

# **ЗАСТРАХОВАНЕТО „РЕНТА СРЕЩУ ЖИЛИЩЕ“ – ВЪЗМОЖНОСТ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ СТАНДАРТА НА ЖИВОТ И ОСИГУРЯВАНЕ НА ЗДРАВНО- СОЦИАЛНИ УСЛУГИ В ДОМАШНА СРЕДА НА ХОРАТА В НАДРАБОТОСПОСОБНА ВЪЗРАСТ**

**Доц. д-р Румен Ерусалимов**  
*Стопанска академия „Димитър А. Ценов“*

**Д-р Надежда Тодоровска**  
*Зам.-генерален директор и ръководител направление  
„Социално-оперативни дейности“ на Българския червен кръст*

## **Увод**

Възрастта е основният рисков признак, оказващ влияние върху живота, здравето и работоспособността на населението. Хората от така наречената „трета възраст“ са най-уязвимата група в това отношение. Официалната статистика показва, че гражданите над 65-годишна възраст боледуват по-често. От друга страна, техните доходи обикновено са значително по-ниски в сравнение с доходите на останалата част от населението. Бедността е социално явление, което засяга в най-голяма степен този тип хора. Не малка част от въпросните лица живеят самотно и не могат да разчитат на помощ в семейството.

Държавата със своята социална политика е призвана да осигури достъп до здравеопазване и достоен начин на живот на своите граждани. Икономическото развитие на страната, заболяемостта на населението и проблемите от демографско естество обаче правят тази задача много трудна за решаване. Затова **основната цел** на изследването е да се потърсят и други начини, съвместими с пазарната икономика и частната инициатива на гражданите, за осигуряване на по-добър стандарт на живот и достъп до здравеопазване на хората в надработоспособна възраст.

**Обект** на настоящата разработка е един особен вид застраховане „Рента срещу жилище“.

**Предмет** на изследването са възможностите на този вид застраховане, свързани с осигуряване на допълнителни доходи на лицата в надработоспособна възраст и финансиране на здравно-социални услуги, предоставяни в домашна среда.

**Тезата**, която ще бъде отстоявана в следващото изложение, е, че застраховането, в изпълнение на своята основна възмездителна функция, успешно може да подпомогне процеса по преодоляване на проблемите, свързани с обедняването на хората в наработоспособна възраст и подобряване техния стандарт на живот, включително чрез финансирането на здравно-социални услуги в домашна среда.

За постигане на основната цел и доказване на поставената теза, в изследването ще бъде:

- разгледана структурата, съставът и тенденциите в развитието на доходите и здравословното състояние на населението в България;
- обоснована необходимостта от въвеждането на интегрирани здравно-социални услуги в България;
- предложена организационна структура на център „Домашни грижи“ за предоставяне на здравно-социални услуги в домашна среда;
- предложен модел и тарифа на застраховка, чрез която е възможно да се покрият разходите на централните, предоставящи здравно-социални услуги в домашна среда на лица в наработоспособна възраст.

## **1. Структура и състав на населението в България**

Демографските фактори имат пряко отношение към развитието на икономиката и устойчивостта на социалните системи. Усъвършенстването на медицинските технологии води до увеличаване продължителността на живота. Все повече европейски граждани, в това число и българските, доживяват до по-високи възрасти. Докато средната продължителност на живота за родените през 1935-1939 година е била 51,75 години, то за родените през 2015-2017 година очакваният среден бъдещ живот е 74,8 години. Това е предпоставка за застаряване на населението.

Националният статистически институт ежегодно следи демографското състояние и промени в страната.

Таблица 1

Население на България по възрастови групи за периода 2010 – 2017 година

Година	Общо (бр.)	По възрастови групи (бр.)		
		0 – 14 г.	15 – 64 г.	над 65 г.
<b>2010</b>	<b>7504868</b>	1032440	5141057	1331371
<b>2011</b>	<b>7327224</b>	979956	4966189	1381079
<b>2012</b>	<b>7284552</b>	989989	4899092	1395471
<b>2013</b>	<b>7245677</b>	996144	4831866	1417667
<b>2014</b>	<b>7202198</b>	998196	4763673	1440329
<b>2015</b>	<b>7153784</b>	998206	4693792	1461786
<b>2016</b>	<b>7101859</b>	1001019	4628724	1472116
<b>2017</b>	<b>7050034</b>	1004376	4563750	1481908

Източник: НСИ.

Изнесените в Таблица 1 данни показват, че в България е налице трайно намаление на населението. От 7 504 868 души, през 2010 година, населението в България достига до 7 05 034 души през 2017 година. Официалната статистика отчита намаление за периода с 454 834 лица или с 6,06%. Само по себе си то е значително, но по-тревожното е, че неговата тенденция е постоянна във времето.

Таблица 2

Промяна на население на България по възрастови групи за периода 2010 – 2017 година

Период	Общо (%)	По възрастови групи (%)		
		0 – 14 г.	15 – 64 г.	над 65 г.
<b>2010–2017 г.</b>	<b>- 6,06</b>	-2,72	-11,23	+11,31

Източник: Изчисления на авторите.

Още по-тревожен е фактът, че на фона на общото намаление на българското население и това на лицата във възрастовите групи от 0-14 години и от 15-65 години групата на хората над 65-годишна възраст отбелязва чувствително увеличение с 11,31%. Числата, поместени в Таблица 2, ясно показват очерталата се тенденция към застаряване на населението в България. За съжаление данните сочат, че този процес ще се задълбочава и в близкото бъдеще.

Коефициентът на демографско заместване показва съотношението между броя на лицата, влизащи в работоспособна възраст (15-19-годишните), и броя на онези, излизащи от работоспособна възраст (60-64-годишните). Изчисленията, представени в Таблица 3 сочат, че коефициентът на демографско заместване трайно заема стойности под 1,00. Това означава, че броят на лицата влизащи, в трудоспособна възраст, е по-малък от този излизащи от нея.

Таблица 3

*Коефициент на демографско заместване за периода 2010–2017 година*

Година	Лица на възраст 15-19 г.	Лица на възраст 60-64 г.	Коефициент на демографско заместване
<b>2010</b>	385512	523863	0,736
<b>2011</b>	358043	528972	0,677
<b>2012</b>	335811	524797	0,640
<b>2013</b>	318714	518051	0,615
<b>2014</b>	313313	506367	0,619
<b>2015</b>	313051	493132	0,635
<b>2016</b>	309596	493306	0,628
<b>2017</b>	313032	487548	0,642

**Източник:** Изчисления на авторите.

През разглеждания период 2010-2017 година коефициентът отбелязва намаление с 12,77% и от 0,736 през 2010 година той спада на 0,642 през 2017 година. Въпреки че през последната година на наблюдавания период коефициентът отбелязва нарастване с 2,23% спрямо предходната 2016 година, то стойности от 0,642 означават, че на 1000 души, излизащи от трудоспособна възраст, се падат само 642 лица, които влизат в нея.

Основната причина за констатираните демографски промени в нашата страна през разглеждания период (2010-2017 г.) е отрицателният естествен прираст.

Данните в Таблица 4 показват прогресиращо увеличение на отрицателния естествен прираст. Така от намаление с 34 652 души (4,6‰) през 2010 година спадът на годишна основа достига до 45 836 души (6,5‰) през 2017 година.

Таблица 4

Естествен прираст на населението в България за периода 2010 – 2017 година

Година	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Естествен прираст (бр.)	-34652	-37412	-40160	-37767	-41367	-44167	-42596	-45836
Естествен прираст (%)	-4,6	-5,1	-5,5	-5,2	-5,7	-6,2	-6,0	-6,5

Източник: НСИ.

Факторите, оказващи влияние върху естествения прираст, са раждаемост и смъртност. Равнището на раждаемост влияе и върху възрастния състав на населението.

Таблица 5

Раждаемост в България за периода 2010–2017 година

Година	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Раждаемост (бр.)	76105	71402	69678	67061	68083	66370	65446	64359

Източник: НСИ.

Данните в Таблица 5 показват трайна тенденция към намаляване броя на родените през разглеждания период. От 76 105 новородени през 2010 година този брой достига 64 359 през 2017 година. Намалението от 11 746 новородени (15,43%) за този относително кратък период е значително. Тревожен е фактът, че то се очертава и като устойчива тенденция. Причините за констатирания спад в раждаемостта са комплексни и могат да се търсят в:

- непрекъснато влошаващата се структура на населението и намаляване на хората в детеродна възраст;
- наложилия се вече модел на българското семейство, в което са включени едно или две деца;
- репродуктивните проблеми, които изпитват множество семейства, желаещи да имат деца.

