



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

НАЦИОНАЛНА СТРАТЕГИЯ ЗА ДЪЛГОСРОЧНА ГРИЖА

СЪДЪРЖАНИЕ

| | |
|---|-----------|
| I. ВЪВЕДЕНИЕ | 4 |
| II. КОНЦЕПТУАЛНА РАМКА НА ДЪЛГОСРОЧНАТА ГРИЖА | 5 |
| III. ЕВРОПЕЙСКИ И НАЦИОНАЛЕН КОНТЕКСТ | 7 |
| IV. АКТУАЛНО СЪСТОЯНИЕ И КЛЮЧОВИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД СИСТЕМАТА ОТ УСЛУГИ ЗА ВЪЗРАСТНИТЕ ХОРА И ХОРАТА С УВРЕЖДАНЯ | 11 |
| V. ВИЗИЯ ЗА РАЗВИТИЕТО НА ДЪЛГОСРОЧНАТА ГРИЖА И ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ..... | 17 |
| VI. СТРАТЕГИЧЕСКИ И ОПЕРАТИВНИ ЦЕЛИ..... | 19 |
| VII. ФИНАНСИРАНЕ | 21 |
| VIII. МОНИТОРИНГ И УПРАВЛЕНИЕ | 22 |

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ

АСП – Агенция за социално подпомагане
АХУ – Агенция за хората с увреждания
БВП – брутен вътрешен продукт
ДПБ – Държавна психиатрична болница
ЕВРОСТАТ – Статистическа служба на Европейския съюз
ЕК – Европейска комисия
ЕС – Европейски съюз
ЕСФ – Европейски социален фонд
ЗИХУ – Закона за интеграция на хора с увреждания
ЗЛЗ – Закона за лечебните заведения
ЗСП – Закон за социално подпомагане
КСО – Кодекс за социално осигуряване
МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение
МЗ – Министерство на здравеопазването
НЗОК – Национална здравно-осигурителна каса
НП АХУ – Национална програма „Асистенти на хора с увреждания”
НСИ – Национален статистически институт
НЦОЗА – Национален център по обществено здраве и анализи
ОП РЧР – Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“
ППЗИХУ – Правилник за прилагане на Закона за интеграция на хора с увреждания
ППЗСП – Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане
ЦПЗ – Център за психично здраве

I. ВЪВЕДЕНИЕ

В контекста на икономическата и социална криза, подсилена от негативните демографски промени, осигуряването на достъпни, висококачествени и устойчиви услуги за дългосрочна грижа за възрастните хора и хората с увреждания е един от ефективните инструменти за подобряване качеството на техния живот, както и за тяхното пълноценно включване в обществото. България, както редица страни-членки на Европейския съюз (ЕС), е изправена пред сериозни предизвикателства, свързани със застаряване на населението, което води до повишаване на потребността от услуги за дългосрочна грижа и съответно до нарастване на обществените разходи за тези услуги. Успоредно с това, изключително сложен се оказва проблемът с гарантиране на високо качество на услугите, предлагани в съществуващите специализирани институции, което възпрепятства осигуряването на адекватно качество на живот на потребителите.

Развитието на дългосрочната грижа е ключова цел на настоящата Стратегия. В нея се предвижда през следващите 20 години да се подобри достъпа до социални услуги в общността и в семейна среда и до здравни услуги, чрез разширяване на мрежата на тези услуги в страната, тяхното разнообразие, обем и обхват, повишаване на качеството им, както и насърчаване на взаимодействието помежду им. Реализирането на заложените в този документ приоритети и мерки изисква обединяването на усилията на всички заинтересовани страни при разработването и прилагането на политиката в подкрепа на уязвимите групи в обществото, в частност възрастните хора и хората с увреждания.

Стратегията за дългосрочна грижа е тясно обвързана с политическите и стратегическите документи, които се отнасят до развитието на услуги за дългосрочна грижа за възрастни хора и хора с увреждания:

- Национална програма за реформи на Република България (2012-2020 г.);
- Национална програма за развитие: България 2020;
- Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020;
- Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012 - 2030 г.);
- Актуализирана стратегия за осигуряване на равни възможности на хората с увреждания 2008-2015 г.;
- Национална здравна стратегия 2008-2013 г.;
- Актуализираната стратегия по заетостта на Република България 2013-2020 г.;
- Национален социален доклад на Република България 2011 – 2012 г.;
- Национална концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора в България (2012 – 2030 г.).

Настоящата Стратегия 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 страните-членки на ЕС, както и с редица международни документи, които третираат въпросите, свързани със защитата на човешките права и подобряване на качеството на живот на възрастните хора и хората с увреждания:

- Конвенция на ООН за правата на хората с увреждания и Факултативният протокол към нея;
- Конвенция на ООН срещу насилието и дискриминацията;

- Европейска конвенция за защита на правата на човека и основните свободи;
- Принципи на ООН от 1991 г. за защита на лицата с психични заболявания и подобряване на психиатричната помощ;
- Харта на основните права на ЕС;
- Европейска социална харта;
- Европейска харта на правата и отговорностите на възрастните хора, нуждаещи се от дългосрочни грижи и помощ;
- Европейска харта на предоставящите грижа в семейството;
- Европейска стратегия за хората с увреждания за периода 2010 - 2020 г.;
- Европейска стратегия за здравеопазване;
- Резолюция на Европейския парламент от 9 септември 2010 г. относно дългосрочните грижи за възрастни хора
- План за действие за хората с увреждания на Съвета на Европа за 2006 – 2015 г.

II. КОНЦЕПТУАЛНА РАМКА НА ДЪЛГОСРОЧНАТА ГРИЖА

Дългосрочната грижа е дефинирана по различен начин в страните-членки на ЕС. Тя отразява различията в продължителността на грижите, обхванатите ползватели на услугите и често трудната за определяне граница между предлаганите медицински (здравни) и не-медицински (социални) услуги. Понастоящем в българското законодателство не съществува отделна дефиниция на дългосрочната грижа и услугите за предоставяне на дългосрочна грижа, нито официална класификация на лицата, които имат право на тях.

„Дългосрочните грижи съчетават широк набор от медицински и социални услуги за хора, нуждаещи се от помощ при основни ежедневни дейности поради хронични физически или психически увреждания. Тези грижи често се извършват поне отчасти от непрофесионалисти, като например роднини или приятели. Дългосрочните грижи са на границата между медицинските и социалните грижи и обикновено се предоставят на хора с физически или психически заболявания, на възрастни хора и на определени групи хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности”.

Европейска комисия; http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_bg.htm

Съгласно дефиницията на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) дългосрочните грижи представляват „междусекторен политически въпрос, който обединява гама от услуги за лица, които имат нужда от помощ в ежедневните си дейности за продължителен период от време“.

Организацията за икономическо сътрудничество и развитие

За целите на тази Стратегия хората с увреждания обхващат и хората с физически увреждания, хората с психически разстройства, хората, нуждаещи се от палиативни грижи¹. Услугите за дългосрочна грижа и другите социални и здравни услуги за

¹ Съгласно Закона за интеграция на хората с увреждания „увреждане“ е всяка загуба или нарушаване в анатомичната структура, във физиологията или психиката на даден индивид.

