

**СТОПАНСКА АКАДЕМИЯ „ДИМИТЪР А. ЦЕНОВ” – СВИЩОВ**  
**Катедра „Застраховане и социално дело”**



**НАДЕЖДА ДИМИТРОВА ТОДОРОВСКА**

**ЗАСТРАХОВАНЕТО ПРИ ИНТЕГРИРАНИТЕ ЗДРАВНО-  
СОЦИАЛНИ УСЛУГИ В ДОМАШНА СРЕДА**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна  
степен „доктор” по научна специалност  
„Финанси, парично обръщение, кредит и застраховка  
(застраховане)”

Научен ръководител:  
**Доц. д-р Румен Ерусалимов**

**СВИЩОВ**

**2019**

Дисертационният труд се състои от 169 страници, от които: заглавна страница – 1 страница; използвани съкращения – 1 страница; съдържание – 3 страници; увод – 4 страници; основен текст (три глави) – 146 страници; заключение – 4 страници; декларация за оригиналност и достоверност – 1 страница; библиография – 6 страници (67 източника); приложения – 7 страници (3 приложения). В подкрепа на изложението са оформени 19 таблици и 3 фигури.

Дисертационният труд е обсъден и предложен за защита по реда на Закона за развитието на академичния състав в Република България от катедра „Застраховане и социално дело” при Стопанска академия „Д. А. Ценов“ – Свищов.

# **I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

## **1. Актуалност на темата**

През последните години разходите за здравеопазване в България непрекъснато нарастват. Същевременно, в обществото ни, преобладаващо е мнението, че качеството на предоставяните здравни услуги не е на необходимото ниво. Причините за това са много и комплексни, но като че ли най-съществената от тях е свързана с разпределението на средствата, предназначени за здравеопазване. Над 60 % от разходите в сектора са насочени към покриване нуждите от болнично лечение.

Основният разпределител на средствата за здравеопазване в нашата страна е Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Нейната основна функция, обаче, е силно затруднена от образувалия се порочен кръг, който допринася за увеличаване на хоспитализациите и нарастване на разходите. Същевременно, ефектът от отпусканите допълнително средства, основно за болнично лечение, не може да бъде усетен от обществото.

Липсата на добре развита децентрализирана доболнична здравна помощ, както и на достатъчен брой квалифицирани медицински кадри е в основата на невъзможността НЗОК да осигури и финансира адекватни на нуждите на населението здравни услуги. С оглед демографската ситуация и застаряването на населението на страната се очаква в бъдещето проблемите да се задълбочават. Това налага търсене на нови подходи при организирането и финансирането на здравеопазването в България, насочени към улесняване достъпа до медицински услуги и повишаване качеството на тяхното прилагане.

## **2. Обект и предмет на изследването**

*Обект* на разработката са интегрираните здравно-социални услуги, като възможност за реорганизация на социалната и здравната системи в България.

*Предмет* на изследване са начините за въвеждане и финансиране на интегрираните здравно-социални услуги в домашна среда, в това число чрез застраховането, с оглед ефективно използване на намаляващия брой на кадрите, обслужващи здравната и социалната системи в страната.

## **3. Изследователска теза**

Защитаваната изследователска теза в дисертационния труд е следната: *застраховането, в изпълнение на своята основна възмездителна функция, успешно може да подпомогне процеса по въвеждане на интегрираните здравно-социални услуги в домашна среда, посредством разпределение на обособен застрахователен фонд, образуван съобразно идеята за взаимопомощ.*

## **4. Цел и задачи на дисертационния труд**

Основната *цел* на дисертационния труд е да се разгледат възможностите на застраховането, като вид специфична дейност, да подпомогне финансирането, респективно поэтапното въвеждане на интегрираните здравно-социални услуги в домашна среда в нашата страна.

Постигането на поставената цел изисква изпълнението на следните по-важни *изследователски задачи*:

- да бъде разгледана същността на интегрираните здравно-социални услуги и да бъдат очертани техните особености;
- да бъде обоснована необходимостта от въвеждането на интегрирани здравно-социални услуги в България;
- да бъде анализиран европейски опит в областта на интегрираните здравно-социални услуги;
- да бъде направен преглед на организацията, развитието и извършваните реформи в здравната система на нашата страна;
- да бъде предложена организационна структура на център „Домашни грижи“, за предоставяне на здравно-социални услуги в домашна среда;
- да бъдат оценени социално-икономическите ефекти от въвеждането на интегрирани здравно-социални услуги в домашна среда;
- да бъде очертано мястото на застраховането при финансирането на дейността на централите „Домашни грижи“, които предоставят здравно-социални услуги в домашна среда;
- да бъдат предложени модел и тарифа на застраховка, чрез която е възможно да се покрият разходите на централите, предоставящи здравно-социални услуги в домашна среда на лица в надработоспособна възраст.

## **5. Методология на изследването**

За решаването на изследователските задачи, постигане на целта и доказване на изследователската теза, са използвани социологически методи, системен подход и критичен анализ, структурно-функционален анализ. Направените актюерски изчисления се базират на официална статистическа информация, извлечена от публикации на НСИ и технически лихвен процент 1,4%, определен от Комисията за финансов надзор като максимален

за животозастрахователните дружества, към месец април 2019 г. При изчисленията е използван специализиран софтуер – Microsoft Excell.

Изпълнението на част от поставените задачи е осъществено на база предоставени данни от Българския червен кръст (БЧК) - организация с опит по отношение на предлагането на здравно-социални услуги в домашна среда.

## **6. Обхват на изследването**

Изследователската работа в дисертационния труд е насочена към дефиниране на проблемите, свързани с организирането и финансирането на дейностите по предоставяне на здравно-социални услуги в домашна среда, с оглед ефективно използване на кадрите, обслужващи здравната и социалната системи в страната. Акцент в изследването са възможностите на застраховането да се включи в този процес, посредством образуване и разпределение на обособен застрахователен фонд.

Настоящото изложение не претендира за всеобхватност. Невъзможно е в едно изследване да бъдат представени всички аспекти, свързани с организирането и финансирането на дейността по предоставяне на интегрирани здравно-социални услуги. Затова извън обхвата на дисертационния труд остават някои възможни решения на дефинираните проблеми, които са извън сферата на застраховането.

## **7. Апробация на дисертационния труд**

Дисертационният труд е обсъден на заседания на катедра „Застраховане и социално дело” при Стопанска академия „Д. А. Ценов” – Свищов. Части от изследването са представени на научни форуми и са публикувани в специализирани научни издания.