Другият фактор, оказващ влияние върху естествения прираст, е смъртността. Смъртността обхваща броя на умираанията в определено

време, място, при определена възраст, професия, болест и др. (Речник на българския език, 2019). Влияние върху нея оказват: възрастта, пола, социално-битовите условия, образователното равнище и културата на населението. Може да се търси връзка и между нивото на здравеопазването в дадена страна и смъртността на населението в нея.

*Таблица 6*

*Смъртността в България за периода 2010–2017 година*

Година	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Смъртност (бр.)	110165	108258	109281	104345	108952	110117	107580	109791

Източник: НСИ.

На фона на непрекъснато намаляващ брой на населението и намаляване броя на ражданията числата в Таблица 6 показват относително високо ниво на смъртността. По този показател България е на едно от първите места в Европейския съюз. Причините за това могат да се търсят в:

- застаряването на населението;
- социално-битовите условия на живот;
- ниската степен на ефективност на здравеопазването.

Демографското състояние на населението в България е последица от действието на голям брой фактори. Някои от тях са свързани с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни, а други със специфични особености на населението. В България не само отрицателният естествен прираст влияе върху намаляване числеността на населението. Емиграцията също оказва влияние върху този процес.

Данните в Таблица 7 характеризират наблюдавания период с отрицателно миграционно салдо. Най-големи стойности то заема в началото на периода през 2010 година (-24 190) и в неговия край, когато отрицателното салдо достига 9326 души през 2016 година и 5989 души през 2017 година. За съжаление първоначалната тенденция за намаляване на отрицателното миграционно салдо е променена през 2014 година, когато се отчита увеличение с 90,61%, спрямо предходната 2013 година.

Основната група от лица, които напускат страната, са в трудоспособна и фертилна възраст, а това носи негативни последици за бъдещото състояние, числеността и структурата на населението. Все повече млади българи предпочитат да потърсят развитие и реализация на своя потен-

циал извън пределите на България, а това още повече задълбочава проблема със застаряването на населението.

Таблица 7

Механично движение на населението в България за периода 2010–2017 година

Година	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Заселени (бр.)</b>	155212	95368	96300	104948	121135	144425	117255	139068
<b>Изселени (бр.)</b>	179402	100163	98812	106056	123247	148672	126584	145057
<b>Механичен прираст (бр.)</b>	-24190	-4795	-2512	-1108	-2112	-4247	-9329	-5989

Източник: НСИ.

Отрицателният естествен прираст и миграционно салдо влошават възпроизводствените възможности на населението. В комбинация с непрекъснатото увеличаване на средната продължителност на живота очакванията са, че констатираното застаряване ще продължи и в бъдеще. Намаляването 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.

## 2. Тенденции в доходите на населението на страната

През разглеждания период се наблюдава трайна тенденция към повишаване на общия доход на лице от домакинството. Нарастването спрямо базисната 2010 година е с 1938 лв. или с 53,13 %. Изчисленията, представени в Таблица 8, показват също, че с изключение на 2014 година номиналното нарастване е в сила и спрямо всяка предходна година. Най-голямо (14,4 %) то е през 2012 г., а най-малко (2,9 %) през 2015 година.

Отрицателният прираст от 0,02 %, отчетен през 2014 г., е компенсиран с нарастване на средния доход на лице с 2,9 % през 2015 година. Тенденцията към нарастване се запазва и през останалите години от наблюдавания период, като и тук се забелязва ускорен темп на растеж.

Таблица 8

Общ доход средно на лице от домакинство за периода 2010–2017 година

Години	Общ доход (в лв.)	Темп на прираст в (%)	
		Спрямо 2010	Спрямо предходна година
2010	3648	-	-
2011	3782	3,7	3,7
2012	4327	18,6	14,4
2013	4814	31,9	11,3
2014	4813	31,9	-0,02
2015	4953	35,7	2,9
2016	5167	41,6	4,3
2017	5586	53,1	8,1

Източник: НСИ и собствени изчисления на авторите.

Интерес, с оглед целта на изследването, обаче представлява структурата на общия доход, който се пада средно на лице от домакинствата.

Таблица 9

Структура на общия доход на лице от домакинство за периода 2010–2017 година

Години	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Компоненти</b>								
Работна заплата	50,9	51,8	52,7	53,1	54,2	55,0	54,3	54,4
Извънработна заплата	2,1	1,3	2,5	3,8	3,5	3,2	2,9	2,3
От самостоятелна заетост	6,3	7,6	7,6	6,8	7,5	7,2	6,2	6,7
От собственост	0,8	0,7	0,9	1,1	0,8	0,5	0,7	0,9
Пенсии	30,9	30,1	26,7	25,5	25,8	26,0	27,7	26,5
Обезщетения за безработни	0,6	0,7	0,7	0,7	0,5	0,4	0,4	0,4
Семейни добавки за деца	0,9	0,8	0,8	0,7	0,9	0,9	0,8	0,7
Други обезщетения и помощи	1,8	1,7	1,9	1,6	2,3	2,1	2,3	2,3
Регулярни трансфери от други домакинства	0,9	1,0	1,4	1,0	1,0	1,2	1,3	1,3
Приходи от продажба на имущество	1,0	0,6	0,8	1,1	0,7	0,6	0,6	0,7
Други приходи	3,8	3,6	4,0	4,5	2,9	2,7	2,9	3,7

Източник: НСИ.



Основен приходоизточник на домакинствата за целия разглеждан период е работната заплата. Тя формира 50-55% от доходите на населението. Данните, изнесени в Таблица 9, показват също, че на второ място се нареждат социални трансфери, включващи пенсиите, обезщетенията за безработни, семейните добавки, както и други социални помощи. В състава на социалните плащания доминираща роля имат пенсиите. Разликата между дела на пенсиите и дела на другите плащания от този вид е значителна. Причината за това е големият брой възрастни и постоянното застаряване на населението, коментирано по-горе.

Оказва се, че икономическият растеж и повишаване на доходите на населението през годините след приемането на България като пълноправен член на Европейския съюз, не могат все още да компенсират първоначалното обедняване, настъпило в годините на преход към пазарна икономика. С особена сила това важи за възрастните. Факт е, че дялът на пенсиите в структурата на доходите на населението през разглеждания период (2010-2017 година) намалява. Докато през 2010 година пенсиите са формирали 30,9 % от доходите на лицата, то през 2017 година този дял е 26,5%. На фона на структурните промени и увеличаване на хората на възраст 65 и повече години, намалението на този дял говори за продължаващо обедняване на хората в надработоспособна възраст.

### **3. Тенденции в здравословното състояние на населението на страната**

В нашата страна е налице болнично ориентирано здравеопазване, с над 60% от общите разходи, което не спомага за лесен достъп на гражданите до здравни грижи (Тодоровска, 2017, стр. 57). Практика е да бъдат хоспитализирани лица, особено в надработоспособна възраст, които нямат непосредствена необходимост от това. Въпреки намаляващата численост на населението в България, изнесените в Таблица 10 данни показват, че броят на лицата, чието лечение се извършва в лечебно заведение, се увеличава. 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 и разпределението на средствата в здравеопазването.

Таблица 10

Хоспитализирани лица в България за периода 2010–2017 година

Година	Общо	0-17 г.	над 18 години		
			общо	18-65 г.	над 65 г.
<i>Брой</i>					
<b>2010</b>	1917199	328306	1588893	1010719	578174
<b>2011</b>	1961177	297170	1664007	1043329	620678
<b>2012</b>	2040666	299304	1741362	1075512	665850
<b>2013</b>	2221115	308255	1912860	1172805	740055
<b>2014</b>	2323313	315337	2007976	1219605	788371
<b>2015</b>	2302891	300574	2002317	1199652	802665
<b>2016</b>	2258579	295 901	1 962678	1158097	804 581
<b>2017</b>	2331264	290 231	2041033	1185167	855 866

Източник: НСИ.

Известен факт е, че възрастните хора боледуват по-често. Данните в Таблица 11 отчетливо показват тенденцията за нарастване на относителния дял на хоспитализациите на гражданите над 65-годишна възраст. От 30,16% през 2010 година този дял достига 36,71%, през 2017 година.

Таблица 11

Дял на хоспитализирани лица в България по възрастови групи за периода 2010–2017 година

Година	0-17 г. (%)	18-65 г. (%)	Над 65 г. (%)
<b>2010</b>	17,12	52,72	30,16
<b>2011</b>	15,15	53,20	31,65
<b>2012</b>	14,67	52,70	32,63
<b>2013</b>	13,88	52,8	33,32
<b>2014</b>	13,57	52,50	33,93
<b>2015</b>	13,05	52,09	34,86
<b>2016</b>	13,10	51,28	35,62
<b>2017</b>	12,45	50,84	36,71

Източник: Изчисления на авторите.

