

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ВАРНА
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ
КАТЕДРА „ИКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ НА
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО”

ГАЛИНА РУМЕНОВА ПЕТРОВА

СТРАТЕГИЧЕСКИ ИЗБОР И МОДЕЛ ЗА
ИНТЕГРИРАНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ В
РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ В УСЛОВИЯТА НА
ЧЛЕНСТВОТО НИ В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
“ДОКТОР”

НАУЧНА СПЕЦИАЛНОСТ:

Организация и управление извън сферата на материалното
производство

ВАРНА
2012 г.

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ВАРНА
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ
КАТЕДРА „ИКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ НА
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО”

ГАЛИНА РУМЕНОВА ПЕТРОВА

Стратегически избор и модел за интегрирани здравни грижи в
Република България в условията на членството ни в Европейския
съюз

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд
за присъждане на образователна и научна степен “доктор” по
научна специалност 05.02.24 “Организация и управление извън
сферата на материалното производство”

Научен ръководител: доц. Тодорка Костадинова, д.и – Варна

Официални рецензенти: проф. д.ик.н Юлия Узунова- Варна,
Доц. Александър Вълков, д.и - София

ВАРНА
2012 г.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за защита от разширено заседание на на катедра «Икономика и управление на здравеопазването» при Медицински Университет – Варна.

Дисертационният труд съдържа 163 стандартни страници и е структуриран в три глави. Включва 20 фигури, 27 таблици и 18 бр. приложения. Библиографията се състои от 141 източника, от които 21 на кирилица и 120 на латиница.

Публичната защита ще се състои наот часа в зала.....

Материалите по защитата са на разположение на интересувашите се в Научен отдел на МУ Варна

I. Обща характеристика на дисертационния труд

1. Актуалност на темата

Изборът на темата на дисертационния труд е свързан с няколко обстоятелства:

1. През последните десетилетия хроничните заболявания представляват значителна заплаха за здравето на населението и се превръщат във все по-голямо предизвикателство за здравните грижи. В световен мащаб, хроничните заболявания причиняват около 60% от всички смъртни случаи, като се очаква този процент да нарастне със 17% за следващите десет години¹²³.

2. Данни от различни източници като СЗО (Световна здравна организация) и НЦОЗА (Национален център по общественото здраве и анализи) сочат, че:

- Детското затлъстяване значително се е увеличило през последните 20 години;
- Диабетните заболявания се увеличават в епидемични размери, а заедно с това и разходите за лечение;
- Смъртността на пациентите с ракови заболявания бележи нарастване;
- Сърдечно – съдовите заболявания са една от водещите причини за смърт;
- Процентът на психично болните пациенти нараства трайно.

3. Хроничните заболявания имат пряко влияние върху здравната система, тъй като повишават търсенето на здравни услуги и разходите за тяхното извършване. Системите на здравеопазване в повечето страни, включително и в България не са адаптирани към тази голяма промяна в търсенето на здравни услуги. В този контекст трябва да се отбележи, че по – голямата част от здравните системи продължават да бъдат организирани основно около активния и епизодичен модел за грижи, въпреки, че той не отговаря на нуждите на пациентите с хронични заболявания.

4. Здравните системи в много страни са под натиск да намаляват административните разходи и да пренасочват спестените средства за диагностични, терапевтични и профилактични цели, поради очакването за по-дълъг живот на пациентите и повишени очаквания към здравните грижи, които получават⁴.

5. Правителствата на различните страни в световен мащаб и конкретно в България търсят варианти да инвестират в решения, които повишават ефективността и намаляват разходите, осигурявайки по-добри грижи за здравето на повече хора. Един такъв подход са интегрираните грижи, които са насочени към оптимизиране на процесите, подобряване използваемостта на ресурсите и увеличаване на ефективността на предоставените здравни грижи.

Ограниченият брой разработки и публикувани материали в специализираната литература, които дискутират възможностите и бариерите за въвеждане на модел за интегрирани грижи при хронично болни пациенти в здравната ни система, поражда необходимостта от разработването на концептуален модел за интегрирани грижи съобразен с българските условия.

¹ Попова Ст., Социална медицина, учебник за студенти по управление на здравни грижи, Стено, Варна, 2010, 78-96, 143 с.; 86-96

² WHO. Innovative Care for Chronic Conditions: building blocks for action. Global report. Geneva: WHO/NMC/CCH; 2002

³ WHO. Health Systems: Improving Performance, The World Health Report, 2011

⁴ Scott R. Organizations: Rational, natural and open systems. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1992

2. Основна теза и микротези

Изследователската теза е основана на разбирането, че: разпокъсаността на услугите и липсата на координация е сериозен проблем при осигуряване на грижи за пациенти с хронични заболявания в България. Въвеждането на интегрирани грижи ще допринесе за по-добра комуникация и координация между доставчиците на грижи, както и реални ползи за потребителите.

Първата изследователска микротеза е, че интегрираните грижи обикновено са фокусирани върху връзките между първичната и специализираната грижа, и между здравния и социалния сектор.

Втората микротеза е свързана с непрекъснатостта на грижите, която е от особено значение при пациентите с хронични заболявания. Това често изисква участието на различни специалисти и добра комуникация и координация между различните заинтересовани страни.

3. Обект, предмет и ограничения на изследването

Предвид на всичко това обект на изследването са организацията и развитието на структурите и инструментите за интегрирани грижи, обусловени от реформирането на здравните системи и от адаптирането им към съвременните тенденции и развитието на здравеопазването. Изследванията и сравненията в международен план налагат представата, че интегрираните грижи са средство за подобряване на достъпа, намаляване на разходите и предоставяне на грижи с високо качество за пациенти с хронични заболявания и/или комплексни нужди.

Предмет на изследване на дисертационния труд са развитието и адаптирането на моделите за интегрирани грижи в Европа и света в последните двадесет години.

Дисертационният труд не покрива всички аспекти на изследвания проблем и е фокусиран главно върху организационните и функционалните страни на интегрираните грижи. Настоящото изследване е подчинено на няколко ограничения. Първото от тях произтича от целенасочения изследователски интерес към **интегрираните грижи като елемент на** здравната система. В този смисъл термините “интегриране на грижите”, „модел на интегрирани грижи”, „интеграция на грижите”, са използвани не съвсем коректно като синоними.

Второто ограничение се отнася до стратегическия избор. Изследването не анализира подробно процеса на стратегически избор, а се акцентира повече на моделите за интегрирани грижи. Това е свързано с факта, че България е член на Европейския съюз от 2007 година и стратегическия избор на европейските страни членки по посока на интегрираните грижи, вече е известен. Основно европейските модели функционират на регионален принцип. Този подход е възприет и в настоящото изследване което се ограничава до Североизточен район на планиране.

Третото ограничение е свързано с финансовите аспекти на интегрираните грижи, които не се разглеждат в настоящата дисертация.

4. Цел, задачи и методика на изследването

Целта на настоящата дисертация е на база на примери от световната практика да се разработи модел за интегрирани грижи при пациенти с хронични заболявания и/или комплексни нужди.

За постигането на тази цел са формулирани и изпълнени следните изследователски задачи:

1. Да се представят същностните характеристики на интегрирани грижи и да се идентифицират факторите, които насърчават или възпрепятстват развитието на интегрирани грижи.
2. Да се проучат и представят международните практики и програми за интегрирани грижи.
3. Да се проучат възможностите и бариерите за въвеждане на модел за интегрирани грижи в България.
4. Да се изведе алгоритъм за приложението на концептуален модел за интегрирани грижи в български условия.
5. Да се верифицира модела чрез сравняване на основните му компоненти със съществуваща практика.

За методологическа база сме използвали контент анализ – систематизиране и анализиране на информацията от литературните източници; статистически методи – корелационен анализ, структурен анализ; метод на експертната оценка; анализ на силните и слабите страни, възможностите и заплахите (SWOT анализ); анкетно проучване със структуриран въпросник.

Настоящият труд се основава на анализа на българска и чужда литература, в т.ч. книги, статии, публикации, посветени на проблемите по интегрирани грижи и моделите за тях, както и на данните от поетапното анкетно проучване за възможностите за въвеждане и развитие на интегрирани грижи в България.

Източници на данни: в разработването на дисертационния труд е използвана информация от Националния статистически институт (НСИ), Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА), Националната здравно-осигурителна каса (НЗОК). Данните от анкетното проучване са обработени със статистическа програма SPSS версия 15.

Обем и структура на изследването

Дисертационният труд е в размер на 163 стандартни страници и се състои от въведение, три глави, заключение, препоръки и използвана литература в обем на 141 източника. В текста са включени 27 таблици и 20 фигури. Добавени са и 18 приложения.

