



Министерство на здравеопазването

Национален център по общественото здраве и анализи

---

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

Дисертационен труд  
за присъждане на образователна и научна степен „доктор”  
по научна специалност „Социална медицина и здравен  
мениджмънт“

**Александра Здравкова Карамитева-Дончева**

**Научен ръководител:**  
доц. д-р Наташка Данова, дм

**София, 2026 г.**

## **СЪДЪРЖАНИЕ:**

<b>I. ВЪВЕДЕНИЕ</b> .....	3
<b>II. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР</b> .....	7
<b>III. МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО - ЦЕЛ И ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ</b> .....	57
<b>IV. СОБСТВЕНИ РЕЗУЛТАТИ</b> .....	61
<b>V. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ</b> .....	103
<b>VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	105
<b>VII. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ</b> .....	107
<b>VIII. ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД</b> .....	112
<b>IX. ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	114
<b>X. НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ</b> .....	119
<b>XI. БИБЛИОГРАФИЯ</b> .....	120

**ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ:**

**ДЧ – държави членки на ЕС**

**ЕЗС – Европейски здравен съюз**

**ЕК – Европейска комисия**

**ЕС - Европейски съюз**

**ЗСУ - Закон за социалните услуги**

**ЗЛЗ - Закон за лечебните заведения**

**ЗЗ – Закон за здравето**

**ЗЗО – Закон за здравето осигуряване**

**КП – Клинична пътека**

**МЗ - Министерство на здравеопазването**

**МУ - Медицински университет**

**МТСП – Министерство на труда и социалната политика**

**НЗОК - Национална здравноосигурителна каса**

**НРД - Национален рамков договор**

**НСИ - Национален статистически институт**

**ООН - Организация на обединените нации**

**СЗО - Световна здравна организация**

**УЗП - Универсално здравно покритие**

**ЦУР – Цели за устойчиво развитие**

## I. ВЪВЕДЕНИЕ

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

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

Здравната политика на Съюза е разработена, така че да допълва националните политики, за да се гарантира, че всеки гражданин на ЕС ще получи достъп до качествено здравно обслужване.

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

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

Дългият преход у нас, икономическата криза, деинституциализацията на социални домове и липсата на структури за палиативни грижи, предизвикаха сътресения в реформиращите се социална и здравна система. Достъпът и качеството на дългосрочните грижи в страната и необходимостта от повече мерки в тази посока се обуславят и от все по-нарастваща нужда от структури за хоспис/палиативни грижи. Реформиращата се здравна система през годините предвиждаше преустройство на болниците, което да включва създаването на хосписи. Очакваше се те да задоволят потребностите от хоспис/палиативни грижи и да намалят скъпоструващите хоспитализации. За съжаление тази идея не се реализира и функционирането на тези лечебни заведения без обществени ресурси ги прави нерентабилни. Същевременно, се наблюдава перманентно нарастване на потребността от хоспис/палиативни грижи, но въпреки търсенето, хосписите преустановяват дейността си като лечебни заведения. Освободената от закритите хосписи ниша се заема от социални домове за стари хора, които извършват палиативни грижи, без да имат право и компетенции за това. Липсата на единен подход и поэтапни мерки за въвеждане на специалност „палиативна медицина“ резултират именно в неефективен достъп на пациентите до този тип грижи.

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

Адекватното представяне на геронтологията и гериатрията, включително в обучението по медицина е важен компонент на комплексната здравна и обществена грижа за старите хора. Застаряващото население на ЕС и тенденцията към преобладаване на хроничните заболявания в тези възрастови групи има огромно влияние върху търсенето на дългосрочни грижи. Именно затова особен акцент следва да се постави върху необходимостта от достатъчно и подходящо подготвен персонал за осигуряване на гериатрични грижи. [119]

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

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

Анализирана е необходимостта от приемане на адекватна политика, която включва хоспис/палиативните грижи и гериатричните грижи освен в националните здравни политики и законодателство, и в бюджетните прогнози и политики на страната. Ангажирането на университетите за включване на обучението по палиативни грижи се разглежда като неразделен компонент на текущото образование, както и специализирано продължаващо образование за подобряване на компетенциите на специалистите по здравни грижи в края на живота. Проучването има за цел да подпомогне интегрирането на хосписите в здравната система за осигуряване на устойчив модел, гарантиращ достъпни и качествени хоспис/палиативни грижи, както и да подпомогне процесите по насърчаване и осъвременяване на методите и практиките за гериатрични грижи.

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

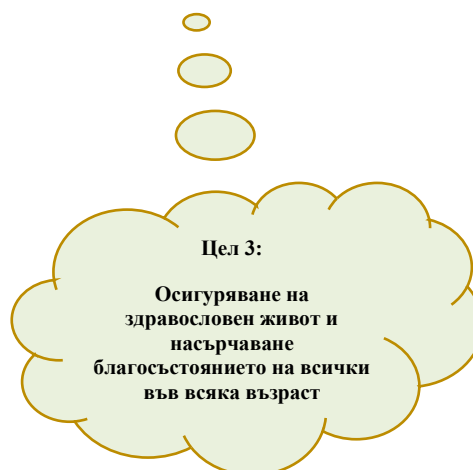
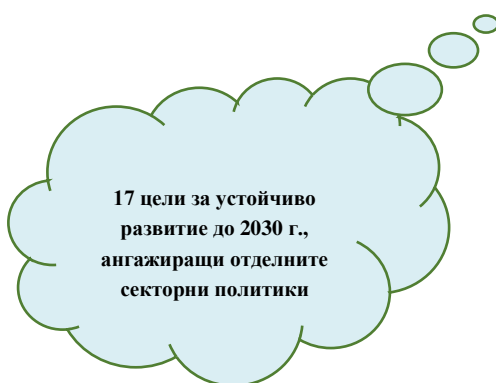
Разработката има и своя практически принос чрез представения анализ за опита и практиките в част от държавите членки на ЕС, както и изработената в нея програма за обучение "Основи на палиативните и гериатричните грижи".

## II. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

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

На 25 септември 2015 г. в Ню Йорк по време на Срещата на върха по устойчивото развитие в рамките на ООН е приет Дневният ред за развитие след 2015 г. „Да преобразим нашия свят: Програма за устойчиво развитие до 2030 г.” Документът е одобрен от всичките 193 държави членки на ООН, включително и България. Програмата се състои от пет части и в нея са изброени и формулирани 17 Цели за устойчивото развитие (Sustainable Development Goals (SDGs)), като към всяка една от тях има и подцели, които са общо 169. Като основен акцент в Програмата са изведени най-острите проблеми на развиващите се страни, свързани с преодоляването на крайната бедност, глада, болестите и др., към които са добавени и въпроси, свързани с опазването на околната среда, постигането на устойчиво икономическо развитие и потребление, изграждането и функционирането на демократични институции, елементи по спазването на правата на човека, равенството на половете и други. [113]

### Цели за устойчиво развитие 2030



### Подцели към Цел № 3

3.1 Намаляване до 2030 г. на коефициента на майчина смъртност в световен мащаб до по-малко от 70 на 100 000 живородени деца.

3.2 Прекратяване до 2030 г. на предотвратимите смъртни случаи на новородени деца и на деца до 5-годишна възраст, като всички страни ще имат за цел да снижат неонаталната смъртност до най-много 12 на 1000 живородени бебета и смъртността на деца до 5-годишна възраст до максимум 25 на 1000 живородени деца.

3.3 Ликвидиране до 2030 г. на епидемиите от СПИН, туберкулоза, малария и пренебрегваните тропически зарази, както и борба с хепатита, заболяванията, предавани чрез водата, и други заразни болести.

3.4 Намаляване с една трета до 2030 г. на случаите на преждевременна смърт вследствие на незаразни болести – чрез превенция и лечение, както и чрез насърчаване на психичното здраве и благоденствието.

3.5 Засилване на превенцията и лечението на злоупотребата със субстанции, в т.ч. с наркотични вещества и алкохол.

3.6 Намаляване наполовина до 2030 г. на общия брой в световен мащаб на смъртните случаи и нараняванията при пътнотранспортни произшествия.

3.7 Осигуряване до 2030 г. на всеобщ достъп до здравни услуги в областта на половото и репродуктивното здраве, включително с цел семейно планиране, информация и обучение, и интегриране на репродуктивното здраве в националните стратегии и програми.

3.8 Постигане на всеобщо здравно осигуряване, включително защита срещу финансов риск, достъп до качествени основни здравни услуги и достъп до безопасни, ефективни и качествени жизненоважни лекарства и ваксини за всички на достъпни цени.

3.9 Значително намаляване до 2030 г. на броя на смъртните случаи и на заболяванията от опасни химични вещества и от замърсяване и заразяване на въздуха, водите и почвите.

3.a Засилване на прилагането на Рамковата конвенция на Световната здравна организация за контрол на тютюна във всички страни по целесъобразност.

3.b Подкрепа за изследователската и развойната дейност по отношение на ваксини и лекарства за заразните и незаразните болести, засягащи предимно развиващите се

страни, осигуряване на достъп до жизненоважни лекарства и ваксини на достъпни цени в съответствие с Декларацията от Доха относно Споразумението за свързаните с търговията аспекти на интелектуална собственост (ТРИПС) и общественото здраве, която потвърждава правото на развиващите се страни да се възползват в пълна степен от разпоредбите в Споразумението ТРИПС за гъвкавост при опазване на общественото здраве, и по-специално за осигуряване на достъп до лекарства за всички.

3.c Значително увеличаване на финансирането за здравеопазване и наемане, развитие, обучение и задържане на работна сила в здравния сектор в развиващите се страни, особено в най-слабо развитите страни и малките островни развиващи се държави.

3.d Укрепване на капацитета на всички държави, особено на развиващите се, за ранно предупреждение, намаляване на риска и овладяване на здравните рискове в национален и световен мащаб.

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

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

С първите предприети мерки следствие на пандемията от COVID-19 Съюзът активира спешната подкрепа по Регламент (ЕС) 2016/369 на Съвета от 15 март 2016 г. относно предоставянето на спешна подкрепа в рамките на ЕС. На 14 април 2020 г. в Официалния вестник на ЕС е публикуван Регламент (ЕС) 2020/521 на Съвета от 14 април 2020 година за активиране Инструмента за спешната подкрепа по Регламент (ЕС) 2016/369 и за изменение на разпоредбите на посочения регламент предвид избухването на COVID-19. Инструментът подпомага държавите членки за справяне в борбата с коронавируса, включително и по отношение на осигуряване ваксина срещу COVID-19 за всички европейски граждани. [110]

Европейската комисия (ЕК) стартира инициативата за осигуряване на ваксина за COVID-19. Като част от усилията за защита на хората по света и по-конкретно гражданите на ЕС, Комисията предложи стратегия на ЕС за ускоряване на разработването, производството и въвеждането на ваксини срещу COVID-19. Държавите членки на ЕС одобриха споразумение, с което ЕК се упълномощава да предлага на участващите държави членки и да сключва от тяхно име предварителни споразумения за покупка на ваксини с техни производители, с цел държавите членки да се снабдят с ваксини в борбата с пандемията от COVID-19. Освен преговори с производители на ваксини в рамките на стратегията на ЕС за ваксините, ЕС е и част от механизма COVAX, (съвместна инициатива на СЗО, Алианса за ваксини GAVI и Коалицията за иновации за епидемична подготвеност CEPI), който цели гарантиране на справедлив достъп до ваксини срещу COVID-19 на достъпни цени навсякъде и за всички, имащи нужда от тях.

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

[110]

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

- Заключение на Съвета за усвоените уроци от COVID-19 в сферата на здравеопазването - засяга до голяма степен лекарствените продукти, както и обмена на данни за здравни цели.

- Препоръка (ЕС) 2020/518 на ЕК от 8 април 2020 г. относно общ инструментариум на Съюза за използване на технологии и данни за борба с кризата, породена от COVID-19, и за нейното преодоляване, и по-специално относно мобилните приложения и използването на анонимизирани данни за мобилността;

- Препоръка на Съвета за временно ограничение за несъществени пътувания до ЕС и възможното премахване на такова ограничение(ЕС) 2020/912 от 30 юни 2020 г. Препоръка (ЕС) 2020/1475 на Съвета от 13 октомври 2020 година относно координиран подход за ограничаване на свободното движение в отговор на пандемията от COVID-19;
- Съобщение на ЕК до Европейския парламент и Съвета „Готовност за стратегии за ваксиниране и внедряване на ваксини срещу COVID-19“;
- Препоръка на Съвета на ЕС относно координиран подход за ограничаване на свободното движение в отговор на пандемията COVID-19 (13.10.2020 г.);
- Допълнителни документи и дискусии по отношение на ваксините, свободното движение (на 4 септември 2020 г. ЕК представи предложение за Препоръка на Съвета за координиран подход за ограничаване на свободното движение в отговор на пандемията COVID-19), информираността на обществеността, трансгранично проследяване на контактите (PLF) и взаимно признаване на тестове (Заклучения на Съвета за научените уроци от кризата с COVID-19);
- На 11 ноември 2020 г. бе публикувано Съобщение на ЕК за създаването на Европейски здравен съюз за подготвеност и устойчивост на трансгранични здравни заплахи. Съобщението реферира към пакет от три законодателни предложения на ЕК за регламенти на Европейския парламент и на Съвета, свързани с мерки за справяне с трансграничните здравни заплахи и засилване на правомощията на две от децентрализираните агенции на ЕС - Европейската агенция по лекарствата, и Европейският център за превенция и контрол на заболяванията. Впоследствие правната рамка на Съюза в контекста на създаването на Европейски здравен съюз бе разширена и допълнена с различни законодателни и незаконодателни досиета и инициативи, подробно разписани в част „Литературен обзор“. [110]

Кризата с пандемията COVID-19 дефинира необходимостта от координиран отговор в ЕС и ясни правила за действия на европейско и национално равнище по отношение на планирането и реакцията при епидемии и други сериозни трансгранични заплахи за здравето. Пандемията от COVID-19 постави на дневен ред дискусиите в рамките на ЕС за създаване на Европейски здравен съюз. Основната цел на инициативата е укрепване на капацитета на ЕС при реакция и координация по време на пандемия. Европейски здравен съюз, е съюз в който всички страни от ЕС се подготвят

и реагират заедно на здравни кризи, осигуряват се иновативни медицински продукти на достъпни цени, а държавите работят заедно за подобряване на профилактиката, лечението и последващите грижи за страдащи от заболявания, като например злокачествени заболявания. [110]

**Европейският здравен съюз цели да:**

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

**Основни действия:**

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

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

**Регламент на Европейския парламент и на Съвета относно сериозните трансгранични заплахи за здравето и за отмяна на Решение № 1082/2013/ЕС** се концентрира върху слабите звена, идентифицирани по време на COVID-19. ЕС не съумя да координира навреме достъпа до съответните запаси от медицински мерки за противодействие и беше отчетена известна уязвимост на веригите за доставка на ЕС за тези критични медицински мерки. ЕС нямаше координиран подход в подкрепа на разработването, производството и възлагането на необходимите медицински мерки за противодействие. На ниво ЕС не съществуваше орган (подобен на Американския орган за биомедицински изследвания и развитие (BARDA)), който да координира и ръководи тези дейности. В тази връзка се посочва необходимостта от изграждането на

Европейска Агенция за биомедицински научни изследвания и развитие. Този нов орган следва да подкрепи капацитета и готовността на ЕС за реакция при трансгранични здравни заплахи и извънредни ситуации - независимо дали са от естествен или умишлен произход. Регламентът си поставя за цел да отстрани идентифицираните пропуски в капацитета на ЕС за здравна готовност и реакция по отношение на биомедицинското развитие, производството и развитието на капацитет. Агенцията има за задача да „сканира хоризонта“, фокусирайки се върху нововъзникващите биомедицински технологии, които могат да бъдат за реално приложение по време на криза. Органът си сътрудничи с индустрията, научните и академичните среди, както и мрежите на организациите за клинични изследвания, с цел осъществяване на успешни публично-частни партньорства.

Регламентът си поставя две основни и осем специфични цели:

Общата цел е да осигури засилена рамка за готовност и реакция при здравни кризи на равнище ЕС чрез справяне със слабостите, доказани от пандемията COVID-19.

Рамката включва всеобхватна законодателна основа за управление на действия на ниво ЕС по отношение на готовност, надзор, оценка на риска и мерки за ранно предупреждение и ефективен отговор. Рамката цели да засили ролята на Съюза при приемането на общи мерки на ниво ЕС за справяне при бъдеща трансгранична заплаха за здравето.

Специфичните цели включват: укрепване на капацитета за готовност чрез разработване на план за здравна криза и готовност за пандемия; изисквания за плановете на регионално и национално ниво, съчетани с изчерпателна и прозрачна рамка за отчитане и одит; укрепване на здравната работна сила; укрепване на надзора чрез създаване на интегрирана система за наблюдение на ниво ЕС; определяне и финансиране на референтни лаборатории на ЕС за обществено здраве; подобряване на наблюдението и на оценките на риска на ниво ЕС чрез установяване на правила за наблюдение на нови патогени въз основа на общи дефиниции за ЕС в случай на извънредни ситуации; подобряване на сътрудничеството на държавите членки при дейностите на референтните лаборатории на ЕС относно диагностика, серологични тестове, методите за тестване; подобряване на капацитета за оценка на всички рискове от съответните агенции (ECDC, Европейската агенция по лекарствата и други); укрепване на координацията при отговор на ниво ЕС в Комитета по здравна сигурност; укрепване на реакцията на ЕС при извънредни здравни ситуации чрез установяване на правила за признаване на извънредни ситуации и за активиране на нови механизми на

ЕС за управление на здравната криза (например мерки за лекарствени продукти и медицински изделия). [114]

**Регламент на Европейския парламент и на Съвета за изменение на Регламент (ЕО) № 851/2004 за създаване на Европейски център за превенция и контрол на заболяванията** си поставя за цел да подсили капацитета на ECDC при готовността за кризисни ситуации и реакцията на заплахи и огнища на инфекциозни заболявания. Пандемията COVID-19 изведе наяве слабостите в ролята на ECDC.

Кризата с общественото здраве във връзка с COVID-19 и други здравни заплахи показва, че ЕС и държавите членки трябва да направят повече по отношение на планирането на режима на готовност и реакция при епидемии и други сериозни трансгранични заплахи за здравето. Според ЕК ролята на ECDC в рамката на ЕС за здравна сигурност е решаваща. Необходимо бе обаче капацитетът на агенцията да се укрепи, за да се осигури по-добра защита на гражданите. Например нейната система за надзор да бъде подсилена, за да функционира с пълния си потенциал, тъй като в момента ECDC има ограничен мандат/капацитет да предоставя анализирани данни в помощ на бързото вземане на решения, основани на доказателства, и за целите на осведомяването за ситуацията в реално време. В обстановка като пандемията от COVID-19 ECDC трябва да може да оказва практическа подкрепа на държавите членки, а в научните препоръки на агенцията за подходящи здравни мерки трябва да се отчитат специфичните за държавите членки елементи. ECDC следва да се превърне в истинска здравна агенция на ЕС, на която държавите членки да могат да се опанят при работата във връзка с готовността и реакцията при кризи, в зависимост от случая. [115]

**Регламент на Европейския парламент и на Съвета относно засилена роля на Европейската агенция по лекарствата в готовността за действия при кризи и управлението на кризи по отношение на лекарствените продукти и медицинските изделия** касае осигуряване на високо ниво на защита на човешкото здраве чрез засилване на действията на Съюза за управление и реакция при спешни ситуации, свързани със здравето, когато се касае за лекарствени продукти и за медицински изделия, както и нормалното функциониране на вътрешния пазар за подобни продукти в условия на извънредни здравни ситуации.

Специфичните цели касаят:

а) постигане на готовност за управление на въздействието на събития с голям мащаб върху лекарствените продукти за хуманна употреба и на извънредни

ситуации в областта на общественото здраве върху лекарствените продукти за хуманна употреба и върху медицинските изделия;

б) мониторинг и докладване на недостига на лекарствени продукти за хуманна употреба и медицински изделия;

в) предоставяне на консултации относно лекарствени продукти за хуманна употреба, които имат потенциал за борба с извънредни ситуации в областта на общественото здраве;

г) осигуряване на подкрепа за експертните групи, определени в съответствие с Решение за изпълнение (ЕС) 2019/1396. [110]

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

HERA (Health Emergency Preparedness Authority) трябва да има визия и възможност да се справя навременно с бъдещи евентуални здравни заплахи за обществото от европейско значение, да реагира основно при извънредни ситуации - основно върху подготовеността при кризи и взаимодействието с индустрията.

