

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/278404220>

Analysis of the development of long term integrated and coordinated care giving in Bulgaria (АНАЛИЗ НА ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА РАЗВИТИЕ НА ДЪЛГОСРОЧНАТА ИНТЕГРИРАНА И КООРДИНИРАНА ГРИЖА З....

Technical Report · March 2015

DOI: 10.13140/RG.2.1.2396.1763

CITATIONS

0

READS

993

1 author:



Petko Salchev

National Center of Public Health and Analyses

159 PUBLICATIONS 73 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Health Technology Assessment in Bulgaria [View project](#)



STEPS (Strengthening Engagement in Public Health Research) [View project](#)

АНАЛИЗ
НА ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА РАЗВИТИЕ НА
ДЪЛГОСРОЧНАТА ИНТЕГРИРАНА И
КООРДИНИРАНА ГРИЖА ЗА
НУЖДАЕЩИТЕ СЕ

(изготвил проф. д-р Петко Салчев)

СОФИЯ

2015

Contents

Въведение	3
Развитие на социално-медицински услуги в България.....	4
Възможности, които предоставя законодателството в България	11
Възможности от международни програми.....	11
Модел за развитие на дългосрочната координирана и интегрирана грижа	12
Възможности за развитие на допълнителни услуги и пакети от услуги към интегрираната и координирана грижа.....	13
Грижи в дома - еднократна услуга	13
Услуги, при които има ежедневно посещение в дома за грижи за възрастни хора	14
Пакети услуги, които могат да се предлагат като допълнителна опция – платена, самоучастие, покрита от създадения пул от пенсионно/здравни фондове	15
Заклучение	18
Ползвани източници.....	19

Въведение

Две основни системи в България осигуряват благополучието и сигурността на гражданите в областта на социалната сфера – социалната система и здравната система. С развитието на съвременното българско законодателство предоставяните услуги от двете системи бяха сепарирани, създадени бяха разделителни линии, нарушено бе единството на социалната сигурност и то преди всичко в най-уязвимите и рискови групи от обществото – децата, хората с хронични заболявания, хората с трайна неработоспособност и възрастните хора.

Създаването на разделителни линии между двете системи доведе до повишаване на недоверието на гражданите и към двете, непрекъснат натиск за развитие на форми на услуги насочени само към социалните помощи или само към клиничната медицина, като холистичния и интегриран подход насочен към отделния човек.

Какво е интегрирана и координирана дългосрочна грижа и към кой е насочена?

Дългосрочната грижа е голямо разнообразие или съвкупност от услуги, които са насочени както към медицинските, така и към немедицински нужди на хората с хронични заболявания или увреждания, рисковите групи и хората в неравностойно положение и възрастните хора, които не могат да се грижат сами за себе си за дълги периоди от време.

Общото за дългосрочната грижа е осигуряване на липсващи и неквалифицирани грижи, като например подпомагане на нормалните ежедневни дейности на човека. Дългосрочните грижи включват осигуряване на ниво на социално и медицинско обслужване, което изисква експертизата на специалисти в областта за справяне с често множество хронични заболявания или социална изолация, свързани с големи популации. Дългосрочни грижи могат да бъдат предоставяни в дома, в общността, в социални домове или в домове за възрастни. Дългосрочните грижи са необходими на хора от всяка възраст, въпреки че е по-честа нужда им за възрастни граждани.

Координираните грижи е нов подход за обединяване и координация на грижи за лица, които в момента се обслужват от социалната и здравната системи и отговарят на определени изисквания за допустимост. Този подход е предназначен да бъде организиран в единна програма за координиране на предоставянето на първични, превантивни, поведенчески и дългосрочни услуги и подкрепа на всички нуждаещи се. По този начин, индивидът получава високо качество, в центъра на личността са грижи, които се фокусира върху техните нужди и предпочитания.

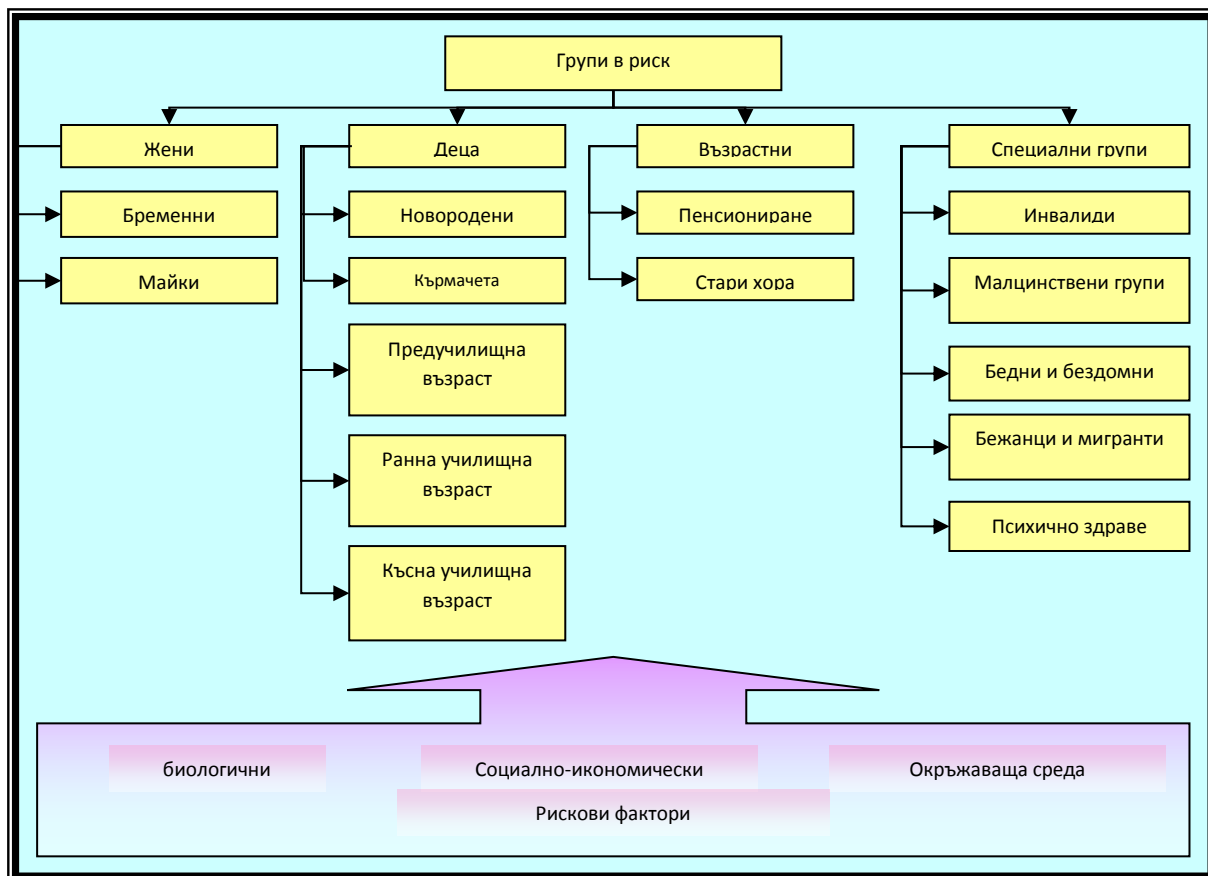
Интегрираната грижа е световна тенденция в реформите в социалната сфера и здравеопазването и въвеждането на нови организационни мерки, насочени към по-координирани и интегрирани форми на предоставяне на грижи. Интегрираната грижа може да се разглежда като отговор на фрагментираното предоставяне на здравни и социални услуги, което е признато като проблем в много държави.

