



Министерство на здравеопазването
Национален център по общественото здраве и анализи

Александра Здравкова Карамитева-Дончева

**Палиативни и гериатрични грижи в България в
контекста на здравните политики на ЕС**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна
степен

„Доктор“

по научна специалност

„Социална медицина и здравен мениджмънт“

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:

доц. д-р Наташка Данова, дм

София, 2026 г.

Дисертационният труд е в обем от 131 страници, включващи въведение, литературен обзор, методика, представяне на резултатите, обсъждане на резултатите, заключение, изводи, препоръки, приноси. Библиографията включва 123 литературни източника. Разработката е онагледена с 3 таблици, 4 фигури и 2 приложения. Номерата на включените в автореферата фигури и таблици не съвпадат с тези в дисертационния труд.

Дисертационният труд е обсъден и приет на научен колегиум на дирекция „Промоция на здраве и превенция на болестите“ към Национален център по обществено здраве и анализи и е предложен за защита пред научно жури по професионално направление 7.1. „Медицина“.

СЪДЪРЖАНИЕ:

I. ВЪВЕДЕНИЕ	3
II. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.....	5
III. МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО - ЦЕЛ И ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ.....	17
IV. СОБСТВЕНИ РЕЗУЛТАТИ	19
V. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ	45
VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	47
VII. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ.....	48
VIII. ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	52
IX. НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ	53

I. ВЪВЕДЕНИЕ

“Никой да не бъде изоставян“ („**Leave no one behind** - LNOB“) е основното, трансформиращо обещание на Програмата до 2030 г. за устойчиво развитие и нейните цели за устойчиво развитие.

Ефективният достъп до здравни грижи в целия жизнен цикъл е сред основните приоритети на ЕС още от създаването му. Редица хоризонтални фактори поставят здравните системи на държавите членки на ЕС пред нови предизвикателства като застаряване на населението, климатични изменения, понижаване на здравния статус на по-голяма част от хората, влошаване на качеството на живот и др. Освен редица трансгранични заплахи, държавите членки в настоящата сложна икономическа, демографска и социална картина в целия свят са зависими от трайната тенденция на увеличаване броя на възрастните хора. „Демографски срыв“, „демографска зима“, „опасно застаряване“ са термините, с които все по-често образно се изразяват тенденциите за застаряване на европейското население.

На ниво ЕС и на национално ниво е налице дефицит на конкретни измерими мерки, които да имат капацитета да обезпечат настоящата и с очаквано с все по-висок интензитет необходимост от т. нар. „грижи в края на живота“. На национално ниво това се доказва от липсата на специалност „палиативна медицина“, както и недостатъчната осигуреност на специалисти по „гериатрична медицина“, включително на немедицински персонал, с оглед специфичните потребности на възрастните хора. Човешките ресурси в сектора на здравеопазването като цяло са изправени пред общи предизвикателства – застаряващо население и съответно застаряваща работна сила в здравния сектор, недостатъчна привлекателност за младите поколения на някои здравни професии, неравномерно териториално разпределение в резултат на вътрешна миграция от по-малките към по-големите населени места (урбанизация), миграция на здравни работници в ЕС и извън него. Това категорично обаче не следва да води до неосигуреност с необходимия медицински персонал, чрез който да се гарантира осигуряването на достъп до здравни грижи през целия живот.

Съществен проблем на нашата здравна система е несъстоялата се интеграция на хосписните грижи в здравната система. Принципът на равнопоставеност на здравните грижи през целия жизнен цикъл на човешкия живот прави хосписните грижи неотменна част от модерните здравни политики. Понятието за хоспис произхожда от латинската дума *hospitum*, което означава *частен пансион*. Първият институционализиран хоспис е открит от Сесили Сондърс през 1967 г. в Лондон. В Швеция през 1977 г. стартират първите специализирани палиативни грижи в Европа. Бързото нарастване на броя на хосписите в развитите държави им отрежда достойно място в здравните системи.

Дългият преход у нас, икономическата криза, деинституциализацията на социални домове и липсата на структури за палиативни грижи, предизвикаха сътресения в реформиращите се социална и здравна система. Достъпът и качеството на дългосрочните грижи в страната и необходимостта от повече мерки в тази посока се обуславят и от все по-нарастваща нужда от структури за хоспис/палиативни грижи. Липсата на единен подход и поетапни мерки за въвеждане на специалност „палиативна медицина“ резултират именно в неефективен достъп на пациентите до този тип грижи.

В контекста на необходимостта от гериатрични грижи е важно да се подчертае, че България е сред държавите членки на Съюза, изправила се пред предизвикателствата, свързани с т. нар. “демографски срив” и очакваните последици от същия, като за целта е подготвила стратегически документ с мерки в тази област. Същевременно, страната ни е сред държавите членки на ЕС с идентифициран недостиг на медицински персонал, което отново поставя на дневен ред темата за наличието на човешки ресурс в страната, който реално да осигури грижите в края на живота.

Адекватното представяне на геронтологията и гериатрията, включително в обучението по медицина е важен компонент на комплексната здравна и обществена грижа за старите хора. Застаряващото население на ЕС и тенденцията към преобладаване на хроничните заболявания в тези възрастови групи има огромно влияние върху търсенето на дългосрочни грижи. Именно затова особен акцент следва да се постави върху необходимостта от достатъчно и подходящо подготвен персонал за осигуряване на гериатрични грижи.

Необходими са срочни мерки, които да отговорят на нарастващата потребност от компетентна гериатрична подготовка на медицински и немедицински специалисти при лечение на лица в напреднала и старческа възраст. Единствено по този начин ще се осигури необходимото кадрово обезпечаване за осъществяване на медицинска помощ за възрастни пациенти, съобразно техните специфични потребности.

В настоящото изследване се акцентира на недостатъчно проучените съществени проблеми на организацията, финансирането и управлението на палиативните и гериатричните грижи у нас и на възможните подходи за тяхното решаване. Установената липса на стратегическа визия за грижите в края на живота ще се съпостави с реално провежданите политики и мерки в държавите членки на ЕС. Ще се проследи доколко несъстоятелата се интеграция на хосписите в здравеопазването поставя българския пациент в „неизгодна“ спрямо европейския пациент позиция.

Анализирана е необходимостта от приемане на адекватна политика, която включва хоспис/палиативните грижи и гериатричните грижи освен в националните здравни политики и законодателство, и в бюджетните прогнози и политики на страната.

Ангажирането на университетите за включване на обучението по палиативни грижи се разглежда като неразделен компонент на текущото образование, както и специализирано продължаващо образование за подобряване на компетенциите на специалистите по здравни грижи в края на живота. Проучването има за цел да подпомогне интегрирането на хосписите в здравната система за осигуряване на устойчив модел, гарантиращ достъпни и качествени хоспис/палиативни грижи, както и да подпомогне процесите по насърчаване и осъвременяване на методите и практиките за гериатрични грижи.

Дисертационният труд е построен върху обширен материал, който е достатъчен за формулиране на идеи за управлението, финансирането и развитието на достъпа и ефективността на здравните грижи.

Разработката има и своя практически принос чрез представения анализ за опита и практиките в част от държавите членки на ЕС, както и разработената в нея програма за обучение "Основи на палиативните и гериатричните грижи".

II. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. *Приоритети в сектора на здравеопазването на глобално равнище*

На 25 септември 2015 г. в Ню Йорк по време на Срещата на върха по устойчивото развитие в рамките на ООН е приет Дневният ред за развитие след 2015 г. „Да преобразим нашия свят: Програма за устойчиво развитие до 2030 г.” Документът е одобрен от всичките 193 държави членки на ООН, включително и България. Програмата се състои от пет части и в нея са изброени и формулирани 17 Цели за устойчивото развитие (Sustainable Development Goals (SDGs)), като към всяка една от тях има и подцели, които са общо 169. Цел 3 има за цел да осигури здравословен живот и да насърчи благосъстоянието за всички, на всички възрасти.

2. *Приоритети в сектора на здравеопазването на ниво ЕС*

Здравната политика на Съюза е разработена, така че да допълва националните политики, за да се гарантира, че всеки гражданин на ЕС ще получи достъп до качествено здравно обслужване. **Пандемията от COVID-19 наложи цялостна промяна/ревизия на приоритетите, законодателството и мерките в здравния сектор на ЕС. За съжаление нито един от приоритетите на Общността, респ. нито една от предложените мерки в здравния сектор не засягат достъпа до “грижи в края на живота” (“end-of-life-care”).**

С първите предприети мерки следствие на пандемията от COVID-19 Съюзът публикува Регламент (ЕС) 2020/521 на Съвета от 14 април 2020 година за активиране **Инструмента за спешната подкрепа по Регламент (ЕС) 2016/369** и за изменение на разпоредбите на посочения регламент предвид избухването на COVID-19.

Европейската комисия (ЕК) стартира инициативата за осигуряване на ваксина за COVID-19, включително предложи стратегия на ЕС за **ускоряване на разработването, производството и въвеждането на ваксини срещу COVID-19**. Държавите членки на ЕС одобриха споразумение, с което ЕК се упълномощава да предлага на участващите държави членки и да сключва от тяхно име предварителни споразумения за покупка на ваксини с техни производители, с цел държавите членки да се снабдят с ваксини в борбата с пандемията от COVID-19.

Предизвикателствата на пандемията от COVID-19 създадоха безпрецедентно сътрудничество в рамките на ЕС, което надхвърли традиционната рамка на действия. Трансграничният характер на кризата наложи търсенето на решения за общи действия и прилагането на по-структурирана и всеобхватна политика в рамките на Общността, основана на засилена координация на всички нива и приемането на решения с консенсус на ниво ЕС. Институциите на Общността одобриха документи с пакет от мерки, които обхванаха все по-голям брой сфери на здравеопазването и други политики на обществения живот, с цел координиране на действията на държавите членки и подпомагането им при мониторинга и ограничаването на последствията от пандемията.

В сферата на общественото здраве бяха **публикувани още редица актове**, част от които са:

- Заключение на Съвета за усвоените уроци от COVID-19 в сферата на здравеопазването. Документът засяга до голяма степен лекарствените продукти, както и обмена на данни за здравни цели;
- Препоръка (ЕС) 2020/518 на ЕК от 8 април 2020 г. относно общ инструментариум на Съюза за използване на технологии и данни за борба с кризата, породена от COVID-19, и за нейното преодоляване, и по-специално относно мобилните приложения и използването на анонимизирани данни за мобилността;
- Препоръка на Съвета за временно ограничение за несъществени пътувания до ЕС и възможното премахване на такова ограничение (ЕС) 2020/912 от 30 юни 2020 г. Препоръка (ЕС) 2020/1475 на Съвета от 13 октомври 2020 година относно координиран подход за ограничаване на свободното движение в отговор на пандемията от COVID-19;
- Съобщение на ЕК до Европейския парламент и Съвета „Готовност за стратегии за ваксиниране и внедряване на ваксини срещу COVID-19“;
- Препоръка на Съвета на ЕС относно координиран подход за ограничаване на свободното движение в отговор на пандемията COVID-19;
- Допълнителни документи и дискусии по отношение на ваксините, свободното движение (на 4 септември 2020 г. ЕК представи предложение за Препоръка на Съвета за координиран подход за ограничаване на свободното движение в отговор на пандемията

COVID-19), информираността на обществеността, трансгранично проследяване на контактите (PLF) и взаимно признаване на тестове (Заключения на Съвета за научените уроци от кризата с COVID-19).

Пандемията от COVID-19 постави на дневен ред дискусиите в рамките на ЕС за създаване на **Европейски здравен съюз** (Съобщение на ЕК от 11 ноември 2020 г.). Основната цел на инициативата е укрепване на капацитета на ЕС при реакция и координация по време на пандемия. Европейски здравен съюз, е съюз в който всички страни от ЕС се подготвят и реагират заедно на здравни кризи, осигуряват се иновативни медицински продукти на достъпни цени, а държавите работят заедно за подобряване на профилактиката, лечението и последващите грижи за страдащи от заболявания, например злокачествени заболявания.

Европейският здравен съюз цели да:

- осигурява по-добра защита на здравето на нашите граждани
- дава възможност на ЕС и неговите държави членки да подобрят профилактиката и мерките при бъдещи пандемии
- допринася за повишаване на устойчивостта на здравните системи в Европа

Основни действия:

- Подготвеност за действия при кризи;
- Европейски план за борба с рака;
- Всеобхватен подход към психичното здраве;
- Реформа на фармацевтичното законодателство на ЕС.

Първоначално, законодателният пакет за създаване на **Европейски здравен съюз** включва: Регламент на Европейския парламент и на Съвета относно засилена роля на Европейската агенция по лекарствата в готовността и управлението на кризисни ситуации за лекарствени продукти и медицински изделия; Регламент на Европейския парламент и на Съвета за изменение на Регламент (ЕО) № 851/2004 за създаване на Европейски център за превенция и контрол на заболяванията; Регламент на Европейския парламент и на Съвета относно сериозните трансгранични заплахи за здравето и за отмяна на Решение № 1082/2013/ЕС).

В допълнение, на 16 септември 2021 г. е публикувано Решение на Комисията за създаване на **Европейски орган за готовност и реакция при извънредни здравни ситуации (HERA)**, а на 20 септември - Съобщение на Комисията относно създаването на HERA, следваща стъпка към завършване на Европейския здравен съюз и Предложение за Регламент на Съвета за рамка от мерки за гарантиране снабдяването с кризисни мерки за медицинско противодействие в случай на спешна здравна ситуация на европейско равнище.

През 2022 г. Европейската комисия стартира инициатива „По-здрави заедно“, с която се подпомагат държавите от ЕС при определянето и прилагането на ефективни политики и действия за намаляване на бремето на основните незаразни заболявания и за подобряване на здравето и благополучието на гражданите, като същевременно се намаляват и здравните неравенства.

