**Предложение за решение на проблемите, свързани с предоставяне на адекватни комплексни медицински грижи за гериатрични пациенти**

Демографските промени са в основата на формирането на една нова обществена реалност, пред която са изправени обществата на Европа и България в частност.

България е една от най-застаряващите и бързо намаляващи нации в Европа и света. Населението ни намалява главоломно от 9 милиона души през 80-те години на миналия век до 5,4 милиона души според прогнозата на НСИ до 2050 година, а броят на възрастните хора непрекъснато се увеличава.

По данни на НСИ, в края на 2024 г. възрастните хора (на 65 и повече навършени години) в страната са 1 544 245, или 24 % от общото население. Това означава, че всеки 5-ти българин е на възраст над 65 г. През 1990 г. над 65 г. е бил само един от всеки 13 души. Очаква се към 2060 г. възрастното население в Република България на 65 и повече години като процент от общото население да се увеличи с 12,3 процентни пункта (п.п.) и да достигне 31%. Т.е. тогава всеки 3-ти българин ще е на възраст над 65 г.

Очертаващата се трайна тенденция на застаряване на населението и прогресивното нарастване с всяка изминала година на процентния дял на възрастното население е процес, който има огромно отражение върху икономиката и се превръща в проблем на макрофискалната стабилност и устойчивостта на всички социални системи - пазара на труда, пенсионната система, здравеопазването, системата за социално подпомагане.

В демографски план застаряването на населението е необратим процес и затова отговорът на това предизвикателство трябва да бъде прилагане и развитие на интегрирана политика, насочена към осигуряване качеството на живот на възрастните хора и остаряването в добро здраве.

В отговор на тези нови предизвикателства и възможности, институциите на международно, европейско и национално ниво активно разработват мерки, които да гарантират, че обществата са подготвени да се справят с проблемите по начин, отговарящ на нуждите на всички заинтересовани страни.

България като член на Европейския съюз (ЕС), на Организацията на обединените нации (ООН) и на Световната здравна организация (СЗО) има ангажименти по изпълнението на документи като Световен доклад за стареенето и здравето, Активно остаряване: политическа рамка на СЗО, Глобална стратегия и план за действие относно стареенето и здравето, Стратегическия план за изпълнение на Европейското партньорство за иновации в областта на активния живот на възрастните хора и остаряването в добро здраве“, Резолюция на ООН за Десетилетие на здравословното стареене (2021-2030), Плана за Десетилетие на остаряването в добро здраве 2021-2030 г.

Политики за осигуряване на качеството на живот на възрастните хора и остаряване в добро здраве са залегнали в редица национални стратегически документи – Национална програма за развитие България 2030, Национален план за възстановяване и устойчивост на Република България, Национална здравна стратегия 2030, Национална стратегия за активен живот на възрастните хора в България (2019 – 2030 г.), Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012 г. - 2030 г.), Национална стратегия за дългосрочна грижа и др.

Въпреки наличието на стратегическа рамка и реализицията на голям брой проекти за развитие на социални услуги за възрастните хора, в България все още има огромно разминаване между потребностите на тези хора и възможността на държавата да им предостави услуги, адаптирани към техните медицинските, психологическите и социалните нужди. И изнесените пред обществото данни за наличието на „къщи на ужасите“ потвърди по болезнен начин този факт.

Основните дефицити са в областта на т.н. дългосрочни грижи в техния здравен компонент, свързани със специфичните здравни проблеми на възрастта, доколкото остаряването води до структурни и функционални изменения в човешкото тяло, които увеличават риска от заболяване. Окончателните данни от третата вълна на европейското здравно интервю, проведено в България от НСИ през 2019 г., показват, че делът на хората на 65 и повече години, които са имали продължително (хронично) заболяване или здравословен проблем e 60,5%, като повечето хора след 65 години са носители на няколко, обикновено компенсирани хронични неинфекциозни заболявания.

По данни на Националния център за обществено здраве и анализи ежегодно в болниците за активно лечение в България се извършват над 2 млн. хоспитализации, от които 45 % са свързани с лечение на лица над 65 г. По последни данни за 2023 г. честотата на хоспитализациите в тази възрастова група е 79 732 на 100 000 души, т.е. от 4 възрастни лица над 65 г. 3-ма са имали нужда от активно болнично лечение през годината.

Най-честите причини за хоспитализация при възрастните хора над 65 г. са болестите на органите на кръвообръщението (сърдечно-съдови и мозъчно-съдови заболявания, в т.ч. мозъчен инсулт), онкологични заболявания, болести на костно-мускулната система, травми и др., изискващи по-продължителен период на лечение и възстановяване, който не може да бъде осигурен в болниците за активно лечение, където средният престой на 1 болен варира между 4 и 5 дни.