За тази цел HERA трябва да бъде достатъчно гъвкава в своите действия, без да нарушава ценности като кооперативност, прозрачност, безпристрастност, автономност и отчетност. В тази връзка, прозрачността при взетите от HERA решения са от ключово значение по отношение на възможностите за изграждането на доверие в компетенциите на бъдещата европейска институция. Необходим е точен анализ на ползите и ясен мандат с възможности за действие и обхват от компетенции. Според ЕК HERA трябва да има възможности за изграждане на тясно сътрудничество с други институции, инициативи и програми на ЕС, за да позволи и разшири, а не да отклони и утежни вече съществуващите дейности. Така ще може да се надградят силните страни в здравната и изследователската система на Европейския съюз. Това изискваше и създаване на предпоставки за тясно сътрудничество с държавите членки на съюза, с цел по-голяма легитимност и доверие в експертния капацитет на институцията, което от своя страна включва и споделен национален опит (know-how). HERA е независим публичен орган,

без възможност за влияние или въздействие от външни фактори (лобита). Тя трябва да използва своята независимост, за да поеме стратегически и доказани рискове върху здравето на европейското общество. Наред с изграждането на институционални връзки е от ключово значение и изграждането на трайни връзки с индустрията – създаването на доверени партньори. Всички тези предпоставки съпътстват изграждането на широка база за подкрепа към HERA. Подобен тип широка подкрепа е от решаващо значение при управлението на кризи, особено здравни кризи, които имат потенциал да засегнат голяма част от населението на Европейския съюз. В заключение, HERA може да има важна роля в своя подход към заплахите за здравето в глобален мащаб, като отразява европейските ценности, въграждайки координацията и достъпа в своята работа. [116]

През 2022 г. Европейската комисия стартира инициатива „По-здрави заедно“, с която се подпомагат държавите от ЕС при определянето и прилагането на ефективни политики и действия за намаляване на бремето на основните незаразни заболявания и за подобряване на здравето и благополучието на гражданите, като същевременно се намаляват и здравните неравенства. Едно от петте основни направления по инициативата е посветено на психичното здраве и неврологичните заболявания. Инициативата е създадена съвместно с държавите от ЕС и заинтересованите страни и подкрепя изпълнението на действия с голямо въздействие в целия спектър — от насърчаване на благополучието и проактивна профилактика до социално приобщаване на хората с продължителни заболявания. Работата в сферата на психичното здраве по линия на инициативата ще е съсредоточена върху четири приоритетни области:

- подкрепа за благоприятни условия за психично здраве и повишаване на устойчивостта, интегриране на психичното здраве във всички области на политиката;
- насърчаване на психичното благополучие и предотвратяване на появата на психични разстройства;
- осигуряване на навременен и справедлив достъп до висококачествени услуги в областта на психичното здраве
- защита на правата, засилване на социалното приобщаване и справяне със стигматизацията, свързана с проблемите с психичното здраве

Работата по тези дейности следва да продължи до 2027 г. [117]

## Европейско пространство за здравни данни

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

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

Европейското пространство на здравни данни се основава на стриктни изисквания за поверителност на данните, оперативна съвместимост и сигурност, включително киберсигурност, което е ключ към доверието на гражданите. [99; 110]

## Психично здраве

На 7 юни 2023 г. ЕК публикува съобщение относно „Цялостен подход към психичното здраве“, което е обсъдено в рамките на неформалното заседание на министрите по здравеопазване на 27 юли 2023 г. В резултат от това е представен пакет от три броя заключения в областта на психичното здраве. На 9 октомври 2023 г. Съветът на ЕС по заетост, социална политика, здравеопазване и потребителски въпроси одобрява Заключенията относно психичното здраве и несигурната заетост, които имат за цел да подобрят **психичното здраве на работното място**. Съветът на ЕС на по образование, младеж, култура и спорт одобри Заключенията относно цялостен подход към психично здраве на **младите хора** в ЕС на своето заседание на 23-24 ноември 2023 г.

Последните заключения на Съвета на ЕС, приети от здравните министри на ЕС с цел да продължат усилията и стремежа на ЕС, си поставят за основна цел следване на **всеобхватен подход към психичното здраве** през 2024 г. и след това. [110]

## **Борба с рака**

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

Последният е политически ангажимент за обръщане на тенденцията по отношение на раковите заболявания и още един елемент за изграждането на силен Европейски здравен съюз и по-сигурен, по-добре подготвен и по-устойчив ЕС. Планът обхваща четири основни области на действие, в които ЕС може да има добавена стойност: 1) профилактика; 2) ранно откриване; 3) диагностика и лечение; 4) качество на живот за болните от рак пациенти (палиативни грижи) и преживелите лица. [110]

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

Препоръката е част от Европейския план за борба с рака, който е ключов стълб на Европейския здравен съюз. За да се премахнат рактът на маточната шийка и други видове рак, в Европейския план за борба с рака е поставена цел държавите членки да постигнат 90% ваксинация срещу HPV при момчетата и значително да увеличат ваксинацията на момчетата до 2030 г. Планът за борба с рака има за цел също така да осигури достъп до ваксинация срещу HBV и да увеличи броя на ваксинираните, особено за предотвратяване на рак на черния дроб.

Комисията също така ще оказва подкрепа на държавите членки при прилагането на препоръката. По-специално, тя ще предостави модел за комуникационни кампании, които могат да се адаптират към националните нужди и да отчитат националните особености, за да се подпомогне повишаването на осведомеността за значението на тези ваксинации. Комисията следва да подпомогне и работата по подобряване на

мониторинга в ЕС, а ECDC да разработи (до края на 2024 г.) ново информационно табло за националните нива на ваксинация срещу HPV и HBV.

Успоредно с това чрез програмата "ЕС за Здраве" през 2024 г. се предвижда стартиране на съвместно действие в подкрепа на държавите членки за увеличаване на ваксинацията срещу HPV, както и за справяне със заразните болести като хепатит и ХИВ/СПИН, финансирано с 20 млн. евро от бюджета на ЕС. [118]

Препоръката включва редица мерки, които държавите членки могат да предприемат, за да подобрят използването на тези животоспасяващи ваксини. Те включват:

- предоставяне на безплатна и/или подлежаща на пълно реимбурсиране ваксинация;
- осигуряване на лесен достъп до ваксинацията, особено за целевите групи и уязвимите или високорисковите групи от населението;
- включване на имунизацията срещу рак, предотвратим с ваксина, в националните планове за борба с рака;
- засилване на усилията в областта на комуникацията, по-специално чрез изтъкване на ползите от ваксинацията пред родителите, младите хора и целевите групи и чрез справяне с дезинформацията и заблудите;
- Подобряване на мониторинга и отчитането на ваксинационния обхват, за да се установи къде може да се наложи да се отстранят пропуските;
- определяне на конкретна цел за ваксинация срещу HPV при момчетата;
- По отношение на HBV - засилване на националните усилия за постигане на целите за 2030 г., определени от СЗО:
- 95 % ваксинационно покритие (3-та доза) на ваксинацията срещу HBV в детска възраст;
- 95 % от бременните жени да бъдат изследвани за хепатит В;
- 95 % от новородените, които са получили навременна (в рамките на 24 часа след раждането) ваксинация срещу HBV при раждането, включително чрез укрепване на системите за мониторинг на напредъка към тези цели и чрез използване на наличната подкрепа от ECDC, ако е необходимо;
- Въвеждане на електронни регистри за ваксинация;
- Обмен на най-добри практики с други държави-членки. [118]

На 20 септември 2022 г. Комисията представи нов подход в подкрепа на увеличаването на използването на скрининга за рак в държавите от ЕС. Като насочва вниманието към откриване на ракови заболявания в ранен стадий, предложената препоръка има за цел да се увеличи използването на скрининг, като се обхванат повече целеви групи и повече видове онкологични заболявания.

**В контекста на последното и в съответствие с Европейския план за борба с рака, основна цел е спасяване на човешки животи чрез устойчива профилактика на рака.** До около 40% от случаите на ракови заболявания могат да бъдат предотвратени: ефективните стратегии за профилактика на рака могат да предотвратят заболяването, да спасят човешки живот, да намалят страданието, както и да облекчат финансово здравната система.

**Страните от ЕС могат да работят заедно по отношение на незаразните болести за постигане на:**

- поколение от непушачи: намаляване на броя на пушачите до по-малко от 5 % от населението до 2040 г.

- намаляване на вредната консумация на алкохол в съответствие с целите на ООН за устойчиво развитие (относително понижаване с поне 10 % на вредната консумация на алкохол до 2025 г.) и намаляване на излагането на младите хора на въздействието на реклами на алкохол.

- намаляване на замърсяването на околната среда чрез привеждане на стандартите на ЕС за качество на въздуха в съответствие с насоките на Световната здравна организация и понижаване на излагането на канцерогенни вещества и радиация.

- повишаване на знанията и здравната грамотност с цел насърчаване на по-здравословен начин на живот. [110]

### **Лекарствена политика**

На 26 април 2023 г., Европейската комисия публикува пакет от законодателни предложения в сферата на лекарственото законодателство на европейско равнище (Фармацевтичен пакет). Пакетът предвижда мащабна ревизия на действащата нормативна уредба на ниво ЕС и включва предложения за нова директива и нов регламент, които преразглеждат и заменят съществуващото фармацевтично законодателство, включително законодателството относно лекарствата за деца и лекарствата за редки заболявания. [110]

В допълнение през 2025 г. бе публикуван и **Акт за критично важните лекарствени продукти.**

До края на 2025 г. в ЕС бяха приети и редица документи на Съюза с препоръчителен характер: относно сърдечно-съдовите заболявания; относно среда без дим и аерозоли и др.

### ***3. Приложими политики на ЕС за подобряване на здравеопазването***

Лекарствените продукти в ЕС подлежат на одобрение и класификация чрез Европейската регулаторна рамка за лекарствата. След като даден продукт бъде пуснат на пазара, той продължава да бъде обект на наблюдение.

Европейското законодателство определя изисквания за безопасност на работните места: правила за използването на оборудване, закрила на бременните жени и на младите работници и ограничения за излагането на работниците на шум и на вредни вещества, които могат да причинят рак или мутации.

Европейският съюз е приел и норми, гарантиращи висока степен на безопасност на всички етапи от процеса на производство и дистрибуция на храни.

През 2018 г. е одобрен регламент за ветеринарните медицински продукти, който ограничава използването на антибиотици в селското стопанство с цел да се предотврати развитието на резистентни микроорганизми.

Водите за къпане се изследват и наблюдават за бактерии вследствие на директива на ЕС.

Всеки гражданин на ЕС, който разполага с Европейска здравноосигурителна карта, има възможност да получи лечение при нужда в държавно учреждение по време на временен престой (за командировка, ваканция или учебен стаж) в друга страна от ЕС.

Новата програма „ЕС в подкрепа на здравето“ е стартирана през 2021 г. Тя трябва да помогне на ЕС да се подготви по-добре за бъдещи заплахи за общественото здраве и за осигуряването на лекарства и медицински уреди на приемливи цени.

*По отношение на грижите за хората със заболявания и увреждания* Парламентът предложи мерки за улесняване на завръщането на работа на хора с продължителни заболявания и за интегрирането на хронично болни хора и хора с увреждания.

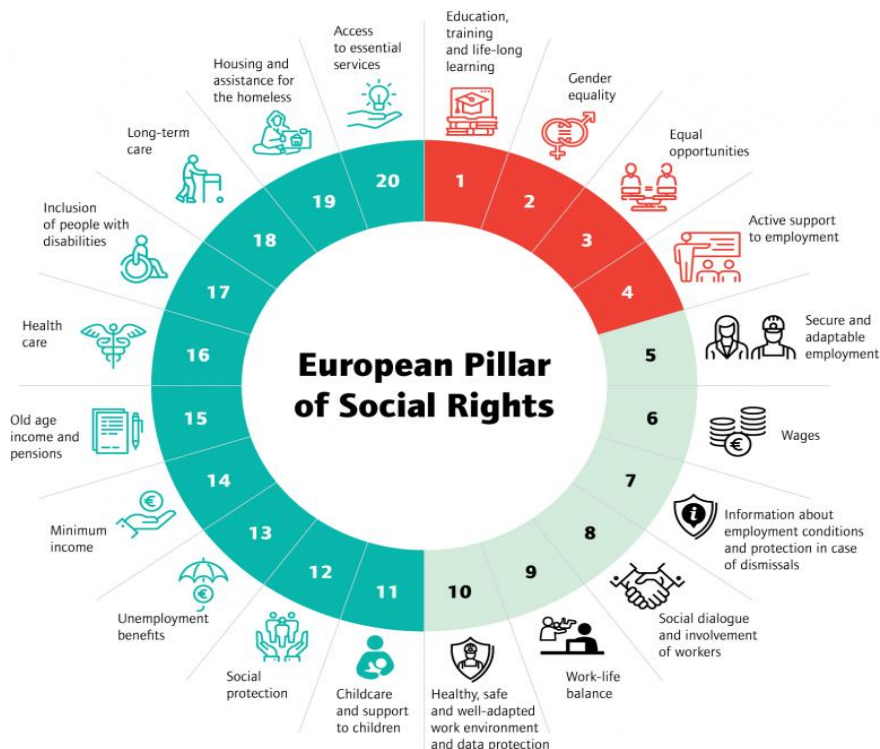
Приети са мерки за подобряване на достъпа на хора с увреждания до услуги и продукти като банкомати, мобилни телефони и компютри. Това би им позволило да участват по-активно в социалния живот.

Вследствие на препоръките на Парламента, Европейската комисия е приела стратегия за правата на хората с увреждания за 2021-2030 г. [51]

#### **4. Приоритети в сектора на социалната политика на ниво ЕС по целите за подобряване на здравеопазването**

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

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



**Източник:** Европейски синдикален институт, *European Trade Union Institute*

На 7 септември 2022 г. Европейската комисия представи Европейската стратегия за полагане на грижи [49], за да се осигурят качествени, финансово приемливи и достъпни услуги за полагане на грижи в целия Европейски съюз и да се подобри положението както на получателите на грижи, така и на хората, които се грижат за тях, професионално или неформално. Стратегията се съпътства от две препоръки към държавите членки, едната от които относно достъпа до висококачествени дългосрочни грижи на достъпни цени.

Същевременно, в сектора на социалната политика, като предизвикателство в управлението на тези политики в Препоръка на съвета относно достъпа до финансово приемливи висококачествени дългосрочни грижи е посочено, че *в много държави членки предоставянето на дългосрочни грижи често е разпокъсано, като е организирано в сложна система от услуги, включваща здравни и социални грижи и други видове подкрепа, и е предмет на национално, регионално или местно разпределение на отговорностите.*

Горесцитираната препоръка има за цел да *допълва инициативите на ЕС в областта на здравната превенция. По-специално то се основава на инициативата „По-здравни заедно“ и на Европейския план за борба с рака, които са насочени към превенцията, лечението и грижите при незаразните болести. Един от стълбовете на плана за борба с рака е насочен към качеството на живот на пациентите и на преживелите лица и включва няколко действия, които да гарантират, че те ще живеят дълго и пълноценно [50].*

В брошура „Дългосрочни грижи в Европейския съюз“ на Службата за официални публикации на Европейските общности от 2008 г. по отношение на интегрирането на здравни и социални грижи са посочени редица предприети мерки от държави членки на ЕС в това направление, като единствено в Португалия *в рамките на широката реформа на системата за дългосрочни грижи се предоставят грижи чрез широка гама от мултидисциплинарни услуги: сектори за възстановяване, сектори за средносрочна рехабилитация, сектори за дългосрочни грижи и издръжка, сектори за палиативни грижи, дневни центрове и сектори за развитие на функционална независимост, екипи за управление при изписване, болнични екипи в помощ на секторите за палиативни грижи, интегрирани екипи за непрекъснати грижи и екипи в общността в помощ на екипите за палиативни грижи. По-специално, създадената мрежа ще насърчи взаимобвързаността между грижите в общността, болничните*

грижи за пациенти с тежки заболявания и социална подкрепа, която допълва първичните грижи и специализираните болнични грижи. Гъвкавостта позволява системата да бъде адаптирана към различните потребности в страната. [97]

В брошурата се отбелязва също, че „...“Общопризнато е, че достъпът до здравеопазване не трябва да бъде ограничен от индивидуалната платежоспособност или да зависи от личния доход или богатство. Потребността от грижи не трябва да води до бедност или финансова зависимост. Всеобщите права обаче не винаги гарантират общ достъп, а неравенствата и бариерите продължават да съществуват. Тези препятствия може да бъдат липса на осигурително покритие и непредоставяне на определени видове грижи, а също и дълго чакане, недостатъчно информация и сложни административни процедури. Пречките може да се различават в отделните региони на една държава, а не само в държавите-членки.“ [97]

##### **5. Приоритети в сектора на здравеопазването на национално ниво**

Националната програма за развитие: България 2030 е стратегическият документ от най-висок порядък в йерархията на националните програмни документи, който определя визията и общите цели на политиките за развитие във всички сектори на държавното управление. Приоритет 12: Здраве и спорт от програмата откроява основните стратегически насоки за развитие на здравната система. Основните области на въздействие по приоритета съдържат мерки за промоция на здраве и превенция на заболяванията, оптимизиране на структурата на здравната мрежа, подобряване на достъпа и качеството на всички нива в системата, включително и мерки по отношение на човешките ресурси, надграждане на Националната здравноинформационна система и развитие на електронното здравеопазване. Национална програма за развитие: България 2030 се изпълнява в рамките на тригодишни планове за изпълнение.

Националната здравна стратегия 2030 е стратегическата рамка за сектор „Здравеопазване“, който представя дългосрочната визия за развитието му, цели и приоритети, както и конкретни политики за тяхното изпълнение. Стратегията адресира съществуващите предизвикателства, свързани със здравето на българските граждани и функционирането на българската здравна система, така че да се гарантира нейната устойчивост и да се създадат условия за постигане на икономически растеж и социално благополучие чрез оптимални инвестиции за по-добро здраве.

Националната здравна стратегия 2030 е интегрален документ, който обединява, адаптира и надгражда политиките и целите, залегнали в различните международни и национални стратегически документи, така че да се постигне максимален синергичен ефект. Тя осигурява реализацията на политиките и интервенциите, заложи в националните стратегически документи от по-висок ранг – Националната програма за развитие БЪЛГАРИЯ 2030 и Националния план за възстановяване и устойчивост, като ги интегрира в общите секторни приоритети и политики, допълвайки ги с други специфични мерки. От друга страна, тя поставя стратегическата рамка за разработването и актуализирането на секторните и междусекторни документи със стратегически характер – стратегии, национални програми и национални планове, фокусирани върху конкретни предизвикателства и целеви групи.

Анализите на здравно-демографските показатели и на състоянието на системата на здравеопазване в ежегодните доклади за здравето на гражданите показват, че през последните десетилетия българската здравна система изостава спрямо здравните системи на страните от ЕС по отношение на ключовите фактори за устойчиво развитие. С оглед това, в Стратегията са формулирани следните стратегически цели: Устойчиво подобряване на здравето и среда, подкрепяща здравето; Ефективно управление на ресурсите с фокус върху здравните резултати и Гарантиране на здравната сигурност и намаляване на неравенствата. [119]

Реализирането на стратегическите цели включва изпълнение на целенасочени политики и интервенции, групирани в три взаимосвързани и със синергичен ефект приоритета:

**Приоритет 1: Инвестиции в превенция и насърчаване на здравословно поведение и среда, подкрепяща здравето на всички през целия живот**

Политика 1.1. Насърчаване на здравословния начин на живот;

Политика 1.2. Развитие на среда, подкрепяща здравето през целия живот;

Политика 1.3. Ефективен скрининг и превенция на хроничните незаразни болести;

Политика 1.4. Превенция на инфекциозните болести и подобряване на имунизационния обхват.

**Приоритет 2: Инвестиции в трансформиране на здравната система, ориентирана към потребностите на хората**

Политика 2.1. Развитие на капацитета на извънболничната помощ;

Политика 2.2. Преструктуриране и технологично развитие на болничната помощ;

Политика 2.3. Развитие на капацитета за спешна помощ и реагиране при извънредни ситуации;

Политика 2.4. Подобряване на достъпа до лекарствени продукти и медицински изделия;

Политика 2.5. Развитие на електронното здравеопазване и дигитализация на здравната система;

Политика 2.6. Култура за безопасност в здравеопазването;

Политика 2.7. По-добро планиране и мотивиране на работната сила в сектора на здравеопазването;

Политика 2.8. Дългосрочен, устойчив и предвидим механизъм на финансиране, основан на здравни резултати.