Новосъздаденото **Европейско пространство на здравни данни**, което е един от основните елементи на Европейския здравен съюз и важен етап в цифровата трансформация на ЕС, има за цел:

- подобряване на предоставянето на здравни грижи в целия ЕС, като се дават възможности на хората да контролират своите здравни данни в родните си страни или в други държави от ЕС;
- предлагане на последователна, сигурна, надеждна и ефикасна рамка за използването на здравни данни. При строго определени условия изследователи, новатори, публични институции или предприятия ще имат достъп до големи масиви висококачествени здравни данни, което е решаващо за разработването на животоспасяващи лечения, ваксини или медицински изделия;
- създаване на истински единен пазар за цифрови здравни услуги и продукти.

Европейското пространство на здравни данни се основава на стриктни изисквания за поверителност на данните, оперативна съвместимост и сигурност, включително киберсигурност, което е ключ към доверието на гражданите.

На 7 юни 2023 г. ЕК публикува съобщение относно „**Цялостен подход към психичното здраве**“, което е обсъдено в рамките на неформалното заседание на министрите по здравеопазване на 27 юли 2023 г. В резултат от това е представен пакет от три заключения в областта на психичното здраве. На 9 октомври 2023 г. Съветът на ЕС по заетост, социална политика, здравеопазване и потребителски въпроси одобрява заключенията относно психичното здраве и несигурната заетост, които имат за цел да подобрят **психичното здраве на работното място**. Съветът на ЕС на по образование, младеж, култура и спорт одобри заключенията относно цялостен подход към психично здраве на **младите хора** в ЕС на своето заседание на 23-24 ноември 2023 г. Последните заключения на Съвета на ЕС, приети от здравните министри на ЕС с цел да продължат усилията и стремежа на ЕС, си поставят за основна цел следване на **всеобхватен подход към психичното здраве** през 2024 г. и след това.

Европейският план за борба с рака има за основна цел обръщане на тенденцията по отношение на раковите заболявания и още един елемент за изграждането на **силен Европейски здравен съюз** и по-сигурен, по-добре подготвен и по-устойчив ЕС.

В допълнение, на 31 януари 2024 г. в Брюксел ЕК представи **Препоръка в подкрепа на усилията на държавите членки за предотвратяване на раковите заболявания чрез ваксинация**. По-специално, тя е насочена към *увеличаване на приложението на две ключови ваксини, създадени срещу определени вирусни причинители*, които могат да доведат до рак. Такива ваксини са тази срещу човешки папиломавируси (HPV), предотвратяващи рак на маточна шийка и ваксината срещу хепатит В (HBV), който се свързва с възникването на рак на черния дроб. За постигане на достатъчно високо ваксинационно покритие се изисква адекватно проследяването и извършване на реваксинации при необходимост. Препоръката е част от Европейския план за борба с рака, който е ключов стълб на Европейския здравен съюз.

През май 2024 г. Европейският парламент прие новия Регламент относно стандартите за качество и безопасност на субстанциите от човешки произход, предназначени за приложение при човека.

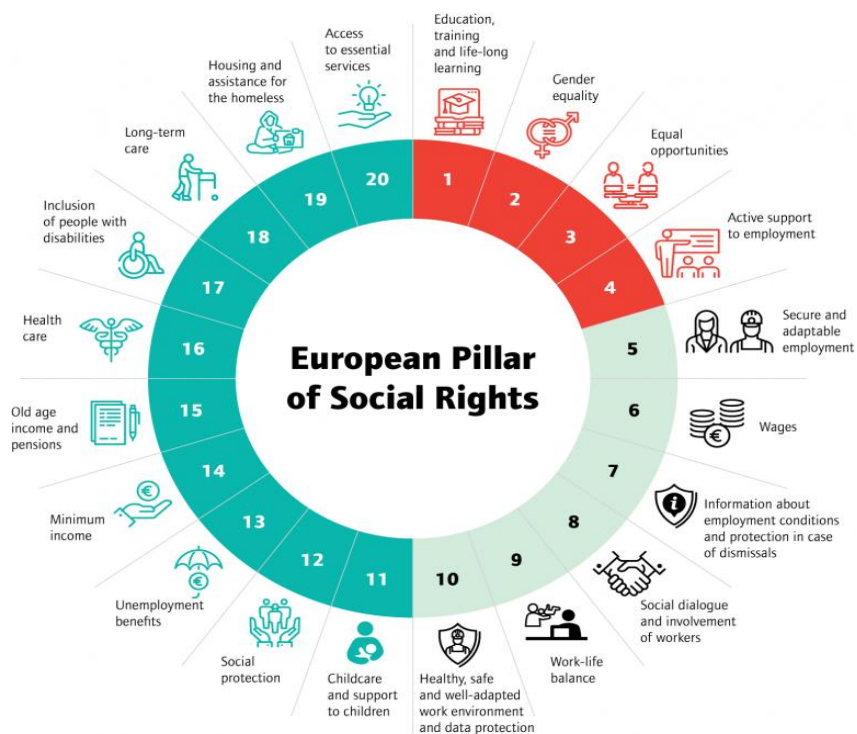
На 26 април 2023 г., Европейската комисия публикува пакет от законодателни предложения в сферата на **лекарственото законодателство на европейско равнище** (Фармацевтичен пакет). Пакетът предвижда мащабна ревизия на действащата нормативна уредба на ниво ЕС и включва предложения за нова директива и нов регламент, които преразглеждат и заменят съществуващото фармацевтично законодателство, включително законодателството относно лекарствата за деца и лекарствата за редки заболявания.

В допълнение през 2025 г. бе публикуван и **Акт за критично важните лекарствени продукти**. До края на 2025 г. са приети и редица документи на Съюза с препоръчителен характер: относно сърдечно-съдовите заболявания; относно среда без дим и аерозоли и др.

3. Приоритети в сектора на социалната политика на ниво ЕС, свързани подобряване на здравеопазването

Европейският парламент, Съветът и Комисията провъзгласиха Европейския стълб на социалните права по време на срещата на върха в Гьотеборг през 2017 г. В рамките на стълба се определят 20 ключови принципа, които да ни насочват по пътя към силна социална Европа - справедлива, приобщаваща и пълна с възможности през XXI век. Стълбът на социалните права има за цел да се постигнат по-добри резултати по отношение на правата на гражданите, базирайки се върху 20 основни принципа.

Фигура № 1. 20-те принципа на Европейския стълб на социалните права



Източник: Европейски синдикален институт, European Trade Union Institute

На 7 септември 2022 г. Европейската комисия представи Европейската стратегия за полагане на грижи, за да се осигурят качествени, финансово приемливи и достъпни услуги за полагане на грижи в целия Европейски съюз и да се подобри положението както на получателите на грижи, така и на хората, които се грижат за тях, професионално или неформално. Стратегията се съпътства от две препоръки към държавите членки, едната от които относно достъпа до финансово приемливи висококачествени дългосрочни грижи на достъпни цени, в която като предизвикателство в управлението на тези политики е подчертано, че *в много държави членки предоставянето на дългосрочни грижи често е разпокъсано, като е организирано в сложна система от услуги, включваща здравни и социални грижи и други видове подкрепа, и е предмет на национално, регионално или местно разпределение на отговорностите.* Препоръчителният документ на Съюза няма правно обвързващ характер за държавите членки, но липсата на ясно изградена визия по отношение достъпа до дългосрочни грижи, прави достъпа до този тип грижи в България наистина „разпокъсан“.

4. Приоритети в сектора на здравеопазването на национално ниво

Националната здравна стратегия 2030 е стратегическата рамка за сектор „Здравеопазване“, който представя дългосрочната визия за развитието му, цели и приоритети, както и конкретни политики за тяхното изпълнение. Стратегията адресира съществуващите предизвикателства, свързани със здравето на българските граждани и функционирането на българската здравна система, така че да се гарантира нейната

устойчивост и да се създадат условия за постигане на икономически растеж и социално благополучие чрез оптимални инвестиции за по-добро здраве.

5. Относими стратегически документи в сферата на здравеопазването

- Национална здравна стратегия 2030
- Национална стратегия за електронно здравеопазване и дигитализация на здравната система 2030 г.
- Стратегия за управление на риска в Министерството на здравеопазването за периода 2024-2026 г.
- Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030
- Национална стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030 г.
- Национална стратегия за електронно здравеопазване и дигитализация на здравната система 2030 г.

6. Осигуряване на дългосрочни грижи на национално ниво

Националната стратегия за дългосрочна грижа е разработена в съответствие с действащото национално законодателство в областта на социалните услуги, здравеопазването, интеграцията на хората с увреждания, защитата от дискриминация. Нейното разработване е и в съответствие със специфичните препоръки на Съвета на ЕС в тази област, добрите практики на държавите членки на ЕС, както и с редица международни документи, които третираят въпросите, свързани със защитата на човешките права и подобряване на качеството на живот на възрастните хора и хората с увреждания. Към стратегията е разработен План за действие за периода 2022-2027 г. за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа, приет с Решение № 509 на Министерския съвет от 21 юли 2022 г.

7. Определение на палиативни грижи, основано на консенсус

Едно от предизвикателствата при прилагането на палиативни грижи е липсата на консенсус относно това какво е палиативна помощ, кога трябва да се прилага, на кого и от кого. Термините „палиативни грижи“ и „хоспис грижи“ се използват в продължение на много години, с различни интерпретации и няколко организации на свой ред приеха свои собствени определения.

Една от дефинициите на СЗО за палиативни грижи за възрастни, разработена през 2002 г., поставяше много предизвикателства, ограничаваше палиативната грижа до проблеми, свързани с животозастрашаващи заболявания, а не нуждата от пациенти с тежки, хронични и сложни състояния. Дефиницията за деца е още по-стара (1998) и поставяше подобни предизвикателства.

През 2017 г. Комисията Lancet за глобалния достъп до палиативни грижи и облекчаване на болката публикува доклад за облекчаване на достъпа до палиативни грижи и облекчаване на болката на палиативни пациенти. Разработена бе и рамка за измерване на глобалната тежест от сериозни страдания, свързани със общественото здраве (SHS), като Комисията Lancet генерира доказателствена база за справяне с този проблем. Въз основа на консенсус бе въведено ново определение за палиативни грижи, както следва: *„Палиативни грижи е мултидисциплинарен подход, който подобрява качеството на живот на пациентите и техните семейства, изправени пред животозастрашаващо заболяване чрез превенция и облекчаване на страданието, чрез ранно идентифициране и безупречна оценка и лечение на болка и други физически заболявания, психо-социални и духовни проблеми“*.

8. Гериатричните грижи в контекста на глобалната здравна архитектура

Приетата през 2022 г. Европейска стратегия за полагане на грижи, в контекста на предоставянето на дългосрочни здравни грижи, препоръчва на държавите членки да изготвят **национални планове за действие**, за да направят грижите в ЕС по-достъпни, финансово по-приемливи и с по-добро качество за всички. Една от основните цели е да се гарантира, че дългосрочните грижи са навременни, всеобхватни и финансово приемливи, което дава възможност за достоен стандарт на живот на хората, нуждаещи се от дългосрочни грижи.

Адекватното представяне на геронтологията и гериатрията, включително в обучението по медицина е важен компонент на комплексната здравна и обществена грижа за старите хора. Застаряващото население на ЕС и тенденцията към преобладаване на хроничните заболявания в тези възрастови групи има огромно влияние върху търсенето на дългосрочни грижи. Именно затова особен акцент следва да се постави върху необходимостта от достатъчно и подходящо подготвен персонал за осигуряване на гериатрични грижи.

Специалността “Гериатрична медицина” следва да отговаря на нарастващата потребност от компетентна гериатрична подготовка на медицинските специалисти при лечение на лица в напреднала и старческа възраст и да дава възможност за усвояване на професионални компетенции при осъществяване на медицинска помощ за възрастни пациенти, съобразно изискванията и стандартите на ЕС за добра практика и качество на здравните грижи за възрастни и стари хора.

Дефицитът на мерки на европейско ниво, включително дори в документи с препоръчителен характер, говори за липса на планиране в дългосрочна перспектива и цели по отношение на тези политики. Дългосрочните грижи засягат особено широк

набор от дейности, а предвид липсата на конкретни предложения по отделни направления, не са налице и последващи действия.

9. Хосписните и палиативни грижи в България

Дългият преход у нас, икономическата криза, деинституциализацията на социални домове и липсата на структури за палиативни грижи, предизвикаха сътресения в реформиращите се социална и здравна система. Влоши се достъпът и качеството на дългосрочните грижи в страната. Все повече нараства нуждата от структури за хоспис/палиативни грижи. Отчитайки тези тенденции, реформиращата се здравна система предвиждаше преустройство на болниците, което да включва създаването на хосписи. Очакваше се хосписите да задоволят потребностите от хоспис/палиативни грижи и да намалят скъпоструващите хоспитализации. За съжаление тази идея не се реализира и функционирането на тези лечебни заведения без обществени ресурси ги прави нерентабилни. Ако се проследи броя на регистрираните хосписи в страната през годините, ще се установи трайна тенденция на закриване на тези лечебни заведения.

Преди включването на хосписите в обхвата на ЗЛЗ през 1999 г., регистрирани в страната са едва 4 хосписа. До м. април 2007 г. според данни в Регистъра на АПИС съдебна регистрация са получили общо 109 хосписа в 23 области на страната, като близо 70% са регистрирани непосредствено след включването в обхвата на ЗЛЗ на хосписите като лечебни заведения (1999 г.). Десет години след своеобразния бум от съдебно регистрирани хосписи, достигнал своя пик през 2007 г., голяма част от които де факто изобщо не стартират дейност, поради финансова нецелесъобразност, то през 2017 г., осъществяващите реално дейност хосписи в страната са едва 47, а в годините след това до 2024 г. се наблюдава същата тенденция за намаляване, онагледена надлежно по години в Таблица № 1.

Таблица № 1. Лечебни заведения към 31.12.

(брой реално осъществяващи дейност хосписи в страната 2008-2024 г.)