Интегрираната грижа е концепция, обединяваща входове, доставка, управление и организация на услуги, свързани с диагностиката, лечение, грижи, рехабилитация и промоция на здравето, продължителното наблюдение и осигуряване на качество на живот чрез подходяща социална подкрепа на нуждаещите се индивиди. Интеграцията е средство за подобряване на услугите по отношение на достъпа, качеството, потребителското удовлетворение и ефективност. Интеграцията означава включването на множество и разделни дейности на различни системи в една основна услуга – грижа.

Рискови групи

Спецификата на влиянието на рисковите фактори върху здравето и социално благополучие на обособени групи от населението задължава политиките да предлагат и специфични форми и подходи при осигуряването на координирани и интегрирани услуги и организационни форми за дългосрочна координирана и интегрирана грижа.

Фиг. 1. Групи в риск



Развитие на социално-медицински услуги в България

Социалните услуги в България са децентрализирани, като управлението им е възложено на кметовете на общини. Те се предоставят съобразно желанието и личния избор на лицата, които се нуждаят от тях. С цел подобряване на координацията и интеграцията на социалните услуги и осигуряване на равен достъп до социални услуги на хората от уязвимите групи, през 2010 г. се въведе качествено нов подход в развитието и предоставянето им чрез планиране на общинско и областно ниво на базата на анализ на потребностите. По този начин се гарантира разкриването на социални услуги, които да отговорят на конкретните потребности на хората от целевите групи, не само на територията на общината, но и в областта. В Агенцията за социално подпомагане (АСП) се поддържа Регистър на физически лица, регистрирани по

Търговския закон, и юридически лица, както и на физически лица, извършващи търговска дейност, и юридически лица, възникнали съгласно законодателството на друга държава - членка на Европейския съюз, или на друга държава от Европейското икономическо пространство, желаещи да предоставят социални услуги. Към 31 октомври 2013 г. в Регистъра към АСП са вписани 1 284 доставчици на социални услуги, на които са издадени 3 710 удостоверения за предоставяне на различни видове социални услуги за деца и възрастни хора.

Социалните услуги в България могат да бъдат финансирани чрез републиканския бюджет като държавно делегирани дейности, от общинските бюджети като местни дейности, както и в рамките на различни проекти по национални и международни програми и чрез самофинансиране, когато услугите се предоставят от регистрирани частни доставчици. През последните години механизмите за финансиране на социалните услуги претърпяха значителни промени, имащи за цел постигане на финансова устойчивост. Социалните услуги, делегирани от държавата дейности, се финансират от държавния бюджет, а общините финансират социалните услуги, които са общинска отговорност. През 2008 г. е въведена система от единни стандарти за финансирането на всички видове социални услуги – в институциите и в общността, които са делегирана държавна дейност. Средствата, отпуснати от републиканския бюджет за всички социални услуги (в т.ч.: услуги в общността и специализирани институции за деца и възрастни хора), като делегирана от държавата дейности са значителни: за 2008 г. – 143 158,9 хил. лв.; за 2009 – 176 130,0 хил. лв.; за 2010 – 160 895,0 хил. лв.; за 2011 г. – 159 949, 4 хил. лв., за 2012 г. – 160 141,8 хил. лв., за 2013 г. – 177 037,6 хил. лв. От тях общият размер на средствата за специализирани институции за предоставяне на социални услуги за възрастни хора е: за 2008 г. – 69 917,5 хил. лв.; за 2009 – 76 636,0 хил. лв.; за 2010 – 68 739,3 хил. лв.; за 2011 г. – 68 117,0 хил. лв., за 2012 г. – 67 404,1 хил. лв., за 2013 г. – 72 644,3 хил. лв.¹

Системата за дългосрочни грижи и социални услуги в България се разшири значително през последните години в резултат на предприетите действия, насочени към деинституционализация и предоставяне на повече базирани в общността и в семейна среда услуги. Броят на социалните услуги в общността през 2009 г. е 463, 2010 г. – 542, през 2011 г. достига до 632 броя, а към края на 2012 г. броят им е 719. Сравнението на данните показва, че през годините се наблюдава постепенно увеличение в броя на социалните услуги, предоставяни в общността. В края на 2011 г. броят на социалните услуги в общността за възрастни хора и хора с увреждания е 329, а броят на специализираните институции - 165. Тенденциите са за постоянно нарастване на броя на социалните услуги, предоставяни в общността, което се потвърждава и от данните за социалните услуги през 2012 г. Към м. декември 2012 г. се наблюдава увеличение на броя на социалните услуги в общността за тези целеви групи, който достига 381. Броят на специализираните институции за възрастни хора и хора с увреждания намалява – 162. Към края на м. октомври 2013 г. броят на социалните услуги в общността е 412, а броят на специализираните институции – 160.

