



ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ИНТЕГРИРАНИЯ ПОДХОД В ГРИЖАТА ЗА ХОРА С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И УВРЕЖДАНИЯ

CHALLENGES IN THE INTEGRATED APPROACH IN THE CARE OF PEOPLE WITH CHRONIC DISEASES AND DISABILITIES

Юлия Пулова-Ганева
Yuliya Pulova-Ganeva

Великотърновски университет „Св. св. Кирил и Методий“
“St. Cyril and St. Methodius“ University of Veliko Tarnovo

Abstract: The paper considers: the conceptual framework of the integrated care model; applied European practices; national priorities in the care of people with disabilities; changes in Bulgarian legislation related to the introduction of new approaches to work in a community environment and the provision of integrated health and social care for people with chronic diseases and disabilities.

Keywords: integrated care; health and social care; people with chronic diseases and disabilities.

JEL: I18, Z18

ВЪВЕДЕНИЕ

Демографските предизвикателства, свързани със застаряване на населението в страната и увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот, нарастващата хронична заболяемост, задълбочаването на здравните неравенства и влошаването на здравния статус на най-уязвимите групи от населението (лица с увреждания, стари хора и т.н.), поставят редица предизвикателства пред здравната и социалната система за осигуряване на дългосрочни, качествени, достъпни и адекватни на потребностите грижи. Непрекъснатото увеличаване на разходите за здравеопазване и недофинансирането на социалните услуги пораждат необходимостта от прилагане на нови подходи и модели на грижа, насочени както към по-пълно удовлетворяване потребностите на хронично болните и хората с увреждания, така и към постигане на по-голяма ефективност при предоставянето на здравни и социални услуги посредством тяхното интегриране в административен, организационен и финансов аспект.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Моделът „Интегрирани грижи“ – концептуална рамка, европейски практики

Интегрираният подход в грижата за хора с хронични заболявания и увреждания е предизвикателство поради изключително разнообразния обхват на понятието – от интегрирана здравна грижа в системата на здравеопазването до значително по-широка интеграция на системи, предоставящи разнообразен спектър от взаимосвързани здравни и социални услуги (Nolte, Pitchforth, 2014, pp. 3–9; Mounier-Jack, Mayhew, Mays 2017).

В сферата на здравеопазването интеграцията се разглежда като способ за оптимизиране на ресурсния потенциал и по-ефективно удовлетворяване потребностите на хората, съвместно

с други образователни и социални институции. В хода на този процес се цели обединяване на здравните грижи в цялостна услуга с оглед комплексно решаване на проблемите на даден пациент или група пациенти (Report of a World Health Organization Study Group, Integration of Health Care Delivery 1996, pp. 5–8).

Глобалната стратегия на Световната здравна организация (СЗО) поставя фокуса върху фундаменталната промяна в доставката, управлението и финансирането на здравните услуги. Тази необходимост е продиктувана от предизвикателствата, пред които са изправени здравните системи във връзка с нарастващата продължителност на живота на населението и дългосрочните хронични проблеми, изискващи многогодишна комплексна грижа и подкрепа. Достъпът на хората до здравни услуги трябва да се предоставя по начин, който съответства на техните предпочитания и потребности, като заедно с това осигурява безопасни, навременни, ефективни и с приемливо качество здравните услуги (WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services, 2015).

Здравните услуги, ориентирани към хората, са подход за грижа, при който лицата, семействата и общността са както бенефициенти на надеждни и устойчиви здравни системи, така и активни участници във вземането на решения и грижата за собственото здраве. Интегрираните здравни услуги трябва да се управляват и доставят по начин, гарантиращ непрекъснатост на дейностите, свързани с промоция на здравето, профилактика на заболяванията, диагностика, лечение, здравни грижи, рехабилитация и услуги за палиативни грижи през целия жизнен път на потребителите (WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services 2015).

Стратегията извежда пет взаимносвързани стратегически направления: овластяване и ангажиране на хората и общностите чрез предоставяне на възможности, умения и ресурси за вземане на решения относно тяхното здраве; укрепване на управлението и отчетността от доставчиците на здравни услуги и здравните мениджъри; преориентиране на модела на грижа с акцент върху първичните здравни грижи и общественото здраве; координиране на услугите около потребностите на хората на всички нива на грижи и насърчаване на дейностите за интеграция както между доставчиците на здравни услуги, така и с останалите системи, предоставящи грижи; създаване на благоприятна среда (политическа, законодателна, финансова и др.) (WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services 2015).