По данни, събрани от болнични заведения за активно лечение, най-малко 5 % от хоспитализираните възрастни пациенти над 65 години се нуждаят след изписването от продължаване на тяхното лечение в структури за продължително лечение, където те да останат до тяхното възстановяване и стабилизиране до степен, позволяваща да се завърнат в своя дом.

При част от възрастните пациенти, въпреки проведеното активно и последващо продължително лечение, са налице остатъчни здравни проблеми, изискващи дългосрочни медицински грижи с голяма продължителност, в т.ч. палиативни грижи.

Така се идентифицират две групи възрастни пациенти с потребност от дългосрочни медицински грижи, които в момента здравната система не осигурява:

1. **Възрастни пациенти с потребност от продължително лечение след проведено активно такова в рамките на 15 до 20 дни.**

Това са над 50 000 възрастни хора годишно, грижите за които в момента се поемат почти изцяло от техните семейства или от различни легални или нелегални институции за настаняване на възрастни хора (хосписи, домове за стари хора и др.), които не могат да предоставят пълноценни медицински грижи. Месечните личните разходи на семействата за настаняване на един такъв болен възрастен човек в частен хоспис или друго място за настаняване са над 1500 лв.

Липсата на възможност за продължаване на лечението и грижите след проведено активно лечение води до непълно възстановяване на болните, повторно влошаване на състоянието им, инвалидизация, а нерядко и смърт, която би могла да бъде предотвратена при адекватно продължително лечение в болнични условия.

За покриване на нуждите на тези хора е необходим капацитет от около 2700 легла за продължително лечение.

1. **Възрастни пациенти с тежки соматични или психосоматични заболявания и състояния, в т.ч. инвалидизирани болни, които имат потребност от по-продължително или постоянно медицинско наблюдение и грижи с ниска интензивност.**

Броят на тези възрастни хора, към момента трудно би могъл да бъде определен с точност, тъй като този вид услуга не е наличен и няма обективни статистически данни.

Ориентировъчни в това отношение са данните за броя на лицата с призната трайно намалена работоспособност / вид и степен на увреждане (инвалидизация) на възраст над 65 години, които по данни на НЦОЗА през 2023 г. са били 47 379, като от тях 23 327 са лицата с над 90 % инвалидизация със или без нужда от помощ при обслужване. Голяма част от тези възрастни хора има постоянна нужда от медицински грижи в общността и/или в стационарни условия от компетентен медицински персонал.

 По данни на OECD, в държавите от общността броят на местата за настаняване на възрастни хора в болнични заведения с възможност за дългосрочни медицински грижи е 4 на 1000 души. България при настоящата численост на възрастното население би следвало да разполага с май-малко 6 200 болнични легла за дългосрочни медицински грижи.

Осигуряването на адекватни грижи за тези две категории възрастни граждани може да се осъществи само от компентен медицински персонал, който е наличен само в системата за болнична помощ.

Проблемите, свързани с осигуряването на капацитет за медицински грижи за такива пациенти съществуват във всички европейски държави, предвид общата тенденция на застаряване на населението, но ако България има сравнително предимство в това отношение, то е в наличието на добре развита мрежа от болнични заведения, разполагащи с голям брой болнични легла и болничен персонал. Една част от тези болници вече не могат да отговорят на съвременните изисквания за активни и интензивно лечение, но разполагат с отлични условия за осигуряване на продължително лечение и дългосрочни медицински грижи за възрастни хора.

Въпреки това, анализът на структурата и капацитета на системата за болнична помощ показва, че към момента на национално ниво е налице сериозен недостиг на легла за дългосрочни грижи на фона на много висока осигуреност с легла за активно лечение, които се използват неефективно.

През 2022 г. Евростат официално обяви, че България регистрира най-висока осигуреност с болнични легла спрямо броя на населението от всички страни в ЕС, със средно 823 легла на 100 000 души. За сметка на това е на едно от последните места по осигуреност с легла за дългосрочни грижи. (фиг.1)

фиг.1



По данни на НСИ в края на 2024 г. в страната функционират 341 лечебни заведения със стационар (в т.ч. болници и лечебни заведения със специфични функции), които разполагат с 55724 легла, в т.ч. 46 233 легла за активно и интензивно лечение, 7194 легла за рехабилитационна грижа и 2297 за дългосрочна грижа, от които 1219 легла за дългосрочна грижа за пациенти с психични заболявания и само 1078 легла за дългосрочна грижа, включваща продължително лечение и палиативни грижи при болни със соматични заболявания. (фиг.2) Тези легла, които следва да покриват нуждите на възрастните хора със сериозни здравословни проблеми от дългосрочни медицински грижи съставляват едва 1,9% от общият леглови фонд на болниците.

