



# Дългосрочни грижи в Европейския съюз



# СЪДЪРЖАНИЕ

---

Предговор .....	1
Увод .....	2
<b>Разработване на национална политика.....</b>	<b>4</b>
1. Достъп до подходящи дългосрочни грижи.....	4
2. Качество от високо ниво при дългосрочните грижи.....	7
3. Дългосрочна устойчивост.....	10
<b>Заключение.....</b>	<b>16</b>

Генерална дирекция „Трудова заетост, социални въпроси и равни възможности“ – отдел Е.4  
Ръкописът е завършен през август 2008 г.

Европейската комисия и всички лица, действащи от името на ЕК, не носят отговорност за ползването на съдържащата се в настоящата брошура информация.

© cover: iStockphoto

Повече допълнителна информация за Европейския съюз може да се намери в Интернет.  
Достъпът до нея е осигурен чрез сървъра Europa (<http://europa.eu>).

© Европейски общности, 2008 г.  
Възпроизвеждането е разрешено при позоваване на оригинала.

В края на настоящото издание ще намерите неговите каталожни данни.

Люксембург: Служба за официални публикации на Европейските общности, 2008 г.

ISBN 978-92-79-09574-0  
DOI 10.2767/31232

# Предговор —

## дългосрочните грижи в Европейския съюз

Осигуряването на високо равнище на закрила на гражданите от риск от болест и зависимост е особено важна цел на държавите-членки и на Европейския съюз. Възможностите на нашите общества да предоставят дългосрочни грижи с добро качество за всички, които се нуждаят от тях, трябва да бъдат защитени и запазени.

В Европа се разработват множество подходи за осигуряване на дългосрочни грижи. В резултат от това има богат опит и идеи, които държавите-членки могат да използват, когато се опитват да модернизират, разширят и подобрят предлаганите услуги в отговор на демографското застаряване и други предизвикателства.

Фактът, че държавите-членки са договорили общи цели на европейско равнище в рамката на открития начин на съгласуване в областта на социалното приобщаване и социалната закрила, е много окуражителен. Държавите-членки са определили предоставянето на общ достъп до висококачествени дългосрочни грижи на достъпна цена като много важна цел и Европейската комисия работи с тях, за да им помогне да изпълнят този ангажимент.

Европейският съюз предлага също подкрепа за обмена на знания между държавите-членки, които са изправени пред подобни предизвикателства. Това дава възможност на националните власти да се учат едни от други, като използват най-доброто от получения опит и извличат примери за добри практики.

Положителната стойност на този подход е добре представена в тази публикация, която бе съставена с оглед на многото засегнати граждани и участници. В нея се обобщават

констатациите на доклад за множеството предизвикателства при предоставянето на дългосрочни грижи в Съюза и се поставя акцент върху някои важни политически уроци, които държавите-членки са научили от своя опит.

Ясно е, че достъпът до грижи не трябва да зависи все повече от индивидуалната платежоспособност. За да бъде избегнат подобен сценарий, може да се окаже необходимо да бъде намерена устойчива комбинация от обществено и частно финансиране. Междувременно, чрез по-добро координиране на социалните и медицинските услуги, може да бъде постигната по-добра икономическа ефективност и приемственост в грижите. Важно е, че може да бъде постигната по-голяма финансова достъпност и по-висок капацитет, без да се жертва самостоятелността или достойнството на гражданите, като се даде приоритет на развиването на грижите в домашни условия или в общността пред предоставянето им в жилищни институции. За получаването на висококачествени грижи, към което се стреми ЕС, може да бъде необходима по-голяма подкрепа за неофициалните обгрижващи лица и подобрения в набираването на обгрижващ персонал и работните условия на този персонал.

Уверен съм, че тази публикация ще даде възможност на читателите да научат много за последното развитие в системите за дългосрочни грижи в Европа и аз им я препоръчвам.

**Владимир Шпидла**

*Европейски комисар по трудова заетост, социални въпроси и равни възможности*

## Въведение

Всички държави-членки на Европейския съюз са поели ангажимента да осигурят на своите граждани общ достъп до висококачествени дългосрочни грижи на достъпна цена. Със застаряването на населението финансовите и логистичните предизвикателства при изпълнението на това обещание към по-възрастните хора се преодоляват все по-трудно. Това е така сега и ще стане дори още по-изразено в бъдеще, тъй като правителствата трябва да работят в среда на нарастващи и конкуриращи се потребности при ограничени ресурси.



