

ОПТИМИЗАЦИЯ НА ФИНАНСОВИТЕ РЕСУРСИ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ ЧРЕЗ ОБГРИЖВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ В ДОМАШНА СРЕДА

Надежда Тодоровска¹

Резюме: Здравеопазването в България се базира на болничната помощ. Съгласно Европейския индекс на потребителя за 2016 година страната ни е на първо място по болничен престой. В малките населени места обаче издръжката на болнични лечебни заведения се оказва твърде скъпа и нерентабилна. Това налага развитие на нов вид здравни услуги, с които да се търси намаляване на разходите и оптимално включване на специализираната работна ръка в социалния и здравения сектор. Основната цел на статията е да се разгледат и анализират възможностите за намаляване разходите в здравеопазването чрез въвеждане на система за интегрирани здравно-социални услуги в домашна среда, което изисква изграждането на междинно звено – Центрове „Домашни грижи“. Изследвани и анализирани са резултатите от пилотен проект на Българския червен кръст, Министерството на здравеопазването и Министерството на труда и социалната политика, с помощта на който във Врачанска област през 2012 г. започна предоставянето на интегрирани услуги на възрастни хора с хронични заболявания и трайни увреждания в техните домове.

Ключови думи: домашни грижи, интегрирани услуги, здравен сектор.

JEL: I 13.

¹ Генерален директор, Български Червен кръст

Увод

През последните години разходите за здравеопазване в България непрекъснато нарастват, а в ролята на основен разпределител на средствата за здравни грижи е Националната здравна осигурителна каса (НЗОК), която договаря параметрите на тези услуги с отделните доставчици. Съществуващите частни здравноосигурителни дружества изпълняват само допълваща функция спрямо предлагания в България основен здравно-осигурителен пакет. Разходите по осигуряване на здравно и социално обслужване рязко се увеличават след 65-годишна възраст и това с времето води до още по-голям натиск върху социалните системи за сигурност. Демографската ситуация у нас, а и в Европа, ясно очертава необходимостта от реализиране на нови подходи за обгрижване на все по-застаряващото население. В обществото все по-често се излага становището за необходимостта от реорганизация на социалната и здравната системи, с цел намаляване на финансовите разходи и използване ефективно капацитета на все по-намаляващата квалифицираната работна ръка в тези две сфери.

В нашата страна е налице болничноориентирано здравеопазване, което не спомага за лесен достъп на населението до здравни грижи. Това най-ясно личи в малките населени места, където не е рентабилна издръжката на болнично заведение и болните е необходимо да пътуват до по-големия и/или областен град. Липсата на добре развита децентрализирана доболнична здравна помощ, както и на достатъчен брой квалифицирани медицински кадри, е в основата на невъзможността, НЗОК да предостави адекватни на нуждите на населението здравни услуги. Освен това е налице и една ясна неудовлетвореност на населението от здравното обслужване, което се осигурява на базата на здравноосигурителни вноски и държавния бюджет, покриващ разходите на спешната медицинска помощ. Промяната на последното е свързано с въвеждане на нови форми за предоставяне на здравна грижа, насочени към улесняване достъпа до медицински услуги и повишаване качеството на тяхното прилагане. Затова основната цел на настоящото изследване е да се разгледат и анализират възможностите за намаляване разходите в здравеопазването, респек-

тивно на НЗОК, чрез въвеждане на система за интегрирани здравно-социални услуги в домашна среда. Важен момент за постигане на съответните ефективност и ефикасност при тази нова за България дейност е адекватната подготовка на кадрите, работещи в мултидисциплинарни екипи.

* * *

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. Важен принцип при тяхното реализиране е териториалният обхват на един център. Мобилността на екипите е от решаващо значение особено когато липсва градски транспорт и е налице сериозна отдалеченост на селата от града.

Интегрираните грижи са концепция, която е използвана широко, но в различни варианти на здравни системи. Затова тук ще се фокусираме върху темата интегрирани здравно-социални услуги във връзка с хроничните заболявания и мултиплените нужди от грижи, въпреки че е важно да се каже, че концепцията е много по-широка и е приложима в много други области в това число спешна медицинска помощ, майчинство, детско здравеопазване и обществено здраве.

Ключово предизвикателство остава липсата на общоприети дефиниции на основните концепции. Вследствие на това, в литературата са налице множество термини, описани в различни варианти като: „интегрирани грижи“, „координирани грижи“, „съвместни грижи“, „мениджирани грижи“, „мениджмънт на заболяването“, „мениджмънт на случая“, „здравни/социални грижи/услуги“, „център за грижи за бенефициентите“, „хронични грижи“, „континуитет на грижите“, „непрекъснати грижи“ и други. Тези термини могат да се различават концептуално, но границите между тях често остават неясни (Kodner, Spreewenbergh, 2002). Основно липсва ясна аналитична рамка за изс-

ОПТИМИЗАЦИЯ НА ФИНАНСОВИТЕ РЕСУРСИ ...