Съдържанието е разположено в следната последователност:

Въведение

Глава първа. Теоретични основи на интегрираните здравни грижи като елемент на здравната система

1.1. Същност, цели и развитие на здравната система

1.2. Същност и определение за интегрирани грижи

1.3. Организация на интегрираните грижи. Персонал и съвременни технологични фактори

1.4. Фактори, които насърчават или възпрепятстват развитието на интегрирани грижи

1.5. Модели на интегрирани грижи – видове и принципи на създаване

Глава втора. Анализ на международните практики и програми за интегрирани

грижи

2.1. Международни практики за интегрирани грижи

2.2. Европейски програми за управление на болестта

2.3. Основни изисквания към програмите за управление на болестта DMP's

2.4. Силни, слаби страни и възможности за развитие на DMP's програмите

Глава трета. Възможности за развитие и въвеждане на концептуален модел за интегрирани здравни грижи в България

3.1. Необходимост от развитие на концептуален модел за интегрирани грижи

3.2. Проучване на възможностите за въвеждане на модел за интегрирани грижи в България

3.3. Концептуален модел за интегрирани здравни грижи при пациенти с хронични заболявания и/или комплексни нужди в България

3.4 Алгоритъм за прилагане на концептуален модел за интегрирани здравни грижи при пациенти с хронични заболявания и/или комплексни нужди в България

3.5. Българският опит в прилагането на интегрирани грижи при пациенти с хронични заболявания и/или комплексни нужди в България в Център за домашни грижи (ЦДГ) при Български червен кръст (БЧК) Варна – верификация на модела

Основни Изводи

Препоръки

Приноси

Използвана литература

Приложения

Декларация за оригиналност

II. Основни изследователски акценти в дисертационния труд

Глава първа: Теоретични основи на интегрираните здравни грижи като елемент от здравната система

Глава първа има въвеждащ характер по отношение на категориалния апарат на интегрираните грижи като елемент от здравната система. В нея се излагат основни теоретични постановки, правят се терминологични уточнения и се разкрива спецификата на разглежданите въпроси в сферата на здравеопазването. Обръща се внимание на факта, че интегрираните грижи обхващат всички свързани с потребностите на пациентите аспекти – от организацията и управлението им до професионалните умения на доставчиците на тези грижи. Те трябва да се разбират по-

скоро като средство да се подобри достъпът, удовлетвореността на потребителя и качеството на предоставените грижи⁵. Това означава координация и комуникация между различни специалисти от здравните и социални институции⁶. Предизвикателството се състои в това, че всяка от тези области има свой начин на работа, свои системи за управление на информацията и свои процеси. Това доказва необходимостта от трансформиране на досегашните услуги за хронично болните пациенти и развитието на интегрирани грижи.

Постиженията на науката и технологиите наред със социалния напредък в повишаването на жизнения стандарт, образованието и икономиката дават възможност много от дългосрочните и болничните грижи, необходими в миналото, да се прехвърлят изцяло извън болниците. В същото време, по-кратките диагностични и лечебни процедури намаляват продължителността на престоя, увеличават достъпа и качеството на услугите, и позволяват по-голям брой по-скъпи интервенции в същия период от време. Глобалните процеси и развитието на факторите на макросредата в здравеопазването през последните 10 години оказват все по-голям натиск върху промяната на здравните системи в посока към интеграция и предоставяне на интегрирани здравни и социални услуги. Подобряването на координацията и комуникацията в структурите в системите на здравеопазване е от ключово значение за повишаване на ефективността и ползите в процеса на въвеждане на интегрирани грижи⁷.

В този смисъл като съществен елемент на реформите на здравните системи в Европа „интегрираната грижа” се стреми да преодолее традиционното деление между здравна и социална грижа. Като цяло няма универсално определение за интегрирана грижа. В литературата се срещат много и различни определения за нея (таблица 1).

Табл.1 Ключови дефиниции за интегрирани грижи

Оригинален термин/автор	Дефиниция
Интегрирана грижа/ Overtveit (1996) ⁸	Методите и типа на организация, които ще осигурят най-ефективни превантивни и здравеопазващи грижи на онези, които имат най-голяма потребност от здравни грижи и които ще осигурят продължителност на грижата и координация между различните услуги.
Интеграция/ Leutz (1999) ⁹	Опит да се свърже системата от здравни грижи (спешна, първична медицинска и специализирана) с други хуманни системи за грижа (например продължителна грижа, образователни, професионални и надомни услуги) за да се подобрят резултатите (здраве, удовлетворение и ефективност).

⁵ Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. International Journal of Integrated Care 2005;5:3–14

⁶ Dyer J., Collaborative Advantage, New York: Oxford University Press, 2000

⁷ Montenegro H. Integrated health care in the region of the Americas: The view of the Pan American Health Organization. Paper for WHO workshop on integrated care, Barcelona, 2001

⁸ Overtveit, J. Five ways to describe a multidisciplinary team. Journal of Interprofessional Care, 1996, 10 (2), 163-171.

⁹ Leutz W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. The Milbank Quarterly. 1999;77(1):77–110

Интегрирана грижа/ Gröne and Garcia- Barbero (2001) ¹⁰	Концепция, свързваща въвеждането, доставянето, управлението и организацията на услугите, свързани с диагностиката, лечението, грижата, рехабилитацията и поддържането на здраве като начин да се подобрят услугите, свързани с достъпа, качеството, удовлетворението на потребителя и ефективността.
Интегрирана грижа/ Kodner and Spreeuwenberg, (2002) ¹¹	Съгласуван набор от методи и модели за финансиране, администриране, организация, доставка на услуги и клинични нива, проектирани така, че да създадат свързаност, изравняване и взаимодействие в и между секторите за лечение и грижа ... /за да/ подобрят качеството на грижата и качеството на живот, удовлетворението на ползвателите и системна ефективност за пациентите със сложни проблеми, преминаващи през многобройните услуги, доставчици и условия.

Източник: Kodner D. Organizational and clinical models of care – the international experience: What is the evidence?; McGill University-Université de Montréal Research Group on Integrated Services. Conference proceedings: older persons and health care: Who care?; 2001 Nov 30; Montreal: Research Group; 2002

Световната здравна организация дава следното определение за интегрирани грижи: “цялостен и координиран комплекс от услуги планирани, управлявани и прилагани на отделни пациенти или потребители на услугата от различни организации и от различни професионалисти”¹².

При изследване на същността на интегрирани грижи ние възприемаме следното работно определение: “Интегрираните грижи са комплексен набор от планирани и управлявани услуги за определена група пациенти със специфични нужди предоставяни от различни здравни и социални организации, и професионалисти”. Интегрираната грижа служи за подобряване на координацията и комуникацията между различните доставчици и осигуряване на грижи в зависимост от специфичните потребности на пациента.

В тази връзка може да се твърди, че интегрираната грижа има различно значение за различните участници. Според някои автори (Lloyd, Wait) това значение може да се представи по следния начин ^{13 14}:

- **За пациентите интегрираната грижа включва** достъп и осигуряване на последвателна грижа, лесна за управление;
- **За доставчиците е** интердисциплинарна работа в екип, координация на задачите и услугите, осигуряваща достъп до грижата без професионални и институционални ограничения;
- **Мениджърите я възприемат като** контрол от комбинирани финансови потоци; координация на организационни цели и задачи за изпълнение; управление на комплексни организационни структури и взаимоотношения между агенциите, които я предоставят.

¹⁰ Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. International Journal of Integrated Care. 2001 Jun 1;1

¹¹ Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. International Journal of Integrated Care. 2001 Jun 1;1

¹² WHO. Health Systems:Improving Performance, The World Health Report, 2011

¹³ Lloyd J, Wait S. Integrated care: a guide for policymakers. London: Alliance for Health and the Future; 2005

¹⁴ Marriott, J. and A.L. Mable. 1998. "Integration: Follow Your Instincts, Ignore the Politics, and Keep Your Eyes on the Ideal Model." Canadian Journal of Public Health 89: 293-4.

- **Политиците я свързват с** изграждане на политики, отношения и финасови споразумения за организиране на грижата, и оценка на системите/програмите на холистичен принцип.

Специално място е отделено на осигуряването на интегрирани грижи. Това изисква междуорганизационни отношения и отношения между различни професии в различни сектори /обществен, частен, доброволчески/, в различни области на обслужването - здравеопазване, социални грижи, грижи за дома, транспорт, образование на различни нива и при различни системи на управление. Начините за организиране на тази услуга е различна както в интернационален план, така и в отделните страни. Отговорността за разработването и предоставянето на интегрираните грижи се споделя от комплексна структура от организации и функции съществуващи на национално, регионално и местно ниво на управление¹⁵.