© iStockphoto

В тази публикация е ползван опитът на националните власти, който те споделят в представените от тях през септември 2006 г. доклади до Европейската комисия, където се описват техните политики за социално приобщаване, пенсии, здравеопазване и дългосрочни грижи. Ще съсредоточим вниманието си върху последната от тези четири области.

На следващите страници са анализирани основните предизвикателства, пред които се изправят националните власти при предоставянето на дългосрочни грижи и изготвените от тях стратегии за гарантиране изпълнението на пълните им политически ангажименти с цел удовлетворяване на индивидуалните потребности.

Дългосрочните грижи са дефинирани различно в страните от Европейския съюз. Те отразяват различията в дължината на престоя, обхванатите ползватели на услугите и често размитата граница между предлаганите медицински (здравни) и не-медицински (социални) услуги. Някои държави например предпочитат да се съсредоточат върху предварителната извънболнична рехабилитация, а други върху предоставянето на грижи в болнични заведения или подобни институции.

За ОИСР дългосрочните грижи представляват „междусекторен политически въпрос, който обединява гама от услуги за лица, които имат нужда помощ в ежедневните си дейности за продължителен период от време“. Дългосрочните грижи може да включват рехабилитация, основно медицинско лечение, сестрински грижи в домашни условия, социални грижи, осигуряване на жилище и услуги като транспорт, храна, съдействие в домакинството и помощ при организирането на всекидневието.

Грижите обикновено се предоставят на лица с физически или умствени увреждания, немощни хора, възрастни и хора, които се нуждаят от специална помощ, за да организират своето всекидневие. Както отбелязва ОИСР: „Потребностите от дългосрочни грижи съществуват най-вече при по-високите възрастови групи... които са най-изложени на риск от трайни хронични заболявания, водещи до физическо или умствено увреждане“.

Тъй като европейците живеят по-дълго, обществените ресурси, отделени за здравни и дългосрочни грижи са вторият по големина компонент от общите разходи за социална закрила след разходите за пенсии и наследствени пенсии. С удължаването на продължителността на живот на гражданите ще съществува все по-голямо търсене на дългосрочни грижи в домашни условия или в институционална среда.



Прогнозира се, че общият брой на хората над 65-годишна възраст ще нарасне със 77% до 2050 г. спрямо 2004 г. Повишението във възрастовата група над 80 години ще бъде дори още по-голямо — 174%. Според проучване на „Евробарометър“ от 2007 г. мнозинството от европейците смятат, че е вероятно или малко вероятно, но възможно, в определен момент от своя живот те да зависят от осигурявани дългосрочни грижи.

На тази основа подготвените през 2006 г. прогнози на Комитета по икономическа политика и на Европейската комисия показват, че през 2050 г. публичните разходи за дългосрочни грижи ще се увеличат с 0,7 на сто от БВП спрямо 2004 г. заради застаряването на населението.

# Разработване на национална политика

Към дългосрочните грижи се подхожда, като се поставят три съгласувани и свързани цели по отношение на предлаганите услуги: общ достъп, високо качество и дългосрочна устойчивост.

## 1. Достъп до подходящи дългосрочни грижи

Общопризнато е, че достъпът до здравеопазване не трябва да бъде ограничен от индивидуалната платежеспособност или да зависи от личния доход или богатство. Потребността от грижи не трябва да води до бедност или финансова зависимост.

Всеобщите права обаче не винаги гарантират общ достъп, а неравенствата и бариерите продължават да съществуват. Тези препятствия може да бъдат липса на осигурително покритие и непредоставяне на определени видове грижи, а също и дълго чакане, недостатъчно информация и сложни административни процедури. Пречките може да се различават в отделните региони на една държава, а не само в държавите-членки.

Възможно е да се окаже трудно да бъдат осигурени пълните грижи, от които се нуждаят някои хора. Например усилията в някои държави да се помогне на пациентите да си възвърнат в най-голяма степен своята самостоятелност чрез рехабилитация може да бъдат осуетени, ако някои елементи на дългосрочните грижи не се поемат от някои системи на основата на социално и здравно осигуряване.