Въпреки това, съществуват сериозни предизвикателства, от чието адресиране зависи по-нататъшното успешно развитие на политиката за дългосрочна грижа в България.

¹ Източник: Решения на Министерския съвет за разделение на дейностите, финансирани чрез общинските бюджети, на местни и на делегирани от държавата дейности и за определяне на стандарти за финансиране на делегираните от държавата дейности за съответната година.

Таблица № 1 Брой социални услуги (специализирани институции и социални услуги в общността) за възрастни хора и хора с увреждания към 31 октомври 2013 г.

№	Вид	Брой	Капацитет
Специализираните институции			
1	Домове за възрастни с умствена изостаналост	27	2 137
2	Домове за възрастни с психични разстройства	13	1 036
3	Домове за възрастни с физически увреждания	21	1 315
4	Домове за възрастни със сетивни нарушения	4	133
5	Домове за възрастни с деменция	14	825
6	Домове за стари хора	81	5 593
	Общо:	160	11 039
Социални услуги в общността			
1	Дневни центрове за възрастни хора с увреждания	65	1 740
2	Дневни центрове за стари хора	50	1 304
3	Центрове за социална рехабилитация и интеграция за възрастни хора	71	2 277
4	Социални учебно-професионални центрове	7	447
	Общо:	193	5 768
Социални услуги в общността – резидентен тип			
1	Защитени жилища	119	1 061
2	Наблюдавани жилища	17	104
3	Преходни жилища	11	100
4	Центрове за настаняване от семеен тип за лица	53	677
5	Кризисни центрове за лица	4	45
6	Центрове за временно настаняване за лица	13	625
7	Приюти за лица	2	70
	Общо:	219	2 682
	Общ брой на социалните услуги за възрастни хора и хора с увреждания:	572	19 489

Източник: Агенция за социално подпомагане

Географското покритие на дългосрочните грижи и другите социални услуги по райони в България е неравномерно, въпреки че то обикновено отразява различията в числеността на населението. В административни центрове с по-голямо население са разположени повече социални услуги с по-голям капацитет. Все още преобладава институционалният модел на грижа, особено за хората с увреждания и възрастните хора, като понякога институционалната грижа се характеризира с деперсонализация, липса на гъвкавост в дневния режим и програма, групов подход и социална дистанция. Факт е обаче, че в България все още има търсене на институционалната грижа, най-вече за стари хора. Сходна ситуация се наблюдава и при терминално болните, които се нуждаят от палиативни грижи и болните с психични разстройства поради особено трудно преодоляващата се народопсихология по отношение на тях. Това е

единственият тип институционална грижа, който показва нарастване в търсенето и съответно в ползвателите.

Един от сериозните проблеми, характеризиращ системата на услугите в България, е недостатъчният брой превантивни социални и здравни услуги за възрастни с ранна степен на интервенция. Предоставянето на тези услуги има ключова роля за предотвратяването на риска от социално изключване сред целевите групи. Продължава да е проблем и предоставянето на услуги от неквалифицирани лица, най-често членове на семействата със зависим възрастен човек. Ниската икономическа добавена стойност и отсъствието на социално признание за тези услуги са фактори, ограничаващи тяхното развитие като реален сектор на икономиката.

Някои от основните фактори, които оказват влияние върху институционалния модел на грижа, както и върху търсенето на такъв вид грижа са:

- **Недостатъчен брой услуги за възрастни хора и хора с увреждания**, които да отговарят комплексно на потребностите и **неравномерното им разпределение** на територията на страната;
- **Недостатъчни финансови ресурси**, което често става причина за социалното изключване на възрастни хора и хора с увреждания и настаняването им в институция;
- **Липса на приобщаваща социална и архитектурна среда;**
- **Търсене на институционалната грижа**, най-вече за стари хора. Като причина за това може да бъде посочена липсата на реална и сигурна алтернатива на грижи, която да осигури достоен и независим живот в естествената домашна среда и в общността;
- **Невисоката добавена стойност в заплащаните услуги**, предоставяни в домашна среда за възрастни хора и хора с увреждания, както и липсата на социално признание и отсъствието на мотивация у заетите социални работници;
- **Скромнен дял на предлаганите на предприемаческа основа специализирани грижи** за възрастни хора и хора с увреждания;
- **Липсата на отговарящи на потребностите на възрастните хора и хората с увреждания комплексни (здравни и социални) услуги в домашна среда, както и на финансиране на дейностите по долекуване и продължително лечение.**

За подобряване на качеството на предоставяните грижи е необходимо подобряване на материалната база, структурата и професионалния капацитет на персонала, както и повишаване на контрола относно спазването на критериите и стандартите за предоставяне на социални услуги. Допълнителни усилия в посока подобряване на координацията между социалната и здравната системи са необходими с оглед постигането на практически резултати и предоставянето на качествени и достъпни интегрирани услуги за възрастни хора и хора с увреждания. Подобряването на взаимодействието между социалната и здравната система е ключова предпоставка за осигуряване на качествени медико-социални грижи за пациенти с хронични заболявания. Изграждането и развитието на модели за продължително лечение, както и на интегрирани грижи за пациенти с хронични заболявания ще осигури възможности за подобряване на качеството на живот на тези хора.

Едни от успешните социални услуги за подкрепа на семействата при полагане на грижи за зависим член от семейството са услугите „личен асистент“, „социален асистент“ и „домашен помощник“. Социалните услуги „личен асистент“ и „социален асистент“ се предоставят от 2003 г. по Националната програма „Асистенти на хора с увреждания“

(НП АХУ), която осигурява грижа в семейна среда на хора с трайни увреждания или тежко болни самотни хора, чрез включване в заетост на безработни лица като лични и социални асистенти. В рамките на ОП РЧР 2007-2013 г. се реализират редица схеми, целта на които е да се обезпечи нарастващата потребност от предоставяне на качествени грижи в домашна среда, както и да се апробират и приложат нови подходи в грижата за най-уязвимите лица. Като пример в тази посока може да бъде посочен проект „Подкрепа за достоен живот“ по Схемата „Алтернативи“, проекти по схемата „Помощ в дома“, проект „Домашни грижи за независим и достоен живот“ и др.