### **Приоритет № 3: Прилагане на фокусирани стратегии за въздействие върху специфични проблеми на общественото здраве**

Политика 3.1. Подобряване на майчиното и детско здраве и на педиатричната грижа;

Политика 3.2. Борба с рака и негово бреме;

Политика 3.3. Подобряване на възможностите за лечение на мозъчно-съдовите болести;

Политика 3.4. Развитие на донорството и трансплантациите;

Политика 3.5. Подобряване на психичното здраве и психиатричната грижа;

Политика 3.6. Остаряване в добро здраве и гериатрична грижа;

Политика 3.7. Ограничаване на антимикробна резистентност. [119]

- **Стратегически документи в сферата на здравеопазването**
- Национална здравна стратегия 2030
- Национална стратегия за електронно здравеопазване и дигитализация на здравната система 2030 г.
- Стратегия за управление на риска в Министерството на здравеопазването за периода 2024-2026 г.
- Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030

- Национална стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030 г.
- Национална стратегия за електронно здравеопазване и дигитализация на здравната система 2030 г.
- Национална стратегия за борба с наркотиците (2020-2024 г.) [119]

#### ***б. Осигуряване на дългосрочни грижи на национално ниво***

Националната стратегия за дългосрочна грижа е разработена в съответствие с действащото национално законодателство в областта на социалните услуги, здравеопазването, интеграцията на хората с увреждания, защитата от дискриминация. Нейното разработване е и в съответствие със специфичните препоръки на Съвета на ЕС в тази област, добрите практики на 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.

Към стратегията е разработен План за действие за периода 2022-2027 г. за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа, приет с Решение № 509 на Министерския съвет от 21 юли 2022 г. [120]

На базата на гореизложеното, едно от заключенията в **Националната стратегия за дългосрочна грижа**, приет с Решение № 509 на Министерския съвет от 21 юли 2022 г. поставя специален акцент върху необходимостта от *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*. Въпреки наличието на стратегически документ по отношение на достъпа до дългосрочни грижи, статистическите данни продължават да показват **намаляване на броя на легловия фонд за дългосрочни грижи**.

**Таблица № 1. Легла по вид в лечебните заведения за болнична помощ**

*Данни на НЦОЗА към 31.12.*

<b>Видове легла</b>	<b>2020 г.</b>	<b>2021 г.</b>	<b>2022 г.</b>	<b>2023 г.</b>	<b>2024 г.</b>
<b>За дългосрочни грижи</b>	<b>1606</b>	<b>1602</b>	<b>1942</b>	<b>1776</b>	<b>1760</b>
За продължително лечение	1542	1534	1793	1709	1703
За палиативно лечение	64	68	149	67	57

**Източник:** НЦОЗА, Леглови фонд и дейност на стационарите на лечебните заведения, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025

В Националната стратегия за дългосрочна грижа са изброени следните 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. [120]*

Планът за действие за периода 2022-2027 г. за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа е приет с Решение № 509 на Министерския съвет от 21 юли 2022 г. и заключава следното: **„Идентифицирана е и липсата на достатъчно места за осигуряване на палиативни грижи. Поради това, в част от домовете за стари хора голяма част от потребителите получават именно палиативна грижа, което противоречи на същността на социалните услуги. Това показва необходимост от развиване на специфични услуги, насочени към грижа за възрастни хора в невъзможност за самообслужване, поради влошено общо здравословно състояние.“** [120]

В контекста на гореизложеното е важно да се отбележи, че 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 грижи“ 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“. През 2017 г. понятието за палиативни грижи е актуализирано така, че да отговаря в цялост на спецификите на този тип грижи.

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. Особено необходимо 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 медикосоциални 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 придобития опит от дългогодишно предоставяне на комплексни домашни грижи на възрастни хора. [120].

### ***7. Палиативните грижи в контекста на глобалната здравна архитектура***

„Универсалното здравно покритие се определя като възможността гражданите да получават здравните услуги, от които се нуждаят с качество, гарантиращо ефикасността на тези услуги, без това да води до финансови затруднения за тях. Тази дефиниция, предполага наличието на връзка между напредъка на страните към универсално здравно покритие и подобряване на функционирането на здравните им системи. Целта на изследването е да се проучи връзката между универсалното здравно покритие и различни измерения за оценка на функционирането на здравната система. Използван е дескриптивен анализ на релевантни научни публикации и доклади на международни и национални организации. Идентифицирани са показателите, които се използват за измерване на прогреса към универсално здравно покритие. При съпоставката им с доклади за оценка на функционирането на здравни системи се установява, че са налице показатели, които намират приложение и при двата вида оценки. Универсалното здравно покритие е свързано с достъпа до здравни услуги (вкл.

финансовата защита), качеството, равнопоставеността и др. измерения, използвани при оценка на функционирането на здравните системи. Оценката по всяко едно от тези измерения изисква комплексност, надхвърляща тази използвана при определяне на напредъка към универсално здравно покритие. В същото време, наличието на единна методика за измерване на напредъка на страните към универсално здравно покритие, и нейното регулярно прилагане сред широк кръг държави, предполагат широкото му използване като показател, позволяващ международни сравнения. С оглед на това, оценката за напредъка към универсално здравно покритие би могла да се използва и като индикатор, допълващ оценката за функционирането на здравната система.“ [102]

Конституцията на СЗО (1946 г.) предвижда *"... най-високия достижим здравен стандарт като основно право на всяко човешко същество."* [100]

Разбирането на здравето като човешко право създава правно задължение за държавите да осигуряват достъп до навременни, приемливи и достъпни здравни грижи с подходящо качество, както и да осигурят основните детерминанти на здравето, като например безопасна и питейна вода, канализация, храна и др., жилищно настаняване, свързана със здравето информация и образование и равенство между половете.

Задължението на държавите да подкрепят правото на здраве - включително чрез разпределяне на „максимално налични ресурси“ за прогресивно реализиране на тази цел, се преразглежда чрез различни международни механизми за правата на човека като Универсален периодичен преглед или Комитет по икономически, социални и културни права. В много случаи правото на здраве е прието във вътрешното или конституционното право.

Подходът, основан на правото на здраве, изисква здравната политика и програми, които да дават приоритет на нуждите на най-отдалечените за постигане на по-голяма справедливост - принцип, който е отразен в приетата Програма за устойчиво развитие и универсално здравно покритие за 2030 г. [137]

Правото на здраве трябва да се ползва без дискриминация въз основа на раса, възраст, етническа принадлежност или друг статут. Недискриминацията и равенството изисква държавите да предприемат стъпки за отстраняване на всеки дискриминационен закон, практика или политика.

Друга особеност на подходите, основани на човешките права, е смисленото участие. Участието означава да се гарантира, че националните заинтересовани страни - включително неправителствените участници като неправителствените организации,

имат значимо участие във всички фази на програмиране: оценка, анализ, планиране, изпълнение, мониторинг.

„Правото на най-високия достижим здравен стандарт” предполага ясен набор от законови задължения за държавите да осигурят подходящи условия за ползване на здравни грижи за всички хора без дискриминация.

Правото на здраве е един от набора от международно договорени стандарти за правата на човека и е неделимо от тях. Това означава, че постигането на правото на здраве е както централно, така и зависи от реализирането на други права на човека - на храна, жилище, работа, образование, информация и участие.

През 70-те години на миналия век СЗО ангажира експерти, които полагат основите за развитието на палиативни грижи. В началото на осемдесетте години СЗО започна да развива глобална инициатива за въвеждане на интервенции, гарантиращи наличието на опиоиди и адекватна борба с болката при пациенти с рак по света. През 1982 г. е предложено следното определение за палиативни грижи: *„Палиативната грижа е всеобхватна подкрепа за пациенти, чиито заболявания вече не подлежат на лечение, а основната цел на такава подкрепа е да се спре болката и други симптоми, както и да се решат психологическите проблеми на пациента“*.

Определението от 1982 г. тълкува палиативните грижи като подкрепа за онези пациенти, на които радикалното лечение вече не се прилага. Формулировката стеснява тази област на здравеопазването, за да помогне само в крайните етапи на заболяването. Но днес е общоприет факт, че подкрепата от това естество трябва да се разшири и върху пациентите с нелечими болести в крайния етап. Промяната се дължи на разбирането, че проблемите, които възникват в края на живота на пациента, всъщност възникват в ранните етапи на заболяването.

През 2002 г. поради разпространението на СПИН, продължаващото нарастване на броя на болните от рак, бързото застаряване на населението в световен мащаб СЗО разшири определението за палиативни грижи. Концепцията започна да се прилага не само към самия пациент, но и към неговите близки. Целта на помощта сега е не само пациента, но и семейството му, което ще се нуждае от подкрепа след смъртта на човек, за да преодолее тежестта на загубата. Така че палиативната грижа се определя като: *„Активна цялостна грижа за пациенти, чиято болест не се поддава на медикаментозно лечение. Преобладава 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“ [121]*

Последната актуализация на понятието за палиативни грижи е направена през 2017 г. Съвместно със СЗО по предложение Комисията Lancet за глобалния достъп до палиативни грижи.

### **Принципите, на които се основава палиативната грижа:**

- премахване на болката и други симптоми на заболяването;
- премахване или намаляване на уврежданията и други тежки прояви на болестта;
- допринасяне за осмислянето на живота на пациент и адекватно отношение към смъртта;
- невъзможност за ускоряване или забавяне на смъртта;
- осигуряване на интегрирани медицински, психологически, социални и духовни грижи на пациента и членовете на неговото семейство—както в условията на специализирана медицинска и социална институции - хоспис и дом;
- възможно най-дълго да се поддържа пълноценен активен живот на пациентите;
- приучаване на членовете на семейството на пациента на правилата за облекчаване на страданията му, подпомагане след смъртта на пациента и облекчаване на страданието, свързано със загубата на любим човек;
- използване на мултидисциплинарен подход за задоволяване нуждите на пациентите и техните близки;
- подобряване на качеството на живот и, ако е възможно, положително повлияване на хода на заболяването;
- допринасяне за удължаването на живота на пациентите чрез използване на този вид грижи на възможно по-ранен етап в комбинация с различни видове лечение като химиотерапия, лъчева терапия, антиретровирусна терапия, включително изследвания за по-добро разбиране и преодоляване клинични последици от страданието. [121]

СЗО перманентно развива глобални инициативи и интервенции, гарантиращи адекватни политики, свързани с развитието на палиативните грижи по света. СЗО разработва и внедрява редица резолюции и насоки за палиативните грижи:

## **Резолюции:**

- Укрепване на палиативните грижи като компонент на цялостната грижа през целия живот;
- Достъп до основни лекарства.

## **Насоки:**

- Насоки за лечение на хронична болка при деца;
- Насоки на СЗО за фармакологичното и радиотерапевтичното управление на раковите болки при възрастни и юноши;
- Интегриране на палиативни грижи и облекчаване на симптомите в първичната здравна помощ;
- Интегриране на палиативни грижи и облекчаване на симптомите в педиатрията;
- Интегриране на палиативни грижи и облекчаване на симптомите в отговорите на извънредни ситуации и кризи от хуманитарен характер;
- Техническа поредица за първичната здравна помощ;
- Ръководство на СЗО за осигуряване на балансиран национални политики за достъп и безопасна употреба на контролирани лекарства.

## **Определение на палиативни грижи, основано на консенсус**

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

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

През 2017 г. Комисията Lancet за глобалния достъп до палиативни грижи и облекчаване на болката публикува доклад за облекчаване на достъпа до палиативни

грижи и облекчаване на болката на палиативни пациенти. Разработи и рамка за измерване на глобалната тежест от сериозни страдания, свързани със общественото здраве (SHS), като генерира доказателствена база за справяне с този проблем. Оценката на SHS се основава на 20 състояния или заболявания, много от които са остри (като недोхранване, ниско тегло при раждане, хеморагични трески, наранявания, отравяне и др.) и могат да бъдат преходни, ако се лекуват адекватно и навременно. Този нов подход на Комисията доведе до още по-мащабно тълкуване на понятията и не е изненадващо, че Комисията препоръча определението на СЗО да бъде преразглеждано, за да обхване напредъка на здравната система и ниските доходи, когато медицинските специалисти често имат трудната задача да се грижат за пациенти без необходими лекарства, оборудване или обучение.

След препоръката на Комисията Lancet СЗО и Международната асоциация за хоспис и палиативни грижи (IANPC) разработиха и реализираха проект за преразглеждане и приемане въз основа на консенсус ново определение за палиативни грижи.

Целта на този проект бе да се разработи на базата на консенсус дефиниция, която е фокусирана върху облекчаването на страданието, което е навременно и приложимо за всички пациенти, независимо от диагнозата, прогнозата, географското местоположение, грижата и нивото на доходите. [122]

Полученото определение се състои от два раздела и следва структура, подобна на тази на СЗО: кратко въстъпително изявление и списък на компонентите на грижите. По-късно е добавен трети раздел, след като участниците са предложили да добавят набор от препоръки към правителствата.

Първоначално предложеното определение за палиативни грижи е:

*„Палиативни грижи е активната холистична грижа на физическите лица във всички възрасти със сериозно страдание, свързано със здравето поради тежко заболяване, и по-специално на тези, близо до края на живота си. Тя има за цел да подобри качеството на живот на пациентите, техните семейства и лицата, които се грижат за тях“.* [121]

Палиативната грижа:

- включва превенция, ранна идентификация, всеобхватна оценка и управление на физическите проблеми, включително болка и други причиняващи страдание симптоми, психологически дистрес, духовен дистрес и социални

нужди. Когато е възможно, тези интервенции трябва да се основават на доказателства;

- предоставя подкрепа, за да помогне на пациентите да живеят максимално пълноценно до смъртта си, като улеснява ефективната комуникация, помага на тях и техните семейства да определят целите на грижите;
- приложима е през целия период на заболяване, в зависимост от нуждите на пациента;
- предоставя се заедно с терапиите за промяна на болестта, когато е необходимо;
- може да повлияе положително на хода на заболяването;
- не възнамерява нито да бърза, нито да отлага смъртта, потвърждава живота и признава умирането като естествен процес;
- предоставя подкрепа на семейството и полагащите грижи по време на болестта на пациента;
- предоставя се признаване и зачитане на културните ценности и вярвания на пациента и семейството;
- прилага се във всички здравни заведения (място на пребиваване и институции) и на всички нива (първично до третично);
- може да бъде осигурена от професионалисти с основно обучение за палиативни грижи;
- изисква специализирана палиативна помощ с мултипрофесионален екип за насочване на сложни случаи.

**За да постигнат интеграция на палиативни грижи, правителствата трябва да:**

- приемат адекватни политики и норми, които включват палиативни грижи в здравните закони, националните здравни програми и националните здравни бюджети;
- гарантират, че застрахователните планове интегрират палиативните грижи като компонент на програмите;
- гарантират достъп до основни лекарства и технологии за облекчаване на болката и палиативни грижи, включително педиатрични лекарствени форми;
- гарантират, че палиативните грижи са част от всички здравни услуги (от здравно базирани в общността програми, до болници), че всички се оценяват и че всички служители могат да предоставят основни палиативни грижи със специализирани екипи, достъпни за насочване и консултация;

- гарантират достъп до адекватна палиативна грижа за уязвимите групи, включително деца и възрастни лица;
- ангажират университети, академични и преподавателски болници за включване на изследвания за палиативни грижи, както и обучение за палиативни грижи като неразделен компонент на текущото образование, включително основно, средно, специализирано и продължаващо образование.

Следвайки препоръката на Комисията СЗО преразгледа и прие въз основа на консенсус, **ново определение за палиативни грижи:**

*„Палиативни грижи е мултидисциплинарен подход, който подобрява качеството на живот на пациентите и техните семейства, изправени пред животозастрашаващо заболяване чрез превенция и облекчаване на страданието, чрез ранно идентифициране и безупречна оценка и лечение на болка и други физически заболявания, психо-социални и духовни проблеми“.*

Едно от предизвикателствата при прилагането на палиативни грижи е липсата на консенсус относно това какво е палиативна помощ, кога трябва да се прилага, на кого и от кого.

В идеалния случай палиативните грижи трябва да са достъпни веднага щом заболяването изглежда неизлечимо и ограничаващо живота. Освен това палиативните грижи трябва да са достъпни за всички животозастрашаващи заболявания. [121]

В рамките на 72-рата Световната здравна асамблея държавите членки приемат три резолюции относно УЗП. Две от тях касаят първичната здравна помощ, ролята на здравните работници на общностно ниво.

Първична здравна помощ за постигане на универсално здравно покритие насърчава държавите членки да предприемат действия за изпълнение на декларацията от Астана, приета на Глобалната конференция за първичното здравеопазване през 2018 г. По този начин се признава ключовата роля на първична здравна помощ. Когато тя е ефективна, се предоставя пълния набор от здравни услуги, от които човек се нуждае по време на жизнения си цикъл - от превенция до лечение, рехабилитация или палиативни грижи.

## ***8. Гериатричните грижи в контекста на глобалната здравна архитектура***

Приетата през 2022 г. Европейска стратегия за полагане на грижи, в контекста на предоставянето на дългосрочни здравни грижи, препоръчва на държавите членки да

изготвят **национални планове за действие**, за да направят грижите в ЕС по-достъпни, финансово по-приемливи и с по-добро качество за всички. Част от включените примерни дейности касаят:

- „гарантиране, че дългосрочните грижи са **навременни, всеобхватни и финансово приемливи**, което дава възможност за достоен стандарт на живот на хората, нуждаещи се от дългосрочни грижи;
- **увеличаване на предлагането и съчетанието** от услуги за дългосрочни грижи (домашни грижи, грижи в общността или в заведения за здравни грижи), премахване на териториалните разлики в достъпа до дългосрочни грижи, въвеждане на достъпни цифрови решения при предоставянето на услуги за полагане на грижи и гарантиране, че услугите и заведенията за дългосрочни грижи са **достъпни** за хората с увреждания;
- осигуряване на **висококачествени критерии и стандарти** за предоставящите дългосрочни грижи;
- **оказването на подкрепа за лицата, полагащи неформални грижи**, които често са жени и роднини на получаващите грижи, чрез обучение, консултации, психологическа и финансова подкрепа; и
- мобилизиране на **адекватно и трайно финансиране за дългосрочни грижи**, включително чрез използване на средства от ЕС.“ [107]

В контекста на горесцитираните примери, въпреки че същите са насочени към предоставянето на дългосрочни грижи, липсва конкретна препратка към необходимостта от усилия по отношение на предоставянето на гериатрични грижи, а също така не се споменават и палиативни грижи.

Управлението на самите гериатрични грижи следва да интегрира здравните и психологическите грижи с други необходими услуги, като например: настаняване, домашни грижи, хранителни услуги, помощ в ежедневните дейности, програми за социализация и др.

Адекватното представяне на геронтологията и гериатрията, включително в обучението по медицина е важен компонент на комплексната здравна и обществена грижа за старите хора. Застаряващото население на ЕС и тенденцията към преобладаване на хроничните заболявания в тези възрастови групи има огромно

влияние върху търсенето на дългосрочни грижи. Именно затова особен акцент следва да се постави върху необходимостта от достатъчно и подходящо подготвен персонал за осигуряване на гериатрични грижи. [119]

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

Необходимо е извършването на цялостна оценка и впоследствие подготовка на план за грижи, съобразен с конкретните обстоятелства, който се актуализира при необходимост. Цялостната оценка на гериатричните грижи е задълбочена и може да отнеме от няколко часа, разделени в няколко посещения за оценка с пациента и/или членовете на семейството. Освен горесцитираната цялостна оценка, следва да се направи оценка на лекарствения профил, както и оценка на възможността за активности в ежедневието например. Като пример дори, други оценки могат да включват: оценка на болката, на психичното състояние, оценка на риска от падане/оценка на способността за ходене, оценка на храненето, оценка на депресията.

Необходими са усилия за обучение на персонала също така по отношение на изцяло възрастовите прояви от симптомите, обусловени от развитието на патологичните процеси, клиничното протичане и лечението. Висок следва да е акцентът и при профилактиката на преждевременното стареене.

Дефицитите на мерки на европейско ниво, включително в документи с препоръчителен характер, говори за липса на планиране в дългосрочна перспектива и цели по отношение на тези политики.