възрастни хора и хора с увреждания в България се осигуряват от две отделни системи – системата за социални услуги и системата на здравеопазването. Социалните услуги, определени като „дейности, които подпомагат и разширяват възможностите на лицата да водят самостоятелен начин на живот, и които се извършват в специализирани институции и в общността” се регламентират от Закона за социално подпомагане (ЗСП) и Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане (ППЗСП). С тези нормативни актове са уредени и условията и редът за получаване на парични социални помощи или помощи в натура от възрастни хора и хора с увреждания. Съгласно ППЗСП социалните услуги се предоставят в общността и в специализирани институции. Социалните услуги в общността осигуряват условия за живот в среда, близка до семейната, целят да подкрепят потребителите и да насърчат социалното им включване. Институционалната грижа в България се предоставя главно в домове за хора с увреждания и домове за стари хора. Бенефициентите на тези услуги са извън обхвата на услугите, базирани в общността. От друга страна, дългосрочните здравни услуги се регламентират от Закона за здравето и Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) и се предоставят в различни видове специализирани лечебни заведения, като болници за долекуване и продължително лечение, болници за рехабилитация, болници за долекуване, продължително лечение и рехабилитация, държавни психиатрични болници, както и в центрове за психично здраве и хосписи. В Кодекса за социално осигуряване (КСО), Закона за интеграция на хора с увреждания (ЗИХУ) и Правилника за прилагане на Закона за интеграция на хора с увреждания (ППЗИХУ) са уредени някои парични обезщетения и обезщетения в натура, целящи да подпомогнат хората с увреждания.

Представените по-горе дефиниции за дългосрочни грижи предполагат насърчаване и развиване на взаимодействието между социалните и здравните услуги. Различното разпределяне на отговорностите (частна/семейна - обществена), различните начини на организиране на медицинските и социалните грижи, както и различното законодателство за тях водят до необходимостта от прилагането на нови модели и последващото им регламентиране, съобразно особеностите на нашата държава.

Преходът от традиционната за България институционална грижа към услуги, предлагани в общността и семейна среда, се реализира главно чрез разширяване на кръга на услуги като дневни центрове, центрове за социална рехабилитация и интеграция, защитени жилища, развитие на модела за предлагане на услуги в домашна среда (личен асистент, социален асистент, домашен помощник, домашен социален патронаж). В тази връзка, от решаващо значение за реформата в областта на услугите за възрастни хора и хора с увреждания, е процесът на деинституционализация. Освен предоставяне на целенасочена финансова помощ за закриване на институции, ключова цел в това отношение е подкрепата за развитие на социални услуги в общността, които да имат и превантивен характер по отношение риска от настаняване в институции, повишаването на капацитета на заетите в сферата на социалните услуги, както и развитието на интегрирани междусекторни услуги.

Деинституционализацията² в България се разбира като двустранен процес – както като закриване и преобразуване на съществуващите институции, така и като

² В Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България” е представена следната дефиниция на деинституционализацията на грижата за деца: „процес на замяна на институционалната грижа за деца с грижа в семейна или близка до семейната среда в общността, като не се ограничава само до извеждане на децата от институциите. Това е процес на предотвратяване на настаняванията на деца в институциите, създаване на нови възможности за децата и семействата да получат подкрепа в общността и протича на много нива”.

разкриване на услуги в общността, които са алтернатива на институционалната грижа. В този смисъл, деинституционализацията на грижата за възрастни хора и хора с увреждания е насочена към развитието на мрежа от услуги в общността и домашна среда с цел осигуряване на независим и достоен живот и тяхното пълноценно включване в живота на обществото.

Дългосрочните грижи и другите социални услуги за възрастни хора и хора с увреждания в България се категоризират като формални и неформални.

Формални грижи се предоставят в специализирани институции, социални услуги в общността и в домашна среда от квалифицирани специалисти.

Неформални грижи са грижи в домашни условия, предоставяни от член на семейството. По традиция грижата за старите хора се възприема като отговорност на членовете на семейството и е предоставена в рамките на семейството. След като България реструктурира системата за социални услуги през 2003 г. делът на неформалните услуги, предоставяни в общността или у дома, нараства. Грижите за възрастни хора с нарушено и тежко здравословно състояние често се предоставят основно от роднини. Това в голяма степен ограничава възможностите за професионална реализация на лицата, полагащи грижи за възрастни членове на семейството, запазване на работното място и крие риск от изпадане от осигурителната система, от пазара на труда и риск от социално изключване.

III. ЕВРОПЕЙСКИ И НАЦИОНАЛЕН КОНТЕКСТ

Осигуряването на качествени, достъпни и устойчиви услуги за дългосрочна грижа за възрастни хора и хора с увреждания е един от ключовите приоритети в политическия дневен ред на ЕС. Подкрепяйки държавите-членки в техните усилия за реформа, Съюзът препоръчва изпълнението на три дългосрочни цели за националните здравни и социални системи, които трябва да се преследват успоредно:

- Гарантиране на добър достъп до здравни грижи и социални услуги;
- Подобряване на качеството на грижите;
- Гарантиране на устойчивостта на финансирането им.

В отговор на негативните демографски тенденции и повишаването на разходите в сферата на публичните финанси през последните години на европейско ниво се осъществяват редица инициативи, насочени към подобряване качеството на живот на възрастните хора и хората с увреждания като специфична целева група – Европейското партньорство за иновации в областта на активния живот на възрастните хора и остаряването в добро здраве; Третата многогодишна програма за действие на ЕС в областта на здравето „Здраве за растеж“ (2014-2020 г.); Рамка на ЕС за качество на услугите за дългосрочна грижа „Принципи и области на въздействие за насърчване на благосъстоянието и гарантиране на достойнството на възрастните хора, нуждаещи се от грижи и подкрепа”³, Европейската година на активния живот на възрастните хора и солидарността между поколенията, Общи европейски насоки за преход от институционална грижа към услуги, предоставяни в общността.

³ Рамката на Европейския съюз за качество на услугите за дългосрочна грижа е резултат от изпълнението на двугодишен проект „WeDO” (“Wellbeing and Dignity of Older people”), координиран от Европейската платформа на възрастните хора (AGE Platform Europe) с участието на 18 партньорски организации

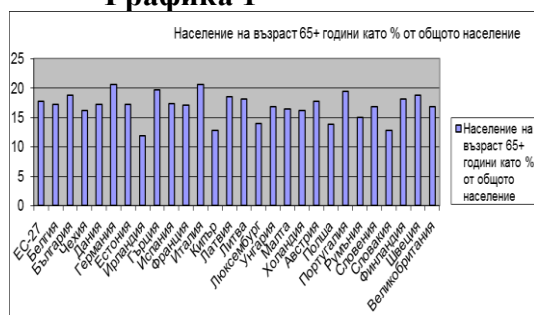
Преходът от институционална грижа към услуги в общността и домашна среда е един от тематичните приоритети в предложението за Регламент за Структурните фондове за периода 2014-2020 г., който отменя Регламент (ЕО) № 1083/2006.