В подкрепа на развитието на услуги в домашна среда са съсредоточени и усилията на редица организации от неправителствения сектор, като апробираните от тях модели на услуги допринасят за въвеждането на иновативни подходи в социалната и здравната сфера.

В системата на здравеопазването услуги за грижа и палиативни грижи за възрастните хора и хората с увреждания се предоставят в лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ, както и в хосписи. През 2012 г. психиатрична помощ се осъществява в 12 държавни психиатрични болници (ДПБ), 12 центъра за психично здраве (ЦПЗ) и психиатрични отделения към многопрофилните болници за активно лечение (МБАЛ). Според данни на Евростат леглата за продължителна грижа са само 2,5% от общия брой легла в системата на здравеопазване. В центровете за психично здраве се осъществява диагностично-лечебна и социално-рехабилитационна дейност в областта на психичните нарушения и психичното здраве, която включва: спешна психиатрична помощ; диагностика и лечение на лица с психични разстройства; периодично наблюдение и консултации на лица с психични разстройства и домашен патронаж; психотерапия и психо-социална рехабилитация; психиатрична и психологична експертна дейност и др.

През 2011 г., както и през предишните години, през стационарите на ЦПЗ са преминали почти два пъти повече болни, отколкото през стационарите на държавните психиатрични болници. Средният престой намалява и е налице тенденция към пренасочване на потока пациенти от традиционните институционални звена като държавните психиатрични болници към структури в близост до общността – ЦПЗ и МБАЛ. От 2010 г. с промени в ЗЛЗ е предоставена възможност на ДПБ да регистрират социални услуги по ЗСП. Засега има разкрити социални услуги само в 2 ДПБ (един дневен център и едно защитено жилище) и предстои регистрацията на такива услуги и в други ДПБ.

Основният нормативен акт, който регламентира упражняването на медицинска дейност чрез създаването на лечебни заведения „хосписи“ е ЗЛЗ. Основната цел на лечението в хосписа е не само да се лекува болестта на пациента, а и да се облекчат максимално страданията му посредством полаганите за него палиативни грижи. В този смисъл, през 1990 г. Световната здравна организация дефинира понятието „палиативни грижи“² като „активната цялостна грижа за пациенти, чиято болест не се поддава на медикаментозно лечение. Преобладава (води е) контролът на болката и други симптоми, както и на психологични, социални и духовни проблеми. Целта на палиативните грижи е постигане на възможно най-добро качество на живот на пациентите и техните близки“. Широко разпространена практика в България е в много от болниците за активно лечение да се извършват „палиативни грижи“ за пациентите, което противоречи принципно на философията за палиативни грижи

² Анализ „Хосписите в България и в Европейския съюз“, Български център за нестопанско право.

въобще като лечение на симптомите и болката, а не извършване на активно лечение. В редица болници отделени части от сградите или цели етажи са отделени и изпълняват функциите на стационар, в който се предоставят грижи на терминално болни пациенти. Следва обаче да се отбележи, че в редица европейски страни палиативните грижи се предоставят на пациентите в заведения, близки по своята същност до разбирането на ЗЛЗ за „хоспис“, а болниците осъществяват само активно лечение. Европейската практика е в хосписите да работят специалисти на доброволчески начала, което влияе върху цените на предлаганите медицински услуги.

Наложително е създаването на ясни правила за организиране на палиативните грижи, при което да се гарантират и правото на облекчаване на болките и страданията, правото на специализирана грижа и правото на емоционална, социална и духовна подкрепа на терминално болния от неговото семейство и приятели. В тази връзка, в процес на подготовка е изготвянето на медицински стандарт „Палиативни грижи“, който ще е в съответствие с препоръките на Европейската асоциация по палиативни грижи за различните нива на палиативни грижи (в дома, в лечебно заведение, в социално заведение) и обхваща редица психо-емоционални аспекти. Този стандарт е важна предпоставка за развитието на процеса по създаване на качествени и ефективни структури. Финансирането на палиативните грижи към настоящия момент може да се извършва само по линия на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) чрез клинична пътека „Палиативни грижи при онкологично болни“. Независимо, че от 2012 г. се позволява изпълнението на тази пътека и в хосписи, на практика изпълнението ѝ там е трудно, тъй като са заложили ненужно високи медицински изисквания към изпълнителите (понастоящем клинична пътека „Палиативни грижи при онкологично болни“ се изпълнява само в 20 лечебни заведения за активно лечение). Липсата на достатъчно ефективно финансиране на дейността на хосписите засега води до натоварване на болниците за активно лечение с несвойствени дейности, за да компенсират дефицита на системата. През 2012 г. има 41 хосписи с общо 802 легла, които се финансират предимно с частни средства. Независимо, че от 2010 г. има нормативно създадена друга структурно-организационна форма (Дом за медико-социални грижи) за осъществяване на продължително медицинско наблюдение и специфични грижи за лица от различни възрастови групи с хронични заболявания, специфични грижи по домовете на лица с хронични инвалидизиращи заболявания и медико-социални проблеми, към настоящия момент няма разкрити такива, както и няма публично финансиране на дейността им.

Изграждането на модел за медико-социални грижи за възрастни хора с хронични заболявания по домовете чрез създаването на здравно-социални центрове за предоставяне на услуги по домовете от медицински сестри и социални работници е важен етап от процеса на въвеждане на нови модели. Този процес ще бъде подкрепен и от постигнатите резултати, съществуващи практики и придобития опит от дългогодишно предоставяне на комплексни домашни грижи на възрастни хора с хронични заболявания от различни доставчици на услуги. Това ще даде възможност на следващ етап да се създадат нормативни предпоставки, от една страна - за устойчивост на изградените структури, от друга – за реално остойностяване на тази дейност с оглед създаване на правила за ефективно финансиране.