## **II. СТРУКТУРА И СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

Дисертационният труд се състои от увод, изложение в три глави и заключение. Общият обем на увода, трите глави и заключението е 155 страници. Изложението е онагледено с 19 таблици и 3 фигури.

В дисертационния труд се включват още: декларация за оригиналност и достоверност; библиография и 3 приложения.

Дисертационният труд е структуриран по следния начин:

### ***УВОД***

#### ***Глава първа***

### ***СЪЩНОСТ И ОСОБЕНОСТИ НА ИНТЕГРИРАНИТЕ ЗДРАВНО-СОЦИАЛНИ УСЛУГИ***

#### **1. Същност на интегрираните здравно-социални услуги**

#### **2. Необходимост от въвеждане на интегрирани здравно-социални услуги в България**

2.1. Демографски фактори, обуславящи необходимостта от въвеждане на интегрирани здравно-социални услуги

2.2. Здравни фактори, обуславящи необходимостта от въвеждане на интегрирани здравно-социални услуги

2.3. Социално-икономически фактори, обуславящи необходимостта от въвеждане на интегрирани здравно-социални услуги

#### **3. Особености при прилагането на интегрираните здравно-социални услуги в европейските страни**

3.1. Особености при прилагането на интегрираните здравно-социални услуги в Конфедерация Швейцария

3.2. Особености при прилагането на интегрираните здравно-социални услуги в Република Австрия

3.3. Особености при прилагането на интегрираните здравно-социални услуги в Кралство Норвегия

**Изводи по първа глава**

*Глава втора*

## ***ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛАГАНЕ НА ИНТЕГРИРАНИТЕ ЗДРАВНО-СОЦИАЛНИ УСЛУГИ В БЪЛГАРИЯ***

### **1. Организация на здравеопазването в България**

1.1. Развитие и реформи в здравната система на България

1.2. Организация и видове лечебни заведения в България

### **2. Регламентиране и изграждане организационна структура за предоставяне на здравно-социални услуги в домашна среда**

2.1. Нормативна база, уреждаща здравно-социалните услуги в България

2.1.1. Стратегически документи, имащи отношение към предлагането и развитието на здравно-социалните услуги в България

2.1.2. Нормативни актове, имащи отношение към предлагането и развитието на здравно-социалните услуги в България

2.1.3. Методики и указания на институции, имащи отношение към предлагането и развитието на здравно-социалните услуги в България

2.1.4. Закон за социалните услуги

2.2. Изграждане на организационна структура за предоставяне на здравно-социални услуги в домашна среда

### **3. Социално-икономически ефекти от въвеждането на интегрирани здравно-социални услуги в домашна среда**

3.1. Постановка на проблема

3.2. Резултати от дейността на центрoвете „Домашни грижи“



3.3. Сравнителен анализ на дейността и разходите на центрoвете Домашна грижа с аналогични доставчици на подобни услуги

**Изводи по втора глава**

*Глава трета*

***МЯСТО НА ЗАСТРАХОВАНЕТО ПРИ ИНТЕГРИРАНИТЕ ЗДРАВНО-СОЦИАЛНИ УСЛУГИ В ДОМАШНА СРЕДА***

**1. Особенности на здравното застраховане и застраховането „Злополука“**

1.1. Особенности на здравното застраховане

1.2. Особенности на застраховането „Злополука“

**2. Възможности за застраховане при предлагане на интегрирани здравно-социални услуги в домашна среда на граждани в работоспособна възраст**

**3. Възможности за застраховане при предлагане на интегрирани здравно-социални услуги в домашна среда на граждани в надработоспособна възраст**

3.1. Постановка на проблема

3.2. Особенности на застраховката „Рента срещу жилище“

3.3. Модел на застраховка „Рента срещу жилище“, покриваща разходите за здравно-социални услуги в домашна среда

**Изводи по трета глава**

**Заклучение**

**Декларация за оригиналност и достоверност**

**Библиография**

**Приложения**

### **III. КРАТКО ИЗЛОЖЕНИЕ НА СЪДЪРЖАНИЕТО И РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО**

#### **УВОД**

Уводната част на дисертационния труд е разработена в обем от 4 страници и съдържа обосновка на актуалността и значимостта на темата. В нея са дефинирани обектът и предметът на изследването и е формулирана изследователската теза. Обособена е основната цел, формулирани са задачите за нейното осъществяване и е представена методологията на изследването.

#### *Глава първа*

#### ***СЪЩНОСТ И ОСОБЕНОСТИ НА ИНТЕГРИРАНИТЕ ЗДРАВНО-СОЦИАЛНИ УСЛУГИ***

Първа глава на дисертационния труд е разработена в обем от 40 страници и е структурирана в параграфи, както следва:

**Параграф 1. Същност на интегрираните здравно-социални услуги.** В него разгледани вижданията на различни автори и използваната в литература и нормативната уредба терминология за интегрираните здравно-социални услуги. Изведена е работна дефиниция, с оглед целта и задачите на дисертационното изследване, според която интегрираните здравно-социални услуги представляват: *„Комплексно предоставяне на здравно-социални услуги в домашна среда на хора с хронични заболявания и/или трайни увреждания, координирано от специализирано структурно звено, базирано на общинско ниво, в партньорство с всички доставчици на здравно-социални услуги в общността за целия континуитет на грижите.“*

**Параграф 2. Необходимост от въвеждане на интегрирани здравно-социални услуги в България** се състои от три подпараграфа:

2.1. Демографски фактори, обуславящи необходимостта от въвеждане на интегрирани здравно-социални услуги; 2.2. Здравни фактори, обуславящи необходимостта от въвеждане на интегрирани здравно-социални услуги; 2.3. Социално-икономически фактори, обуславящи необходимостта от въвеждане на интегрирани здравно-социални услуги.

**Първият подпараграф** изследва развитието на демографски фактори, като: брой на населението, естествен прираст на населението, раждаемост, смъртност, механично движение на населението. Изчислен е коефициентът на демографско заместване за периода 2010 – 2017 година, който показва съотношението между броя на лицата влизащи в работоспособна възраст (15-19 годишните) и броя на излизащите от нея (60-64 годишните).