Предвид демографското състояние в страната очакванията са, че търсенето на здравни услуги ще се повиши сериозно в следващите години. Изследване на Световната банка показва, че дори при оптимистични предположения демографската трансформация на България ще оказва трайно натиск върху държавния бюджет и ще възпрепятства икономическия растеж. Прогнозите са, че към 2050 година ще е налице свиване

на работната сила с близо 40%; забавяне на реалния ръст на БВП до 0,7% на година; нарастване на публичните разходи за обществено здравеопазване, дългосрочни грижи и държавни трансфери към пенсионната система. В същото време ще нарасне и съотношението Дълг/БВП от 18% на 51%; ще имаме увеличаване на коефициента Дълг/БВП с 0.9 процентни пункта годишно; продължителни първични дефицити – най-важната предпоставка за натрупване на държавен дълг (Богетич, 2013).

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. Това ще окаже особено благоприятен ефект в по-малките общини, където поради финансовата си неефективност и задлъжнялост е необходимо да бъдат затворени общински болници. Освен това доболничната помощ у нас с приоритет се извършва от общопрактикуващите лекари. Техните възможности обаче да покрият равномерно цялата страна, са ограничени. Наблюдава се концентриране на лекарски практики в по-големите градове за сметка на по-малките населени места. В много случаи те, по една или друга причина, не работят в екип с медицински сестри, което допълнително намалява качеството и/или обхвата на предоставяната здравна услуга.

#### **4. Изграждане на организационна структура за предоставяне на здравно-социални услуги в домашна среда**

Най-подходящата форма, установена в резултат на десетилетия работа с интегрирани здравно-социални услуги, е създаването на центрове за домашни грижи. В такава структура лесно могат да бъдат управлявани процесите по осигуряване на редовна медицинска грижа и социална подкрепа в дома на пациента, която е изцяло съобразена с неговите индивидуални потребности (Тодоровска, 2017, стр. 58). Приетият и обнародван в Държавен вестник (бр. 24 от 22.03.2019 г.) Закон за социалните услуги предоставя правната рамка за създаването и налагането в практиката на центрове от подобен тип. Законът обаче се очаква да влезе в сила през 2020 година, когато бъдат изготвени и приети подзаконовите нормативни документи, свързани с него.

Предвидената в Закона за социалните услуги Агенция за качеството на социалните услуги поставя акцент върху ключов елемент, а именно качеството на предоставяната услуга от всички доставчици. Това от своя страна предопределя приемането и на Наредба за качество-

то на социалните услуги, с която да се установят категорични и ясни правила за предоставяне на подобен род услуги. Тя трябва да включва стандартите за качество и критериите за тяхното изпълнение. Наличието на единни стандарти за този вид услуги и респективно осъществяването на контрол върху тях би гарантирало удовлетвореността на потребителите от прилагането им. В този ред на мисли е наложително преминаването от регистрационен към лицензионен режим на всички субекти, желаещи да предоставят социални услуги. Лицензите за извършване на дейност би следвало да се издават и, съответно, отнемат от Агенцията за качеството на социалните услуги, която обаче не бива да дублира функциите на Агенцията за социално подпомагане (АСП) и Регионалните здравни инспекции (РЗИ). Логично е, контролът върху дейността на субектите, предоставящи здравно-социални услуги, да остане приоритет на АСП – по отношение на социалните дейности и съответно на РЗИ за работата по медицинската част при задоволяване потребностите на ползвателите на услугите.

Получаването на лиценз за извършване на здравно-социални услуги в домашна среда изисква изграждане на организационна структура, която да отговаря на критериите за качество. Центровете „Домашни грижи“ могат да бъдат организирани като самостоятелни субекти или да бъдат поделения на друго юридическо лице. Осигуряването на ефикасна и ефективна дейност на центровете „Домашни грижи“ изисква наличието на сграден фонд, оборудване и подходящ брой специалисти, които да извършват специфичните дейности по предоставяне на здравно-социални услуги в домашна среда. Центровете от подобен вид трябва да разполагат с мултидисциплинарен екип, който да бъде в състояние да покрие нуждите на ползвателите на интегрираната здравно-социална услуга. Той трябва да е съставен от професионалисти в областта на здравните грижи (например медицински сестри), както и обучени социални асистенти и/или домашни помощници. Техният брой трябва да е съобразен с броя на потенциалните потребители на услугата. Опитът на действащите до настоящия момент структури, които осъществяват своята здравно-социална дейност в домашна среда, показва, че оптималният брой на персонала за центрове, обслужващи до 100 потенциални потребители, е девет. От тях три медицински сестри, едната от които е и мениджър на центъра, и шест домашни помощници.

Цялостната дейност на центровете „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 назна-

чавани 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“. Възможно е, бъдещата наредба за качеството на социалните услуги да наложи и изискване за минимален стаж по специалността за кандидатите за мениджър, както и изисквания за надграждащи обучения, свързани с дейността на центровете.

Основните функции, които управителят на центровете „Домашни грижи“ изпълнява, могат да се разгледат в две насоки:

- организационни;
- административни.

Към организационните можем да отнесем дейностите, свързани пряко с потребителите на услугата:

- запознаване на потребителите с възможностите на центъра да окаже необходимите за него манипулации и дейности;
- информиране за техните права и задължения при оказване на грижа в домашна среда;
- получаване на информирано съгласие за извършване на дейностите и достъп до тяхната лична информация;
- създаване на план за предоставяне на услугата съобразно нуждите на конкретните потребители и изготвената от екипа индивидуална оценка;
- периодично адаптиране на индивидуалния план на потребителите с оглед промяна на тяхното състояние и нужди.

Към административните можем да отнесем следните дейности на мениджъра:

- подготовка на графика за посещенията на екипа на Центъра до съответните потребители;
- проучване и анализ на удовлетвореността от полаганите грижи и подкрепа;
- регулярен контакт с близките на потребителите, когато има такива;
- спазване на пълна конфиденциалност относно данните и информацията, касаеща потребителите;
- поддържане на връзка с лекуващите лекари на потребителите на услугата, техните общопрактикуващи лекари, както и с други медицински специалисти, имащи отношение по тяхното здравословно състояние;
- осъществяване на връзка с други социални услуги в общността, като например предоставяне на храна по домовете от домашния социален патронаж;

- активна работа с подразделенията на РЗИ и на АСП с цел спазване на нормативните разпоредби;
- осъществяване на пряка връзка с общинската администрация и други структури на изпълнителната власт, като МВР, с оглед пълноценно решаване на различни казуси, свързани с потребителите на услугата;
- провеждане на регулярни срещи с членовете на екипа на центъра;
- осъществяване на контрол по отношение работата на членовете на екипа;
- отчитане на дейността по предварително зададена схема и изготвяне на дневни, месечни и годишни доклади;
- спазване на пълна конфиденциалност относно данните и информацията, касаеща потребителите.

Освен управител, екипът на центровете „Домашни грижи“, кандидатстващи за лиценз, трябва да включва професионалисти по здравни грижи (медицински сестри) и домашни помощници. Медицинските сестри имат съответната квалификация и могат да извършват дейности като:

- проследяване на здравословното състояние на потребителя;
- предоставяне на съвети относно храненето и общия режим на поведение на потребителя;
- обучение на потребителя и членовете на неговото домакинство по отношение на самостоятелни грижи за здравето;
- оказване на психо-социална подкрепа на потребителя и неговите близки;
- осъществяване на специфични медицински манипулации, съобразно назначенията на лекуващите лекари: инжекции, превръзки, измерване на кръвно, извършване на контрол на кръвна захар и т.н;
- осъществяване на контрол по приема на лекарствата от потребителя;
- подкрепа при осъществяване на личната хигиена на потребителя и превенция на декубитус;
- оказване на първа помощ при необходимост от спешна реакция до пристигането на екип на спешна медицинска помощ;
- разпознаване белезите на насилие над потребителите и докладване на мениджъра на центъра „Домашни грижи“;
- осъществяване на контрол върху извършваните дейности от домашните помощници при съответните потребители на услугите.

Професионалистите по здравни грижи, работещи в центровете „Домашни грижи“, трябва регулярно да се включват в обучения за повишаване на квалификацията и усвояване на новостите и добрите практики в областта на здравно-социалните услуги. Задължително е и спазването на пълна конфиденциалност по отношение на личните данни и информацията на потребителите на услугата.

Домашните помощници са част от екипа на центровете „Домашни грижи“. Като такива могат да работят социални асистенти, които притежават втора степен на професионална квалификация, съгласно програмите на Националната агенция по професионално образование и обучение и лица с минимум средно образование, изкарвали успешно курс за обучение за работа с пациенти в домашна среда. Такива курсове се организират от организации от типа на Червения кръст, които имат опит в работата по предоставяне на социални услуги в домашна среда.