Година	Брой хосписи
2008 г.	49
2009 г.	59
2010 г.	54
2011 г.	49
2012 г.	41
2013 г.	45
2014 г.	45
2015 г.	44

2016 г.	45
2017 г.	47
2018 г.	47
2019 г.	44
2020 г.	48
2021 г.	47
2022 г.	43
2023 г.	45
2024 г.	44

Източник: НЦОЗА, Леглови фонд и дейност на стационарите на лечебните заведения (2009 г. - 2024 г.)

Влошеният достъп до хоспис/палиативни грижи води до свръх хоспитализации в болниците. Палиативни пациенти се приемат за активно лечение и се прехвърлят от една клинична пътека в друга, извършват се значителни разходи за пациенти, които нямат показания за активно лечение. Ако за тези пациенти се осигури финансиране и се насочват навреме към хосписи за хоспис/палиативни грижи, ще бъде спестен значителен обществен ресурс.

10. Проекти на стандарт за хоспис/палиативни грижи в България

През 2006 г. работна група на учредената по-рано от голяма част от хосписите в страната „Българска асоциация по палиативни грижи“ и експерти от МЗ са разработили проект за стандарт за палиативни грижи. Документът съдържа 41 страници с включено приложение - декларация за предварително решение и информирано съгласие, която по-късно се внедрява и използва и досега при изпълнение на КП 253. Стандартът акцентира върху хосписната дейност, но е добре структуриран и има потенциал адекватно да регулира палиативните грижи в страната. До приемане на стандарт не се стига нито след усилията от 2006 г., нито след работата, извършена по темата през 2012 г.

11. Законова уредба на хосписите в България и понятие за палиативни грижи в националната правна уредба

Съгласно чл. 10, ал. 5 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), хосписите са лечебни заведения по смисъла на същия и подлежат на регистрация.

Чл. 95 и чл. 96 от Закона за здравето определят правото на достъп до палиативни грижи и обхвата им.

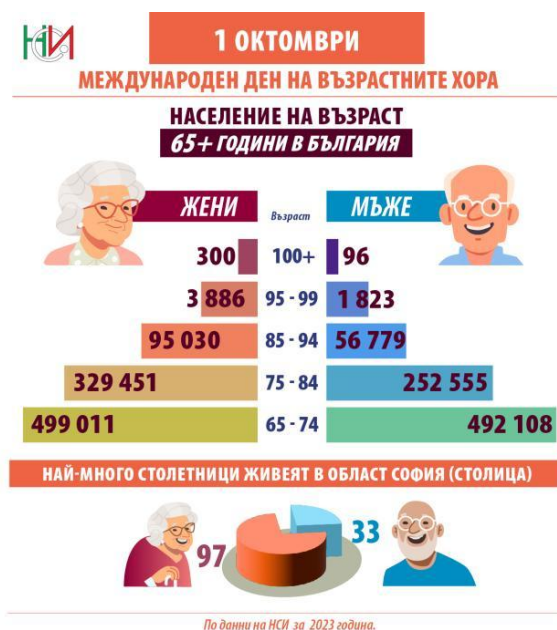
Чл. 35 и чл. 36 от Закона за здравното осигуряване дефинира обхвата на достъп до палиация на здравноосигурените граждани.

Наредба № 49 от 18 октомври 2010 г. определя основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи, вкл. дава дефиниция за "Легло за палиативни грижи".

12. Поставяне на акцент върху гериатричните грижи в България

През 2023 г. България предприе мерки за подготовка на Национална стратегия за гериатрична грижа и остаряване в добро здраве 2030. Това е особено важно, с оглед на статистическите данни на НСИ, съгласно които в края на 2024 г. лицата на 65 и повече навършени години са 1 544 245, или 24% от населението на страната. Чрез осигуряване на равен достъп до гериатрични и палиативни грижи, както и чрез осигуреност на медицински специалисти в тези области, може да се даде адекватен политически отговор на прогнозите милиони души да загубят животите си при сериозни страдания, свързани със здравето, част от които очаквано ще се наблюдават предимно в страни с ниски и средни доходи, сред които е и България.

Фигура № 2.



Източник: НСИ, 01 октомври 2023 г.

Основната цел на приетата през 2025 г. Националната стратегия за гериатрична грижа и остаряване в добро здраве (2030) е повишаването качеството на живот на възрастните хора. Пет са специфичните цели за създаване на условия за активен и достоен живот на възрастните и стари хора, чрез осигуряване на равен достъп до интегрирани здравно-социални грижи, равни възможности за пълноценното им участие в икономическия и социален живот на обществото.

13. Заключение

За осигуряване на качество в предоставянето на грижи в целия ЕС е необходим ангажимент към устойчиви инвестиции в здравеопазването с цел постигане на универсално здравно покритие и достъп до здравни грижи през целия живот, вкл. до „грижи в края на живота“. За тази цел насърчаването на достъпността на услугите за здравеопазване в ЕС следва да стъпва именно на основата на трансформиращото обещание на Програмата до 2030 г. за устойчиво развитие и нейните цели за устойчиво развитие - „Никой да не бъде изоставян“ („Leave no one behind - LNOB“). Цялостният преглед на приоритетните политики и мерки, въведени вече в правната рамка на ЕС, включително в контекста на последиците от пандемията от COVID-19, имат за цел да представят цялостна картина за състоянието в Съюза. По този начин е очертана линията на поведение на Съюза, която към настоящия момент включва широко портфолио с мерки, сред които обаче не са строго дефинирани незаконодателни или законодателни инициативи в областта на „грижите в края на живота“, по-конкретно палиативни и гериатрични грижи. В резултат от последното прозира липсата на всеобхватен подход по отношение на тези грижи. Резултатът от това се изразява също така в наличие на фрагментирани мерки в отделните държави членки. Литературният обзор проследява и политиките и мерките, свързани с подготовеността за осигуряване на грижи „в края на живота“, особено в контекста на очакваните последици от застаряващото население на ЕС. За да се оцени ефектът от това, е целесъобразно да се съпоставят и сравнят мерките в различни държави членки на ЕС.

Фигура № 2. Изводи от „Литературния обзор“

„Идентифицирани дефицитни мерки и необходимост от изпълнение на нови цели“

ЦЕЛИ

Идентифицирана е необходимост от:

1. Засилване на взаимодействието между здравния и социалния сектор
2. Намалване на административната тежест за пациента и семейството му
3. Кадрово обезпечаване чрез специалност „палиативна медицина“ и осигуряване на достатъчно обучен персонал по „гериатрична медицина“
4. Включване на палиативните грижи в НРД

ДЕФИЦИТИ

Идентифицирани са следните дефицити:

1. Липса на осигурен достъп до палиативни грижи
2. Липса на модел на работа *Human-to-human* в контекста на гериатричните грижи
3. Липса на стратегически подход на ниво ЕС при предоставянето на дългосрочни здравни грижи и липса на подготовеност за осигуряване на грижи „в края на живота“, особено в контекста на очакваните последици от застаряващото население на ЕС.

III. МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО - ЦЕЛ И ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ

ЦЕЛ

Целта на проучването е да се направи оценка на достъпа до палиативни и гериатрични грижи в България в контекста на европейските здравни политики с оглед разработване на ефективни подходи за пълноценното им интегриране в националната здравна система.

Оценката включва установяване на:

- а) реалното съответствие на въведените мерки на национално ниво с европейските здравни политики в други държави членки на ЕС
- б) европейските тенденции, законодателство и стандарти за управление на качеството на здравните услуги
- в) настоящото състояние в България и идентифицирана липса на мерки по различните направления
- г) нови по-ефективни подходи и мерки за палиативните и гериатричните грижи с цел пълноценното им интегриране в националната здравна система в съответствие с глобалното измерение на политиките по здравеопазване.

ЗАДАЧИ

Във връзка с постигането на тази цел са поставени следните задачи:

1. Да се анализират публикации и документи относно осигуряването на универсално здравно покритие в контекста на достъпа до палиативни и гериатрични грижи.
2. Да се оцени степента на изпълнение на национално ниво на Целите за устойчиво развитие на ООН, призоваващи за Универсално здравно покритие за всички до 2030 г, по-конкретно на основната, трансформираща цел на Програмата на ООН до 2030 г. за устойчиво развитие и нейните цели за устойчиво развитие “Да не изоставяме никого“ (Leave no one behind).
3. Да се изучат практиките на държави членки на ЕС и въведените мерки за подобряване на достъпа до палиативни и гериатрични грижи.
4. Да се анализира количественото и качествено измерение на мерките на национално ниво за осигуряване на всеобхватен достъп до „грижи в края на живота“ в сравнение с практиките на други държави членки в ЕС.
5. Да се определят необходимите мерки за разширяване на обхвата на достъпа до палиативни и гериатрични грижи в България и да се изработи план на цялостната им интеграция.
6. Да се идентифицират ефективни стратегии и действия за надграждане на компетенциите на медицинските и немедицинските професионалисти по палиативни и гериатрични грижи, вкл. чрез разработване на обучителна програма.

МАТЕРИАЛИ

Обект на наблюдение: Държави членки на ЕС

Единици на наблюдение

Обект на изследването съгласно логиката на работната хипотеза, целите и задачите на същото е дефиниране на конкретни дефицити на предоставяните здравни грижи, пораждащи от своя страна несъответствията между потребностите и удовлетвореност на пациентите от качествени здравни услуги.

Предметът на изследването включва държави членки на ЕС и правно нормативната уредба.

Единици на изследването са

- Клинични стандарти
- Нормативни документи.
- Анкетиранияте държави членки на ЕС за приложимите политики и мерки на тяхна територия по отношение на предоставянето на палиативни и гериатрични грижи

Време на проучването

По своя характер проучването е като моментно изследване посредством анкета сред държавите членки на ЕС в периода 01.06.2024 г. до 05.09.2024 г.

Място на проучването

Място на проучването са държави членки на ЕС.

Материали, върху които е проведено изследването и методи, приложени в изследването

Основно са използвани социологически методи (документален за проучване на документи) и анкетен чрез проведена анкета по ел.поща с представители на здравните министерства на държави членки на ЕС. За целта е създаден въпросник със седем въпроса, основно открити:

- 1. Каква организация е създадена във Вашата държава за предоставяне на палиативни грижи – във всяко лечебно заведение или само в конкретни – например хосписи или др. - се предоставя?*
- 2. Финансира ли Вашата държава чрез националния си бюджет палиативните грижи?*
- 3. Осигурено ли е друго целево финансиране (чрез КП или друго) за изпълнение на палиативната грижа в хосписи?*
- 4. Как е организирано предоставянето на гериатрични грижи във Вашата държава?*
- 5. Финансира ли Вашата държава чрез националния си бюджет гериатричните грижи?*

6. *Можете ли да цитирате конкретна законова разпоредба по отношение на уредбата на хосписите и палиативните/хосписните грижи, както и за гериатричните грижи?*

7. *Можете ли да ни изпратите линк към релевантното законодателство, независимо на какъв език?*

IV. СОБСТВЕНИ РЕЗУЛТАТИ

1. Постигане на УЗП чрез изпълнение на мерките на ЕС и България

Въпреки че политиката в областта на здравеопазването по принцип е в регулаторната компетентност на държавите членки, като ЕС осъществява единствено подкрепа и сътрудничество, следва да се подчертае липсата на директен ефект от предприетите до момента мерки по отношение на самия пациент, особено в контекста на УЗП и предоставянето на дългосрочни грижи. Липсва и подпомагащата роля и функция на Съюза в тази посока, като дори препоръчителните документи на ЕС по отношение на дългосрочните грижи не отчитат демографските процеси, вкл. същите са изцяло в сферата на социалната политика.

Прозира липсата на необходимата взаимовръзка между здравния и социалния сектор за следване на хоризонтален подход при политиките, свързани с възрастните хора. С оглед на демографската криза и високите темпове на застаряване на населението, е необходим хоризонтален прочит на практиките и политиките както на европейско, така и на национално ниво. Основно усилията да се постави в центъра укрепването на здравните системи при пандемични ситуации, повлия така на тенденциите в ЕС и държавите членки, че в центъра на здравните системи всъщност да не се поставя самия пациент и неговите нужди, а далеч по-амбициозни цели, ориентирани към засилване ролята на ЕС на глобално ниво, вкл. на глобално лидерство на пазара за производство на лекарствени продукти. По този начин инвестициите биват насочвани основно към сфери и отрасли, които оставят на заден план социално значимите заболявания например. Вместо усилия, ориентирани към пациента, все повече мерки се предприемат за осигуряване на дейности, чиято реална стойност за отделния пациент е много трудно измерима: стартиране на инициативи за създаване на запаси с лекарствени продукти, с неяснота дали това ще доведе до задоволяване на реалните нужди на населението или напротив – до свръхзапасяване с количества лекарства, чийто срок на годност може да доведе до необходимост от последващо разходване на финансови средства за унищожаване на количества. Последното, разбира се, допълнително натоварва националните бюджети – веднъж при закупуването на необосновано големи количества лекарствени продукти и втори път – в случай на необходимост от унищожаване на

неизползваните количества чрез допълнителни средства за това. Същевременно са налице редица области, в които са необходими срочни мерки, които освен жизнено необходими, няма да са свързани с подобна висока непредвидимост по отношение на количествения фактор.

В контекста на гореизложеното, отчитайки постигнатото до момента от Европейския здравен съюз и предвидените мерки, става ясно, че не се предвиждат конкретни мерки по отношение на грижата за възрастните хора – гериатрия, палиативни грижи и като цяло „грижите в края на живота“ („*end-of-life-care*“). Това е съществен проблем и за българската здравна система, поради несъстоялата се интеграция на хосписните грижи в здравната система. Принципът на равнопоставеност на здравните грижи през целия жизнен цикъл на човешкия живот прави палиативните и гериатричните грижи неотменна част от модерните здравни политики.