Като страна-членка на ЕС България е активно въввлечена в общите европейски усилия за създаване на работеща и съвременна визия за социална Европа, отчитаща предизвикателствата в областта на услугите за възрастните хора и хората с увреждания. В тази връзка и в контекста на Стратегия „Европа 2020“ България прие Национална цел „Намаляване на броя на живеещите в бедност с 260 хил. души до 2020 г.“. Към Националната цел е заложена подцел за намаляване на броя на лицата на 65 и повече навършени години, живеещи в бедност. Една от ключовите мерки в изпълнение на тази подцел е създаването на мрежа от услуги за дългосрочна грижа.

Застаряването на населението е едно от най-големите социални и икономически предизвикателства за европейското общество през XXI-и век. Според публикувания през 2012 г. доклад на ЕС „Застаряваща Европа - да се подготвим отсега“⁴ до 2060 г. почти една трета или 517 млн. от европейците ще са над 65-годишна възраст. Същевременно се очаква делът на населението на възраст между 15 и 64 години да намалее от 67 до 56 %. На практика това означава, че на всеки пенсиониран гражданин ще се падат само по двама работещи. Свързаните със застаряването публични разходи (пенсии, здравеопазване и дългосрочни грижи) се предвижда да нараснат с 4,1 процентни пункта от БВП между 2010 и 2060 г. – от 25 % до около 29 % от БВП.

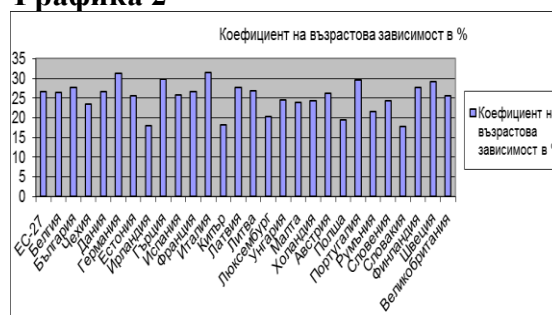
През 2012 г. относителният дял на населението на 65 и повече навършени години в ЕС е 17.8%. България се нарежда сред страните с най-висок дял на населението над 65 години (19.2%)⁵. За разлика от редица държави в ЕС, темповете на застаряване на населението в България са много по-високи. По данни на Националния статистически институт (НСИ) към 31 декември 2012 г. населението на България е 7 284 552 души, което представлява 1,5% от населението на ЕС. В сравнение с 2011 г. населението на страната намалява с 42 672 души, или с 0,6%.

Графика 1



Източник: Евростат

Графика 2



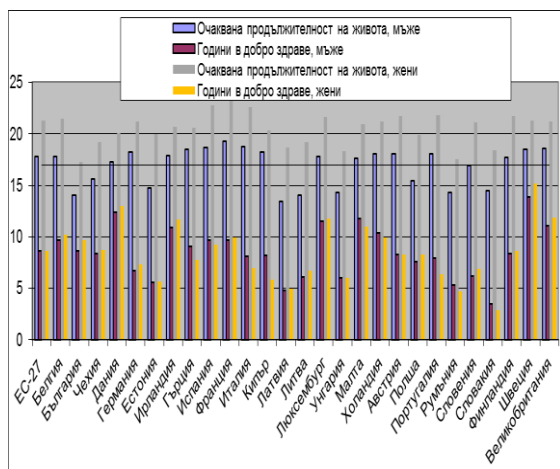
Остаряването на населението води до повишаване на неговата средна възраст, която от 40.4 години през 2001 г. нараства на 41.2 години през 2005 г. и достига 42.8 години в края на 2012 година. Един от основните фактори, обуславящи застаряването на населението е относително увеличаващата се продължителност на живота. Средната продължителност на предстоящия живот общо за населението на страната, изчислена за периода 2010 – 2012 г., е 74.0 години. Средната продължителност на живота при мъжете е 70.6 години, докато при жените е със 7 години по-висока, или - 77.6 години,

⁴ EU report „Greying Europe – we need to prepare now“, http://ec.europa.eu/news/economy/120515_en.htm.

⁵ По данни на Евростат, НСИ.

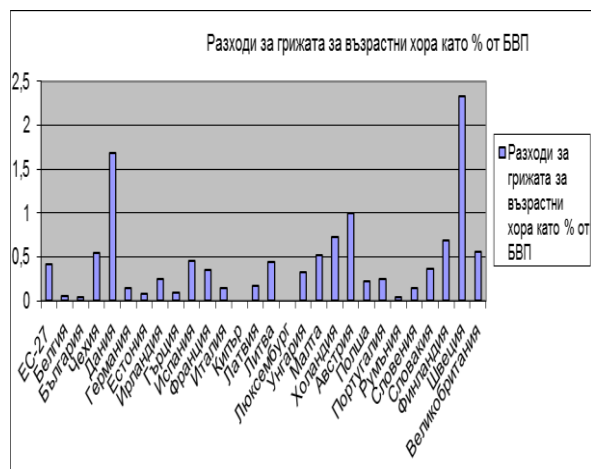
което ги излага на по-голям риск от свързани със здравето проблеми. Това има сериозни социално-икономически последици, тъй като жените стават по-уязвими по отношение на бедността и социалното изключване. Към 31.12.2012 г. коефициентът на възрастова зависимост в България на лицата на 65 и повече навършени години в България е 28.5%, което е над средния за ЕС-27 и нарежда страната ни на шесто място по този показател. По отношение на друг важен индикатор – очакваната продължителност на живота в добро здраве при лицата на възраст 65 години по пол⁶, се откроява следната ситуация за 2011 г.: очакваната продължителност при мъжете на тази възраст е 14 години, от които 8.6 години в добро здраве; при жените на 65 години очакваната продължителност е 17.3, от които 9.7 – в добро здраве.

Графика 3



Източник: Евростат

Графика 4



Тези негативни демографски тенденции ще доведат до значителни трудности по отношение на финансовата устойчивост на системата на здравеопазването и системата за предоставяне на грижи. Публичните разходи за здравеопазване вече възлизат на 7,8 % от БВП в ЕС, а поради застаряването на населението⁷ се очаква до 2060 г. публичните средства, изразходвани за лечение на острите състояния и дългосрочни грижи, да нараснат с 3 % от БВП. По отношение на разходите за грижата за възрастните хора⁸ като процент от БВП средната стойност за ЕС-27 за 2008 г. е 0,41% при 0,05% за България.

През 2011 г. разходите за общественото здравеопазване в България като дял от БВП са били значително по-ниски, отколкото в други страни от ЕС, в размер на 4,6% от БВП.

От услуги за дългосрочна грижа се нуждаят не само възрастни хора, но и хора с увреждания, както и тези, които не могат самостоятелно да изпълняват ежедневни дейности. Съгласно изследвания на ЕК, в Европейския съюз един на всеки шест души е

⁶ Данните за продължителността на живота в добро здраве (или очакваната продължителност на живота без увреждания) показват броя години, които дадено лице на определена възраст се очаква да преживее без увреждания.

⁷ 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf.

⁸ Индикаторът се определя като процента от БВП, който се пада на разходите за социална закрила, насочени към грижата за възрастните хора. Тези разходи включват изплащане на помощи, разходи за настаняване и разходи за подпомагане при изпълняването на ежедневни дейности.