Разходите също са бариера, особено за групите с нисък доход, които може да се наложи да поемат сами част от разходите. В много държави, като например Естония, Кипър и Ирландия, са въведени доплащания за дългосрочни грижи. В Германия малък, но увеличаващ се процент от населението (в момента 1%) сключва доброволна частна допълнителна застраховка, осигуряваща покритие на разходи като такси за настаняване в домове за възрастни хора. Тя е допълнение към специалната осигуровка за дългосрочни грижи и механизмите за социална помощ.



За намаляване на преките разходи на хората за грижи съществуват различни схеми. Между тях са:

- освобождавания от лични допълнителни вноски и лични допълнителни вноски, изчислявани въз основа на дохода;
- допълнителна финансова помощ и социална помощ за възрастни хора, зависими хора, лица с увреждания и хронично болни;
- поемане от държавата на дългосрочните грижи за домакинства с нисък доход;
- еднакви допълнителни вноски за цялата страни; и
- държавни субсидии за използването на частни услуги.

Общата тенденция е към деинституционализиране на грижите — с изключение на хората с тежки увреждания — и разработване на съобразени с индивидуалните потребности грижи в домашни условия и грижи в общината. Съвременните технологии като електронното



### Испания: решаване на въпроса с дългото чакане

Недостигът на държавно финансирани дългосрочни грижи неизбежно води до значителни периоди на чакане за лечение и по-специално за настаняване в домове. Те са различни в различните региони, а също и в градовете и в провинцията. Испания е решила този въпрос, като е определила достъпа до дългосрочни грижи за приоритет на политиката за социалното приобщаване във всички свои автономни региони.

Системата за самостоятелност и грижи при зависимост има за цел да обхване 100 % от зависимите лица до 2015 г. и да развие тяхната самостоятелност. Системата включва широка гама от услуги в домашна среда и в центрове, както и финансова и всекидневна подкрепа за семейства.

здравеопазване, теленаблюдението, телемедицината и системите за самостоятелен живот улесняват грижите в домашни условия или в общината. Тази промяна в перспективата позволява на хората да разполагат с по-голяма свобода на избор по отношение на грижите, които са им необходими. Резултатът е, че хората могат да живеят възможно най-дълго в позната среда в собствените си домове, близо до своето семейство и приятели, а същевременно могат при необходимост да се ползват от подкрепата на институционалните грижи.

За да бъде постигнато това е необходимо внимателно сътрудничество между националните, регионалните и местните власти и конструктивно партньорство с частния сектор и с доброволците. Неразвиването на интегриран подход може да доведе до фрагментиране на услугите и административни пречки, които биха затруднили хората още повече при получаването на необходимите им грижи.

Например: изписаните от болница трябва да могат да се ползват от съобразени с индивидуалните им потребности услуги или да получават тези услуги в обществена среда. Когато не съществуват подобни диференцирани услуги, достъпът до специално разработени дългосрочни грижи е ограничен. Германия решава този проблем като назначава казусни мениджъри за пациентите, които се нуждаят от трансферни грижи при прехвърлянето им от болница в техния дом или в друга институция. От 2009 г. така ще бъдат обхванати всички аспекти на организацията на дългосрочните грижи за индивидуална подкрепа, а консултантите по грижи ще посещават пациентите, когато те са под наблюдение.

### **Разработени съобразно индивидуалните потребности услуги: Чешка република**

В Чешка Липа са разработени всекидневни краткосрочни болнични услуги в резултат от създаването на планове на общността за страдащите от деменция хора. Открит е и финансиран на местно равнище дневен център за възрастни хора и в помощ на обгрижващите членове на семейството. В Острава се разработени няколко ориентирани към общността услуги, като съществуващата жилищна база е обновена и се поставя акцент върху разширяването на услугите на място, извънболничните услуги и ориентирани към общината услуги, за да бъде подкрепена самостоятелността на пациентите.



© Carl Cordonnier / DailyLife

## 2. Качество от високо равнище при дългосрочните грижи

В качеството на дългосрочните грижи, които хората получават, съществуват огромни различия. Затова не е изненадващо, че изследванията и докладите показват известна неудовлетвореност и отбелязват недостатъци. Повдигнатите въпроси варират от недостатъчна жилищна база и липса на уединение в домовете за възрастни хора до прекомерна употреба на ограничения и сила. Тези оплаквания са някои от причините, заради които държавите-членки разработват или променят нормативната уредба и законодателството, за да гарантират, че съществуват и се спазват достатъчно високи стандарти.