В България финансирането на палиативните грижи с публични средства към настоящия момент може да се извършва само по линия на НЗОК чрез клинична пътека „Палиативни грижи при онкологично болни“. Едновременно с ниската цена, договорена в НРД, независимо че от 2012 г. се позволява изпълнението на тази пътека и в хосписи, на практика изпълнението е трудно, тъй като са заложили ненужно високи медицински изисквания към изпълнителите.

Предизвикателство за постигане на т.нар. универсалното здравно покритие – всеки да има достъп до качествени здравни услуги, без да изпитва финансови затруднения е особено осезаемо в България. Освен зависимостта от плащания от джоба на пациента за здравеопазване („*out-of-pocket-payments*“), следва да се подчертае липсата на заложили всеобхватни мерки и предвидени средства по тези две направления, засягащи в особено голяма степен именно възрастните хора – нуждата от осигуреност и достъп до ефективни палиативни и гериатрични грижи. Следването на подобен диагонален подход, чрез използване на специфични за болестта интервенции за постигане на системни промени, може да осигури утвърждаване на т. нар. „универсално здравно покритие“.

2. Относителност към Целите за устойчиво развитие (ЦУР)

Пандемията COVID-19 подчерта значението на добре функциониращите системи за здравеопазване и затвърди мястото на здравеопазването като основен елемент от Програмата на ООН включва 17 цели за устойчиво развитие (ЦУР). Основната цел за сектора на здравеопазването е *ЦУР 3: Добро здраве и благополучие*.

Справедливият достъп до качествени и ефективни грижи е от особено значение за подобряване функционирането на здравните системи и намаляване на финансовите затруднения. Достъпът до качествена здравна грижа е от първостепенно значение за

справяне с ненужните страдания и за спазване на принципите на социалната справедливост. Социалното измерение на осигуряването на достъп до здравеопазване се корени именно в мерките, насочени към слабите - тези, които по обективни причини не могат да осигуряват сами грижата за себе си, включително за здравето си и вследствие на това и съпътстващи други фактори могат да бъдат подложени на ненужни страдания.

В контекста на гореизложеното, в настоящата разработка са разгледани както приоритетните политики и предприети мерки на ниво ЕС, така и приоритетите в сектора на здравеопазването на Република България. Акцент се поставя върху дългосрочните грижи и дефицита на мерки и реално измерими резултати по отношение на осигуряването на достъп до палиативни, гериатрични грижи и като цяло „грижи в края на живота“. За да се разгледат в детайли възможностите за осигуряване на адекватни грижи „на всяка възраст“, е направен анализ на българското законодателство в това направление, наличните стратегически документи, както и преглед на опита на няколко държави членки и предприетите от тях мерки и действия.

Същевременно са отчетени усилията на глобално и европейско равнище. За тази цел е направен подробен анализ на приоритетни мерки и цели в сектора на глобално ниво и в ЕС, за да се проследи предоставен ли е адекватен отговор за необходимите „грижи в края на живота“, по-конкретно гериатрични и палиативни грижи. COVID-19 пандемията е причина за цялостна ревизия на законодателството на ЕС в сферата на здравеопазването, като от изложените факти прозира липсата на мерки с конкретна добавена стойност относно „грижите в края на живота“ за отделния пациент както преди, така и след преразглеждането/ревизията на законодателната рамка на ЕС.

Направеният анализ показва, че въпреки наличието на множество мерки в сектора и въпреки факта, че пандемията погуби милиони човешки животи, включително на една от най-рисковите групи и засегнати - тази на възрастните хора, все още не са налице ясно измерими мерки, не са предвидени инициативи или нови ангажименти на ЕС и държавите членки за тези лица. Въпреки че политиката в областта на общественото здраве по принцип, съгласно първичното законодателство на ЕС, е в регулаторната компетентност на държавите членки, а ЕС осъществява единствено подкрепа и сътрудничество в ограничени направления, се отчита липса и на конкретно измерими мерки, вкл. на документи с препоръчителен характер, и в здравната, и в социалната сфера на ниво ЕС в контекста на гериатричните и палиативните грижи.

Преди да се разгледат в детайли тези въпроси е важно да се подчертае защо грижата за възрастните е толкова важна и същевременно социално значима. Броят на по-възрастните хора - на възраст 65 години или повече, се е утроил от около 260 милиона през 1980 г. до 761 милиона през 2021 г. По данни на НСИ населението на България в

края на 2024 г. е 6 437 360 души. В края на 2024 г. лицата на 65 и повече навършени години са 1 544 245, или 24% от населението на страната. Статистическите данни за страната говорят ясно за наличието на обоснована вероятност както деца, така и възрастни, страдащи от хронични, нелечими заболявания, включително рак, диабет и т.н., да имат висока потребност от достъп до палиативни, а възрастните – до палиативни, и до гериатрични грижи. Чрез осигуряване на равен достъп до гериатрични и палиативни грижи, както и чрез осигуреност на медицински специалисти в тези области, може да се даде адекватен политически отговор на прогнозите милиони души да загубят животите си при сериозни страдания, свързани със здравето, част от които очаквано ще се наблюдават предимно в страни с ниски и средни доходи, сред които е и България.

3. Напредък на държавите членки на ЕС при предоставянето на палиативни/хосписни и гериатрични грижи

За целите на настоящия дисертационен труд е чрез **собственото анкетно проучване** да се направи преглед на напредъка в държави членки на ЕС в предоставянето на палиативни/хосписни и гериатрични грижи.

3.1. Достъп и ефективност на палиативните грижи

Палиативните грижи са специализиран вид медицинска помощ, предназначена за пациенти с тежки, хронични или животозастрашаващи заболявания. В България организирането и предоставянето на палиативни грижи в пълен обем и на всички нуждаещи се пациенти е пречатствано от несъстоятелната се през годините интеграция на хосписните грижи в здравната система. Съгласно Закона за лечебните заведения, хоспис е лечебно заведение, когато в него медицински и други специалисти осъществяват палиативни грижи за терминално болни пациенти. И до днес тези лечебни заведения функционират без обществени ресурси за предоставяне именно на палиативни грижи. В контекста на т.нар. „демографски срив“ се наблюдава нарастване на потребността от хоспис/палиативни грижи, но предвид липсата на национално бюджетиране на палиативната грижа, редица хосписи преустановяват дейността си като лечебни заведения. Последното поставя в неизгодна позиция пациентите в терминален стадий, които от своя страна, поради ограничената възможност да получат необходимите им медицински грижи, именно в лечебно заведение с капацитет за предоставяне на така специфичните палиативни грижи, биват пренасочвани към друг тип лечебни заведения или социални домове за стари хора, в които се извършват грижи от екипи без компетенции в областта на палиацията.

Настоящото проучване обобщава приложими практики и въведени мерки на национално ниво в 11 държави членки на ЕС в областта на палиативните грижи. Обобщените практики в държавите членки представляват анализ на реално

провежданите политики и мерки в единадесет държави членки на ЕС по отношение на палиативните грижи, за да се проследи доколко липсата на ясна организация и целево финансиране в България, както и несъстоятелната интеграция на хосписите в страната, поставят българския пациент в „неизгодна“ спрямо европейския пациент позиция.

В част от държавите палиативните грижи включва три нива на грижи: палиативен подход, общи палиативни грижи и специализирани палиативни грижи, а в други палиативните грижи и грижите в хосписите са гарантирани обезщетения за лицата, обхванати от общественото здравно осигуряване. В държави като Германия съществуват болнични и извънболнични центрове за палиативни грижи/хосписи, както и болници с отделения за палиативни грижи. Срещан е и подход за управление на услугите за палиативни грижи чрез съвместни политики и действия между министерствата на здравеопазването и социалната политика. Малта е сред държавите, които в момента въвежда и планирани редица дейности, които да предоставят тази важна услуга. Литва пък е насочила усилията си в предоставяне предимно на сестрински и поддържащи грижи, които включват лечение, сестрински (палиативни) грижи, домашни грижи), други минимални услуги/мерки за поддържане на здравето за хора на всякаква възраст с хронични заболявания.

В голяма част от държавите задължителните здравни осигуровки покриват по-голямата част от разходите, включително повечето от проучените държави в момента разработват нови и допълващи политики в тази област.

3.2. Резултати от проучването на практиките в областта на палиативните грижи в отделни държави членки на ЕС

Полша

Палиативните и хосписните грижи са гарантирани от обезщетения за лицата, обхванати от общественото здравно осигуряване в Полша, и се предоставят в съответствие с Наредбата на министъра на здравеопазването от 29 октомври 2013 г. относно гарантираните обезщетения в областта на палиативните и хосписните грижи.

Палиативните и хосписните грижи могат да се предоставят в болница, в амбулаторни клиники за палиативни грижи и в някои други специализирани центрове или в домашни условия. Насочени са към всеки, който страда от нелечимо, прогресиращо, ограничаващо живота заболяване, независимо дали е онкологично или не.

За да може да ползва индивидуални услуги за палиативни и хосписни грижи, пациентът трябва да отговаря на здравните условия, посочени в пакета от тези обезщетения, и да има направление от лекар. В Полша услугите за палиативни и хосписни грижи се финансират от бюджета на Националната здравна каса. Самите

хосписи обаче могат да получават дарения, безвъзмездни средства от ЕС и подкрепа от местните власти. Този модел на финансиране позволява закупуването на допълнително оборудване и други удобства, които повишават комфорта на пациентите. От 1 април 2024 г. е въведено неограничено финансиране на услугите за палиативни и хосписни грижи.

Хърватия

В Република Хърватия системата за палиативни грижи включва три нива на грижи: палиативен подход, общи палиативни грижи и специализирани палиативни грижи.

Палиативният подход и общото ниво на палиативни грижи се осигуряват от:

- екип по семейна (обща) медицина;
- патронажна служба;
- здравни грижи в дома на пациента;
- болнични отделения и поликлиники;
- домове за възрастни хора и други социални заведения;
- центрове за социално подпомагане;
- духовни грижи (свещеници, църкви, религиозни организации);
- доброволци и организации на гражданското общество.

Формите на специализирани палиативни грижи са:

- координационен център за палиативни грижи/координатор за палиативни грижи в областта;
- мобилен палиативен екип;
- отделение за палиативни грижи в стационара на здравния център;
- заведение за палиативни грижи/хоспис;
- отделение за палиативни грижи;
- легла за палиативни грижи в рамките на други отделения/клиники/институции в болницата;
- дневен стационар/център за палиативни грижи;
- болничен екип за палиативни грижи;
- доброволци и организации на гражданското общество, занимаващи се изключително с палиативни грижи.

Палиативните грижи в Република Хърватия са договорени и се предоставят от бюджета на Хърватската здравноосигурителна каса (финансирана от държавата).

На първичното ниво на здравеопазване се сключват договори с координатори за палиативни грижи и мобилни палиативни екипи в съответствие с Мрежата на обществените здравни служби. Координаторът за палиативни грижи и мобилният екип за палиативни грижи осигуряват специализирани палиативни грижи за пациента и

оказват подкрепа на семейството въз основа на цялостен и мултидисциплинарен подход. Мобилният палиативен екип се състои най-малко от: 1 лекар специалист, преминал допълнително обучение по палиативни грижи и 1 медицинска сестра, преминала допълнително обучение по палиативни грижи, като при предоставянето на пълни, интердисциплинарни палиативни грижи е необходимо да се включат и други членове на екипа (психолог, социален работник, физиотерапевт, представители на вероизповедание или др.).

Координаторът по палиативни грижи (магистър/бакалавър медицинска сестра със специално образование по палиативни грижи) има ролята да свързва и координира всички заинтересовани страни в системата за палиативни грижи в окръга.

Координаторите на палиативни грижи, заедно с мобилния палиативен екип, стационарното отделение и кабинета за медицински помощници, представляват минималния стандарт за палиативни грижи във всеки окръг.

Стационарните заведения за палиативни грижи се намират в здравни заведения в общи и специализирани болници, заведения за палиативни грижи и стационарни заведения в здравни центрове.

Заведение за палиативни грижи/хоспис е определено заведение за предоставяне на комплексни палиативни грижи на първично ниво с договорени палиативни легла. То осигурява комплексни физически, психологични, социални и духовни грижи за пациентите, в случай на влошаване на общото им състояние или при симптоми, които не могат да бъдат лекувани в дома на пациента или в дома за възрастни хора, през последните дни от живота им, когато не могат да бъдат осигурени грижи на друго място или когато е приключило острото болнично лечение, и като подкрепа за семейството, което дълго време се е грижило за пациента в дома му, под формата на кратка хоспитализация.

За да се подобри достъпността на здравните услуги в райони, които са географски отдалечени от болниците и не са леснодостъпни, в съответствие с Мрежата на обществените здравни служби, в някои здравни центрове са осигурени общи и палиативни легла.

Германия

Съществуват болнични и извънболнични центрове за палиативни грижи/хосписи, както и болници с отделения за палиативни грижи. Съществуват и хосписи, които са специализирани в грижите за деца.

Палиативните грижи могат да се извършват навсякъде, където хората прекарват последната фаза от живота си - у дома, в стационарни заведения, в болница или в болничен хоспис. Палиативните грижи включват медицинска, психологична и

консултантска подкрепа. Хора от различни професии работят заедно в екип, за да отговорят на съответните нужди на пациентите.

Амбулаторната комплексна услуга „Специализирана амбулаторна палиативна помощ“, съгласно параграф 37b от Социалния кодекс (V), дава възможност за палиативни грижи, включително в познатата на пациентите домашна среда, за да се избегнат прекомерните хоспитализации. Законното право на специализирани амбулаторни палиативни грижи се прилага за палиативни пациенти с нелечимо, прогресивно и толкова напреднало заболяване, че продължителността на живота е ограничена и пациентите се нуждаят от особено специфични грижи. Други пациенти получават палиативни грижи в амбулаторните и стационарните структури, по-специално от лекари, медицински сестри и стационарни заведения.

