

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА НАДГРАЖДАНЕ НА ЗДРАВНО-ОСИГУРИТЕЛНИТЕ УСЛУГИ ЧРЕЗ ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ИНТЕГРИРАНИ ЗДРАВНО-СОЦИАЛНИ ГРИЖИ В ДОМАШНА СРЕДА

Надежда Димитрова Тодоровска
Стопанска академия „Д. А. Ценов” – Свищов
Катедра „Застраховане и социално дело“

Резюме: Настоящата статия разглежда проблемите, свързани с начините за разходване на средствата, предназначени за здравеопазване в България. Акцент в нея е възможността за чувствително намаляване на разходите чрез въвеждане на интегрирани здравно-социални услуги в домашна среда. Изводите и заключенията се базират на разглеждане на чуждия опит в това отношение, както и на пилотен проект на Българския червен кръст, приложен в четири общини на област Враца. В статията се разглеждат и алтернативните източници на финансиране на здравеопазването в България, каквото е здравното застраховане.

Ключови думи: здравни грижи, интегриран подход, домашна среда.

JEL: I 13.

OPTIONS FOR UPGRADING THE HEALTH INSURANCE SERVICES BY PROVIDING INTEGRATED HEALTH AND SOCIAL CARES AT HOME

Nadejda Dimitrova Todorovska
D. A. Tsenov Academy of Economics – Svishtov
The Department of Insurance and Social Security

Abstract: The present article addresses the issues stemming from the manner in which resources designated for healthcare in Bulgaria are spent. The emphasis is placed on the possibility for a significant reduction of expenses by introducing integrated social-health services in a home environment. The corollaries and the conclusion have been reached through the observation of foreign experience in that regard, as well as on the pilot project of the Bulgarian Red Cross, which is currently being applied in four municipalities of Vratsa region. In addition, this article also discusses the alternative sources of financing Bulgarian healthcare, such as the healthcare insurance.

Keywords: health care, integrated approach, home environment.

JEL: I 13.

* * *

През последните години разходите за здравеопазване в България непрекъснато нарастват. Същевременно, в обществото ни, е преобладаващо мнението, че качеството на предоставяните здравни услуги не е на

необходимото ниво. Причините за това са много и комплексни, но като че ли най-съществената от тях е свързана с разпределението на средствата, предназначени за здравеопазване.

В повечето развити европейски страни е налице добре организирана система за извънболнични здравни грижи, която на базата на интегрирани подходи в домашна среда позволява да се спести финансов и човешки ресурс. Затова основната цел на настоящото изследване е да се разгледат и анализират възможностите за намаляване на разходите в здравеопазването чрез въвеждане на система за интегрирани социално-здравни услуги в домашна среда.

Постигането на целта минава през:

- изследване организацията за предоставяне на здравни услуги в нашата страна;
- разглеждане на европейския опит по отношение на предоставяне на интегрирани социално-здравни услуги;
- оценка на опитите, правени в България, за въвеждане на интегрирани социално-здравни услуги.

I.

Сферата на здравеопазване, през последните 15 години в България, се характеризира с нисък обхват на превантивните мерки и висок процент хоспитализации. Съгласно европейския индекс на потребителите за 2014 година, 66% от разходите в здравната система са за болнични грижи. (Индекс на европейския здравен потребител за 2014 г., 2015) Това поставя нашата страна на първо място в Европа по този показател. Двукратното превишение на разходите за болнична грижа спрямо тези за доболнична медицинска помощ прави нашата система на здравеопазване икономически неефективна. Приоритетното предлагане на най-скъпоструващите здравни грижи пряко влияе както върху публичните фондове, така и върху личните финанси на всеки един пациент. Болничните данни показват също, че около 20% от хоспитализациите съответстват на условия, които според международните стандарти могат рутинно да бъдат лекувани амбулаторно (Богетич, 2013).