Не е лесно да се прецени качеството на различните видове предоставяни дългосрочни грижи. Това е трудно за официалните заведения, като домове за възрастни хора или болници, но е още по-сложно за неформалните условия като собственото жилище или домовете на приятели/роднини. ОИСР класифицира различните използвани показатели по структура (размер на стаите и съотношение на персонала), процес (механизми и оценки на място) и резултат (преобладаващи медицински състояния). Те разкриват, че като цяло тенденцията е към подобрене на качеството.

Все по-често акцентът при дългосрочните грижи се отдалечава от спазването на определени минимални изисквания към фокус върху по-пълно осигуряване на качество, обхващайки също въпроси като права на пациентите и продължаващо обучение на персонала. Същевременно, за да се гарантира предоставянето на качествени грижи,



стандартните показатели като коефициенти за персонала и подходящо обучение могат да не бъдат подходящи за оценка на предоставяните в домашни условия грижи от неофициални обгрижващи лица.

Националните власти подхождат по различни начини към необходимостта от мерки за подобряване на качеството. В някои страни (Нидерландия, Словакия) се използват мерки за акредитация на качеството, съпътствани от системи за мониторинг (Германия, Гърция, Кипър, Нидерландия, Франция). В други (Германия, Люксембург) се използват клинични насоки, основаващи се на традиционната медицина. За да избегнат неравенство по региони при предоставянето на дългосрочни грижи и за да могат регионалните и местните власти да направят справедлива оценка на потребностите на пациента, много държави (Германия, Естония, Испания, Латвия, Литва, Словения, Обединеното кралство, Чешката република, Швеция) прилагат единни механизми за осигуряване на качеството.

Критериите за оценка на качеството на предоставяните грижи стават все по-усъвършенствани и достоверни. В много от държавите-членки обаче те все още са в начален стадий на разработване. Те отразяват фактори като предоставяне на помощ на неофициални обгрижващи лица, даване на повече възможности за избор на пациента, гарантиране на възможностите на хората, работещи в областта на дългосрочните грижи, и осигуряване на технологии, които могат да им помогнат в техните задачи. Сложно е да бъде направена оценка на качеството на грижите, които хората получават. Това важи особено за случаите, когато те се предоставят в нефор-



### Германия: осигуряване на качеството на дългосрочните грижи

Когато хората получават дългосрочни грижи у дома, членовете на семейството, които предоставят тези грижи, имат право да се възползват от различни помощни схеми. Те включват добавки за полагане на сестрински грижи, нефинансова помощ и други права, като например пенсионни вноски, застраховка „Злополука“ и курсове за обучение. Предлагат се и извънболнични грижи, които да намалят до известна степен тежестта за членовете на семейството. За да се гарантира качеството на домашните грижи, медицинските служби на здравноосигурителния фонд извършват задължителни посещения, обучени обгрижващи лица предоставят задължителни консултации за грижи, а осигурителите за дългосрочните грижи са длъжни да провеждат безплатни курсове за грижи за членове на семейството и за доброволци. Други допълнителни услуги (извънболнична база като жилищна база, технически пособия и др.) също имат за цел да облекчат обгрижващите лица от семейството.

Законът за застраховането за дългосрочни грижи насърчава разработването на вътрешно управление на качеството в осигуряващите грижи институции успоредно с външни контролни механизми съобразно държавните инспекционни насоки за еднакво качество. Осигуряването на дългосрочните грижи се гарантира чрез договори между осигурителите за дългосрочни грижи и доставчиците на дългосрочни грижи. Доставчиците отговарят за гарантиране на качеството (вътрешно управление на качеството/структура и процес). Осигурителите упражняват контрол над качеството на предоставяните грижи в институциите за грижи и имат правомощия да налагат санкции. Съгласно тези договорни отношения купувачите имат право да извършват инспекции на заведенятия и да налагат санкции, ако не са удовлетворени от условията.

мална, а не в институционална среда, и оценката често се основава на измерване на равнището на удовлетвореност и неудовлетворените потребности.