с увреждане, вариращо от леко до тежко, като това прави общо около 80 милиона души. Повече от една трета от хората на възраст над 75 години имат увреждания. В редица страни в ЕС възрастното население над 65 годишна възраст е засегнато от 5 до 10% от Болестта на Алцхаймер. В Европа над 7 милиона страдат от форма на деменция⁹. За България се приема, че болните с деменция са 100 000, като поне 50 000 са с болест на Алцхаймер. Оценките за икономическите разходи за Алцхаймер за ЕС варират между 64 милиарда евро и 149 милиарда евро, като се предвижда тези разходи да се увеличават всяка година средно с 1,9% до 2020 и с 2.6% за периода от 2020 до 2040. За болни с деменция, за които грижите са поети от близките, няма данни за преките и непреките разходи от страна на държавата.

Към днешна дата в България не се води единна статистика относно броя на хората с увреждания. Агенцията за хората с увреждания (АХУ), която е изпълнителна агенция към министъра на труда и социалната политика, реализира проект „Създаване на единна система за управление на цялостния процес по реализация на държавната политика за работа с хората с увреждания в България”. Информационната система за мониторинг и оценка, изградена в рамките на проекта ще анализира действащите стратегически и оперативни документи с отношение към политиката за хората с увреждания чрез предварително определени показатели. Министерството на здравеопазването (МЗ) създава и поддържа Национален служебен регистър на лица с психични разстройства. В системата на МЗ се събират данни и съществува статистика относно първично инвалидизираните лица над 16 годишна възраст с трайно намалена трудоспособност, както и относно болните под наблюдение с психични и поведенчески разстройства.

По данни от Информационната система за трайна неработоспособност на населението над 16 години на Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА), базирана на ежегодната обработка на експертните решения, издадени от ТЕЛК и НЕЛК, след 2008 г. се наблюдава увеличаване на броя на лицата с определена трайно намалена работоспособност пожизнено, като през 2012 г. той достига 39 738 лица. Броят на освидетелстваните и преосвидетелствани лица с трайно намалена работоспособност е значителен – през 2012 г. е 172 555 души, почти по равно разпределени между мъже и жени. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група 50-59 години (37.5%), следвани от възрастта 60 и повече години (36.2%). Относителният дял на първично освидетелстваните лица с призната трайно намалена работоспособност (71-90%) е висок – 32.4%. Следват лицата с 50-70% трайно намалена работоспособност – 31.8%. Всяко четвърто лице с трайно намалена работоспособност над 16 годишна възраст е с над 90% трайно намалена работоспособност. Броят на психично болните под наблюдение намалява и през 2012 година показателят възлиза на 1 982 на 100 000 души население. Данните по заболявания показват, че това са предимно лица с умствена изостаналост, шизофрения и афективно разстройство. Най-разпространеното психично разстройство е тревожното разстройство, като най-засегната от него е групата на хората на възраст между 50 и 64 години. Разстройствата на настроението са на второ място, като най-често се срещат при хората над 65 години. Разстройствата, дължащи се на употреба на психоактивни вещества, са третата по разпространение група разстройства.

Представените по-горе данни и анализ на състоянието ясно показват, че за все по-застаряващото население ще бъдат необходими и повече публични разходи за дългосрочни грижи, тъй като старите хора, загубили своята самостоятелност и

⁹ http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/docs/dementia2_en.pdf

нуждаещи се от интензивни грижи, ще съставляват най-бързо растящата социална група в обществото в бъдеще. Това ще доведе и до нарастване на необходимостта от развитието на социални и здравни услуги и мрежи за солидарност и грижи.

IV. АКТУАЛНО СЪСТОЯНИЕ И КЛЮЧОВИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД СИСТЕМАТА ОТ УСЛУГИ ЗА ВЪЗРАСТНИТЕ ХОРА И ХОРАТА С УВРЕЖДЕНИЯ

Социалните услуги в България са децентрализирани, като управлението им е възложено на кметовете на общини. Те се предоставят съобразно желанието и личния избор на лицата, които се нуждаят от тях. С цел подобряване на координацията и интеграцията на социалните услуги и осигуряване на равен достъп до социални услуги на хората от уязвимите групи, през 2010 г. се въведе качествено нов подход в развитието и предоставянето им чрез планиране на общинско и областно ниво на базата на анализ на потребностите. По този начин се гарантира разкриването на социални услуги, които да отговорят на конкретните потребности на хората от целевите групи, не само на територията на общината, но и в областта. В Агенцията за социално подпомагане (АСП) се поддържа Регистър на физически лица, регистрирани по Търговския закон, и юридически лица, както и на физически лица, извършващи търговска дейност, и юридически лица, възникнали съгласно законодателството на друга държава - членка на Европейския съюз, или на друга държава от Европейското икономическо пространство, желаещи да предоставят социални услуги. Към 31 октомври 2013 г. в Регистъра към АСП са вписани 1 284 доставчици на социални услуги, на които са издадени 3 710 удостоверения за предоставяне на различни видове социални услуги за деца и възрастни хора.

Социалните услуги в България могат да бъдат финансирани чрез републиканския бюджет като държавно делегирани дейности, от общинските бюджети като местни дейности, както и в рамките на различни проекти по национални и международни програми и чрез самофинансиране, когато услугите се предоставят от регистрирани частни доставчици. През последните години механизмите за финансиране на социалните услуги претърпяха значителни промени, имащи за цел постигане на финансова устойчивост. Социалните услуги, делегирани от държавата дейности, се финансират от държавния бюджет, а общините финансират социалните услуги, които са общинска отговорност. През 2008 г. е въведена система от единни стандарти за финансирането на всички видове социални услуги – в институциите и в общността, които са делегирана държавна дейност. Средствата, отпуснати от републиканския бюджет за всички социални услуги (в т.ч.: услуги в общността и специализирани институции за деца и възрастни хора), като делегирана от държавата дейности са значителни: за 2008 г. – 143 158,9 хил. лв.; за 2009 – 176 130,0 хил. лв.; за 2010 – 160 895,0 хил. лв.; за 2011 г. – 159 949, 4 хил. лв., за 2012 г. – 160 141,8 хил. лв., за 2013 г. – 177 037,6 хил. лв. От тях общият размер на средствата за специализирани институции за предоставяне на социални услуги за възрастни хора е: за 2008 г. – 69 917,5 хил. лв.; за 2009 – 76 636,0 хил. лв.; за 2010 – 68 739,3 хил. лв.; за 2011 г. – 68 117,0 хил. лв., за 2012 г. – 67 404,1 хил. лв., за 2013 г. – 72 644,3 хил. лв.¹⁰

¹⁰ Източник: Решения на Министерския съвет за разделение на дейностите, финансирани чрез общинските бюджети, на местни и на делегирани от държавата дейности и за определяне на стандарти за финансиране на делегираните от държавата дейности за съответната година.

Системата за дългосрочни грижи и социални услуги в България се разшири значително през последните години в резултат на предприетите действия, насочени към деинституционализация и предоставяне на повече базирани в общността и в семейна среда услуги. Броят на социалните услуги в общността през 2009 г. е 463, 2010 г. – 542, през 2011 г. достига до 632 броя, а към края на 2012 г. броят им е 719. Сравнението на данните показва, че през годините се наблюдава постепенно увеличение в броя на социалните услуги, предоставяни в общността. В края на 2011 г. броят на социалните услуги в общността за възрастни хора и хора с увреждания е 329, а броят на специализираните институции - 165. Тенденциите са за постоянно нарастване на броя на социалните услуги, предоставяни в общността, което се потвърждава и от данните за социалните услуги през 2012 г. Към м. декември 2012 г. се наблюдава увеличение на броя на социалните услуги в общността за тези целеви групи, който достига 381. Броят на специализираните институции за възрастни хора и хора с увреждания намалява – 162. Към края на м. октомври 2013 г. броят на социалните услуги в общността е 412, а броят на специализираните институции – 160.