Структурата на болничният леглови фонд значтелно се различава от определените национални потребности от болнични легла по видове.

Според Националната здравна карта, приета през 2016 г. общият брой на необходимите болнични легла в страната (при население 7 153 784 души)е 51546 легла, в т.ч. 35302 легла за активно и интензивно лечение, и 16 244 „други“ легла (включващи легла за дългосрочна грижа, физиотерапия и рехабилитация и психиатрични легла), в т.ч. 6230 легла за продължително лечение и палиативни грижи.

Съгласно Националната карта на дългосрочните нужди от здравни услуги на Република България, приета Решение № 1073 на Министерския съвет от 29.12.2022 г., в страната (при население 6 447 710 души) следва да има 41 034 болнични легла, от които 27 356 легла за активно лечение и 13 677 други легла, в т.ч. 5 129 легла за дългосрочни грижи (продължително лечение и палиативни грижи).

Фиг.2

Броят на болниците към 31.12.2024 г. е 319, от които 61 държавни, 120 общински и 116 частни лечебни заведения. От всички тези болници само 14 са за продължително лечение - 5 държавни болници (специализирани за продължително лечение на белодробни заболявания и туберкулоза) и 9 общински.

Броят на разкритите легла в болниците (многопрофилни и специализирани) е 53806, а годишната заетост на болничните легла е 57 %, т.е. всеки ден над 23 000 легла стоят оборудвани, осигурени с персонал и празни. (фиг.3)

Фиг.3

Данните показват, че в болничната система на страната има наличен значителен капацитет за осигуряване на лечение в болнични условия, който не се използва ефективно.

Най-ниска е средната използваемост на леглата в общинските многопрофилни болници за активно лечение - 45 % за 2023 г. В същото време използваемостта на леглата в общински болници за продължително лечение е много висока, като в СБПЛР ЕООД Перник, СБПЛР Кремиковци ЕООД, СБДПЛР„Панчарево“, СБПЛРДЦП Св. София ЕООД, СБДПЛР Бухово ЕООД тя е между 80 и 100 %.

От 72 общински болници за активно лечение, 7 са с използваемост под 30% - това са болниците в Поморие, Девня, Белоградчик, Трявна, Луковит, Никопол, Девин. Още 11 болници са с използваемост на леглата за активно лечение под 40% - Елхово, Димитровград, Гълъбово, Етрополе, Четвърта градска болница София, Н.Загора, Крумовград, „Св.Мина“ Пловдив, Балчик, Козлудуй, Провадия.

В 33 многопрофилни болници за активно лечение, поддържащи най-малко 4 структури по различни медицински специалности, общият брой на пациентите през годината е между 500 и 3000, т.е. на ден в тях постъпват между 1-2 и 8 болни общо. Основната причина за отлива на болни от тези лечебни заведения е, че повечето от тях вече не са в състояние да покрият изискванията за провеждане на съвременно активно и интензивно лечение поради липса на високотехнологична медицинска апаратура и високоспециализиран лекарски персонал.

При този обем дейност, приходите на тези лечебни заведения се явяват крайно недостатъчни за покриване на присъщите разходи и за осигуряване на адекватни възнаграждения на наличния болничен персонал. Този процес вече доведе до закриване през последните години на няколко малки общински болници и ако не се намери начин за промяна в предмета на дейност на тези структури, държавата ще загуби един вече изграден ценен ресурс.

В същото време малките общински болници разполагат с отлични възможности за провеждане на продължително лечение и дългосрочни медицински грижи за възрастни хора и хора с увреждания, осъществявани от медицински сестри под лекарско наблюдение.

По данни от регистъра на лечебните заведения за болнична помощ на МЗ над половината от общинските многопрофилни болници има разкрити отделения за продължително лечение с терапевтична или хирургична насоченост, които на практика не функционират.

Част от причините за това е липсата на адекватно регламентиране и финансиране на дейностите по предоставяне на продължително лечение и палиативни грижи.

НЗОК заплаща за продължително лечение на болни с определени заболявания след епизод на активно лечение само по 4 клинични пътеки. Въведените изисквания за изпълнението на тези пътеки се доближават до изискванията за активно лечение, при значително по-ниски нива на финансиране. Това не мотивира лечебните заведения да разкриват легла за продължително лечение, поради което голяма част от болните с нужда от такова лечение продължават да се лекуват в структури за активно лечение, което не само натоварва този леглови фонд, но и води до значително по-високи разходи за болнично лечение.