В България действа смесена публично-частна система на финансиране на здравеопазването. Основната финансираща институция за здравни услуги е Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) но освен нея в покриването на разходите се включват и Министерството на здравеопазването, общините и застрахователните дружества. Оказва се обаче, че немалка част от средствата, с които се финансира здравеопазването, са за сметка на директните плащания на пациентите. В сравнение със страните от Европейския съюз българските граждани отделят най-голяма част от своите доходи за директни плащания за здравни услуги. Средно 47% от

доходите на българските домакинства отиват за покриването на тези разходи. В същото време тенденцията за увеличение дела на частните разходи спрямо публичните в страната се запазват, като се очаква, той да достигне 48 – 49% от общите разходи за здраве (Куфинял, 2015).

Една от основните препоръки на Съвета на Европейския съюз от 19 юни 2014 година е да се осигури ефективно предоставяне на здравно обслужване, включително чрез подобряване на ценообразуването за услугите в областта на здравеопазването, при обвързване на финансирането на болниците с резултатите, ускоряване оптимизирането на болничната мрежа и развитие на възможностите за извънболнично лечение (ЕС, 2015).

От друга страна, в България е налице трайно намаление и застаряване на населението и работната сила, което води до сериозен риск за всички социални системи, гарантиращи устойчиво развитие на публичните фондове, в това число и тези, предназначени за здравеопазване.

През 2015 година гражданите в трудоспособна възраст са 4,349 милиона души, което представлява само 60,8% от общото население на страната. По данни на официалната статистика тенденцията е към намаляване на лицата в трудоспособна възраст, а за 2015 година намалението спрямо предходната година е с над 54 хиляди души. Коефициентът на демографско заместване (съотношението между броя на влизащите в трудоспособна възраст /15–19 годишните/ и броя на излизащите от трудоспособна възраст /60–64 години/ също показва тенденция към намаляване. Докато за 2001 година той е 1,24, т.е. на 100 излизащи съответстват 124 млади хора, през 2015 година коефициентът заема стойност от 0,64, т.е. на 100 излизащи имаме само 64 млади хора.

Демографските промени водят до: забавяне на икономическия растеж, циклични кризи, дългови кризи, натиск върху публичните финанси, риск за устойчивостта на социалните системи и обедняване на населението. Допълнителен утежняващ факт е, че застаряването на населението в България се дължи не само на ниската раждаемост, но и на емиграцията. Все повече млади българи предпочитат да потърсят реализация в други страни.

Известен факт е, че възрастните хора боледуват по-често. По данни от доклади на Световната банка за 2014 година около 30% от хоспитализациите в България са на хора над 65-годишна възраст. Симулациите на Световната банка показват, че дори при по-оптимистични предположения демографската трансформация на България ще оказва трайно натиск върху бюджета и ще възпрепятства икономическия растеж. Прогнозите са, че към 2050 година ще е налице свиване на работната сила с близо 40%; забавяне на реалния ръст на БВП до 0,7% на година; нарастване на публичните разходи за обществено здравеопазване, дългосрочни грижи и държавни трансфери към пенсионната система. В същото време ще нарасне и съотношението Дълг/БВП от 18% на 51%; ще имаме увеличаване на коефициента Дълг/БВП с 0.9 процентни пункта годишно; продължителни

първични дефицити – най-важната предпоставка за натрупване на държавен дълг (Богетич, 2013).

Предвид демографското състояние в страната очакванията са, че търсенето на здравни услуги ще се повиши сериозно в следващите години. Необходимо е да се намерят начини за намаляване на негативния ефект, който застаряването на населението в България има върху разходите за здравеопазване. Едно от възможните решения в тази насока е разработването и въвеждането на модел за предоставяне на интегрирани здравно-осигурителни услуги в домашни условия, което да бъде приложимо за всички възрастови групи.

Част от препоръките на Световната банка за това, как да се отговори по-добре на застаряването, включва:

- увеличаване продължителността на здравословния живот и намаляване на неравенството в здравословното състояние;
- реорганизация на социалните услуги според промените в демографията;
- ранно насочване към хората, които ще бъдат уязвими от бедността, когато остаряят.