Ефективното прилагане на интегрирани грижи среща много трудности от административен и организационно-културен характер. Пречка се оказват начина на обучение и организацията на работа в здравеопазната система. Професионалното мислене на специалистите е ориентирано още по време на образованието им към специализация и фрагментация. Всичко това определя изключително важна роля на висшите медицински училища и колежите при формирането на нов начин на мислене, освободен от професионални и институционални граници в името на пациента^{16 17 18}.

В разработката се поставя акцент върху факторите, които насърчават или възпрепятстват развитието на интегрираните грижи. Те се различават в отделните сектори но ние представяме онези, които са общи за всички. Разгледана е концепцията на водещи автори в областта на интегрираните грижи (Mur-Veeman, Van der Linden et al. и Van Raak), която се базира на ранжиране на различни фактори на благоприятни и неблагоприятни - външни фактори, регионална/локална ситуация, ангажираност, подкрепа и управление^{19 20 21}.

Като неблагоприятни фактори, възпрепятстващи развитието на интегрирани грижи се очертават:

- Изоставане на законодателството от действителното развитие на грижите;
- Твърде сложни и тромави правила и разпоредби;
- Липса на финансиране за интегрирани грижи;
- Различия в запасите и потоците на финансовите ресурси;
- Недостатъчно добра информационна инфраструктура и обратна връзка;
- Липса на достатъчно добре обучен персонал в областта на интегрирани грижи;

¹⁵ Hardy B, Mur-Veeman I, Steenbergen M, Wistow G. Inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery. *Health Policy*. 1999;48:87–105.

¹⁶ De Stampa M., Vedel I. et al. Diagnostic study, design and implementation of an integrated model of care in France: a bottom-up process with continuous leadership, *International Journal of Integrated Care*, Vol 10, 18 Feb. 2010

¹⁷ Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care*. 2001 Jun 1;1

¹⁸ Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Economics and Policy Law* 2010;5(Pt 1):71–90.

¹⁹ Mur-Veeman I., A. van Raak and A. Paulus. 1999. "Integrated Care: The Impact of Governmental Behaviour on Collaborative Networks." *Health Policy* 49: 149-59.

²⁰ Van der Linden BA, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJP. Integration of health care in the Netherlands: the development of transmurale care. *Health Policy*. 2001;55(2):111

²¹ Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A, editors. *Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries*. The Netherlands: Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen; 2003

- Недостатъчна координация между различните сектори;
- Зависимост на потребителя на услуги от доставчика;
- Ограничен избор за потребителя на услуги, дължащ се на недостиг и липса на прозрачност;
- Безвъзмездните помощи се насочват само към доставка на средства на временни проекти и липса на финансови средства след приключването му;
- Наличие на системи на управление, базирани на власт;
- Неясни задачи и отговорности на участващите;
- Недостатъчно инициативи за междусекторно сътрудничество.

Благоприятните фактори се свеждат до:

- Възможности за промени в законодателството;
- Дарения и осъществяване на проекти за интегрирани грижи;
- Подобрени позиции на потребителите на услуги, например базирани на личности бюджети;
- Намаляваща автономия на доставчиците;
- Включване на грижите в пакетите за здравно осигуряване;
- Нарастваща гъвкавост на грижите.

Много от тези фактори се обсъждат и вземат предвид при разработването и въвеждане на интегрирани грижи в различните страни. Открити са различни модели на интегрирани грижи. Общото между тях е свързването на структури, финансови и човешки ресурси, информация и познание с цел подобряване на грижите за пациентите и разпределяне на икономическия риск. Отделните модели се различават по степен на интегрираност на тези елементи, правна уредба и дизайн^{22 23 24}. Разликите в моделите за интегрирани грижи са в резултат от: обхвата на здравни и социални услуги, начина на финансиране, броя на лекуваните пациенти, организационната структура и броя на доставчиците.

Базовите модели на интегрирани грижи, представени от нас са:

"Здравни мрежи" - стремежът за справедливо разпределение на ресурси (материални, финансови, знания и умения) при предоставяне на труднодостъпни услуги (напр. скъпоструващи технологии) е в основата на този модел²⁵.

"Интегрирана система за доставка на услуги" - Integrated Delivery System (IDS). При него водещата идея е да се осигури по-добро използване на всички ресурси и структури, човешки потенциал с неговите знания, умения, опит и финанси²³.

"Единен метод за оценка". Той включва единна, мулти-дисциплинарна оценка на нуждите на потребителите от здравни и социални грижи. Подходите за единна оценка понижават разходите направени от пациента, и предоставят важна информация за координиране на грижата²⁶.

²² Мутафова Е.Атанасова Е., Коева Л., Димова А., Рохова М. и съавт., Болничен мениджмънт, Дийор принт, НЦОЗ, 2005, 350 с.;32-39;274-283

²³ Galbraith J. Designing complex organizations. Reading, MA: Addison-Wesley; 1973

²⁴ Freeman G, Shepperd S, Robinson I, Ehrich K, Richards S. Continuity of care: report of a scooping exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NHSCCSDO) London: NHSCCSDO; 2001

²⁵ Shortell S, Gillies R, Anderson D, Erickson K, Mitchell J. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. Hospital and Health Services Administration. 1993;38(4):447-66

²⁶ Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. International Journal of Integrated Care. 2001 Jun 1;1

“Пациент – ориентирани здравни грижи“. Този модел е насочен към пациентите, като им дава повече възможности и стимули да съхраняват и координират своята здравна информация.

“Интегрирани пътеки“ (“Integrated pathways“) - използват се ясно дефинирани мулти-дисциплинарни пътеки, обединяващи здравни и социални грижи в единна услуга.

Посочени са няколко принципа, от които зависи успешната реализация на моделите на интегрирани грижи, които се свеждат до:

- Комплексни услуги в рамките на интегрираната грижа - сътрудничество между здравните и социалните организации;
- Фокус върху пациента - пациентът е поставен в центъра на грижите и активно участва в тях
- Географски обхват - достъп на пациентите до грижи и избягване на дублирането на услуги и изследвания
- Доставка на стандартизирани грижи чрез мултидисциплинарни екипи - прилагане на единен стандарт на грижи независимо от местоположението на пациентите
- Управление на грижите - непрекъснато повишаване на качеството на грижите, оценка на диагностичните процедури и лечебните интервенции, и резултатите от тях
- Информационни системи - единни информационни системи, които подобряват комуникацията и информационния поток в целия процес на грижи
- Организационна култура – организационна подкрепа от всички участници в грижите
- Участие на лекарите - общопрактикуващите лекари са «входната врата» при предоставянето на интегрирани грижи
- Структура на управление - организационна структура, в която членуват представители на всички заинтересовани групи. Тя осъществява координацията на различните нива на грижи
- Финансов мениджмънт - управление на финансовите средства за справедливо разпределение за различните грижи или нива на грижи; механизми за финансиране, които насърчават мултидисциплинарната работа в екип; финансиране осигуряващо адекватни ресурси за устойчива промяна.

Разработването и изпълнението на модели за обединяването на различните видове услуги от здравния и социалния сектор в интегрирани грижи, трябва да е в съответствие с тези десет ръководни принципа, в противен случай не могат да бъдат постигнати желаните резултати^{27 28 29}.

²⁷ Burns L. et al., Just How Integrated Are Integrated Delivery Systems? Results from a National Survey, Health Care Management Review 26, no. 1 (2000): 22–41

²⁸ Burns, L.R. 1999. "Polarity Management: The Key Challenge for Integrated Health Systems." Journal of Healthcare Management 44: 14-31.

²⁹ Burns, L.R., S.L. Walston, J.A. Alexander, H.S. Zuckerman, R.M. Andersen, P.R. Torrens et al. 2001. "Just How Integrated Are Integrated Delivery Systems? Results from a National Survey." Health Care Management Review 26: 20-39.

Определящо за успеха на моделите на интегрирани грижи е разработването на поредица от стратегии от макро към микро ниво, които обхващат финансирането, администрацията и организацията при предоставянето им^{30 31}.

Направеният преглед на съществуващите модели, показва, че няма универсален модел, който да се приложи при различните системи на здравеопазване. За постигнато на безопасни, ефективни и навременни за пациента грижи, се прилагат различни модели на интегрирани грижи, в които са застъпени частична или пълна координация и интеграция. Информационните системи и телемедицината, могат да улеснят интегрираните грижи, но подобряването на организационните структури и процеси в системите на здравеопазване е от ключово значение при прилагането им.

Конкретни примери за интегрирани грижи са детайлно представени във втора глава на разработката.

Глава втора: Анализ на международните практики и програми за интегрирани грижи

Изследването във втора глава обхваща анализ на практиките за интегрирани грижи в пет разгледани от нас страни – Холандия, Япония, Австрия, САЩ и Швейцария, както и програмите за управление на болестта в десет европейски страни.