ледване на процесите на интеграция (Goodwin et al., 2004; Goodwin, 2010). Последното отразява полиморфната природа на концепцията във висока степен, прилагана с различни дисциплинарни и професионални перспективи и се асоциира с различни цели (Nolte & McKee, 2008b). Едновременно с това, вследствие на неясните граници между различните етапи в процеса на „производство“ на здравни грижи, на пътя на бенефициентите на услугите през системата и на често вероятностния характер на процеса на лечение, доставчиците трябва да адресират неопределени искания на всеки етап (Simoens & Scott, 1999). По този начин интегрирането в здравните грижи едва ли ще следва един единствен път.

В опита си да разработи типология на интегрирането в здравните грижи, която да направи възможна системната оценка на структурите и процесите в тях, предпоставките и въздействието им върху организацията за здравни грижи, доставката на услуги и резултатите от тях, различните анализатори констатираат различна степен на интеграция най-често диференцирайки типа, широтата, степента и процеса на интегриране (Nolte & McKee, 2008b).

Разглеждайки първо типовете на интеграция, можем да определим четири основни форми (Shortell, Gillies & Anderson, 1994; Simoens & Scott, 1999; Delnoij, Klazinga & Glasgow, 2002):

- *Функционална*: интеграция на ключови поддържащи функции и дейности, каквито са финансовият мениджмънт, стратегическото планиране и мениджмънтът на човешките ресурси;
- *Организационна*: например изграждането на мрежи, сливания, контрагенти;
- *Професионална*: например съвместна дейност, групови практики, договорни или стратегически сдружения на специалисти от здравните грижи в рамките на институциите и между тях и организациите;
- *Клинична*: интегриране на различните компоненти на клиничните процеси, каквито са координирането на грижите за отделните бенефициенти на услугата здравни грижи или пътеки.

Тези форми могат да се появят дефинирани като хоризонтална или вертикална интеграция (също така *широта* на интеграцията)

(Shortell, Gillies & Anderson, 1994; Simoens & Scott, 1999). Хоризонталната интеграция включва услугите на едно и също ниво в процеса на здравните грижи, например общопрактикуващи лекари, медицински сестри и социално подпомагане, което улеснява сътрудничеството и координацията между доставчиците. Вертикалната интеграция обединява организации на различни нива в йерархичната структура под един управленчески чадър, например първичната и вторичната помощ или специализирани грижи.

В допълнение към това интегрираните грижи могат да се разбират като континуитет на интеграцията, определен като *степен* на интеграция (Leutz, 1999; Goodwin et al., 2004; Ahgren & Axelsson, 2005). Степента може да варира от пълна интеграция, при която интегрираната организация отговаря за пълния континуитет на грижите, включително финансиране, до съвместна работа, включваща отделни структури, в които организациите запазват собствените си отговорности за услугите и критериите за финансиране.

В опита си да структурира полето на изследване на интегрираните грижи, *Международният журнал за интегрирани грижи* описва четири широки категории на проучвателна дейност (Schrijvers & Goodwin, 2010):

- интеграция на здравни грижи и социални услуги;
- интеграция между първичните здравни грижи и болничните грижи;
- интеграция на грижите в един сектор (например услуги за психично здраве);
- интеграция между превантивните и лечебните грижи.

Опитите да се въведе типизиране, предоставят важни инструменти за оценка на системата за интегрирани услуги. Въпреки това начините на прилагане на терминологията за интегриране в практиката варират значително в момента. Поради тази причина от решаващо значение е да се приеме по-прагматична, работна дефиниция за интегрирани грижи за целите на анализа на наличните данни за въздействието.

В България на базата на съвместно разработен модел от Българския червен кръст, Министерството на здравеопазването и Минис-

ОПТИМИЗАЦИЯ НА ФИНАНСОВИТЕ РЕСУРСИ ...

терството на труда и социалната политика за предоставяне на интегрирани здравно-социални услуги бе направена следната формулировка в Закона за здравето през септември 2015 година: „Интегрираните здравно-социални услуги са дейности, чрез които медицински специалисти и специалистите в областта на социалните услуги предоставят здравни грижи и медицинско наблюдение и осъществяват социална работа, включително в домашна среда, в подкрепа на деца, бременни жени, хора с увреждания и хронични заболявания и възрастни хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности.“ (Закон за здравето).

Интегрираните услуги следва да намерят своето място и в бъдещия закон за социалните услуги в България. По този начин още веднъж ще се гарантира тяхното устойчиво и правилно прилагане като една мултиплиена услуга за пациентите в домашна среда, а не механичен сбор на здравни грижи и социални услуги.