Освен описаните проблеми, от демографски характер, възможностите на общопрактикуващите лекари да покрият равномерно цялата страна са ограничени. Наблюдава се концентриране на лекарски практики в поголемите градове за сметка на по-малките населени места. Освен това в много случаи те по една или друга причина не работят в екип с медицински сестри, което допълнително намалява качеството и/или обхвата на предоставяната здравна грижа. От друга страна, на базата на анкетно проучване мнението на пациенти, ползвали такива услуги, става видно, че когато са били принудени да потърсят базовите сестрински грижи като услуга, 62,5% са я получили от близки и роднини, 27,5% – от лице срещу заплащане, 2% от медицинска сестра на общопрактикуващия лекар, а 8% посочват, че не са търсили такива грижи. Изводите на това проучване включват следното:

1. Институцията на общопрактикуващия лекар е утвърдена и печели доверието на пациентите.

2. Мнозинството от анкетираните лица биха желали да могат да ползват сестринските грижи като услуги от служби за сестрински грижи, когато имат необходимост (Стамболова, 2004).

Развитието на сестринските грижи в домашна среда ще помогне за професионалното реализиране на този вид специалисти по здравни грижи. Това ще окаже особено благоприятен ефект в по-малките общини, където поради финансовата си неефективност и задлъжнялост е необходимо да бъдат затворени общински болници.

II.

Опитът на развитите европейски държави показва използването на модели за интегрирани здравно-социални грижи в домашна среда като средство за подобряване ефективността на разходите в системата на здравеопазването. Например организацията на здравните грижи и обслужване в Австрия показва, че дялът на стационарните грижи е 16%, мобилни звена посещават 24% от пациентите в техните домове, 58% живеят в своите домове и получават помощ от близките си, а само 2% са на 24-часово обслужване (Gnlz-Wolf, Struempel, & Komp, 2004). Австрийската система е характерна с ясно изразената връзка между изпълнителя на услугата в домашна среда (неправителствена организация), клиента и обществения сектор, който се представлява от съответната провинция. В договорите между правителството на провинцията с изпълнителите на услугата в домашни грижи се визират разходите на час, броя часове, участието на клиентите в разходите и начина на управление и гарантиране на качеството.

В Швейцария е взето принципното решение, интегрираните социално-здравни услуги да се предоставят от една неправителствена организация – Асоциация Шпитекс. Финансирането на нейната дейност се осъществява от различни източници:

- здравни застраховки;
- вноски от държавата за организации, базирани на договори за услуги;
- вноски от пенсионното осигуряване за организации, базирани на договори за услуги;
- социални помощи за лица с ниски доходи;
- директни плащания от пациентите.

В исторически план организацията и финансирането на дейността на Асоциацията Шпитекс досега протича по етапи. Първоначално, в годините преди 1996 г., здравното застраховане е покривало малко дейности, като поставянето на инжекции, катетри и други медицински манипулации. Впоследствие през 1996 г. е въведено задължително здравно застраховане, което обаче не покрива заплащането на разходи за здравни услуги по домовете. Въведен е (през 1998 г.) и максимален праг на застрахователните вноски за основни грижи при липсваща прозрачност на разходите. От 2011 година швейцарското законодателство налага нов механизъм за финансиране на интегрираните социално-здравни услуги в домашна среда. Чрез него се утвърждава нов подход за заплащане от страна на застрахователите. Определя се фиксирана сума за инвестирано време, изчислена на базата на исторически принцип, която те са длъжни да заплатят. Останалата част от разходите е за сметка на кантоните/общините. Налице е и ограничено съфинансиране от страна на пациентите. Бъдещо увеличение на разходите е предимно за сметка на кантоните/общините.

Условие за застрахователно плащане, покриващо разходите за медицинско обслужване, е назначението на социално-здравните услуги в домашна среда да се извърши от лекар. Асоциацията Шпитекс е въвела и специфични правила за работата на обслужващата медицинската сестра с лекаря, от една страна, и пациента, от друга.

За 2010 година финансирането на швейцарската асоциация за извършените интегрирани социално-здравни услуги в домашна среда, е както следва:

- 35,0% за медицински грижи, за сметка на здравното застраховане;
- 9,0% за сметка на домакинствата;
- 2,8% за приготвяне на храна;
- 1,2% други дейности;
- 3,8% за сметка на дарения;
- 48,3% за сметка на кантоните/общините.

В швейцарския модел ясно се вижда диверсификацията на финансовите потоци, осигуряващи предоставянето на здравно-социални услуги в домашна среда. Финансирането е за сметка на: публични фондове (общини/кантони, пенсионно осигуряване, здравно застраховане) и самия ползвател (Dr. Moser, 2012).