Анализът на международните практики за интегрирани грижи и програмите за управление на болестта в разгледаните страни може да бъде осъществен въз основа на следните критерии и параметри:

- Роля на държавата – осигуряване на законовата и нормативна рамка за предоставяне на интегрирани здравни грижи на национално и / или регионално ниво;
- Степен на разпределение на финансовите ресурси за осигуряване и предоставяне на интегрирани грижи;
- Организационна и структурна характеристика на интегрирани грижи - включва институциите и професионалистите, които ги предоставят и управляват, както и нормативно регламентиранията между тях връзки и взаимодействия.

От прегледа на международните практики и програми за интегрирани грижи става ясно, че не съществува единен или общоприет концептуален модел, практика или програма за интегрирани грижи. Структурите, отговорностите, финансирането и видовете услуги са различни в различните страни. В Холандия най-важно е районирането, тъй като в рамките на различните провинции на местно ниво се изграждат различни форми на организация и управление (управляващи групи) на интегрираните грижи. В Австрия и Швейцария агенциите за социално и здравно подпомагане, и фондовете играят важна роля при интегрираните грижи. В Япония интегрираните грижи са изведени като приоритет здравната и социалната политика на държавата за ограничаване на неблагоприятните тенденции, свързани с изключително бързите темпове на застаряване на населението. Прилагането на интегрирани грижи в САЩ е свързано основно с начина на финансирането им. Въпреки, че общите цели на интегрирани грижи в петте държави в общи линии са едни и същи, дейностите, които

³⁰ Hardy B, Turrell A, Wistow G. Innovations in Community Care Management. Aldershot: Avebury, 1992

³¹ Mur-Veeman I., A. van Raak and A. Paulus.1999. "Integrated Care: The Impact of Governmental Behaviour on Collaborative Networks." Health Policy 49: 149-59.

се извършват за постигане на тези цели, са различни. Интегрираните грижи са въпрос на организация на работата.

Американският опит с идентифицирането на хроничните заболявания и предоставянето на грижи в съответствие с нуждите на пациентите оказва влияние в Европа и други страни по света. Този опит е в основата на създаването на модели на интегрирани грижи в Холандия, Австрия, Япония, Швейцария и други страни, които имат за цел да подобрят достъпността и качеството на грижите за пациенти с хронични заболявания и свързаните с тях разходи. В същото време много други европейски страни започват да експериментират с различни програми и проекти за интегрирани грижи при пациенти с хронични заболявания. В Германия в национален мащаб са въведени програми за управление на болестта, в които са включени голям брой пациенти с хронични заболявания.

Специално място е отделено на Модел за хронична грижа на Wagner (Chronic Care Model – CCM), разработен през 1996г. (виж фигура 1). Той показва как могат да бъдат проектирани системите на здравеопазване така, че да улесняват процеса на първични грижи, както за доставчиците на медицински услуги, така и за пациентите с хронични заболявания^{32 33}.



Фиг.1 Модел за хронични грижи

Източник: Wagner E.H. et al., A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: Are They Consistent with the Literature, *Managed Care Quarterly* 7, no. 3 (1999): 56–66

³² Wagner E.H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness, *Effective Clinical Practice* 1998;1(1):2–4

³³ Wagner E.H. et al., A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: Are They Consistent with the Literature, *Managed Care Quarterly* 7, no. 3 (1999): 56–66

При този модел пациентът е активен участник в управлението на болестта му. Лечението на пациента се осигурява от мултидисциплинарен екип от доставчици на здравни услуги. Те подпомагат пациента при управлението на болестта и активното му състояние, като се започне с целите, които те са съгласували с него и обхваща обща верига от грижи. За разлика от тясно ориентираните модели за управление на заболяванията, моделът ССМ изгражда връзки и извън здравната система, за осигуряване на мултидисциплинарни грижи при хроничните заболявания. Освен че въвежда ролята на първичната грижа, той активно допринася за участие на пациентите при управление на хроничното заболяване.

Моделът на Wagner е залегнал в различни програми за управление на състоянието и включва два основни типа на координация и/или предоставяне на интегрирани грижи:

- 1) Програма за управление на дейностите за пациенти, които са изложени на висок риск от хоспитализация и неблагоприятни последици за здравето, произтичащи от различни здравни, функционални и социални проблеми и
- 2) Програма за управление на пациенти с една единствена диагноза и общ набор от грижи, свързани с тази диагноза.

Тези две програми се считат за „добри практики” в предоставянето на интегрирани здравни грижи.

В редица европейски държави са разработени програми за управление на болестта (Disease Management Programmes - DMP's), които са базирани на модела на Вагнер за хронични заболявания^{34 35 36}. В тази глава се разглеждат част от резултатите на десет европейски страни от прилагането на DMP's в съответната страна. Допълнително са разгледани характеристиките на DMP's, доставчиците на здравните грижи и ролята на първичната медицинска помощ в тях.

В програмите за управление на грижите при хронични заболявания, са включени такива, които отговарят на следните критерии:

- Да управлява определено хронично състояние (заболяване, или рисков фактор за развитието на определени хронични заболявания);
- Да включва системен и съгласуван подход;
- Да предлага съвместно мултидисциплинарни грижи;
- Да се фокусира върху активната роля на пациентите;
- Да се стреми да максимизира ефективността към непрекъснато подобряване качеството на грижите.

Практиката в Канада, САЩ и Великобритания показва, че програмите за координация на грижата – включително и мениджмънт на случаите/управление на грижата и управление на заболяванията – се появяват, за да повишат качеството. Мениджмънтът на случаите е един от най-добре познатите подходи за координация на грижата и е съществен инструмент за интегрирана грижа. Това е обширен и

³⁴ Chen A. et al., Best Practices in Coordinated Care, Washington: Centers for Medicare and Medicaid Services, 2000

³⁵ Robinson J., The End of Managed Care, Journal of the American Medical Association 285, no. 20 (2001):2622–2628 Roberts, C.C. 1996. "Redefining the Healthcare Paradigm." Hospital Topics 74: 16-21.

³⁶ Wagner E.H. et al., A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: Are They Consistent with the Literature, Managed Care Quarterly 7, no. 3 (1999): 56–66

систематичен процес на откриване на случаите, оценка, планиране, разпределяне, координиране и наблюдение на разнообразни услуги за пациенти, нуждаещи се от продължителни грижи и други сложни или високорискови състояния³⁷.

Като доказателство за ефективността на управляваните здравни грижи се сочат, например 50 % намаление на разходите за болничен престой. Отчетено е намаляване на броя на хоспитализациите на пациенти, страдащи от конгестивна сърдечна недостатъчност, като се посочва и 6-7 % намаление на разходите на застрахователните компании. Широко се застъпва идеята, че управлението на болестта и дейностите подпомагат предоставянето на висококачествени грижи за хронично болните, без да се причиняват огромни икономически тежести върху общността³⁸.

В разработката изтъкваме, че повечето страни изпълняват спектър от паралелни политики, насочени към специфични елементи от грижи при пациенти с хронични заболявания (например Холандия, Франция, Германия, Швеция, Канада). Други страни разработват национална визия за контрол на хроничните заболявания с национални стратегии за интегрирани грижи, обхващащи целия спектър грижи - от промоция на здравето до комплекс от грижи за пациенти с хронични заболявания (например Австралия, Дания, Англия). Проектирането и въвеждането на модели и програми за интегрирани грижи с добре развит сектор за първична здравна помощ, където общопрактикуващите лекари (ОПЛ) служат като вход към системата, предоставя най-добрия шанс за достъп до грижите от всички пациенти³⁹.

В България се развива здравно-осигурителния модел с извеждане на ролята на общопрактикуващите лекари на входа на системата, което предполага възможности за прилагане на модел на интегрирани грижи.

Глава трета: Възможности за развитие и въвеждане на модел за интегрирани здравни грижи в България. Тя е посветена на необходимостта от въвеждане на интегрирани грижи при пациенти с хронични заболявания у нас.

Разработването на концептуални модели за промяна в здравеопазната система е продиктувано от високата честота и разпространението на хронични заболявания през двадесет и първи век. С оглед на тези тенденции през 2002 г. Световната здравна организация (СЗО) предлага модел за промяна на здравеопазните системи, който да се използва като рамка за предоставяне на съвременни грижи за пациенти с хронични заболявания (фиг.2).