В Европа е постигнато общо съгласие, че лошото отношение или насилието над пациенти трябва да бъдат избегнати. Това бе изтъкнато неколкократно на конференцията „Защита на достойнството на възрастните хора — предотвратяване на насилието над възрастни хора“, която се проведе в Брюксел през март 2008 г. Всички участници подчертаха, че зачитането на достойнството и основните права на немощните и възрастните хора е основно предизвикателство, пред което е изправено европейското общество. По време на конференцията фокусът бе поставен върху добрите практики, кампаниите за привличане на внимание, горещите линии за помощ, стандартите за качество в домовете за дългосрочни грижи, обучението на професионалисти и подкрепата за неофициалните обгрижващи лица.



© SPL/Van Parijs

### **Швеция: свобода на избор и достойнство за възрастните хора**

Неотдавна Швеция въведе система, даваща възможност на хората да избират къде биха желали да получават дългосрочни здравни грижи. Те могат да избират между частни доставчици на домашни грижи и грижи в институции. За да се гарантира, че пациентите имат реална възможност за избор, е прието, че те трябва да разполагат с достъп до достатъчно информация за различните доставчици и предлаганите услуги, ако е възможно на едно гише.

По време на партньорски преглед неотдавна бе направено предложение евентуалното използване на личните бюджети да дава възможност на лицата да избират между официални и неофициални грижи. Те могат да използват виртуална сметка, за да закупуват грижи, да наемат асистенти или да плащат за лични услуги, подходящи за конкретните им нужди.

### 3. Дългосрочна устойчивост

Дългосрочната устойчивост на публичните разходи за здравеопазване, и по-специално за дългосрочни грижи, ще бъде изложена на особено голямо натоварване, тъй като обществата ще трябва да се справят със застаряващото население. Този натиск обаче може да бъде облекчен, ако здравословното състояние на гражданите продължава да бъде добро с увеличаване на възрастта им. Прилагането на превантивен подход, интегрирането на здравни и дългосрочни грижи и използването на нови технологии и информационни и комуникационни технологии може също да помогне за контролиране на разходите.

**Финансирането на дългосрочните грижи** е уредено по различен начин в ЕС, отразявайки различията в традициите и приоритетите. Четири фактора обаче оказват влияние:

- обхванатите от дългосрочните грижи схеми и население;
- организацията на финансирането на социалните помощи в страната;
- степента на частното финансово участие; и
- разделянето между отговорностите на публичния и частния сектор по отношение на дългосрочните грижи.

Общите държавни програми могат да бъдат финансирани по следните начини:

- социална осигуровка (Германия, Испания, Люксембург);
- данъци (скандинавските държави, Латвия);
- схеми с условие за имуществено състояние (Кипър, Обединеното кралство); и



- смесени системи за финансиране, при които се комбинират ресурси от осигурителни схеми и данъци и различни бюджети и институции, които отговарят за осигуряването и закупуването на дългосрочни грижи (Белгия, Гърция, Франция).

Страните, които признават необходимостта от осигуряване на здрава основа за дългосрочното финансиране на дългосрочните грижи, се увеличават. Някои държави-членки (Германия, Люксембург, Нидерландия, Швеция) се опитват да постигнат това чрез създаването на специални универсални социалноосигурителни схеми и вноски или чрез данъчното облагане (Австрия, Швеция).

Макар и да се признава необходимостта да бъде намерена подходяща комбинация от публични и частни източници на финансиране, прието е че социалноосигурителната или данъчната система са по-ефективни от основаващата се единствено на частни инициативи схема. Същевременно държави-

те-членки обмислят евентуална комбинация от частни и държавни услуги, особено в социалния сектор. Последните източници на финансиране обикновено се състоят от два отделни елемента. Първият представлява частна здравна осигуровка за дългосрочни грижи. При втория лицата правят допълнителни лични вноски за предоставяните от държавата грижи, за които не се връщат средства или те са в много малък размер.

### **Политики за превенция и рехабилитация**

Насърчаването на воденето на активен и здравословен начин на живот има очевидни предимства за хората. То има и потенциала да донесе по-големи предимства за обществото като цяло чрез намаляване на разходите за обществено здравеопазване, водейки до по-дълъг период на активен живот за хората и предотвратяване на намаляване на производителността заради отсъствия по болест. В повечето страни от ЕС се провеждат програми за ваксинации и профилактични прегледи и кампании за насърчаване на здравословния начин на живот. Макар и тези програми да са важна стъпка напред, твърде рано е да се прецени тяхното въздействие, а добрата координация между различните доставчици при насърчаването на политиките за превантивни грижи е от значение.