**Вторият подпараграф** насочва вниманието към негативните тенденции по отношение здравословното състояние на населението на България. Констатирано е, че въпреки намаляващата обща численост, броят на лицата, чието лечение се извършва в лечебно заведение, нараства. Така от 1 917 199 хоспитализирани през 2010 година, техният брой нараства до 2 331 264 през 2017 година. В процентно отношение това нарастване (с 21,6%) е значително и може да се възприеме като показателно за здравословното състояние на населението. Изчислен е дялът на хоспитализираните спрямо възрастовата им група и е потвърдена хипотезата, че възрастните хора боледуват по-често. Обърнато е внимание и на проблема с невъзможността на общопрактикуващите лекари да покрият равномерно цялата страна.

**Третият подпараграф** поставя акцента върху социално-икономическите фактори, обуславящи необходимостта от въвеждане на здравно-социални услуги в домашна среда. Разгледана е структурата на общия доход на лице от домакинство за периода 2010-2017 година, като е констатирано намаление дела на пенсиите в този доход. На фона на структурните промени и увеличаване на хората на възраст 65 и повече

години, намалението на този дял свидетелства за продължаващо обедняване на лицата в надработоспособна възраст.

**Параграф 3. Особености при прилагането на интегрираните здравно-социални услуги в европейските страни** е структуриран в три подпараграфа и разглежда организацията и особеностите при предоставяне на този вид услуги в три европейски държави: Конфедерация Швейцария; Република Австрия и Кралство Норвегия.

*Първи подпараграф* насочва вниманието към основните параметри на предлагане на здравно-социални услуги в домашна среда в Конфедерация Швейцария. В хода на изследването е установено, че делът на отделните начини за финансиране на тези услуги в тази държава е както следва:

- 47% за сметка на директни субсидии от кантоните и общините към доставчиците на услугата;
- 36% за сметка на задължителното здравно осигуряване;
- 7% за сметка на преки субсидии на държавата към потребителите на услугата;
- 6% за собствена сметка на потребителите;
- 4% за сметка на други застраховки извън задължителното здравно осигуряване<sup>1</sup>.

*Втори подпараграф* е посветен на особеностите при предлагането на здравно-социалните услуги в домашна среда в Република Австрия. Установено е, че всяка провинция има минимален стандарт за професионално обучение и сертифициране на служителите, предоставящи здравно-социалните услуги в домашна среда, но не са въведени национални стандарти в това отношение.

---

<sup>1</sup> Weaver, F. 2011. Long-term care \_ Financing in Switzerland. In J. Costa-Font, C. Courbage eds. Financing long-term care in Europe, Palgrave Macmillan, Chap. 15, 279-299

**Трети подпараграф** представя особеностите при прилагането на интегрираните здравно-социални услуги в една от скандинавските страни, а именно Кралство Норвегия. За осигуряване на справедливост при предоставяне на здравно-социални услуги, Норвежката здравна дирекция публикува ръководство относно процедурите и документацията по грижи за възрастни хора и домашни здравни грижи. То описва изискванията за формулировка на индивидуалните решения на общините. Норвежката здравна дирекция пояснява, че предоставянето на услуги трябва да бъде приспособено към индивидуалните нужди от услуги въз основа на индивидуалните оценки. Предоставянето на услуги за дадено лице не трябва, в нито един момент, да е по-малко обхватно или по друг начин да не отговаря на приемливото минимално стандартно ниво на грижи.

В обобщение на изложеното в първа глава са направени следните **изводи:**

**Първо.** Интегрираните грижи са широко използвана концепция, за която все още няма общоприети дефиниции. Съобразно формулировката на Закона за здравето и разгледаните мнения на специалистите, занимаващи се с тези проблеми, интегрираните здравно-социални услуги представляват *„Комплексно предоставяне на здравно-социални услуги в домашна среда на хора с хронични заболявания и/или трайни увреждания, координирано от специализирано структурно звено, базирано на общинско ниво, в партньорство с всички доставчици на здравно-социални услуги в общността за целия континуитет на грижите.“*

**Второ.** Необходимостта от въвеждането на интегрирани здравно-социални услуги в България произтича от действието на три основни групи фактори: демографски; здравни и социално-икономически.

**Трето.** Намалването на числеността, от една страна и застаряването на населението, от друга, водят до сериозен риск за всички социални

системи, гарантиращи устойчиво развитие на публичните фондове, в това число и тези, предназначени за здравно-социални услуги. Темпът на застаряване на населението в България изисква енергични реформи, включващи икономически, институционални, административни, финансови и бюджетни промени.

**Четвърто.** Въпреки намаляващата численост на населението в периода 2010-2017 г., броят на лицата, чието лечение се извършва в лечебно заведение, се увеличава с 21,6%. Забелязва се и че ежегодно нараства относителният дял на хоспитализациите на лица над 65-годишна възраст. Предвид демографското състояние в страната може да се очаква, че търсенето на здравни услуги ще се повиши сериозно в следващите години. Необходимо е да се намерят начини за намаляване на негативния ефект, който застаряването на населението в България има върху разходите за здравеопазване. Едно от възможните решения в тази насока е разработването и въвеждането на модел за предоставяне на интегрирани здравно-социални услуги в домашни условия, което да бъде приложимо за всички възрастови групи.

**Пето.** През разглеждания период (2010-2017 г.) се наблюдава растеж както на Брутния вътрешен продукт на страната, така и на общия доход, получаван средно от едно лице. Това, обаче, не може все още да компенсира първоначалното обедняване, настъпило в годините на преход към пазарна икономика. България е на едно от челните места в страните от Европейския съюз по показателя относителен дял на бедните. Това с особена сила важи за лицата над 65-годишна възраст, като с увеличаване на възрастта се наблюдава и увеличение на този дял, а най-уязвими са самотно живеещите възрастни хора.

**Шесто.** В много европейски страни интегрираните здравно-социални услуги се предлагат под една или друга форма. Всяка страна има своите характерни особености, но и много общи черти. Европейската практика

показва, че дейностите, осъществявани от медицински сестри, се финансират от здравните фондове, а тези, осъществявани от немедицински персонал - от бюджетите на общините и/или държавния бюджет. Важен елемент за финансовата устойчивост на системата е личното участие на потребителите на услугите, което може да бъде обект и на доброволно застраховане.

## *Глава втора*

### ***ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛАГАНЕ НА ИНТЕГРИРАНИТЕ ЗДРАВНО-СОЦИАЛНИ УСЛУГИ В БЪЛГАРИЯ***

Втора глава на дисертационния труд е разработена в обем от 54 стандартни страници и е структурирана в три параграфа, както следва:

**Параграф 1. Организация на здравеопазването в България,** с два подпараграфа: 1.1 Развитие и реформи на здравната система на България; 1.2. Организация и видове лечебни заведения в България.

