трудово възнаграждение на всеки член от числения състав в МБАЛ и всички задължителни допълнителни плащания, определени в КТ и КТД.

На второ място за осигуряване дългосрочна перспектива на системата предлагаме решения за развиване на стимулите на преките изпълнители на КП за увеличаване на приходите.

На трето място постигаме стимулирането да не се обвързва с несигурност и липса на информация.

Втора група, болници условно определени като "Б": Разпределението е схематизирано по простичък начин: 60% за лекари, 30% за среден медицински персонал и 10% за санитарни. От заработените средства предварително се заделят 10% за администрацията, 5% за рентгенологията и 5% за анестезиолозите.

Трета група, болници условно определени като "В": Създадена е добра математическа схема за разпределение на парите, постъпващи от Касата. Мярката за справедливост е минималния осигурителен доходна всяка категория работници и служители. Коефициентите за разпределение се получават като:

$$ГО = \frac{B_1 \times G_1}{GO} + \frac{B_2 \times G_2}{GO} + \dots + \frac{B_n \times G_n}{GO}$$

$$ИКГ1 = \frac{B_1 \times G_1}{ГО} = \frac{ИКГ1 - n}{ГО}$$

Където:

ИКГ 1- n е индивидуален коефициент на група персонал.

ИК е индивидуален коефициент за всеки член от групата.

Б е брой персонал във всяка група.

Г е минимален осигурителен доход /МОД/ на всяка група.

ГО е МОД на МБАЛ.

ИС е индивидуална сума за разпределение.

ОС е обща сума за разпределение.

Четвърта група, болници условно определени като "Г": 80% от приходите на касата се разпределят между всички служители на лечебното заведение в съотношение 55% за висшия персонал, 35% за средния медицински персонал и 10% за друг персонал. 20-те % оставени за разпределение в клиниките, работещи по "клинични пътеки" са формулирани като допълнително материално стимулиране. 5% от тях са за ОАРИЛ. Следва схема 6:3:1 за разпределение вътре в отделенията между лекари, сестри и санитарни.

Пета група, болници условно определени като "Д": От общата сума за допълнително възнаграждение се заделят 20% за целево стимулиране на отделенията, съобразно приходите им. Останалите 80% от сумите се

разпределят между целия персонал в процентно изражение: 60% от сумите за висшия персонал на болницата /лекари, икономисти, фармацевти, инженери/, 30% за среден медицински персонал /сестри, лаборанти, фелдшери, рехабилитатори и др./ и 10% за помощен персонал.

Шеста група, болници условно определени като "Е": Схемата за разпределение на средствата е представена като протоколно решение между ръководството на болницата, синдикати и лекарския съюз. Служителите са разпределени в 8 групи според ценза им. Това поставя служителите от едно и също отделение в различни групи. Няма яснота на каква база са определени коефициенти, които варират от 0.7 до 7. Съотношението лекари – санитарни е 6:1 и 7:1 според делението на висшия медицински персонал на две групи. Вариантите лекар – сестра са 6, респективно 7 /според двете групи лекари/ към 1.5:1.8:2 за трите групи медицински сестри с различни коефициенти.

При сегашния начин на разпределение, субективизмът им на изпълнение – компрометиращ идеята. Пъстротата от варианти за разпределение на средствата заработени по клинични пътеки е нормален резултат от създадената среда. Болничният мениджър трябва да осигури екипност и ефикасност на самата лечебна дейност.

От 01.01.2006г. след въвеждане субсидиране на болничната помощ само от един финансов източник чрез НЗОК с дейност по клинични пътеки, авторския колектив си постави за цел да разработи система за справедливо разпределение на заработените средства между всички заети в болницата, отчитайки индивидуалния принос и квалификация.

На първо място като мярка за справедливост определяме осигуряване изплащането на индивидуалното трудово възнаграждение на всеки член от числения състав в МБАЛ и всички задължителни допълнителни плащания, определени в КТ и КТД.

На второ място за осигуряване дългосрочна перспектива на системата предлагаме решения за развиване на стимулите на преките изпълнители на КП за увеличаване на приходите.

На трето място постигаме стимулирането да не се обвързва с несигурност и липса на информация.

Подходът, който предлагаме е следният:

- √ Определяне финансовата макро рамка на МБАЛ в приходно-разходната ѝ част - ежемесечно, тримесечно, на полугодие.
- √ С КТД да се регламентира за ФРЗ заделяне до 57% вместо до сега – до 40%.
- √ На база на общите приходи на МБАЛ за даден месец да се определя коефициент на дялово участие на всеки изпълнител /клиника, отделение/.
- √ Общият месечен приход на МБАЛ се определя за коефициент 1 /единица/.
- √ Сборът от определените индивидуални коефициенти /дяловото им участие/ от приходите на клиниките е равен на 1 /единица/.

За да се съобразим с изискванията на Международния валутен фонд и Европейския съюз до 01.01.2007 г. трябва да бъдат разработени от МЗ и всяка МБАЛ Правилник за организация на работната заплата. Заплатата трябва да съдържа няколко компонента:

1. Основен
2. За условия на труд
3. За професионален опит
4. За количество и качество на труд

В тази връзка предлагаме работен вариант на структурата на работната заплата:

- √ Основният компонент да бъде 70-80%.
- √ Условията на труд да бъдат от 5% до 20%.
- √ За професионален опит да се да се заложи до 10%.
- √ За количество и качество на труд да се предвиди също до 10%.