Подобна е ситуацията и с леглата за палиативни грижи. Финансирането на палиативните грижи към настоящия момент може да се извършва само по линия на НЗОК чрез клинична пътека „Палиативни грижи при онкологично болни”. Освен ниската цена, в утвърдения алгоритъм на клинична пътека съществува ограничение за болничен престой до 25 дни в рамките на терминален стадий на онкологично заболяване в рамките на 6 месеца. Освен това, изпълнението на тази пътека в много от малките болници е трудно, тъй като са заложени ненужно високи медицински изисквания към изпълнителите.

В резултат на недостатъчно ефективното финансиране на дейностите по продължително лечение и палиативни грижи от страна на НЗОК, една част от нуждите на населението от продължително лечение и палиативни грижи се покриват чрез отчитане на дейности по активно лечение, което води до значително по-високи разходи за здравноосигурителни плащания. Останалата част от потребностите остават незадоволени от публичната здравна система и натоварва финансово българските семейства, принудени да заплащат сами грижите за своите възрастни близки.

Актуалната ситуация налага промени, които трябва да се предприемат спешно, за да може съществуващите дефицити по отношение на задоволяване на потребностите на възрастните хора от медицински грижи да се срещнат с наличния неизползван капацитет на болничната система и да се постигне синергичен ефект при максимално ефективно използване на материалните, човешки и финансови ресурси. Така съществуващите „дефекти“ в българската здравна система ще се превърнат в предимство с огромен социален и здравен ефект.

Предлаганият от нас подход предвижда комплекс от мерки за изграждане на адекватна система за продължително лечение и палиативни грижи, която да бъде интегрирана както с останалите части на здравната система – извънболнична и болнична помощ, така и със социалната система, осигурявайки необходимата приемственост и качество на грижите.

Държавните многопрофилни болници за активно лечение – областни и университетски, са гръбнака на националната система за болнична помощ и заедно с няколко големи частни болници следва да развиват своя капацитет за активно, високотехнологично и комплексно лечение на пациентите с остри заболявания, изискващи лечение в болнични условия. Ангажирането на този капацитет с дейности по продължително лечение и дългосрочни дългосрочни грижи би било неефективно и нецелесъобразно. Затова основен обект на политиките следва да бъдат общинските болници, които от една страна са най-близо до местоживеенето и общностите на възрастните хора и от друга страна разполагат със свободен капацитет, добра материално техническа база, медицински персонал и осигурена логистика за помощни дейности като снабдяване с медикаменти, храна, болнично пране и др.

Това ще доведе до пълноценна реализация на политиките, залегнали и в Националната програма за развитие „България 2030“ и Националната здравна стратегия 2030, за стимулиране развитието на предоставяните в лечебните заведения здравни услуги, свързани с продължителни здравни грижи.

 Предложението ни е в унисон с планираните в Националната здравна стратегия 2030 мерки за „намаляване на броя на леглата за активно лечение на остри заболявания, развитие на високотехнологични диагностични и лечебни услуги и на структури за рехабилитация, за продължително лечение и палиативни грижи“ и предвиденото преструктуриране на много малки и неефективни болници за активно лечение „в медицински центрове с легла за наблюдение и лечение до 48 часа и в структури за дългосрочни грижи - регионални лечебни заведения, които да осигуряват цяла гама от социални и медицински грижи: амбулаторни услуги, включително мобилни медицински грижи, физиотерапия, услуги за дневни грижи и в известна степен грижи за отдих и палиативни грижи, предоставяни както на място, така и в домашна среда.“

Решението, което предлагаме включва пакет от взаимнообвързани мерки, насочени към идентифицираните две целеви групи възрастни пациенти с потребност от дългосрочни медицински грижи:

* **Възрастни пациенти с потребност от продължително лечение след проведено активно лечение на остри или изостени хронични заболявания.**
* **Възрастни пациенти с тежки соматични или психосоматични заболявания и състояния, в т.ч. инвалидизирpeани болни, които имат потребност от по-продължително или постоянно медицинско наблюдение и грижи с ниска интензивност.**

За решаване на проблемите, свързани с медицинското обслужване на първата целева група възрастни болни (**Възрастни пациенти с потребност от продължително лечение след проведено активно лечение на остри или изостени хронични заболявания )** предлагаме следния комплекс от мерки:

1. **Изменение и допълнение на Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса, в частта на Приложение № 12 за заболяванията за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) и свързаните с него текстове в НРД.**

Изменението е свързано с въвеждане на изискване за комплексно лечение на заболявания и състоянията, които попадат в обхвата на клиничните пътеки за продължително лечение и ранна рехабилитация - КП № 254 Продължително лечение и ранна рехабилитация след острия стадий на исхемичен и хеморагичен мозъчен инсулт с остатъчни проблеми за здравето, КП № 255 Продължително лечение и ранна рехабилитация след инфаркт на миокарда и след сърдечни интервенции и КП № 256 Продължително лечение и ранна рехабилитация след оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност с остатъчни проблеми за здравето.