Въпреки това, съществуват сериозни предизвикателства, от чието адресиране зависи по-нататъшното успешно развитие на политиката за дългосрочна грижа в България.

Таблица № 1 Брой социални услуги (специализирани институции и социални услуги в общността) за възрастни хора и хора с увреждания към 31 октомври 2013 г.

| № | Вид | Брой | Капацитет |
|---|---|------------|---------------|
| Специализираните институции | | | |
| 1 | Домове за възрастни с умствена изостаналост | 27 | 2 137 |
| 2 | Домове за възрастни с психични разстройства | 13 | 1 036 |
| 3 | Домове за възрастни с физически увреждания | 21 | 1 315 |
| 4 | Домове за възрастни със сетивни нарушения | 4 | 133 |
| 5 | Домове за възрастни с деменция | 14 | 825 |
| 6 | Домове за стари хора | 81 | 5 593 |
| | Общо: | 160 | 11 039 |
| Социални услуги в общността | | | |
| 1 | Дневни центрове за възрастни хора с увреждания | 65 | 1 740 |
| 2 | Дневни центрове за стари хора | 50 | 1 304 |
| 3 | Центрове за социална рехабилитация и интеграция за възрастни хора | 71 | 2 277 |
| 4 | Социални учебно-професионални центрове | 7 | 447 |
| | Общо: | 193 | 5 768 |
| Социални услуги в общността – резидентен тип | | | |
| 1 | Защитени жилища | 119 | 1 061 |
| 2 | Наблюдавани жилища | 17 | 104 |
| 3 | Преходни жилища | 11 | 100 |
| 4 | Центрове за настаняване от семеен тип за лица | 53 | 677 |
| 5 | Кризисни центрове за лица | 4 | 45 |
| 6 | Центрове за временно настаняване за лица | 13 | 625 |
| 7 | Приюти за лица | 2 | 70 |
| | Общо: | 219 | 2 682 |
| | Общ брой на социалните услуги за възрастни хора и хора с увреждания: | 572 | 19 489 |

Източник: Агенция за социално подпомагане

Географското покритие на дългосрочните грижи и другите социални услуги по райони в България е неравномерно, въпреки че то обикновено отразява различията в числеността на населението. В административни центрове с по-голямо население са разположени повече социални услуги с по-голям капацитет. Все още преобладава институционалният модел на грижа, особено за хората с увреждания и възрастните хора, като понякога институционалната грижа се характеризира с деперсонализация, липса на гъвкавост в дневния режим и програма, групов подход и социална дистанция. Факт е обаче, че в България все още има търсене на институционалната грижа, най-вече за стари хора. Сходна ситуация се наблюдава и при терминално болните, които се нуждаят от палиативни грижи и болните с психични разстройства поради особено трудно преодоляващата се народопсихология по отношение на тях. Това е единственият тип институционална грижа, който показва нарастване в търсенето и съответно в ползвателите.

Един от сериозните проблеми, характеризиращ системата на услугите в България, е недостатъчният брой превантивни социални и здравни услуги за възрастни с ранна степен на интервенция. Предоставянето на тези услуги има ключова роля за предотвратяването на риска от социално изключване сред целевите групи. Продължава да е проблем и предоставянето на услуги от неквалифицирани лица, най-често членове на семействата със зависим възрастен човек. Ниската икономическа добавена стойност и отсъствието на социално признание за тези услуги са фактори, ограничаващи тяхното развитие като реален сектор на икономиката.

Някои от основните фактори, които оказват влияние върху институционалния модел на грижа, както и върху търсенето на такъв вид грижа са:

- Недостатъчен брой услуги за възрастни хора и хора с увреждания**, които да отговарят комплексно на потребностите и **неравномерното им разпределение** на територията на страната;
- Недостатъчни финансови ресурси**, което често става причина за социалното изключване на възрастни хора и хора с увреждания и настаняването им в институция;
- Липса на приобщаваща социална и архитектурна среда;**
- Търсене на институционалната грижа**, най-вече за стари хора. Като причина за това може да бъде посочена липсата на реална и сигурна алтернатива на грижи, която да осигури достоен и независим живот в естествената домашна среда и в общността;
- Невисоката добавена стойност в заплащаните услуги**, предоставяни в домашна среда за възрастни хора и хора с увреждания, както и липсата на социално признание и отсъствието на мотивация у заетите социални работници;
- Скромнен дял на предлаганите на предприемаческа основа специализирани грижи** за възрастни хора и хора с увреждания;
- Липсата на отговарящи на потребностите на възрастните хора и хората с увреждания комплексни (здравни и социални) услуги в домашна среда, както и на финансиране на дейностите по долекуване и продължително лечение.**

За подобряване на качеството на предоставяните грижи е необходимо подобряване на материалната база, структурата и професионалния капацитет на персонала, както и повишаване на контрола относно спазването на критериите и стандартите за предоставяне на социални услуги. Допълнителни усилия в посока подобряване на координацията между социалната и здравната системи са необходими с оглед постигането на практически резултати и предоставянето на качествени и

достъпни интегрирани услуги за възрастни хора и хора с увреждания. Подобряването на взаимодействието между социалната и здравната система е ключова предпоставка за осигуряване на качествени медико-социални грижи за пациенти с хронични заболявания. Изграждането и развитието на модели за продължително лечение, както и на интегрирани грижи за пациенти с хронични заболявания ще осигури възможности за подобряване на качеството на живот на тези хора.

Едни от успешните социални услуги за подкрепа на семействата при полагане на грижи за зависим член от семейството са услугите „личен асистент“, „социален асистент“ и „домашен помощник“. Социалните услуги „личен асистент“ и „социален асистент“ се предоставят от 2003 г. по Националната програма „Асистенти на хора с увреждания“ (НП АХУ), която осигурява грижа в семейна среда на хора с трайни увреждания или тежко болни самотни хора, чрез включване в заетост на безработни лица като лични и социални асистенти. В рамките на ОП РЧР 2007-2013 г. се реализират редица схеми, целта на които е да се обезпечи нарастващата необходимост от предоставяне на качествени грижи в домашна среда, както и да се апробират и приложат нови подходи в грижата за най-уязвимите лица. Като пример в тази посока може да бъде посочен проект „Подкрепа за достоен живот“ по Схемата „Алтернативи“, проекти по схемата „Помощ в дома“, проект „Домашни грижи за независим и достоен живот“ и др.

В подкрепа на развитието на услуги в домашна среда са съсредоточени и усилията на редица организации от неправителствения сектор, като апробираните от тях модели на услуги допринасят за въвеждането на иновативни подходи в социалната и здравната сфера.