Таблица № 2 Здравна мрежа и леглови фонд за дългосрочни здравни услуги през 2012 г. (данни на НЦОЗА)

Видове заведения	Брой	Легла
Специализирана болница за долекуване и продължително лечение	5	251
Специализирана болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация	18	1942
Специализирана болница за рехабилитация	24	3 633
Психиатрични болници	12	2 438
Центрове за психично здраве	12	1 358
Хосписи	41	802

Източник: НСИ, изследване „Лечебни и здравни заведения“ за 2012 г.

С оглед на актуалното състояние, в което се намира системата за услуги в България, както и сериозните предизвикателства пред нейното развитие (застаряването на българското население и нарастващата необходимост от дългосрочна грижа), специален акцент е поставен върху:

- Развитие на дългосрочната грижа чрез **иновативни междусекторни услуги (с фокус върху интеграцията на социални и здравни услуги)**, които да бъдат предоставяни в съответствие с реалните потребности на нуждаещите се;
- Изграждане на **адекватна мрежа от услуги в общността и домашна среда** (разкриване на нови социални услуги в общността и в домашна среда, включително и предоставяне на почасови услуги в подкрепа на социалното включване);
- Подобряване на достъпа до **превантивни социални и здравни услуги** за възрастни с ранна степен на интервенция;
- Осигуряване на **комплексна подкрепа на семействата, полагащи грижи** за зависими членове;
- Преглед и обсъждане на **механизми за устойчиво финансиране и институционално уреждане** на дългосрочните грижи;
- Анализ на практиките в други държави-членки на ЕС относно финансирането на системата за дългосрочна грижа, включително и чрез инструментите на осигурителната система;
- Засилване ролята на социалните партньори и бизнеса в процеса на развитие на дългосрочната грижа. Развитие на **публично-частно партньорство**;
- Насърчаване на **доброволчеството** и осъществяване на по-тясно **взаимодействие с неправителствения сектор**;
- Използване на **информационните и комуникационни технологии**.

Прилагането на успешни европейски практики съпътства целия процес на изграждане на мрежата от услуги в общността, като това дава своите положителни ефекти и в настоящия момент. Поради това приоритет в политиката е именно развитие на тези услуги в цялата страна, като по този начин се гарантират търсенето и качествено обслужване на потребителите.

Възможности, които предоставя законодателството в България

Както е посочено в табл. 1 основните възможности, които предоставя законодателството до момента е развитие на дългосрочните грижи в две направления – социални грижи в институции (институционален модел), социални грижи в общността – резидентен и свободен тип и медицински грижи в институции.

Всички възможни модели на предоставяне на грижата се основават на поддръжката на държавата (финансиране) без отчитане на всички останали възможни модели на финансиране, а именно – самоучастие, публично-частно партньорство, участие на общините, обединяване на здравно-застрахователните и пенсионните фондове в пулове за осигуряване на дългосрочни грижи, инвестиции от страна на фондовете и не на последно място – участието на НПО.

Въпреки това законодателството позволява създаването на модели за интегрирани и координирани дългосрочни грижи обединени под едно ядро и развиващи множество услуги, концентрирани върху нуждите на хората, т.е. обединяване на усилията на социалната и здравната система с цел предоставяне на грижа за нуждаещите се.

Възможности от международни програми

С подписването на споразумението на България с ЕС за периода 2014-2020 е необходимо пренасочване на част от програмите на МТСП по организиране на този тип нова услуга за населението и то предимно към посочените по-горе рискови групи.

Това може да стартира със проучване и създаване на модел за координиране и интегриране на множеството социално-здравни услуги в определена териториална единица или социална общност чрез осигуряване на ядро – например дневен център, дом за възрастни и развитие и предоставяне на множество други услуги в общността. Необходимо е и развитие на подходите за доброволчество, което да подпомогне процесите по интегрирането и координирането на грижите за хората в риск.

Развитието на този нов подход не трябва да изисква създаването на нови структури или организационни единици, а обединяване на настоящите, но чрез нов модел на организационна и управленска структура с предоставяне на повече инициативи на общините или на отделни обществени групи.

Използването на определени средства по Оперативните програми ще позволи повишаването на квалификацията на наличните специалисти и повишаването на заетостта насочена към необходимите грижи за нуждаещите се.

Необходимо е проучване и въвеждането на нови технологии (устройства) за отдалечена връзка и наблюдение при отделни състояния на хората, ползващи услугите, които в момента са налични в ЕС по направлението „мобилно Здраве“ (mHealth)

Модел за развитие на дългосрочната координирана и интегрирана грижа

Политиката по изграждането на модела за дългосрочната интегрирана и координирана грижа включва:

- Нов модел на финансиране – обединяване на средствата (споделяне на средствата и ресурсите)
- Управление и администриране – консолидация на структури и междусекторно планиране
- Предоставяне на услугите – координирана и интегрирана грижа, основана на нуждите при предварителна оценка
- Интегрирана информационна система между социални и здравни системи
- Общи решения при оценка и предоставяне на елементи на грижа – спомагателни средства, помощи и други

Моделът за развитието на този вид грижа изисква наличието на минимум една социална и една здравна структура, които да обединят усилията си и да се превърнат в основна единица („сърце“) на дадената територия или обществена група.

Например при наличието на Дом за възрастни към него да се разкрият и развият допълнителни услуги като дневен дом за възрастни или хора с увреждания, социална кухня или социален патронаж, здравно - рехабилитационен център и множество други услуги, ползващи новите комуникационни технологии за отдалечено наблюдение.