В европейски страни като: Германия, Норвегия, Австрия, Швейцария и др. вече е налице добре организирана система на извънболнични здравни грижи, която на базата на интегрирани подходи в домашна среда позволява да се постигне една много висока степен на удовлетвореност от страна на потребителите. В същото време се реализира значително спестяване на финансов и човешки ресурс.

Съгласно Европейския индекс на потребителя за 2014 година 66% , а за 2016 година 58% от разходите в сектора здравеопазване в България са насочени към покриване нуждите от 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. Най-чувствителни към липсата на регулярна здравна услуга са хронично болните, хората с трайни увреждания, самотно живеещите възрастни хора с множество заболявания и тези, които са изписани след активно лечение в болницата от инфаркт, инсулт, тежки счупвания на кости и т.н. Една 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 бариерите 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. Такива вече съществуват в България, създадени на проектен принцип от Българския червен кръст в партньорство с Министерството на здравеопазването и Министерството на труда и социалната политика.

Към настоящия момент Центрове „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. Центровете започват своята работа през месец декември 2012 година. Поради иновативния характер на услугата и интегрирания подход беше необходимо време, за да може, реалистично да се измерят показателите за сравнение с други подобни услуги в здравната сфера. Този период бе необходим не само за продължаване на обучението и сработването на мултидисциплинарните екипи, но също така и за преодоляване на някои негативни реакции на общността към тази нова възможност за обгрижване по домовете.

Обстоятелството, че изброените общини се намират в определения като най-беден район на Европейския съюз, даде възможност, финансирането да се осъществи на проектен принцип, имащ за цел да се апробира този нов подход за грижа за пациенти в домашна среда и да се даде необходимата база данни за един по-задълбочен анализ на възможностите за намаляване на разходите по лечение и обгриж-

ОПТИМИЗАЦИЯ НА ФИНАНСОВИТЕ РЕСУРСИ ...

ване на възрастни пациенти с хронични заболявания и трайни увреждания. Създаването на модел на центрове „Домашни грижи“ би позволило, те да се мултиплицират и в други области на страната с подобни или по-добри социално-икономически показатели.

* * *

Броят на работещите в четирите центъра „Домашни грижи“ на БЧК е, както следва: 17 медицински сестри и 33 домашни помощника. В процеса на развитие на проекта, стартирал през 2012 година, бяха събрани данни за извършените дейности при посещенията на медицинските сестри и домашните помощници за всеки отделен пациент. Цялата информация ежедневно се въвежда от екипите и се обработва чрез специално изработен за целта софтуер.

За целите на изследването ще представя, в най-общ план, данните, събрани и обработвани в центровете, за последните две години (2015 и 2016 година). На тяхна основа могат да бъдат направени изчисления на различни количествени показатели, но тук ще разгледаме само на някои от тях:

- относителен дял на преките и непреките годишни разходи;
- средномесечен брой на потребители 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.

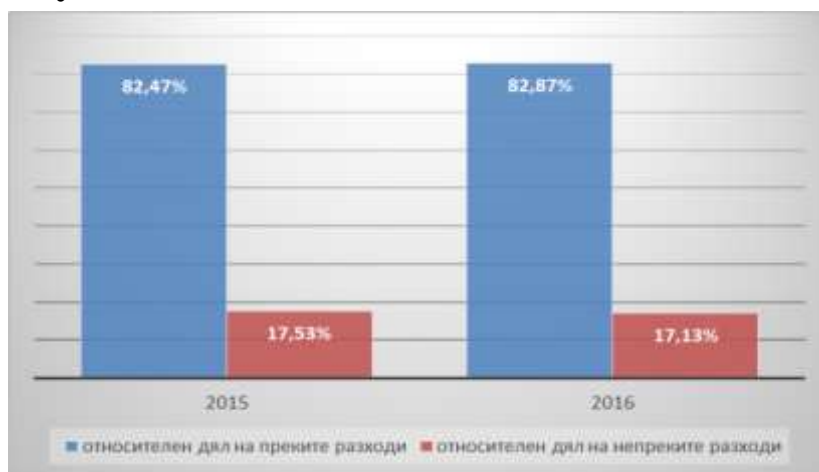
Определянето на дела на преките, респективно на непреките разходи, за издръжка на дейността, е от изключителна важност при оценката на ефективността от въвеждането на интегрираните здравно-социални услуги в домашна среда.

Изчисленията се базират на следната класификация:

- В категорията преки разходи са включени разходите за: възнаграждения на персонала; обучение на персонала; транспорт, заст-

раховка „Професионална отговорност“, медицински консумативи; медицинско оборудване.

- В структурата на непреките разходи са включени разходите за издръжка на: центрoвете „Домашни грижи“ и на регионалните офиси.