В системата на здравеопазването услуги за грижа и палиативни грижи за възрастните хора и хората с увреждания се предоставят в лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ, както и в хосписи. През 2012 г. психиатрична помощ се осъществява в 12 държавни психиатрични болници (ДПБ), 12 центъра за психично здраве (ЦПЗ) и психиатрични отделения към многопрофилните болници за активно лечение (МБАЛ). В центровете за психично здраве се осъществява диагностично-лечебна и социално-реhabилитационна дейност в областта на психичните нарушения и психичното здраве, която включва: спешна психиатрична помощ; диагностика и лечение на лица с психични разстройства; периодично наблюдение и консултации на лица с психични разстройства и домашен патронаж; психотерапия и психо-социална рехабилитация; психиатрична и психологична експертна дейност и др.

През 2011 г., както и през предишните години, през стационарите на ЦПЗ са преминали почти два пъти повече болни, отколкото през стационарите на държавните психиатрични болници. Средният престой намалява и е налице тенденция към пренасочване на потока пациенти от традиционните институционални звена като държавните психиатрични болници към структури в близост до общността – ЦПЗ и МБАЛ. От 2010 г. с промени в ЗЛЗ е предоставена възможност на ДПБ да регистрират социални услуги по ЗСП. Засега има разкрити социални услуги само в 2 ДПБ (един дневен център и едно защитено жилище) и предстои регистрацията на такива услуги и в други ДПБ.

Основният нормативен акт, който регламентира упражняването на медицинска дейност чрез създаването на лечебни заведения „хосписи“ е ЗЛЗ. Основната цел на лечението в хосписа е не само да се лекува болестта на пациента, а и да се облекчат максимално страданията му посредством полаганите за него палиативни грижи. В този смисъл, през 1990 г. Световната здравна организация дефинира понятието „палиативни

грижи¹¹ като „активната цялостна грижа за пациенти, чиято болест не се поддава на медикаментозно лечение. Преобладава (водещ е) контролът на болката и други симптоми, както и на психологични, социални и духовни проблеми. Целта на палиативните грижи е постигане на възможно най-добро качество на живот на пациентите и техните близки“. Широко разпространена практика в България е в много от болниците за активно лечение да се извършват „палиативни грижи“ за пациентите, което противоречи принципно на философията за палиативни грижи въобще като лечение на симптомите и болката, а не извършване на активно лечение. В редица болници отделени части от сградите или цели етажи са отделени и изпълняват функциите на стационар, в който се предоставят грижи на терминално болни пациенти.

Следва обаче да се отбележи, че в редица европейски страни палиативните грижи се предоставят на пациентите в заведения, близки по своята същност до разбирането на ЗЛЗ за „хоспис“, а болниците осъществяват само активно лечение. Европейската практика е в хосписите да работят специалисти на доброволчески начала, което влияе върху цените на предлаганите медицински услуги.

Наложително е създаването на ясни правила за организиране на палиативните грижи, при което да се гарантират и правото на облекчаване на болките и страданията, правото на специализирана грижа и правото на емоционална, социална и духовна подкрепа на терминално болния от неговото семейство и приятели. В тази връзка, в процес на подготовка е изготвянето на медицински стандарт „Палиативни грижи“, който ще е в съответствие с препоръките на Европейската асоциация по палиативни грижи за различните нива на палиативни грижи (в дома, в лечебно заведение, в социално заведение) и обхваща редица психо-емоционални аспекти. Този стандарт е важна предпоставка за развитието на процеса по създаване на качествени и ефективни структури. Финансирането на палиативните грижи към настоящия момент може да се извършва само по линия на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) чрез клинична пътека „Палиативни грижи при онкологично болни“. Независимо, че от 2012 г. се позволява изпълнението на тази пътека и в хосписи, на практика изпълнението ѝ там е трудно, тъй като са заложили ненужно високи медицински изисквания към изпълнителите (понастоящем клинична пътека „Палиативни грижи при онкологично болни“ се изпълнява само в 20 лечебни заведения за активно лечение). Липсата на достатъчно ефективно финансиране на дейността на хосписите засега води до натоварване на болниците за активно лечение с несвойствени дейности, за да компенсират дефицита на системата. През 2012 г. има 41 хосписи с общо 802 легла, които се финансират предимно с частни средства. Независимо, че от 2010 г. има нормативно създадена друга структурно-организационна форма (Дом за медико-социални грижи) за осъществяване на продължително медицинско наблюдение и специфични грижи за лица от различни възрастови групи с хронични заболявания, специфични грижи по домовете на лица с хронични инвалидизиращи заболявания и медико-социални проблеми, към настоящия момент няма разкрити такива, както и няма публично финансиране на дейността им.

Изграждането на модел за медико-социални грижи за възрастни хора с хронични заболявания по домовете чрез създаването на здравно-социални центрове за предоставяне на услуги по домовете от медицински сестри и социални работници е важен етап от процеса на въвеждане на нови модели. Този процес ще бъде подкрепен и от постигнатите резултати, съществуващи практики и придобитият опит от дългогодишно предоставяне на комплексни домашни грижи на възрастни хора с

¹¹ Анализ „Хосписите в България и в Европейския съюз“, Български център за нестопанско право.

хронични заболявания от различни доставчици на услуги. Това ще даде възможност на следващ етап да се създадат нормативни предпоставки, от една страна - за устойчивост на изградените структури, от друга – за реално остойностяване на тази дейност с оглед създаване на правила за ефективно финансиране.

Таблица № 3 Здравна мрежа и леглови фонд за дългосрочни здравни услуги през 2012 г. (данни на НЦОЗА)

| Видове заведения | Брой | Легла |
|---|------|-------|
| Специализирана болница за долекуване и продължително лечение | 5 | 251 |
| Специализирана болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация | 18 | 1942 |
| Специализирана болница за рехабилитация | 24 | 3 633 |
| Психиатрични болници | 12 | 2 438 |
| Центрове за психично здраве | 12 | 1 358 |
| Хосписи | 41 | 802 |

Източник: НСИ, изследване „Лечебни и здравни заведения“ за 2012 г.

С оглед на актуалното състояние, в което се намира системата за услуги в България, както и сериозните предизвикателства пред нейното развитие (застаряването на българското население и нарастващата потребност от дългосрочна грижа), специален акцент е поставен върху:

- Развитие на дългосрочната грижа чрез **иновативни междусекторни услуги (с фокус върху интеграцията на социални и здравни услуги)**, които да бъдат предоставяни в съответствие с реалните потребности на нуждаещите се;
- Изграждане на **адекватна мрежа от услуги в общността и домашна среда** (разкриване на нови социални услуги в общността и в домашна среда, включително и предоставяне на почасови услуги в подкрепа на социалното включване);
- Подобряване на достъпа до **превантивни социални и здравни услуги** за възрастни с ранна степен на интервенция;
- Осигуряване на **комплексна подкрепа на семействата, полагащи грижи** за зависими членове;
- Преглед и обсъждане на **механизми за устойчиво финансиране и институционално уреждане** на дългосрочните грижи;
- Анализ на практиките в други държави-членки на ЕС относно финансирането на системата за дългосрочна грижа, включително и чрез инструментите на осигурителната система;
- Засилване ролята на социалните партньори и бизнеса в процеса на развитие на дългосрочната грижа. Развитие на **публично-частно партньорство**;
- Насърчаване на **доброволчеството** и осъществяване на по-тясно **взаимодействие с неправителствения сектор**;

□ Използване на **информационните и комуникационни технологии**.