В отговор на предизвикателствата в нашата страна Българският червен кръст, в партньорство с Министерството на здравеопазването, Министерството на труда и социалната политика и Швейцарският Червен кръст, през 2012 г. стартира разработването на модел за предоставяне на интегрирани здравно-социални услуги по домовете. Той е заимстван от работещия повече от 3 десетилетия швейцарски модел, но е модифициран, като е съобразен с обективната действителност, нормативна база и психосоциалните и културни особености на населението в нашата страна. За ползватели на услугата са определени лица над 65-годишна възраст, с хронични заболявания и трайни увреждания, след активно лечение в болница, основно самотно живеещи в четири общини в област Враца: Враца, Бяла Слатина, Оряхово и Криводол. За целта са организирани и разкрити четири центъра „Домашни грижи“ и е подготвен, чрез допълнителни квалификационни курсове, персонал от 17 медицински сестри и 33 домашни помощници.

Интегрираният подход на предоставяне на социалната и здравната грижа в домашна среда не представлява механичен сбор на двата вида услуги, а е резултат на съвместните действия на различните членове от екипа. Медицинската сестра и домашният помощник имат възможност да работят по определени алгоритми и така да си взаимодействат, че да се постигне ефективна и ефикасна услуга за крайния потребител. Това позволява, петдесетте работещи в четирите центъра „Домашни грижи“ да обслужват 429 пациента, като 129 от тях живеят в 12 близки до градовете села. За по-лесно придвижване всеки център разполага с по един високопроходим автомобил. Извършваните медицински манипулации са назнача-

вани от общопрактикуващите лекари или специалистите от болничните заведения след изписването на болния от активно наблюдение и лечение там.

Дейността на всеки център включва:

(1) базови здравни грижи по домовете на болни с тежки, в напреднал стадий заболявания и хора с увреждания;

(2) специализирани здравни грижи по домовете на болни с тежки, в напреднал стадий заболявания и хора с увреждания медицински – рутинни, медицински – специализирани, социални и др.;

(3) социално-битови услуги като помощ при осъществяване на личната хигиена, помощ при хранене, почистване на дома, изписване и закупуване на медикаменти, заплащане на битови сметки със средства на потребителя и др.;

(4) осъществяване на медико-социални контакти като придружаване до личен лекар или специалист, до лечебно заведение; придружаване при разходка и др.

Дейността на центровете включва още:

(1) обучение на болните и техните семейства;

(2) осигуряване на възможности за провеждане на домашна рехабилитация;

(3) предоставяне в дома на специализирани технически средства и оборудване, осигуряващо качество на живот на тежко болните и хората с увреждания;

(4) предоставяне на помощ при снабдяването на болните с медикаменти и пособия;

(5) персонални грижи, предвиждащи запазване достойнството и независимостта на болния;

(6) емоционална, социална и духовна подкрепа на болните, особено в терминално състояние, осъществявани от квалифициран персонал.

Дейността на центровете се осъществява при спазване на основните етични и морални принципи, Кодексите за професионална етика, както и на всички законови разпоредби.

Обучението на персонала на центровете „Домашни грижи“ включва както входящо ниво на подготовка, така и продължаваща квалификация по време на периода на предоставяне на услугата. То е насочено към придобиване на умения за работа с пациенти в домашна среда, както и прилагане от страна на специалистите по здравни грижи и на индивидуална оценка на нуждите на потребителите. Воденето на правилно организирана документация и изготвяне на ежедневна статистика за предоставените услуги е от важно значение за оценката на тяхната ефективност. За целта е изготвен и специален софтуерен продукт, който да позволи лесното периодично отчитане и анализиране на извършените манипулации и услуги по минути за различните видове персонал.