Рехабилитационните грижи са от особено значение за възстановяване във възможно най-голяма степен на самостоятелността на пациентите, продължаването на техния нормален живот и връщането им в задоволителна работна среда. Държавите-членки признават, че ефективното насърчаване на подобни грижи изисква наличието на добре обучен и квалифициран персонал и ефикасно използване на информационните и комуникационни технологии.

### **Словакия: превенция и рехабилитация**

Общинските власти в градовете Завар и Банска Бистрица изпълняват проекти с участието на местни заинтересовани лица, жители и партньори, за да помогнат на умствено болни хора и лица с тежки увреждания да живеят по достоен начин и да бъдат приобщени във възможно

най-голяма степен. Социалните работници в Завар предлагат планове за лечение и грижи, които предвиждат ерготерапия, психиатрична и лекарствена терапия и рехабилитация. Те са съобразени с индивидуалните потребности и дават възможност на пациентите да участват активно в местни дейности.

## Съгласуване на грижите

Съгласуването на грижите е от изключително значение за осигуряването на високо равнище на качество на предоставяните грижи, ефикасно използване на ресурсите и съобразени с индивидуалните потребности и безупречни лечебни грижи, от които може да се нуждаят някои пациенти. За да бъдат предвидени и преодолени евентуални пречки е необходимо съгласуване между националните, регионалните и местните власти и служби. Проблеми може да възникнат от използването на отделни бюджети за финансирането на различни услуги, организирането на предоставянето на услугите и участието на много органи от здравния и социалния сектор.



За измерител за това доколко са успешни са предоставените цялостни грижи може да служи степента, до която предоставяните медицински, сестрински и социални услуги съответстват като цяло на специфичните потребности на индивидуалните пациенти. За да бъде постигнато това, са важни два елемента: съгласуването предоставяне на

## Португалия: интегриране на здравни и социални грижи

В рамките на широката реформа на системата за дългосрочни грижи се предоставят грижи чрез широка гама от мултидисциплинарни услуги: сектори за възстановяване, сектори за средносрочна рехабилитация, сектори за дългосрочни грижи и издръжка, сектори за палиативни грижи, дневни центрове и сектори за развитие на функционална независимост, екипи за управление при изписване, болнични екипи в помощ на секторите за палиативни грижи, интегрирани екипи за непрекъснати грижи и екипи в общността в помощ на екипите за палиативни грижи. По-специално, създадената мрежа ще насърчи взаимоотношаваността между грижите в общността, болничните грижи за пациенти с тежки заболявания и социална подкрепа, която допълва първичните грижи и специализираните болнични грижи. Гъвкавостта позволява системата да бъде адаптирана към различните потребности в страната.

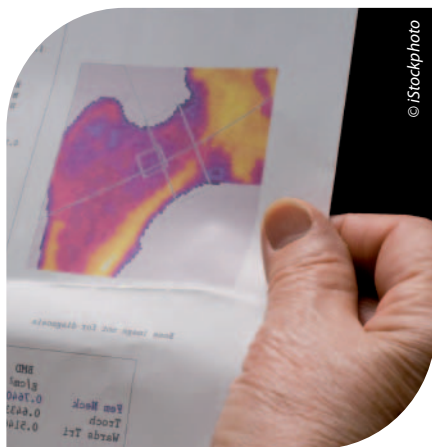
услуги и по-доброто управление на трансферите между различните среди за предоставяне на грижи (домашна среда, болница и дом за възрастни хора). Националните власти вече отделят по-голямо внимание на въвеждането на мерки, които да позволят по-ефикасното съвместно функциониране на различните услуги.

### **Белгия: подобрена координация между различните равнища на държавно управление**

Между федералното правителство и регионалните и общински власти бяха подписани три социални протокола, уреждащи дългосрочните грижи и социалните услуги. Два от тях, които бяха договорени през 2005 г., имат за цел да бъдат направени подобрения в работните условия и обезпечеността с персонал в общността, в секторите за осигуряване на настаняване и домашни грижи. Те предвиждат преобразуването на чисто леглова база в база с възможности за медицински грижи за пациенти и въвеждането на специални трудови договори за персонала, полагащ дългосрочни грижи. Третият протокол определя бюджетните и организационните правила за период от шест години. За да бъдат изпълнени тези елементи, на практика са необходими колективни трудови договори. Фактът, че за тях е необходимо доста време означава, че само малък брой домове за настаняване са преобразувани в бази с по-добре развити медицински грижи.