Прилагането на успешни европейски практики съпътства целия процес на изграждане на мрежата от услуги в общността, като това дава своите положителни ефекти и в настоящия момент. Поради това приоритет в политиката е именно развитие на тези услуги в цялата страна, като по този начин се гарантират търсенето и качествено обслужване на потребителите.

V. ВИЗИЯ ЗА РАЗВИТИЕТО НА ДЪЛГОСРОЧНАТА ГРИЖА И ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ

Стратегията за дългосрочна грижа се основава на политика, насочена към **създаване на условия за независим и достоен живот за възрастните хора и хората с увреждания при зачитане на правата им, съобразяване с техните възможности и специфични потребности.**

ВИЗИЯ

Тази Стратегия предвижда изграждане на **мрежа от достъпни и качествени услуги в общността и в домашна среда**, която да осигури възможност за подготовка и извеждане на възрастните хора и хората с увреждания от специализираните институции и същевременно да има превантивна роля по отношение институционализацията на тези лица. Визията е основана на разбирането, **че защитата на достойнството и създаването на възможности за независим живот на възрастните хора и хората с увреждания може да бъде постигнато чрез предоставянето на качествени, достъпни и ефективни междусекторни услуги за дългосрочна грижа, съобразени с реалните потребности на хората и общността. Част от визията е и закриването в следващите двадесет години на всички функционално остарели и неотговарящи на актуалните потребности на целевите групи специализирани институции за възрастни хора и хора с увреждания.**

Изпълнението на Стратегията ще спомогне и за **осигуряване на комплексна подкрепа на семействата, които полагат грижи за хора с увреждания и възрастни хора.**

Основни принципи:

- 1. Уважение към правата и достойнството на потребителите и включването им в процеса на вземане на решения** – гарантиране правото на потребителя да избере подходящата за него услуга и доставчик, който да му я предоставя. Потребителите (и техните семейства) трябва да бъдат партньори в процеса на прехода от институционална грижа към услуги, предоставяни в общността. Те трябва да бъдат активно включени и консултирани в разработването, предоставянето и оценката на услугите, които получават. Специфичните потребности и изисквания на всеки индивид трябва да бъдат уважавани;

2. **Минимално ограничаване на личната свобода на лицето** – лицето следва да бъде подкрепяно и стимулирано да развива потенциала си и да води независим начин на живот;
3. **Поставяне на потребителя в центъра на услугата** – услугите да са ориентирани към самия потребител и към неговите променящи се социални и здравни потребности, характер, интереси, история на живот и семейни обстоятелства, възможности и предпочитания. Тези характеристики са в основата на планирането и реализирането на грижите, развитието на персонала и контрола на качеството;
4. **Прозрачност** – да се предоставя ясна, точна и изчерпателна информация и съвети на потребителите и потенциалните потребители за предлаганите услуги, тяхната цена и достъпност. Информацията да е надлежна и публично достъпна;
5. **Недискриминация, обществена солидарност и толерантност** към всички социални групи – всички граждани са равнопоставени и имат равен достъп до услуги;
6. **Достъпност** – достъпна и адаптирана среда, осигуряване на качествени услуги на територията на всеки регион – изградена мрежа от стационарни и мобилни услуги;
7. **Устойчивост и дългосрочен ефект на постигнатите резултати** – трайност и дългосрочно въздействие на постигнатите ефекти от реализираните политики;
8. **Партньорство и равнопоставеност на доставчиците на услугите** - съвместни дейности на държавните органи на различни управленски нива близо до гражданите; активна роля на централните, регионалните и местни власти в организирането и финансирането на услугите; равнопоставеност на различните доставчици на дългосрочните грижи като участници в развитието на мрежата от услуги и като възможности за предоставянето им и кандидатстване за различни публични средства за финансиране;
9. **Ефективност и ефикасност на услугите** - осигуряване на достъп, разнообразяване на услугите, предоставяне в координация, съобразяване с местните особености;
10. **Иновативност** в процеса на планиране и предоставяне на услуги за дългосрочна грижа – поставяне на акцент върху развитието на иновативни и интегрирани услуги, взаимстване на добри практики и модели в процесите на планиране и предоставяне на услугите;
11. **Междусекторно взаимодействие** при предоставянето на социални, образователни и здравни услуги, съобразени с конкретните нужди и потребности на потребителите;
12. **Превантивност на мерките** - превенция на институционализирането, на излишната хоспитализация и рехоспитализация;
13. **Финансиране, ориентирано към потребителя** – създаване на реални условия за развитието на ориентирани към потребителите услуги и прилагане на гъвкав подход при предоставянето и финансирането им;
14. **Гражданско участие и диалогичност** – участие и взаимодействие между всички заинтересовани страни в процеса на разработване и прилагане на политиката в областта за дългосрочна грижа.

Изведените принципи са практически ориентирани и се базират на основните принципи за социална кохезия, социално включване и ефективна подкрепа. Те покриват всички аспекти на предоставянето на услуги в подкрепа на уязвимите групи.

VI. СТРАТЕГИЧЕСКА И ОПЕРАТИВНИ ЦЕЛИ

Основна цел на документа е създаване на условия за независим и достоен живот на възрастните хора и хората с увреждания посредством предоставянето на качествени, достъпни и устойчиви услуги за дългосрочна грижа според индивидуалните им потребности при постигане на по-добър баланс между качество на услугите и ефективното и ефикасното им предоставяне.

Конкретни подцели:

1. Развиване и предлагане на мрежа от социални услуги в общността, съобразени с потребностите на възрастните хора и хората с увреждания и подобряване на тяхното качество. Предоставяне не само на стационарни, но и на мобилни услуги в домашна среда - „Услугите отиват при клиента (в квартала, дома му, в болницата и т.н)”, които информират, подпомагат и подкрепят включването на лица от уязвими групи в подходящи за тях услуги;
2. Нормативно регламентиране на широк спектър от стационарни, мобилни и интегрирани междусекторни услуги в общността за хората от целевите групи и техните семейства, стъпвайки на добрите практики и прилагайки иновативни подходи;
3. Осигуряване на устойчиво финансиране на услугите за дългосрочна грижа;
4. Подобряване на механизма за координация между системите за социална и здравна грижа, както от гледна точка на политиките, така и от гледна точка на участващите структури;
5. Поетапно закриване и/или реформиране на всички функционално остарели и неотговарящи на актуалните нужди на целевите групи специализирани институции за възрастни хора и хора с увреждания;
6. Поетапно реструктуриране на системата за стационарно лечение на болни и деинституционализация на грижите чрез развитие на подходящи форми за грижа и лечение на хора с психични разстройства и нуждаещите се от палиативни грижи.