Фигура 1. Относителен дял на преките и на непреките разходи

Резултатите от обработката на първичната информация, онагледени във Фигура 1, показват чувствителен превес на преките разходи. Техният относителен дял надхвърля 80% и за двете разглеждани години. За отбелязване е и фактът, че разходите за възнаграждения на персонала, предоставящ услуги, заемат водещо място в структурата на преките разходи, като за двете изследвани години те надвишават 94 %. Това съотношение е аналогично и за четирите центъра за домашни грижи.

Определянето на издръжката на единица потребител на годишна база в центрoвете „Домашни грижи“ по проекта изисква намирането на средномесечния брой на потребителите, възползвали се от здравно-осигурителните услуги, предлагани от тях. Изчисленията показват, че стойностите на този показател са както следва:

ОПТИМИЗАЦИЯ НА ФИНАНСОВИТЕ РЕСУРСИ ...

Таблица 1

Средномесечен брой потребители за 2015 и 2016 г.

Година	Враца	Бяла Слатина	Криводол	Оряхово
2015 г.	93,00	94,75	96,75	96,83
2016 г.	104,17	101,58	104,91	107,75

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.

Изчисляването на часовата ставка на персонала, пряко ангажиран в предоставянето на здравно-социални услуги по проекта, е от съществено значение в системата от показатели за определяне на действителните разходи по две основни причини: първо, поради факта, че както вече бе отбелязано, възнагражденията на персонала представляват над 94 % от преките разходи и второ, този показател може да бъде използван в сравнителен анализ на разходите.

При изчисляване на показателя са приложими два подхода. Първият се базира на сключените трудови договори със служителите по проекта, тоест изчислението е направено за 8-часов работен ден при 5-дневна работна седмица или 252 работни дни годишно. При така направеното уточнение и на база брутните трудови възнаграждения на служителите часовите ставки на персонала са, както следва:

- медицинска сестра – 6,15 лева;
- домашен помощник – 4,80 лева.

Забелязва се, че часовите ставки за двете разглеждани години са еднакви. Това е така поради липсата на промяна в изследваните параметри.

Вторият подход за изчисляване на часовата ставка отразява цената на труда за предоставяне на преки грижи на потребителите на услугата. База за остойностяването е реално отработеното време от служителите единствено за преките грижи.

Стойностите на часовата ставка за предоставяне на преки грижи са посочени в следващата таблица:

Таблица 2
Часова ставка за предоставени преки грижи (в лв.)

Център	Медицински сестри		Домашни помощници		Средно годишно	
	2015	2016	2015	2016	м.с.	д.п.
"Домашни грижи" - Враца	12,99	10,93	7,60	7,30	11,96	7,45
"Домашни грижи" - Бяла Слатина	13,62	12,41	10,09	9,33	13,01	9,71
"Домашни грижи" - Криводол	13,39	13,29	6,52	7,14	13,34	6,83
"Домашни грижи" - Оряхово	15,15	15,12	11,01	8,65	15,13	9,83
Общо	13,79	12,94	8,80	8,10	13,36	8,45

Трябва да се отбележи фактът, че с увеличаване дела на преките грижи в общото времетраене на предоставяната услуга, намалява абсолютният размер на разходите за единица труд за преки грижи. Основната причина за това е обстоятелството, че размерът на възнагражденията се определя на база на работното време по трудовите договори на служителите, което не отразява измененията в съотношенията преки и непреки грижи.

Последният показател, който ще разгледаме, изразява стойността на годишните разходи за предоставяне на здравно-социални услуги. Крайните резултати са представени в следващата таблица:

Таблица 3
Годишни разходи за предоставяне на здравно-социални услуги на единица потребител (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	1 620,43

ОПТИМИЗАЦИЯ НА ФИНАНСОВИТЕ РЕСУРСИ ...

От така получените резултати е видно, че годишната издръжка за единица потребител на здравно-социални услуги в центровете „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. Намалението е отчетено във всички центрове, а общото средно намаление, регистрирано през 2016 г., спрямо предходната 2015 г., е с 5,65%, като от 1667,54 лв. разходите намаляват на 1573, 32 лева. Това основно се дължи на повишения брой на потребителите през 2016 година и показва, че системата на центровете за предоставяне на интегрирани здравно-социално услуги в домашни условия има потенциал за развитие.

В следващата таблица са представени данните за годишната издръжка на единица потребител само по отношение на преките разходи за предоставянето на здравно-социални услуги:

*Таблица 4
Годишни преки разходи за предоставяне на здравно-социални услуги на единица потребител (в лв.)*

Годишни преки разходи на единица потребител	Враца	Бяла Слатина	Криводол	Оряхово	Общо
За 2015 г.	1 510,95	1 255,37	1 330,19	1 415,31	1 375,15
За 2016 г.	1 392,98	1 293,73	1 240,16	1 288,91	1 303,77
Средно за 2 години	1 451,96	1 274,55	1 285,17	1 352,11	1 339,46

Тук също се забелязва тенденция към намаляване на преките разходи за предоставяне на здравно-социални услуги. В процентно отношение намалението е с 5,19%, което е съпоставимо с намалението, установено за общите разходи за единица потребител.

