

Място на дългосрочните грижи в здравната система: европейски тенденции и българският опит

Long-term Care in the Health System: European Tendencies and Bulgarian Experience

Тереза Василева¹, Марилена Питгара¹,
Сарина Янакиева¹, Елка Атанасова², Стефка Коева²

¹Студент, специалност „Здравен мениджмънт“, Факултет по обществено здравеопазване, Медицински университет – Варна

²Катедра по икономика и управление на здравеопазването, Факултет по обществено здравеопазване, Медицински университет – Варна

Teresa Vasileva¹, Marilena Pittara¹,
Sarina Yanakieva¹, Elka Atanasova², Stefka Koeva²

¹Student, Health Care Management, Faculty of Public Health, Medical University – Varna

²Department of Health Economics and Management, Faculty of Public Health, Medical University – Varna

Резюме: Обзорът е основан на студентски доклад, представен в рамките на семестриалната конференция в рамките на курса по здравна икономика

Въведение: Едно от най-сериозните предизвикателства пред здравеопазването в световен мащаб е застаряването на населението и свързаното с това нарастващо значение на дългосрочните грижи. Целта на настоящата разработка е да дефинира накратко понятието „дългосрочни грижи“ и видовете услуги, които се включват в това понятие, тенденциите в разходите и обхвата на дългосрочните грижи, както и различните начини и системи за предоставяне и финансиране.

Материали и методи: Разработката представлява обзор на литературата по въпроса за съдържанието и обхвата на понятието „дългосрочни грижи“. Направен е опит за кратка систематизация на различните видове грижи и тяхното финансиране. Обзорът се базира на материали, анализи и статистически данни на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР), Европейския съюз (ЕС) и български източници.

Резултати и дискусия: Дългосрочните грижи представляват набор от услуги, необходими на хора с намален (физически или/и умствен) капацитет на функциониране, правещи ги зависими от външна помощ за задоволяване на разнообразни нужди (медицински и немедицински) за продължително време. Според начина на организация и предоставянето им дългосрочните грижи могат да бъдат формални и неформални; организирани и индивидуални. Организираните доставчици на услуги включват институционални и общностно базирани доставчици. Делът на здравните дългосрочни услуги в БВП и в общите здравни разходи варира значително за страните-членки на ЕС, като в новоприетите след 2004 г. страни от Централна и Източна Европа той е значимо по-нисък. Сред тях България заема последно място. Класифицирането на системите за финансиране на дългосрочните грижи може да бъде представено по различни признаци, някои от които са представени в обзора.

Заклучение: Системата на дългосрочните грижи е изправена пред важни предизвикателства, свързани с повишаващи се разходи и едновременно с това с естествено повишаващите се очаквания за все по-високо качество и ефективност. Предизвикателство във всяка една страна, включително и най-добре развитите, остава осигуряване с необходимия брой и квалификация персонал, предоставящ услугите, както и оказване на подходяща помощ – материална, информационна, консултативна и психологическа – за лицата, полагащи неформални грижи.

Ключови думи: дългосрочни грижи, дългосрочни здравни грижи, разходи за дългосрочни грижи, формални и неформални услуги, институционални и общностно-базирани доставчици

Summary: This review article is based on a paper presented by the students at the semester Health Economics conference.

Introduction: One of the most serious challenges faced by health systems in the world is the population ageing, which stresses the increasing importance of long-term care. This article aims at providing a concise definition of long-term

care, the kinds of services included in it, the trends in the long-term care costs and the scope of the services, as well as the various financial arrangements for long-term care.

Materials and methods: This is a review article which summarizes the findings in the literature concerning the content and scope of the concept „long-term care“. An attempt has been made to give a short classification of the types of long-term care services and their financing. The paper is based on materials, analyses and statistical data by the Organization of Economic Cooperation and Development (OECD), the European Union and Bulgarian sources.

Results and Discussion: The term „long-term care“ refers to a range of services provided for people with limited ability (physical and/or mental) to function who therefore depend on an outside assistance for meeting various needs (medical and nonmedical) for an extended period providers. The share of long-term care health costs in GDP and in total health costs varies significantly across the EU member-states. It is substantially lower in the new Central and Eastern European members, among which Bulgaria ranks last. EU countries can be grouped on different dimensions to deliver a typology of long-term care systems, some of the classifications being presented in the article.