Идеята за хоспис също е широко разпространена на различни нива в обществото през последните години. В Германия има все по-голям брой амбулаторни хосписни услуги, които помагат да се гарантира, че грижите, основани на нуждите, могат да бъдат предоставяни в обичайната среда. Броят на болничните хосписи също нараства постоянно през последните години. Здравноосигурителните фондове насърчават хосписните услуги чрез безвъзмездни средства (член 39a от Социалния кодекс). За осигурените лица използването на хоспис услуги не е свързано с разходи.

Законът за подобряване на хосписните и палиативните грижи в Германия, който е в сила от декември 2015 г., значително насърчава по-нататъшното създаване и разширяване на хосписните и палиативните грижи във всички области на медицинските и сестринските грижи и по този начин подобрява достъпа на пациентите до тези услуги.

Различните консултантски услуги за осигурените лица и техните семейства чрез задължителните здравноосигурителни каси и заведенията за болнични грижи служат за предоставяне на целева информация относно хосписите и палиативните грижи, както и за осигуряване на информация за „грижите в края на живота“. Това позволява на осигурените лица да бъдат информирани индивидуално за различните възможности за хоспис и палиативни грижи, така че те да могат да получават грижи, подходящи за съответната им жизнена ситуация.

Палиативните грижи също така са част от домашните грижи.

Като част от специализираните амбулаторни палиативни грижи (SAPV) пациентите се обгрижват от обучен екип за палиативни грижи (SAPV екип), който се състои от лекар за палиативни грижи и/или медицински сестри със специална допълнителна квалификация. Екипите по SAPV предоставят специална комплексна услуга, на която имат право тежко болни пациенти в терминален стадий със сложни симптоми и много ограничена продължителност на живота, с основна цел да могат да

прекарат последната фаза от живота си в позната среда. Това е мултипрофесионална цялостна услуга, като екипите на SAPV трябва да работят с други доставчици на услуги и хоспис услуги.

Жителите на болнични старчески домове имат право на палиативни медицински и амбулаторни хосписни услуги.

Палиативните грижи в болниците се предоставят в общите болнични отделения.

Хосписите могат да приемат пациенти в терминален стадий, които не се нуждаят от болнично лечение, но чиято грижа у дома не е възможна.

Задължителните здравни осигуровки покриват по-голямата част от разходите (приблизително 95%); около 5% от разходите се покриват от хосписите чрез дарения или други източници на приходи. Частните здравни застраховки обикновено също покриват разходите.

Латвия

В Латвия Министерството на здравеопазването отговаря основно за здравните услуги, включително за тези, предоставяни в заведения за дългосрочни грижи, докато Министерството на социалните грижи се занимава със социалните въпроси. Услугите за палиативни грижи се предоставят чрез съвместен подход между тези министерства. По-специално, мобилните услуги за палиативни грижи, които се предоставят по местоживееене на пациента, представляват уникален аспект на палиативните грижи в Латвия. Те включват цялостен набор от здравни услуги, социални грижи и психосоциална рехабилитация, подпомагани от регионални координатори, запознати с възможностите за подкрепа от двете министерства и конкретните общини. По този начин се осигурява цялостен подход към грижите за пациентите през последните етапи от живота.

Услугите за палиативни грижи в Латвия се финансират от националния бюджет. Това включва предоставянето на мобилни услуги за палиативни грижи, които са разработени така, че да са икономически ефективни и да намаляват общите разходи за здравеопазване чрез намаляване на броя на повикванията на спешна медицинска помощ и хоспитализациите на пациенти с палиативни грижи.

Малта

Палиативните грижи отбелязват постепенен, но стабилен напредък в Малта. Установените и други планирани в бъдеще мерки за осигуряване предоставянето на достъп до тази важна услуга/грижа включват:

1. Националната здравна служба разполага с отделение за палиативни грижи с 16 легла в онкологичната болница (болница „Сър Антъни Мамо“ (SAMOC)) и работи само

с онкологични пациенти. Палиативни грижи се полагат и в останалите онкологични отделения в тази болница.

2. Хоспис Малта предоставя редица услуги за палиативни грижи в общността на пациенти с напреднала органна недостатъчност (сърдечна, белодробна, бъбречна и чернодробна), амиотрофична латерална склероза (АЛС), напреднала множествена склероза (МС), както и на страдащи от онкологични заболявания в общността. Някои от услугите включват домашни грижи в хосписа, болнични палиативни грижи, духовна и психологическа подкрепа, физиотерапевтична подкрепа, допълваща терапия и трудотерапия, подкрепа и програми, включително за деца, и безплатно предоставяне на специализирано оборудване на нуждаещите се в общността. Тази услуга се подпомага от мултидисциплинарен екип, включващ общопрактикуващи лекари със специален интерес в областта на палиативната медицина.

3. Предвижда се вторият хоспис в страната - новият хоспис „Свети Михаил“ да включва стационарно отделение с 16 легла, което ще обслужва пациенти, нуждаещи се от палиативни грижи, включително грижи в края на живота и усъвършенстван контрол на симптомите за пациенти в края на живота, както е описано в т. 2.

4. Отделът за активен живот на възрастните хора и грижи в общността предоставя палиативни грижи в четири заведения за дългосрочни грижи за гериатрични пациенти.

5. На пациенти с неврологични заболявания в терминален стадий, като АЛС и МС, се предлагат дългосрочни грижи в специализирани отделения, като мултидисциплинарен екип осигурява необходимата подкрепа.

По-голямата част от палиативните грижи, изброени по-горе, се предоставят чрез държавни средства (национален бюджет), включително на онкологично болни пациенти по т. 1 и гериатрични пациенти, както е посочено в т. 4.

Хосписът в Малта и осигуряването на подкрепа за пациенти с неврологични заболявания в терминален стадий, посочени в точка 5, се съфинансират с публични средства.

Швеция

В Швеция е въведено задължение на областите и общините да осигурят еднакви грижи, основани на нуждите на всички пациенти, независимо от доставчиците на здравни услуги. Националният съвет по здравеопазване и социални грижи подкрепя с основани на знания и ранжирани препоръки лицата, вземащи решения, и доставчиците на здравни услуги.

През 2025 г. се очакваше да бъде публикувано актуализирано национално ръководство, което е в сила от 2013 г.

Всички палиативни грижи се финансират чрез данъчни фондове. Правителството може да допълни с ограничена във времето държавна субсидия, за да насърчи и подкрепи конкретни мерки.

Словакия

Тази държава е определила лекар за главен експерт по палиативна медицина в Словакия. Този лекар е упълномощен от Министерството на здравеопазването на Словашката република и работи в Националния институт по онкология. Словашката асоциация по палиативна медицина - „Slovenská spoločnosť paliatívnej medicíny“ (SSPM) - като съставна част на Словашката медицинска асоциация - „Slovenská lekárska spoločnosť“ (SLS) - обединява експерти в областта на палиативната медицина в Словакия (има повече от 70 членове).

Палиативните грижи в Словакия се финансират от държавния бюджет, като в допълнение към плащанията, осигурени от здравноосигурителните дружества за хосписните грижи, се включват и доплащания на пациентите.

Също така, Министерството на здравеопазването осъществява дейности, насочени към подпомагане на болничната и извънболничната помощ, и домашните грижи чрез увеличаване на наличността на агенции за домашни грижи и мобилни хосписи. Стратегията за дългосрочни грижи в Словашката република, както и Реформата на социално-здравните грижи в Словакия, включва визия за развитие в тази област.

По отношение на законодателната рамка, с изменение на Закона за здравните грижи са включени дългосрочните здравни грижи и палиативните грижи в съществуващата концепция за регулиране на предоставянето на здравни грижи. Съгласно параграф 39 от този закон: „Палиативните здравни грижи са здравни грижи, предоставяни на лице с нелечимо и прогресиращо заболяване, което обикновено води до неговата смърт, с цел облекчаване на страданието и поддържане на качеството на живот на това лице.“

Ако лекуващият лекар открие нелечимо и прогресиращо заболяване при дадено лице, което обикновено води до смъртта му, и реши, че е налице необходимост от предоставяне на палиативни здравни грижи, той трябва да предостави на лицето:

- а) информация за: 1. изчерпване на наличните възможности за лечение, за да се предотврати развитието на болестта; 2. възможността за предоставяне на палиативни здравни грижи; 3. възможностите за социална помощ или духовно обслужване с цел подпомагане на екипите при предоставяне на институционални грижи,
- б) идентификационни данни за доставчика, който може да предостави на това лице специализирани палиативни здравни грижи, в обем име на доставчика, адрес на

доставчика, име и фамилия на лекаря, специализирал в специализираната област на палиативната медицина.

Ако не е възможно да се осигури предоставянето на здравни грижи по предходното изречение в рамките на срок, който е медицински обоснован, като се вземе предвид настоящото здравословно състояние и вероятното развитие на заболяването на лицето, лекуващият лекар информира лицето за възможността за предоставяне на здравни грижи от друг лекар, специализиран в друга специалност, в зависимост от заболяването на лицето.

Палиативните здравни грижи се предоставят като: а) основни палиативни здравни грижи; б) специализирани палиативни здравни грижи.

Основните палиативни здравни грижи се предоставят от лекар със специалност, различна от палиативна медицина, под формата на: а) амбулаторни грижи; б) институционални грижи в болница в обособено отделение.

Специализираните палиативни здравни грижи се предоставят от лекар със специалност в областта на палиативната медицина под формата на:

а) амбулаторни грижи: 1. в амбулатория за специализирана медицинска помощ по палиативна медицина; 2. мобилен хоспис;

б) болнични грижи в болница в отделение по палиативна медицина, не повече от един месец от датата на приемане на лицето на институционално лечение;

в) институционални грижи в хоспис за не повече от шест месеца от датата на приемане на лицето на институционални грижи.

Сроковете по-горе за предоставяне на палиативни здравни грижи могат да бъдат удължени, ако здравноосигурителното дружество на лицето, което получава такива грижи, е съгласно, дори и многократно; съгласието се иска от доставчика до здравноосигурителното дружество в съответствие с решението на комисия.

Част от палиативните здравни грижи е и кризисната интервенция на лекуващия лекар, предоставяна на лицето, получаващо палиативни здравни грижи, и на негови близки. Палиативните здравни грижи включват и кризисна интервенция на лекуващия лекар, предоставена на близък човек след смъртта на лицето, получаващо палиативни здравни грижи.

Словения

Палиативните грижи се предоставят като основни грижи от лекари от първичната медицинска помощ, районни медицински сестри и специалисти в болниците и специализирани грижи, на вторично ниво в болници и мобилни палиативни екипи, които предоставят грижи в домовете на пациентите.

Развитието на палиативните грижи в Словения е организирано централизирано - национална координация на палиативните грижи в Министерството на здравеопазването.

Съществуват няколко недържавни институции, които осигуряват обучение на лекари и други работници в областта на палиативните грижи: Словенското дружество за хосписи и палиативни грижи, Дружеството на хосписите, Palias и др.

Палиативните грижи в хосписите се финансират чрез здравното осигуряване на пациента.

През септември 2024 г. Министерството на здравеопазването назначава лекар, ръководител на специализирания екип по палиативни грижи в Института по онкология в Любляна, за национален координатор за развитието на палиативните грижи в Словения. Задачата на специалиста е установяване на цялостен и систематичен подход към палиативните грижи на всички нива на здравната система от първичните, до третичните грижи за всички пациенти с терминални заболявания, а не само за онкоболните.

Основните предизвикателства включват осигуряване на адекватно обучение на здравните специалисти и информиране на пациентите и техните близки за значението и ползите от палиативните грижи.

През 2024 г. Министерството на здравеопазването е осигурило изпълнението на Програмата за палиативни грижи за деца на всички нива на здравния сектор. Екип за детски палиативни грижи за най-малките пациенти е базиран в Клиниката по педиатрия в Любляна и се ръководи от координатор по палиативните грижи за деца.

През 2025 г. в рамките на министерството ще бъде създадена нова работна група, която ще започне подготовката на нова Национална програма за палиативни грижи в допълнение към развитието на палиативните грижи.

Като цяло, палиативните грижи се разделят на първични и специализирани. Основните палиативни грижи включват разпознаване на физическите симптоми, оценка на психологическото страдание, духовните ценности и социалната среда. Тези грижи се предоставят от всички медицински специалисти.

В случаите, когато физическите проблеми са сложни, когато социалната среда на пациента е предизвикателна или когато има тежък психологичен и духовен дистрес, пациентът трябва да бъде насочен към специализирано ниво. Специализираните грижи в Словения са организирани под формата на мобилни палиативни звена и като специализирана услуга на вторично и третично ниво.

Сестрински грижи

Отчитайки факта, че в напредналия стадий на заболяването пациентът обикновено е толкова неспособен физически, че става зависим от чужди грижи и помощ, Словения осигурява и няколко възможности за планиране на сестрински грижи. Те се предоставят основно в домашни условия от домовете за възрастни хора, а на някои места и от центровете за социална работа. Помощта за гледане е платена - цената се определя от обхвата на услугите, като това е област, в която също се обмислят допълващи мерки.

Нидерландия

В Нидерландия се предоставят палиативни грижи в случаи на нелечимо заболяване, при които грижите не са насочени към излекуване, а към „качеството на живот“. Обикновено включва комбинация от грижи, като подкрепата на болногледачите също е част от палиативните грижи. Палиативните грижи могат да се предоставят на различни места, като например у дома, в хоспис или в старчески дом.

Фондът за дългосрочни грижи (Flz) се финансира по Wlz - Закона за дългосрочните грижи (ЗДС), е в сила от 1 януари 2015 г. Той дава право на грижи на осигурените лица, които са трайно зависими от 24-часови близки грижи или постоянно наблюдение. Това означава, че дадено лице не може да бъде оставено само. Освен това се установява, че това е така до края на живота му. Това са предимно възрастни хора с напреднала деменция или хора с тежки умствени, физически или сензорни увреждания.