*В първи подпараграф* е направен преглед на реформите в здравеопазването на страната от началото на 90-те години на двадесети век до настоящия момент. Изведени са основните промени в сферата на здравеопазването, обобщени и систематизирани в 4 отделни етапа. Коментирани са наложеният през този период двустълбов модел на здравното осигуряване и проблемите, съпътствали неговото развитие.

*Втори подпараграф* представя правната рамка, която регламентира взаимоотношенията на отделните субекти в здравеопазването. Съгласно чл. 4 на Закона за здравето „Националната система за здравеопазване включва лечебните заведения по Закона за лечебните заведения, здравните заведения по този закон и Закона за лекарствата и аптеките в хуманната медицина, както и държавните, общинските и обществените органи и институции за организация, управление и контрол на дейностите по опазване и укрепване

на здравето“. С оглед целите на дисертационния труд, специално място е отделено на лечебните заведения и медицински амбулаторни практики, които имат близко позициониране, от гледна точка на медицинските грижи, предоставяни на възрастни хронично болни лица с трайни увреждания и такива след активно лечение в болнично заведение, като:

- Амбулаториите за първична и специализирана извънболнична помощ;
- Индивидуалните практики за първична медицинска помощ;
- Груповите практики за първична медицинска помощ;
- Специализираните групови практики;
- Домовете за медико-социални грижи;
- Хосписите.

**Параграф 2. Регламентиране и изграждане на организационна структура за предоставяне на здравно-социални услуги в домашна среда** е разработен в два подпараграфа: 2.1. Нормативна база, уреждаща здравно-социалните услуги в България и 2.2. Изграждане на организационна структура за предоставяне на здравно-социални услуги в домашна среда.

*Първи подпараграф* разглежда последователно:

- Стратегически документи, имащи отношение към предлагането и развитието на здравно-социалните услуги в България (Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в Р България (2012-2030 г.); Национална концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора в България (2012 – 2030) ; Национална стратегия за дългосрочна грижа; Национална програма „Асистенти за хора с увреждания“; „Областна стратегия за развитие на социалните услуги 2016 – 2020 г. в област Враца“);
- Нормативните актове, имащи отношение към предлагането и развитието на здравно-социалните услуги в България (Закон за социалното подпомагане; Правилник за прилагане на Закона за



социално подпомагане; Закон за здравето; Закон за лечебните заведения; Наредба № 11 от 9 декември 2015 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса; Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно);

- Методики и указания на институции, имащи отношение към предлагането и развитието на здравно-социалните услуги в България (Методика за предоставяне на социалната услуга в общността „личен асистент“; Методика за предоставяне на социалната услуга в общността „социален асистент“; Методика за предоставяне на социалната услуга в общността „домашен помощник“).

Специално място е отделено на Закона за социалните услуги.<sup>2</sup> Разгледани са дискусиите и предложенията по неговата структура и обхват. Той е предложен за обществено обсъждане на 16.10.2018 година и към датата на неговото приключване (15.11.2018 г.) отношение са взели редица неправителствени организации, представители на академичната общност, както и заинтересовани частни лица. Особено внимание е обърнато на предложената в закона Агенция за качеството на социалните услуги, което предизвика дебати в професионалните среди. Основните притеснения са относно ефективното разходване на средствата и допълнителното натоварване на бюджета за социални услуги с административни разходи.

---

<sup>2</sup> В дисертационния труд е анализиран и изследван проекта за Закон за социалните услуги, който впоследствие беше приет и обнародван в ДВ бр. 24 от 22.03.2019 г. Законът трябва да влезе в сила през 2020 г., след приемане и обнародване на подзаконовите нормативни документи, свързани с него.

От направения преглед на нормативната база, уреждаща интегрираните здравно-социални услуги, се вижда, че тези услуги са приоритет за държавата, но все още механизмът за изпълнение на заложените мерки с разписани отговорности на институции и ресурси не е факт. Деинституционализацията на грижата за възрастни хора и хора с увреждания може да се осъществи основно чрез развитието на мрежа от услуги в общността и в домашна среда, което води до необходимост от планиране на мерки за разпространение на добри практики в областта на домашните грижи. Законът за социалните услуги и свързаните с него подзаконови нормативни документи е стъпка в правилната посока, с която би следвало да се:

- регламентира правото за ползване и за предоставяне на здравно-социални услуги в домашна среда;
- изяснят въпросите относно планиране и финансиране на дейността;
- въведат стандарти за качество.

Създаването на Агенция за качеството на социалните услуги поставя акцент върху ключов елемент, а именно качеството на предоставяната услуга от всички доставчици, подлежащи на лицензиране.

Във *втори подпараграф* е предложен модел на организационна структура, която да предоставя здравно-социални услуги в домашна среда. Центровете „Домашни грижи“ могат да бъдат обособени като самостоятелни субекти или да бъдат поделения на друго юридическо лице. Осигуряването на тяхната ефикасна и ефективна дейност изисква наличието на сграден фонд, оборудване и подходящ брой специалисти, които да извършват специфичните дейности по предоставяне на здравно-социални услуги в домашна среда. В този подпараграф се описват основните функции на персонала (медицински и немедицински); изискванията за неговата квалификация и опит, с оглед качеството на предоставяната услуга; необходимите обучения за поддържане и повишаване на квалификацията и

уменията. Обоснована е необходимостта от сграден фонд, който да предоставя съответните помещения, необходими за подготовка и екипиране на персонала със съответните инструменти и материали.

Цялостната дейност на центрoвете „Домашни грижи“ трябва да се ръководи от мениджър (управител), който следва да има необходимата квалификация и познания в областта на медицината, социалните грижи и здравния мениджмънт. С оглед недостига на лекари в по-малките общини и населени места е логично за мениджъри да бъдат назначавани медицински сестри, които, освен медицинска квалификация, притежават и образователно квалификационна степен „бакалавър“ или „магистър“ по една от специалностите „Управление на здравните грижи“ или „Здравен мениджмънт“.

**Параграф 3. Социално-икономически ефекти от въвеждането на интегрирани здравно-социални услуги в домашна среда** на втора глава от дисертационния труд е структурирана в три подпараграфа: 3.1. Постановка на проблема; 3.2. Резултати от дейността на центрoвете „Домашни грижи“ и 3.3. Сравнителен анализ на дейността и разходите на центрoвете „Домашни грижи“ с аналогични доставчици на подобни услуги.