* * *

На базата на събраните данни и резултатите от направените изчисления може да се направи съпоставка на дейностите, както и на разходите на центрoвете „Домашни грижи“ на БЧК с аналогични услуги, предлагани и финансирани от различни източници. Така могат да се определят мястото и значението на интегрираните здравно-социални услуги, предоставяни в домашна среда.

Нека се опитаме да направим въпросната съпоставка с аналогични услуги:

- С публично финансиране:
 - в *доболничната помощ*;
 - в *болничната помощ*.
- С частно финансиране.

Общопрактикуващите лекари (лично или чрез медицинска сестра) предоставят, по линия на задължителното здравно осигуряване, подобни на извършваните от центрoвете Домашни грижи на БЧК услуги в домашна среда. Тези дейности са включени в основния пакет медицинска помощ, гарантиран от бюджета на НЗОК в частта му за извънболнична медицинска помощ и се предоставят в домашна среда по преценка на лекаря. Общопрактикуващите лекари и центрoвете „Домашни грижи“ не са в конкуренция и могат взаимно да се допълват, позволявайки реално да се извърши в пълнота доболничната грижа за пациента. В общия контекст на оптимизиране на разходите в системата на здравеопазване това би спестило сериозен финансов ресурс, тъй като чрез грижата в домашна среда се извършва и превенция на хоспитализациите.

Медицинска помощ в домашна среда, заплащана от публичен източник (в случая от държавния бюджет), се оказва и от центрoвете за Спешна медицинска помощ (СМП). Този вид медицинска услуга също не може да се сравнява пряко със здравните грижи, предоставяни от центрoвете „Домашни грижи“. Последните обаче от своя страна имат своето влияние върху намаляване честотата на повикванията към СМП и респективно водят до спестяване на публичен финансов ресурс.

ОПТИМИЗАЦИЯ НА ФИНАНСОВИТЕ РЕСУРСИ ...

Теоретично, болничната помощ не може да бъде алтернатива или заместител на нито една медицинска услуга, оказвана в извънболнични условия, поради което директна съпоставка между разходите на централните „Домашни грижи“ на БЧК и публичните разходи за хоспитализации за целите на остойностяването на услугите е неподходяща. Разглеждането на публичните разходи за болнична помощ обаче би имало значение за оценка на евентуалния ефект, който интегрираната услуга може да има като резултат от по-доброто удовлетворяване на здравните потребности в домашна среда и превенция на хоспитализациите по социални индикации. 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. Тези данни показват каква е средната стойност за един ден болничен престой. 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 централните „Домашни грижи“ на БЧК, огромната разлика между годишните разходи на централните за един потребител, показани в Таблица 3 (1620,43 лв.), и разходите за леглоден на годишна база (31 953,60 лв.), сочи размера на публичните средства, които биха били спестени при избягване на ненужните хоспитализации в резултат на предоставянето на интегрираната услуга в домашна среда. Това означава, че ако хората получават адекватни социални и здравни услуги в дома си, ще бъдат спестени значителни по размер обществени средства, които могат да се насочат за подобряване качеството на болничните услуги.

Частните разходи за медицински услуги, предоставяни в домашна среда, представляват цената на услугата, заплащана от пациента. Общопрактикуващите лекари, освен услуги, финансирани от НЗОК, предоставят и такива срещу заплащане на здравно неосигурени лица или услуги по желание на пациента (преценката за медицинска необходимост от домашно посещение е на лекаря, което означава, че дори и в случаи на домашно посещение на пациент, включен в пациентската листа на общопрактикуващия лекар, може да поиска от пациента да заплати услугата).

Пряка съпоставка между разходите на центрoвете „Домашни грижи“ за медицински услуги в дома на пациента и цените, които общопрактикуващите лекари са обявили при домашни посещения обаче, не би могла да бъде направена поради липсата на съпоставимост на данните. В първия случай разходите са определени на база общи или преки разходи на потребител, докато разходите за пациента при общопрактикуващите лекари са на база цена за конкретна медицинска услуга.

Сравнителен анализ на разходите на центрoвете „Домашни грижи“ на БЧК с разходите (цената за пациента) на други доставчици може да се направи в случаите, в които остойносттаването на услугите е направено на базата на времето, необходимо за обслужването на пациента. Такъв метод за формиране на цени (наред с таксата за услуга) прилагат частно практикуващи медицински сестри, болногледачите и личните асистенти.