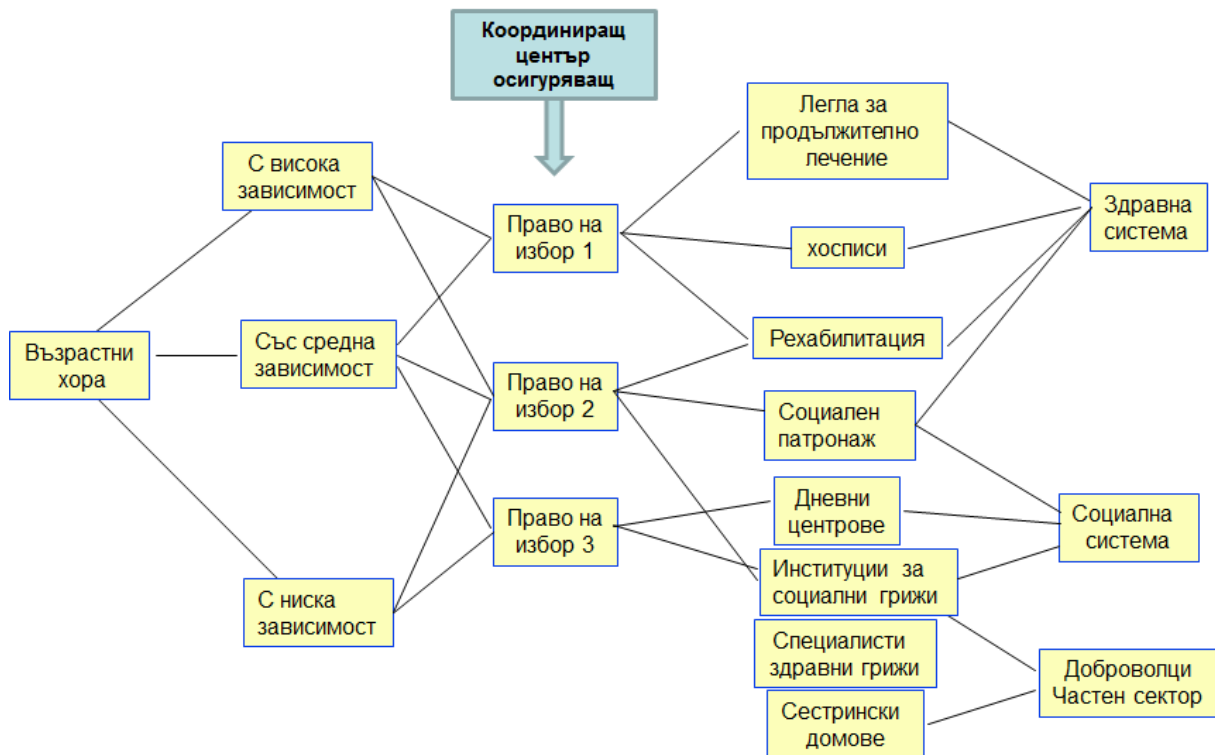
Този т.н. координационен център може да е на базата на общинско участие и управление, на базата на НПО, на базата на публично-частно партньорство или инвестиционна дейност на пенсионни и здравно-застрахователни дружества.

От гледна точка на гражданите политиката и моделът на дългосрочната координирана и интегрирана грижа включва следните елементи:

- В основата на тази грижа е нуждата на отделната личност
„Дългосрочната интегрирана грижа е моята грижа, която се планира от специалисти, които работят съвместно за да разберат моите нужди и тези на хората, които се грижат за мене, чрез осигуряване на контрол, координиране и предоставяне на услуги, които да осигурят най-доброто за мен и моето лично благополучие“
- Планирането на грижите изисква:
 - Аз да участвам по изготвянето и съгласуването на плана за моите грижи
 - Аз да знам какъв е индивидуалния план за грижи, както и какво да предприема ако има промяна или нещата се влошат
 - Моят индивидуален план да е включен в моето досие
 - Да имам постоянно наблюдение върху моя индивидуален план и качеството на полаганите грижи
 - Когато нещо е планирано и включено в моя индивидуален план да не го търся и изисквам, а то да бъде предоставяно навреме и качествено

Фиг. 2. Балансиран модел за грижа

Балансиран модел на координирана/интегрирана грижа



Възможности за развитие на допълнителни услуги и пакети от услуги към интегрираната и координирана грижа

Грижи в дома - еднократна услуга

Сестрински грижи у дома

- *мускулни, венозни и подкожни инжекции*
- *поставяне на системи и абокати*
- *вземане на кръв и секрети*
- *профилактика и обработка на декубитални рани*
- *даване на лекарства по график*
- *следене на приети и отделени течности*
- *смяна на превръзка*
- *асистиране при тоалет*
- *следене на жизнени показатели – пулс, кръвно налягане, температура*
- *клизма*
- *стриктно следене на храненето – и при диабет, сондово хранене и др.*
- *грижа за психическия комфорт*

Рехабилитация у дома

- *раздвижване – частично и цялостно*
- *лечебни масажи*
- *лечебна гимнастика*

- *рехабилитация при инсулт*
- *рехабилитация при инфаркт*
- *рехабилитация при травми*
- *рехабилитация при детска церебрална парализа (ДЦБ)*
- *рехабилитация при артрити*
- *грижа за психическия комфорт*

Асистенти/Болногледачи за домашни грижи

- *ежедневна грижа в храненето*
- *даване на лекарства по график*
- *къпане, смяна на бельо*
- *смяна на памперси*
- *цялостен и частичен тоалет – измиване на зъби, избръсване, тоалет на гениталии, рязане на нокти*
- *помощ при извършване на физиологичните нужди*
- *разходки, четене на книги и вестници*
- *диалог и грижа за психическия комфорт*

Услуги, при които има ежедневно посещение в дома за грижи за възрастни хора

Стандартни варианти за грижи. Те са с едно или две посещения на ден в дома в определени часове, извършват се стандартни дейности, които включват тоалет, смяна на памперси, преобличане, смяна на чаршафи и хранене. Всички наши асистенти са преминали обучение, работят при нас с договор и се осигуряват на истинските им доходи. Услугите се извършват от основен служител и дежурен през почивни и празнични дни, както и когато услугите се предоставят 7 дни в седмицата. Необходими са от 1 до 5 дни за организиране на предоставянето им. Посещенията се извършват от 7 до 20 часа.