В някои страни са създадени национални стратегии и приоритети, които гарантират еднаквото предоставяне на услуги. Това е особено важно предвид, че дългосрочните грижи обикновено се развиват и управляват от властите на поднационално равнище (Испания, Обединеното кралство, Швеция). Подобни цели може да бъдат постигнати чрез рамкови договори, както това е уредено в Германия, между осигурителите и доставчиците на дългосрочни грижи.

Интеграцията при предоставянето на дългосрочни грижи може да бъде постигната чрез единствена входна точка в системата или местни екипи за оценка от една страна (Нидерландия, Обединено кралство) или чрез децентрализация и интеграция на услугите на регионално и местно равнище (Испания, Обединеното кралство, Швеция). Няколко държави (Белгия, Германия, Испания, Финландия) са организирали или са в процес на организиране (Латвия, Малта, Полша, Унгария) на интегрирането на предоставянето на дългосрочни грижи и гарантиране на непрекъснати грижи.



© iStockphoto

Съществуват много примери за страни, които координират финансирането на дългосрочни грижи със здравни и социални компоненти:

- Германия: въведена обща застраховка за дългосрочни грижи, за да бъде осигурена подкрепа за официалните и неофициалните обгрижващи лица;
- Австрия: интегрирани добавки за дългосрочни грижи за официални и неофициални грижи;
- Испания: координирано регионално финансиране на здравните и социалните услуги;
- Швеция: интегрирано финансиране за здравеопазване при остри заболявания и дългосрочни грижи; и

- Обединено кралство: финансирането на повечето социални услуги се развива на местно равнище с възможност болниците да правят начисления към местните власти, ако не могат да изплатят пациенти заради липса на дългосрочни грижи.

Други инициативи са политиките за подобряване на съгласуването на грижите, особено между здравните и социалните бюджети (Ирландия, Испания, Люксембург, Латвия, Полша, Португалия, Франция), и планове за схеми за обща оценка и оценка от мултидисциплинарни екипи за определяне на плановете за грижи, които ще бъдат използвани (Белгия, Германия, Дания, Естония, Ирландия, Испания, Италия, Латвия, Швеция, Обединеното кралство, Португалия, Словакия, Финландия).

### **Чешка република: подобрена координация между здравните и социалните грижи**

Изпълняват се мерки, за да се гарантира, че финансирането на здравните и социалните грижи в институциите, където те се предоставят съвместно, е възможно най-ефективно. Насоките се определят централизирано, но степента на координация и сътрудничество се решава от местните власти и отделните заведения. Отделението за възрастни хора и последващи грижи в болницата в Либерец, което извършва най-вече психосоциална стимулация и терапия, а също и традиционно лечение и рехабилитация, е добър пример за изпълнението на системата на практика.

Особено внимание се отделя на социалната работа, за да се облекчи преместването на пациентите в техните домове или в системата на социалните услуги. Когато домашните грижи не съществуват като вариант, социалните работници помагат за настаняването на пациентите в медицинско заведение (хоспис или рехабилитационен център) или в социална институция, като например дом за възрастни хора или защитено жилище, в зависимост от техните нужди. Изписването им е съобразено във времето така, че да се гарантира приемственост в техните здравни и социални грижи.

Грижите, независимо дали се предоставят в общността или в институционална среда, са процес, изискващ интензивното участие на трудовия фактор, като разходите за персонал имат най-голям дял в разходите като цяло. Привличането на правилния персонал, особено предвид необходимия опит в медицинските и социалните грижи, натоварва много властите. Налага се те да се справят с недостиг на работна сила и да осигуряват подходящо обучение. Последното е особено важно, тъй като развитието в медицината и техниката изисква почти постоянно развиване на уменията и квалификациите на работната сила. Дългосрочните грижи в домашни условия водят до други проблеми, тъй като обикновено грижите се предоставят от семейство и приятели без специално обучение.

Изправени пред недостига на персонал много държави-членки (Испания, Литва, Франция, Чешката република, Швеция) въведоха политики за увеличаване на помощния медицински персонал, подобряване на обучението и създаване на политики за обучение на професионалисти в областта на здравеопазването и социалните грижи, за да отговорят на увеличеното търсене. Някои (Естония, Латвия, Полша) подобряват условията на работа и заплащането, за да демотивират специализирания персонал да търси работа в чужбина.