Палиативните грижи могат да бъдат осигурени съгласно Закона за дългосрочни грижи (ЗДС) или Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), в зависимост от това дали пациентът отговаря на конкретни критерии за получаване на достъп до дългосрочни грижи. Центърът за оценка на здравеопазването (ЦОЗ) преценява дали дадено лице отговаря на условията за предоставяне на грижи. Основният принцип е, че осигуреното лице получава грижи, които в максимална степен отговарят на личните му нужди.

В случаите, в които пациентът отговаря на критериите, получава всички насоки за грижите, от които има нужда, например сестрински грижи. Указанията на ЦОЗ дават право на грижи в институция (на Wlz/по реда на ЗДС) или в домашна среда. Пациентът може да избира измежду различни форми на предоставяне на грижи у дома или в институция.

Всяко лице, живеещо в Нидерландия, има право на грижи от Wlz, ако отговаря на съответните условия – това е национална осигурителна схема. Услугите се финансират от национални осигурителни вноски чрез данък общ доход. По-голямата част от разходите за здравеопазване по Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) са за сметка на здравноосигурителните компании. Те плащат на доставчиците на здравни услуги за грижите, предоставени на техните осигурени. За палиативни грижи от здравна каса пациентът не дължи доплащане.

Литва

Услугите за сестрински и поддържащи грижи включват лечение, сестрински (палиативни) грижи, домашни грижи, други минимални услуги/мерки за поддържане на здравето за хора на всякаква възраст с хронични заболявания. Това се отнася и за хора с увреждания и други пациенти, когато е налице ясна диагноза на заболяването; активно лечение не е необходимо и медицинската рехабилитация е противопоказана.

Пациентите се хоспитализират в центрове за лични здравни грижи, когато е поставена окончателна диагноза и не се изискват допълнителни изследвания. Сестрински грижи и поддържащите лечебни услуги се заплащат със средства от задължителния здравен застрахователен фонд, т.е. не е необходимо пациентът да заплаща допълнително за тях.

Услугите за палиативни грижи са мерки за подобряване на качеството на живот на пациент с нелечимо прогресиращо заболяване, достигнало стадий, който не е животозастрашаващ, както и на качеството на живот на неговите/нейните близки, чрез облекчаване на физическото и психическото страдание и подпомагане на разрешаването на други психо-социални и духовни проблеми. Тези услуги могат да бъдат предоставяни в болнични, дневни или амбулаторни условия. Услугите по палиативни грижи се предоставят от екип от специалисти, включващ лекар, медицинска сестра, помощник-сестра и медицински психолог, в зависимост от тяхната компетентност, а в случай на амбулаторни услуги по палиативни грижи - и социален работник. За получаване на услуги за палиативни грижи се изисква направление от лекуващия лекар. Пациентът или неговите роднини могат да изберат хоспис, включително такъв, който има договор с териториалната здравноосигурителна каса.

Люксембург

В Люксембург Законът от 16 март 2009 г. относно палиативните грижи има за цел да гарантира достъп до палиативни грижи на всяко лице в напреднала или крайна фаза на тежко и неизлечимо състояние, независимо от причината и където и да се намира. Тези грижи могат да се предоставят в болница, в институция с договор за медицински услуги, съгласно законите за здравно осигуряване и осигуряване за дългосрочни грижи, или директно в домовете на пациентите чрез мрежи за домашни грижи. За хора, лекувани у дома или в институция за грижи, е осигурено тясно сътрудничество с болницата.

Стационарни палиативни грижи в Люксембург се предоставят както в болницата, в специализирани отделения, така и в други отделения, като например по гериатрия, когато е необходимо. Те се предоставят и в приемни центрове за хора в края на живота им.

От една страна, Люксембург гарантира достъп до стационарни палиативни грижи чрез специализирани болнични отделения и специален хоспис, като по този начин отговаря на нуждите на хората в края на живота. От друга страна, стационарни палиативни грижи се предоставят и в заведения за настаняване, регулирани от Закона за качеството на услугите за възрастни хора, гласуван на 20 юли 2023 г. в Камарата на депутатите. Този закон предвижда, че 40% от ръководния персонал трябва да е преминал основно обучение за палиативни грижи и че дадено лице трябва да е преминало обстойно обучение, както е определено в Наредбата на Великия херцог от 8 февруари 2019 г. относно организацията на обучението по палиативни грижи и подпомагане в края на живота на лекарите, другите здравни професии и ръководния персонал на службите за възрастни хора.

Палиативните грижи в Люксембург се финансират главно от двата клона на Caisse Nationale de Santé (CNS), а именно здравно осигуряване и осигуряване за дългосрочни грижи, както са определени в Наредбата на Великия херцог от 25 януари 2010 г. относно организацията на палиативните грижи.

Моделът на финансиране, прилаган в различните стационарни услуги, е еднакъв. Това, което може да варира, е цената на настаняването на лицето, за което се полагат грижи, което води до разлики в личното финансово участие, в зависимост от мястото на полагане на грижи.

България

Финансирането на палиативните грижи към настоящия момент може да се извършва само за ограничен кръг пациенти по бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) чрез клинична пътека „Палиативни грижи при онкологично болни”.

Последното се обуславя от липсата на въведени критерии на национално ниво за „достъпа до грижи в края на живота“, включително критерии за „палиативен пациент“, който е в терминален стадий на заболяването.

Ограничаването на достъпа до палиативни грижи единствено до клинична пътека „Палиативни грижи при онкологично болни” пречатства възможността на хосписите като лечебни заведения, създадени по смисъла на ЗЛЗ, да упражняват основната си дейност, а именно да предоставят палиативни грижи на пациенти в терминален стадий на различните видове заболявания.

3.3. Достъпът и ефективността на гериатричните грижи е детайлно/широко проучен в осем държави членки

Човешките ресурси в сектора на здравеопазването в ЕС като цяло са изправени пред общи предизвикателства – застаряващо население и съответно застаряваща работна

сила в здравния сектор, недостатъчна привлекателност за младите поколения на някои здравни професии и специалности, неравномерно териториално разпределение в резултат на вътрешна миграция от по-малките към по-големите населени места (урбанизация), миграция на здравни работници в ЕС и извън него.

Застаряващото население на ЕС и тенденцията към преобладаване на хроничните заболявания в тези възрастови групи очаквано ще продължи да има огромно влияние върху търсенето на дългосрочни грижи.

Гериатрията е област от медицината, която се характеризира с цялостен подход към лечението на заболявания, които се срещат в тази възрастова група реципиенти, т.е. над 60 години, и съчетава много различни специалности, за да се намали необходимостта от посещение при специалисти. Геронтологията и гериатрията са неразривен компонент, включително в обучението по медицина, от концепцията за комплексна здравна и обществена грижа за старите хора. Именно затова са необходими измерими мерки, които да отговарят на нарастващата потребност от компетентна гериатрична подготовка на медицински и немедицински специалисти при лечение на лица в напреднала и старческа възраст.

В тази област в сектора на здравеопазването особен акцент следва да се постави върху необходимостта от достатъчно и подходящо подготвен персонал за осигуряване на гериатрични грижи.

На национално ниво недостатъчната осигуреност на специалисти по „гериатрична медицина“, включително на немедицински персонал, преминал обученията относно специфичните потребности на възрастните хора, поставя България сред най-уязвимите и неподготвени държави членки на ЕС за своевременен отговор на очакваните последици от високите темпове на застаряване в ЕС.

Именно в контекста на гореизложеното с цел подготовка на сравнителен анализ на практиките в осем държави членки на ЕС с практиката в България в областта на гериатричните грижи, е направено самостоятелно проучване. Чрез него се поставя акцент върху приоритетното значение на този тип здравни грижи за застаряващото население и необходимостта от осигуряване на достатъчно обучен персонал чрез мерки на национално ниво.

Гериатричните грижи в отделните държави членки са организирани така, че да могат да се предоставят както на национално ниво, така и на регионално чрез включване на всички ангажирани и специализирани по темата експерти и организации. В Полша, извън осигурения достъп до амбулаторни грижи, като част от гериатричните грижи, гериатрици посещават пациенти, в зависимост от здравословното им състояние, в гериатрични клиники, в дома на пациента или в болници в гериатрични отделения. В

Нидерландия например грижите за възрастни хора не се извършват от конкретна организация, нито се възстановяват от нея, а се работи съвместно с различните заинтересовани страни в сферата на грижите, за да се организират грижите за възрастни хора. Всеобхватни са и подходът и мерките, чрез което се наблюдава напредък в прилаганите политики.

Не във всяка държава финансирането се осигурява директно от министерството на здравеопазването, като в редица случаи то е в рамките на бюджетите на националните здравноосигурителни каси. Някои държави излизат и извън обхвата на общо приетите и прилагани мерки, като Словашката република например, в която има експерти, които са упълномощени директно от министъра на здравеопазването на Словашката република в областта на гериатричните грижи.

3.4. Резултати от проучването на практиките в областта на гериатричните грижи в отделни държави членки на ЕС

Германия

В Германия има три вида организации, които предоставят гериатрични грижи в старчески домове: 1. публични институции (в градовете); 2. организации с нестопанска цел като организации за социално подпомагане или църкви; 3. частни организации. По отношение на финансирането на гериатричните грижи, то се поема частично от т.нар. застраховка за социални грижи (Pflegekasse), която покрива част от разходите (размерът зависи от нивото на необходимите грижи), други разходи трябва да бъдат заплатени от лицето, което получава грижи, или от неговите преки роднини.

Също така, федералните провинции имат отделни разпоредби и правила относно домовете за грижи (изисквания към персонала, изисквания за качество и др.).

Люксембург

Гериатричните грижи се организират в болнични центрове, които трябва да имат оперативен лиценз за остри гериатрични услуги и гериатрични рехабилитационни услуги. Това е уточнено в член 4, параграф 2 и член 4, параграф 3 и приложение 2 към изменения Закон от 8 март 2018 г. за болниците и болничното планиране.

Сключват се споразумения между болници и други заведения за полагане на грижи, като домове за възрастни хора, интегрирани центрове за възрастни хора и услуги за домашни грижи, за да се гарантира непрекъснатост на грижите. Тези споразумения се уреждат от наредбите на Великия херцог относно междуинституционалното сътрудничество и мрежите за грижи и подкрепа.

Гериатричните грижи се финансират чрез общото здравно осигуряване или осигуровката за дългосрочни грижи. Здравните услуги в тази област се предоставят, както следва:

Остра гериатрика

Това са медицински услуги за диагностика, лечение, грижи и проследяване на гериатрични пациенти, чрез мултидисциплинарен подход, чиято цел е оптимално възстановяване на функционалното представяне, най-добра автономност и качество на живот на възрастните хора. Този тип (остри) гериатрични служби имат достъп до медико-техническа платформа за изображения и функционални изследвания. Острата гериатрична служба използва физиотерапия, водна терапия, трудова терапия, психологическа подкрепа, социална и диетична помощ на едно и също място и функционална връзка с гериатрична рехабилитационна служба, независимо дали е локализирана на същото място, или не. В последния случай в писмено споразумение се посочват критериите и редът и условията за трансфера на пациентите. Остра гериатрична служба може също така да бъде разположена на болнично място, което няма отделения по обща вътрешна медицина, висцерална хирургия или спешно отделение. В този случай гериатричната услуга се счита за изолирана и трябва да отговаря на конкретни условия.

Гериатрична рехабилитация

Услуга, осигуряваща оптимално възстановяване на функционалните показатели, най-добра самостоятелност на индивида и качество на живот на лице в гериатрична възраст, като се вземат предвид неговите медицински, когнитивни, психологически, социални, хранителни и културни особености, с оглед на връщането или поддържането на жизнената среда на пациента след здравно събитие. Гериатричната рехабилитационна служба работи във функционална връзка с отделенията по остра гериатрия или вътрешна медицина на институцията или има споразумение с поне едно отделение по остра гериатрия на друга институция, като се определят критериите и процедурите за прехвърляне на пациентите. Освен това има функционални връзки с извънболничния сектор. Тя предоставя на обществеността критериите за приемане, започване и край на грижите за пациентите, както и наличните грижи, които трябва да обхващат най-малко 2 от следните дисциплини ежедневно: физиотерапия, водна терапия, трудова терапия, психологическа подкрепа, социална и диетична помощ. За всеки пациент се извършва интердисциплинарна оценка при приема, индивидуализирана рехабилитационна програма, определяща целите и предвидимата продължителност на терапевтичния проект, и интердисциплинарна седмична преоценка. Гериатричната рехабилитационна служба/отделение може да има дневна болница за амбулаторни пациенти за гериатрична рехабилитация. В гериатричната рехабилитационна служба може да се помещава неврологична и ортопедична рехабилитационна единица, при липса на услуга, посветена на този вид рехабилитация на територията/в конкретния район.

Малта

Министерството на здравеопазването и активния живот на възрастните хора в Малта работи за подобряване на здравето и благосъстоянието на населението като цяло. Структурата на това министерство включва парламентарен секретар (еквивалент на младши министър) със специфична насоченост към активния живот на възрастните хора, за да се гарантира ефективно управление и изпълнение на целите на институцията. Министерството се ангажира да разработва политики и инициативи, които насърчават здравословния начин на живот и поощряват активното участие на възрастните хора в обществото. Признавайки важността на тази демографска група, министерството е разработило Национална стратегическа политика за активен живот на възрастните хора: Малта 2023-2030 г. и Национална стратегия за борба с деменцията на Малтийските острови 2024-2031 г. Тези стратегии имат за цел да насърчат ученето през целия живот, социалната ангажираност и физическата активност сред възрастните хора.