Индивидуални варианти за грижи. Това са варианти, при които грижите налагат продължителни посещения над 8 часа, като 10, 12 или 24 часа. В тези случаи е необходимо участие на заявителя в избора на асистент, индивидуално уточняване на графика за посещенията, броя на часовете. Таксата за услугата варира според броя на часовете и избора на асистент. Може да се изберат асистенти, с които да се разговаря и да се уговори пробен период.

Помощ в домакинството. Домашен помощник определен брой пъти седмично по 4 часа на ден - услугата включва разтребване, измиване на съдове, поддържане на дома, готвене, пране, гладене, простиране, пазаруване.

Месечна грижа и индивидуални варианти за 10, 12 и 24 часа. Това е вариант за възрастни хора, които не са самостоятелни дори в най-малка степен и за които не са подходящи стандартните вариантите за ежедневна грижа и се налагат продължителни посещения над 8 часа, като 10, 12 или 24 часа. В тези случаи е необходимо участие на заявителя в избора на асистент, индивидуално уточняване на графика за посещенията, броя на часовете. Таксата за услугата варира според броя на часовете и избора на асистент.

Дистанционна (телеасистенция). Автоматични обаждания по телефона към потребителя със стандартен запис, напомнящ определена дейност - взимане на лекарства, хранене или запис по избор - с избран глас. Услугата може да се ползва самостоятелно или да се комбинира с всеки от вариантите за ежедневна грижа.

Пример за [Телеасистенция](#)³ е интелигентна система за независим живот, базирана на информационни технологии, която дава възможност на възрастни хора и хора със специални потребности да се свържат по спешност със социален работник за предприемане на предварително определени мерки (информирание на близки и други включени в грижата лица, известяване на център за спешна медицинска помощ и др.). Услугата може да се ползва чрез **апарат за грижа в дома**.



Стойността на апарат за грижи в дома зависи от избора и функционалностите е между 580 и 790 лева. При заплащане на годишна такса за телеасистенция, апарат се предоставя без допълнителна такса

Телеасистенция може да се заяви чрез платформата [Teletask.org](#).

[Teletask.org](#)⁴ въвежда нови за България услуги, които качествено променят модела за извършване на социални дейности за възрастни хора и хора със специфични потребности в общността. Онлайн платформата е разработена за нуждите на домашния патронаж на Пиа Матер, но има своето по-широко приложение и включва следните модули:

[Teletask Info](#) е модул за онлайн проследяване на работното време на лица, наети за почасови дейности.

[TeletASK](#) е модул за заявки на дейности, предоставяни в дома (грижи за деца и възрастни хора, грижи за дома, доставка на стоки до дома, консултации, получавани в дома и др.).

[Teletask Admin](#) е модул за управление на дейностите и асистентите, подходящ за организации, които ползват наети лица за почасови дейности или изпълнение на конкретни задачи на терен, в дома на клиента.

Допълнителни услуги ползващи нови технологии

Използване на специализирани устройства и мобилни устройства, осигуряващи независим живот и наблюдение – гривни отчитащи определени жизнени показатели, свързани с ядрото (звено за наблюдение и връзка), устройства отчитащи кръвна захар, кислородно насищане и други, използване на новите мобилни устройства за известяване и съветване, паник-бутони и т.н.

Подпомагане на процеса по развитие на пълен набор от услуги с медицинска насоченост – внедряване на нови информационни технологии за т.н. самоуправление на здравната грижа.

Пакети услуги, които могат да се предлагат като допълнителна опция – платена, самоучастие, покрита от създадения пул от пенсионно/здравни фондове⁵

Вид пакет/услуга	Дейности по услугата
Пакет А	Услугата е подходяща за възрастни хора,

³ http://www.nsoplb.com/uploads/article_documents/active_teleassistency.pdf

⁴ http://www.teletask.org/?services=56&sub_services=55&lang=2

⁵ Предложените пакети/ услуги са на базата на интернет проучване на автора за предлаганите услуги от различни организации посочени в ползвани източници

<p>Пакетът включва:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Посещение от социален работник - веднъж седмично с цел проследяване на нуждите на клиента 2.Ежедневна телефонна визита - всеки работен ден социален работник се обажда на клиента за уточняване на статуса, напомняне за предстоящи дейности; 3.Придружаване до здравни и социални институции - по 2 часа в рамките на гр. София; 	<p>които са самостоятелни в своето ежедневие, справят се с домакинските дейности и се нуждаят от социален контакт и професионално проследяване на текущия статус. Детайлите на услугите, включени в пакета са уточнени в Общите условия.</p>
<p>Пакет Б Пакетът включва:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Посещение от социален работник - веднъж седмично с цел проследяване на нуждите на клиента; 2.Ежедневна телефонна визита - всеки работен ден социален работник се обажда на клиента за уточняване на статуса, напомняне за предстоящи дейности; 3.Придружаване до здравни и социални институции - по 2 часа в рамките на гр. София; 4.Доставка на обяд у дома - всеки работен ден; 5.Основно почистване на дома - всеки месец; 6.Ежемесечно заплащане на комуналните сметки; 7.Пазаруване на храна и лекарства - всяка седмица; 8.Пране на дрехи и чаршафи, смяна на спално бельо-всеки месец 	<p>Услугата е подходяща за възрастни хора, които са относително самостоятелни при придвижването си в рамките на дома, включително като използват помощни средства, но срещат трудност при поддържането на домакинството, подготвянето на храна, покупката на необходими продукти и лекарства и основното почистване на дома. Детайлите на услугите, включени в пакета са уточнени в Общите условия.</p>
<p>Пакет В Пакетът включва:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Посещение от социален работник - веднъж седмично с цел проследяване на нуждите на клиента; 2.Ежедневна телефонна визита - всеки работен ден социален работник се обажда на клиента за уточняване на статуса, напомняне за предстоящи дейности; 3.Придружаване до здравни и социални институции - по 2 часа в рамките на гр. София; 4.Доставка на обяд у дома - всеки работен ден; 5.Основно почистване на дома - всеки месец; 6.Ежемесечно заплащане на комуналните сметки; 7.Пазаруване на храна и лекарства - всяка седмица; 8.Пране на дрехи и чаршафи, смяна на спално бельо - всяка седмица; 9.Седмична грижа за дома (разтребване и измиване на съдове) - всяка седмица; 10.Посещение на лекар в дома - всеки месец; 	<p>Услугата е подходяща за възрастни хора, които се нуждаят от помощ в извършването на основните домакински дейности и имат нужда от регулярно медицинско наблюдение.</p>
<p>Комбинация от услуги към горните пакети</p>	<p>Стойност на услугите на база 4 седмици при честота:</p>