Conclusion: The long-term care system faces a number of challenges, connected with the increasing costs parallel with the rising expectations for a higher quality and efficiency. A challenge in every country, even the most developed one, is the provision of the adequate number and qualification mix of formal carers as well as a various types of assistance for the informal carers – financial, information, consultative and psychological.

Key words: long-term care, long-term health care; long-term care costs, formal and informal services, institutional and community-based providers

Въведение

През последното десетилетие здравеопазването в световен мащаб е изправено пред засилващи се общи предизвикателства, едно от най-сериозните от които е застаряването на населението и свързаното с това нарастващо значение на дългосрочните грижи. Обща тенденция в европейските страни, членки на Европейския съюз, е все повече ресурси да бъдат насочвани към тази система.

Настоящата разработка разглежда накратко понятието „дългосрочни грижи“ и видовете услуги, които се включват в това понятие. Анализирани са разходите и обхватът на дългосрочните грижи, както и различните начини за предоставяне и финансиране. Очертани са накратко предизвикателствата и проблемите, пред които се изправят държавите при внедряването на дългосрочните грижи в общата им система за здравеопазване. Отделено е внимание на спецификата на България в интерпретирането и развитието на дългосрочните грижи.

Материали и методи

Разработката представлява обзор на литературата по въпроса за съдържанието и обхвата на понятието „дългосрочни грижи“. Направен е опит за кратка систематизация на различните видове грижи и тяхното финансиране. Обзорът се базира на материали, анализи и статистически данни на Организацията за икономическо

сътрудничество и развитие, Европейския съюз и български източници.

Резултати и дискусия

Съдържание на понятието. Разбирането за съдържанието и обхвата на „дългосрочните грижи“ в различните страни, включително и в страните от Европейския съюз, се различава в значителна степен. В специализираната литература е прието, че подходящо начало на изясняване на съдържанието е дефиницията, дадена през 1980-те години от Института по медицина, базиран във Вашингтон, САЩ: дългосрочните грижи представляват „разнообразни здравни и социални услуги, предоставяни на индивиди, които се нуждаят от продължителна помощ поради физически и психически увреждания. Услугите могат да бъдат предоставяни в институция, у дома или от общността и да включват неформални услуги на семейството и приятели, както и формални услуги, извършвани от професионалисти или агенции“ (OECD, 2002). Според често цитираната дефиниция на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) дългосрочните грижи „обхващат разнообразни услуги за хора, които са зависими от чужда помощ за базисните си ежедневни нужди за продължително време“ (OECD, 2005). От направения преглед на различните определения може да се заключи, че общоприетите елементи на концепцията „дъл-

госрочни грижи“ са следните: 1) това са набор от услуги, 2) необходими на хора с намален капацитет на функциониране (физически или/и умствен), 3) които в резултат на това зависят от външна помощ за задоволяване на разнообразни нужди (медицински и немедицински), 4) за продължителен период. Обикновено здравните грижи се отнасят до базисни медицински услуги, рехабилитация и възстановяване, превенция и палиативни грижи, предоставяни у дома или в определени институции, а немедицинските услуги са свързани с ежедневните дейности: персонални – по хранене, обличане, задоволяване на хигиенни нужди, придвижване и пр., грижи по поддържане на дома, както и за реализиране на социалните им връзки. Дългосрочните грижи най-често се асоциират с населението в напреднала възраст, което е по-вероятно да бъде подложено на риска от хронични физически и психични увреждания (OECD, 2005). Дългосрочните грижи са насочени към насърчаване на независимостта и подобряване качеството на живот на клиентите/пациентите за определен период.

Вариациите в различните страни се основават на различията в оценката на зависимостта от грижи, идентифицирането и интерпретацията на демаркационната линия между лична и публична отговорност, предпочитанията към едни или други форми на подпомагане – формални/неформални, в натура/парична и пр. Оттук и разнообразието от квалификации и практики от гледна точка на обхвата и класификацията на самите услуги, включени в дългосрочните грижи; идентифицирането на рецепиентите; продължителността на периода, начина на дефиниране на медицинските и немедицински (социални) грижи и границата между тях, ролята на публичния сектор, частния сектор и семейството и пр.