Въвеждането на това изискването ще задължи всички болници за активно лечение, които искат да договорят изпълнението на клинични пътеки за активно лечение на заболявания, които попадат в обхвата на КП №№ 254, 255 и 256 да имат разкрити структури за продължително лечение, изпълняващи тези клинични пътеки или договор с друго лечебно заведение при гарантиран капацитет за поемане на всички пациенти, нуждаещи се от продължаване на лечението след приключване на активната фаза.

Това от една страна ще гарантира на пациентите достъп до продължително лечение, респективно максимално възможно възстановяване след активното лечение, а от друга страна ще мотивира лечебните заведения да развиват дейностите по продължително лечение.

1. **Преглед и изменение на изискванията за изпълнение на КП за продължително лечение и палиативни грижи (КП №№ 253, 254, 255 и 256), заложени в НРД и Приложение № 17 към него, което да гарантира оптимално качество на медицинското обслужване без да ограничава възможните изпълнители на тази дейност.**

Например въведеното в КП № 256 Продължително лечение и ранна рехабилитация след оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност с остатъчни проблеми за здравето изискване „При разкрита клиника/отделение за продължително лечение в лечебното заведение, в същото лечебно заведение е необходимо да работят и четирима лекари със специалност хирургия или трима лекари със специалност ортопедия и травматология при задължителното наличие в двата случая и на структура по ФТР първо ниво на компетентност и лекар с придобита медицинска специалност по физикална и рехабилитационна медицина“ се доближава до изискванията за изпълнение на самите оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност, като по никакъв начин не кореспондира с обхвата на медицинските грижи по продължително лечение.

Без промяна в изкуствено завишените изисквания за сключване на договор по тези 4 клинични пътеки, развитието на дейностите по продължително лечение и палиативни грижи, които НЗОК има задължение да финансира е практически невъзможно.

Необходима е промяна и на заложеното в КП № 253 „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“ изискване за „болничен престой общо 25 дни в рамките на терминалния стадий, в рамките на 6 месеца на онкологичното заболяване“, тъй като по мнението на експерти от Националното дружество по онкология минималната продължителност на тези грижи при пациенти с онкологични заболявания е 60 дни (два месеца) за периода на терминалното състояние.

1. **Създаване на облекчена/ускорена процедура за разкриване на нови структури/легла по продължително лечение и палиативни грижи**

Процедурата има за цел да облекчи лечебните заведения, които към момента нямат разкрити структури с легла за продължително лечение при кандидатстване за разрешаване на нови дейности за продължително лечение и/или палиативни грижи по реда на чл.37б от Закона за лечебните заведения, когато се намират в области с установен недостиг на легла за дългосрочни грижи съгласно Националната здравна карта.

Алтернативен вариант се явява създаването на нормативна уредба, разрешаваща на лечебните заведения до определен срок да трансформират определен % от леглата за активно лечение по дадена специалност в легла за продължително лечение и ранна рехабилитация на болни, за което да уведомят съответната Регионална здравна инспекция.

1. **Провеждане на процедура за избор на лечебни заведения, с които НЗОК сключва договори по активно лечение по реда на чл. 34а от Закона за лечебните заведения в областите, в които броят на леглата за болнично лечение надвишава конкретните потребности от брой легла за активно лечение, определени с Националната здравна карта.**

По данни от официалната страница на НЗОК към м.април 2025 г. НЗОК има сключени договори за 49 927 болнични легла, които са с 54.50 % използваемост. Въпреки, че няма данни за разпределението на леглата по видове, общият брой значително надвишава предвидените в Националната здравна карта от 2018 г. 32 913 легла за активно лечение и разкритите легла по дизикална и рехабилитационна медицина и дългосрочни грижи. Това дава основание да се счита, че в много области на страната, в т.ч. в София, броят на договорените легла надвишава значително определените в НЗК 2018 г. потребности.

Извършването на процедурата по избор на договорните партньори на НЗОК по реда на Наредбата за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса сключва договори, освен че е законово задължение на обществената институция, ще ускори процеса на преструктуриране на лечебните заведения и намаляване на разкритите легла за активно лечение за сметка на леглата за продължително лечение. Това от своя страна ще ограничи непрекъснато нарастващите разходи за активно лечение и ще освободи финансов ресурс за финансиране на дейностите по продължително лечение.