В *първи подпараграф* вниманието е насочено към проблемите, свързани със структурата на разходите за здравеопазване в България и насочването на пациентите с приоритет към болнично лечение. Това състояние е резултат от недобре развитата доболнична помощ у нас, която се опира основно на общопрактикуващите лекари. Те, от своя страна, не са в състояние равномерно да покрият нуждите в цялата страна и множество малки градове и села остават недостатъчно обгрижени от здравната ни система.

Голяма част от населението в пенсионна възраст, което в същото време е и с различни по тежест хронични заболявания и трайни увреждания, живее в по-малките населени места на страната. Трудната им подвижност и

барьерите от архитектурен и социално-икономически характер не им позволяват редовно да контролират своето здравословно състояние. Това много често води до кризисни ситуации, в които се намесва спешната медицинска помощ и се стига до тяхната хоспитализация. Този порочен кръг трудно би могъл да се пресече, ако не се организира междинно звено за здравни грижи, разположено между болничните заведения и практиките на общопрактикуващите лекари.

*Втори подпараграф*, въз основа на предоставена от Българския червен кръст информация, изследва и представя резултатите от дейността на изградените на проектен принцип 4 центъра „Домашни грижи“, функциониращи в определения като най-беден в Европейския съюз район. Направени са изчисления по отношение на:

- относителен дял на преките и непреките годишни разходи;
- средномесечен брой на потребителите на здравно-социални услуги;
- часова ставка на единица персонал за предоставяне на здравни и социални услуги;
- стойност на годишните разходи за предоставяне на здравно-социални услуги на единица потребител.

Резултатите от обработката на първичната информация показват чувствителен превес на преките разходи. Отчетливо се забелязва, че при всички общини, участващи в проекта, има нарастване на средномесечния брой потребители, което доказва повишаващия се интерес към този нов вид интегрирана грижа. В резултат на направените изчисления се установи, че годишната издръжка за единица потребител на здравно-социални услуги в централите Домашни грижи на БЧК, средно за четирите центъра, е **1 620,43** лева. Забелязва се също, че средните разходи на единица потребител намаляват през разглеждания период. Това основно се дължи на повишаващия се във времето брой на потребителите и показва, че системата

на центровете за предоставяне на интегрирани здравно-социално услуги в домашни условия има потенциал за развитие.

В *трети подпараграф*, въз основа на анализ на разходите за предоставяне на здравно-социални услуги, е съпоставена дейността на центровете „Домашни грижи“ с други аналогични доставчици на подобни услуги.

По данни на НЦОЗА за 2015 г., средният разход за текуща издръжка на един леглоден в многопрофилните болници за активно лечение е 126,80 лв. В случай, че умножим тези разходи по приетия брой на работните дни (252) в годината за извършване на услугата домашни грижи, ще получим 31 953,60 лева. Въпреки че болничните услуги са несъпоставими с тези, предоставяни от центровете Домашни грижи на БЧК, огромната разлика между годишните разходи на центровете за един потребител е показателна по отношение размера на публичните средства, които биха били спестени при избягване на ненужните хоспитализации в резултат на предоставянето на интегрираната услуга в домашна среда.

Особено внимание в подпараграфа е отделено на хосписите, като основна алтернатива на центровете „Домашни грижи“. Настаняването в хоспис обикновено се заплаща по цена за ден престой или за месец. Някои хосписи предлагат и дневни грижи. Цените варират в зависимост от състоянието на пациента (в някои случаи и от продължителността на престоя) от 20 до 70 лева на ден, което означава годишни разходи в диапазона от 5040 лева до 17 640 лева. Така, дори при най-ниската дневна такса в хосписите, годишните разходи за интегрираната здравно-социална услуга в домашна среда на БЧК, в среден размер от 1620,43 лева за разглеждания период, са значително по-малки за аналогично предоставяните услуги в хосписите. Това категорично говори в подкрепа на повсеместното въвеждане на интегрираните здравно-социални услуги, предлагани в домашни условия.

В обобщение на изложеното във втора глава са направени следните **изводи:**

**Първо.** Здравната реформа в България е процес, стартирал в началото на 90-те години на 20. век, който продължава и до днес. В годините са се очертали няколко нейни етапа, които могат да се открият по своята същност. През всичките от тях, обаче, се забелязва недовършеност в започнатите реформи, отлагане на трудните решения за бъдещи периоди и, като резултат, натрупване на все повече проблеми в системата.

**Второ.** Съществена част на здравната реформа е въвеждането на пазарни отношения във финансирането на националната здравна система посредством създаването и функционирането на Национална здравноосигурителна каса (НЗОК) и частни здравноосигурителни дружества. Впоследствие последните бяха принудени да се преобразуват в застрахователни дружества, да вляят портфейлите си от осигурени лица в действащи застрахователи или да прекратят своята дейност.

**Трето.** Амбулаториите за първична и специализирана извънболнична помощ, индивидуалните практики за първична медицинска помощ, индивидуалните специализирани практики, груповите практики за първична медицинска помощ, специализираните групови практики, домовете за медико-социални грижи и хосписите са субектите, чиято дейност има близко позициониране до интегрираните здравно-социални услуги, от гледна точка на медицинските грижи, предоставяни на възрастни хронично болни лица с трайни увреждания и такива след активно лечение в болнично заведение.

**Четвърто.** Малкият брой общопрактикуващи лекари, работещи в по-малките и по-отдалечените населени места, е предпоставка там хората да изпитват остра нужда от междинно звено в здравната система, което да може да поеме нарастващите потребности от здравни грижи. С нарастване на

нуждата от медицински услуги за по-голям брой възрастни хора над 65 години и намаляване броя на професионалистите по здравни грижи, необходимостта от развитие на модели, предоставящи интегрирани услуги, ще става все по-належаща.

*Пето.* Предоставяните в домашни условия интегрирани здравно-социални услуги в рамките на централните „Домашни грижи“ на БЧК запълват една съществена ниша от потребности, които все още остават неудовлетворени по линия на здравното осигуряване, поради липса на аналогични услуги. Същевременно, те са със съществено по-ниска себестойност в сравнение с разходите, които потребителите биха имали, ако получават обгрижване от алтернативни частни доставчици (частнопрактикуващи медицински сестри и хосписи).

*Шесто.* Ръководените от медицински сестри интегрирани здравно-социални услуги в домашна среда дават възможност за облекчаване и, съответно, подобряване дейността на общопрактикуващите лекари, които са малко на брой и, респективно, претоварени в икономически непривлекателните райони на страната.