³⁷ Kodner D, Kay Kyriacou C. Fully integrated care for the frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*. 2000 Nov 1;1

³⁸ Ham C. Chronic condition management international perspective: the essential ingredients. In: Presentation at the Welsh NHS confederation annual conference. 2010

³⁹ Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Economics and Policy Law* 2010;5(Pt 1):71–90

Политика за региона

- Укрепване на партньорствата
- Интегриране на политиките
- Съгласувано финансиране
- Подкрепа от законодателството
- Управление и подкрепа
- Управление и разпределяне на ЧР



Фиг.2. Модел на СЗО за предоставяне на съвременни грижи за пациенти с хронични заболявания

Източник: World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Global report. Geneva: 2002

Развитието на интегрирани грижи е предизвикателство не само за България, но и за останалите страни в световен мащаб, както от гледна точка на пациентите и здравните специалисти, така и по отношение на управлението на ресурсите за предоставяне на здравни и социални услуги. Пречките за постигане на оптималните грижи, които посочват Hardy и Mur-Veeman са валидни и за нашата страна като например отсъствие на: приемственост между здравни и социални грижи; слаба комуникация, координация и интеграция, които водят до различни проблеми⁴⁰. Тези проблеми могат да бъдат закъснения, грешки, дублиране на услуги, интервенции и други нежелани ефекти, водещи до неефективност, разочарование и обща неудовлетвореност от грижите и здравната система като цяло.

В сегашния модел на здравеопазването в България, намесата на медицинските специалисти става когато пациентите започнат да търсят медицинска помощ при настъпването на острия стадий на болестта. При този модел има ограничени възможности за планиране и привличане на широк спектър от здравни специалисти, в резултат на което лекарят остава в центъра на модела. Лекарите са ангажирани с голям набор от задачи за кратък период от време при непланирани консултации. Това включва проучване на медицинската история на пациента, назначаване на изследвания и проверка на резултатите, извършване на рутинни превантивни грижи, преглед и

⁴⁰ Hardy B, Mur-Veeman I, Steenbergen M, Wistow G. Inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery. Health Policy. 1999;48:87–105

лечение, насочване към специалисти, което е съпроводено с попълването на редица документи. В резултат на всичко това значително се затруднява и оскъпява целия процес на лечение.

След реформирането на здравната ни система и ликвидирането на диспансерите като лечебни заведения през 2010 г. за хронично болните пациенти се грижат предимно личните лекари. Въпреки, специфичните потребности на тази група пациенти, те се третират от здравната система като всички останали потребители на здравни услуги, което създава предпоставка за допускането на редица пропуски и дублирането на някои дейности при тяхното обслужване.

Необходимостта от въвеждане и развитие на модели за интегрирани грижи се обуславя от силната фрагментация, която съществува между медицинските и социални услуги, здравните специалисти, доставчиците на продължаващи грижи и социалните услуги.

Информираността и нагласите на различните професионалисти в медицинската и социалната сфера към интегрираните грижи и възможностите и бариерите за въвеждането им, могат да бъдат изследвани чрез различни количествени и качествени подходи като анкети, наблюдения, дълбочинни интервюта, фокусни групи или индивидуални интервюта. В настоящото изследване е използвана пряка индивидуална анкета като начин за оценка.

Проведено е поетапно анкетно проучване през 2007, 2010 и 2011г. То има за цел – изследване на информираността и нагласите на лекари и професионалисти от други области към интегрирани грижи и възможностите за въвеждане на модел на интегрирани грижи при пациенти с хронични заболявания.

Характерът на проучването задължително налага анонимна анкета, за да се осигури съответната откровеност в отговорите и по-висока степен на достоверност на събраната първична социологическа информация.

На трите етапа от проучването са използвани три различни анкетни карти, които в хода на изследването са усъвършенствани и разширявани. Анкетите съдържат предимно въпроси от закрит тип и са в три блока. Първият блок въпроси са свързани със знанията на респондентите относно здравната система, нейната функционалност и информираността им за същността на интегрираните грижи. Вторият блок въпроси засяга информираността и познанията на респондентите относно грижите за пациентите с хронични заболявания, и необходимостта от интегрирани грижи. Третият блок въпроси обхваща нагласата на респондентите относно възможностите и бариерите (обучение, реструктуриране, ефективна комуникация) за въвеждане на интегрирани грижи, както и дизайна и финансирането на модела през погледа на професионалистите от различните сектори.

Резултатите и от трите проучвания доказват нашата основна теза, че разпокъсаността на услугите и липсата на координация е сериозен проблем в здравеопазването в България и въвеждането на интегрирани грижи ще допринесе за по-добра комуникация и балансиране на системата, както и за реални ползи за потребителите.

Резултатите от проведеното поетапно проучване могат да се обобщят по следния начин:

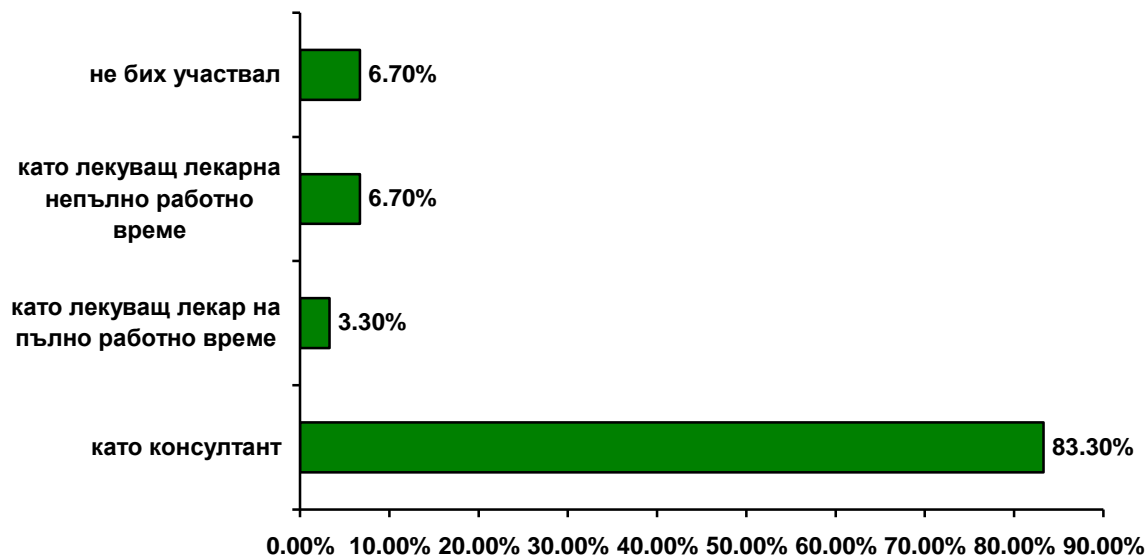
- Респондентите и през трите изследвани години са сравнително добре запознати със същността на интегрираните грижи. Това се потвърждава от отговорите на анкетираните лица - 70% (2007), 71,03% (2010) и 66,60% (2011) посочват интегрираните грижи като координиран и цялостен комплекс от услуги осигурявани от различни здравни и социални агенции и професионалисти, като за 36,60 % (2011)

те са концепция обединяваща влагането, осигуряването, управлението и организиране на услуги свързани с диагноза, лечение, грижи, рехабилитация и поддържане на здравето.



Фиг. 3 Същност на интегрираните грижи

- Интегрираните здравни грижи се свързват с успеха на лечението на хронично болните пациенти. В подкрепа на това твърдение се явяват отговорите на много голяма част от анкетираните (66,7%), които смятат, че за хронично болните пациенти не се полагат достатъчно грижи, 33,3 % от анкетираните са на мнение, че се полагат грижи до известна степен (грижите свързани с изписването на медикаменти и прегледите при личните лекари). Създаването на регистър за хронично болни пациенти е необходимо според 96,70 %. Той ще послужи за подобряване на грижите за хронично болни пациенти и ще улесни комуникацията между отделните структури в здравната система.
- Съществува обща положителна нагласа за въвеждане на интегрирани грижи в нашата страна. В значително мнозинство освен, че подкрепят идеята за въвеждане на интегрирани грижи и у нас, различните по профил специалисти, анкетирани през 2011г. изявяват желание да се включат в мултидисциплинарен екип за предоставяне на интегрирани грижи или като консултанти (83,3%), или на половин работен ден (10%).



фиг.4. По какъв начин бихте се включили в модела за интегрирани грижи

- Основните бариери за въвеждането на интегрирани грижи са свързани с:
 - Липсата на интегрирана информационна система (89,7%);
 - Липсата на координация между отделните структури 75,9%;
 - Липсата на законодателни мерки (71,40%);
 - Начините за финансиране и заплащане на интегрирани грижи (60%);
 - Традиционният начин на работа (58,6%).