Интеграцията на грижите изисква постигане на успешна координация между множество участници както в рамките на здравната система, така и извън нея – с други сектори, като социални услуги, финанси, образование, труд, жилищно настаняване, правна система и др. Тя не налага задължително обединяване на различните структури, услуги или работни процеси, а се фокусира върху подобряване на грижите чрез съгласуване и хармонизиране на процесите и информацията при предоставяне на различни услуги, подобряване на приемствеността между грижите и комуникацията с потребителите (Report by the Secretariat: Sixty-ninth World Health Assembly, Strengthening integrated, people-centred health services 2016). Интеграцията може да бъде реализирана между различни субекти – между здравни и социални услуги; между първична и болнична медицинска помощ; в рамките на един сектор (например услуги за психично здраве); между превантивни и лечебни услуги и т.н. (Nolte, Pitchforth 2014, p. 5).

По отношение на понятието „интегрирани грижи“ в различните страни се използват разнородни дефиниции и се прилагат различни интерпретации – от управление на случаи, координация на грижи, съвместни грижи от здравни специалисти и специалисти, предоставящи дългосрочни и социални услуги, до сложна стратегия за иновации и прилагане на дълготрайна промяна в начина на обслужване в секторите на здравеопазването и социалните грижи (Nolte, Pitchforth 2014, pp. 3–9).

На основата на анализа от прилагането на интегрирани здравни и социални услуги в САЩ и Обединеното кралство през 90-те години на 20 в. W. Leutz извежда три нива на интеграция: *връзка* – осъществява се между отделни структурни звена на здравната и социалната система, като организациите запазват своята самостоятелност при предоставяне на услугите, отговорността, финансирането и правилата си за работа; *координация* – връзка, която включва допълнител-

ни структури и процеси, като рутинно споделяне на информация, планиране, координиране на грижите от различните сектори; *пълна интеграция* – интегрираната организация/система поема отговорността за всички услуги, ресурси и финансиране, които могат да бъдат включени в обща управлявана структура или да бъдат предоставяни посредством договорни споразумения между различни организации. W. Leutz разглежда потребностите на хората като водещ фактор при определяне нивата на интеграция: при хора с по-малко потребности, с по-кратка продължителност на заболяването и по-малка тежест обхватът на необходимите услуги не изисква напълно интегрирана система, докато по-високите нива на интеграция трябва да бъдат насочени към потребители с по-сложни и дългосрочни потребности (Leutz 1999, pp. 77–110).

Развитието на концепцията за интеграция на грижите е свързана с постигането на т.нар. „тройна цел“ – подобряване на здравните резултати, подобряване на грижата за потребителите и намаляване на разходите (Berwick, Nolan, Whittington 2008, pp. 759–769). Интегрираната грижа включва разнообразни инициативи, които се стремят да оптимизират резултатите за хората със сложни хронични здравословни проблеми чрез преодоляване на проблемите, свързани с нейната разпокъсаност посредством свързване или координиране на услугите, предоставяни от различни доставчици и професионалисти. Изследванията на редица автори обаче показват, че все още няма достатъчно убедителни доказателствата за ползите от различните форми на интегрирана грижа за подобряване както на здравните резултати, така и на ефективността (Dickinson 2007, pp. 79–92; Nolte, Pitchforth, 2014; Mounier-Jack, Mayhew, Mays 2017).

Нарастващата тежест на хроничните заболявания в Европа е най-голямото предизвикателство за увеличаване броя на годините, прекарани в добро здраве от населението в Европейския съюз¹. Системите на здравеопазване и социална защита често се сблъскват с припокриващи се проблеми, което налага търсене на пътища за сътрудничество и намиране на общи комплексни решения в грижата за потребителите. Застаряването на населението и свързаната с това полиморбидност изискват координация на грижата от различни организации и професионалисти; хроничната заболяемост налага дългосрочна подкрепа, която не може да бъде реализирана винаги в болнично лечебно заведение, а се предоставя в извънболнични условия, в общностна среда или в дома на потребителя (Robertson, Gregory, Jabbal 2014; Humphries 2015). В тази връзка в редица европейски страни се използват различни модели на интеграция на грижата между първична, специализирана медицинска помощ, болнично лечение, социална грижа, домашна грижа и др.