В България законодателно не е дефинирано понятието „дългосрочни грижи“ (в Националната стратегия по въпроса от 2014 г. се използва терминът „дългосрочна грижа“). Някои елементи са включени в квалификацията на „социални услуги“, дадено в Закона за социално подпомагане и Правилника към него, като дейности в подкрепа на лицата за социално включване и самостоятелен начин на живот, които се основават на социална работа и се предоставят

в общността и в специализирани институции“ (Закон за социалното подпомагане, Чл. 16). Липсва систематично идентифициране на бенефициентите на дългосрочните грижи, както и на кръга от услуги, обхващани от дългосрочните грижи. Официалното разбиране за ползвателите на дългосрочни грижи се отнася до възрастните хора и хората с увреждания (физически увреждания, психически разстройства и нуждаещите се от палиативни грижи) (Национална стратегия, 2014). Системите, задоволяващи тези нужди, са системата на социалните услуги и системата на здравеопазване.

Видове дългосрочни грижи. Дългосрочните грижи представляват богата палитра, която може да бъде представена в различни разрези. Според начина на организация и предоставянето им те могат да бъдат формални и неформални; организирани и индивидуални. **Формалните грижи** (formal care) се предоставят по договор, в публичния или частния сектор, обикновено от професионално квалифицирани помощници (напр. медицински сестри), въпреки че могат да бъдат предоставени и от неквалифицирани сътрудници. Те включват услуги в специализирани институции, социални услуги в общността и в домашна среда от квалифицирани специалисти. **Неформалните грижи** (informal care) се осигуряват от неформални лица – роднини, съпрузи, приятели и други, обикновено безплатно и в дома на получателя на грижи. Формалните и неформални грижи могат да съществуват съвместно, като се допълват или заместват, обикновено в зависимост от нуждите.

Организираните доставчици на услуги могат да включват **институционални доставчици** (institutional providers) и **общностно базирани** (community-based). **Институционалните грижи** се предоставят в институционална среда: специализирани заведения като домове за стари хора, домове за възрастни с различни увреждания, домове за асистирани грижи (assisted living facilities), различни видове болници за продължително лечение и рехабилитационни болници и пр. Домовете за стари хора осигуряват институционални грижи за хора, страдащи от хронични заболявания или възстановяващи се след остро заболяване, които се нуждаят от квалифицирани медицински грижи и значи-

телна помощ за ежедневните лични дейности. Болниците за продължително лечение са предназначени за пациенти, чието възстановяване се очаква да бъде по-дълго, или пациенти с хронични заболявания, които се нуждаят от физическа и психическа подкрепа.

Общностно-базираните услуги имат разнообразен обхват и интензивност, в разнообразна неинституционална среда, която може да варира от личните домове на реципиентите до различни специално създадени групови жилища, предлагани от единични или множество доставчици. Най-често срещаните форми на дългосрочни общностно-базирани услуги са различни дневни центрове за стари хора, за възрастни с увреждания, здравни грижи по домовете за възрастни лица и лица с физически и умствени увреждания, хосписи, приюти, домове за временно настаняване и др. **Дневните центрове** осигуряват поддържащи услуги на възрастни и лица с увреждания в защитена среда през деня. Последните обикновено се предоставят на хронично болни или на възстановяващи се след хоспитализация и могат да включват различни медицински и социални услуги, предоставяни от здравни и социални професионалисти. **Хосписите** предлагат услуги за долекуване, поддържащо лечение и професионални здравни грижи на хора с хронични заболявания или в терминално състояние. В допълнение към здравните услуги те могат да оказват и емоционална и духовна подкрепа на терминално болни и техните семейства от интердисциплинарни тимове от специалисти. **Индивидуалните доставчици** могат да предлагат професионална помощ (медицинска и по поддържане на ежедневните нужди) срещу заплащане, както и доброволно, обикновено членове на семейството или приятели.

В България структурата на дългосрочните здравни услуги е регламентирана в Закона за здравето и Закона за лечебните заведения. В съответствие с това институционални здравни грижи се оказват в болници за продължително лечение, за рехабилитация, за продължително лечение и рехабилитация, домове за медико-социални грижи, центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания и хосписи. Законът за социално подпомагане и Правилникът за неговото при-