Таблица 5
Цени на здравни услуги, предоставяни от частни организации

Услуги	Продължителност	Цена	Организация	
Сестрински грижи	4 часа на ден	20-25 лв.	Мобилен хоспис Сестрински грижи в дома (грижи за възрастни хора в дома в София, Пловдив и Варна)	
	8 часа на ден	25-40 лв.		
Средно	За 1 час	3,80-5,40 лв.		
Болногледач	4 часа на ден	15-25 лв.		
	8 часа на ден	25-30 лв.		
Личен асистент	4 часа на ден	20 лв.		
	8 часа на ден	25 лв.		
Сестрински грижи	4 часа на ден	25 лв.		Организация на частно практикуващи сестри на територията на гр. София
	8 часа на ден	35 лв.		
	12 часа на ден	48 лв.		
	24 часа на ден	70 лв.		
Средно	За 1 час	3,70 лв.		
Болногледач	4 часа на ден	20 лв.		
	8 часа на ден	30 лв.		
	12 часа на ден	40 лв.		
	24 часа на ден	55 лв.		

Източник: (<https://mobilenhospis.com/ceni/>); (<https://mobilenhospis.com/ceni/>)

ОПТИМИЗАЦИЯ НА ФИНАНСОВИТЕ РЕСУРСИ ...

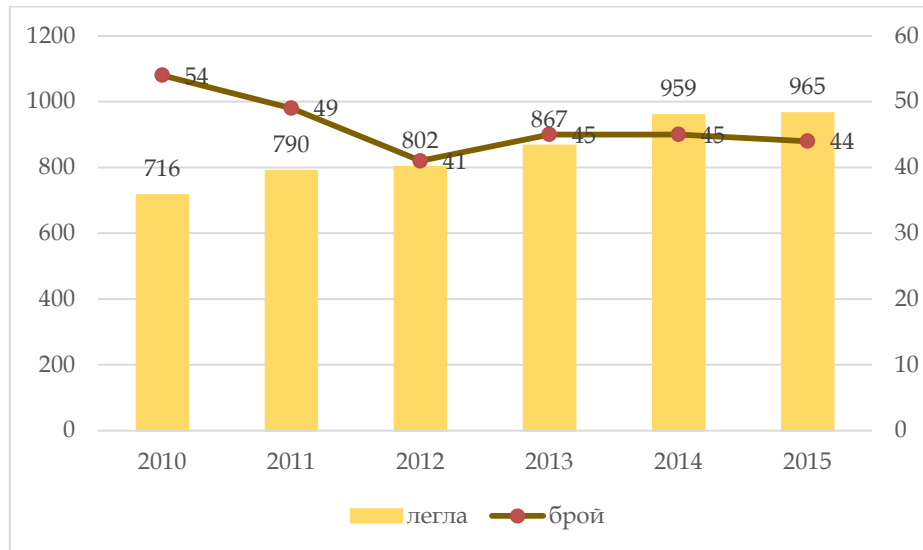
В таблицата са изчислени само средните часови ставки за медицинските сестри, за да се осигури съпоставимост на данните с дейностите, извършвани от същата категория персонал на БЧК.

Платени сестрински единични услуги в домашни условия, чието предоставяне изисква по-малко от 4 часа на ден, се заплащат по фиксирана цена за услуга, която варира в зависимост от услугата между 10 – 15 лв. (например за подкожна инжекция или асептична превръзка) до 30 – 35 лв. (за по-сложна манипулация).

На пръв поглед разходите за медицински персонал по проекта (изчислени на база на brutните трудови възнаграждения на сестрите, в размер на 6,15 лв. на час) са по-високи от тези на частните доставчици (3,80 – 5,40 лв.). Следва да се отбележи обаче, че в цените на частните доставчици не са включени разходите за материали и консумативи (за някои доставчици и транспортните разходи също не са включени в цената, ако достигането до дома на пациента става с използване на повече от едно транспортно средство). В същото време реалните разходи на пациент за обгрижване от медицинска сестра от частните доставчици трябва да се определят на ден. Среднодневният разход на БЧК за един потребител на интегрираната услуга, изчислен на база годишните разходи, посочени в Таблица 3 възлиза на 6,43 лева (1620,43лв./252 дни). Той е неколкостранно по-нисък дори от най-ниската цена за ден (при 4 часа обслужване), която пациентът би заплатил на частно практикуващите медицински сестри.

Основната алтернатива на интегрираната здравно-социална услуга, предлагана от центровете „Домашни грижи“ на БЧК, е институционализираната грижа (не в домашни условия), предлагана от хосписите и подобни на тях частни социални домове за възрастни хора с хронични заболявания и трайни увреждания. Тук съпоставката е най-уместна, защото услугите са идентични. По данни на Националния статистически институт броят на регистрираните хосписи в България през последните няколко години непрекъснато се променя. От 54 през 2010 г. този брой достига 44 през 2015 година. Въпреки намаляващия брой на този вид заведения за периода 2010 – 2015 г., броят на леглата устойчиво се увеличава. От 716 през 2010 г. нараства и достига 965 през 2015 година. Това може да бъде обяснено със застаряването

и с непрекъснато нарастващите потребности от обгрижване на възрастното население в България.