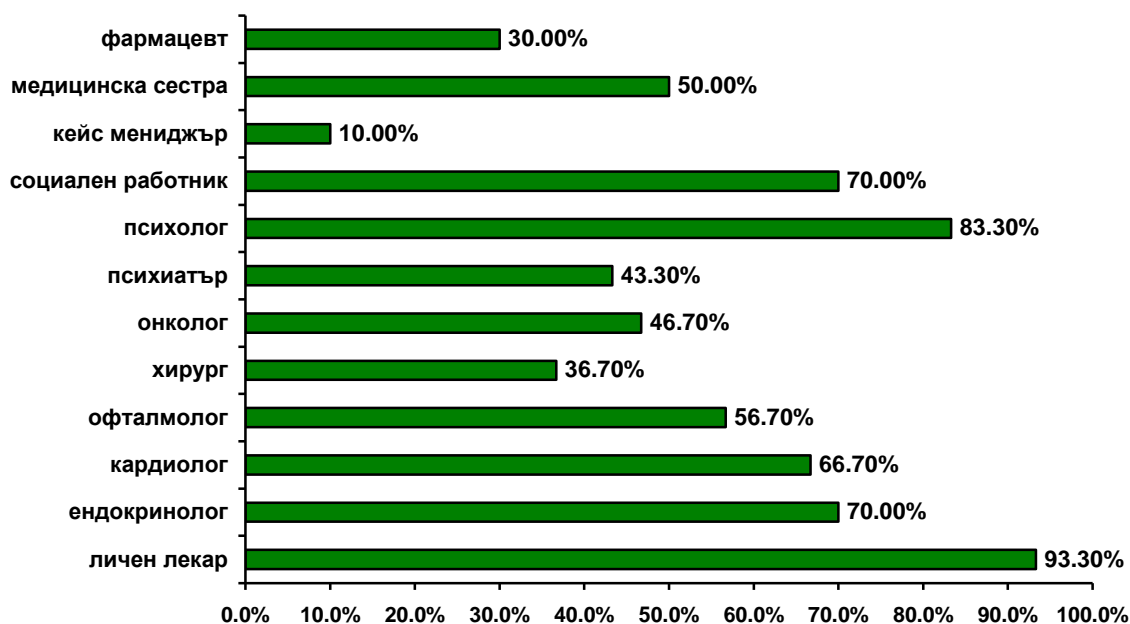
Фиг. 5. Бариери за въвеждане на интегрирани грижи

- Реалните ползи за потребителите от въвеждане на модела на интегрирани грижи се очертават като: създаване на мултидисциплинарен екип в отговор на нуждите на пациентите (79,8%); цялостен подход в процеса на лечение (79,8%); предоставяне на по – фокусирани и ефективни услуги за пациентите и постигането на положителни резултати (53,6%).



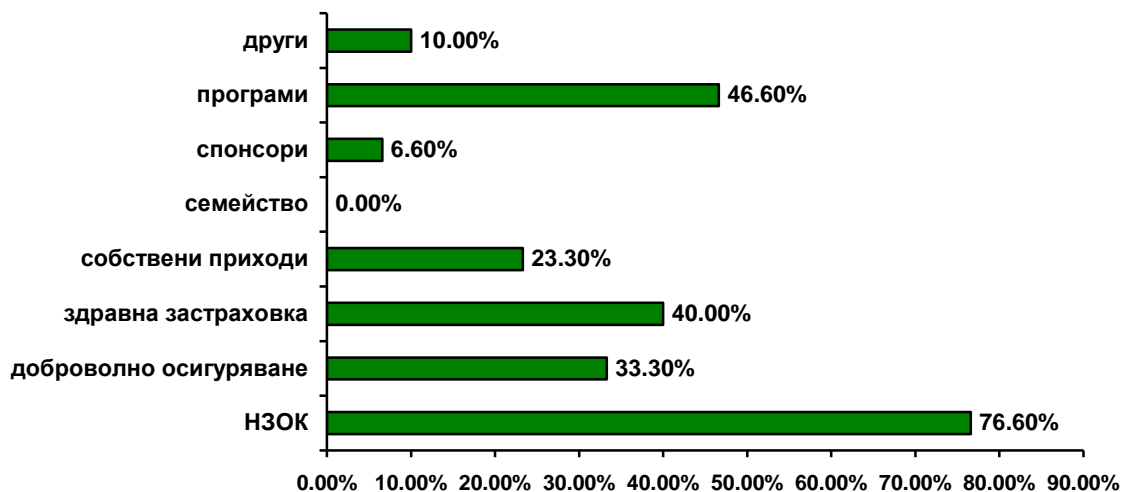
Фиг. 6 Ползи за потребителите от въвеждане на модел на интегрирани грижи

- По отношение на мнението за участниците в мултидисциплинарния екип се забелязва много показателно единодушие. На първо място е включен личният лекар (93,3%), следван от психолог (83,3%), социален работник (70%), ендокринолог (70%) кардиолог (66,7%), офталмолог (56,7%), медицинска сестра (50%).



Фиг.7. Участници в мултидисциплинарен екип за интегрирани грижи

- По отношение на финансирането също има единодушие в мненията. Като орган за финансиране на интегрирани грижи е посочен НЗОК (близо 80%), финансиране по различни програми (46,6%), здравна застраховка (40%) и доброволно здравно осигуряване (33,3%).



Фиг.8 Финансиране на интегрирани грижи

Като цяло резултатите показват, че въпреки съществуващите бариери, възможностите за прилагане на модел за интегрирани здравни грижи у нас на този етап са свързани с: общата положителна нагласа; сравнително добрата информираност на медицинските специалисти и професионалистите от други сфери по отношение на интегрираните грижи; изявеното желание за участие в модел за интегрирани грижи при пациенти с хронични заболявания. Наблюдаващото се известно противоречие в отговорите, показва че има необходимост от допълнително обучение за подобряване на информираността и знанията по въпросите свързани с интегрирани грижи. Добрата информираност и знания на

медицинските специалисти и на професионалистите от други сфери е много важна, тъй като е предимство за въвеждането на модел на интегрирани грижи; би намалила организационната съпротива при осъществяване на промените и би осигурила адекватното му функциониране.

В параграф 3.3. Концептуален модел за интегрирани грижи при пациенти с хронични заболявания и/или комплексни нужди са представени основните компоненти на модела. Подчертано е използването на процесно-ориентирания подход при неговото разработване. Моделът има за цел да интегрира отделните подсистеми на здравната система (първична, специализирана извънболнична и болнична помощ); болници за продължително лечение и рехабилитация и социални услуги.

Основание за техния избор ни дава анализът на практиките и програмите за интегрирани грижи (подробно разгледани във втора глава) и резултатите от проведеното анкетно проучване. Стремехът да се предложи практически ориентиран модел за българските условия, стои в основата на включените компоненти и дейности. Основните елементи на модела са представени на фигура 3.



Фиг.9. Концептуален модел за интегрирани грижи при пациенти с хронични заболявания и/или комплексни нужди

Моделът поставя пациента в центъра на грижите, което е нов момент за българската практика и е в съзвучие със съвременните европейски и световни тенденции в грижите за хронично болни пациенти. Разработеният модел може да се

използва във всеки регион за планиране или община независимо от обслужваното население и географския регион. Не се изискват много допълнителни ресурси и специализирани професионални екипи. Необходима е по-добра координация и комуникация между различните доставчици на здравните и социални грижи. Поради концептуалния си характер той може лесно да бъде адаптиран при промени в правната, социалната, икономическата и технологичната среда. Верификацията на модела чрез съществуваща практика в Североизточния район за планиране – Център за домашни грижи (ЦДГ) при Български червен кръст (БЧК) Варна показват практическата приложимост и възможностите за развитие на предложения модел.

На таблица 2 са представени компонентите в модела за интегрирани грижи при пациенти с хронични заболявания и/или комплексни нужди в България.