Дейностите, извършвани от домашните помощници, се свеждат до:

- подпомагане поддържането на личната хигиена на потребителите на услугата;
- подпомагане поддържането на хигиената на дома, в който потребителят живее;
- помощ при пазаруване;
- приготвяне на храна при необходимост;
- оказване на помощ при хранене;
- оказване на помощ при прием на медикаменти;
- придружаване на потребителя при разходка;
- съдействие при посещение при лекар, настаняване в болнично заведение или провеждане на рехабилитационни процедури;
- съдействие за административни процедури или заплащане на битови сметки;
- оказване на първа помощ при необходимост от спешна реакция до пристигането на екип на спешна медицинска помощ.

Освен описаните дейности домашните помощници следва да имат задължения по отношение на:

- предоставяне на ежедневен отчет за извършваните дейности на мениджъра на центъра „Домашни грижи“;
- разпознаване белезите на насилие над потребителите и докладване на мениджъра на центъра;
- конфиденциалността на данните и информацията, касаеща потребителите.

Не само мениджърът и специалистите по здравни грижи (медицинските сестри) трябва да поддържат и надграждат своите познания. За

домашните помощници също е необходимо регулярното включване в обучителни курсове с цел повишаване на тяхната квалификация и усвояването на нови моменти при предоставяне на социална услуга в домашна среда.

Организирането и управлението на дейността на центровете „Домашни грижи“ изискват наличието на собствен сграден фонд с подходящо пространство за всички дейности по подготовка на персонала, на инструментите и материалите, необходими за извършване на домашните посещения. То може да е в самостоятелна или в обособена част от административна сграда. Помещенията трябва да включват:

- кабинет на управителя;
- стая за приготвяне на екипировката и материалите на персонала;
- отделено пространство за подготовка и изготвяне на отчети на медицинските сестри и домашните помощници;
- обособено място за почивка на персонала;
- сервизно помещение.

Опитът показва, че необходимото общо пространство на помещенията на центровете „Домашни грижи“ е 80-90 квадратни метра при персонал от 9 души. Увеличаването на броя на потребителите, респективно на персонала, изисква и увеличаване на общото пространство на центъра.

Местоположението на сградата е от ключово значение за дейността на центровете. То, от една страна, трябва да е леснодостъпно за персонала, а от друга – да не е отдалечено от домовете на потенциалните потребители на услугата. С оглед ефективността на работата, разстоянието от домовете на потребителите не бива да надхвърля 15-20 километра. Затова е удачно, помещенията да бъдат разположени в общинските центрове и /или в по-големите населени места в съответните общини. Те трябва да отговарят на изискванията за пожарна и аварийна безопасност и да бъдат оборудвани така, че да е възможно:

- извършване комплектуването на индивидуалните сакове с принадлежности на екипа на центъра;
- складирането и съхранението на необходимите за дейността консумативи;
- извършването на стерилизация на медицинските консумативи;
- съхранението на биологично опасни отпадъци;
- воденето на отчетната документация;
- извършването на хигиенни процедури;
- осъществяване на работни срещи на мениджъра и персонала за възлагане на задачи и обсъждане на бъдещата дейност.



За осъществяването на дейността на центрoвете „Домашни грижи“ са необходими: компютри и/или други електронни приспособления за генериране и съхраняване на информация – както на хартиен, така и на електронен носител. Спецификата на дейността изисква наличието на: апарати за измерване на артериално налягане; глюкомери; спринцовки; стерилизационни апарати; медицински ръкавици за еднократна употреба; калцуни. Необходимо е да бъде организирана и дейността по съхраняването и предаването за унищожение на биологично опасни отпадъци.

Всеки член на екипа би следвало да е снабден с индивидуален сак, оборудван с:

- материали и консумативи за оказване на първа долекарска помощ;
- необходимите средства за работа в дома на потребителя.

Медицинските сестри и домашните помощници трябва да разполагат с ефективно средство за комуникация (мобилен телефон), както и с подходящо работно облекло.

Спецификата на предоставянето на здравно-социалните услуги в домашна среда изисква, кандидатстващите за лиценз центрове да разполагат с надеждни транспортни средства, с които да се осигурява безпроблемното придвижване на членовете на екипа до домовете на потребителите. Броят и видът на автомобилите трябва да е съобразен с броя на служителите, които ще ги ползват, и с терена, който ще се обхожда. Съобразно обичайната вместимост (5 места) центрoвете с персонал 9-10 души трябва да разполагат с един или два автомобила. С оглед оптимизиране на разходите членовете на екипа е добре да притежават свидетелство за управление на моторно превозно средство. Това може да е и едно от условията за постъпване на работа. Възможно е, обученията, с които се надграждат квалификацията и уменията на персонала, да включват и шофьорски курсове.

Изграждането на центрове „Домашни грижи“ ще даде възможност за попълване на една празнина в предоставянето на здравно-социални услуги. Ефектите от тяхното функциониране могат да бъдат разглеждани и оценявани както от социална, така и от икономическа гледна точка.

Българският червен кръст, съвместно с Министерството на здравеопазването и Министерството на труда и социалната политика, от няколко години апробира такъв модел. Към настоящия момент Центрове за домашни грижи функционират във Врачанска област и по-точно в общините: Враца, Бяла Слатина, Оряхово и Криводол. Ръководят се от медицински сестри, специално подготвени за тази своя роля, а екипите

са съставени от обучени социални асистенти (домашни помощници) и допълнително квалифицирани медицински сестри. Мултидисциплинарните екипи работят в синхрон и по график извършват посещения съобразно нуждите на потребителите. Водещо в медицинските дейности се явява назначението на лекуващия лекар, който с помощта на Центъра Домашни грижи извършва долекуването на пациентите в домашна среда (Годоровска, 2017, стр. 62).

Предоставените ни от Българския червен кръст данни показват, че администрираните от тях центрове за домашни грижи осъществяват своята дейност при относително ниски разходи.

*Таблица 12*

*Годишни разходи за предоставяне на здравно-социални услуги на единица потребител за периода 2015–2016 г. (в лв.)*

Годишни разходи на единица потребител	Враца	Бяла Слатина	Криводол	Оряхово	Общо
За 2015 г.	1 813,82	1 529,93	1 645,66	1 693,27	1 667,54
За 2016 г.	1 661,38	1 567,49	1 530,70	1 535,20	1 573,32
Средно за 2 години	1 737,60	1 548,71	1 588,18	1 614,23	<b>1 620,43</b>

Източник: БЧК.

Данните, изнесени в Таблица 12, показват дори, че разходите на централните намаляват. От 1667,54 лева през 2015 година те достигат 1573,32 лева през 2016 година. Причината за това е повишеният брой на обслужваните по домовете граждани, което е довело до икономии от мащаба на дейността. Последното показва, че при евентуално бъдещо повсеместно въвеждане на централните за домашни грижи разходите за издръжка на един потребител могат да бъдат още по-малки. Разбира се, с оглед инфлацията и нарастването на работната заплата може да се очаква и повишаване на разходите, но нивото, на което са в момента, е достатъчно ниско в сравнение с нивото на разходите за болнично лечение на един пациент или настаняването в хоспис.

## **5. Възможности за подобряване стандарта на живот на хората в наработоспособна възраст посредством застраховането**

Всяко хуманно общество има морално задължение към лицата, изпаднали в нужда. Държавата, като институция, е длъжна да полага

грижи за собствените си граждани. Посредством своите социални фондове тя подпомага доходите на бедните, изгражда и издържа: хосписи, домове за възрастни, защитени жилища и т.н. Институционализирането на грижите за определен кръг от хора понякога е без алтернатива. Това обаче остава извън полето на настоящото изследване. Тук ще се спрем на случаите, в които е възможно, здравно-социалните услуги за възрастни хора да се осъществят в домашна среда.

Предлагането на здравно-социални услуги в домашна среда посредством обособени центрове „Домашни грижи“ има своите безспорни предимства. Основният проблем, който стои пред повсеместно им въвеждане, е свързан с финансирането на тяхната дейност. Факт е, че България е на последно място по почти всички икономически показатели сред страните от Европейския съюз. От друга страна, населението старява и то с нарастващи темпове. Тези обстоятелства водят до заключението, че както в настоящия момент, така и в бъдеще държавата няма да е в състояние, сама да финансира дейността на описаните центрове, предоставящи здравно-социални услуги в домашна среда. Необходимо е да се потърсят и други начини, хората от така наречената „трета възраст“ да получат такива услуги и да се възползват от правото си на достоен живот.