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

## ***9. Хосписните и палиативни грижи в България***

В исторически план развитието на хосписните грижи в България преминава през две фази. Първата фаза на немедицинския модел се свързва с развитието на

организираны грижи за терминални пациенти от уязвимите групи на обществото. През 1989 г. Донка Паприкова със средства от благотворителна кампания създава дом "Майка Тереза", в който се полагат грижи за терминално болни. През 1994 г. движението се регистрира като фондация "Хоспис Милосърдие". Втора фаза на интегративен медицински модел се характеризира с това, че през 1999 г. хосписите вече се регистрират като лечебни заведения. [25]

След близо двадесет години от регистрацията на първия хоспис в България, освен Методическо указание №3/2000 г. на МЗ, не е издаден нормативен акт, който да регламентира и подпомогне развитието на този сектор. [40] След институциализирането на хосписите със ЗЛЗ се стигна до своеобразен бум от регистрации. Освен държавата се активизира и неправителствения сектор. Направиха се редица проучвания и научни разработки. Имаше обществен дебат за състоянието и развитието на хоспис/палиативни грижи в България. Голяма част от регистрираните хосписи са учредили „Българската асоциация по палиативни грижи“ (БАПГ).

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

Преди включването на хосписите в обхвата на ЗЛЗ през 1999 г., регистрирани в страната са едва 4 хосписа. До м. април 2007 г. според данни в Регистъра на АПИС съдебна регистрация са получили общо 109 хосписа в 23 области на страната, като близо 70% са регистрирани непосредствено след включването в обхвата на ЗЛЗ на хосписите като лечебни заведения (1999 г.). Десет години след своеобразния бум от регистрирани, достигнал своя пик през 2007 г., през 2017 г., осъществяващите реално

дейност хосписи в страната са едва 47, а в годините след това до 2024 г. се наблюдава същата тенденция за намаляване, онагледена надлежно по години в Таблица № 2.

**Таблица № 2. Лечебни заведения към 31.12.**

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

<b>Година</b>	<b>Брой хосписи</b>
2008 г.	49
2009 г.	59
2010 г.	54
2011 г.	49
2012 г.	41
2013 г.	45
2014 г.	45
2015 г.	44
2016 г.	45
2017 г.	47
2018 г.	47
2019 г.	44
2020 г.	48
2021 г.	47
2022 г.	43
2023 г.	45
2024 г.	44

**Източник:** НЦОЗА, Леглови фонд и дейност на стационарите на лечебните заведения  
(издания от 2009 г. до 2024 г.)

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

Въпросът за неефективното финансиране на дейността на хосписите и липсата на интегриране на хосписната и палиативна грижа се разглежда подробно в страната от няколко години: „Заложената стратегическата цел, а именно до 2030 г. у нас да има разкрити 5745 легла за дългосрочни здравни грижи, от тях 1436 трябва да са профилирани за палиативни грижи. За сравнение у нас в момента общият брой на разкритите легла е 51 291, от които за палиативни грижи са предназначени 1252 легла. В страната са регистрирани и 47 хосписа, в които пациентите се приемат срещу заплащане с лични средства, а качеството на предоставяните грижи често е обект на обществено недоволство. Финансирането на палиативните грижи с публични средства към настоящия момент може да се извършва само по линия на НЗОК чрез клинична пътека „Палиативни грижи при онкологично болни“. В момента по тази клинична пътека работят само 25 лечебни заведения за активно лечение. Едновременно с ниската цена, договорена в НРД, за тази клинична пътека съществува ограничение за болничен престой до 20 дни в рамките на терминален стадий на онкологично заболяване в рамките на 6 месеца. 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.“ [48]

Към днешна дата, по данни на НСИ и НЦОЗА към 31.12.2023 г., броят на хосписите в страната е едва 45, а към 31.12.2024 г. – 44.

**Таблица № 3. Брой хосписи към 2023 г. и 2024 г.**

<i>Други лечебни и здравни заведения, в това число:</i>	<i>2023 г.</i>	<i>2024 г.</i>
<i>Хосписи</i>	45	44

**Източник: НСИ и НЦОЗА**

„Констатация на Европейския комитет за социална закрила относно дългосрочните грижи посочва, че само една трета от лицата на възраст над 65 години, които имат сериозни нужди, имат достъп до услуги за домашни грижи. Над 25% от европейците, предимно жени, полагат неформални грижи за деца, хора с увреждания или по-възрастни членове на семейството. Тези данни в едно с негативната демографска тенденция изправят България пред редица предизвикателства. Самото застаряване като феномен и остарелите социални норми довеждат до изолирани и маргинализирани възрастни както в селските, така и в градските общности. Подпомагането на по-възрастните с цел да бъдат и да останат смислено ангажирани е от решаващо значение за тяхното здраве и за запазването на целостта и традициите в нашите общности.“ [48]

Хосписите могат да интегрират хоспис/палиативни грижи в здравната система и да предадат по-социален облик на здравеопазването. Хосписите трябва да бъдат своеобразен „буфер“ между социалните и палиативните грижи. Това най-лесно и бързо може да случи чрез договори с НЗОК за предоставяне на палиативни грижи.

Националният рамков договор от 2002 г. включва палиативните грижи за терминално онкологично болни за пръв път като самостоятелна клинична пътека, която се запазва и до днес. През 2012 г. чрез изменение на Наредба № 40 бе предоставена възможност хосписите да сключват договор с НЗОК по КП № 297 “Палиативни грижи при онкологично болни“. Клиничната пътека осигуряваше 20 дни болничен престой в рамките на терминалния стадий в рамките на 6 месеца на онкологичното заболяване. Три хосписа в страната успяват да сключат договор с НЗОК. В договорите хосписите се третират като многопрофилни болници, но са работили само близо четири години. След промяна в нормативната уредба всички здравни грижи за онкологични пациенти, включително и палиативните грижи са възложени на Комплексните онкологични центрове. [123]

Наблюдава се перманентно нарастване на потребността от хоспис/палиативни грижи, но въпреки търсенето много хосписи преустановяват дейността си като лечебни заведения. Освободената от закритите хосписи ниша се заема от социални домове за стари хора, които извършват палиативни грижи, без да имат право и компетенции за това. Палиативни пациенти не са обект на дейност на социален дом, те трябва да се насочват към хосписите, за да получат адекватна специализирана помощ. Липсата на цялостна политика за хосписните и палиативни грижи нарежда България на дъното на

класацията за достъпност до палиативни грижи. В България е осигурена лимитирана палиативна грижа само за онкологично болни. Останалите терминално болни са дискриминирани и са принудени да си плащат за палиативни грижи. Според данни на НЗОК едва 2151 души са получили палиативни грижи през 2018 г. при положение, че годишно у нас от рак умират над 17 000. Данните сочат, че през 2016 г. са платени 19 558 леглодни, през 2017 г. те намаляват до 18 370. [103]

Въпреки трудностите мултидисциплинарните екипи на хосписите не се отказват да търсят решение на проблемите. На 16.02.2019 г. в гр. Бургас е учредена „Национална асоциация на хосписите в България“ по Закона за юридически лица с нестопанска цел, като сдружение за осъществяване на общественополезна дейност. Учредители са хосписи с различен юридически статут – държавни, общински и частни.

Управителният съвет на Асоциацията идентифицира ключовите проблеми, за разрешаването на които е „необходим диалог с всички отговорни институции“, а именно:

- проблеми, свързани с нормативната база;
- проблеми, свързани с финансирането на хосписите;
- проблеми, свързани с обществената подкрепа и популяризирането на услугите.

Очертани са основни приоритети:

- интегриране на хосписите в здравната система на Република България чрез осигуряване на обществен ресурс;
- подготовка на стандарт за хоспис/палиативни грижи., [12, 29, 30]

За интегриране на хоспис/палиативните грижи в здравеопазването на България е необходим системен подход, който задължително да включва решаване на проблемите на доставчиците на тези грижи. За постигане на универсално здравно покритие, което е приоритет на цивилизования свят, е необходимо хоспис/палиативните грижи да заемат приоритетно място в здравната политика на страната.

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

През 2006 г. работна група на учредената по-рано от голяма част от хосписите в страната „Българска асоциация по палиативни грижи“ (БАПГ) и експерти от МЗ са разработили проект за стандарт за палиативни грижи. Документът съдържа 41 страници с включено приложение - декларация за предварително решение и информирано

съгласие, която по-късно се внедрява и използва и досега при изпълнение на КП 253. Стандартът акцентира върху хосписната дейност, но е добре структуриран и има потенциал адекватно да регулира палиативните грижи в страната.

### **Проект на Стандарт за палиативни грижи на Българската асоциация по палиативни грижи (БАПГ) – 2006 г. [12]**

**Мисия на стандарта** - Да се утвърди основната човешка ценност – качеството на живот.

#### **Цели на стандарта**

- Да се отразят съвременните постижения на медицинската наука и практика в областта на палиативните грижи и да се регламентира прилагането им при конкретните условия в страната.
- Да се структурират съществуващите принципи, норми и правила за високо качество на дейността в областта на палиативните грижи.
- Да се стимулират комуникацията, сътрудничеството и финансирането на дейността в областта на палиативните грижи според принципите и правилата, които се прилагат в световен мащаб.
- Да се осигури достъп на нуждаещите се до възможно най-добрите палиативни грижи.

Целта на палиативните грижи е постигането на най-доброто възможно качество на живот за пациентите и техните семейства.

#### **Задачи**

Палиативните грижи трябва:

- да утвърждават гледната точка, че смъртта е нормален процес;
- нито да ускоряват, нито да отлагат смъртта;
- да предлагат облекчаване и успокояване на болката и дисстрес;
- да интегрират психологическите, духовните и социалните аспекти на грижите;
- да подкрепят пациента да води активен живот (доколкото това е възможно);
- да помогнат на семейството да се справи със заболяването, както и със скръбта от загубата на близкия човек.

## **Основни принципи на палиативните грижи**

- Смъртта е естествен процес. Достойната и спокойна смърт е право на всеки индивид.
- Здравето на пациент с напреднал стадий на заболяване е едно относително и динамично състояние, което се променя постоянно до момента на смъртта.
- Всеки пациент и/или семейството имат своето разбиране за качество на живот.
- Пациентът и семейството имат право да дават информирано съгласие за всички видове аспекти на грижите.
- Грижите следва да бъдат предоставени в най-пълен възможен обем в организационна структура, избрана от пациента и семейството.
- Грижите обхващат целия период - от поставянето на диагнозата за нелечимост на заболяването, до смъртта, и включват и периода за справяне със скръбта от загубата на близък човек.
- Предоставените грижи трябва да са с отлично качество, като се осъществяват на базата на добрата медицинска практика, основана на доказателства, при зачитане достойнството на семейството и пациента.
- Етичните принципи на автономността, благотворителността, правото, казването на истината и поверителността на информацията са неразделна част на палиативните грижи.

## **Обект на палиативни грижи**

- Болни с активно, прогресиращо или напреднало заболяване във фаза, при която очакваната продължителност на живот е 6 месеца или по-малко.
- Болни със заболявания или увреждания, които са зависими от активни медицински грижи и при които активното лечение не е довело до преодоляването на зависимостта и при които прекратяването на палиативната грижа ще доведе до смърт.

## **Критерии за оценка на състоянието и нуждата от палиативна грижа**

Не всеки пациент в терминално състояние има нужда от палиативни грижи. Нуждата от палиативна грижа се определя от:

- Тежестата на симптомите и синдромите, нарушаващи качеството на живот и предизвикващи страдание.
- Степента на зависимост от медицински грижи за овладяване на симптомите.
- Желанието на пациента за приемане на палиативни грижи. [12]

### ***11. Понятия за хоспис и за палиативни грижи [14]***

„В общностното право не се съдържа легално определение на понятието „хоспис“. Понятието за хоспис произхожда от латинската дума *hospitum*, което означава частен пансион. Грижите, които се предлагат в хосписите нямат за цел удължаване на човешкия живот или ускоряване на смъртта, а единствено полагане на палиативни грижи за терминално болни пациенти и подобряване качеството на живот в последните им дни. 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 първото понятие за палиативни грижи, което през 2017 г. е актуализирано така, че да отговаря всички специфики на този тип грижи, а именно: *„Палиативни грижи е мултидисциплинарен подход, който подобрява качеството на живот на пациентите и техните семейства, изправени пред животозастрашаващо заболяване чрез превенция и облекчаване на страданието, чрез ранно идентифициране и безупречна оценка и лечение на болка и други физически заболявания, психо-социални и духовни проблеми“.*

### ***12. Законова уредба на хосписите в България и понятие за палиативни грижи в националната правна уредба***

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

Съгласно **чл. 28.** (Изм. - ДВ, бр. 59 от 2010 г., в сила от 31.07.2010 г.) „(1) Хосписът е лечебно заведение, когато в него медицински и други специалисти осъществяват палиативни грижи за терминално болни пациенти.

(2) Лечебната дейност в хосписа, регистриран по този закон, се ръководи от медицински специалист.

(3) Устройството, дейността и вътрешният ред на хосписа - лечебно заведение, се уреждат с правилник, утвърден от ръководителя по ал. 2.

(4) (Изм. - ДВ, бр. 24 от 2019 г., в сила от 01.07.2020 г., изм. относно влизането в сила - ДВ, бр. 101 от 2019 г.) Хосписите - лечебни заведения, могат да предоставят социални услуги при условията и по реда на Закона за социалните услуги.“ [54]

Съгласно раздел II от ЗЛЗ хосписите подлежат на регистрация.

Впечатление прави и залегналият текст в преходни и заключителни разпоредби към Закона за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения (ОБН. - ДВ, БР. 59 от 2010 г., в сила от 31.07.2010 г., ИЗМ. - ДВ, БР. 98 от 2010 г., в сила от 01.01.2011 Г., ИЗМ. - ДВ, БР. 100 от 2010 г., в сила от 01.01.2011 г., ИЗМ. - ДВ, БР. 15 от 2013 г., в сила от 01.01.2014 г., изм. - ДВ, БР. 85 от 2017 г.), а именно:

„§ 72. (1) (Изм. - ДВ, бр. 98 от 2010 г., в сила от 14.12.2010 г.) Хосписите, които не отговарят на изискванията на чл. 28, привеждат дейността си в съответствие с изискванията му и подават документи за промяна на издадените удостоверения за регистрация до съответния регионален център по здравеопазване в срок до три месеца от влизането в сила на този закон.“

(2) Пациентите в хосписите по ал. 1, **които не се нуждаят от грижите по чл. 28, ал. 1, могат да продължат лечението си в домове за медико-социални грижи.“**

По отношение на палиативната медицина и прилежащите ѝ грижи, съгласно Закона за здравето:

„**Чл. 95.** (1) При нелечими заболявания с неблагоприятна прогноза пациентът има право на палиативни медицински грижи.

(2) Цел на палиативните медицински грижи е поддържане качеството на живот чрез намаляване или премахване на някои непосредствени прояви на болестта, както и на неблагоприятните психологични и социални ефекти, свързани с нея.

**Чл. 96.** (1) Палиативните медицински грижи включват:

1. медицинско наблюдение;
2. здравни грижи, насочени към обгрижване на пациента, премахване на болката и психоемоционалните ефекти на болестта;
3. морална подкрепа на пациента и неговите близки.

(2) (Изм. - ДВ, бр. 59 от 2010 г., в сила от 31.07.2010 г.) Палиативни медицински грижи се оказват от личния лекар, от лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ и от хосписи.

(3) Изискванията за оказване на палиативни медицински грижи се определят с наредба на министъра на здравеопазването.“ [48; 54]

От разпоредбите на Наредба № 49 от 18 октомври 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи, по-конкретно: чл. 7а, чл. 17б, чл. 30е, 30ж, става ясно, че *основно диагностично-лечебно структурно звено в лечебните заведения за болнична помощ е отделението (клиниката) с легла, което се състои от болнични стаи, диагностични кабинети, манипулационни зали и помощни помещения. В клиниката/отделението с легла се разкриват болнични легла. В зависимост от вида на осъществяваните медицински дейности в клиниката/отделението могат да бъдат разкривани болнични легла за дългосрочни грижи:*

*а) за продължително лечение;*

*б) за палиативно лечение.*

*В лечебните заведения за болнична помощ могат да се разкриват и клиники/отделения, в които се оказват палиативни грижи с определени за целта не по-малко от 5 легла.*

Комплексните медицински грижи за деца с увреждания и хронични заболявания включват и най-малко една от четири дейности, сред които е осигуряване на специализирани палиативни грижи за деца. Тези комплексни медицински грижи могат да бъдат извършвани от консултативните кабинети, медико-диагностичните лаборатории, клиниките/отделенията с легла и без легла, разкрити по медицински специалности/дейности, в т.ч. палиативни грижи. [73]

В допълнителните разпоредби на Наредбата са дефинирани следните понятия:

**"Легло за дългосрочна грижа"** е болнично легло за настаняване на пациенти, нуждаещи се от продължително лечение поради заболявания и/или увреждания с намалена степен на независимост в ежедневните дейности или от палиативни грижи.

"Легло за палиативни грижи" е болнично легло за осъществяване на палиативни грижи за пациенти с онкологични и неонкологични заболявания в терминален стадий.

От горесцитирания подзаконов нормативен акт става ясно също, че до 31.12.2018 г. в областите, в които има недостиг на легла за дългосрочни грижи съгласно Националната здравна карта, по отношение на лечебните заведения за болнична помощ е била създадена възможност да се разкрийт легла за палиативни грижи на пациенти с онкологични и онкохематологични заболявания и в рамките на клиници/отделения, в които се оказва активно лечение по медицинските специалности "Медицинска онкология" и "Клинична хематология" и за които лечебното заведение е имало издадено разрешение за осъществяване на лечебна дейност.

Права на пациента, регламентирани със Закона за здравето осигуряване:

**„Чл. 35.** Задължително осигурените имат право:

1. да получават медицинска помощ в обхвата на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК;
2. да избират лекар от лечебно заведение за първична медицинска помощ, сключило договор с РЗОК;
3. на спешна помощ там, където попаднат;
4. да получават информация от РЗОК за договорите, сключени от нея с изпълнителите на медицинска помощ;
5. да участват в управлението на НЗОК чрез свои представители;
6. да подават жалби пред директора на съответната РЗОК при нарушения на закона и на договорите;
7. да получат документ, необходим за упражняване на здравноосигурителните им права в съответствие с правилата за координация на системите за социална сигурност.

**Чл. 36. (1)** Задължително осигурените имат право да получат частично или напълно стойността на направените разходи за медицинска помощ в чужбина само когато са получили предварително разрешение за това от НЗОК.

**Чл. 36. (2)** Разрешение по ал. 1 се дава само за видовете медицинска помощ, която не се извършва в страната, по реда на чл. 78 и 79.“

### 13. Поставяне на акцент върху гериатричните грижи в България

По данни на НСИ за 2022 г. възрастните хора в България са 1 515 383 души. Населението на България към 7 септември 2021 година е 6 519 789 души, като възрастните хора представляват повече от 20 % от цялото население). [109]

Статистическите данни за страната говорят ясно за наличието на висока възможност както деца, така и възрастни, страдащи от хронични, нелечими заболявания, включително рак, диабет и т.н. да имат висока потребност от достъп до палиативни, а възрастните – до палиативни и гериатрични грижи. Чрез осигуряване на равен достъп до гериатрични и палиативни грижи, както и чрез осигуреност на медицински специалисти в тези области, може да се даде адекватен политически отговор на прогнозите милиони души да загубят животите си при сериозни страдания, свързани със здравето, част от които очаквано ще се наблюдават предимно в страни с ниски и средни доходи, сред които е и България. [119]

Фигура № 2.



Източник: НСИ, 01 октомври 2023 г.

През 2023 г. България предприе мерки за подготовка на Национална стратегия за гериатрична грижа и остаряване в добро здраве 2030. Това е особено важно, с оглед на статистическите данни, съгласно които в края на 2024 г. лицата на 65 и повече навършени години са 1 544 245, или 24% от населението на страната.

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

1. Осигуряване на възможност на повече хора да живеят по-дълго в добро здраве, да останат активни по-дълго и да се намали нарастващото неравенство сред възрастните хора;

2. Улесняване на достъпа до качествени здравни и социални услуги за възрастни хора, нуждаещи се от грижи и подкрепа;

3. Осигуряване на възможност на възрастните жени и мъже да останат напълно интегрирани в обществото и да живеят достойно, независимо от тяхното здраве и степен на нужда от чужди грижи;

4. Създаване на благоприятна среда за предприемане на действия за насърчаване на здравето и предотвратяване на заболявания по отношение на рисковите фактори сред възрастните хора;

5. Адаптиране на здравната система към нуждите на здравословно остаряване, по-добро качество и по-справедливо здравеопазване и социални грижи за възрастните хора, включително чрез развиване на специалността "Гериатрия".