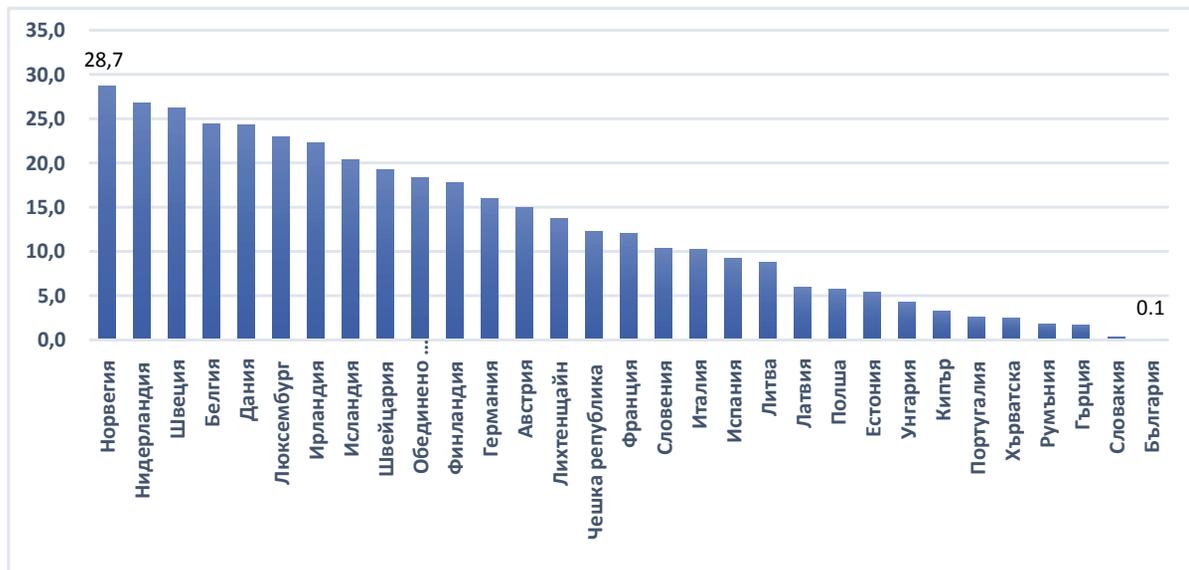
лагане пък дефинират и уреждат правно дейностите по предоставяне на *социални* услуги от общността, като по същество ги структурират чрез изброените специализирани институции – домове за лица с увреждания, за стари хора, защитени жилища, приюти, дневни центрове, социални услуги от резидентен тип, центрове за социална рехабилитация и интеграция, както и социални услуги в домашна среда (личен асистент; социален асистент; домашен помощник; домашен социален патронаж) (ППЗСП, чл. 36).

Разходите за дългосрочни грижи. Целта на системата на дългосрочните грижи е да осигури подходяща помощ на нуждаещите се лица, гарантираща достойно качество на живота, без това да е свързано с непосилна финансова тежест, която самите лица и семействата им биха понесли предвид физическото и психическо състояние. Нарастващата продължителност на живота означава, че възрастните хора ще представляват все по-нарастващ дял на населението в развитите страни. Средно за страните-членки на ОИСР дялът на хората на възраст над 65 години се е увеличил от по-малко от 9% през 1960 г. до 17% през 2015 г., а през 2050 г. се очаква този дял да стане 28%. В поне в две трети от страните от ОИСР хората в напреднала възраст ще бъдат най-малко една четвърт от населението, а в някои страни този дял се очаква да се увеличи до около 40%. Още по-драматичен е очакваният растеж на най-възрастната част от населението – над 80 години – от 5% през 2015 г. на 10% през 2050 г. (OECD, 2017). В страните-членки на ЕС дялът на възрастните над 65 години се очаква да нарасне от 18% през 2013 г. на 28% през 2060 г., а на хората над 80 г. – от 5% на 12%, като този дял според прогнозите ще бъде колкото на населението от 0 до 19 години (European Commission, 2015).

Застаряването на населението означава нарастване броя на хората, нуждаещи се от дългосрочни грижи, и съответно на разходите за тях. Подобно на разбирането за това, какво е дългосрочни грижи, степента и обхватът на покритието им също варира силно в различните страни, което допълнително затруднява измерването им. Последните статистически данни за европейските страни (за 2014 г.) показват, че дялът на здравните дългосрочни услуги в БВП

варира от 2.92% от БВП в Швеция и 2.91% в Холандия до 0.01% в България и 0.02% в Словакия. Ако се вземат предвид общо здравният и социалният компонент на дългосрочните услуги, то дялът на публичните дългосрочни услуги в БВП е най-висок в Холандия – 4.3% (два

пъти повече от средното за ОИСР), Финландия – 3.5% и Швеция – 3.2% (OECD, 2017). Дялът на дългосрочните здравни разходи в общите здравни разходи за същата година за отделните страни изглежда както следва (вж. Фигура 1).