През годините в *Обединеното кралство* са прилагани различни подходи и мерки за постигане на по-тясно интегриране на здравеопазването и социалните грижи посредством формиране на съвместни екипи и комитети за планиране, нови видове организационни структури („Care Trusts“), законодателни промени, създаващи възможност за обединяване на бюджети за здравни и социални грижи. Създадена е национална рамка на политиката за интегрирана грижа, посредством която централната и местната власт споделят отговорността чрез създаване на органи за управление на здравеопазването и благосъстоянието – Съвети за здраве и благополучие. Чрез тях се реализират местни стратегии за здраве и благополучие, като се търси обединяване в дейността на регионални организации за постигане на по-добри интегрирани услуги (Humphries 2015).

В *Англия* въз основа на приетата национална рамка за сътрудничество се подкрепят решения на местно равнище, предоставят се финансови стимули, вкл. свързани и с различни механизми за плащане и договаряне. Създаден е Фонд за по-добри грижи, представляващ „единен общ бюджет за здравни и социални грижи“, с помощта на който на възрастни хора и хора с увреждания се предлагат по-добри, по-интегрирани грижи и подкрепа (Humphries 2015).

Прилаганите регионални инициативи за интегриране на услугите са свързани с: разширяване на съществуващите интегрирани екипи за психично здраве и първична помощ; „свързани грижи“ за възрастни хора с дългосрочни здравни състояния и семейства със сложни нужди; цялостен редизайн на системата за първична медицинска помощ; партньорство с неправителствения сектор за насърчаване на независимостта и предотвратяване на хоспитализациите; профилактика; раз-

¹ Поставената цел е до 2020 г. броят на годините, прекарани в добро здраве от населението в ЕС, да се увеличи с 2 години (Съвет на Европейския съюз, 2011 г.).

ширяване ролята на интегрираните местни мултидисциплинарни екипи; интегрирана доставка и договаряне на услуги; нови механизми за плащане и договаряне на услуги, които предлагат стимули за грижи извън болницата; предлагане на повече услуги в общностна или домашна среда (Humphries 2015).

С въвеждането на индивидуални програми за грижи се създават възможности за потребителите, с подходяща подкрепа, сами да проектират необходимите за тях грижи. Този модел на грижа включва персонализирано планиране на грижи и подкрепа с възможност за интегриран личен бюджет (покриващ както здравни, така и дългосрочни грижи), който може да се управлява от Съветите за здраве и благополучие, Националната здравна служба, други доставчици на услуги (неправителствени, доброволчески, частни организации) или от самото лице чрез директно плащане. Чрез този модел се цели планиране и доставка на набор от услуги за дълъг период от време (например година), а не на отделни случаи на лечение и грижи (Humphries 2015).

В *Швеция* провежданите в края на миналия век реформи на грижите за хората в напреднала възраст са насочени към тяхната децентрализация, специализация и интеграция с оглед намаляване на обществените разходи, по-висока ефективност и ефикасност при лечение на острите заболявания и свобода на избор за възрастните да получават грижи в домашни условия. Местните общини носят организационните и финансовите ангажменти за осигуряване на всички видове грижи за хората над 65-годишна възраст (с изключение на лечението от лекар) и отговорността за психиатричната помощ на болните в дългосрочен план. Независимо от постигнатите успехи в резултат на настъпващите демографски промени се наблюдава както увеличаване и разслояване на общинските грижи за възрастни хора, като стремежът за по-социалната им ориентация е постигнат само частично, така и нарастващ брой зависими хора в напреднала възраст, които не получават необходимото медицинско лечение в рамките на общите грижи (Andersson, Karlberg 2000).