### *Глава трета*

## **МЯСТО НА ЗАСТРАХОВАНЕТО ПРИ ИНТЕГРИРАНИТЕ ЗДРАВНО-СОЦИАЛНИ УСЛУГИ В ДОМАШНА СРЕДА**

Трета глава на дисертационния труд е разработена в обем от 48 стандартни страници и е структурирана в три параграфа, както следва:

**Параграф 1. Особенности на здравното застраховане и застраховането „Злополука“,** с два подпараграфа: 1.1 Особенности на здравното застраховане и 1.2. Особенности на застраховането „Злополука“.

Практиката в европейските страни показва, че интегрираните здравно-социални услуги се прилагат не само за хората от така наречената трета

възраст, а за всички възрастови групи. Тази форма е подходяща в случаите на временна нетрудоспособност поради заболяване или злополука. Чрез нея лицата биха намалили разходите си по лечението и извършваните медицински манипулации, ако заменят престоя си в болнично заведение с наблюдение от страна на медицински специалисти в домашна среда. Това, от друга страна и при определени условия, би им позволило дори частично да изпълняват някои свои професионални дейности и да отговорят по-адекватно на динамиката на обществения живот.

*В първи подпараграф* са разгледани, в теоретичен план, същността и особеностите на здравното застраховане, с акцент върху възможностите за неговото прилагане при финансиране на здравно-социалните услуги в домашна среда.

*Втори подпараграф* е посветен на особеностите на застраховането „Злополука“. Описани са характеристиките на злополуката от застрахователна гледна точка и, съответно, събитията, които не се приемат за злополуки в застраховането. Обърнато е внимание на спецификата при: поемане на отговорност от застрахователните дружества; сключването и поддържането на застрахователния договор; уреждането на застрахователните плащания. Специално място е отделено на ролята на застраховането „Злополука“ за отделните видове застраховани.

**Параграф 2 Възможности за застраховане при предлагане на интегрирани здравно-социални услуги в домашна среда на граждани в работоспособна възраст** предлага модел на застраховка, с която да могат да се покриват рискове, свързани с необходимост от ползване на здравно-социални услуги в домашна среда, при тяхното настъпване. Застраховката може да бъде самостоятелна или да бъде предложена под формата на допълнително покритие към друга застраховка. Предложени са три вида застрахователно покритие:

➤ **Покритие „А“ Сестрински грижи у дома;**



➤ **Покритие „В” Рехабилитация у дома;**

➤ **Покритие „С” Асистенти/Болногледачи за домашни грижи.**

Доброволният характер на застраховането предполага, че всеки желаещ да се включи в застрахователната съвкупност може да избере едно от посочените покрития или да направи комбинация между тях.

Застрахователните плащания могат да бъдат насочени директно към центъра „Домашни грижи“, предоставил здравно-социалните услуги, но е възможен вариант, при който застрахователят да компенсира направените разходи от застрахования, след представяне от негова страна на съответните разходооправдателни документи. Размерът на изплатените обезщетения (покрити суми за извършени услуги или манипулации) е до лимита на отговорност, посочен в застрахователния договор. Те ще бъдат платени само за събитията, настъпили през срока на застрахователния договор.

Предлагането на самостоятелен вид застраховка или допълнително покритие към застраховка, свързани със специализирани здравно-социални услуги в домашни условия, като заместител на евентуален болничен престой, би могло да се отрази положително върху развитието на личното застраховане у нас. Тази застраховка би допринесла за разширяване на палитрата от покрития, предлагани от здравните застраховки и застраховките „Злополука” и до превръщането им в по-гъвкави решения, които да отговорят на индивидуалните потребности на потенциалните застраховани. Всичко това би допринесло и за: повишаване качеството на предлаганите здравно-социални услуги; намаляването или премахването на броя на дните, свързани с престой в болнично заведение; по-висока удовлетвореност на застрахованите (потребителите на услугата).

**Параграф 3. Възможности за застраховане при предлагане на интегрирани здравно-социални услуги в домашна среда на граждани в надработоспособна възраст** е разработен в три подпараграфа: 3.1. Постановка на проблема; 3.2. Особености на застраховката „Рента срещу

жилище“ и 3.3. Модел на застраховка „Рента срещу жилище“, покриваща разходите за здравно-социални услуги в домашна среда

**В първи подпараграф** е изложен проблемът, свързан с финансирането на дейността на централите „домашни грижи“ и необходимостта да се потърсят алтернативни на държавните източници за осигуряване на тяхната дейност. Изказва се твърдението, че една от тези възможности е да се осигури подходящо застрахователно покритие. Застрахователната услуга, обаче, е възмездна. Тя се предлага срещу насрещно задължение от страна на застрахования, изразяващо се в плащане на застрахователна премия. От друга страна, в хода на изследването се установи, че лицата над 65-годишна възраст са тези с най-ниските доходи и много от тях не могат да си позволят, предлаганите на застрахователния пазар продукти. Решението на този проблем се крие в същността на предлаганите здравно-социални услуги в **домашна среда**. Оказва се, че голяма част от населението на България живее в собствени жилища. Много от възрастните хора притежават собствени жилища, понякога в райони, в които цените на недвижимите имоти са сравнително високи, но в същото време техните доходи (най-често формирани само от пенсии) не стигат за покриване на ежедневните им разходи. Затова в следващите подпараграфи е разгледан един особен аспект на застрахователната дейност, а именно предлагането на застрахователно покритие срещу придобиване на вещни права върху недвижими имоти и по-конкретно върху жилища.

**Втори подпараграф** представя особеностите на застраховката „Рента срещу жилище“. Разгледани са общите принципи на рентното застраховане и начина на плащане от страна на застрахователите. В този подпараграф специално внимание е обърнато на възможността, която Кодексът за застраховането дава, договорът за прехвърляне на вещно право върху недвижими имоти срещу отпускане на рента да се сключи „по занятие“, тоест между гражданин и животозастрахователно дружество. Оказва се, че

в България единствено на животозастрахователите е дадено право да извършват подобна сделка „по занятие“, затова и опитът, който преди години беше направен от дружество без лиценз за дейността застраховане, беше прекратен от държавата още в неговото начало.