Работата на центровете е организирана, като се съблюдават следните правила:

(1) пациентите се приемат след насочване от лекар от лечебно заведение за първична извънболнична помощ, който дава писмено становище относно състоянието на пациента и грижите в дома;

(2) за да бъдат включени за обслужване, всички пациенти подават молба до мениджъра на съответния център;

(3) центърът приема пациенти с тяхното информирано съгласие;

(4) приемът се извършва след провеждане на медико-социална анкета и изготвянето на индивидуална оценка;

(5) по отношение на права, медицинско и социално обслужване и грижи пациентите на Центъра са равнопоставени;

(6) обслужването на пациентите се осъществява от мултидисциплинарен екип;

(7) за всеки пациент се изготвя, не по-късно от два дни след приемането му, индивидуална програма за работа, след консултация с лекаря от лечебното заведение за първична извънболнична медицинска помощ, семейството или неговите близки;

(8) обслужването в дома на пациентите се осъществява посредством предварително изготвен седмичен график;

(9) при приемането на нов пациент между него и Център “Домашни грижи” се подписва “Споразумение”. Всички подробности за срокове, вид на обгрижване, права и задължения на страните, способности за прекратяване са уговорени в Споразумението.

Центровете “Домашни грижи” работят в тясно сътрудничество с:

- лични лекари и други медицински специалисти;
- РЗИ-Враца;
- Дирекции „Социално подпомагане“;
- лечебните заведения в района;
- столове за диетично хранене;
- общинските и областната администрации;
- различни клубове на хора с увреждания, пенсионерски клубове и др.;
- неправителствени организации;
- доброволчески организации и др.

Деяностите се реализират основно с материали и консумативи на потребителите на услугата. Частично някои от тях, като медикаменти, се покриват от НЗОК.

III.

Българският червен кръст и партньорите му възприеха, моделът за интегрирани социално-здравни услуги да се апробира за хора от третата възраст, тъй като те са най-уязвими от гледна точка на социално-икономи-

ческото си положение, а в същото време се нуждаят от редица медицински манипулации с оглед на тяхното влошено здравословно състояние. Възрастовото разпределение на потребителите в проекта е, както следва: под 65-годишна възраст – 9%; от 65 до 79 години-58%; над 80-годишни – 33%.

Според данните на БЧК разходите в годишен план възлизат: за персонал – 83%, за текуща издръжка – 9% и инвестиционни разходи – 7%. В резултат на вътрешен финансов анализ, на база обслужено лице на година, при зает капацитет на център „Домашни грижи“ – 95-100 потребителя, се падат средно по 1500 – 1600 лева. Освен това въз основа на добре разработената програма за управление на човешките ресурси, от една страна, и воденето на т.нар. Case Management, от друга, е постигнато ефективно използване на работното време както на медицинските сестри, така и на домашните помощници. Съгласно събраните данни за работата на екипите в четирите центъра „Домашни грижи“ във Враца, Бяла Слатина, Оряхово и Криводол, в рамките на една календарна година (01.06.2014 г. – 31.05.2015 г.), разчетите показват средно месечно разпределение на работата на екипа в следните групи дейности и по минути, както следва:

- рутинни медицински дейности – 43 121 мин.;
- специализирани медицински дейности – 1323 мин.;
- медико-социални услуги – 30811;
- осъществяване на медико-социални контакти – 44 352 мин.;
- социално-битови услуги – 1 351 350 мин.;
- непреки грижи и транспорт – 350 937 минути.

Средно на ден се предоставят по 67 вида услуги от екипите на четирите центъра, като за разглеждания период са обхванати средно 531 потребителя.

Приложеният от БЧК модел показва, че грижата в домашна среда ще намали чувствително издръжката на един пациент и ще позволи в определени случаи, средствата да се пренасочат от скъпото болнично лечение към грижи в дома. Наличието на подобна възможност включва целогодишна, комплексна грижа, наблюдение и превенция за тази категория лица, което е твърде по-ефективно спрямо потенциалната цена дори за еднократен престой по клинични пътеки. Средно планираната цена за договорените дейности по една клинична пътека за 2014 година е около 644 лева.¹

Практиката в европейските страни показва, че този тип интегрирани здравно-социални услуги се прилагат не само за хората от така наречената трета възраст, а за всички възрастови групи. Тази форма е подходяща в случаите на временна нетрудоспособност поради заболяване или злополука. Чрез нея лицата биха намалили разходите си по лечението и

¹ Национален рамков договор за медицински дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2014 г.