В *Дания* грижите за възрастните хора са свързани с целенасочена подкрепа за осигуряване на условия, които позволяват на тези лица да останат в домовете си възможно най-дълго. Отговорността за тази грижа е споделена между регионалните болници, общопрактикуващите лекари и доставчиците на общински институционални и домашни услуги. Дългосрочните грижи в извънболнични условия се основават на потребностите и се организират и финансират от общините, като повечето от тях се предоставят в домашни условия от мрежа от медицински сестри, лекари, социални работници и др. Общините разработват и широк набор от дългосрочни и временни услуги за домашна грижа за подпомагане на възрастни или семейства, грижещи се за човек с увреждане. Постоянните грижи в домашни условия са безплатни, докато временните грижи в дома могат да бъдат обект на поделение на разходите, като потребителите могат да избират между публични или частни доставчици. Дългосрочната психиатрична грижа също е отговорност на общините, които сключват договор както с частни, така и с обществени доставчици на услуги (Jarden, Jarden 2015).

В *Германия* разработваната и прилагана политика за дългосрочни грижи се основава на принципите: прозрачност, яснота, справедливост, обединяване на риска (национален механизъм за финансиране, съчетан с индивидуална отговорност), дългосрочна финансова стабилност (вкл. и създаване на резервен фонд, който да може да поеме нарастващите потребности), стабилност за доставчиците на грижи (система на финансиране, която се стреми да предложи стабилност и сигурност на доставчиците наред с местната гъвкавост при динамичен и конкурентен пазар) (Cunyu, Schlepper, Hemmings 2019).

Интеграцията на грижите се разглежда през призмата на общата цел за изграждане на устойчиви общности посредством алтернативни модели на грижа и живот в общността, които помагат на хората да живеят независимо за по-дълъг период от време. С приетия през 2015 г. Закон за укрепване на здравеопазването се насърчава създаването на интегрирани програми за грижа, предоставянето на висококачествени и достъпни услуги в цялата страна, механизъм за тяхното финансиране², подкрепяща среда, свързана с намаляване на административните бариери. При интегрираните програми за грижи доставчиците от различни сектори формират интегрирана

² „Фонд за иновации“ на обща стойност 300 млн. евро годишно.

мрежа за грижи, като всички договарящи се партньори се ползват с висока степен на свобода – и участниците в мрежата, и платците са свободни да договарят както схеми за плащане, така и вида, и обхвата на предоставяните грижи³ (Milstein, Blankart 2016, pp. 445–451).

Национална рамка и приоритети в грижата за хора с хронични заболявания и увреждания

Към настоящия момент в Република България липсва точна информация за броя на хората с увреждания, като вариациите могат да бъдат свързани както с терминологични различия в използваните понятия и прилаганата методика за оценка на работоспособността, така и с източника на информация (Ivkov 2013, p. 23).

Според Националния статистически институт (НСИ) към 1.02.2011 г. призната трайно намалена работоспособност или степен на увреждане имат 474 267 човека. Профилът на тези с трайно намалена работоспособност на 16 и повече години се характеризира с: преобладаващ дял на хората със степен на увреждане от 71 до 90% (39,7%), повишаване на тежестта на уврежданията и риска от инвалидизация с напредване на възрастта (50,6% от хората с увреждания са на възраст 60 г. +), по-висок брой на жените с увреждания на 1000 души от населението в сравнение с мъжете и нарастване на този дял с увеличаване на възрастта; по-висок дял на хората с увреждания, живеещи в градовете (71,5%), но по-високо равнище на инвалидизация сред селското население; увеличаване на дела на самотноживеещите с увреждания в горните възрастови групи и др. (Census 2011; National Statistical Institute 2011; Krasteva et. al. 2012, pp. 214–216, 220–221).

Според данните на Агенцията за хората с увреждания броят им е 715 000. Агенцията за социално подпомагане отчита близо 500 000 подкрепени хора с трайни увреждания през 2019 г., като се предвижда техният брой да надхвърли 650 000 през 2020 г.⁴ Според данните на Националния осигурителен институт (НОИ) броят на хората с пенсия за инвалидност поради общо заболяване нараства 2,5 пъти в периода 2000–2018 г., като в края на този период достига 457 432 души. НОИ отчита, че всяко второ лице с пенсия за инвалидност поради общо заболяване е в трудоспособна възраст; увеличава се делът на хората със загуба на работоспособност 50–70% за сметка на по-високите степени на увреждане.⁵