Неофициалните обгрижващи лица се нуждаят от подходяща подкрепа. Това може да включва информация, обучение, консултации, отбих, социалноосигурително формализиране и финансова помощ. Съществуват и други форми на съдействие:

- финансова помощ (Австрия, Германия, Дания, Естония, Ирландия, Испания, Италия, Словакия, Унгария, Финландия, Франция, Чешката република, Швеция);
- данъчен кредит и освобождавания (Германия, Гърция, Испания, Люксембург, Франция);
- отпуск за грижи за роднини (Австрия, Германия, Испания, Нидерландия, Финландия);
- третиране на периодите на полагане на грижи като част от пенсионния стаж на обгрижващите лица; и
- формализиране на статута на обгрижващите лица и включване в социалноосигурителни схеми.



### **Франция: солидарност за хората в трета възраст**

Целта на този план на правителството е да се увеличи броят на професионалистите в областта на грижите за възрастни хора, като се предложат повече места в центрове за обучение, предоставящи професионални дипломи за медицински помощен персонал, и да бъдат улеснени хората, които вече работят в сектора, при придобиването на такава професионална квалификация.

### **Австрия: подкрепа за неофициалните обгрижващи лица**

Пилотен проект с участието на „Counselling Cheques“ дава възможност хората, които се нуждаят от денонощни грижи, и членовете на техните семейства, които ги предоставят, да получат достъп до квалифицирани консултантски услуги по много въпроси. Друга схема във Виена, Долна Австрия и Бургенланд предлага двуседмична почивка и социална програма с обмен на опит чрез квалифициран модератор за членовете на семейството, които полагат грижи. Междувременно всички грижи, от които пациентът може да има нужда, се осигуряват от платени професионалисти. Направените през 2007 г. промени в социалноосигурителното законодателство доведоха до подобрения в положението на обгрижващите лица, които се грижат за роднина.

## **Заклучение**

Националните власти проучват различни начини за справяне с очаквания ръст в търсенето на дългосрочни грижи. Това ще стане, когато броят на мъжете и жените в работоспособна възраст, които могат да предоставят грижи, намалее, а същевременно броят на зависимите възрастни хора се увеличи. Освен това тенденцията към по-малки семейства и увеличаването на броя на семействата на самотни родители води до намаление в общия брой хора, които могат да предоставят неофициални грижи.

Общопризнато е, че предоставянето на дългосрочни грижи в домашни условия или в жилищна среда е предпочитаната възможност за получателите на дългосрочни грижи пред институционализираните грижи. За да отговорят на повишеното търсене държавите-членки ще трябва:

- да се справят с очакваното намаление на квалифицирания персонал за дългосрочни грижи;
- да разработят устойчива комбинация от обществени и частни източници на финансиране;
- да гарантират ефикасно съгласуване на различните системи за дългосрочни грижи; и
- да изпълнят на практика принципа на всеобщ достъп до дългосрочни грижи.

Европейска комисия

## **Дългосрочни грижи в Европейския съюз**

Люксембург: Служба за официални публикации на Европейските общности

2008 г. — 16 стр. — 14,8 × 21 cm

ISBN 978-92-79-09574-0

DOI 10.2767/31232

### **Как да получите публикации на Европейския съюз?**

Платените ни публикации можете да закупите от страницата EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu/>), като ги поръчате чрез дистрибутор по Ваш избор.

Службата за публикации има списък на дистрибутори в целия свят, който можете да заявите по факс: (352) 29 29-42758.

Вие се интересувате от **публикациите** на Генерална дирекция „Трудова заетост, социални въпроси и равни възможности“?

Можете да ги свалите от Интернет:

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/emplweb/publications/index\\_en.cfm](http://ec.europa.eu/employment_social/emplweb/publications/index_en.cfm)

или да се абонирате безплатно за тях на адрес:

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/sagapLink/dspSubscribe.do?lang=en](http://ec.europa.eu/employment_social/sagapLink/dspSubscribe.do?lang=en)

**ESmail** е електронният информационен бюлетин на Генерална дирекция „Трудова заетост, социални въпроси и равни възможности“.

Можете да се абонирате за него на адрес:

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/emplweb/news/esmail\\_en.cfm](http://ec.europa.eu/employment_social/emplweb/news/esmail_en.cfm)

<http://ec.europa.eu/social/>