Постигането на тези цели изисква прилагането на **интегрирана комплексна политика в областта на дългосрочната грижа**, насочена към:

- Деинституционализация на грижата и разширяване на достъпа до услуги;**
- Повишаване на качеството на услугите за дългосрочна грижа чрез повишаване на квалификацията и мотивацията на персонала и разширяване на кръга от професионалисти, ангажирани в тази сфера на услугите;**
- Подкрепа на семейства с повишена отговорност към грижите за зависими членове на семейството** чрез реализиране на комплексни мерки, включващи повишаване на информираността, консултиране, предоставяне на услуги и др. с цел насърчаване на съвместяването на личния и професионалния живот ;
- Създаване на по-ефективен механизъм за финансиране на дългосрочната грижа** и постигане на устойчиво, съобразено с икономическите условия, нарастване на финансовите средства за услуги в общността и в домашна среда;
- По-добро взаимодействие и координация между здравните и социалните услуги;**

- **Укрепване на ролята на общините, организациите и други доставчици при оказването на подкрепа и грижи за възрастните хора и хората с увреждания.**

Ключовите мерки за реализация на целите в областта на политиката за развитие на дългосрочната грижа могат да бъдат структурирани в няколко основни направления:

1. По отношение разширяване достъпа до социални услуги, подобряване на тяхното качество и насърчаване взаимодействието между здравни, социални и обучителни услуги ще бъдат предприети действия в посока:

- Изграждане на адекватна мрежа от социални услуги в общността и домашна среда (разкриване на нови социални услуги в общността и в домашна среда, включително и предоставяне на почасови услуги в подкрепа на социалното включване) и равномерното ѝ разпределение на територията на цялата страна;
- Развитие на иновативни междусекторни услуги за възрастни хора и хора с увреждания, включващи рехабилитация, трудотерапия и учене през целия живот;
- Разработване и поддържане на карта на услугите за дългосрочна грижа в България;
- Разработване и усъвършенстване на стандарти за предоставяне на услуги за дългосрочна грижа;
- Изграждане на структури за интегрирани домашни грижи за възрастни хора;
- Изработване на алгоритъм и модел /архитектура/ за обмен на информация при случаи на насилие и осъществяване на контрол в процеса на предоставяне на грижи.

2. По отношение насърчаване процеса на деинституционализация на възрастните хора и хората с увреждания, настанени в специализирани институции:

- Оценка на потребностите на всяко лице и определяне на необходимостта от подкрепа, включително и възможността за живот в общността чрез прилагане на индивидуален подход;
- Изготвяне на план за действие с мерки за извеждане на лицето от специализираната институция, разработен съвместно със самото лице;
- Превенция на риска от институционализация чрез предоставяне на алтернативни форми на социални услуги в общността и гарантиране активното участие на лицето в този процес;
- Преструктуриране и поетапно закриване на институции.

3. По отношение насърчаване процеса на дългосрочните здравни грижи:

- Продължаващо въвеждане на добри практики за дългосрочни здравни грижи на психично болни след активното им психиатрично лечение и осигуряване на подходящи условия за живот в общността чрез предоставяне на подходящи интегрирани междусекторни услуги и реинтеграционни програми;
- Изграждане и утвърждаване на модел за предоставяне на продължително лечение и палиативни грижи. Развитие на услуги за палиативни грижи;
- Осигуряване на домашни грижи на хора с хронични заболявания, довели до увреждане на жизнено-важни функции (дихателна, невромускулна, бъбречна недостатъчност и др.);

- Развитие на самостоятелното справяне и автономността на хора с психични разстройства.
4. **За осигуряване на подкрепа за лицата и специалистите, полагащи грижи за възрастните хора и хората с увреждания ще бъдат предприети мерки в посока:**
- Осигуряване на подходящо обучение и супервизия за персонала, предоставящ услуги за дългосрочна грижа и повишаване на неговата начална и последваща квалификация (знания, умения и компетентности), в зависимост от спецификата на потребностите на целевите групи, създаване на система за независим мониторинг;
 - Развиване на форми на социални услуги в подкрепа на зависими членове на семейството, спомагащи и реализацията на пазара на труда на лицата, полагащи грижи за тях.
 - Разширяване на кръга от професионалисти, предоставящи дългосрочни грижи за болни възрастни хора и хора с увреждания в домашна среда и общността. Регламентиране на професионалните отговорности и правото на самостоятелно вземане на решение от отделните специалисти, както и въвеждане на липсващи за страната ни професионални звена.
5. **По отношение повишаване на ефективността и подобряване механизмите за финансиране на услугите:**
- Въвеждане на финансиране на услугите, което отчита потреблението, продуктивността и качество на доставяната грижа; постепенно увеличаване на процента на финансиране на база продуктивност за сметка на финансирането на база капацитет;
 - Стимулиране на доставчиците да създават услуги с тяхно собствено финансиране;
 - Прилагане на принципа „парите следват клиента“;
 - Анализ и оценка на ролята на осигурителната система за финансирането и осигуряването на устойчивост на системата за дългосрочна грижа за възрастните хора и хората с увреждания;
 - Повишаване на капацитета на общините, организациите за предоставяне на услуги за дългосрочна грижа и стимулиране на публично-частното партньорство;
 - Насърчаване на предприемачеството в социалната сфера и включване на всички заинтересовани страни, сред които бизнеса и доставчиците на услуги от частния сектор в развитието и предоставянето на иновативни и алтернативни услуги.

**Мерките и дейностите към тях ще бъдат подробно разписани в Плана за действие към Стратегията*

VII. ФИНАНСИРАНЕ

За да се постигнат заложените мерки е необходимо да бъде осигурена финансова обезпеченост на дейностите, свързани с разширяване на обхвата на съществуващите социални услуги и разкриване на иновативни междусекторни услуги. По този начин ще се изпълни една от основните цели на реформата - всички нуждаещи се лица да имат достъп до услуги в семейна среда или в общността. Реализирането на заложените мерки

ще продължи прилагането на успешния модел за кръстосано финансиране на процеса на деинституционализация на грижата за деца. Ще бъдат използвани както средства от държавния и общинските бюджети, така и инструментите на Европейския социален фонд и Европейския фонд за регионално развитие и новосъздадените механизми, които ще бъдат в рамките на одобрените параметри по средносрочната бюджетна прогноза на държавния бюджет и на бюджетите на общините, на параметрите по Закона за държавния бюджет и по общинските бюджети за съответната година, както и на параметрите по програмите, които ще бъдат съфинансирани от европейските фондове за съответния програмен период.

В изпълнение на настоящата Стратегия ще бъде разработен План за действие, съдържащ всички мерки и конкретни проекти за реформиране и модернизиране на системата за дългосрочни грижи и за деинституционализация на грижата за възрастните хора и хората с увреждания.

VIII. МОНИТОРИНГ И УПРАВЛЕНИЕ

В изпълнението на настоящата Стратегия ще бъдат включени всички ангажирани институции и ведомства.

Изпълнението на Националната стратегия за дългосрочна грижа ще се осъществи посредством разработването и прилагането на план за действие, който ще се приеме от Министерския съвет и в който ще се опишат конкретни мерки, проекти и дейности, отговорни институции, размер и източници на финансиране, срокове и др. Същевременно, изпълнението на политиката в областта на дългосрочната грижа ще се наблюдава от Националния съвет по въпросите на социалното включване към Министерския съвет в качеството му на орган за осъществяване на координация, сътрудничество и консултация при разработването, провеждането, мониторинга и оценката на държавната политика в тази област. Целта е да следи за постигането на измерими резултати от дейността по изпълнението на приоритетите, заложи в стратегическия документ, както и активно да включи заинтересованите страни в осъществяването на оценката и наблюдението.