Националната политика за хората с увреждания е насочена към тяхното равноправно интегриране във всички области на обществения живот чрез създаване на условия и гаранции за равнопоставеност, социална интеграция, подкрепа за тях и техните семейства, интегриране в образователна и работна среда, ефективен достъп до качествени здравни услуги, подкрепа за живот в общността и др. В приетата *Национална стратегия за хората с увреждания (2016–2020 г.)* пълноценното, равноправно упражняване на всички права от хората с увреждания се извежда като национален приоритет в унисон с Конвенцията за правата на хората с увреждания на ООН и Плановите за действие на Р. България (2013–2014 г., 2015–2020 г.) за нейното прилагане.⁶

Едно от фундаменталните човешки права на всички граждани е правото на здраве. В българското законодателство, в *Конституцията на Република България* са регламентирани основни права, касаещи правото на здравно осигуряване, гарантиращо достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със съответния закон⁷.

Законът за здравето извежда опазването на здравето на гражданите като водещ национален приоритет, основан на принципите на равнопоставеност при ползване на здравни услуги, осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ, промоция на здраве и интегрирана про-

³ Например болница може да образува мрежа с амбулаторни лекари, психолози, психотерапевти и социални работници, за да предотврати повторните хоспитализации и по този начин да оптимизира качеството на живот на пациенти с хронични заболявания.

⁴ <https://www.mlsp.government.bg/>

⁵ <https://www.noi.bg/>

⁶ Виж Национална стратегия за хората с увреждания (2016–2020 г.), МС. София, 2016.

⁷ Конституция на Република България. // ДВ, бр. 56 от 13 юли 1991 г., чл. 52.

филактика на болестите, предотвратяване и намаляване на риска за здравето на гражданите от неблагоприятното въздействие на факторите на жизнената среда и др. В него една от уязвимите целеви групи, нуждаещата се от специфична здравна закрила, са хората с физически увреждания и психически разстройства⁸.

Законът регламентира възможността за откриване на здравни кабинети в социални и интегрирани здравно-социални услуги за резидентна грижа⁹ за повече от 20 потребители и в социалните услуги за осигуряване на подслон (чл. 26, ал. 1), както и оценка на работоспособността на основата на *Наредба за медицинска експертиза*. В Наредбата са определени принципите и критериите на медицинската експертиза, редът за установяване на временна неработоспособност, видът и степента на увреждане, степента на трайно намалена работоспособност, потвърждаване на професионална болест и др.¹⁰

В международната практика при оценка както на различни състояния и заболявания, така и на функционирането и уврежданията, свързани със здравното състояние, комплексно се прилагат Международната класификация на болестите (10 ревизия) и *Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето* на СЗО¹¹, която се основава на т.нар. био-психо-социален модел, при който функционирането и уврежданията се разглеждат като резултат от комплексни взаимодействия между биологични, психологични и социални фактори, като се поставя фокус по-скоро върху човешкото здраве и функциониране, отколкото върху уврежданията. Тази класификация позволява да се опишат, от една страна, промените във функционирането и структурата на тялото, а от друга – дейностите и участието (включването в различни житейски ситуации) на човек със здравословен проблем и затрудненията, които той може да изпитва, като се отчитат влиянието на факторите на околната среда и личностните характеристики на индивида.

В *Закона за лечебните заведения* се регламентира, че лечебните заведения „могат да предоставят социални услуги и интегрирани здравно-социални услуги при условията и по реда на *Закона за социалните услуги*“. Законът регламентира създаването от държавата на нови лечебни заведения – центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания, в които се осъществяват дейности за оказване на подкрепа на семействата на тези деца, за назначаване и провеждане на ранна диагностика, лечение, медицинска и психосоциална рехабилитация; продължително лечение и рехабилитация; обучение на родителите за поемане на грижата в семейна среда; осигуряване на специфични грижи от медицински специалисти за децата, отглеждани в семейна среда и в социална или интегрирана здравно-социална услуга за резидентна грижа; осигуряване на специализирани палиативни грижи за деца¹².