Оказва се, че голяма част от населението на България живее в собствени жилища. По данни на Националния статистически институт към 31.12.2017 г. броят на жилищата в страната е 3 951 806 (Национален статистически институт, н.д.). При население, към същия момент от 7 050 034 души, средно едно жилище се обитава от 1,78 лица (Национален статистически институт, н.д.). Това обстоятелство, което не е характерно за гражданите на западноевропейските държави, съдържа в себе си огромен потенциал за решаването на редица проблеми на хората от „третата възраст“. Парадоксалното в случая е, че много от възрастните лица притежават собствени жилища, понякога в райони, в които цените на недвижимите имоти са сравнително големи, но в същото време техните доходи (най-често формирани само от пенсии) не стигат за покриване на ежедневните им разходи. Затова в следващото изложение ще бъде 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.

### **5.1. Характеристика и особености на застраховането „Рента срещу жилище“**

Възникнало в древността, базирайки се на идеята за взаимопомощ, застраховането се основава на принцип, според който възможните загуби се разпределят върху множество субекти, застрашени от едни и същи рискове (Ерусалимов & Василев, Икономика на застраховането, 2019, стр. 21). Неговата същност се изразява във възмездяване на загуби следствие настъпването на случайни събития (Ерусалимов, Панева, & Нинова, Лично застраховане, 2016, стр. 14). Особеното, което отличава животозастраховането, е, че в неговия обхват попадат „освен застраховки с предназначение възмездяване на загубите на застрахованите при настъпване на случайни и негативни по своята същност събития, така също и застраховки, при които плащането на застрахователите е обусловено от събития, които не могат да се определят като негативни“ (Ерусалимов, Панева, & Нинова, Лично застраховане, 2016, стр. 15).

За разлика от имущественото застраховане, където може да се оцени размерът на претърпяната от застрахования щета и на тази база да се определи съответното обезщетение, застрахователите, работещи по застраховане „Живот“, се задължават с плащане на предварително договорена сума и/или суми. Тази характерна особеност на животозастраховането произлиза от невъзможността да се определи застрахователна стойност на човешкия живот.

Принципите, върху които се гради рентното (пенсионното) застраховане, не се различават от тези, върху които се гради всеки друг вид животозастраховане. Различен е само начинът на плащане на застрахователя. Икономическият смисъл на рентните (пенсионните) застраховки се изразява в задължението на застрахователите да правят периодически повтарящи се плащания. Според Кодекса за застраховането: „С договора за застраховка за изплащане на анюитети (пенсия или рента) застрахователят се задължава да прави пожизнени или срочни периодични плащания срещу заплащането на еднократна или периодична премия“ (Кодекс за застраховането, Обн. ДВ, бр.102/29.12.2015 г., в сила от 01.01.2016 г., посл. изм. и доп. бр. 17/26.02.2019 г., Чл. 439 (1)).

Основната цел на рентните застраховки е да се удовлетворят възникнали застрахователни потребности във връзка с настъпване на събития като:

- достигане на определена възраст;
- изпадане в трайна неработоспособност;

- изтичане на договорен в застрахователния договор срок (повече за рентните застраховки вж. (Ерусалимов, Панева, & Нинова, Лично застраховане, 2016, стр. 82-94).

Прехвърлянето на имот (жилище) срещу рента е гражданско-правна сделка, която е уредена в Закона за задълженията и договорите, чл. 9. Това обаче не е обект на нашето изследване. От друга страна, е възможно, договорът за прехвърляне на вещно право върху недвижими имоти срещу отпускане на рента да се сключи „по занятие“, тоест между гражданин и дружество, чиято търговска дейност включва подобен тип сделки. В нашето законодателство този въпрос е уреден в Кодекса за застраховането, според който „Договорите, сключвани по занятие, съдържащи операции за придобиване на вещни права върху недвижими имоти чрез изплащане на пожизнени или срочни периодични плащания, се уреждат от този кодекс. В случаите по изречение първо прехвърлянето на вещни права се приема за заплащане на застрахователна премия“ (КОДЕКС за застраховането, Обн. ДВ, бр.102/29.12.2015 г., в сила от 01.01.2016 г., посл. изм. и доп. бр. 17/26.02.2019 г., Чл. 439 (2)). Така 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.

Лицензионният режим на застрахователната дейност е продиктуван от нейната специфика и социална значимост. По този начин държавата може да извършва постоянен контрол върху дейността на застрахователните дружества, както и да оценява тяхната платежоспособност.

Във връзка с особеностите на застрахователното правоотношение застрахователният договор се характеризира с:

- двустранност – договорът се сключва между застрахователя и застрахования<sup>1</sup>;
- формалност – договорът се сключва в писмена форма;
- възмездност – договорът влиза в сила след плащането на застрахователната премия или първата вноска, ако премията е разсрочена;
- продължителност на изпълнението – принципно условията по сключения застрахователен договор не се променят през периода на неговото времетраене;

---

<sup>1</sup> От 2016 г. в Кодекса за застраховането се появи и понятието „застраховащ“, което е предпоставка застрахователният договор да бъде определян от някои автори и като тристранен.

- алеаторност – вероятностен характер на изпълнението на задължението на застрахователя;
- консенсуалност – застрахователният договор се сключва при взаимно съгласие на двете страни (Ерусалимов, Панева, & Нинова, Лично застраховане, 2016, стр. 23-24).

Всички тези характеристики отговарят на договора за прехвърляне на вещни права срещу плащане на рента. Договорът очевидно ще бъде сключен между застрахователно дружество, притежаващо лиценз за животозастрахователна дейност, и собственик на имот (в случая жилище), който желае да получава пожизнена рента. Цитираният погоре чл. 439 (2) на Кодекса за застраховането определя възмездността на договора, като приема прехвърлянето на вещни права като равностойно на плащането на застрахователна премия.

Готовността на застрахователните дружества да поемат отговорност за определени събития, се определя, в специализирана литература, като „застраховаемост на риска“ (Ерусалимов & Василев, Икономика на застраховането, 2019, стр. 41). Едно от най-важните от тях е рискът да „настъпва случайно, тоест никой предварително да не може да определи: дали, кога и в каква степен ще настъпи. В противен случай събитията се считат за сигурни и застрахователите не поемат отговорност за тях“ (Ерусалимов & Василев, Икономика на застраховането, 2019, стр. 41).

Застраховаемите събития олицетворяват явленията (природни или социални), за които застрахователите могат да поемат отговорност. Случайността и неизвестността по отношение тяхното настъпване 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 средства за достоен живот 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 застрахования и съответно колко ренти ще му бъдат изплатени. Затова познатия 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.

В животозастраховането размерът на застрахователната сума се определя от кандидатите за застраховане. Той е пряко обвързан с техните финансови възможности, а цената на застрахователната услуга в голяма степен зависи от него. В тарифите на застрахователите застрахователната премия се определя в процент или в промил от застрахователната сума. Същото важи и при рентното (пенсионното) застраховане. Въз основа на определен от застрахования размер на рентата застрахователят изчислява застрахователната вноска.

При застраховката „Рента срещу жилище“ обаче този процес е обрнат. Въз основа цената на жилището, която се възприема като еднократно платена застрахователна премия, застрахователят ще трябва да определи размера на рентата, която ще плаща. Това не представлява особена трудност и в практиката са познати подобни застрахователни тарифи.

Прехвърлянето на вещни права върху жилище, прието от законодателя като еднократно платена застрахователна премия, не носи непосредствени парични постъпления за застрахователя. Животозастраховането е с дългосрочен характер и инкасираните застрахователни вноски се инвестират в различни активи, като носят доход. При изграждането на застрахователните тарифи този доход се възприема за лихва, а голяма част от нея се одобрява на застрахованите и то още в момента на сключване на застрахователния договор. Въпросната лихва е прието да се нарича техническа, защото с нея се извършват застрахователно-техническите пресмятания. „В действителност тя е отстъпката от застрахователната вноска, която застрахователят прави на застрахования, за целия срок на застраховката“ (Ерусалимов, Актюерска техника в животозастраховането, 2019, стр. 12). Затова дори в годините с голяма инфлация техническият лихвен процент е малко число. Той не бива, в нито един момент от действието на застрахователния договор да надвишава пазарния лихвен процент (Ерусалимов, Актюерска техника в животозастраховането, 2019, стр. 12). Комисията за финансов надзор определя за всяко тримесечие максималния размер на техническия лихвен процент, който застрахователите могат да одобряват по ново-сключени застрахователни договори.