извършваните медицински манипулации, ако заменят престоя си в болнично заведение с наблюдение от страна на медицински специалисти в домашна среда. Това, от друга страна, при определени условия, би им позволило дори частично да изпълняват някои свои професионални дейности и да отговорят по-адекватно на динамиката на обществения живот.

Очевидно с този нов вид интегрирана здравно-социална услуга, предоставяна от центрове от типа „Домашни грижи“, ще се намалят разходите за болничен престой на потенциалните потребители. В същото време те ще имат достъпна грижа от компетентни специалисти в домашна среда. Това от своя страна би дало не само икономически резултат, но и значителен психо-социален ефект в посока подобряване общото състояние на ползвателите на услугата. Не е за пренебрегване и фактът, че с въвеждането на интегрираните социално-здравни услуги в домашна среда като услуга, ръководена от медицински сестри, ще се даде възможност за облекчаване и съответно подобряване дейността на общопрактикуващите лекари, които са, както вече беше отбелязано, малко на брой и респективно претоварени в икономически непривлекателните райони на страната.

Европейската практика показва, че дейностите, осъществявани от медицинските сестри, се финансират от здравните фондове, а социалната – от бюджетите на общините и/или държавния бюджет. Важен елемент за финансовата устойчивост е и самоучастието на пациентите, което може да бъде обект и на допълнителното здравно застраховане.

* * *

Българското здравеопазване е изправено пред редица важни предизвикателства, сред които слабите здравни резултати, ниска степен на финансиране и сериозни проблеми, свързани с ефективността на използването на ресурсите. Очакваната продължителност на живота е под средната за Европейския съюз. Въпреки че през последните години се вижда леко нарастване на финансирането на първичното и амбулаторното здравно обслужване в номинално изражение, то все още е доста ограничено.

Националната здравноосигурителна каса е договорно задължена да плаща на болниците за лечение по предварително определени цени, което стимулира последните да предоставят грижи без адекватно предназначение.

През 2014 година бе приета Националната здравна стратегия, но все още липсва ясен план за нейното изпълнение. Едно от възможните решения на поставените проблеми е въвеждането на интегрираните социално-здравни услуги в домашна среда. Това е начин за чувствително намаляване на разходите за лечение на част от пациентите, на които в настоя-

щия момент се предлага болнично лечение. Застрахователните дружества също могат по-успешно да се включат в процеса и да предоставят застрахователна защита, като финансират разходите на застрахованите за лечение в домашна среда.

През септември 2015 година бяха приети, от депутатите на 43-то Народно събрание, промени в Закона за здравето, чрез които се легализира съществуването на интегрираните здравно-социални услуги. Това дава основание за изработване на подзаконовни нормативни актове, което на този етап е в процес на работа. Тази стъпка е в правилната посока. Интегрираният подход на предоставяне на социалната и здравна грижа в домашна среда е една от алтернативите за подобряване на здравеопазването в страната, повишаване на ефективността на здравноосигурителната система и чувствително намаляване разходите на различните участници в нея.

Използвани източници:

- Dr. Moser, M. (2012, март 22). *themen krankenversicherung*. Retrieved from Bag.admin: <http://bag.admin.ch>
- Gnlz-Wolf, M., Struempel, S., & Komp, K. (2004, март 30). *pokare: body reports Austria NR*. Retrieved from Evro centre: <http://evro.centre.org>
- Богетич, Ж. (2013, август 30). *Documents доклад: "Смекчаване на икономическото въздействие на застаряване на населението: възможни варианти за България*. Retrieved from Worldbank: <http://www.documents.worldbank.org>
- ЕС, Г. с. (2015, март 30). *Документи: Препоръка на Съвета относно националната програма за реформи на България за 2014 г.* Retrieved from Министерство на финансите на Република България: <http://www.minfin.bg>
- Индекс на европейския здравен потребител за 2014 г.* (2015, Януари 27). Retrieved from Healthpothouse: <http://www.healthpothouse.com>
- Куфинял, А. (2015, март 30). *Новини: Междинен доклад на Световната банка*. Retrieved from Министерство на здравеопазването: <http://www.mh.government.bg>
- Стамболова, И. (2004). Сестрински грижи в домашни условия. *Здравни грижи*, 48.