С реализирането на Стратегията се очаква намаляване на случаите на преждевременно остаряване, намаляване честотата на възрастовата патология, снижение на смъртността и удължаване средната продължителност при добро качество на живот, подобряване на медико-социалните грижи, подобряване на социалната и семейна адаптация, творческо дълголетие. [119]

В допълнение, през 2025 г. с § 15 от **преходните и заключителните разпоредби към Наредба за изменение и допълнение на наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването** (обн. - ДВ, бр. 13 от 2025 г.) е осигурена възможността за ръководители на специализанти по специалност "Гериатрична медицина" да могат да бъдат определяни и лекари с близка специалност и трудов стаж по нея не по-малко от 5 години. Основната цел е осигуряване на реална

възможност България да се справи с недостига на специалисти по гериатрична медицина, които да могат да бъдат ръководители на специализантите в тази специалност, което преди тази нормативна промяна бе законово уредено в Наредба 1, но де факто неизпълнимо на практика.

Проследими са също така действия във връзка с приетата през декември 2022 г. Национална карта на дългосрочните нужди от здравни услуги [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2023/01/10/22rh1073pr.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2023/01/10/22rh1073pr.pdf) [101]

Националната карта на дългосрочната нужда от здравни услуги е документ, отразяващ политическия ангажимент и дългосрочната визия на България за изграждането на силен Европейски здравен съюз и за по-сигурен, по-добре подготвен и по-устойчив Европейски съюз. Националната карта е в съответствие със заложените приоритети и политики в Националната здравна стратегия 2030 и планираните реформи и интервенции в Националния план за възстановяване и устойчивост и оперативните програми на Европейския съюз за настоящия програмен период.

Националната карта на дългосрочната нужда от здравни услуги представлява подробен документ, съдържащ задълбочени анализи, заключения и препоръки за индивидуалното състояние на здравната система в различните райони на страната. Документът дава ясна представа за състоянието на здравната мрежа на всеки район от страната, потенциалът му за развитие и рисковете, пред които е изправен. Той е инструмент за планиране на бъдещите интервенции и инвестиции в сектора въз основа на обективните данни за потребностите на населението от здравни услуги, за съществуващата структура на системата за здравеопазване на национално, регионално и областно ниво и за нейните възможности.

Чрез Националната карта ще се осигури максимална прозрачност в процеса на изпълнение и управление на набора от мерки и реформи в сектор „Здравеопазване“ и има за цел да изгради и поддържа високо обществено доверие към процесите по изпълнение и управление на Националния план за възстановяване и устойчивост.

Хоризонтът за реализация на тези интервенции и инвестиции е съобразен с периода на действие на Националната здравна стратегия 2030, като при промяна в действащите стратегически документи или съществени промени в здравно-демографския статус на населението, отклоняващи се от направените прогнози до

2030 г., може да бъде направена актуализация на Националната карта на дългосрочните нужди от здравни услуги.

Резултатите от приемането на Националната карта са свързани с ясното определяне на конкретни интервенции и инвестиции в структурата на здравната мрежа с оглед справяне с основните предизвикателства пред здравето на българските граждани и развитие на системата на здравеопазването. [119]

#### ***14. Заключение***

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

### Фигура № 3. Изводи от „Литературния обзор“

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

#### ЦЕЛИ

Идентифицирана е необходимост от:

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

#### ДЕФИЦИТИ

Идентифицирани са следните дефицити:

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

### **III. МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО - ЦЕЛ И ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ**

#### **ЦЕЛ**

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

Оценката включва установяване на:

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

#### **ЗАДАЧИ**

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

1. Да се анализират публикации и документи относно осигуряването на универсално здравно покритие в контекста на достъпа до палиативни и гериатрични грижи.
2. Да се оцени степента на изпълнение на национално ниво на Целите за устойчиво развитие на ООН, призоваващи за Универсално здравно покритие за всички до 2030 г, по-конкретно на основната, трансформираща цел на Програмата на ООН до 2030 г. за устойчиво развитие и нейните цели за устойчиво развитие “Да не изоставяме никого“ (Leave no one behind).

3. Да се изучат практиките на държави членки на ЕС и въведените мерки за подобряване на достъпа до палиативни и гериатрични грижи.
4. Да се анализира количественото и качествено измерение на мерките на национално ниво за осигуряване на всеобхватен достъп до „грижи в края на живота“ в сравнение с практиките на други държави членки в ЕС.
5. Да се определят необходимите мерки за разширяване на обхвата на достъпа до палиативни и гериатрични грижи в България и да се изработи план на цялостната им интеграция.
6. Да се идентифицират ефективни стратегии и действия за надграждане на компетенциите на медицинските и немедицинските професионалисти по палиативни и гериатрични грижи, вкл. чрез разработване на обучителна програма.

## **МАТЕРИАЛИ**

**Обект на наблюдение:** Държави членки на ЕС

### **Единици на наблюдение**

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

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

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

## **Време на проучването**

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

## **Място на проучването**

Място на проучването са държави членки на ЕС.

## **Работна хипотеза**

Фундамент на работната хипотеза на изследването са недостатъчно проучените съществени проблеми на организацията, финансирането и управлението на палиативните и гериатричните грижи у нас и на възможните подходи за тяхното решаване.

Стъпвайки на този фундамент, целта е да се обоснове:

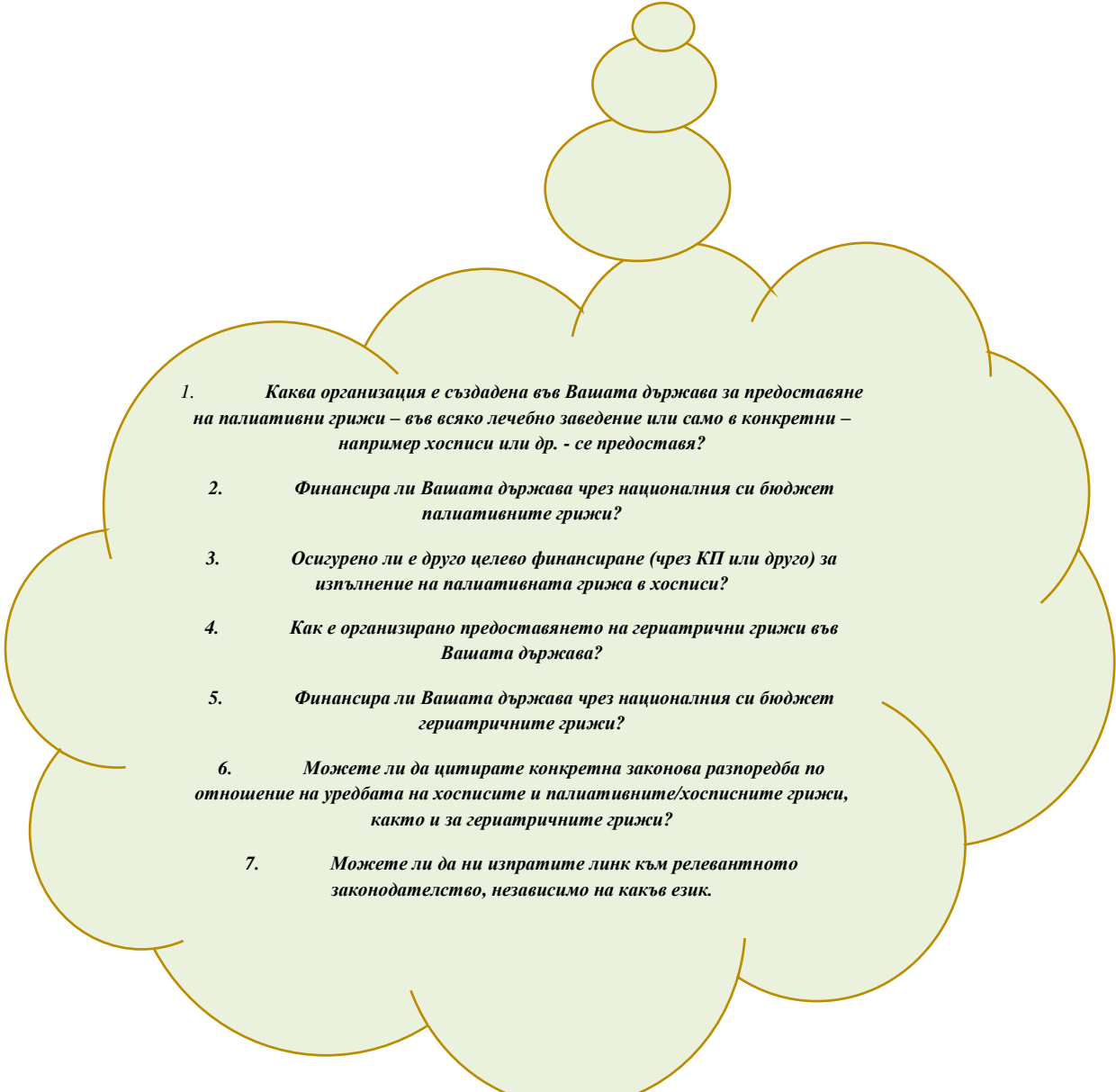
- липсата на стратегически подход, липсата на финансирането и целево управление на хоспис/палиативните грижи е причина за несъстоятелната интеграция на хосписите в здравеопазването и непрекъснатото дискриминационно отношение към голяма част от палиативните пациенти в страната;
- подобряването на организацията и управлението на гериатричните грижи е неотменим елемент на националната стратегия за подобряване здравето на нацията.
- необходимостта от приемане на адекватни законодателни изменения и мерки по отношение на националния бюджет;
- необходимостта от ангажиране на университети и други академични среди да включат обучение за палиативни и гериатрични грижи като неразделен компонент на текущото образование, включително специализирано и продължаващо образование;

- разработен от проучването инструмент е програма за обучение, която има потенциала да въздейства за ускоряване на необходимите реформи.

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

Основно са използвани социологически методи (документален за проучване на документи) и анкетен чрез проведена анкета по ел.поща с представители на здравните министерства на държави членки на ЕС. За целта е създаден въпросник със седем въпроса, основно открити. Въпросникът е даден в приложение, както и визуално представен във Фигура № 4.

**Фигура № 4. Отправени въпроси до държавите членки на ЕС**

- 
1. **Каква организация е създадена във Вашата държава за предоставяне на палиативни грижи – във всяко лечебно заведение или само в конкретни – например хосписи или др. - се предоставя?**
  2. **Финансира ли Вашата държава чрез националния си бюджет палиативните грижи?**
  3. **Осигурено ли е друго целево финансиране (чрез КП или друго) за изпълнение на палиативната грижа в хосписи?**
  4. **Как е организирано предоставянето на гериатрични грижи във Вашата държава?**
  5. **Финансира ли Вашата държава чрез националния си бюджет гериатричните грижи?**
  6. **Можете ли да цитирате конкретна законова разпоредба по отношение на уредбата на хосписите и палиативните/хосписните грижи, както и за гериатричните грижи?**
  7. **Можете ли да ни изпратите линк към релевантното законодателство, независимо на какъв език.**

## **IV. СОБСТВЕНИ РЕЗУЛТАТИ**

### ***1. Компетенции на ЕС и държавите членки в здравеопазването съгласно първичното законодателство на Съюза***

Политиката в областта на общественото здраве по принцип е в регулаторната компетентност на държавите членки, като ЕС осъществява единствено подкрепа и сътрудничество. **Една част от тази политика, свързана със сигурността, засяга и компетентността на ЕС, който съвместно с държавите разработва и приема правнообвързващи актове** в следните области:

- мерки, въвеждащи високи стандарти на качество и на сигурност на органите и субстанциите от човешки произход, на кръвта и кръвните продукти; тези мерки не могат да представляват пречка всяка държава-членка да запази или да въведе по-стриктни защитни мерки и не засягат националните разпоредби относно донорството на органи и на кръв, нито тяхното използване за медицински цели;
- мерки във ветеринарната и фитосанитарната област, които имат за пряка цел закрилата на общественото здраве;
- мерки за определяне на високи стандарти за качество и безопасност на медицинските продукти и изделия;
- насърчителни мерки с цел опазване и подобряване на човешкото здраве, и по-специално за борба с тежките трансгранични проблеми;
- мерки за наблюдение на сериозните трансгранични здравни заплахи, ранното оповестяване в случай на такива заплахи и борбата с тях;
- мерки, които имат за непосредствена цел опазването на общественото здраве по отношение на употребата на тютюн и злоупотребата с алкохол.

### ***2. Компетенциите на ЕС в социалната сфера***

Европейският съюз има ограничени правомощия в социалната област, тъй като политиките на заетост и социално подпомагане се управляват главно от националните правителства. Например, отделните държави решават сами относно въпроси като минималната работна заплата, ролята на колективното договаряне между работодатели

и синдикати, организацията на пенсионната система, възрастта за пенсиониране и обезщетенията за безработица.

Независимо от това, социалното измерение на ЕС постепенно се развива в процеса на интеграция и към момента съществуват ред социални инструменти на европейско ниво. Тук се включват законодателни актове, фондове и механизми за координация и наблюдение на националните политики. Европейският съюз насърчава също така обмена на опит между страните по отношение на политиките им на социално включване, пенсионно осигуряване и борбата срещу бедността.

### ***3. Универсално здравно покритие***

Универсално здравно покритие (УЗП) означава, че всички хора имат достъп до пълния набор от качествени здравни услуги, от които се нуждаят, когато и където се нуждаят, без да изпитват финансови затруднения. То обхваща пълния набор от основни здравни услуги - от промоция на здравето до профилактика, лечение, рехабилитация и палиативни грижи през целия живот.

Предоставянето на тези услуги изисква от лекарите и специалистите по здравни грижи с оптимален набор от умения на всички нива на здравната система, които са справедливо разпределени, адекватно подкрепени с достъп до продукти с гарантирано качество и се радват на достоен труд.

Защитата на хората от финансовите последици от заплащането на здравните услуги от собствения им джоб намалява риска хората да изпаднат в бедност, тъй като разходите за необходимите услуги и лечение изискват от тях да използват спестяванията си, да продават активи или да вземат заеми, което унищожава тяхното бъдеще, а често и това на децата им.

Постигането на всеобщо здравеопазване е една от целите, които държавите по света си поставят, когато приемат Целите за устойчиво развитие до 2030 г. (ЦУР) през 2015 г. На среща на високо равнище, на Общото събрание на ООН, по въпросите на УЗП през 2019 г. държавите потвърждават, че здравето е предпоставка, резултат и показател за социалните, икономическите и екологичните измерения на устойчивото развитие. Тринадесетата обща работна програма на СЗО има за цел до 2025 г. 1 милиард души да се възползват от УЗП, като същевременно допринесе за постигането на целите 1 милиард души да бъдат по-добре защитени от извънредни ситуации в

здравеопазването и 1 милиард души да се радват на по-добро здраве и благосъстояние.”  
[104]

#### *4. Постигане на УЗП в изпълнение на мерките на ЕС и България*

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

Прозира липсата на необходимата взаимовръзка със здравния сектор и хоризонталния подход при политиките, свързани с възрастните хора. С оглед на демографската криза и високите темпове на застаряване на населението, е необходим хоризонтален прочит на практиките и политиките както на европейско, така и на национално ниво.

В контекста на Европейския здравен съюз, по-скоро усилията за укрепване на здравните системи вследствие на пандемията от COVID-19 са съсредоточени върху подобряване на резултатите, без да се обръща съществено внимание на това какво означава стойността за крайните потребители на системата - пациентите. Основните дейности на ЕЗС касаят включване/разписване на нови задължения за държавите членки и идентифициране на мерки с висок приоритет за ЕС, чрез които да могат по-добре и ефективно да управляват здравните системи, по-конкретно здравните системи да се подготвят за реакция при кризи и в цялост да гарантират висока подготвеност.

Именно усилията да се постави в центъра укрепването на здравните системи при пандемични ситуации, повлия така на тенденциите в ЕС и държавите членки, че в центъра на здравните системи всъщност да не се поставя самия пациент и неговите нужди, а далеч по-амбициозни цели, ориентирани към засилване ролята на ЕС на глобално ниво, вкл. на глобално лидерство на пазара за производство на лекарствени продукти. По този начин инвестициите биват насочвани основно към сфери и отрасли, които оставят на заден план социално значимите заболявания например.

Вместо усилия, ориентирани към пациента, все повече мерки се предприемат за осигуряване на дейности, чиято реална стойност за пациента е много трудно измерима: стартиране на инициативи за създаване на запаси с лекарствени продукти, с неяснота дали това ще доведе до задоволяване на реалните нужди на населението или напротив – до свърхзапасяване с количества лекарства, чийто срок на годност може да доведе до необходимост от последващо разходване на финансови средства за унищожаване на количества. Последното, разбира се, допълнително натоварва националните бюджети – веднъж при закупуването на необосновано големи количества лекарствени продукти и втори път – в случай на необходимост от унищожаване на неизползваните количества чрез допълнителни средства за това. Същевременно са налице редица области, в които са необходими срочни мерки, които освен жизнено необходими, няма да са свързани с подобна висока непредвидимост по отношение на количествения фактор.

Друга част от мерките на ЕС касаят събиране, обработване и докладване на допълнителни данни от страна на държавите членки; създаване на нови структури на европейско ниво; ангажиране на допълнителни човешки ресурси и т.н. Въпреки тези усилия, до момента не става ясно как по този начин реално за европейския пациент се осигурява по-добър достъп до здравни грижи и как всъщност тези мерки и действия рефлектират върху здравния му статус.

Мерките, които цялостно могат да покажат резултати за пациентите всъщност са измерими не с новия брой европейски институции или складове; не със създаването на нови понятия като „Европейски здравен съюз“, за който обикновеният пациент единствено е чувал, нито с амбиции за глобално лидерство на пазара, а с конкретни мерки, резултатът от които е проследим при досег със самата здравна система. В противен случай роящите се нови инициативи няма да достигнат реално измерими, основани на стойността резултати, респ. осигурени здравни грижи.

За подобряване на точността при определянето на приоритетите и за насърчаване на предоставянето на здравни услуги е необходимо следване на подход, основан на политики и мерки, които да гарантират достъп до здравни грижи през целия живот.

В контекста на гореизложеното, отчитайки постигнатото до момента от Европейския здравен съюз и предвидените мерки, става ясно, че не се предвиждат

конкретни мерки по отношение на грижата за възрастните хора – гериатрия, палиативни грижи и като цяло „грижите в края на живота“ (*end-of-life-care*).

Това е съществен проблем и за българската здравна система, поради несъстоялата се интеграция на хосписните грижи в здравната система. Принципът на равнопоставеност на здравните грижи през целия жизнен цикъл на човешкия живот прави хосписните/палиативни грижи неотменна част от модерните здравни политики.

Понятията „палиативни грижи“ и „хоспис грижи“ се използват в продължение на много години с различни интерпретации. В България след последната промяна в ЗЛЗ се възприема моделът „хоспис/палиативен“, което позиционира хосписите като основни доставчици на палиативна помощ. В настоящото проучване се използва термина хоспис/палиативен като еднозначен на хосписен, т.е. хосписните грижи ще се представят като хоспис/палиативни грижи.

В контекста на гореизложеното, следва да се зададе въпроса дали горесцитираните мерки по отношение на ЕЗС биха имали ефект върху един палиативен пациент. Системата отчита ли високата стойност за самия пациент на облекчаването на свързаното със здравето страдание. Системата отчита пациента единствено като хоспитализиран, излекуван или не от конкретно заболяване; изписан или починал. Този път на пациента обаче включва и състояния и болести, които не се поддават на медикаментозно лечение. И именно тук трябва да следваме „хоспис/палиативния“ модел и да се осигури реално позиционирането на хосписите като основни доставчици на палиативна помощ.

За съжаление в България масово се прилага погрешно практиката палиативни грижи да се предоставя в домовете за възрастни - ДМСГ. Двете институции – хоспис и ДМСГ - са коренно различни, поради това, че хосписната/палиативната грижа е същевременно е различна, а грижата в домовете за възрастни е предимно от битов характер.

В България „финансирането на палиативните грижи с публични средства към настоящия момент може да се извършва само по линия на НЗОК чрез клинична пътека „Палиативни грижи при онкологично болни“. Едновременно с ниската цена, договорена в НРД, за тази клинична пътека съществува ограничение за болничен престой до 20 дни в рамките на терминален стадий на онкологично заболяване в рамките на 6 месеца. 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.“ [48]

Съществуват състояния, за които е въведен конкретен термин – ракова болка. Като различни примери освен раковите заболявания, могат да бъдат посочени болести, именно често срещани при възрастни хора като диабетна и други полиневропатии, фибромиалгия, тежки артрози, и др.