	7 дни в седмицата Всеки работен ден Веднъж седмично
<p>1. Интензивна социална грижа по индивидуална заявка Услугата включва почасова грижа в дома на клиента - сутрешен тоалет, хранене, преобличане, помощ при придвижване, разтребване на помещенията, извеждане на разходка, следене на лекарствения прием и др. Посочената цена е за еднократно посещение от 4 часа. Услугата се извършва на смени от асистенти с опит.</p>	
<p>2. Достъпни комбинации от услуги, при които има ежедневно посещение в дома Указаните цени са за абонамент за 4 седмици и включват интензивна грижа (смяна на памперс, къпане, преобличане и др.) в рамките на 2 часа.</p>	7 дни в седмицата Всеки работен ден Веднъж седмично
<p>3. Всекидневна телефонна визита Услугата включва обаждане от социален работник за осведомяване за статус, прием на лекарства и храна, напомняне за предстоящи дейности. При неуспешно свързване с клиента в рамките на деня до 16 часа, неговите близки се информират същия ден.</p>	7 дни в седмицата Всеки работен ден Веднъж седмично
<p>4. Придружаване до здравни и социални институции. Придружаването е подходящо за клиенти, които не се нуждаят от специализиран медицински транспорт. Клиентът се придружава от социален работник в рамките на 2 часа.</p>	
<p>5. Доставка на обяд у дома Доставката на приготвена храна включва супа и основно ястие по 300 гр. Може да се комбинира с услугата „Пазаруване на храна и лекарства”, като по този начин се осигури доставката на хляб, напитки и др.</p>	7 дни в седмицата Всеки работен ден Веднъж седмично
<p>6. Основно почистване на дома Услугата включва бърсане на прах, минаване с прахосмукачка/парцал, почистване на баня и кухня. Цената е за 4 помещения - хол, спалня, кухня и баня. За всяко допълнително помещение цената е с 25% по-висока.</p>	Веднъж седмично
<p>7. Пране на дрехи и чаршафи, смяна на спално бельо Услугата включва пране (бяла и цветна индивидуална пералня - 5 кг. всяка) и транспорт от и до дома.</p>	Веднъж седмично
<p>8. Посещение на лекар в дома. Прегледът включва снемане на анамнеза, общ и локален статус, ЕКГ, измерване на кръвно налягане, консултация, предписване на терапия,</p>	

назначаване на лечение, мускулна или подкожна манипулация от дежурен лекар. Прегледът не включва издаване на болничен лист, транспорт до болнично заведение, поставяне на медикаменти, лабораторни изследвания. Допълнителните услуги и медикаментите се заплащат съгласно ценоразпис, като клиентите на патронажа ползват ..% отстъпка за лабораторните изследвания и ..% отстъпка за всички други услуги и медикаменти. Цените са освободени от ДДС	
9. Посещение на медицинска сестра. Посещението включва манипулации - взимане на кръв, поставяне на система, и др. манипулации в рамките на 1 час. Допълнителните услуги и медикаментите се заплащат съгласно ценоразпис, като клиентите на патронажа ползват% отстъпка за лабораторните изследвания и ...% отстъпка за всички други услуги и медикаменти. Цените са освободени от ДДС.	
10. Пазаруване на храна и лекарства Услугата включва покупка на продукти, предварително заявени от клиента и предоставянето им в дома.	Веднъж седмично
11. Заплащане на комунални сметки Услугата включва заплащане на битовите сметки и воденето на тяхната ежемесечна отчетност.	
12. Дребни домакински поправки Услугата включва организиране на смяна на счупено стъкло, поправка на брава, пералня, хладилник, смяна на крушка и други, като дейностите и материалите се заплащат допълнително по фактурна стойност.	
13. Поддържане на лична хигиена (тоалет и преобличане) Услугата включва къпане и преобличане с чисти дрехи в дома на клиента. Предоставя се в удобно за клиента време и може да се комбинира с услугата „Пране на дрехи и чаршафи.”	
14. Комплименти Доставка на цветя и подаръци в дома на клиента по специални поводи.	
15. Прическа у дома Подстригване от стилист в дома на клиента.	

Развитие на услуги с медицинска насоченост – внедряване на нови информационни технологии за т.н. самоуправление на здравната грижа

Заклучение

Наличните възможности на двете системи – здравна и социална позволяват разгръщане на дейността и при добро планиране , инвестиране и управление здравно-социалните услуги, които ще се предлагат да не съдържат в себе си само социалната цена, но да бъдат в достатъчна степен печеливши за да може да се самоиздържат и да акумулират малък процент печалба.

Това може в бъдеще да бъде обвързано и с развитие на обмен и туризъм с другите социално-здравни системи (екскурзии и обмяна на групи, осигуряване на тематични услуги – балнео и рехабилитационни услуги, та където са развити)

Необходимо е на базата на осъществена и приета политика в тази насока да се планират както необходимите инвестиции и средства по оперативните програми, така и разработване на обстоен бизнес план след съответното калкулиране себестойността на пакетите услуги.

Необходимо е да се лобира допълнително за развитието на здравно-социален застрахователен пул между здравни и пенсионни застрахователни дружества с цел развитието на този пазар и възможностите му за финансиране в бъдещ период.

Ползвани източници

<http://www.piamater.org/domashenpatronag/uslugata>

<http://www.bggrija.com/>

<http://alexandrovaska.com/display.php?bg/Основни дейности-дом-възрастни>

<http://www.svetaanna.eu/services.html>

<http://agencia-elpida.com/index.php?p=1&l=1>

<https://www.spdom.eu/bg/Home/Index/services>