Фиг. 1. Дял на дългосрочните здравни разходи в общите здравни разходи, 2014 г.

Източник: Eurostat, 2018

Като цяло публичните разходи за дългосрочни грижи в новоприетите след 2004 г. страни от Централна и Източна Европа е значимо по-нисък, което е видно от Фиг. 1. Сред тях България заема последно място. Трябва да се има предвид, обаче, че голяма част от дейностите и разходите остава неотразена поради високия дял на неформалните грижи. Според прогнозите на ЕС, ако се допусне, че половината от увеличената допълнителна продължителност на живот през следващия почти половин век (от 2013 до 2060) се прекарва в добро здраве (без инвалидност), публичните разходи за дългосрочни грижи ще се увеличат с 1.1 процентни пункта за всичките 28 страни на Съюза, от 1.6% до 2.7%. Увеличението за някои страни (Норвегия и Нидерландия) се очаква да бъде до 3 процентни пункта (European Commission, 2015).

Финансиране на дългосрочните грижи: видове системи. Като се има предвид разнообразието в услугите, включени в дългосрочните грижи, трудността по отграничаване на меди-

цинския и социален компонент в микса, степента на държавно участие в предоставянето, различната уредба – институционални доставчици, общностно базирани форми, съчетаващи в различна степен помощта за задоволяване на различните нужди, или помощ в домашна среда; различията в пакетите от услуги и пъстротата на видовете подпомагане (в натура или финансова), разнообразния профил на агентите, предоставящи услугите (публични, частни), извеждането на определени тенденции във финансирането е извънредно сложен проблем. И все пак в литературата по въпроса се предлагат варианти на типологизиране на системите по определени показатели. Една такава класификация е според отношението публично/частно. Дялът на публичното финансиране е особено висок в страни като Холандия и скандинавските страни – Дания, Норвегия, Швеция, където обществото традиционно има големи формално закрепени ангажименти към възрастните и хората, зависещи от помощ. Що се отнася до

здравната компонента, тук почти една четвърт от здравните разходи отиват за дългосрочни грижи –28% в Дания и Норвегия, 26% в Швеция, 25% в Холандия през 2015 г. (OECD, 2017). На другия полюс са Централно- и Източноевропейските страни, където се отделя незначителен дял. В България 85% от общите дългосрочни разходи са частни, от джоба на потребителите. Като цяло, обаче, прогнозите са, че темповете на нарастване на публично финансираните средства за дългосрочни грижи ще изпреварват тези на БВП и на здравните разходи през идващите десетилетия.

Според това кой има право на публичната помощ системите биват *системи на универсално покритие* (universal coverage) и *системи на помощ с условие за имуществено състояние* (means tested). При това помощта може да се оказва чрез *една-единствена програма* или чрез *множество канали*. Освен това в някои случаи финансирането става от специално предназначени фондове (данъци и други източници) или от общите приходи. От микса на горните компоненти могат да се получат различни вариации: *система за универсално покритие по една-единствена програма* (universal coverage within a single programme); *смесени системи; системи на плащания на имуществено състояние в рамките на мрежата на социална закрила* (means-tested safety net schemes). Например системата на универсално покритие чрез една програма има следните варианти: *данъчно-базиран модел* (скандинавските страни); *модел на публично осигуряване за дългосрочни грижи* (Германия, Холандия, Люксембург) и *модел на персонална здравна помощ като част от здравната осигуровка* (Белгия) (Colombo et al, 2011).

На основата на отчитане на няколко показателя *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability* на Европейската комисия предлага следното групиране на страните-членки на ЕС според техните системи за дългосрочни грижи (European Commission, 2016):

- ◆ Страни с публично финансиране от данъчни приходи, разходвани от местните власти; с високо равнище на публично финансиране за формални грижи; ниски частни разходи; умерено използване на парични добавки;

ниска степен на неформални грижи и висока неформална подкрепа (Дания, Холандия, Швеция);