Ако си представим, че наш близък изпитва болката като при някоя от горечитираните болести, ще положим ли всички усилия, за да спрем изпитването на болката, въпреки че това няма да доведе до „излекуване“ на пациента. Склонни ли сме в качеството си на човеци да положим усилия да осигурим максимално бързо като минимум обезболяващи лекарствени продукти, въпреки че при напреднал стадий на рак например сме наясно, че морфинът няма да осигури по-дълъг живот на пациента. Ето през тази призма трябва системите на здравеопазването да поставят пациента в центъра на здравните системи – поставяйки себе си на тяхно място и с мисълта за осигуряване на най-висока грижа дори в последните дни на пациента. Въпреки че осигуряването на обезболяващи лекарства при тези обстоятелства не променя здравния резултат за пациента, се подобрява преживяването и качеството на живот както на пациента, така и на семейството му. Справянето със страданието, свързано със здравето, може да има положителни външни ефекти, включително в области, различни от здравеопазването. Облекчаването на страданието в края на живота облекчава тежестта върху лицата, полагащи грижи, семейството, както и върху самия пациент.

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

## **5. Относителност към Целите за устойчиво развитие (ЦУР)**

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

Справедливият достъп до качествени и ефективни грижи е от особено значение за подобряване функционирането на здравните системи и намаляване на финансовите затруднения. Достъпът до качествена здравна грижа е от първостепенно значение за справяне с ненужните страдания и за спазване на принципите на социалната справедливост. Социалното измерение на осигуряването на достъп до здравеопазване се корени именно в мерките, насочени към слабите - тези, които по обективни причини не могат да осигуряват сами грижата за себе си, включително за здравето си и вследствие на това и съпътстващи други фактори могат да бъдат подложени на ненужни страдания.

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

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

Както е посочено по-горе, основната ЦУР за сектора на здравеопазването е „Добро здраве и благополучие“. В настоящия труд са проследими включените подцели към ЦУР 3 и доколко същите или част от тях са с конкретна насоченост към гериатрични и палиативни грижи.

Фокус е поставен и върху действията на равнище ЕС. Ситуацията, възникнала с появата на Covid-19, наложи въвеждането на безпрецедентни мерки и постави под изключителен натиск капацитета на здравните системи на държавите на Европейския съюз (ЕС). Категоричен факт е, че в областта на здравето акцент трябва да бъде поставен върху готовността за овладяване на пандемии и реакцията на ЕС и неговите държави членки за справяне, както с продължаващата пандемия COVID-19, така и с бъдещите заплахи за здравето. Като особено важна и от съществено значение за борбата с тази пандемия се откроява и необходимостта от осигуряването на доставките на лекарствени продукти, вкл. ваксини в рамките на Общността и за засилване на ролята на ЕС в глобалното здравеопазване. Достъпът на всички пациенти, както и на всички уязвими групи до адекватно лечение, следваше да бъде в основата на продължаващите действия и съвместните усилия на всички държави членки при засиленото сътрудничество в Съюза и на международно равнище.

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

Преди да се разгледат в детайли тези въпроси е важно да се подчертае защо грижата за възрастните е толкова важна и същевременно социално значима. Броят на по-възрастните хора - на възраст 65 години или повече, се е утроил от около 260 милиона през 1980 г. до 761 милиона през 2021 г. По данни на НСИ населението на България в края на 2024 г. е 6 437 360 души. В края на 2024 г. лицата на 65 и повече навършени години са 1 544 245, или 24% от населението на страната. Статистическите

данни за страната говорят ясно за наличието на обоснована вероятност както деца, така и възрастни, страдащи от хронични, нелечими заболявания, включително рак, диабет и т.н., да имат висока потребност от достъп до палиативни, а възрастните – до палиативни и гериатрични грижи. Чрез осигуряване на равен достъп до гериатрични и палиативни грижи, както и чрез осигуреност на медицински специалисти в тези области, може да се даде адекватен политически отговор на прогнозите милиони души да загубят животите си при сериозни страдания, свързани със здравето, част от които очаквано ще се наблюдават предимно в страни с ниски и средни доходи, сред които е и България.

#### ***6. Гериатрични грижи и тяхната необходимост в контекста на палиативната грижа***

Сложната икономическа, демографска и социална картина в целия свят очертава една трайна тенденция на увеличаване броя на възрастните хора. „Демографски срив“, „демографска зима“, „опасно застаряване“ са термините, с които все по-често образно се изразяват тенденциите за застаряване на европейското население.

Средната продължителност на живота в България с бавни темпове, но постепенно се увеличава. Здравословният начин на живот и повишаването на възрастовата структура на населението имат заслуги за това. Според някои общи прогнози се очаква почти трикратно увеличение на застаряващата възрастова група от населението до 2050 г., което ще увеличи и броят на уязвимите стари хора. Бързото стареене на обществото изисква изпреварващи мерки и подготвеност за справяне с този проблем. Основни индикатори за възможността на държавите да се справят ще бъдат осигуряването и обучението на необходимите кадри – медицински и немедицински специалисти по проблемите на гериатрията и осигуряването на хосписни/палиативни грижи.

Както децата, така и възрастните страдат от хронични, нелечими заболявания, включително рак, диабет, сърдечна недостатъчност и други и имат висока потребност от достъп до палиативни грижи. Палиативната грижа цели повишаване качеството на живот на пациенти със сериозни страдания. За съжаление статистиката показва, че много малко пациенти, които се нуждаят от палиативни грижи, ги получават. Палиативните грижи единствено могат да адресират проблемите и очакванията милиони души да загубят животите си при сериозни страдания, свързани със здравето.

Следва се отчита и факта, че част от тези страдания при пациента очаквано ще се наблюдават предимно в страни с ниски и средни доходи, сред които е и България.

В България не е разгърнат потенциалът за подобряване качеството на живот на хората със сериозни заболявания, респ. възможностите за получаване на продължителни и палиативни грижи са твърде ограничени.

В контекста на гореизложеното, може да се заключи, че палиативната медицина не е осигурена в пълния ѝ смисъл в България, включително липсват обучени кадри, които да предоставят както тези грижи, така и т. нар. гериатрични грижи. Очевидна е необходимостта от усилия в посока за създаване на специалност „палиативна медицина”, осигуряване на достатъчно медицински и немедицински персонал по направление „гериатрична медицина“ с оглед специфичните потребности на възрастните хора.

Необходимо е също така, посредством Националната здравна карта, да се идентифицират нуждите на възрастните хора в България, вкл. по региони, като се съпоставят и с наличната здравна инфраструктура и се осигурят необходимите финансови ресурси.

#### ***7. Необходим подход за предоставяне на гериатричните грижи***

Основните цели, които следва да бъдат поставяни спрямо гериатричната популация, която има специални нужди, следва да обхващат:

- Преглед на общата картина на гериатричните пациенти.
- Идентифициране на уникалните особености при грижите за гериатрични пациенти.
- Цялостна оценка и стъпки за управление на възрастните пациенти.
- Реализиране на цялостната оценка при предоставяне на грижи за гериатричните пациенти, за да се постигнат най-добри резултати.

Необходимо е извършване на цялостна оценка и впоследствие подготовка на план за грижи, съобразен с конкретните обстоятелства, който се актуализира при необходимост. Цялостната оценка на гериатричните грижи трябва да е задълбочена и може да отнеме от няколко часа до няколко дни, разделени в няколко посещения за оценка с пациента и/или членовете на семейството. Освен горецитираната цялостна

оценка, следва да се направи оценка на лекарствения профил, както и оценка на възможността за активности в ежедневието. Като пример дори, други оценки могат да включват: оценка на болката, на психичното състояние, оценка на риска от падане/оценка на способността за ходене, оценка на храненето, оценка на депресията. Дейностите като част от гериатричната оценка, могат да бъдат разделени в следните 4 групи [107]:

1. Функционално състояние
2. Физическо здраве
  - Нарушение на зрението
  - Загуба на слуха
  - Състояние на храненето
  - Предотвратяване на падане
  - Инконтиненция на пикочните пътища
  - Остеопороза и артрит
3. Полифармация и съгласуване на лекарствата (*medication reconciliation*)
4. Когнитивна оценка
  - Деменция
  - Сън и безсъние
  - Разстройство на настроението

#### **8. *Професионалисти, които следва да предоставят палиативни грижи***

Компетентността на мултидисциплинарните екипи е от ключово значение за осигуряване на качествен живот на хоспис/палиативните пациенти. Компетентност е съвкупност от знания, способности, умения и нагласи, която засяга основния компонент на извършената работа, която определя качеството и подлежи на измерване и оценка в съответствие с общоприетите стандарти, както и на подобрене чрез подходящо обучение. Преплитането и комбинацията от специални умения и способности, притежавани от представители на различни професии, гарантира високо качество на услугите спрямо пациентите и техните близки.

Компетенциите са общи и специфични. Общите са набор от умения, знания и компетенции, които позволяват да се изпълни задача в даден контекст, а специфични са онези компетенции, които са свързани с предметната област. Те се определят от

особености на професионалната дейност, нуждите на обществото, пазара на труда и тенденциите в образованието.

Обичайно е необходимо осигуряване на мултипрофесионален екип от специалисти в различни области за работа с пациента и неговото семейство – за медицинска, социална, емоционална, психическа и духовна подкрепа.

По отношение на хосписната грижа е важно да се отбележи, че независимо от провеждането на лечение, болестта прогресира. Осигуряването на грижи в хоспис до края на живота, осигурява възможност екип от обучени специалисти да се фокусира върху грижите и качеството на живот на пациента. Основната цел на грижите в хоспис не е свързана само с лечение, а с максимално облекчаване на страданията, именно посредством палиация.

Хосписът предоставя цялостни грижи за пациента и семейството му, с основен фокус към нелечимо болни, част от изпитват високи страдания и с очаквана преживяемост до шест месеца. Активното лечение, насочено към излекуване на заболяването, не означава прекратяване на цялото лечение. Това е осигурена възможност за контрол на болка или други страдания, породени от различни, подлежащи на овладяване или не, симптоми.

#### ***9. Основни компетенции според Европейската асоциация по палиативни грижи (ЕАРС)***

Европейската асоциация по палиативни грижи (ЕАРС) в Бялата книга [105] предлага десет **основни компетенции**, които са необходими на специалистите, ангажирани с хоспис/палиативни грижи, както следва:

1. Прилагане на основните компоненти/принципи на палиативните грижи навсякъде, където се намират пациентът и неговото семейство

Палиативните грижи трябва да се предоставят на пациента на всяко място, което семейството и самият пациент са избрали за престоя на пациента. Най-подходящо е палиативните грижи да се осъществяват в специализирани болнични заведения, каквито са хосписите. Така се осигурява среда за адаптацията на пациента, както и успешно интегриране на принципите на палиативните грижи.

2. Осигуряване на физически комфорт на пациента във всички етапи на заболяването

Осигуряването на максимален физически комфорт е съществен компонент от качеството на живот на пациента и неговото семейство. Персонализираното планиране на грижите включва прогнозиране, оценка и лечение с постоянна преоценка на тежестта на физическите симптоми по пътя на заболяването. Интердисциплинарният екип трябва да има умения за предотвратяване на страданието, като прави редовна преоценка на симптомите, за да се предвидят възможни усложнения.

### 3. Удовлетворяване на психологическите нужди

Осигуряването на качествена психологическа помощ изисква ситуационен усет, комуникационни способности, емпатия и индивидуален подход към всеки пациент. Добрата палиативна помощ изтъква психолозите като задължителна част от персонала на един хоспис или друго заведение за палиативни грижи. Освен разговорите с такъв специалист, психологичната помощ е част от работата на всеки един от екипа.

### 4. Удовлетворяване на социалните нужди

Болестта, ограничаваща живота, засяга междуличностните отношения в семейството на пациента и изисква допълнителни ресурси, за да се поддържа прилично качество на живот. Тревожността от променящите се взаимоотношения, финансовите затруднения, които пациентът може да изпита, изискват палиативният екип да вземе под внимание социалното положение на пациента. Пациентът трябва да се информира за наличието на програми за социално и здравно подпомагане.

### 5. Удовлетворяване на духовни и екзистенциални нужди

Ограничаващо живота състояние може да накара пациентът да се замисли за най-дълбоките въпроси на битието. Духовната грижа трябва да бъде интегрирана в палиативните грижи и може да се основава на религиозни вярвания или обща духовност.

### 6. Адекватно отношение и комуникация с близките, отговарящи за пациента

Членовете на семейството, които се грижат за пациента, са катализаторът за взаимоотношенията между пациента и персонала. Поради тясната връзка пациент-екип-близки на пациента, членовете на екипа трябва да се съобразяват, че семействата имат други отговорности и роли. Семействата трябва да се подкрепят психологически и емоционално, като разработването на стратегии за разрешаване на конфликти в асистирания екип и предвиждането на трудностите при загуба на любим човек са неотменна част от активната комуникация с близките.

7. Признаване на сложността на вземането на етични решения в палиативните грижи

Здравните специалисти са изправени пред обезсърчаващи етични и морални дилеми в палиативните грижи. Те включват въпроси, свързани с храненето и рехидратацията, седацията, желанието на пациентите да бъдат евтаназирани. Необходимо е да се намери начин за предотвратяване на професионален синдром на изгаряне (burnout syndrome).

8. Предоставянето на цялостни грижи от интердисциплинарния екип, работа в екип

Членовете на екипа трябва да гарантират непрекъснатостта на медицинска помощ чрез разпределение на ролите и отговорностите между членовете на екипа, както и отговорностите за координиране на грижите. Екипната работа е изключително важна за функционирането на здравната структура и за предоставяне на максимален комфорт на пациентите и техните семейства.

9. Развитие на комуникационните умения на екипа

Ефективната комуникация е от съществено значение за прилагането на палиативни грижи на практика. Уменията за комуникация са особено важна, когато се обсъждат лоши новини, решения за отказ от лечение и други. Всеки специалист по палиативни грижи трябва да умее да изгражда и поддържа отношения с пациента и неговите роднини - вербална и невербална комуникация. Желателно е да се уважават решенията на пациентите относно количеството информация, която те искат да получат.

10. Непрекъснато професионално развитие

Непрекъснатото професионално развитие е неразделна част от клиничната практика и като правило изискванията за усъвършенстване на уменията се определят в рамките на всяка дисциплина.

## ***10. Напредък на държавите членки на ЕС при предоставянето на палиативни/хосписни и гериатрични грижи***

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

### ***10.1. Достъп до палиативните грижи***

**Палиативните грижи** са специализиран вид медицинска помощ, предназначена за пациенти с тежки, хронични или животозастрашаващи заболявания. В България

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

Настоящото проучване обобщава приложими практики и въведени мерки на национално ниво в 11 държави членки на ЕС в областта на палиативните грижи. Обобщените практики в държавите членки представляват анализ на реално провежданите политики и мерки в единадесет държави членки на ЕС по отношение на палиативните грижи, за да се проследи доколко липсата на ясна организация и целево финансиране в България, както и несъстоялата се интеграция на хосписите в страната, поставят българския пациент в „неизгодна“ спрямо европейския пациент позиция.

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

грижи, домашни грижи), други минимални услуги/мерки за поддържане на здравето за хора на всякаква възраст с хронични заболявания.

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

### ***10.2. Резултати от проучването на практиките в областта на палиативните грижи в отделни държави членки на ЕС [124]***

#### **Полша**

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

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

За да може да ползва индивидуални услуги за палиативни и хосписни грижи, пациентът трябва да отговаря на здравните условия, посочени в пакета от тези обезщетения, и да има направление от лекар. В Полша услугите за палиативни и хосписни грижи се финансират от бюджета на Националната здравна каса. Самите хосписи обаче могат да получават дарения, безвъзмездни средства от ЕС и подкрепа от местните власти. Този модел на финансиране позволява закупуването на допълнително оборудване и други удобства, които повишават комфорта на пациентите. От 1 април 2024 г. е въведено неограничено финансиране на услугите за палиативни и хосписни грижи.

#### **Хърватия**

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

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

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

Формите на специализирани палиативни грижи са:

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

Палиативните грижи в Република Хърватия са договорени и се предоставят от бюджета на Хърватската здравноосигурителна каса (финансирана от държавата) (2).

На първичното ниво на здравеопазване се сключват договори с координатори за палиативни грижи и мобилни палиативни екипи в съответствие с Мрежата на

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

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

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

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

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

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

## Германия

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

Палиативните грижи могат да се извършват навсякъде, където хората прекарват последната фаза от живота си - у дома, в стационарни заведения, в болница или в болничен хоспис. Палиативните грижи включват медицинска, психологична и консултантска подкрепа. Хора от различни професии работят заедно в екип, за да отговорят на съответните нужди на пациентите.

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

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

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

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

Палиативните грижи също така са част от домашните грижи.

Като част от специализираните амбулаторни палиативни грижи (SAPV) пациентите се обгрижват от обучен екип за палиативни грижи (SAPV екип), който се състои от лекар за палиативни грижи и/или медицински сестри със специална допълнителна квалификация. Екипите по SAPV предоставят специална комплексна услуга, на която имат право тежко болни пациенти в терминален стадий със сложни симптоми и много ограничена продължителност на живота, с основна цел да могат да прекарат последната фаза от живота си в позната среда. Това е мултипрофесионална цялостна услуга, като екипите на SAPV трябва да работят с други доставчици на услуги и хоспис услуги.

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

Палиативните грижи в болниците се предоставят в общите болнични отделения.

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

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

## **Латвия**

В Латвия Министерството на здравеопазването отговаря основно за здравните услуги, включително за тези, предоставяни в заведения за дългосрочни грижи, докато

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

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

## **Малта**

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

1. Националната здравна служба разполага с отделение за палиативни грижи с 16 легла в онкологичната болница (болница „Сър Антъни Мамо“ (SAMOC)) и работи само с онкологични пациенти. Палиативни грижи се полагат и в останалите онкологични отделения в тази болница.
2. Хоспис Малта предоставя редица услуги за палиативни грижи в общността на пациенти с напреднала органна недостатъчност (сърдечна, белодробна, бъбречна и чернодробна), амиотрофична латерална склероза (АЛС), напреднала множествена склероза (МС), както и на страдащи от онкологични заболявания в общността. Някои от услугите включват домашни грижи в хосписа, болнични палиативни грижи, духовна и психологическа подкрепа, физиотерапевтична подкрепа, допълваща терапия и трудотерапия, подкрепа и програми, включително за деца, и безплатно предоставяне на специализирано оборудване на нуждаещите се в общността. Тази услуга се подпомага

от мултидисциплинарен екип, включващ общопрактикуващи лекари със специален интерес в областта на палиативната медицина.

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

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

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

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

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

## **Швеция**

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

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

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

## Словакия

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

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

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

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

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

а) информация за: 1. изчерпване на наличните възможности за лечение, за да се предотврати развитието на болестта; 2. възможността за предоставяне на палиативни здравни грижи; 3. възможностите за социална помощ или духовно обслужване с цел подпомагане на екипите при предоставяне на институционални грижи,

б) идентификационни данни за доставчика, който може да предостави на това лице специализирани палиативни здравни грижи, в обем име на доставчика, адрес на доставчика, име и фамилия на лекаря, специализирал в специализираната област на палиативната медицина.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

лекар, предоставена на близък човек след смъртта на лицето, получаващо палиативни здравни грижи.

## **Словения**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *Сестрински грижи*

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

#### **Нидерландия**

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

Фондът за дългосрочни грижи (Flz) се финансира по Wiz - Закона за дългосрочните грижи (ЗДС), е в сила от 1 януари 2015 г. Той дава право на грижи на осигурените лица, които са трайно зависими от 24-часови близки грижи или постоянно наблюдение. Това означава, че дадено лице не може да бъде оставено само. Освен това

се установява, че това е така до края на живота му. Това са предимно възрастни хора с напреднала деменция или хора с тежки умствени, физически или сензорни увреждания.

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

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

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

## **Литва**

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

Пациентите се хоспитализират в центрове за лични здравни грижи, когато е поставена окончателна диагноза и не се изискват допълнителни изследвания. Сестрински грижи и поддържащите лечебни услуги се заплащат със средства от

задължителния здравен застрахователен фонд, т.е. не е необходимо пациентът да заплаща допълнително за тях.

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

### **Люксембург**

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

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

От една страна, Люксембург гарантира достъп до стационарни палиативни грижи чрез специализирани болнични отделения и специален хоспис, като по този начин отговаря на нуждите на хората в края на живота. От друга страна, стационарни

палиативни грижи се предоставят и в заведения за настаняване, регулирани от Закона за качеството на услугите за възрастни хора, гласуван на 20 юли 2023 г. в Камарата на депутатите. Този закон предвижда, че 40% от ръководния персонал трябва да е преминал основно обучение за палиативни грижи и че дадено лице трябва да е преминало обстойно обучение, както е определено в Наредбата на Великия херцог от 8 февруари 2019 г. относно организацията на обучението по палиативни грижи и подпомагане в края на живота на лекарите, другите здравни професии и ръководния персонал на службите за възрастни хора.