Промените в *Закона за лечебните заведения* трансформират Домовете за медико-социални грижи в Домове за медико-социални грижи за пълнолетни лица, в които се осъществява продължително медицинско наблюдение и специфични грижи за лица над 18-годишна възраст от различни възрастови групи с хронични заболявания, специфични грижи по домовете на лица с хронични инвалидизиращи заболявания и медико-социални проблеми¹³.

В *Националната здравна стратегия 2020* един от водещите приоритети е създаването на условия за здраве за всички през целия живот – майки, деца и юноши, лица в трудоспособна възраст, стари хора, лица с увреждания и др. Извеждането на хората с увреждания като специфична целева група кореспондира с политиките за създаване на условия за постигане на възможно най-добро здраве за тях. Подобряването на тяхното качество на живот, недопускането на дис-

⁸ Закон за здравето. // ДВ, бр. 70 от 10 август 2004 г., доп. ДВ, бр. 44 от 13 май 2020 г.

⁹ Резидентна грижа – дейност за осигуряване на място за настаняване на деца, младежи до 25-годишна възраст, лица с трайни увреждания и лица в надтрудоспособна възраст и в зависимост от индивидуалните потребности – за осигуряване на 24-часова грижа за посрещане на ежедневните потребности и потребностите от развитие на лицата или за осигуряване на подкрепа за водене на самостоятелен начин на живот (*Закон за социалните услуги*. // ДВ, бр. 24 от 22 март 2019 г., изм. ДВ, бр. 65 от 21 юли 2020 г.).

¹⁰ Наредба за медицинска експертиза. // ДВ, бр. 51 от 27 юни 2017 г., доп. ДВ, бр. 63 от 17 юли 2020 г.

¹¹ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), WHO, 2001.

¹² Закон за лечебните заведения. // ДВ, бр. 62 от 9 юли 1999 г., доп. ДВ, бр. 54 от 16 юни 2020 г.

¹³ Пак там.

криминация по признака „увреждане“ са свързани с осигуряване на равни възможности и ефективен достъп до качествени здравни услуги на всички нива на здравната система. Предвидените мерки са насочени към: превенция на уврежданията чрез развитие на ранната диагностика и своевременно и ефективно лечение; подобряване на достъпа до медицинска помощ; осигуряване на навременна рехабилитация и развитие на необходимия капацитет на структурите, осъществяващи комплексни рехабилитационни програми (медицинска, професионална, социална); прилагане на интегрирани подходи и услуги в общността за задоволяване потребностите на хората с увреждания от поддържащо лечение, общи и специфични здравни грижи в амбулаторна или домашна обстановка, социална рехабилитация, образователно и професионално обучение и ориентиране, индивидуални програми за социално включване; подобряване на координацията между специалистите в системата на здравеопазване и работещите в социалните и други услуги, предоставяни на хората с увреждания и др.¹⁴

Във връзка с прилагането на интегрирани подходи и услуги в общността за задоволяване на потребностите на хората с увреждания през 2018 г. Министерство на здравеопазването започна проект, свързан с разработване и прилагане на методика за предоставяне на патронажна грижа, стандарти за качество на услугата; разработване на програма за обучение на медицинските специалисти и специалистите в областта на социалните услуги, супервизия на услугата. Предвидено е и изграждане на мрежа от услуги в домашна среда и осигуряване на почасови мобилни здравно-социални услуги по домовете за хора с увреждания и възрастни хора над 65 г. в невъзможност за самообслужване¹⁵.

С приетия *Закон за хората с увреждания* се регламентира правото на комплексна индивидуална оценка на потребностите на хората с увреждания, включваща както оценка на функционалните затруднения, свързани със здравословното състояние и наличието на бариери при изпълнение на ежедневните и други дейности, така и вида на подкрепата в областите здравеопазване, образование, заетост, жилищно осигуряване, достъпна среда и др.¹⁶

Законът за социалните услуги дефинира интегрираните здравно-социални услуги като „услуги за специализирана подкрепа на лицата чрез дейности от сферата на здравните грижи и социалните услуги, които се предоставят в рамките на обща организация и управление“ от всички доставчици на социални услуги и лечебните заведения (чл. 143., ал. 1). Тези услуги могат да бъдат осъществявани както от медицински специалисти, така и от специалисти, предоставящи социални услуги. Целевите групи, към които са насочени, са: деца и лица с трайни увреждания; лица с хронични заболявания; лица в надтрудоспособна възраст в невъзможност за самообслужване. Качеството им ще бъде оценявано и контролирано от Агенция за качество на социалните услуги с участието на Регионалните здравни инспекции¹⁷.