Очевидно невъзможността имотът да се използва веднага след сключването на застрахователния договор води до проблеми, свързани с определянето размера на техническата лихва. Някои автори дори възприемат това като загуба от лихва, която трябва да бъде калкулирана, и

с нея да се намали задължението на застрахователя към рентiera (Илиев, 2009, стр. 7-8). От друга страна обаче, цените на жилищата търпят промяна във времето. Особено в годините, в които търговските банки одобряват нисък лихвен процент по депозитите<sup>2</sup>, се забелязва увеличено търсене на недвижими имоти, в това число и жилища, чрез които инвеститорите се стремят да запазят стойността на парите си. Възможно е, 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>

Липсата на парични постъпления от застрахователни вноски при застраховката „Рента срещу жилище“ води до необходимостта, застрахователното дружество да разполага със собствени средства, от които да изплаща рентите. С течение на времето при реалното придобиване на имота и неговата продажба или отдаване под наем, тези средства ще бъдат компенсирани. При този вид застраховане не е възможно и да се образува „Математически (премиен) резерв“, характерен за дългосрочните животозастрахователни договори. Застраховката обаче трябва да разполага със запасен фонд, с който да се покриват колебанията на риска във времето. Това също изисква, застрахователите да разполагат със свободни средства, с които да попълват въпросния резерв.

## **5.2. Актюерски аспекти на застраховката „Рента срещу жилище“**

Както вече беше отбелязано, 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. Възможните застрахователни комбинации са много. Във връзка с целите на изследването обаче нашето внимание ще бъде насочено единствено към възможността, чрез застраховането да се осигури пенсия на самотно живеещ възрастен човек, който притежава собствено жилище, в което живее.

---

<sup>2</sup> От няколко години лихвеният процент по депозитите в търговските банки в България е под 1% годишно.

<sup>3</sup> Към 05.04.2019 г. максимално допустимият технически лихвен процент, определен от Комисията за финансов надзор, е 1,4%.



Субект на застраховката могат да бъдат всички лица над 65-годишна възраст, които живеят в собствено жилище. Размерът на рентата ще зависи от фактори като:

- цената на жилището, обект на договора;
- възрастта на застрахованото лице;
- техническата лихва на застрахователя;
- разноските на застрахователното дружество.

Цената на жилището трябва да бъде определена внимателно и съобразена с тенденциите на пазара. Кодексът за застраховането изрично указва, че „стойността на недвижимия имот се определя най-малко от двама независими оценители“ (Кодекс за застраховането, Обн. ДВ, бр.102/29.12.2015 г., в сила от 01.01.2016 г., посл. изм. и доп. бр. 17/26.02.2019 г., Чл. 439 (1)). По този начин се гарантират интересите и на двете страни на застрахователното правоотношение.

Освен въпросите, свързани с цената на имота, застрахователите трябва да проверят всички обстоятелства по отношение на това дали:

- има други лица, които могат да претендират за съсобственост;
- е налице ипотeka или други тежести, свързани с жилището;
- са платени всички данъци, свързани с имота;
- жилището е поддържано в добро състояние.

Кодексът за застраховането дава право на животозастрахователните дружества преди сключването, а и по време действието на застрахователния договор, да изискват подробна информация относно здравословното състояние, възрастта, пола и финансовото състояние на лицето, чиито живот и здраве са предмет на застраховане ((Кодекс за застраховането, Обн. ДВ, бр.102/29.12.2015 г., в сила от 01.01.2016 г., посл. изм. и доп. бр. 17/26.02.2019 г., Чл. 454). Това се прави с оглед възможността за правилна оценка на риска и избягване на антиселекция при застраховани с влошено здраве. Пенсионното (рентното) застраховане обаче обвързва плащанията на застрахователя с бъдещия живот на застрахованото лице. Колкото по-дълго се очаква да живее застрахованият, толкова повече ренти ще му бъдат платени. Затова при него е безпредметно изискване на информация за здравословното състояние на кандидата за застраховане.

Полът е един от основните рискови признаци, влияещи върху смъртността. Факт е, че средната продължителност на живота на жените е по-голяма от тази на мъжете. Това е световна тенденция и България не прави изключение от нея. Разликите в смъртността в някои възрастови диапазони са значителни и не могат да бъдат пренебрегнати. Въпреки това на застрахователите, работещи на територията на Европейския съюз, е забранено да отчитат пола като рисков признак в своите тарифи.

Диференцирането на застрахователната вноска, отчитайки пола на застрахования, се счита за полово дискриминация. Абсурдността на подобно твърдение беше широко дискутирана в европейската общност, включително и в нашата страна, но това не е обект на настоящото изследване (повече за рисковия признак пол вж. (Ерусалимов, Значимостта на рисковия признак „пол“ при изграждане на тарифите в животозастраховането, 2012, стр. 23-35).

Възрастта, от друга страна, е основният рисков признак за риска смърт. Все още няма европейска директива, която да забранява диференцирането на тарифите спрямо нея и застрахователите задължително ще изискат подобна информация. Особеното тук е, че колкото кандидатът за застраховане е по-възрастен, при сключване на застрахователния договор, толкова по-висок ще бъде размерът на рентата. Причината е оставащият по-малък среден бъдещ живот на по-възрастните лица и съответно по-малкият брой на предстоящите за изплащане ренти.

Вече беше споменато, че техническият лихвен процент е по принцип малко число и че техническата лихва е отстъпката от застрахователната премия, която застрахователят прави на застрахования още в момента на сключване на застрахователния договор. В случая обаче, поради коментирания по-горе обърнат процес на изчисляване на застрахователно-техническите величини, техническата лихва ще бъде начислена върху рентните плащания. Особеното в случая е, че този лихвен процент продължава да бъде константна във времето величина, въпреки че може да се начислява върху 30 и повече годишни ренти.

Освен рискът и лихвата, влияние върху големината на застрахователната премия оказват и разноските на застрахователните дружества. В специализираната литература те са определяни като трети сметен елемент. Докато върху развитието на риска смърт, лихвата на пазара и цените на имотите застрахователите не могат да влияят, то размерът на разноските са пряко обвързани с организацията на тяхната дейност. Начините за търсене за намаляване размера на разноските са много. Те зависят от вида на застраховката; методите за предлагане на застрахователния продукт; ползването услугите на застрахователни посредници; използването на съвременни методи за комуникация с клиентите и т.н.

От актюерска гледна точка разноските на застрахователя могат да бъдат събрани в три основни групи:

➤ Разноски за придобиване на нова продукция – аквизиционни разноски. За тях е характерно, че са еднократни и обхващат всички разноски, които застрахователят прави до момента на сключване на застрахователния договор. В застрахователно-техническия план се разглеждат като преки и косвени. Голяма част от преките аквизиционни

разноски са свързани с оценката на риска и изплащането на аквизиционна комисиона на застрахователните посредници, която е с чувствително по-голям размер от последващите им комисионни възнаграждения. Обикновено застрахователните дружества работят с „доверени“ лекари, на които се плаща хонорар. Изграждането на тарифа за разглеждания застрахователен продукт, обаче, както по-горе беше отбелязано, не изисква информация за здравословното състояние на кандидатите за застраховане. Това определено намалява разноските, свързани с подобна оценка.

Спецификата на застрахователния продукт „Рента срещу жилище“ предполага и разноски по оценка на имота, който ще бъде възприет като еднократна застрахователна премия. Това предполага допълнителни разноски, които биха оскъпили застрахователния продукт, още повече коментираното по-горе изискване на Кодекса за застраховането – оценката да се прави от най-малко двама лицензирани оценители.

Косвените аквизиционни разноски обхващат разходите за реклама на застрахователния продукт, както и някои разходи за канцеларски материали, като например за бланката, на която се отпечатва застрахователната полица.

➤ Инкасови разноски. Те са свързани със събирането на втората и последващите застрахователни вноски и произтичат от дългосрочния характер на животозастраховането. В случай че плащането на вноската бъде прекратено, независимо поради какви причини, се прекратяват и инкасовите разноски.

Застрахователният продукт „Рента срещу жилище“ се основава на прехвърляне на вещно право върху недвижим имот, чиято стойност се определя като еднократна застрахователна премия. Затова инкасови разноски, свързани със събирането на последващи застрахователни вноски, тук не се правят.

➤ Административно-стопански разноски. Те са в сила, докато е в сила действието на застрахователния договор. Тук можем да отнесем заплащането на труда на щатния персонал на застрахователното дружество. Разходите за осветление, отопление, канцеларски материали, офис техника и оборудване и т.н. също попадат в категорията на административно-стопанските разноски (Ерусалимов, Актюерска техника в животозастраховането, 2019, стр. 169).

С оглед намаляване цената на застрахователната услуга, което дава конкурентно предимство и/или повишава размера на печалбата, застрахователните дружества постоянно се стремят да оптимизират своята дейност. Някои процеси се автоматизират и се изпълняват от машини (компютри). Използването на интернет като евтин комуника-

ционен и пласментен канал също е стъпка в тази посока. Потенциалът за намаляване на застрахователните разноси е голям, но той е обект на други изследвания. Целта, която преследваме, изисква да съсредоточим вниманието си към възможността за участието на застрахователите в процеса по осигуряване на допълнителни доходи за хората от така наречената „трета възраст“. Затова в следващото изложение ще бъде разработен числов пример (част от застрахователна тарифа), с който да се онагледят ролята на рентното застраховане, свързана с осигуряване на по-добър стандарт на живот на лицата в надработоспособна възраст.