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

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

## **България**

Финансирането на палиативните грижи към настоящия момент може да се извършва само за ограничен кръг пациенти по бюджета на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) чрез клинична пътека „Палиативни грижи при онкологично болни“ [15].

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

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

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

Човешките ресурси в сектора на здравеопазването в ЕС като цяло са изправени пред общи предизвикателства – застаряващо население и съответно застаряваща работна сила в здравния сектор, недостатъчна привлекателност за младите поколения на някои здравни професии и специалности, неравномерно териториално разпределение в резултат на вътрешна миграция от по-малките към по-големите населени места (урбанизация), миграция на здравни работници в ЕС и извън него.

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

Гериатрията е област от медицината, която се характеризира с цялостен подход към лечението на заболявания, които се срещат в тази възрастова група реципиенти, т.е. над 60 години, и съчетава много различни специалности, за да се намали необходимостта от посещение при специалисти.

Геронтологията и гериатрията са неразривен компонент, включително в обучението по медицина, от концепцията за комплексна здравна и обществена грижа за старите хора. Именно затова са необходими измерими мерки, които да отговарят на нарастващата потребност от компетентна гериатрична подготовка на медицински и немедицински специалисти при лечение на лица в напреднала и старческа възраст.

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

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

Именно в контекста на гореизложеното с цел подготовка на сравнителен анализ на практиките в осем държави членки на ЕС с практиката в България в областта на гериатричните грижи, е направено самостоятелно проучване. Чрез него се поставя

акцент върху приоритетното значение на този тип здравни грижи за застаряващото население и необходимостта от осигуряване на достатъчно обучен персонал чрез мерки на национално ниво.

Гериатричните грижи в отделните държави членки са организирани така, че да могат да се предоставят както на национално ниво, така и на регионално чрез включване на всички ангажирани и специализирани по темата експерти и организации. В Полша, извън осигурения достъп до амбулаторни грижи, като част от гериатричните грижи, гериатрици посещават пациенти, в зависимост от здравословното им състояние, в гериатрични клиники, в дома на пациента или в болници в гериатрични отделения. В Нидерландия например грижите за възрастни хора не се извършват от конкретна организация, нито се възстановяват от нея, а се работи съвместно с различните заинтересовани страни в сферата на грижите, за да се организират грижите за възрастни хора. Всеобхватни са и подходът и мерките, чрез което се наблюдава напредък в прилаганите политики.

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

#### *10.4. Резултати от проучването на практиките в областта на гериатричните грижи в отделни държави членки на ЕС [125]*

##### **Германия**

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

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

## **Люксембург**

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

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

Гериатричните грижи се финансират чрез общото здравно осигуряване или осигуровката за дългосрочни грижи.

Здравните услуги в тази област се предоставят, както следва:

### *Остра гериатрика*

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

### *Гериатрична рехабилитация*

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

### **Малта**

Министерството на здравеопазването и активния живот на възрастните хора в Малта работи за подобряване на здравето и благосъстоянието на населението като цяло. Структурата на това министерство включва парламентарен секретар (еквивалент на младши министър) със специфична насоченост към активния живот на възрастните хора, за да се гарантира ефективно управление и изпълнение на целите на институцията. Министерството се ангажира да разработва политики и инициативи, които насърчават здравословния начин на живот и поощряват активното участие на възрастните хора в обществото. Признавайки важността на тази демографска група,

министерството е разработило Национална стратегическа политика за активен живот на възрастните хора: Малта 2023-2030 г. и Национална стратегия за борба с деменцията на Малтийските острови 2024-2031 г. Тези стратегии имат за цел да насърчат ученето през целия живот, социалната ангажираност и физическата активност сред възрастните хора.

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

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

Органът за стандарти за възрастни хора, създаден със Закон № XXXVIII от 2023 г., подкрепя и регулира разработването и подобряването на стандартите за гериатрични услуги. Тази публична структура определя стандартите за резидентни и други гериатрични заведения, контролира регулаторните функции и наблюдава доставчиците на услуги, за да гарантира високо качество на услугите за възрастни хора. Органът също така разследва жалби срещу доставчици на услуги и разполага с необходимите правомощия и ресурси, за да изпълнява функциите си [4,5].

Гериатричните грижи се финансират от националния бюджет на Малта.

## **Полша**

Гериатрията е област от медицината, която се характеризира с цялостен подход към лечението на заболявания, които се срещат в тази възрастова група реципиенти, т.е. над 60 години, и съчетава много различни специалности, за да се намали необходимостта от посещение при специалисти. Гериатричното лечение е подходящо,

когато пациентът има различни заболявания, към чието лечение трябва да се подходи комплексно, например поради лекарства, предписани от различни специалисти, и възможни взаимодействия между тях, които са неблагоприятни за здравето.

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

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

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

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

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

Този нормативен акт определя минималните условия за предоставяне на 24-часови гарантирани услуги, планово или по спешност, които обхващат както диагностичния и терапевтичния процес, така и процеса на сестринска, респираторна, мускулно-скелетна и неврологична рехабилитация по различни специалности, включително гериатрия (№ 20 Гериатрия, съгласно приложение 3 към наредбата в част I, озаглавена „Подробни условия, на които трябва да отговарят изпълнителите на медицинска помощ при предоставяне на гарантирани услуги под формата на хоспитализация и планова хоспитализация“).

В това приложение се определят минималните формални изисквания към доставчиците на здравни услуги, както и в областите, свързани с персонала, организацията на предоставяне на услугите и осигуряването на медицинско оборудване и апаратура.

Доставчикът на здравни услуги, предоставящ услуги в режим на хоспитализация и планова хоспитализация, е длъжен да разработи и прилага процедура за гериатрична оценка на пациента, с изключение на болничните отделения с педиатричен, неонатологичен и акушеро-гинекологичен профил. В гериатричните отделения (или други отделения, но само за пациенти над 60 години) се извършва цялостна гериатрична оценка (ЦГО). Тя оценява обхвата на съществуващите нарушения и помага за определяне на приоритетите за лечение, рехабилитация и грижи.

В рамките на ЦГО лекарят проверява, наред с други неща:

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

За да се започне лечение в гериатрично болнично отделение, е необходимо направление от лекар (включително лекар от т.нар. център за първична медицинска помощ).

В рамките на хоспитализацията се извършват диагностични и терапевтични процедури, включително: с лечение на заболявания на възрастните хора, т.е:

- нарушения на походката и равновесието;

- болкови синдроми на опорно-двигателния апарат, инфекциозни заболявания на ставите, костите и съединителната тъкан;
- заболявания на нервната система, включително състояния след инсулт, съпътстващ синдром на деменция;
- респираторни заболявания, свързани, наред с другото, с пневмоторакс, ХОББ и белодробна хипертония;
- възпалителни и инфекциозни заболявания на червата и други заболявания на храносмилателната система, включително такива, свързани с недोхранване;
- болести на кръвоносната система, свързани с недостатъчност на кръвоносната система и хипертония и други.

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

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

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

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

Здравните грижи в Полша, включително гериатричните, палиативните и хосписните, не се финансират директно от държавния бюджет, а от Националната здравна каса (НЗК), която в съответствие с чл. 96, раздел 1 от Закона от 27 август 2004

г. за здравните услуги, финансирани с публични средства (консолидиран текст: Държавен вестник от 2024 г., бр. 146, с измененията), е държавна организационна единица с юридическа правосубектност и управлява финансовите ресурси, предназначени за здравеопазването ( чл. 97, ал. 1 от горепосочения закон).

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

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

## **Словакия**

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

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

Гериатричните грижи се финансират от държавния бюджет.

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

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

## **Португалия**

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

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

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

Гериатричните грижи се финансират частично от националния бюджет и отчасти от потребителите, като мерките постоянно се надграждат, вкл. при изпълнението на Националния план за действие на Португалия за активен живот на възрастните хора и остаряване в добро здраве за периода 2023—2026 г. [10].

## **Нидерландия**

### *Грижи за възрастни хора чрез Програмата WOZO*

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

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

Един от начините за организиране на грижи за възрастни хора в близост до дома е чрез Закона за социалното подпомагане (WMO) чрез общините. Тази подкрепа може да включва, например, дневни грижи, помощ в дома, приспособяване на жилището или немедицински помощни средства, като инвалидна количка или скутер за придвижване. Общините могат да начисляват съпътстващо плащане за помощта по WMO, обикновено максимум 20 евро на месец. Освен това WMO се финансира с пари от данъци, като правителството управлява тези пари и ги изплаща на общината чрез специален общински фонд.

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

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

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

Този закон урежда интензивните грижи за уязвими възрастни хора. Центърът за оценка на здравните грижи (CIZ) преценява дали дадено лице има право на грижи по

Wlz. С индикация за възможност за лечение по Wlz в институция за грижи пациентът получава всички насоки и грижи, от които се нуждае, като например сестрински грижи. Законът за дългосрочните грижи се финансира с национални осигурителни вноски чрез данъка върху доходите и доплащане от пациента.

## **Литва**

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

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

## **България**

През 2023 г. България предприе първите стъпки по темата и през 2025 г. е приета Национална стратегия за гериатрична грижа и остаряване в добро здраве 2030.

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

Стратегическият документ обхваща редица мерки, но в него не са предвидени конкретни мерки по отношение на наличността и последващото осигуряване на достатъчно обучени медицински и немедицински специалисти. Липсва визия за и

оценка на наличните ресурси и инфраструктура, което в значителна степен е в основата на проблема с предоставянето на гериатрични грижи в България, респ. това ще затрудни изпълнението на мерките. Също така, в документа не са дефинирани изрично начините, по които ще се осигури за всеки отделен индивид в тази възраст, специфичната за него грижа, съобразена с индивидуалните му нужди. Необходимо е при изпълнение на Стратегията да се осигурят и допълнителни условия за продължаващо надграждащо обучение на квалифицираните медицински и немедицински специалисти, така че да са подготвени, да разбират и да се справят с проблемите на стареещите хора.

## **V. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ**

### **Палиативни грижи:**

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

### **Гериатрични грижи:**

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

и старческа възраст. Необходимо е да се определят нуждите на старите хора на национално и регионално ниво, като се съпоставят с наличната здравна и социална инфраструктура и наличните медицински и немедицински кадри в отделните региони.

Резултатите от проведения анализ за достъпа до гериатрични грижи в ЕС показват, че повечето държави членки в ЕС вече са въвели редица мерки за осигуряване на адекватно ниво на грижи за възрастните пациенти. В България са въведени, както и предвидени, нови мерки по отношение на организацията и предоставянето на този тип грижи. Основен фактор, който се очаква да повлияе негативно върху самото изпълнение на стратегическия документ в областта на гериатрията, е липсата на ясна визия и мерки в него по отношение на осигуряването на достатъчно обучен медицински и немедицински персонал, който да посрещне така специфичните нужди на възрастните пациенти.

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

## VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социалната картина в целия свят очертава една трайна тенденция на увеличаване броя на възрастните хора. „Демографски срив“ е един от термините, чрез които образно се изразяват тенденциите за застаряване на европейското население.

Застаряващото население на ЕС и тенденцията към преобладаване на хроничните заболявания в тези възрастови групи има огромно влияние върху търсенето на дългосрочни грижи. В контекста на последното прозира необходимостта от достатъчно и подходящо подготвен персонал за осигуряване на грижи в края на живота.

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

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

Качеството на живота на възрастните пациенти е многоаспектно и включва физическото, социалното и психологическото състояние. Осигуряването на удължен живот с високо качество и достоен край на живота се приоритизира във все повече здравни системи. Темата за удължаване на живота с добро качество придобива все по-важно значение и следва да заеме приоритетно място в здравната политика и у нас.

За интегриране на гериатричните и палиативните грижи в здравеопазването на България са необходими обществени консултации за постигане на консенсусни решения и тяхното въвеждане и изпълнение. Грижите в края на живота са съществен елемент от т. нар „универсално здравно покритие“ и трябва да имат приоритетно място в здравните политики. В България интегрирането на хосписите в здравната система може да способства за осигуряване на достъп до качествени и навременни грижи в края на живота.

Опитът на останалите държави членки може да бъде ценен ресурс и резултатите от настоящото проучване да бъдат използвани за разработване на необходимите национални мерки.

## **VII. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ**

### ***1. Изводи относно палиативните грижи:***

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

За ефективно интегриране на палиативните грижи, България трябва да:

- 1.1. Осигури законодателни изменения и подготовка на конкретно измерими и адекватни на нуждите на обществото цели и политики, които включват палиативните грижи не само в законодателната рамка, но и в стратегическите документи на страната, и в националните здравни бюджети;
- 1.2. Гарантира, че НРД включват палиативните грижи като компонент;
- 1.3. Гарантира, че палиативните грижи са част от всички здравни услуги и същите се предоставят от специализирани/мултидисциплинарни екипи, включително в хосписите в страната;
- 1.4. Осигури достъп до палиативни грижи за всички уязвими групи, включително деца и възрастни хора;

1.5. Ангажира университетите, университетските болници, Министерство на образованието и науката и подчинените му структури за обмисляне създаването на специалност по „палиативна медицина“;

1.6. Осигури възможности за обучение по палиативни грижи за медицински и немедицински персонал;

1.7. Разработи, утвърди и осигури прилагането на стандарт за хоспис/палиативни грижи.

## *2. Изводи относно гериатричните грижи*

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

медицинските и немедицинските специалисти при лечение на лица в напреднала и старческа възраст;

- Необходимо е да се определят нуждите на старите хора на национално и регионално ниво, като се съпоставят с наличната здравна и социална инфраструктура и наличните медицински и немедицински кадри в отделните региони.

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

2.1. Продължи усилията на здравния сектор и да надгради предвидените дейности в стратегическия документ на страната за гериатричните грижи.

2.2. Анализира необходимостта от въвеждане на мерки за осигуряване на достатъчен брой лекари по специалност „Гериатрична медицина“;

2.3. Ангажира на университетите, университетските болници, Министерство на образованието и науката и подчинените му структури за допълнителни мерки за обучения, както на студентите по медицина и по професионално направление „Здравни грижи“, така и на наетия вече персонал, полагащ грижи за лица в напреднала и старческа възраст.

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

### ***3. Препоръки***

#### **Към Министерство на здравеопазването:**

- Осигуряване на законодателни изменения и подготовка на конкретно измерими и адекватни на нуждите на обществото цели и политики, които включват палиативните грижи не само в законодателната рамка, но и в стратегическите документи на страната, и в националните здравни бюджети;
- Гарантиране, че НРД включват палиативните грижи като компонент;

- Осигуряване на възможности за обучение по палиативни и гериатрични грижи за медицински и немедицински персонал;
- Да разработи, утвърди и осигури прилагането на стандарт за хоспис/палиативни грижи.
- Да въведе мерки за обезпечаване наличността на специалисти по „Гериатрична медицина“.

**Към Министерство на труда и социалната политика:**

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

**Към Министерство на образованието и науката:**

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

**Към съсловните организации БЛС, БЗС, БАПЗГ:**

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

**Към медицинските университети:**

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

**Към средствата за масова информация (медиите):**

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

## **VIII. ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

### **1. Приноси с теоретично-познавателен и методичен характер**

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

### **2. Приноси с приложен характер**

- Формулирани са **предложения за практически мерки за създаване на устойчив модел** за разширяване на достъпа на българския пациент до палиативни и гериатрични грижи, съобразен с добрите европейски практики.
- Направена е съпоставка между стратегически документи, законодателна рамка и реално прилагани практики в България и други държави членки на ЕС,

**позволяваща идентифициране на пропуски и възможности за въвеждане на доказано работещи подходи.**

- **Изработена е програма за обучение "Основи на палиативните и гериатричните грижи"** за повишаване знанията на студентите по медицина и по професионално направление „Здравни грижи“.

## **IX. ПРИЛОЖЕНИЯ**

*Приложение № 1*

**ПРОГРАМА ЗА ОБУЧЕНИЕ "ОСНОВИ НА ПАЛИАТИВНИТЕ И ГЕРИАТРИЧНИТЕ ГРИЖИ"**

**1. Целта на програмата:** Формиране на знания за съдържанието на физическите, психологическите, духовните компоненти на предоставянето на палиативни и гериатрични грижи за пациенти и техните близки.

**2. Планирани резултати от обучението:**

- обучаемите трябва да знаят същността на съдържанието на палиативните грижи;
- обучаемите трябва да разбират основните обекти на палиативните грижи;
- обучаемите трябва да разбират философията и спецификите на гериатрията

**3. Категория на обучавани:** Студенти по медицина и по професионално направление „Здравни грижи“

**4. Продължителност на обучението** - 32 часа.

**5. Формата на обучение** - редовна с почивка от работа.

**ПРОГРАМА**

**1.** Качество на живот при палиативни грижи.

**2.** Съотношението на медицински, психологически и социални компоненти в процеса на предоставяне на палиативни грижи на пациента и неговите роднини.

**3.** Основи на гериатричната медицина

**4.** Медико-социални проблеми на стареенето и старостта

<b>ИМЕ НА МОДУЛА, ТЕМА</b>	<b>ОБЩО ЧАСОВЕ</b>	<b>ЛЕКЦИИ</b>	<b>ПРАКТИК А</b>
<b>1. Качество на живот при палиативни грижи.</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>3</b>

1.1. Палиативни грижи за пациента и неговите роднини	4	2	2
1.2. Качество на живот на пациента: същност, концепция, оценка.	4	3	1
<b>2. Съотношението на медицински, психологически и социални компоненти в процеса на предоставяне на палиативни грижи на пациента и неговите роднини.</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
2.1. Съотношението на медицински, психологически и социални компоненти в системата за палиативни грижи.	4	3	1
2.2. Психологически затруднения при субектите за палиативни грижи.	4	3	1
<b>3. Основи на гериатричната медицина</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
3.1. Ендокринна система и стареене. Заболявания на сърдечно-съдовата система в напреднала и старческа възраст	4	2	2
3.2. Храносмилателна и отделителна системи и стареене. Заболявания на дихателната система в напреднала и старческа възраст	4	2	2
<b>4. Медико-социални проблеми на стареенето и старостта</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
4.1. Демографски процеси на „остаряване” на населението	4	3	1
4.2. Геронтопсихиатрия и хигиена на храненето в напреднала и старческа възраст	4	3	1
<b>Общо</b>	<b>32</b>	<b>23</b>	<b>9</b>
<b>УСЛОВИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА ПРОГРАМАТА</b>			

1. Материално-технически условия - учебни занятия в университетска среда и практика в лечебни заведения.
2. Учебно-методическа и информационна подкрепа на програмата - (учебно-методически материали (учебници, учебни ръководства, периодични издания, и др.)

*Приложение № 2*

*Анкета с държави членки на ЕС*

**Въпроси:**

1. Каква организация е създадена във Вашата държава за предоставяне на палиативни грижи – във всяко лечебно заведение или само в конкретни – например хосписи или др. - се предоставя?
2. Финансира ли Вашата държава чрез националния си бюджет палиативните грижи?
3. Осигурено ли е друго целево финансиране (чрез КП или друго) за изпълнение на палиативната грижа в хосписи?
4. Как е организирано предоставянето на гериатрични грижи във Вашата държава?
5. Финансира ли Вашата държава чрез националния си бюджет гериатричните грижи?
6. Можете ли да цитирате конкретна законова разпоредба по отношение на уредбата на хосписите и палиативните/хосписните грижи, както и за гериатричните грижи?
7. Можете ли да ни изпратите линк към релевантното законодателство, независимо на какъв език.