Фигура 2. Динамика в броя на хосписите и леглата в тях в България за 2010 – 2015 г.

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 лв. на ден. Това означава, че ако умножим дневните ставки на хосписите по броя на работните дни в годината на персонала от Центровете за домашни грижи, ще получим годишни разходи в порядъка от 5040 лева до 17 640 лева.

Числата показват, че 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 лв. за разглеждания период, са значително по-малки за аналогично предоставяните услуги в хосписите. Това категорично говори в подкрепа на повсемес-

ОПТИМИЗАЦИЯ НА ФИНАНСОВИТЕ РЕСУРСИ ...

тното въвеждане на интегрираните здравно-социални услуги, предлагани в домашни условия.

Заклучение

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

Предоставяните в домашни условия интегрирани здравно-социални услуги в рамките на центровете „Домашни грижи“ на БЧК запълват една съществена ниша от потребности, които 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 пациентите биха имали, ако получават обгрижване от алтернативни частни доставчици (частно практикуващи медицински сестри и хосписи).

Цитирана и използвана литература

Закон за здравето, чл. 125 б, ал. 1, обн., ДВ, бр, 70 от 2004 г., изм и доп. В ДВ, бр. 9, 2015 г.

Ahgren, B. Axelsson, R. (2005). Evaluating intergrated health car: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*, 5:1-9.

Delnoij, D. Klazinga, N. Glasgow, I. (2002). Integrated care in an international perspective. *International Journal of Integrated Care*, 2:1-4.

- Goodwin, N. (2010). Integral care as a scientific discipline: the need for more theory and new analytical methods. *International Journal of Intergrated Care*, 10:e7.
- Goodwin, N. et al. (2004). Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors. London, National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D.
- Kodner, D. Spreeuwenger, C. (2002). Intergrated care: meaning, logic, application, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2:1-6.
- Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessos from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, 77:77-110.
- Nolte, E. McKee, M. (2008b). Integration and chronic care: a review. In: Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead: Open University Press: 64-91.
- Schrijvers, G. Goodwin, N, (2010). Looking back whilst moving forward: observations on the science and application of integrated care over the past 10 years and predictions for what the next 10 years may hold. *International Journal of Integrated Care*, 10:e047.
- Shortell, S. Gillie, s R. Anderson, D. (1994). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs*, 13:46-64.
- Simoens, S. Scott, A. (1999). *Towards a definition and taxonomy of integration in primary care*. Health Economic Research Unit Discussion Paper 03/99. Aberdeen, University of Aberdeen.



Стопанска академия
„Д. А. Ценов“ – Свищов

Година XXVII, кн. 4, 2017

СЪДЪРЖАНИЕ

ИНФОРМАЦИОННИ и КОМУНИКАЦИОННИ технологии

ИЗГРАЖДАНЕ НА МОДЕЛ ЗА КОНСОЛИДИРАНЕ НА ИНФОРМАЦИЯТА В КЛЪСТЕРИ ОТ МАЛКИ И СРЕДНИ ПРЕДПРИЯТИЯ (МСП) Проф. д-р ик.н. Емил Денчев	5
---	---

МЕНИДЖМЪНТ теория

ЗНАЧЕНИЕТО НА ОБХВАТА НА ПОРТФЕЙЛА ЗА ПОДОБРЯВАНЕ РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АКТИВНИЯ ПОРТФЕЙЛЕН МЕНИДЖМЪНТ – ПО ПРИМЕРА НА НОВОВЪЗНИКНАЛИТЕ ФОНДОВИ ПАЗАРИ ОТ ЮГОИЗТОЧНА АЗИЯ Пламен Пътев, Калоян Петков	16
--	----

ЗАСТРАХОВАНЕ и осигуряване

ТЕНДЕНЦИИ В ПРЕЗАСТРАХОВАТЕЛНИЯ СЕКТОР В КОНТЕКСТА НА ФИНАСОВА ИНТЕГРАЦИЯ Марина Карпитская, Юлия Крупенко, Павел Барисенко	36
---	----

ОПТИМИЗАЦИЯ НА ФИНАНСОВИТЕ РЕСУРСИ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ ЧРЕЗ ОБГРИЖВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ В ДОМАШНА СРЕДА Надежда Тодоровска	56
--	----

ФИРМЕНА конкурентоспособност

РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИЯ ПОТЕНЦИАЛ В ИНОВАЦИОННАТА ИКОНОМИКА НА КАЗАХСТАН Талгат Бабашевич Утеубаев, Мариана Матеева Петрова	75
--	----