- ◆ Страни със задължително социално осигуряване срещу рискове, свързани с дългосрочните грижи, финансирано от вноски; средно равнище на публично финансиране за формални грижи и ниски частни разходи; висока степен на неформални грижи и висока неформална подкрепа; умерено използване на парични добавки (Белгия, Чешка Република, Германия, Словакия, Люксембург);
- ◆ Страни с умерено публично покритие срещу рискове за дългосрочни грижи, финансирано от вноски или от данъци; средно равнище на публично и частно финансиране; широко използване на неформални грижи и неформална подкрепа; високо/умерено използване на парични добавки (Австрия, Великобритания, Финландия, Франция, Словения, Испания, Ирландия);
- ◆ Страни с умерено социално осигуряване срещу рискове за дългосрочни грижи; ниски публични разходи за формални грижи и високо частно финансиране; висока степен на използване на неформални грижи и сравнително ниска неформална подкрепа; слабо използване на парични добавки (Унгария, Италия, Гърция, Португалия, Полша);
- ◆ Страни с ниска степен на социално осигуряване срещу рискове за дългосрочни грижи; ниски публични разходи за формални грижи; висока степен на използване на неформални грижи; сравнително ниска неформална подкрепа или липса на такава; умерено или слабо използване на парични добавки (България, Кипър, Естония, Литва, Латвия, Малта, Румъния, Хърватска).

В допълнение към характеристиките на последната група, които се отнасят в пълна степен и за България, следва да се добави, че финансирането на дългосрочните услуги в България е смесено: от републиканския бюджет, от общинските бюджети, по национални и международни проекти и от регистрирани частни доставчици. Обликът на системата в България в днешно време до голяма степен се определя от извършената след 2003 г. децентрализация (на финансирането и предоставянето) и деинституционализация – закриване и преобразу-

ване на съществуващите институции и предоставяне на повече базирани в общността и семейството услуги.

Заклучение

Системата на дългосрочните грижи е изправена пред важни предизвикателства, свързани главно с нарастващия дял на застаряващо население, повишаващите се разходи за дългосрочни грижи, оказващи натиск върху всички видове бюджети, и едновременно с това с естествено повишаващите се очаквания за все по-високо качество и ефективност. При прогнозираното изпреварване на темповете на разходите за дългосрочни грижи на темповете на икономически растеж и на здравните разходи съществена насока на реформиране остават мерките по овладяване на тези разходи, където е възможно едновременно с реорганизиране в полза на иновативни интегрирани грижи, интегриращи добре социалните и здравни грижи и подобряване на качеството и достъпа до дългосрочните услуги. При очертаната сложност и приплетеност на множеството услуги, разноо-

бразиеото от нужди на ползвателите, пъстротата на провайдерите и на средата, в която тези услуги се предоставят, особено важно предизвикателство остава ясното разграничение между отговорностите на различните институции при запазване на добра координация между тях, което да подпомага и задълбочава интеграцията на медицинските и социални компоненти.

Опитът на страните с добре развита система на дългосрочните грижи показва, че преместване на акцента върху услугите в общността и домашната среда, когато това е възможно, позволява по-голяма независимост и достойно съществуване. Важна насока на подобряване на системата е вниманието върху превантивните и рехабилитационни здравни услуги. Предизвикателство във всяка една страна, включително и най-добре развитите, остава осигуряване с необходимия брой и квалификация персонал, предоставящ услугите, както и оказване на подходяща помощ – материална, информационна, консултативна и психологическа – за лицата, полагащи неформални грижи.

Литература:

1. Закон за социално подпомагане <https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2134405633>
2. Национална стратегия за дългосрочна грижа (2014). София, Министерство на труда и социалните грижи. <https://www.mlsp.government.bg/index.php?section=CONTENT&I=382>
3. Правилник за прилагане на закона за социално подпомагане (ППЗСП) <https://lex.bg/bg/laws/ldoc/-13038592>
4. Colombo, F., et al. (2011). Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789244097759-en>
5. European Commission and Economic Policy Committee (Aging Working Group) (2015). The 2015 Aging Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013-2060). European Economy, No 3/2015. http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf
6. European Commission (2016). Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Volume I. Luxembourg: Publications Office of the European Union https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/ip037_vol1_en_2.pdf
7. Eurostat (2018). Eurostat database. Luxembourg, European Commission (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, accessed Jan. 15, 2018).
8. Institute of Medicine (1986). Improving Quality of Care in Nursing Homes, National Academy Press, Washington, D.C.
9. OECD (2002). Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/978264195950-en>
10. OECD/EU (2016). Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
11. OECD (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

Адрес за кореспонденция:

Проф. д.ик.н. Стефка Коева
Катедра по икономика и управление на здравеопазването
Медицински университет – Варна
9002 Варна, ул. „Марин Дринов“ № 55
e-mail: stefka.koeva@mu-varna.bg