## **Х. НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ**

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

## XI. БИБЛИОГРАФИЯ

1. Черкезов, Т., Нарастваща необходимост от хосписи за възрастни пациенти в зависимо състояние, сп. Медицински меридиани, бр.1, 2016 г., стр. 36-41;
2. Мавров, М., Правни аспекти на общественото здравеопазване в условията на пандемичните ефекти при заразните болести, 2023, с. 59-129;
3. Александрова, С. Мястото на хосписите в системата на здравеопазване. Здравен мениджмънт, т. 8, София, 2008, стр. 4 и 5.;
4. Александрова, С. Хосписни грижи. Мениджмънт и етика. Издателски център на ВМИ-Плевен, 2002, с.143;
5. Александрова, С., Хосписни грижи мениджмънт и етика, Издателски център МУ - Плевен, 2005, стр. 71-76 ISBN 954 - 756 - 047 – 6
6. Александрова, С. Хосписни и палиативни грижи. Световна практика и опит в България, 2009;
7. Черкезов, Т., Медико-социални аспекти на грижите за възрастните хора в Кърджалийска област, научна конференция „Възрастните хора като ресурс в развитието” София, 24 септември, 2015г., сборник, 2016г., стр. 366 - 377
8. Борисов, В. Здравен мениджмънт – новата азбука на здравния мениджмънт. 2009, 320 с.
9. Борисов, В. Мостове между клиничната медицина и социалната медицина (социални аспекти на респираторната медицина) - Национален симпозиум „110 години вдъхновение и грижи за белодробно болните в България“, Троян, 4 -5 юли 2015 г.
10. Борисов, В. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. С., 2006, 320с.
11. Борисова, Б. Маршрутът на пациента – индикатор за организация и качество на медицинската помощ - Здравна политика и мениджмънт, 2014, 2, 24-29.
12. Българска асоциация по палиативни грижи <http://www.bapcbg.org/index1.html>
13. Български център за нестопанска право. Програмен и аналитичен център за европейско право (2003). Хосписите в България и Европейския съюз. Действаща

14. Български център за нестопанско право; Програмен и аналитичен център за европейско право (2003). Хосписите в България и Европейския съюз, <http://www.bcnl.org/uploadfiles/documents/socialno%20dogovanrane/hospices2014.pdf>
15. Воденичаров, Ц. Десетте принципа на медика и мениджъра. 2010, 100 с.
16. Воденичаров, Ц. Здравна политика, основана на доказателства. – Здравна политика и мениджмънт, 2009, 3-8.
17. Воденичаров Ц. Нови акценти в здравеопазването. Здравен мениджмънт, 2001,1, 2-3.
18. Воденичаров Ц., Янакиева А., Сиджимова Д., Димитров Т.; Потребност от услугата „Медицински патронаж в домашни условия“. Здравна политика и мениджмънт, 2011, том 11, № 4, 21-27
19. Черкезов, Т., Б. Борисова, Регионалните здравни приоритети – специфично отражение на националната здравна политика, сп. „Медицински меридиани“, бр.3, 2013г., стр. 34-39
20. Генов, Стр. Подходи за ефективен мениджмънт на ресурсите в медицинска помощ в условията на здравно осигуряване. Дисертация 2006.
21. Георгиева Л., Попова С. Потребности от първична медицинска помощ на възрастните хора след активно стационарно лечение, Здравна политика и мениджмънт, 8, 2008, № 5, 87-93
22. Георгиева Л., Тончева С. Потребности от персонални грижи на възрастните хора след активно стационарно лечение, Здравни грижи, 7, 2009, № 2, 5-11
23. Гладилев, Ст., Н. Велева. Търсене и предлагане в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2005, 1, 32-36.
24. Трифонова, Д., Д. Мишкова, М. Димитрова, Н. Шабани, Хосписите в България и Европейския съюз. Действаща нормативна уредба. Сравнителноправен анализ. Фондация “Отворено общество“, София, 2003;
25. Петрова, Зл., В. Младенова, Л. Герзилова. Качество на болничната медицинска помощ през погледа на пациенти и лекари - Здравен мениджмънт, 4, 2004, № 3, 33-37.

26. Гошева, Д., Хосписът - първи стъпки и нестандартни решения. Здравен мениджмънт, vol.1,1, 2001, 39-41;
27. Иванова, З. И Косев, И. – Личност и професия, С. 1976, с.136;
28. Институт по демография – 3-4, 1995, стр. 108-126
29. Карамитев, З.,Т. Черкезов, Интегриране на медико-социални и палиативни грижи в МБАЛ”Д-р Ат. Дафовски”- АД чрез институционализиране на хоспис. Национална научна конференция с международно участие “Наука и общество 2017”, 5-6.10.2017г., СУБ-Кърджали, сборник,стр.132-139
30. Карамитев, З.,Т. Черкезов, Удовлетвореност на пациентите от качеството и достъпността на хосписните грижи в хоспис „Добролюбие” - Кърджали, Национална научна конференция с международно участие Наука и общество 2019, СУБ-Кърджали, 2-3 октомври 2019, сборник научни трудове, том 7, стр.83-90
31. Карамитрева, П. Палиативни грижи, Ръководство за обучение на медицински сестри и акушерки, Пловдив, 2005, стр 11-19
32. Кр. Визев, Ж. Павлова, С. Максимова, А. Пиперов - Психосоматично състояние на инвалиди, настанени в пансион за възрастни и стари хора (ПВСХ), Социална Медицина - 3, 1996, стр. 19-21
33. Асенова, Р. и автр., Пациент - центриран подход при гериатричен пациент в общата медицинска практика, Лакс Бук 2018, стр. 9-11
34. Балканска, П. Психосоциална и здравна перспектива на остаряването – реалности и възможности за успешно стареене. Science & Technologies 2012; стр. 26-28
35. Балканска, П., Приложна психология в медицинската практика, Булвест 2000 2005
36. Воденичаров, Ц. Медицинска етика, Изд.Мнемозина,1995
37. Centeno C, Clark D, Lynch T et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. Houston: IAHPC Press, 2007.
38. Медицински стандарт „палиативни грижи“, Списание FOLIA PALLIATRICA 2017/I, с. 12-37, ISSN 2535-0463 [https://emanet.org/wp-content/uploads/2017/12/Folia\\_Palliatrica\\_2017\\_vol\\_I.pdf](https://emanet.org/wp-content/uploads/2017/12/Folia_Palliatrica_2017_vol_I.pdf)
39. Clinical Standards Board for Scotland. Clinical Standards for Specialist Palliative Care. Edinburgh: NHS Scotland; 2002.

40. Препоръка на Съвета на Европа  
[https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24\\_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)
41. National hospice and palliative care organization <https://www.nhpco.org/hospice-care-overview/history-of-hospice/>
42. European association for palliative care, <https://www.eapcnet.eu/eu-funded-palliative-care-research/>
43. Global atlas on palliative care at the end of life. London: World Hospice and Palliative Care Alliance; 2014.
44. Griffith, John R.; White, Kenneth R. The revolution in hospital management. - Journal of Healthcare Management, May 1, 2005.
45. Методично указание № 3 от 29. 03. 2000г. за устройството и дейността на лечебното заведение хоспис.
46. Ламбрева, Д., Палиативни сестрински грижи, София, 2015, с. 9
47. Национална карта на дългосрочните нужди от здравни услуги  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2023/01/10/22rh1073pr.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2023/01/10/22rh1073pr.pdf)
48. Икономически и социален съвет, Република България; Становище на тема „Европейската стратегия за полагането на грижи – насоки за приложението ѝ в България“ [https://esc.bg/wp-content/uploads/2023/04/ESC\\_4\\_033\\_2023.pdf](https://esc.bg/wp-content/uploads/2023/04/ESC_4_033_2023.pdf)
49. Европейска стратегия за полагане на грижи  
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&furtherNews=yes&newsId=10382#navItem-relatedDocuments>
50. Препоръка на Съвета относно достъпа до финансово приемливи висококачествени дългосрочни грижи  
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&furtherNews=yes&newsId=10382#navItem-relatedDocuments>
51. Европейски парламент, Социалната политика на ЕС - състояние и предизвикателства  
<https://www.europarl.europa.eu/topics/bg/article/20170616STO77648/sotsialnata-politika-na-es-sstoianie-i-predizvikelstva>

52. Constitution of the Republic of Bulgaria <https://www.parliament.bg/bg/const>
53. Health Act <https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2135489147>
54. Medical Establishments Act <https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2134670848>
55. Health Insurance Act <https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2134412800>
56. Social Services Act <https://lex.bg/laws/ldoc/2137191914>
57. Personal Data Protection Act <https://www.cdpd.bg/en/index.php?p=element&aid=1194>
58. Ordinance No 1 of 27 February 2013 on the provision of medico-statistical information and information on the medical activity of medical institutions to the Minister of Health [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/04/17/naredba1-ot-27-02-2013g-mediko-statisticheska-informatsia-deinost-lecebni-zavedenia.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/17/naredba1-ot-27-02-2013g-mediko-statisticheska-informatsia-deinost-lecebni-zavedenia.pdf)
59. Ordinance No 21 of 18 July 2005 on the procedure for registration, notification and reporting of communicable diseases  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/04/17/naredba-21-ot-2005g-spisak-zarazni-bolesti-red-registratsia.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/17/naredba-21-ot-2005g-spisak-zarazni-bolesti-red-registratsia.pdf)
60. Ordinance No. N-2 of 26 May 2022 on the conditions and procedure for conducting diagnosis, prevention and control of COVID-19  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2022/05/31/naredban-2-26-05-2022-covid-19.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2022/05/31/naredban-2-26-05-2022-covid-19.pdf)
61. Occupational Health and Safety Act <https://lex.bg/laws/ldoc/2134178305>
62. Protection against Discrimination Act <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135472223>
63. Ordinance No 24 of 7 July 2004 establishing the medical standard “Psychiatry”  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/04/17/naredba24-ot-07-07-2004g-meditsinski-standart-psihiatria.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/17/naredba24-ot-07-07-2004g-meditsinski-standart-psihiatria.pdf)
64. Ordinance No 1 of 2007 on the conditions and procedures for carrying out medical activities related to the treatment of persons with mental disorders  
<https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135542410>
65. Ordinance on the quality of social services  
<https://www.lex.bg/bg/mobile/ldoc/2137223813>
66. Ordinance on medical expertise <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135678969>
67. Ordinance on implementing the right of access to medical aid  
[https://lex.bg/laws/ldoc/2135527794/;](https://lex.bg/laws/ldoc/2135527794/)

68. Ordinance No. 3 of 2019 on medical activities outside the scope of compulsory health insurance for which the Ministry of Health subsidizes medical facilities, and on the criteria and procedure for subsidizing medical facilities  
<https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2137192395>;
69. Ordinance No. 2 of March 27, 2019 on medical and other services under Art. 82, para. 1a and 3 of the Health Act and on the terms and conditions for their approval, use and payment  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2019/03/29/naredba\\_2\\_ot\\_27\\_mart\\_2019\\_g.pdf?fbclid=IwAR2bX-gU2c wd1KyIwOw-iqIq5beEKnx5OLNDunvoHxZlzCnmwUkR44UI3SA](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2019/03/29/naredba_2_ot_27_mart_2019_g.pdf?fbclid=IwAR2bX-gU2c wd1KyIwOw-iqIq5beEKnx5OLNDunvoHxZlzCnmwUkR44UI3SA);
70. Ordinance no. 9 of December 10, 2019 on the delivery of the package of health activities guaranteed by the budget of the National Health Insurance Fund  
<https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2137198316>;
71. Ordinance No. 8 of November 3, 2016 on preventive examinations and dispensation  
<https://lex.bg/en/laws/ldoc/2136933195>;
72. Ordinance No. 6 of June 7, 2018 for the approval of the medical standard "Medical Oncology"  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2018/06/22/naredba\\_med\\_standart\\_onkologia.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2018/06/22/naredba_med_standart_onkologia.pdf)
73. Ordinance No. 49 of October 18, 2010 on the basic requirements that must be met by the structure, operation and internal order of medical institutions for hospital care and homes for medical and social care  
<https://lex.bg/laws/ldoc/2135699714>;
74. Ordinance No. 21 of 18 July 2005 on the procedure for registration, notification and reporting of communicable diseases  
<https://lex.bg/laws/ldoc/2135508238>;
75. Ordinance No. 9 of November 17, 2011 on the procedure for reporting, investigating and registering a foodborne disease outbreak and the procedure for taking samples when conducting the epidemiological survey

- [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/04/17/naredba8-ot-17-11-2011g-hranitelno-zaboliavane.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/17/naredba8-ot-17-11-2011g-hranitelno-zaboliavane.pdf);
76. Ordinance No. 15 of May 12, 2005 on immunizations in the Republic of Bulgaria  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/04/17/naredba15-ot-12-05-2005g-imunizatsiite-v-republika-bulgaria.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/17/naredba15-ot-12-05-2005g-imunizatsiite-v-republika-bulgaria.pdf);
77. Ordinance No. 24 of 7 July 2004 on approval of the medical standard "Psychiatry"  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2015/04/17/naredba24-ot-07-07-2004g-meditsinski-standart-psihiatria.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/17/naredba24-ot-07-07-2004g-meditsinski-standart-psihiatria.pdf);
78. Ordinance No. 1 of January 22, 2015 on acquiring a specialty in the health care system  
<https://lex.bg/laws/ldoc/2136417712>;
79. Ordinance on the standards for the remuneration of employees performing social service provision activities that are financed from the state budget (in force from 1 January 2022) <https://asp.government.bg/uploaded/files/5634-NAREDBAzastandartitezazaplasanetrudanaslujiteliteosysestvqvasidejnostipopredostavqnen.pdf>;
80. National Strategy for Mental Health of the Citizens of the Republic of Bulgaria 2021-2030 [https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2021/11/02/21rh388pr1.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/11/02/21rh388pr1.pdf);
81. National Strategy for Child and Adolescent Health and Pediatric Care 2021-2030  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2023/10/13/natsionalna\\_strategia\\_za\\_detsko\\_i\\_iunoshesko\\_zdrave\\_i\\_pediatrichna\\_grizha\\_2030.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2023/10/13/natsionalna_strategia_za_detsko_i_iunoshesko_zdrave_i_pediatrichna_grizha_2030.pdf);
82. Action Plan for the period 2022-2027 for the National Long-Term Care Strategy  
<https://www.mlsp.government.bg/uploads/35/sv/action-plan-ltc-2022-2027-final-1.pdf>;
83. National Beating Cancer Plan 2027  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2023/01/10/23rh003pr.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2023/01/10/23rh003pr.pdf);
84. 5. National Strategy for e-Health and Digitalization of the Health System 2030 and Action Plan for the Implementation of the National Strategy for e-Health and Digitalization of the Health System 2030  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2023/09/12/natsionalna\\_strategia\\_ezdraveopazvane.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2023/09/12/natsionalna_strategia_ezdraveopazvane.pdf);

85. National Anti-Drug Strategy 2020-2024  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2020/11/11/natsionalna\\_strategia\\_n\\_v-2020-2024\\_final1.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2020/11/11/natsionalna_strategia_n_v-2020-2024_final1.pdf);
86. The National Program for the Prevention of Chronic Non-communicable Diseases 2021-2025, adopted by Decision No. 552 of the Council of Ministers of 2021  
[https://www.mh.government.bg/media/filer\\_public/2021/08/09/nacionalna-programa-prevenicq-hnb-2021-2025\\_htc24ZU.pdf](https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2021/08/09/nacionalna-programa-prevenicq-hnb-2021-2025_htc24ZU.pdf).
87. OECD, Who cares? Attracting and Retaining Care Workers for Elderly  
[https://www.oecd-ilibrary.org/sites/92c0ef68-en/index.html?itemId=/content/publication/92c0ef68-en&\\_csp\\_=50980b2bb9059e51e350f213ee338dac&itemIGO=oecd&itemContentType=book](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/92c0ef68-en/index.html?itemId=/content/publication/92c0ef68-en&_csp_=50980b2bb9059e51e350f213ee338dac&itemIGO=oecd&itemContentType=book)
88. OECD, The effectiveness of social protection for long-term care in old age. Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs? [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-effectiveness-of-social-protection-for-long-term-care-in-old-age\\_2592f06e-en#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-effectiveness-of-social-protection-for-long-term-care-in-old-age_2592f06e-en#page1)
89. OECD, Affordability of long-term care services among older people in the OECD and the EU <https://www.oecd.org/health/health-systems/Affordability-of-long-term-care-services-among-older-people-in-the-OECD-and-the-EU.pdf>
90. OECD, Improving the lives of people with dementia  
<https://www.oecd.org/health/health-systems/Leaflet-Improving-the-lives-of-people-with-dementia-2018.pdf>
91. Providing long-term care: Options for a better workforce  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/issr.12310>
92. OECD, A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age\\_9789264194564-en#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en#page1)
93. OECD, Designing value-based health systems for patients: The example of pain control and palliative care <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/c777e931-en/index.html?itemId=/content/paper/c777e931-en>

94. Knaul FM, Horton R, et al (2015), "Closing the divide: The Harvard Global Equity Initiative–Lancet Commission on Global Access to Pain Control and Palliative Care", The Lancet, 8 March <http://bit.ly/1D0j2Mm>
95. Knaul FM (2013), "Closing the Global Pain Divide", Huffington Post, 25 September [http://www.huffingtonpost.com/felicia-m-knaul/closing-the-global-pain-divide\\_b\\_3963838.html](http://www.huffingtonpost.com/felicia-m-knaul/closing-the-global-pain-divide_b_3963838.html)
96. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/?uri=CELEX:52022DC0441>
97. Дългосрочни грижи в Европейския съюз, брошура, Служба за официални публикации на Европейските общности, 2008 г., 1-16 стр.  
[https://chrdri.net/sites/default/files/uploads/elibrary/05/Brochure\\_LTCBis\\_BG\\_081013.pdf](https://chrdri.net/sites/default/files/uploads/elibrary/05/Brochure_LTCBis_BG_081013.pdf)
98. Стратегия на ЕС в областта на световното здравеопазване  
[https://health.ec.europa.eu/internationalcooperation/global-health\\_bg](https://health.ec.europa.eu/internationalcooperation/global-health_bg)
99. Европейска комисия, Европейски здравен съюз  
[https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union\\_bg](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_bg)
100. Конституция на СЗО <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
101. <https://www.mh.government.bg/bg/>
102. Минев, [https://www.researchgate.net/publication/351784414\\_Universalnoto\\_zdravno\\_pokritie\\_i\\_vrzkata\\_mu\\_s\\_ocenkata\\_na\\_funkcioniraneto\\_na\\_zdravnata\\_sistema](https://www.researchgate.net/publication/351784414_Universalnoto_zdravno_pokritie_i_vrzkata_mu_s_ocenkata_na_funkcioniraneto_na_zdravnata_sistema)
103. НЗОК <http://www.nhif.bg/>
104. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
105. White Book for Global Palliative Care Advocacy  
<https://www.academyforlife.va/content/dam/pav/documenti%20pdf/2019/White%20Book/WHITE%20BOOK%20English02%2025Apr19.pdf>
106. Kiran Ghimire; Ranjan Dahal; Geriatric Care Special Needs Assessment  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570572/>

107. Европейска стратегия за полагане на грижи  
[https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/bg/ip\\_22\\_5169](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/bg/ip_22_5169)
108. Анализ „Хосписите в България и в Европейския съюз“, Български център за нестопанско право  
<https://bcnl.org/uploadfiles/documents/socialno%20dogovanrane/hospices2014.pdf>
109. НСИ <https://www.nsi.bg/bg>
110. Европейски здравен съюз [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union\\_bg](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_bg)
111. Ерата на изкуствения интелект и нашето човешко бъдеще, Хенри Кисинджър, 2024 г.
112. НСИ, статистика брой хосписи и разкрити легла  
<https://www.nsi.bg/bg/content/3311/211-%D0%BB%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%B1%D0%BD%D0%B8-%D0%B8-%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%B8-%D0%B7%D0%B0%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D0%BD%D0%B0-3112>
113. ООН, ЦУР [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/sustainable-development-goals/eu-and-united-nations-common-goals-sustainable-future\\_bg](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/sustainable-development-goals/eu-and-united-nations-common-goals-sustainable-future_bg)
114. Регламент на Европейския парламент и на Съвета относно сериозните трансгранични заплахи за здравето и за отмяна на Решение № 1082/2013/ЕС  
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/bg/TXT/?uri=CELEX:32022R2371>
115. Регламент на Европейския парламент и на Съвета за изменение на Регламент (ЕО) № 851/2004 за създаване на Европейски център за превенция и контрол на заболяванията  
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/PDF/?uri=CELEX:32023R1322>
116. HERA [https://health.ec.europa.eu/health-emergency-preparedness-and-response-hera\\_en](https://health.ec.europa.eu/health-emergency-preparedness-and-response-hera_en)

117. По-здрави заедно – инициатива на ЕС за незаразните болести  
[https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative\\_bg](https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative_bg)
118. Препоръка в подкрепа на усилията на държавите членки за предотвратяване на раковите заболявания чрез ваксинация  
[https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/bg/IP\\_24\\_519](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/bg/IP_24_519)
119. Стратегически документи в областта на здравеопазването  
<https://old.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/strategii/nacionalna-zdravna-strategiya-2030/>
120. Стратегически документи в социалната сфера  
<https://www.mlsp.government.bg/strategii>
121. [www.who.int/cancer/palliative/definition/en](http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en)
122. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>
123. КП 297 <http://www.doctorbg.com/page.php?id=2530>