Редколегия на сп. „Бизнес управление“

Красимир Шишманов – главен редактор, Стопанска академия „Д. А. Ценов“ - Свищов

Никола Янков – зам. главен редактор, Стопанска академия „Д. А. Ценов“ - Свищов

Иван Марчевски, Стопанска академия „Д. А. Ценов“ - Свищов

Ирена Емилова, Стопанска академия „Д. А. Ценов“ - Свищов

Любчо Варамезов, Стопанска академия „Д. А. Ценов“ - Свищов

Румен Ерусалимов, Стопанска академия „Д. А. Ценов“ - Свищов

Силвия Костова, Стопанска академия „Д. А. Ценов“ - Свищов

Международна редколегия на сп. „Бизнес управление“

Александру Неделеа – Университет „Стефан Велики“, Сучава, Румъния

Дмитрий Владимирович Чистов, – ФГОБУ ВПО Финансов университет при правителството на руската федерация, Москва, Русия

Йоана Панагорец – Университет Валахия, Търговище, Румъния

Йото Йотов – Драксел университет, Филадельфия, САЩ

Махмуд Ел Батран – Университет Кайро, Кайро, Египет

Наталья Борисовна Голованова – Московски технологически университет, Москва, Русия

Татяна Викторовна Орехова – Донецки национален университет, Виница, Украйна

Тадиа Джукич — Университет в Ниш, Ниш, Сърбия

Ян Тадеуш Дуда – AGH Университет за наука и технологии, Краков, Полша

Виктор Чужиков – Киевски национален икономически университет "Вадим Гетман", Киев, Украйна

Дадено за печат на 15.12.2017 г., излязло от печат на 20.12.2017 г.,
формат 70x100/16, тираж 50

© Стопанска академия „Димитър А. Ценов“ – Свищов,
ул. „Ем. Чакъров“ 2, тел.: +359 631 66298

© Академично издателство „Ценов“, Свищов, ул. „Градево“ 24

ISSN 0861 - 6604

БИЗНЕС управление

БИЗНЕС управление 4/2017



ИЗДАНИЕ НА
СТОПАНСКА АКАДЕМИЯ
„Д. А. ЦЕНОВ“ - СВИЦОВ

4/2017

КЪМ ЧИТАТЕЛИТЕ И АВТОРИТЕ НА СПИСАНИЕ „БИЗНЕС УПРАВЛЕНИЕ“

Списание „БИЗНЕС управление“ публикува изследователски статии, методологически и методически разработки и прегледи, рецензии, опит.

1. Обем:

Статии: минимум - 12 страници; максимум – 20 страници;
Прегледи, рецензии, опит: минимум – 5 страници; максимум -10 страници.

2. Депозирание на материалите:

- на хартиен носител и в електронен вид (по E-mail и/или на CD);

3. Технически характеристики:

- изпълнение Word 2003 (минимум);
- размер на страницата - A4, 29-31 реда и 60-65 знака на ред;
- разстояние между редовете 1,5 lines (At least 22 pt);
- шрифт - Times New Roman 14 pt;
- полета - Top - 2.54 cm.; Bottom - 2.54 cm; Left - 3.17 cm; Right - 3.17 cm;
- номерация на страницата - долу вдясно;
- текст под линия - размер 10 pt;
- графики и фигури - Word 2003 или Power Point.

4. Оформление:

- наименование на статията, име на автора, научна степен, научно звание - шрифт Times New Roman, 14 pt, с големи букви Bold - центрирано;
- наименование и адрес на местоработата; телефони за контакти и E-mail;
- резюме на български език в обем до 30 реда; ключови думи - от 3 до 5;
- JEL класификация на публикациите с икономически характер (<http://ideas.repec.org/j/index.html>);
- основен текст (изложение);
- таблиците, графиките и фигурите се вграждат софтуерно в текста (да позволяват езикова корекция и превод на английски). Цифрите и текстът вътре в тях се изписват с шрифт Times New Roman 12 pt;
- формулите се създават с Equation Editor;

5. Правила за цитиране под линия:

При цитиране да се спазват изискванията на **APA Style (American Psychological Association)**, поместени тук: <https://www.uni-svishtov.bg/?page=page&id=71>

Всеки автор носи отговорност за отстояваните идеи, съдържанието и техническото оформление на своя текст.

6. Контакти:

Главен редактор: тел.: (+359) 631-66-397
Зам.-главен редактор: тел.: (+359) 631-66-299
Стилов редактор: тел.: (+359) 631-66-335
E-mail: zh.tananeeva@uni-svishtov.bg ; bm@uni-svishtov.bg
Адрес: Стопанска академия „Д. А. Ценов“, ул. „Ем. Чакъров“ №2, Свищов, България