Табл.2. Основни компоненти в модела за интегрирани грижи при пациенти с хронични заболявания и/или комплексни нужди в България

Компоненти на модела	
Здравна система – организация на здравните грижи	Изготвяне на план програма за предоставяне на здравни грижи при хронично болни пациенти
Социална система – организация на социалните услуги	Изготвяне на план програма за предоставяне на социални услуги при хронично болни пациенти
Структури за доставка на услуги и управление на дейностите	<p>Формиране на екипи от различни участници от:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ПИМП, СИМП, Болници за активно лечение, Болници за продължително лечение и рехабилитация и социални услуги, специалисти по информационни технологии; - Формиране на екип за управление и финансиране на дейностите и задачите; - Разпределение на ролите, задачите и отговорностите; - Предоставяне на услуги; - Осигуряване на финансиране; - Включване на електронни технологии за наблюдение и управление на състоянието на пациентите; - Обучение на специалистите, пациентите и техните близки и доброволците; - Координация на услугите; - Контрол на дейностите.
Функционалности (ефективна комуникация и партньорства)	<p>Осъществяване на ефективни комуникации и партньорства на мултидисциплинарните екипи със:</p> <ul style="list-style-type: none"> здравната администрация (национално/регионално ниво); Обучаващи институции и университети НПО в здравния и социален сектор; Международни партньори Други партньори Ефективна комуникация в мултидисциплинарните екипи

Ползи	- Подобряване на достъпа до услуги за хронично болни пациенти; - Запазване на естествената среда на пациента - Високо качество на предоставените грижи - Намаляване на разходите - Удовлетвореност на пациентите
Целеви групи	Пациенти с хронични заболявания от всички възрастови и социално уязвими групи от населението
Поставяне на пациента в центъра на грижите	Изграждане на информационна система (регистър на хронично болните и обмен на информация и данни) Активна обратна връзка между мултидисциплинарния екип и пациента Изграждане на система за управление и контрол на качеството Обучение и управление на състоянието
Ресурси и политики на национално ниво и в общността	Развитие на политики в подкрепа на интегрирани грижи

Различни елементи (участници - мултидисциплинарни екипи; партньори дейности, функционалности и ефективна комуникация) от него могат да присъстват според целите и потребностите в отделните региони.

Мултидисциплинарните екипи могат да бъдат съставени от:

- лекари (общопрактикуващи и специалисти),
- медицински сестри,
- кейсмениджъри *,
- социални работници,
- психолози,
- IT специалисти и други свързани със специфичните нужди на пациентите с хронични заболявания професионалисти;

Като партньори могат да се включат:

- лечебни заведения за извънболнична (индивидуални практики, групови практики, МЦ, ДКЦ), болнична помощ (болници) и рехабилитация (СБР);
- заведения за продължителни грижи (Дневни центрове, Хосписи);
- агенции за социално подпомагане;
- здравна администрация на общинско ниво;
- неправителствени организации (НПО) в здравния и социален сектор;

* ръководители на случаи (на този етап се използва в психиатричната практика и за пациенти с комплексни нужди)

В разработката са предложени следните основни дейности на мултидисциплинарните екипи:

А. Пълна подробна оценка на тежестта на заболяването на пациента.

Б. Изготвяне на индивидуален подробен план на грижи за поддържане на хроничното заболяване.

В. Обучение на пациентите в процеса на самостоятелно управление на заболяването.

- Г. Разработване на документация за комуникация между мултидисциплинарния екип и другите доставчици на грижи.
- Д. Управление на дейностите.
- Е. Активна обратна връзка между всички участници в мултидисциплинарния екип и пациентите.
- Ж. Създаване на електронен регистър на пациентите с хронични заболявания.
- З. Създаване на система за непрекъснато подобряване на качеството.

Постигането на целите на предложения концептуалния модел на интегрирани грижи се улеснява чрез подробно описаните стъпки за прилагането му:

- Стъпка 1. Избор на пациенти с дадено хронично заболяване и осигуряване на равен достъп до интегрирани грижи.
- Стъпка 2. Избор на специалисти в мултидисциплинарните екипи и обучение.
- Стъпка 3. Интерпретация на текущото състояние на грижите за хронично болни и извеждане на необходимите действия.
- Стъпка 4. Създаване на структура за администриране на интегрирани грижи.
- Стъпка 5. Осъществяване на мероприятията.
- Стъпка 6. Обратна връзка и преформулиране на задачите и мероприятията при необходимост.
- Стъпка 7. Реализация на стратегически и оперативен контрол.
- Стъпка 8. Оценка и управление на процеса на интегрирани грижи.

Приложението на модела е свързано с:

- изграждане на институционален, човешки и управленски капацитет;
- инициативи на национално и/или регионално ниво;
- значителни допълнителни инвестиции и обучение за придобиване на нови знания и умения от всички професионалисти, които ще участват в осъществяването на модела;
- въвеждане на интегрирана информационна система;
- законодателни мерки за решаването на редица въпроси (финансиране, обезпечаване на интегрираните грижи тъй като момента в България няма единен източник на финансиране на здравните и социални услуги)
- предварителна оценка на всички финансови последици от предлагания модел и възможните резултати, проектиране и управление на процеса на изпълнение.

Верификация на модела

За верификация на практическото приложение на предложения концептуален модел за интегрирани грижи е избрана съществуваща практика в България - Център за „Домашни грижи” при БЧК Варна. Той е създаден през 2005 година с подкрепата на PHARE ACCESS. Центърът предоставя комплекс от здравни и социални услуги за лица в пенсионна възраст за подобряване качеството им на живот и преодоляване на социалната им изолация. Общите черти на някои от компонентите от разработения от нас концептуален модел и ДЦГ при БЧК Варна са по отношение на: структурите за доставка на услуги и управление (екип от различни участници); функционалности (ефективни комуникации и партньорства); дейности (изготвяне на индивидуален план за предоставяне на грижи, разпределение на специфичните дейности) и ползи (високо качество на предоставените грижи, намаляване на разходите, удовлетвореност на пациентите). Верификацията е извършена на база съществуващи услуги и организация на интегрирани грижи в ЦДГ при БЧК Варна 2007-2011.

Табл. Верификация на частично приложение на концептуален модел за интегрирани грижи

Компоненти	Концептуален модел за интегрирани грижи (КМ)	ЦДГ при БЧК	Приложени на настоящия етап	Степен на приложение на КМ в проценти	Възможно приложение в следващи етапи
Структури за доставка на услуги и управление	<p>Екипи от различни участници:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ПИМП, СИМП; - Болници за активно лечение; - Болници за продължително лечение и рехабилитация - Социални услуги - Специалисти по информационни технологии - Лични асистенти <p>- Екипи за управление на дейностите, задачите</p>	<p>Екип от различни участници:</p> <ul style="list-style-type: none"> - социален работник - медицински консултант - домашни помощници - шофьор - доброволци <p>- Екипи за управление на дейностите, задачите (управител счетоводител)</p>	Екип от различни участници	<p>Приложение на елементите на КМ</p> <p>до 80 %</p> <p>до 90%</p>	<p>Увеличаване на участниците в екипа:</p> <ul style="list-style-type: none"> - с медицински специалисти и - специалисти по информационни технологии (ИТ)
Функционалности (ефективни комуникации и партньорства)	<p>Осъществяване на ефективни комуникации и партньорства на мултидисциплинарните екипи със:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Здравната администрация (национално/регионално ниво); - Финансиращи институции; - Обучаващи институции и университети - НПО в здравния и социален сектор; - Международни партньори - Други партньори 	<p>Осъществяване на комуникация между екипа и други служби</p> <ul style="list-style-type: none"> - Дирекция СДЖП * в община Варна; - Други общински и държавни социални служби; - Съюз на инвалидите - партньори от Германия 	Осъществяване на комуникация и партньорства	50 %	Увеличаване на партньорствата и нови комуникационни модели, например телемедицина
Дейности	<p>- Изготвяне на план - програма за предоставяне на здравни грижи и социални услуги при хронично болни пациенти</p>	<p>- Изготвяне на индивидуален план за предоставяне на грижи</p> <p>- Разпределение на специфичните</p>	<p>- Изготвяне на план за предоставяне на грижи.</p> <p>- Разпределение</p>	80 %	Увеличаване на вида на медицинските дейности и включване на наблюдение и

	<ul style="list-style-type: none"> - Предоставяне на услуги; - Осигуряване на финансиране; - Включване на електронни технологии за наблюдение и управление на състоянието на пациентите; - Обучение на специалистите, пациентите и техните близки и доброволците; - Координация на услугите; - Разпределение на ролите, задачите и отговорностите - Контрол на дейностите. 	<p>дейности</p> <ul style="list-style-type: none"> - Осигуряване на финансиране - Координация на дейностите - Разпределение на ролите, задачите и отговорностите - Контрол на дейностите 	<p>на специфичните дейности</p> <ul style="list-style-type: none"> - Предоставяне на услуги (предимно социални и по-малко медицински грижи) - Разпределение на ролите, задачите и отговорностите - Частичен контрол 		<p>управление на хроничните заболявания, а не преобладаващи социални услуги</p>
Целеви групи	- Пациенти с хронични заболявания от всички възрастови и социалноуязвими групи от населението	- Възрастни пациенти (над 65 години) с хронични заболявания със специфични нужди от социални услуги	Хронично болни пациенти над 65 години	30%	Възможно включване на по-голям брой възрастови групи на хронично болни пациенти
Ползи	<ul style="list-style-type: none"> - Подобряване на достъпа до услуги за хронично болни пациенти; - Запазване на естествената среда на пациента - Високо качество на предоставените грижи - Намалване на разходите - Удовлетвореност на пациентите 	<ul style="list-style-type: none"> - Високо качество - Удовлетвореност на пациентите 	<ul style="list-style-type: none"> - По-добро качество - Удовлетвореност на пациентите - запазване на естествената среда 	60 %	<ul style="list-style-type: none"> - Достъп до услугите на всички възрастови групи. - Устойчивост на качеството на грижите - Разширяване на портфолиото от комплексни услуги - Увеличаване на капацитета на центъра с цел подобряване на достъпа до интегрирани грижи