1. **Изменение и допълнение на Наредба 3 от 5 април 2019 г. за медицинските дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които Mинистерството на здравеопазването субсидира лечебни заведения, и за критериите и реда за субсидиране на лечебни заведения и насочване на основната част от субсидията за лечебни заведения в труднодостъпни и/или отдалечени райони за субсидиране на дейности за продължително лечение.**

И към момента Министерство на здравеопазването субсидира голяма част от общинските болници за дейността им по поддържане на капацитет и осигуряване на диагностика и лечение на пациенти, в т.ч. продължително лечение на пациенти със сърдечно-съдови заболявания (с изключение на остър миокарден инфаркт), с нервни болести (с изключение на мозъчен инсулт) и с белодробни заболявания. Размерът на общия финансов ресурс за всяка болница за съответната година се определя в зависимост от броя на обслужваното население (по официални данни на Националния статистически институт), броя на преминалите през предходната година пациенти и обема на извършваната медицинска дейност, измерен през реализираните приходи на годишна база от медицинска дейност.

Целесъобразно е в методиката за определяне на размера на общият финансов ресурс да се въведе отделен критерий за брой болни, преминали продължително лечение, който да се отчита на всяко тримесечие и в зависимост от него да се коригира размера на субсидията, за да се създадат стимули за лечебните заведения да предоставят този вид медицинска помощ на населението.

Алтернативен вариант е част от средствата да се предоставят като общ финансов резурс, а друга част като заплащане за реализирана и отчетена дейност по ред подобен на реда за субсидиране на отделенията по спешна медицина в болничните заведения. Необходимо е да се предвиди и определен период за продължително лечение, аналогичен на срока, заложен в изискванията на клиничните пътеки за продължително лечение и ранна рехабилитация в НРД.

По този начин субсидията, която се предоставя от МЗ ще гарантира продължителното лечение и на част от пациентите със заболявания и състояния извън обхвата на клиничните пътеки, заплащани от НЗОК.

**Горепосочените мерки могат да бъдат реализирани в срок от 6 месеца до 1 година и да влязат в сила в периода на приемане на новия Национален рамков договор за медицинските дейности 2026-2028 г.**

За решаване на проблемите, свързани с медицинското обслужване на втората целева група възрастни болни (**Възрастни пациенти с тежки соматични или психосоматични заболявания и състояния, в т.ч. инвалидизирpeани болни, които имат потребност от по-продължително или постоянно медицинско наблюдение и грижи с ниска интензивност**) предлагаме следния комплекс от мерки:

1. **Промяна в чл. 141, ал.1 и ал.2 от Закона за социалните услуги, съгласно които резидентна грижа като част от интегрирана здравно-социална услуга не може да се предоставя в лечебни заведения и даване на право на лечебните заведения да предоставят интегрирани здравно-социални услуги, включващи и резидентна грижа.**

 Изключването на лечебните заведения от възможните доставчици на интегрирани здравно-социални услуги с резидентна грижа за възрастни хора със сериозни медицински проблеми е лишено от логика и смисъл и следва да бъде променено незабавно в контекста на обсъжданата проблематика.

1. **Иницииране от страна на МЗ на среща с Министерството на труда и социалната политика и Агенцията за социално подпомагане за изготвяне на съвместни указания към лечебните заведения за възможностите да предоставят социални услуги и интегрирани здравно-социални услуги при условията и по реда на Закона за социалните услуги иачините за кандидатстване като доставчици на такива услуги.**

Съгласно чл..2, ал.4 на Закона за лечебните заведения, лечебните заведения могат да предоставят социални услуги и интегрирани здравно-социални услуги при условията и по реда на Закона за социалните услуги.

Развитието на такива услуги е възможност за надграждане на медицинските грижи за възрастните пациенти, в т.ч чрез развитие на услуги в общността, които болничните специалисти да осъществяват в рамките на съответната социална или интегрирана здравно-социална услуга. По този начин ще се осигури и допълнителна линия на финансиране на тези лечебни заведения.

Ангажираността на МТСП в този процес е ключово за реализацията на тези дейности.

1. **Иницииране от страна на МЗ на среща с Националното сдружение на общините в България и кметове на общини, в които има разкрити общински лечебни заведение за подкрепа на развитието на дейностите по дългосрочни медицински грижи за възрастните хора от съответната община.**

 И в момента много общини подпомагат под различна форма дейността на общинските болници. Доколкото грижата за здравето и качеството на живот на гражданите на съответната община е публично деклариран ангажимент на местната власт, политиките за развитието на дейностите по дългосрочни медицински грижи за възрастните хора, биха били оценени и подкрепени от общинските ръководства.

1. **Изготвяне на указания за лечебните заведения за формиране на ценоразпис на платени услуги на възрастни пациенти с тежки соматични или психосоматични заболявания и състояния, в т.ч. инвалидизирани болни, които имат потребност от по-продължително или постоянно медицинско наблюдение и грижи с ниска интензивност.**

Доколкото тези услуги не се включват в пакета здравни дейности, които заплаща НЗОК, както и в дейностите, субсидирани от МЗ, лечебните заведения имат право да формират цена на предоставените услуги и да ги предоставят срещу заплащане от страна на пациентите/техните близки.