### 5.3. Модел на тарифа за застраховка „Рента срещу жилище“

Разработването на нов застрахователен продукт е пряко свързано с изготвянето на застрахователна тарифа, която наред с общите условия по застрахователните договори да бъде одобрена от Комисията за финансов надзор. Този процес е съпроводен от актюерски изчисления, които се базират на информация за развитието на риска, лихвата и разностите на застрахователя. Принципно резултатите от въпросните изчисления се обобщават в таблица, която показва размера на застрахователната премия, дължима от застрахованите на 1, 100 или 1000 валутни единици (левове, евро, долари и т.н.) застрахователна сума.

Поради спецификата на застраховката „Рента срещу жилище“ в тарифната таблица ще бъдат показани стойности, отразяващи размера на рентата, която се полага на застрахования, на 1, 100 или 1000 валутни единици стойност на жилището.

Изготвянето на застрахователна тарифа е свързано и с някои приемания, които застрахователят задължително трябва да направи. Принципно се приема, че:

- Изходната позиция е достатъчно голяма застрахователна съвкупност, съставена от лица на еднаква възраст, които едновременно си сключват застраховката.
- Смъртността се развива точно така, както 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 (Ерусалимов, Актюерска техника в животозастраховането, 2019, стр. 32).

Таблицата за смъртност, въз основа на която е определена големината на риска и съответно рисковата премия, е публикуваната от Националния статистически институт таблица за „Смъртност и средна

продължителност на предстоящия живот на населението по пол и местоживееене през периода 2015-2017 година“ (Национален статистически институт, н.д.). Въпреки че таблицата на НСИ отчита вероятностите за умирање и средния бъдещ живот и по признака „пол“, в нашата тарифа полът на застрахованите не е възприет като фактор, от който зависи размерът на рентата. Основание за това е коментиранията по-горе забрана за диференциране на тарифите по този рисков признак, касаеща застрахователните дружества, работещи в Европейския съюз.

При изчисленията е използван определеният от Комисията за финансов надзор към настоящия момент (05.04.2019 г.) максимален размер на техническия лихвен процент – 1,4%. В тарифата е прието, че техническата лихва ще бъде изцяло компенсирана от инфлацията и свързаното с нея номинално поскъпване цената на жилището.

Спецификата на актюерската техника налага, изчисленията да се правят на годишна основа (Ерусалимов, Актюерска техника в животозастраховането, 2019, стр. 166). Затова в нашата тарифа ще възприемем, 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 и ще получат средно по 6-месечни ренти (повече за разсрочването на годишната рента вж. (Кацаров, 1973, стр. 72-74).

Както по-горе беше отбелязано, разносните на застрахователя са третият сметен елемент при изграждането на застрахователните тарифи. Изчисленията обаче са направени на нетна основа. Поради спецификата на разглежданата застраховка разносните в разглеждания от нас числов пример са определени като еднократни. Всъщност с техния размер трябва да се намали стойността на жилищата, обект на застрахователния продукт „Рента срещу жилище“.

В следващата таблица е представена извадка с размерите на годишната и месечната рента, която лице на съответната възраст би получавало на 1000 лева стойност на жилището. Отчетени са и загубата от лихва (1,4% на година), както и рискът, че някои застраховани няма да преживеят цялата година и няма да получат цялата годишна рента при нейното разсрочване на 12 равни части (месечни ренти). Извадката обхваща лицата от 65- до 85-годишна възраст поради спецификата на

застрахователния продукт и очакването, че най-много лица от този възрастов интервал биха проявили интерес към него.

Таблица 13

Размер на рентата на 1000 лв. стойност на жилището

Възраст на застрахованото лице	Годишен размер на доживотната пренумерандо рента	Годишен размер на разсрочената доживотна пренумерандо рента	Месечен размер на рентата
(год.)	(лева)	(лева)	(лева)
65	68,77	71,01	5,92
66	71,31	73,72	6,14
67	74,04	76,64	6,39
68	77,05	79,87	6,66
69	80,30	83,37	6,95
70	83,81	87,16	7,26
71	87,67	91,34	7,61
72	91,97	96,01	8,00
73	96,49	100,96	8,41
74	101,40	106,34	8,86
75	106,93	112,44	9,37
76	112,97	119,14	9,93
77	119,63	126,57	10,55
78	126,82	134,64	11,22
79	134,58	143,43	11,95
80	142,90	152,92	12,74
81	151,86	163,22	13,60
82	161,13	173,97	14,50
83	171,37	185,98	15,50
84	183,13	199,90	16,66
85	195,88	215,20	17,93

Източник: Изчисления на авторите.

Числата в Таблица 13 показват, че с нарастване на възрастта на кандидатите за застраховане годишният размер на рентата се увеличава. Това е логично с оглед повишаването на вероятността за умирање и намаляването на оставащия среден бъдещ живот. Така от 71,01 лева за лица, сключили застрахователния договор на 65-годишна възраст, годишната рента нараства до 215,20 лева за лица, сключили се в застрахователната съвкупност на 85 години. Размерът на въпросните ренти е

изчислен за 1000 лева стойност на жилището. Преминаването към действителната стойност на жилищата, които са обект на сделката между застрахователя и застрахованите, не представлява никаква трудност. Например при стойност на жилището от 100 000 лева годишните ренти ще бъдат 7 101 лв. (за лица на 65 години) и съответно 21 520 лв. (за лица на 85 години). Това означава месечни ренти в размер на 592 лв. (за лица на 65 години) и съответно 1793 лв. (за лица на 85 години).

В предходната точка бяха представени данни за разходите на центрите за домашни грижи на БЧК, които функционират на проектен принцип във Врачанска област. Според тях разходите за предоставяне на здравно-социални услуги в домашна среда възлизат средно на **1620,43 лева** на един потребител. Нещо повече. За разглеждания период беше констатирано намаление на тези разходи, като то се дължи на повишаващия се във времето брой на потребителите.

Използването на застраховането, като възможност за разширяване дейността на центрите „Домашни грижи“, би дало допълнителна възможност за оптимизиране на разходите, но ние тук ще възприемем, че отчетеният размер от **1620,43 лева** е оптималният и необходим на въпросните структури за поддържане качеството на предоставяните от тях услуги.

В следващата таблица е показана 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 на разходите на центрите „Домашни грижи“.

Таблица 14

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

Възраст на застрахованото лице (год.)	Необходима минимална стойност на жилището (лева)
65	22821,15
66	21981,72
67	21142,89
68	20289,39
69	19437,70
70	18591,39
71	17740,01
72	16877,27

<b>Възраст на застрахованото лице</b>	<b>Необходима минимална стойност на жилището</b>
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

**Източник:** Собствени изчисления на авторите.

Числата в Таблица 14 показват обратнопропорционална 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). Очевидно въпросната цена на жилищата, особено за по-възрастните лица, е напълно постижима, дори в по-малките населени места на страната.

Начинът на плащане на рентата е въпрос на договаряне между застрахования и застрахователя. Обичайно рентите се плащат на застрахования, но е възможно част от тях, с която да се покрият разходите за здравно-социалните услуги, да бъде изплащана на централите „Домашни грижи“. По този начин биха се спестили разноски, с които да намалее цената на застраховката.

Допълнителният доход, който биха получили разглежданите от нас самотно живеещи възрастни лица при прехвърляне на вещни права върху притежавано от тях жилище, освен че би подпомогнал финансово тяхното битие, може да им осигури и предоставяне на здравно-социални услуги от професионалисти. Това дава възможност за осигуряване на достоен живот на хората и то в собствените им домове.



## Заклучение

Демографските фактори имат пряко отношение към развитието на икономиката и устойчивостта на социалните системи. В хода на изследването беше установено, че населението на страната непрекъснато намалява и застарява. Анализът показва, че този процес ще продължи да се задълбочава и в бъдещето. Коефициентът на демографско заместване, който показва съотношението между броя на лицата, влизащи в трудоспособна възраст, и броя на онези, излизащи от трудоспособна възраст, трайно заема стойности под 1,00. Това означава, че броят на лицата, влизащи в трудоспособна възраст, е по-малък от този на излизащи от нея през целия период на изследване. Естественният прираст е отрицателен, което се дължи на ежегодно намаляващия брой раждания и относително високото ниво на смъртността. Емиграцията също оказва влияние върху този процес. Наблюдаваният период (2010 – 2017 г.) се характеризира с отрицателно миграционно салдо.

През разглеждания период (2010-2017 г.) се наблюдава растеж 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 на възраст над 65 години, като с увеличаване на възрастта се наблюдава и увеличение на този дял, а най-уязвими са самотно живеещите възрастни хора.