На базата на верификация на модела включващ пет основни компонента – структури, функционалности, дейности, целеви групи и ползи може да се твърди, че има реално приложение на концептуалния модел за интегрирани грижи в съществуваща практика в североизточен район за планиране – община Варна (ЦДГ при БЧК). По отношение на повечето компоненти, приложението на модела е над 50 процента, като по отношение на структури, управление и дейности процентите са от 80 до 95%, а при функционалности и ползи приложението на модела е до 60%. Единствено по отношение на целевите групи в съществуващата практика в България приложението на КМ е до 30 %. Това показва, че идеята за интегрирани грижи е все още малко позната и разпространена в България, има единични практики една от които е ЦДГ при

БЧК Варна. Тя се прилага предимно за възрастни пациенти над 65 годишна възраст. Центровете за предоставяне на такива услуги са с ограничен капацитет.

Предложеният от нас концептуален модел предоставя много по-широки възможности като например:

- изграждане на структури за доставка на услуги, за повече дейности включително и медицински;
- разширяване на целевите групи с цел подобряване на достъпа до грижи за хронично болни пациенти от всички възрастови групи;
- осигуряване на по-голяма устойчивост на качеството на дейностите;
- намаляване дублирането на отделни дейности и оптимизация на разходите;
- подобряване на ползите след изпълнение на всички останали компоненти.

Използването на финансиращи програми и проекти по линия на европейските фондове ще допринесе за пълното реализиране на модел за интегрирани грижи и неговото развитие съобразно измененията на средата и на здравната система като цяло.

ОСНОВНИ ИЗВОДИ:

Нарастващият брой на пациентите с хронични заболявания изисква интегриран, мултидисциплинарен комплекс от добре координирани грижи, който да включва диагностика, наблюдение и поддържащо лечение. Контролът, профилактиката и лечението на хроничните болести в България трябва да са в контекста на съвременните препоръки, предприети инициативи и указания на световните и европейски институции в областта на здравеопазването.

На базата на теоретичния анализ на избрани европейски практики и модели, представени в теоретичната част на дисертацията, на конкретното анкетно проучване и българския опит в прилагането на социални услуги по домовете за възрастни хора с хронични заболявания и комплексни нужди, могат да бъдат направени следните основни изводи:

1. В повечето страни и в световен мащаб същностните характеристики на интегрираните грижи представляват съгласуваност и синергия между различните сектори на здравеопазването, с цел подпомогане ефективността на системата, качеството на грижите, качеството на живот и удовлетвореността на потребителите, особено на хронично болните пациенти с комплексни нужди. Те се използват и като средство за подобряване на достъпа с цел справедливото разпределение на здравни и социални услуги сред населението.
2. В интернационален план, както и в отделните страни има много начини за организиране на интегрирани грижи. Отговорността за разработването и предоставянето им се споделя от комплексна структура от организации и функции, обхващащи обществения, частния и доброволческия сектор и съществуващи на национално, регионално и местно ниво на управление.
3. Проучването на моделите и програмите за интегрирани грижи в различните страни показва, че няма универсален модел, който да работи при различните системи на здравеопазване. Ефективното прилагане на програми и модели за интегрирани среща много трудности от административен и организационно-културен характер. Всяка страна реализира собствен модел на грижи, отличаващ се по степен на интегрираност на структурните, финансовите, човешките ресурси, правната уредба и дизайна на здравната система.

4. Използвайки елементи на европейските и световни практики в областта на интегрираните грижи в България е необходимо да се разработи и приложи модел на интегрирани грижи отчитащ спецификите на българското законодателство и ролята на местната среда.
5. Анализът от поетапното анкетно проучване в настоящата дисертация доказва, че има възможности за прилагане на интегрирани грижи у нас. Те са свързани с общата положителна нагласа на медицинските специалисти и професионалистите от други сфери, желанието им да се включат в мултидисциплинарен екип за интегрирани грижи, както и участие в проекти за развитие на интегрирани грижи финансирани от европейската програма „Развитие на човешките ресурси”.
6. На базата на проведеното изследване се установи, че липсата на координация и задължителни правила за сътрудничество между различните сектори, участващи в лечението на хронично болните пациенти са недостатък на здравната ни система и могат да затруднят въвеждането на интегрираните грижи. Като основни бариери за въвеждане на интегрирани грижи на този етап у нас са:
 - липсата на законодателни мерки;
 - източните на финансиране и механизмите на заплащане на интегрирани грижи;
 - липсата на интегрирана здравна информационна система в България;
 - липсата на координация между отделните сектори;
 - липсата на регистър за хронично болни пациенти;
 - начина на обучение на професионалистите и организацията на работа в различните сектори.
7. Анализът от проучването на мнението на медицинските специалисти показва, че създаването и прилагането на модел на грижи с мултидисциплинарни екипи (общопрактикуващ лекар, специалист от профила на основното хронично заболяване, психолог, социален работник, медицински сестри и др.) би решил проблема с фрагментираните услуги и липсата на координация и баланс между амбулаторни и болнични грижи. Прилагането на интегрирани грижи и в България отговаря на предизвикателствата на времето и изискванията за покриване на стандарти от европейски мащаб.
8. На базата на предложения модел и разработения алгоритъм, състоящ се от осем стъпки, е възможно да се адаптират различни видове модели за практическо приложение на интегрирани грижи според географския регион или вида на хроничните заболявания.
9. Верификацията на концептуалния модел за интегрирани грижи за пациенти с хронични заболявания и/или комплексни нужди в центъра за домашни грижи при лица в пенсионна възраст с хронични заболявания към БЧК Варна доказва, че предложеният концептуален модел е приложим за българските условия.

ПРЕПОРЪКИ

На база литературния обзор и проведеното проучване могат да се направят следните препоръки.

На национално ниво:

- Допълването и осъвременяването на нормативната рамка в областта на хроничните заболявания да се изведе като приоритет в здравната политика на

България. Това ще подобри значително възможностите за въвеждане и развитие на интегрираните здравни грижи у нас;

- Процесът на въвеждане на интегрирани грижи у нас да включва изграждане и въвеждане на интегрирана информационна система и регистър за хронично болни пациенти.

На организационно ниво:

- Изграждане на необходимите функционалности – мултидисциплинарни екипи, ефективна комуникация и партньорства.
- Провеждане на обучение на участниците относно същността на интегрираните грижи, ролята на специалистите, организацията и обхвата им.
- Осигуряване на съвременна продължителна квалификация на здравните специалисти, особено на ОПЛ относно контрола, профилактиката и управлението на хроничните заболявания.

III. Приносни моменти в дисертационния труд:

1. Въз основа на литературния обзор е допълнено съдържанието на понятието „интегрирани здравни грижи”.
2. Идентифицирани са моделите на интегрирани грижи и принципите за приложението им в различни европейски страни.
3. Разработен е концептуален модел за интегрирани здравни грижи при пациенти с хронични заболявания и/или комплексни нужди в България и е представен алгоритъм за приложението му в български условия.
4. Извършена е верификация на модела, чрез съществуваща практика в Североизточен район за планиране – ЦДГ при БЧК Варна.
5. Направени са препоръки за формиране на средата на национално и организационно ниво при въвеждане на модели на интегрирани грижи.

IV. Списък на публикациите по дисертационния труд

1. Христова Г., “Стратегически избор и модел на интегрирани здравни грижи в република България в условията на членството ни в ЕС”, научни трудове, Национална научна конференция “Млади учени 2007”, Лесотехнически университет – София, София 2007, стр.3-13.
2. Петрова Г., Т.Костадинова, Ролята на интегрираните грижи при пациенти с диабет тип 2, Scripta Scientifica Medica, vol 43(7), 2011, PP (vii) 1- (vii) 368, ISSN 0582-3250, Medical University Varna
3. Петрова Г., Великова В., Костадинова Т., Интегриране на добри практики в предоставянето на здравни грижи по домовете Scripta Scientifica Medica, vol 43(7), 2011, PP (vii) 1- (vii) 368, ISSN 0582-3250, Medical University Varna
4. Костадинова Т., Петрова Г., “Возможности и препятствия для внедрения комплексной помощи в Болгарии”, Контролинг, ISSN 99471, под печат