Министерство на здравеопазването, съвместно с общинските власти може да подпомогне методологически процеса на остойностяване на услугите и/или да осигури публичност на предлаганите услуги за продължително лечение, като публикува на страницата си всички услуги по продължително лечение и дългосрочни грижи на всички лечебни заведения, както и начините за ползване на услугите – чрез заплащане от НЗОК, МЗ, АСП или частни плащания.

**Горепосочените мерки могат да бъдат реализирани в срок от 1 до 2 месеца.**

**Финансов анализ на предложението**

1. **Финансиране на дейностите по продължително лечение и палиативни грижи, заплащани с публични средства:**

Дейностите по продължително лечение след активно лечение и палиативни грижи, които са включени в пакета здравни дейност, финансирани от бюджета на НЗОК, а именно КП №№ 253, 254, 255 и 256 обхващат 90 % от случаите на пациенти с нужда от такъв вид здравна услуга.

В момента в НРД за медицински дейности 2023-2025 г. са заложени цени за 1 леглоден, които са съизмерими със средните разходи за леглоден в общинските болници за продължително лечение.

Заложените обеми в брой леглодни са както следва:

* По КП № 253 „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“ са предвидени за финансиране 5972 леглодни, което при максимален престой от 25 дни за периода на терминалното състояние гарантира грижа само на 239 онкологично болни в терминален стадий.

По данни на НСИ жегодно в България умират между 15 000 и 16 000 болни от злокачествени новообразувания, които преминават през терминален стадий преди настъпване на смъртния изход, без гарантирана грижа и с много болка и страдания за тях и техните близки.

Според експерти от Българското онкологично научно дружество (БОНД) ежегодно около 20 000 болни с онкологични заболявания се нуждаят от продължително лечение и/или палиативни грижи, като минималната продължителност на палиативните грижи е 2 месеца (60 дни).

Предвиденият разход по КП № 253 за тази година е под 100 000 лв. За гарантиране на палиативни грижи на тези хора при настоящата цена на 1 леглоден по КП № 253 в размер на 162 лв. са необходими около 150 000 000 лв.

Липсата на осигурена такава грижа ще компрометира в значителна степен усилията на държавата за борба с рака, декларирани в Националния план за бурба с рака и Политика 3.2. на Националната здравна стратегия, както и инвестиции по ПВУ за модернизиране на системата за диагностика и лечение на онкологичните заболявания.

* По КП № 254 Продължително лечение и ранна рехабилитация след острия стадий на исхемичен и хеморагичен мозъчен инсулт с остатъчни проблеми за здравето, са предвидени за финансиране 6344 леглодни, което при максимален престой от 20 дни гарантира грижа само на 317 пациенти, преживели тежък инвалидизиращ инсулт.

По данни на НЦЗА ежегодно в България 45 000 човека прекарват инсулт, като над 90% от тях са на възраст над 65 години.

По данни на Българското дружество по инсулт и международни статистики около 12 % от тези болни умират в рамките на болничния престой. Над 30 % от преживелите инсулт се нуждаят от продължаващо лечение и ранна рехабилитация след проведеното активно лечение. От прекаралите острата фаза на инсулта около 20 % умират до края на първата година, 40 % остават инвалидизирани с нужда от постоянни грижи и 40 % постигат пълно или частично възстановяване с възможност за самостоятелно обслужване. Осигуряването на продължително лечение и ранна рехабилитация след острата фаза на инсулта, намалява значително броя на загиналите и тежко инвалидизирани пациента.

Предвиденият разход по КП № 254 за тази година е 546 000 лв.

За гарантиране на продължително лечение на поне 12 000 болни с прекаран остър инсулт при настоящата цена на 1 леглоден по КП № 254 в размер на 86 лв. са необходими около 20 000 000 лв.

Липсата на осигурена такава грижа ще компрометира в значителна степен усилията на държавата за развитие на мрежа от центрове за лечение на инсулт и други мозъчно съдови заболявания (строук-центрове), за които е осигурена инвестиция по Плана за възстановяване и устойчивост, какро. и цялостната политика за подобряване на възможностите за лечение на мозъчносъдовите болести, обявена като стратегически приоритет в Националната здравна стратегия 2030.

* По КП № 255 Продължително лечение и ранна рехабилитация след инфаркт на миокарда и след сърдечни интервенции, са предвидени за финансиране 533 леглодни, което при максимален престой от 20 дни гарантира грижа само на 27 пациенти, след прекаран остър инфаркт или тежки кардиохирургични интервенции.