Случайността и неизвестността по отношение настъпването на застрахователните събития прави застрахователния договор алеаторен. Липсата на алеаторност е предпоставка договорът да бъде обявен за нищожен. На пръв поглед случайността липсва при застрахователния продукт „Рента срещу жилище“, тъй като рискът старост и свързаната с нея необходимост от здравно-социални услуги вече са настъпили. Алеаторният характер на застрахователния договор, обаче, се проявява по отношение неизвестността за оставащия бъдещ живот на застрахованото лице. Никой, включително и застрахователното дружество, не може предварително да определи колко години след сключването на застраховката ще преживее застрахованият и, съответно, колко ренти ще му бъдат изплатени. Затова познатият от теорията застрахователен продукт „Рента срещу жилище“ напълно отговаря на условията за застраховаемост на риска и застрахователният договор може да се определи като алеаторен. Неизвестността по отношение настъпването на смъртта на всяко конкретно лице дава възможност, въз основа идеята за взаимопомощ, рискът да бъде разпределен върху множество застраховани. Така онези, които живеят по-дълго от изчисления среден бъдещ живот ще получават своите ренти за сметка на другите съставляващи застрахователната съвкупност, които ще преживеят по-малко години.

Във втори подпараграф се разглеждат и особеностите, свързани с плащането на застрахователната премия. Прехвърлянето на вещни права върху жилище, прието от законодателя като еднократно платена застрахователна премия, не носи непосредствени парични постъпления за застрахователя. Очевидно невъзможността имотът да се използва веднага

след сключването на застрахователния договор води до проблеми, свързани с определянето на размера на техническата лихва. Възможно е, обаче, размерът на техническата лихва да бъде изцяло покрит от поскъпването на жилището, още повече, че през последните години неговият максимално допустим размер е малък.<sup>3</sup>

Друга съществена особеност на застраховката „Рента срещу жилище“ е обусловена от обстоятелството, че много често въпросният имот е собственост на повече лица. Типичен пример е съпругеската двойка, която обитава собствен дом. Въпросът, който възниква, е: рентата, която застрахователят ще се задължи да плаща, с живота и здравословното състояние на кой от собствениците на жилището ще бъде обвързана?

Съобразявайки се със законодателните изисквания, застрахователните дружества могат да предложат няколко застрахователни комбинации, при които рентата да се плаща общо или отделно на всеки от собствениците на жилището. Възможно е да се договори и наследяване на частта от рентата на първо починалото лице от съпругеската двойка. От вида на въпросните комбинации ще зависи размерът на застрахователното плащане.

***В трети подпараграф*** е разработен модел на застраховката „Рента срещу жилище“. Във връзка с целите на дисертационното изследване, вниманието е насочено единствено към възможността чрез застраховането да се покрият разходите, които центрове „Домашни грижи“ биха направили по отношение предоставяните от тях здравно-социални услуги в домашна среда. В модела е възприето, че услугите ще се предоставят на самотно живеещ възрастен човек (в наработоспособна възраст), който няма достатъчно парични средства, за да си сключи застраховката, но притежава собствено жилище, в което живее. Изградената застрахователна тарифа се базира на таблицата за смъртност на НСИ (показана в Приложение № 1 на

---

<sup>3</sup> Към 10.04.2019 г. максимално допустимия технически лихвен процент, определен от Комисията за финансов надзор е 1,4%.

дисертацията) и някои приемания, необходими за актюерските изчисления, като:

- Изходната позиция е достатъчно голяма застрахователна съвкупност, съставена от лица на еднаква възраст, които едновременно си сключват застраховката;
- Смъртността се развива точно така, като показва таблицата за смъртност, с която работим;
- Лихвата, с която се извършват пресмятанията, е непроменлива за целия срок на застрахователния договор. Това е избраният от застрахователя технически лихвен процент – 1,4%.

Спецификата на актюерската техника налага изчисленията да се правят на годишна основа.<sup>4</sup> Затова в изградената тарифа е възприето, че рентата ще се плаща доживотно и пренумерандо – в началото на всяка година. Разбира се, практиката налага разсрочване на рентата, най-често на 12 равни части. Затова в разработената тарифа, при разсрочване плащането на застрахователя на месечни ренти, е отчетена и начислена загубата на застрахования от лихва в годишен размер от 1,4% и възможността той да не получи всички части от разсрочената годишна рента. Прието е, че смъртните случаи се разпределят равномерно (линеарно) в течение на годината, което означава, че умрелите през текущата година са преживели средно по половин година.<sup>5</sup>

Поради спецификата на разглежданата застраховка, разноските на застрахователя са определени като еднократни. Всъщност, с техния размер трябва да се намали стойността на жилищата, обект на застрахователния продукт „Рента срещу жилище“.

---

<sup>4</sup> Вж. Ерусалимов, Р. Актюерска техника в животозастраховането, Фабер: В. Търново, 2014, с. 166.

<sup>5</sup> Повече за разсрочването на годишната рента Вж. Кацаров, Ив. Застрахователна математика Част I, Ценов: Свищов, 1973, с.с. 72-74.

В резултат на изчисленията се установи необходимата минимална стойност на жилищата, които ще бъдат прехвърлени на застрахователно дружество, за да може то да изплаща годишна рента в размер, достатъчен за покриване разходите на центрoвете „Домашни грижи“.

Таблица 1.

*Необходима минимална стойност на жилището за покриване на разходите за здравно-социални услуги на центрoвете „Домашни грижи“*

<b>Възраст на застрахованото лице</b>	<b>Необходима минимална стойност на жилището</b>
<b>(год.)</b>	<b>(лева)</b>
65	22821,15
66	21981,72
67	21142,89
68	20289,39
69	19437,70
70	18591,39
71	17740,01
72	16877,27
73	16050,42
74	15238,23
75	14411,77
76	13600,86
77	12802,46
78	12034,87
79	11297,52
80	10596,68
81	9927,83
82	9314,25
83	8712,89
84	8106,01
85	7529,93

Числата в таблица № 1 показват обратно пропорционална зависимост между възрастта на застрахованите и необходимата минимална стойност на

жилището, с което се осигурява годишна рента в размер на 1620,43 лева, с които да се покрият разходите за здравно-социални услуги в домашна среда. Най-голяма е тази стойност за 65 годишните (22 821, 15 лв.), а най-малка за 85 годишните (7 529,93 лева).<sup>6</sup> Очевидно въпросната цена на жилищата, особено за по-възрастните лица, е напълно постижима, дори в по-малките населени места на страната.

В обобщение на изложеното в трета глава са направени следните **изводи:**

**Първо.** Интегрираните здравно-социални услуги могат да се прилагат не само за хората от така наречената трета възраст, а за всички възрастови групи. Тази форма е подходяща в случаите на временна нетрудоспособност поради заболяване или злополука. Чрез нея лицата биха намалили разходите си по лечението и извършваните медицински манипулации, ако заменят престоя си в болнично заведение с наблюдение от страна на медицински специалисти в домашна среда.