Насочването за „ползване на интегрирани здравно-социални услуги за резидентна грижа ще се извършва въз основа на специализирана експертна оценка на здравословното състояние и потребностите на лицата от медицински грижи от лечебни заведения за болнична помощ“ (чл. 145., ал. 2). Специалистите от лечебните заведения ще подпомагат и консултират доставчиците на тези услуги при извършването на индивидуална оценка на потребностите, разработването на индивидуален план за подкрепа и предоставяне на услугата. Законът предвижда разработване на методика, регламентираща постоянното медицинско наблюдение и медицинската грижа, които се предоставят чрез интегрирани здравно-социални услуги за резидентна грижа и извежда профила на лицата с подобни потребности (хора, които не са в активно болестно състояние за болнично лечение, но здравословното им състояние изисква периодично медицинско наблюдение и медицински манипулации)¹⁸.

¹⁴ МЗ, Национална здравна стратегия 2020, София, 2015, с. 13, 43–47.

¹⁵ Виж Доклад за изпълнение на Плана за действие за периода 2016–2018 г. за изпълнение на Националната стратегия за хората с увреждания 2016–2020, МТСП, София, 2019, с. 27.

¹⁶ Закон за хората с увреждания. // ДВ, бр. 105 от 18 декември 2018 г., доп. ДВ, бр. 44 от 13 май 2020 г.

¹⁷ Закон за социалните услуги. // ДВ, бр. 24 от 22 март 2019 г., доп. ДВ, бр. 65 от 21 юли 2020 г.

¹⁸ Пак там.

На основата на направения обзор могат да бъдат очертани следните *предизвикателства* в процеса на предоставяне на интегрирани здравно-социални услуги в страната:

- Отсъствието към настоящия момент на достатъчно точна информация за броя и профила на хората с увреждания (демографски, здравен, социален) в различните региони и населени места на страната създава затруднения както в извеждане на спецификата в техните потребности, организацията и капацитета на предоставяните грижи, така и в планирането и реализирането на адекватни, ефективни и устойчиви политики спрямо тази уязвима група.
- Направените законодателни промени регламентират възможността за предоставяне на интегрирани здравно-социални услуги, целевите групи и възможните доставчици. Към момента няма дефиниране на техния обхват, няма разработени стандарти за качество на услугите и критерии и механизми за тяхната оценка.
- Предоставянето на интегрирани услуги от две разнородни системи изисква ясни механизми за междуинституционално взаимодействие и сътрудничество; ясно дефинирани граници и отговорности по отношение създаването на обща организация, управление и ресурсно обезпечаване (финансово, кадрово). Недостигът и застаряването на кадрите в здравната и социалната система поставят необходимостта от обучение на нови специалисти или допълнителна квалификация на съществуващите с оглед новите реалности.
- Необходимо е изграждането на нова култура на взаимоотношения на равнопоставеност и партньорство между всички участници, предоставящи грижи; екипна работа, при която в зависимост от потребностите на хората с проблемна лидерската роля ще бъде поемана от специалисти от различни сфери.
- Интеграцията на грижата трябва да бъде фокусирана към оптимално удовлетворяване на потребностите на хората с увреждания и хронично болните при запазване на разумен баланс между качество и ефективност, а не към преодоляване на натиска и дефицитите в здравната и социалната система и икономия на финансови средства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Достъпните адекватни грижи са безспорно необходимата предпоставка за постигане на независимост и добро качество на живот на хората с хронични заболявания и увреждания. Непрекъснатата промяна в техните потребности налага планиране и координиране на грижи, предоставяни от различни специалисти и различни организационни структури. В хода на този процес на интеграция, здравната и социалната система в страната трябва да отговорят на потребностите на хората посредством ефективна система за грижи, ориентирана към потребителите, постигаща най-добрите възможни и значими за тях резултати.