По данни на НЦОЗА ежегодно се хоспитализират около 10 000 пациенти с инфаркт на миокарда, които около 70 % са на възраст над 65 г. Въпреки прилаганите съвременни методи на инвазивната кардиология, които значително намалиха смъртността и инвалидизацията след миокарден инфаркт, по експертни оценки около 50 % от възрастните пациенти имат нужда от продължително лечение и възстановяване.

Ежегодно в България се извършват над 3 000 големи и много големи кардиохирургични интервенция на пациенти, от които почти 10 % имат нужда от продължително лечение и рехабилитация.

Предвиденият разход по КП № 255 за тази година е 45 000 лв.

За гарантиране на продължително лечение на поне 3500 болни с прекаран остър инфаркт и тежки кардиохирургични интервенции при настоящата цена на 1 леглоден по КП № 255 в размер на 85 лв. са необходими около 5 000 000 лв.

* По КП № 256 Продължително лечение и ранна рехабилитация след оперативни интервенции с голям и много голям обем и сложност с остатъчни проблеми за здравето, са предвидени за финансиране 13 285 леглодни, което при максимален престой от 20 дни гарантира грижа на 665 пациенти.

Само големите и много големи неврохирургични интервенции, извършени през 2024 г. в България са над 5 000, от които с нужда от продължително лечение и ранна рехабилитация са над 30 % от пациентите. Големите ортопедични операции са над 15 000.

Предвиденият разход по КП № 256 за тази година е 1 130 000 лв., а необходимите средства са в размер на 10 000 000 лв.

За сметка на това планираните средства по КП № 265.1 Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат, осъществявани в болници за рехабилитации, в т.ч. на морския бряг са планирани 46 114 хоспитализации на обща стойност 22 400 000 лв.

По данни от Годишния доклад за здравето на нацията, публикуван през м.декември 2024 г. по КП 265.1 „Физикална терапия и рехабилитация при болести на опорно-двигателен апарат“ за 2023 г. НЗОК е заплатила 68 110 000 лв. за 140 000 КП, което представлява увеличение със 17 127 400 лв. или с 33,6%, при увеличение на случаите с 21,2% спрямо предходната година.

Само със средствата от преразхода по КП 265.1, която често е използвана за реакреация и отдих на млади хора, може да се поеме продължителното лечение на всички възрастни пациенти, преживели инсулт, инфаркт и тежки оперативни интервенции.

 Общият размер на необходимите средства за гарантиране на достъпа на пациенти с онкологични заболявания до палиативни грижи и продължително лечение на пациенти след преживят инсулт, инфаркт и големи оперативни интервенции е в размер на 185 млн., което се явява едва 4,5 % от бюджета на НЗОК за болнична помощ в размер на 4 087 279 млд. лв.

 Тези средства могат да бъдат осигурени в рамките на наличния бюджет за болнична помощ, ако се предприемат предложените мерките, в т.ч. спазването на изисването НЗОК да не договаря по-голям брой легла от планираните в Националната здравна карта по видове легла и строг контрол по спазването броя на договорените легла и на изискванията по клинични пътеки за активно лечение.

 Допълнителен източник на финансиране се явява механизма за субсидиране на лечебните заведения в отдалечените и труднодостъпни райони по реда на Наредба 3 от 5 април 2019 г. за медицинските дейности извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, за които Mинистерството на здравеопазването субсидира лечебни заведения, и за критериите и реда за субсидиране на лечебни заведения, като средствата следва да се предоставят за приоритетно развитие на дейности по продължително лечение.

**2. Финансиране на дейностите по предоставяне на дългосрочни медицински грижи на възрастни пациенти с тежки соматични или психосоматични заболявания и състояния, в т.ч. инвалидизирани болни, които имат потребност от по-продължително или постоянно медицинско наблюдение и грижи с ниска интензивност.**

Дейностите по предоставяне на дългосрочни медицински грижи, извън дейностите по продължително лечение, финансирано с публични средства от МЗ и НЗОК ще се финансира чрез плащания за предоставяне на социални и интегрирани здравно-социални услуги по Закона за социалните услуги и частни плащания за предоставяне на услуги на база на формиран от лечебното заведение ценоразпис.

Допълнителни източници на финансиране се явяват субсидии от общини, дарения и др.

**Заключение:**

Настоящото предложение включва краткосрочни оперативни мерки за решаване на актуален обществен проблем.

Цялостното решение на проблемите, свързани със осигуряването на възрастните хора в България на качествени и достъпни здравни услуги, адаптирани към техните нужди изисква приемане на Национална стратегия за гериатрична грижа и остаряване в добро здраве, както е предвидено в Националната здравна стратегия 2030, която да предвиди дългосрочни мерки и адекватни финансови и човешки ресурси за реализацията си.