**Второ.** Чрез механизмите на здравното застраховане и застраховането „Злополука“ могат успешно да бъдат финансирани дейностите на специално изградени структурни звена, които предоставят здравно-социални услуги в домашна среда. Възможни са различни застрахователни комбинации, с които да се обезпечи покритие на различни по своя характер рискове.

**Трето.** Основният проблем, който стои пред повсеместно въвеждане на центровете „Домашни грижи“, е свързан с финансирането на тяхната дейност. България е на последно място по почти всички икономически показатели сред страните от Европейския съюз, от една страна, а от друга - населението застарява, и то с нарастващи темпове. Тези обстоятелства водят до заключението, че, както в настоящия момент, така и в бъдеще, държавата

---

<sup>6</sup> Необходимите минимални стойности на жилищата за всички възрасти от 0 до 100 години са дадени в Приложение № 3 на дисертацията.

няма да е в състояние сама да финансира дейността на центровете, предоставящи здравно-социални услуги в домашна среда.

**Четвърто.** Решението на горепосочения проблем се крие в същността на предлаганите здравно-социални услуги в **домашна среда**. Оказва се, че голяма част от населението на България живее в собствени жилища. Парадоксалното в случая е, че много от възрастните хора притежават собствени жилища, понякога в райони, в които цените на недвижимите имоти са сравнително високи, но в същото време техните доходи (най-често формираны само от пенсии) не стигат за покриване на ежедневните им разходи.

**Пето.** Застаряването на населението, ниските доходи на възрастните хора и големият брой на собствените жилища в България са предпоставки за въвеждане в практиката на застраховката „Рента срещу жилище“. Нейният потенциал за развитие е огромен, още повече, че към настоящия момент нито едно животозастрахователно дружество, работещо на българския застрахователен пазар, не предлага подобен продукт.

**Шесто.** Изчисленията, на база актюерски допускания, минимални необходими стойности на жилищата показват, че е напълно възможно, дори в по-малките населени места, където цената на недвижимите имоти е по-ниска, да се покрият разходите на центровете „Домашни грижи“. Нещо повече, в голяма част от случаите застрахованите биха получили допълнителен доход под формата на рента, с който да подпомогнат финансово своето битие.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В заключение, в обобщен вид, са представени основните изводи и постигнатите изследователски резултати. Констатирано е изпълнението на поставените цел и задачи, с което е аргументирана и тезата на дисертационния труд. Предлаганите организационни решения



представяват логичен завършек на изследването. Те са резултат от систематизиране, обобщаване и авторова интерпретация на достатъчен обем информация с теоретико-методологически и емпиричен характер и притежават значим капацитет за успешното въвеждане на интегрираните здравно-социални услуги в домашна среда, посредством изграждане на центрове „Домашни грижи“. Проблемът с финансирането на дейността на тези центрове може успешно да бъде решен с помощта на застраховането, чрез образуване и разпределение на обособен застрахователен фонд, съобразно идеята за взаимопомощ.

#### IV. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ОРИГИНАЛНОСТ И ДОСТОВЕРНОСТ

Във връзка с провеждането на процедура за придобиване на образователната и научна степен „доктор” по научната специалност „Финанси, парично обръщение, кредит и застраховка (застраховане), декларирам:

1. Резултатите и приносите в дисертационния труд на тема **„Застраховането при интегрирани здравно-социални услуги в домашна среда“** са оригинални и не са заимствани от изследвания и публикации, в които авторът няма участия.

2. Представената от автора информация във вид на копия на документи и публикации, лично съставени справки и други съответства на обективната истина.

3. Резултатите, които са получени, описани и/или публикувани от други автори, са надлежно и подробно цитирани в библиографията.

гр. Свищов

Декларатор:.....

10.06.2019 г.

## **V. СПРАВКА ЗА НАУЧНИТЕ И НАУЧНО-ПРИЛОЖНИ ПРИНОСИ В ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

Настоящият труд, във всички свои обособени части, дава различни по своето естество приноси, които се коренят главно във:

1. Въз основа на разгледаната същност и особености на интегрираните здравно-социални услуги и обоснована необходимост от тяхното въвеждане е предложена организационна структура на център „Домашни грижи“ за предоставяне на услугите в домашна среда.

2. На базата на апробиран от Българския червен кръст модел за предлагане на здравно-социални услуги в домашна среда и сравнителен анализ на дейността и разходите на изградените от него центрове с тези на аналогични доставчици на подобни услуги са оценени социално-икономическите ефекти от тяхното повсеместно въвеждане.

3. Очертано е мястото на застраховането като възможен начин за финансиране дейността на организационните структури, които предоставят здравно-социални услуги в домашна среда, с акцент дейността на централните „Домашни грижи“.

4. Предложен е модел с изградена застрахователна тарифа на застраховка, чрез която е възможно да се финансира дейността на централните „Домашни грижи“, предоставящи здравно-социални услуги в домашна среда.

## **VI. СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИТЕ НА ДОКТОРАНТА ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

### **I. Статии:**

1. Тодоровска, Н., Възможности за надграждане на здравно-осигурителните услуги чрез предоставяне на интегрирани здравно-социални грижи в домашна среда, Годишен алманах, научни изследвания на докторанти, книга 11, Стопанска академия „Д. А. Ценов”, Свищов, 2016, с.275-300.

2. Тодоровска, Н., Оптимизация на финансовите ресурси на здравеопазването в България чрез обгрижване на пациенти в домашна среда, списание Бизнес управление, бр. 4, Стопанска академия „Д. А. Ценов”, Свищов, 2017, с.56-74.

### **II. Доклади:**

1. Тодоровска, Н., Интегрираните здравно-социални услуги в домашна среда – нови възможни перспективи за достъпно и качествено обгрижване на пациенти с хронични заболявания и трайни увреждания, сборник с доклади от Национална конференция с международно участие „Застрахователният и осигурителният пазар: визия, приоритети и очаквания за управление на промяната“, Свищов, 14-15 октомври, 2016 ISBN 978-954-23-1193-5, с.353-358.

2. Тодоровска, Н., Центровете „Домашни грижи“- възможният вариант за оптимизиране разходите в здравеопазването, сборник с доклади от Национална кръгла маса „Устойчиво развитие на застрахователния и осигурителния пазар в условията на динамична регулаторна среда“, Свищов, 14-15 октомври, 2017, ISBN 978-954-23-1382-3, с.237-243.