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 животнозастрахователно дружество, работещо на българския застрахователен пазар, не предлага подобен продукт.

Изчисленията, на база актуарски 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 за ползване услугите 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. Това прави застраховката „Рента срещу жилище“ едно от възможните решения на проблема с бедността и осигуряването на достъп до здравеопазване на хората от така наречената „трета възраст“.

### Използвани източници

- Богетич, Ж. (2013). *Смекчаване на икономическото въздействие на застаряването на населението: Възможни варианти за България, Доклад на Световната банка*. Изтеглено на 26 05 2016 г. от [www.documents.worldbank.org](http://www.documents.worldbank.org)
- Ерусалимов, Р. (2012). Значимостта на рисковия признак „пол“ при изграждане на тарифите в животозастраховането. *Бизнес управление, кн. 3*.
- Ерусалимов, Р. (2019). *Актюерска техника в животозастраховането*. Свищов: АИ "Ценов".
- Ерусалимов, Р., & Василев, В. (2019). *Икономика на застраховането*. Свищов: АИ „Ценов“.
- Ерусалимов, Р., Панева, А., & Нинова, В. (2016). *Лично застраховане*. В. Търново: Фабер.
- Закон за задълженията и договорите, обн. ДВ. бр.275 от 22 ноември 1950 г., посл. доп. ДВ, бр.42 от 22 май 2018 г.*
- Илиев, Б. (2009). *Застраховка „Рента срещу жилище“*. *Народностопански архив, кн. 3*.
- Кацаров, И. (1973). *Застрахователна математика (Част I)*. Свищов: АИ "Ценов".
- Кодекс за застраховането, обн. ДВ, бр.102/29.12.2015 г., в сила от 01.01.2016 г., посл. изм. и доп. бр. 17/26.02.2019 г.*
- Национален статистически институт. (н.д.). *Смъртност и средна продължителност на предстоящия живот на населението по местоживеење и пол*. Изтеглено на 10 04 2019 г. от Национален статистически институт : <http://www.nsi.bg/bg/content/3018/%D1%81%D0%BC%D1%8A%D1%80%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82-%D0%B8-%D1%81%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B4%D1%8A%D0%BB%D0%B6%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82-%D0%BD%D0%B0-%D0%BF%D1%80%D0%B5>
- Национален статистически институт. (н.д.). *Жилища*. Изтеглено на 10 04 2019 г. от Национален статистически институт: <http://www.nsi.bg/bg/content/3145/%D0%B6%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D1%89%D0%B0>
- Национален статистически институт. (н.д.). *Население по статистически райони, възраст, местоживеење и пол*. Изтеглено на 10 04 2019 г. от Национален статистически институт:

<http://www.nsi.bg/bg/content/2977/%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5-%D0%BF%D0%BE-%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8-%D1%80%D0%B0%D0%B9%D0%BE%D0%BD%D0%B8-%D0%B2%D1%8A%D0%B7%D1%80%D0%B0%D1%81%>

*Речник на българския език.* (24 03 2019 г.). Извлечено от Институт за български език „Професор Любомир Андрейчин“:  
<http://ibl.bas.bg/rbe/lang/bg/смъртност>

Тодоровска, Н. (2017). Оптимизация на финансовите ресурси на здравеопазването в България чрез обгрижване на пациенти в домашна среда. *Бизнес управление, кн. 4.*

**ЗАСТРАХОВАНЕТО „РЕНТА СРЕЩУ ЖИЛИЩЕ“ –  
ВЪЗМОЖНОСТ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ СТАНДАРТА НА ЖИВОТ  
И ОСИГУРЯВАНЕ НА ЗДРАВНО-СОЦИАЛНИ УСЛУГИ  
В ДОМАШНА СРЕДА НА ХОРАТА В НАДРАБОТОСПОСОБНА  
ВЪЗРАСТ**

**Доц. д-р Румен Ерусалимов,  
Стопанска академия „Димитър А. Ценов“**

**д-р Надежда Годоровска,  
Зам.-генерален директор и ръководител направление  
„Социално-оперативни дейности“ на Българския червен кръст**

**Резюме**

През последните години статистиката отчита застаряване на населението на България. На фона на общо намаляване числеността на населението в страната се забелязва нарастване броя на хората в надработоспособна възраст. Все по-голям става дялът на гражданите, попадащи във възрастовата група над 65 години.

Бедността е социално явление, което засяга в най-голяма степен хората в надработоспособна възраст, които освен това боледуват по-често. Проблемът се задълбочава при самотно живеещите възрастни лица, които не могат да разчитат на помощ в семейството. Опитът показва, че държавата не е в състояние да осигури, чрез своята социална политика, достъп до здравеопазване и достоен живот на голяма част от тези хора. Затова основната цел на изследването е да се намерят начини, съвместими с пазарната икономика и частната инициатива на гражданите, за осигуряване на по-добър стандарт на живот и достъп до здравеопазване на хората в надработоспособна възраст. Акцент в него са възможностите на застраховането, при изпълнение на своята основна функция, да подпомогне този процес.

**Ключови думи:** застраховане, рента, стандарт на живот.

**JEL:** G22.

**“RENT VERSUS HOME” INSURANCE – OPPORTUNITY TO  
IMPROVE THE STANDARD OF LIVING AND PROVIDE HEALTH-  
SOCIAL SERVICES IN THE HOME ENVIRONMENT OF PEOPLE  
IN OVER WORKING AGE**

**Assoc. Prof. Rumen Erusalimov, PhD,  
*D. A. Tsenov Academy of Economics***

**Nadezhda Todorovska, PhD,  
*Deputy General Director and Head of the Social and Operational Activities  
of the Bulgarian Red Cross***

**Summary**

In recent years, statistics show that the population of Bulgaria is aging. Against the background of a general decrease in the number of the population in Bulgaria, there is an increase in the number of people above working age. The share of citizens falling within the age group of 65 years or over is increasing.

Poverty is a social phenomenon that affects, to a large extent, people above working age who are also more likely to have health problems. The problem deepens with elderly people living alone that cannot rely on family support. Experience shows that the state is unable to ensure, through its social policy, access to health care and decent life for many of these people. Therefore, the main objective of the study is to find ways that are compatible with the market economy and private initiative of citizens to ensure a better standard of living and access to health care for people above working age. Emphasis is placed on how insurance can support this process by performing its main function.

**Keywords:** insurance, rent, standard of living.

**JEL:** G22.

## Съдържание

Увод.....	57
1. Структура и състав на населението в България .....	58
2. Тенденции в доходите на населението на страната.....	63
3. Тенденции в здравословното състояние на населението на страната .....	65
4. Изграждане на организационна структура за предоставяне на здравно-социални услуги в домашна среда.....	67
5. Възможности за подобряване стандарта на живот на хората в надработоспособна възраст посредством застраховането .....	74
5.1. Характеристика и особености на застраховането „Рента срещу жилище“ .....	76
5.2. Актюерски аспекти на застраховката „Рента срещу жилище“ .....	80
5.3. Модел на тарифа за застраховка „Рента срещу жилище“ .....	84
Заклучение .....	89
Използвани източници.....	90



*Основан 1938 г. под  
ръководството на  
доц. д-р Иван Стефанов  
(по-късно академик).*

ISSN – 0861 – 8034

ТОМ СХХІ

СТОПАНСКА АКАДЕМИЯ "Д. А. ЦЕНОВ"  
СВИЩОВ



ГОДИШНИК

ТОМ СХХІІ  
2019

СТОПАНСКА АКАДЕМИЯ „Д. А. ЦЕНОВ”  
Свищов, ул. Ем. Чакъров, 2

АКАДЕМИЧНО ИЗДАТЕЛСТВО „ЦЕНОВ”  
Свищов, ул. Градево, 24

**ГОДИШНИК**  
**ТОМ СХХІІ**

Даден за печат на 19.11.2019 г.  
Печатни коли 23,75; формат 16/70/100; тираж 50 бр.  
Излязъл от печат на 20.12.2019 г.

**ISSN 0861–8054**



## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>Горчева, Т.</b> Международно разделение на труда и производствената специализация в съвременния фотоволтаичен бизнес .....	7
<b>Ерусалимов, Р., Тодоровска, Н.</b> Застраховането „рента срещу жилище“ – възможност за подобряване стандарта на живот и осигуряване на здравно-социални услуги в домашна среда на хората в наработоспособна възраст.....	57
<b>Парашкевова, Е.</b> Методически аспекти на функционалния анализ в структурите на държавната администрация.....	95
<b>Георгиева, М.</b> Социално-отговорният брандинг в контекста на концепцията за управление на взаимоотношенията с клиентите ..	125
<b>Станчева, В.</b> Приложение на математическото моделиране при управление на клиентски портфейли .....	155