Резиденцията „Свети Винсент де Пол“ в Малта е основното място за настаняване, предназначено за грижи за възрастни хора, в допълнение към резидентните услуги. Тя предлага широк спектър от услуги, включително медицински грижи, рехабилитация и различни социални и развлекателни дейности, като осигурява цялостен подход към благосъстоянието на възрастните хора. Тя включва също и център за гериатрични грижи, предназначен за възрастни хора, които не се нуждаят от интензивни грижи в основната болница за спешни случаи, но могат да се възползват от достъпни и специализирани грижи.

Болницата за рехабилитация Karin Grech е болницата за рехабилитация на острова, специализирана в обща рехабилитация и рехабилитация на възрастни хора. Работи се основно за подобряване на подвижността, равновесието и намаляване на болката на пациентите, като същевременно се прилагат методи за предотвратяване на падания на пациенти с цел оптимизиране на ежедневните им дейности.

Органът за стандарти за възрастни хора, създаден със Закон № XXXVIII от 2023 г., подкрепя и регулира разработването и подобряването на стандартите за гериатрични услуги. Тази публична структура определя стандартите за резидентни и други гериатрични заведения, контролира регулаторните функции и наблюдава доставчиците на услуги, за да гарантира високо качество на услугите за възрастни хора. Органът също така разследва жалби срещу доставчици на услуги и разполага с необходимите правомощия и ресурси, за да изпълнява функциите си.

Гериатричните грижи се финансират от националния бюджет на Малта.

Полша

В Полша, като част от гериатричните грижи, гериатри посещават пациенти, в зависимост от здравословното им състояние, в гериатрични клиники, в дома на пациента или в болници в гериатрични отделения.

Като част от амбулаторното лечение, в съответствие с Наредбата на министъра на здравеопазването от 6 ноември 2013 г. за гарантираните услуги в областта на извънболничната специализирана помощ - Приложение 1, № 10 - възрастните хора имат достъп до специализирани консултации в областта на гериатрията.

Освен това кабинетът, в който се предоставя консултацията, трябва да разполага с глюкомер, а клиниката - с достъп до ултразвук и електрокардиограф, като клиниката, в която се предоставя горепосочената услуга, трябва да осигури достъп до:

- 1) лабораторни и микробиологични изследвания, извършвани в медико-диагностична лаборатория, вписана в регистъра на Националния съвет по лабораторна диагностика;
- 2) образнодиагностично изследване;
- 3) денситометрия на гръбначния стълб и бедрената кост.

Гериатричната помощ в рамките на болничната система се предоставя в съответствие с Наредбата на министъра на здравеопазването от 22 ноември 2013 г. за гарантираните обезщетения в областта на болничното лечение (ДВ, бр. 870 от 2023 г., с измененията).

Този нормативен акт определя минималните условия за предоставяне на 24-часови гарантирани услуги, планово или по спешност, които обхващат както диагностичния и терапевтичния процес, така и процеса на сестринска, респираторна, мускулно-скелетна и неврологична рехабилитация по различни специалности, включително гериатрия (№ 20 Гериатрия, съгласно приложение 3 към наредбата в част I, озаглавена „Подробни условия, на които трябва да отговарят изпълнителите на медицинска помощ при предоставяне на гарантирани услуги под формата на хоспитализация и планова хоспитализация“). В това приложение се определят минималните формални изисквания към доставчиците на здравни услуги, както и в областите, свързани с персонала, организацията на предоставяне на услугите и осигуряването на медицинско оборудване и апаратура.

Доставчикът на здравни услуги, предоставящ услуги в режим на хоспитализация и планова хоспитализация, е длъжен да разработи и прилага процедура за гериатрична оценка на пациента, с изключение на болничните отделения с педиатричен, неонатологичен и акушеро-гинекологичен профил. В гериатричните отделения (или други отделения, но само за пациенти над 60 години) се извършва цялостна гериатрична

оценка (ЦГО). Тя оценява обхвата на съществуващите нарушения и помага за определяне на приоритетите за лечение, рехабилитация и грижи.

В рамките на ЦГО лекарят проверява, наред с други неща: нивото на зрението и слуха; състоянието на кожата; усещане за самота и депресия; състоянието на болка; връзката между страничните ефекти и приеманите лекарства; резултати от диагностични тестове; ниво на нарушения на паметта и проблеми с движението; ситуация в семейството и общността, напр. загуба на член на семейството, подкрепа на член на семейството в грижите, възможност за самообслужване.

За да се започне лечение в гериатрично болнично отделение, е необходимо направление от лекар (включително лекар от т.нар. център за първична медицинска помощ). В рамките на хоспитализацията се извършват диагностични и терапевтични процедури, включително: с лечение на заболявания на възрастните хора, т.е: нарушения на походката и равновесието; болкови синдроми на опорно-двигателния апарат, инфекциозни заболявания на ставите, костите и съединителната тъкан; заболявания на нервната система, включително състояния след инсулт, съпътстващ синдром на деменция; респираторни заболявания, свързани, наред с другото, с пневмоторакс, ХОББ и белодробна хипертония; възпалителни и инфекциозни заболявания на червата и други заболявания на храносмилателната система, включително такива, свързани с недोхранване; болести на кръвоносната система, свързани с недостатъчност на кръвоносната система и хипертония и други.

В съответствие с изискваните условия за предоставяне на услуги в гериатричните отделения, в процеса на лечение и подобряване на физическата годност на пациенти 60+, освен лекари и медицински сестри със специалност, в областта на геронтологията или гериатрията, също така физиотерапевти, специалисти в областта на лечебната гимнастика или физическата рехабилитация и психолози.

Освен това полската система на здравеопазване регламентира гарантирани услуги в областта на психичното здраве на възрастните хора, т.нар. психогериатрични услуги.

Наредбата на министъра на здравеопазването от 19 юни 2019 г. за гарантираните услуги в областта на психиатричната помощ и лечението на зависимости (ДВ, бр. 1285 от 2019 г., с измененията) е един от актовете по прилагането на горепосочената наредба.

В началото на 2024 г. влиза в сила Законът от 17 август 2023 г. за специалните гериатрични грижи. Целта на този закон е да се подобри предоставянето на гериатрични грижи в Полша и се фокусира върху въвеждането на мрежа от амбулаторни центрове за хора на възраст над 75 години като основен стълб на гериатричните грижи.

Здравните грижи в Полша, включително гериатричните, палиативните и хосписните, не се финансират директно от държавния бюджет, а от Националната

здравна каса (НЗК), която в съответствие с чл. 96, раздел 1 от Закона от 27 август 2004 г. за здравните услуги, финансирани с публични средства (консолидиран текст: Държавен вестник от 2024 г., бр. 146, с измененията), е държавна организационна единица с юридическа правосубектност и управлява финансовите ресурси, предназначени за здравеопазването (чл. 97, ал. 1 от горепосочения закон).

На свой ред финансовите ресурси на НЗК се получават основно от здравноосигурителни вноски, които се плащат от различни групи осигурени лица, както и от бюджетни субсидии, средства от ЕС и такси за здравни услуги. Благодарение на този модел на финансиране Националната здравна каса може да покрива разходите за гарантирани услуги за полските граждани.

Националната здравна каса, в качеството си на основен публичен платец, покрива разходите за здравни услуги, гарантирани от държавата. Основната задача на НЗК е да сключва договори с доставчиците на услуги и да контролира изпълнението на тези договори.

Словакия

В Словашката република има експерти, които са упълномощени от министъра на здравеопазването на Словашката република в областта на гериатричните грижи. Към 2024 г. на д-р Татяна Лейтман е предоставен този мандат, която същевременно е председател на Словашката гериатрична асоциация - „Slovenská geriatrická spoločnosť“ (SGerS). На по-ниско регионално ниво експертите са упълномощени от генералния директор на отдел „Здравеопазване“ на Министерството на здравеопазването, както и от Словашката медицинска асоциация („Slovenská lekárska spoločnosť“) и други нейни съществени организации, каквато е SGerS. Словашкият Червен кръст, който е подчинен на здравна секция на Министерството на здравеопазването, подпомага гериатричните грижи.

Забележка 1: В Словашката република има 8 самоуправляващи се региона и гериатричните грижи се предоставят в зависимост от отделните доставчици на здравни услуги, с оглед на което за настоящото проучване е направен преглед на националната нормативна уредба.

Гериатричните грижи се финансират от държавния бюджет.

Министерството на здравеопазването извършва редица дейности, включително дейности в рамките на Плана за възстановяване и устойчивост на Словашката република, както и подпомага болничното здравеопазване, извънболничното здравеопазване и домашните грижи чрез увеличаване на наличността на агенции за домашни грижи и мобилни хосписи.

Забележка 2: Националната програма за активен живот на възрастните хора за периода 2021-2030 г. се реализира и финансира основно от държавния бюджет, както и с европейско финансиране, вкл. Споразумението за партньорство на Комисията със Словакия за периода 2021-2027 г.

Португалия

В Португалия гериатричните грижи се предоставят от Мрежата за дългосрочни грижи (МДГ). Дейността на МДГ в Португалия се управлява и организира съвместно от Министерството на труда, солидарността и социалната сигурност и Министерството на здравеопазването, като всяко от тях отговаря за разнообразието от услуги, които се предоставят на потребителите, най-вече от частни институции със социална солидарност с нестопанска цел, но също така и от публични и частни институции.

Дългосрочните грижи включват няколко услуги и помощ, а именно за гериатрични грижи: интегрирани непрекъснати грижи (болнични и домашни грижи); грижи за психичното здраве, с изключение на хоспитализациите; палиативни грижи (болнични и домашни грижи); домове за възрастни хора; дневни центрове; социалноосигурителна подкрепа за дома.

Португалия има правила за всяка типология на гериатричните грижи, респ. медицински критерии за достъп до гериатрични грижи.

Гериатричните грижи се финансират частично от националния бюджет и отчасти от потребителите, като мерките постоянно се надграждат, вкл. при изпълнението на Националния план за действие на Португалия за активен живот на възрастните хора и остаряване в добро здраве за периода 2023—2026 г.

Нидерландия

Грижи за възрастни хора чрез Програмата WOZO

В Нидерландия грижите за възрастни хора не се извършват от конкретна организация, нито се възстановяват от нея. Правителството работи съвместно с различни заинтересовани страни в сферата на грижите, за да организира предоставянето на грижите за възрастни хора. Чрез новата програма „Живот, подкрепа и грижи за възрастните хора“ (WOZO) Нидерландия променя начина, по който възрастните хора получават помощ, с цел да насърчи възрастните хора да живеят самостоятелно за по-дълго време в бъдеще.

Грижи за възрастни хора чрез Закона за социалното подпомагане - WMO (социална подкрепа)

Един от начините за организиране на грижи за възрастни хора в близост до дома е чрез Закона за социалното подпомагане (WMO) чрез общините. Тази подкрепа може да включва, например, дневни грижи, помощ в дома, приспособяване на жилището или

немедицински помощни средства, като инвалидна количка или скутер за придвижване. Общините могат да начисляват съпътстващо плащане за помощта по WMO, обикновено максимум 20 евро на месец. Освен това WMO се финансира с пари от данъци, като правителството управлява тези пари и ги изплаща на общината чрез специален общински фонд.

Грижа за възрастните хора чрез (задължителния) Закон за здравното осигуряване (Zvw) (здравна подкрепа и грижи)

Ако са необходими грижи в дома, те се осигуряват и възстановяват по Закона за здравното осигуряване. В този случай личните грижи за възрастни хора, дори например грижи като помощ при вземане на душ, се възстановяват от стандартния общозадължителен основен здравноосигурителен пакет. Преобладаващата част от разходите за грижи по Закона за здравното осигуряване (Zvw) се извършват чрез здравноосигурителните дружества. Те плащат на доставчиците на здравни услуги за грижите, предоставени на техните осигурени лица.

Грижи за възрастни хора чрез Закона за дългосрочните грижи (Wlz)

Този закон урежда интензивните грижи за уязвими възрастни хора. Центърът за оценка на здравните грижи (CIZ) преценява дали дадено лице има право на грижи по Wlz. С индикация за възможност за лечение по Wlz в институция за грижи пациентът получава всички насоки и грижи, от които се нуждае, като например сестрински грижи. Законът за дългосрочните грижи се финансира с национални осигурителни вноски чрез данъка върху доходите и доплащане от пациента.

Литва

Услугите за сестрински и поддържащи грижи включват лечение, сестрински (палиативни) грижи, домашни грижи, други минимални услуги/мерки за поддържане на здравето за хора на всякаква възраст с хронични заболявания. Също така, това се отнася и за хора с увреждания и други пациенти, когато е налице ясна диагноза на заболяването; активно лечение не е необходимо и медицинската рехабилитация е противопоказана.

Пациентите се хоспитализират в центрове за лични здравни грижи, когато е поставена окончателна диагноза и не се изискват допълнителни изследвания. Сестрински грижи и поддържащите лечебни услуги се заплащат със средства от задължителния здравен застрахователен фонд, т.е. не е необходимо пациентът да заплаща допълнително за тях.

България

През 2023 г. България предприе първите стъпки по темата и през 2025 г. е приета Национална стратегия за гериатрична грижа и остаряване в добро здраве 2030. Основната цел на стратегията е повишаването качеството на живот на възрастните хора.

Стратегическата цел е разгърната в пет специфични цели за създаване на условия за активен и достоен живот на възрастните и старите хора, чрез осигуряване на равен достъп до интегрирани здравно-социални грижи, равни възможности за пълноценното им участие в икономическия и социален живот на обществото.

Стратегическият документ обхваща редица мерки, но в него не са предвидени конкретни мерки по отношение на наличността и последващото осигуряване на достатъчно обучени медицински и немедицински специалисти. Липсва визия за и оценка на наличните ресурси и инфраструктура, което в значителна степен е в основата на проблема с предоставянето на гериатрични грижи в България, респ. това ще затрудни изпълнението на мерките. Необходимо е при изпълнение на Стратегията да се осигурят и допълнителни условия за продължаващо надграждащо обучение на квалифицираните медицински и немедицински специалисти, така че да са подготвени, да разбират и да се справят с проблемите на стареещите хора.

V. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Палиативни грижи:

Широкообхватният преглед на въведените практики в други държави членки на ЕС показва, че в България са въведени ограничен кръг от мерки по отношение на организацията, предоставянето и финансирането на палиативните грижи. Редица от проучените държави членки в ЕС финансират за сметка на националните си бюджети достъпа до палиативни грижи, като не ограничават същия единствено до онкологични заболявания, каквато е практиката в България. Доплащанията от страна на пациента са в минимално съотношение, спрямо осигуреното финансиране от държавите членки. Редица от проучените държави членки на ЕС към момента работят за надграждане на постигнатото чрез въвеждане на допълващи мерки по отношение на палиативните грижи. Част от държавите управляват процесите по тази проблематика на национално ниво чрез мерки в здравния, но и в социалния сектор, както въвеждат различни, допълващи се мерки на национално и регионално ниво.

Гериатрични грижи:

Гериатричните грижи в проучените държави членки на ЕС представляват неразривна част от здравните и социалните системи на тези държави. В голяма част от тях към момента се работи по надграждане на постигнатото чрез въвеждане на допълващи мерки по отношение на гериатрията. Липсата на цялостна стратегическа визия за „грижите в края на живота“ в българската страна поставя държавата ни сред най-уязвимите пред все по-нарастващата заплаха – застаряващото население. България е сред държавите с частично изградена визия и ограничен кръг от мерки по отношение на адекватното обезпечаване на нуждите от гериатрични грижи. Направеното проучване обуславя необходимостта от мерки в здравния и социалния сектор, които да отговорят на нарастващата потребност на населението, с оглед на високите темпове на застаряване, от компетентна гериатрична грижа и подготвен медицински и немедицински персонал за осигуряване на необходимата грижа на лицата в напреднала и старческа възраст. Необходимо е да се определят нуждите на старите хора на национално и регионално ниво, като се съпоставят с наличната здравна и социална инфраструктура и наличните медицински и немедицински кадри в отделните региони.

Резултатите от проведения анализ за достъпа до гериатрични грижи в ЕС показват, че повечето държави членки в ЕС вече са въвели редица мерки за осигуряване на адекватно ниво на грижи за възрастните пациенти. В България са въведени, както и предвидени, нови мерки по отношение на организацията и предоставянето на този тип

грижи. Основен фактор, който се очаква да повлияе негативно върху самото изпълнение на стратегическия документ в областта на гериатрията е липсата на ясна визия и мерки в него по отношение на осигуряването на достатъчно обучен медицински и немедицински персонал, който да посрещне така специфичните нужди на възрастните пациенти.

Като резултат е разработена и **Програма за обучение "Основи на палиативните и гериатричните грижи"** с основна цел формиране на знания сред студентите по медицина и от професионално направление „Здравни грижи” (медицински сестри и акушерки) за съдържанието на физическите, психологическите, духовните компоненти на предоставянето на палиативни и гериатрични грижи за пациенти и техните близки. Програмата има за цел да подпомогне процеса за усвояване на необходимите знания за спецификите на този тип грижи. Програмата има за цел да обхване целия процес по предоставянето им: от превенция, цялостна оценка и управление на физическите проблеми, включително болка и други тревожни симптоми, психологически стрес, духовен стрес и социални нужди. Особено важно е студентите да разберат и осъзнаят, че по своя смисъл палиацията има за цел да помогне на пациентите да живеят възможно най-пълноценно в последните етапи на живота – т.е. нито ускоряване, нито отлагане на смъртта. Специален акцент в обучението се поставя и на значението на връзката на семейството, както с пациента, така и с персонала по палиативни грижи. В контекста на спецификите и многопластовия характер на гериатричните грижи, но също така и в контекста на палиативните грижи, в програмата е застъпена нуждата от мултидисциплинарни екипи – включващи медицински и немедицински професионалисти (предвид медицинските особености на самите заболявания и за управление на процесите при сложни случаи).

VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социалната картина в целия свят очертава една трайна тенденция на увеличаване броя на възрастните хора. „Демографски срив“ е един от термините, чрез които образно се изразяват тенденциите за застаряване на европейското население. Застаряващото население на ЕС и тенденцията към преобладаване на хроничните заболявания в тези възрастови групи има огромно влияние върху търсенето на дългосрочни грижи. В контекста на последното прозира необходимостта от достатъчно и подходящо подготвен персонал за осигуряване на грижи в края на живота.

Направеният анализ показва, че липсва хоризонтален подход при политиките, свързани с възрастните хора както на национално ниво, така и на равнище ЕС. Редицата мерки и приоритети в сектора на здравеопазването на ЕС не включват в обхвата си достатъчно цели в контекста на демографската криза и високите темпове на застаряване на населението, което от своя страна обуславя необходимостта от персонал – медицински и немедицински, който да има компетенциите да предостави необходимите грижи в края на живота. Тези грижи предимно касаят гериатричната и палиативната медицина, по отношение на които на национално ниво са предприети минимален пакет от мерки. Същите нямат капацитета да осигурят необходимото ниво за подготвеност, нито да осигурят предоставянето на сложни животоподдържащи и инвазивни техники и не отчитат последиците от настоящата демографска криза, респ. очакваният ефект върху системата на здравеопазването.

Направеното проучване обхваща данни, които са достатъчни за формулиране на идеи и алтернативи за управлението, финансирането и развитието на гериатричната и палиативната медицина в България. Анализирани са и опитът на няколко държави членки на ЕС в предоставянето на този тип грижи.

VII. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

1. Изводи относно палиативните грижи:

- В България са въведени ограничен кръг от мерки по отношение на организацията, предоставянето и финансирането на палиативните грижи.
- Редица от проучените държави членки в ЕС финансират за сметка на националните си бюджети достъпа до палиативни грижи, като не ограничават същия единствено до онкологични заболявания, каквато е практиката в България. Доплащанията от страна на пациента в проучените държави членки на ЕС са в минимално съотношение, спрямо осигуреното финансиране от държавата.
- Част от държавите управляват процесите по тази проблематика на национално ниво чрез мерки в здравния, но и в социалния сектор, като въвеждат различни, допълващи се мерки на национално и регионално ниво.
- Повечето държави са въвели критерии, чрез които осигуряват ефективен достъп до дългосрочни грижи, включително до палиативни грижи, каквито критерии за „палиативен пациент“ в България липсват.

За ефективно интегриране на палиативните грижи, България трябва да:

- 1.1. Осигури законодателни изменения и подготовка на конкретно измерими и адекватни на нуждите на обществото цели и политики, които включват палиативните грижи не само в законодателната рамка, но и в стратегическите документи на страната, и в националните здравни бюджети;
- 1.2. Гарантира, че НРД включват палиативните грижи като компонент;
- 1.3. Гарантира, че палиативните грижи са част от всички здравни услуги и същите се предоставят от специализирани/мултидисциплинарни екипи, включително в хосписите в страната;
- 1.4. Осигури достъп до палиативни грижи за всички уязвими групи, включително деца и възрастни хора;
- 1.5. Ангажира университетите, университетските болници, Министерство на образованието и науката и подчинените му структури за обмисляне създаването на специалност по „палиативна медицина“;
- 1.6. Осигури възможности за обучение по палиативни грижи за медицински и немедицински персонал;
- 1.7. Разработи, утвърди и осигури прилагането на стандарт за хоспис/палиативни грижи.

2. Изводи относно гериатричните грижи

- Липсата на цялостна стратегическа визия за „грижите в края на живота“ в българската страна поставя държавата ни сред най-уязвимите пред все по-нарастващата заплаха – застаряващото население;
- Навременното представяне на гериатрията в обучението по медицина и здравни грижи следва да е важна цел и компонент на цялостната здравна грижа за старите хора;
- Човешките ресурси в сектора на здравеопазването са изправени пред общи предизвикателства – застаряващо население и съответно застаряваща работна сила в здравния сектор, а в този контекст е безусловна необходимостта от достатъчно и подходящо подготвен персонал за осигуряване на гериатрични грижи;
- Гериатричните грижи в проучените държави членки на ЕС представляват неразривна част от здравните и социалните системи на тези държави;
- България е сред държавите с частично изградена визия и ограничен кръг от реално работещи и даващи резултати за пациентите мерки по отношение на адекватното обезпечаване на нуждите от гериатрични грижи;
- Необходими са мерки в здравния и социалния сектор, които да отговорят на нарастващата необходимост от компетентна гериатрична подготовка на медицинските и немедицинските специалисти при лечение на лица в напреднала и старческа възраст;
- Необходимо е да се определят нуждите на старите хора на национално и регионално ниво, като се съпоставят с наличната здравна и социална инфраструктура и наличните медицински и немедицински кадри в отделните региони.

За адекватна осигуреност на достъпа до гериатрични грижи, България трябва да:

- 2.1. Продължи усилията на здравния сектор и да надгради предвидените дейности в стратегическия документ на страната за гериатричните грижи.
- 2.2. Анализира необходимостта от въвеждане на мерки за осигуряване на достатъчен брой лекари по специалност „Гериатрична медицина“;
- 2.3. Ангажира на университетите, университетските болници, Министерство на образованието и науката и подчинените му структури за допълнителни мерки за обучения, както на студентите по медицина и по професионално направление „Здравни грижи“, така и на наетия вече персонал, полагащ грижи за лица в напреднала и старческа възраст.

2.4. Ангажира социалния сектор за осигуряването на немедицински персонал и специализираното му обучение в това направление, с оглед специфичните потребности на възрастните хора.

3. Препоръки

Към Министерство на здравеопазването:

- Осигуряване на законодателни изменения и подготовка на конкретно измерими и адекватни на нуждите на обществото цели и политики, които включват палиативните грижи не само в законодателната рамка, но и в стратегическите документи на страната, и в националните здравни бюджети;
- Гарантиране, че НРД включват палиативните грижи като компонент;
- Осигуряване на възможности за обучение по палиативни и гериатрични грижи за медицински и немедицински персонал;
- Да разработи, утвърди и осигури прилагането на стандарт за хоспис/палиативни грижи.
- Да въведе мерки за обезпечаване наличността на специалисти по „Гериатрична медицина“.

Към Министерство на труда и социалната политика:

- Ангажиране с осигуряването на немедицински персонал и специализираното му обучение по палиативни и гериатрични грижи, с оглед специфичните потребности на възрастните хора.

Към Министерство на образованието и науката:

- Съвместно с медицинските университети, университетските болници, Министерство на здравеопазването и подчинените му структури да въведе допълнителни мерки за включване на програма за обучение на студентите по медицина и по професионално направление „Здравни грижи“ за предоставяне на грижи на палиативни и гериатрични пациенти.
- Съвместно с медицинските университети, университетските болници, Министерство на здравеопазването да осигури възможности за създаване на специалност „палиативна медицина“.

Към съсловните организации Български лекарски съюз, български зъболекарски съюз, Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи:

- Способстват за гарантиране на включването в НРД на палиативните грижи като компонент;
- Съдействие при организирането на практически обучения по гериатрични и палиативни грижи.

Към медицинските университети:

- Да способстват за разширяването на компетенциите и специализираното обучение по палиативни и гериатрични грижи;
- Да се ангажират с реализирането на програма за обучение на студенти по програма "Основи на палиативните и гериатричните грижи";
- Да съдействат при организирането на практически обучения.

Към средствата за масова информация (медиите):

- Да инициират широк обществен дебат по проблемите на палиативните и гериатричните грижи в страната.

VIII. ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Приноси с теоретично-познавателен и методичен характер

- Направено е задълбочено и широко обхватно изследване, отнасящо се до **хоспис/палиативните грижи и гериатричните грижи в контекста на степента на изпълнение на национално ниво на Целите за устойчиво развитие на ООН, призоваващи за универсално здравно покритие за всички до 2030 г, по-конкретно на основната, трансформираща цел на Програмата на ООН до 2030 г. за устойчиво развитие и нейните цели за устойчиво развитие “Да не изоставяме никого“ (Leave no one behind).**
- **Проведено е изследване и е направен анализ** на опита и мерките в част от държавите членки на ЕС по отношение на осигуряването на навременен достъп на пациентите по гериатрични и палиативни грижи.
- Систематизирана е информацията относно приоритетните теми и документи в **европейската правна рамка в здравния сектор.**
- Анализирани са **количественото и качествено измерение на мерките на национално ниво и националната правна рамка** за осигуряване на всеобхватен достъп до „грижи в края на живота“ в сравнение с практиките на други държави членки в ЕС.
- Идентифицирани са **необходимите междусекторни мерки** за разширяване на обхвата на достъпа до палиативни и гериатрични грижи и за надграждане на компетенциите на медицинските и немедицинските професионалисти по палиативни и гериатрични грижи.

2. Приноси с приложен характер

- Формулирани са **предложения за практически мерки за създаване на устойчив модел** за разширяване на достъпа на българския пациент до палиативни и гериатрични грижи, съобразен с добрите европейски практики.
- Направена е съпоставка между стратегически документи, законодателна рамка и реално прилагани практики в България и други държави членки на ЕС, **позволяваща идентифициране на пропуски и възможности за въвеждане на доказано работещи подходи.**
- Разработена е **програма за обучение "Основи на палиативните и гериатричните грижи"** за повишаване знанията на студентите по медицина и по професионално направление „Здравни грижи“.

IX. НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ

1. Карамитева А. Достъп до палиативни грижи в Европейския съюз. *Българско списание за обществено здраве* (ISSN 1313-860X); 2025;17(2):34-49.
2. Карамитева-Дончева А. Осигуряване на достъп до гериатрични грижи в Европейския съюз. *Българско списание за обществено здраве* (ISSN 1313-860X); 2025;17(3):81-93.
3. Карамитева-Дончева А., П. Салчев. Иновации с потенциал да подобрят процесите на координация при въвеждане на европейското законодателство в националната правна рамка. *Българско списание за обществено здраве* (ISSN 1313-860X); 2025;17(4):5-17.