Целесъобразно е възнагражденията за условия на труд, професионален опит. Качество и количество на труд да не бъдат записани във Вътрешния правилник като проценти от основната заплата, а като абсолютни цифри. С новия вътрешен правилник за организация на работната заплата, фирмата следва да въведе тавани на всички специфични възнаграждения. За професионален опит предлагаме да се

вземат под съображения допълнителните квалификации и научни степени. Отделните компоненти на работната заплата са обект на договаряне между Синдикати и Работодатели. Препоръчваме получаваните сега брутни работни заплати да не се намаляват имайки предвид ниския им праг в сферата на здравеопазването. Наложително е идеите да се облекат във форма, която да дава необходимата сигурност, че хората няма да бъдат ошетени. Необходимо е и да има механизъм за намеса на Държавата, който да гарантира стриктно спазване на приетата схема за компоненти на работна заплата.

ИЗВОДИ:

1. Развитието на Европейски тип доброволно здравно осигуряване в страната изисква да му бъдат възложени определени отговорности, за да намери своята актуална пазарна ниша.
2. Разработването на Правилник от МЗ и МБАЛ за организация на работната заплата, съобразен с изискванията на Международния валутен фонд и Европейския съюз се постига целта – да се направи справедливо разпределение на заработените средства между всички заети в болницата, отчитайки индивидуалния принос и квалификация на всеки.
3. Мярката на справедливост за разпределение на допълнителното материално стимулиране, се постига с въвеждане методиката на прихода, т.е. определяне коефициент на дялово участие на всеки изпълнител и по него разпределяне на допълнителното материално стимулиране на всяко структурно звено имащо отношение към общия приход.
4. Необходимо е в спешен порядък МЗ и МБАЛ да предложат работен вариант на структурата на работната заплата от 01.01.2007г., обект на договаряне между Синдикати и Работодатели.
5. С приемането на структура на работната заплата от 01.01.2007 г. и въвеждането на методиката за разпределение на

допълнителното материално стимулиране чрез коефициент на дялово участие, се премахва сегашния регламентиран хаос на трудово заплащане в сферата на здравеопазването, когато по-ниско квалифицирания медицински работник получава по-високо възнаграждение от лекаря, та било той и хабилитирано лице /професор, доцент/.

Използвана литература:

1. Закон за здравното осигуряване. ДВ,бр.70/1998,изм. и доп. бр.93/1998, бр.153:1998, бр.62/1999, бр.65/1999, бр.67/1999, бр.110/1999, бр.113/1999, бр.1/2000, бр.64/2000, бр.64/2000 г., в сила от 1 януари 2001 г.
2. Вторият "стълб" на здравната реформа още нищо не крепи. В-к Банкеръ, бр.9 /664/, 4.03. – 10.03.2006 г.
3. Големанова Ж. Развитие на здравната политика в България. Здравната реформа в България, ч.I, Македония прес, 1997, 77-99.
4. Мирослав П., Големанова Ж. Здравната реформа: необходимост, същност и съдържание, параметри, законова рамка. Основи на болничното управление, ISBN – 954-8823-37-3, Македония прес,2000,.32-53.
5. Мирослав П. Управлението на Българската болница днес: Бъдеще в сегашно време. Болнично управление, ISBN 954-573-018-8, ИК "Хераклит А@Н",2005, 3-47.
6. Мутафова Е, Атанасова Е, Димитрова Л, Шербетова Н, Феодорова Е, Рачева М.- Планиране и финансиране на болниците .Болничен мениджмънт под ред. На проф. д-р Любомир Иванов и доц.д-р Жана Големанова. "Дийор Принт",2005, 7-85.
7. Дракър, П., Практика на мениджмънта, Класика стил, София, 2001, 3- 99.
8. Наредба № 13 от 30 юли 2003 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения – ДВ, бр.80 от 9.09.2003 г..
9. Berwick,D., A. Godfrey, Y. Cuming Health Care (New Strategies for Quality Improvement), Jossey-Bass Publishers, 1991 ,5- 69.
10. Brannan, К.М. : Total Quality Care, in: Production and Inventory Management Journal, N. 1 , 1997, 69-73.
11. Sommefeld, S. T. et al. Projection of National Health Expenditures through the year Health Care Financing. 2000,Vol. 13. N 1, 3-35.
12. Bencoa, R y Hunter, D. J. New directions in Managing Health Care. W.H.O. and Nuffield Institute. Edwin Harmer. 1991, 5-89.
13. Cuadrado, J. R. La expansion de los servicios en el contexto del cambio estructural de la economia Espanola. "Papelea de economia Espanola", 1990, N 42 ,5-79.
14. Dixon A., J. Langenbrunner., E. Mossialos. Facing the challenges of health care financing. USAID Conference Washington, DC 29-31 July, 2002.7-89.
15. Hansen D.R., M. Mowen, COST Management, accounting and control, Third edition, South-West College Publishing, 2000, 5-99.

Адрес за кореспонденция:

4000 – Пловдив, ул. " Перуника" № 33
 Доц. д-р Никола Ананошев, дм
 Тел. 032/ 602777
 E-mail: nik_ananoshtev@abv.bg

"Принципите на управлението са универсални"

А. Файол