REFERENCES

1. **Andersson, G., Karlberg, I. 2000:** 'Integrated care for the elderly' in *International Journal of Integrated Care*, viewed 20 May 2020 <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1534007>>.
2. **Berwick, D., Nolan, T., Whittington, J. 2008:** 'The triple aim: care, health, and cost' in *Health Affairs*, Vol 27(3), viewed 20 May 2020 <<https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.27.3.759>>.
3. 'Census 2011. Persons with Disabilities 1.02.2011' 2011, National Statistical Institute, viewed 20 May 2020 <http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/Census_Disability2011.pdf>. (in Bulgarian)
4. **Curry, N, Schlepper, L., Hemmings, N 2019:** 'What can England learn from the long-term care system in Germany?' in *Research report, Nuffield Trust*, viewed 20 May 2020 <<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/what-can-england-learn-from-the-long-term-care-system-in-germany>>.
5. **Dickinson, H. 2007:** 'Evaluating the outcomes of health and social care partnerships: the POET approach' in *Policy and Planning* 25(2/3), *Health Services Management Centre, University of Birmingham*, viewed 20 May 2020 <<http://ssrg.org.uk/wp-content/uploads/2012/02/rpp252and3/evaluating.pdf>>.
6. **Humphries, R. 2015:** 'Integrated health and social care in England – Progress and prospects' in *Health Policy, Volume 119* (7), viewed 20 May 2020 <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851015001177>>.

7. 'Integration of Health Care Delivery' 1996, in *Report of a World Health Organization Study Group*, viewed 20 May 2020 <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_861.pdf>.
8. **Ivkov, B. 2013:** *Analysis of the Needs of the Persons with Disabilities from Social Inclusion through Employment*, 1st ed., National Association of Employers of People with Disabilities, Sofia. (in Bulgarian)
9. **Jarden, M. & Jarden, J. 2015:** 'Social and health-care policy for the elderly in Denmark', viewed 15 June 2020 <<https://doctordementia.com/2015/08/07/social-and-health-care-policy-for-the-elderly-in-denmark/>>
10. **Krasteva, K., Karlezhova, N., Blagoeva, K., Popcheva, D., Yordanova, E. & Kateliev, S. 2012:** *Census of Population and Housing in 2011. Vol. 1 Population, Book 2, Demographic and Social Characteristics*, 1st ed., National Statistical Institute, Sofia. (in Bulgarian)
11. **Leutz, W. 1999:** 'Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom', Brandeis University, Massachusetts, viewed 20 May 2020 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751110/pdf/milq_125.pdf>.
12. **Milstein, R. & Blankart, C. 2016:** 'The Health Care Strengthening Act: The next level of integrated care in Germany' in *Health Policy, Volume 120, Issue 5*, viewed 20 May 2020 <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016300835>>.
13. **Mounier-Jack, S., Mayhew, S. & Mays, N. 2017.** 'Integrated care: learning between high-income, and low- and middle-income country health systems' in *Health Policy and Planning: Oxford Journals*, viewed 20 May 2020 <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5886259/>>.
14. **Nolte, E. & Pitchforth, Em. 2014:** *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?*, World Health Organisation, Copenhagen.
15. **Robertson, R., Gregory, S. & Jabbal, J. 2014:** *The social care and health systems of nine countries*, Commission on the Future of Health and Social Care in England, London.
16. 'Strengthening integrated, people-centred health services' 2016, in *Report by the Secretariat: Sixty-ninth World Health Assembly*, viewed 20 May 2020 <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf>.
17. 'WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services' 2015, in *Interim Report World Health Organisation*, viewed 20 May 2020, <<https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy>>.
18. Закон за socialnite uslugi. // DV, br. 24 ot 22 March 2019 g., dop. DV, br. 65 ot 21 July 2020 g. (in Bulgarian)
19. Закон za zdraveto. // DV, br. 70 ot 10 August 2004 g., dop. DV, br. 44 ot 13 May 2020 g. (in Bulgarian) <https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/>

За контакти:

Юлия Пулова-Ганева, доцент, доктор
 Служебен адрес: В. Търново 5000, ул. „Арх. Г. Козаров“, № 1А
 ВТУ „Св. св. Кирил и Методий“, Стопански факултет,
 катедра „Организация и методология на социалните дейности“
 Ел. поща: y.pulova@ts.uni-vt.bg
