

ГРИЖАТА ЗА НЕДЕЕСПОСОБНИ МОЖЕ ДА БЪДЕ ЕЛЕМЕНТ ОТ СОЦИАЛНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА

Зоя Славова,

началник отдел “Анализ и стратегическо планиране” в ГД “АПП”,
Национален осигурителен институт

Животът в обществото се променя и осигурителната система би следвало да отчита промените и да отговаря на социалните потребности и реалности. На дългосрочната грижа за недееспособни лица може да се погледне като на социален риск, който не е обхванат от българската осигурителна система, но има логика и необходимост да бъде включен в нейния обхват.

Основните компоненти на социалната защита за възрастни са два:

- 1) задължително и допълнително осигуряване – пенсионно и здравно;
- 2) социално подпомагане на тези, които не са в състояние да си осигурят средства сами чрез икономическа дейност, социално осигуряване, спестявания или други приходоизточници.

Границата между социално осигуряване и социална защита често е границата между две цели – едната е заместване на дохода, а другата – защита от абсолютна бедност. От друга страна тази граница е обусловена от:

- 1) степента на отговорност на индивида за качеството на собствения живот и членовете на семейството;
- 2) степента на отговорност на държавата в изпълнение на социално-защитните ѝ функции към индивиди, които не са изпълнили гражданските си задължения към обществото и държавата, нито са се погрижили своевременно за своето бъдеще и качество на живот.

Тук възниква необходимостта да се открие един дискуссионен въпрос за предоставяне на грижи за възрастните или недееспособните, с характеристика на реален социално-осигурителен риск, обхванат от социално-осигурителната система. Ако бъдещата грижа за недееспособните предварително е дефинирана като осигурен социален риск с голяма вероятност на сбъждане, гражданите и осигурителната система своевременно ще се подготвят да посрещнат нуждата от дългосрочна грижа, особено предвид нарастващият брой лица с нужда от ежедневни грижи.

Един от пунктовете, предмет на прилагания открит метод на координация в сферата на социалната защита в мащаба на Европейския съюз, е именно начинът на организация и качеството на дългосрочната грижа за недееспособните граждани на страните членки. При положение, че има висока степен на вероятност да настъпи социалния риск от изпадане в зависимост от чужда помощ и необходимост от асистирание за дълго време, неговото предвиждане е признак на зрялост на обществото и на отделните граждани. Това допускане и своевременно подготовка за сбъждането му е от важно значение за целите на финансовата стабилност на публичните осигурителни фондове и целеви социални програми на държавата.

Основните фактори, с които следва да бъде съобразено съвременното уреждане на въпроса с дългосрочните грижи за недееспособни, са демографските промени, здравословното състояние на населението и миграцията.

Промените във възрастовата структура на населението се изразяват в продължителен процес на остаряване, което естествено води до нарастване в показателя, определящ средната възраст на населението. Според всички демографски прогнози се очаква засилване на процеса на остаряване на населението, което ще се изрази в увеличение на относителния дял на лицата в надтрудоспособна възраст и на

средната възраст на населението. Вследствие процеса на застаряване на населението старите хора в нашата страна нарастват и ще продължават да нарастват като относителен дял и в абсолютен брой.

Общият дял на лицата с влошено здраве устойчиво нараства с възрастта. Тревожно е равнището на лицата с влошено здраве за лицата в предпензионна възраст, а за хората във възрастовата група 65-74 г. е повече от 75%. Критично висока е стойността на показателя за влошено здраве на старите хора на възраст 75 и повече години. Увеличава се броя на лицата, които не са в състояние да извършват нормални всекидневни дейности и имат нужда от чужда помощ за тяхното извършване.

Трансграничната и трансрегионалната мобилност в условията на прехода за едни се превърна в средство за оцеляване, а за други – в средство за по-добра социална реализация. Процесът обаче не е приключил и ще остане активен в близко и по-далечно бъдеще. Променените посттоталитарни обществени отношения, падането на “желязната завеса”, членството на България в Европейския съюз и разширяващата се глобализация създадоха възможности за по-голям избор на място за учене, работа и трайно установяване.

Младите хора, които заминават да учат в чужбина, поради факта че са в най-активната възраст за партньорско обвързване, в повечето случаи създават там семейства и не кроят планове за завръщане в родината, в която обаче остават остаряващите родители и прародители.

Външната (международната) и вътрешната (националната) миграция на хора в трудоспособна възраст също е значителен фактор, предопределящ настъпване на ситуация, при която все повече възрастни хора ще остават сами, без близки около себе си когато ще се нуждаят от чужда помощ и дългосрочна грижа.

От друга страна политиките и мерките за борба с бедността следва да визират и проблема с дългосрочната грижа. Личното й полагане от член на семейството или заплащането за такава влошава материалния статус или води до обедняване.

Друг аспект на проблема с дългосрочната грижа касае не само качеството на живот на нуждаещия се, но и качеството на живот на ангажираните членове на семейството.

Тези и други съображения налагат да се постави въпросът за по-добро организиране на дългосрочните грижи за хората, които поради заболяване, инвалидност или старческа немощ не са в състояние сами да се справят с грижата за себе си.

Действащи програми за дългосрочни грижи в България

I. Добавка за чужда помощ

Пенсионерите със загубена работоспособност над 90 на сто, които постоянно се нуждаят от чужда помощ, получават към определената им пенсия добавка за чужда помощ в размер 75 на сто от социалната пенсия за старост (чл. 103 от КСО), която от 1 юли 2009 г. е 100,86 лв. Добавката за чужда помощ от 1 юли 2009 г. е в размер на 75,65 лв. месечно (75% от 100,86 лв.). Към 30.06.2009 г. добавката за чужда помощ е получавана от 113 694 правоимащи пенсионери.

II. Национална програма „Асистенти на хора с увреждания”

Национална програма „Асистенти на хора с увреждания” (НП „АХУ”) се утвърждава със заповед на министъра на труда и социалната политика. Последната е със срок на действие до 31.12.2009 г. След мониторинг и оценка по изпълнение на програмата, при наличие на финансови възможности, срока на нейното действие може да се продължи.

Основната цел на програмата е предоставяне на грижи в семейна среда на хора с трайни увреждания или тежко болни самотни хора чрез осигуряване на заетост на безработни лица като лични и социални асистенти.

1. Дейността “Личен асистент” цели осигуряване на заетост на безработни лица за облекчаване положението на семействата, в които има човек с трайни увреждания, нуждаещ се от постоянни грижи.
2. Дейността “Социален асистент” цели осигуряване на заетост на безработни лица за задоволяване на ежедневни потребности, организиране на свободното време на хора с трайни увреждания или тежко болни самотни хора, осъществяване на дейности за тяхното социално включване.

Програмата още цели осигуряване на заетост на безработни лица като лични асистенти на хора с увреждания, изведени от специализирани институции в семейна среда, за предоставяне на качествена грижа и създаване на условия за тяхното социално включване; предоставяне на квалифицирана помощ на тези лица и на техните семейства чрез услуги, предоставяни по дейността “Социален асистент”.

Обект, обхват и условия на НП “АХУ”

Право на участие в програмата имат: 1) Дирекции “Социално подпомагане” за осъществяване на дейността “Личен асистент”; 2) Одобрени проекти на Общински администрации за дейността “Социален асистент”.

За дейността “Личен асистент”

1. Предоставящи грижи

За дейността “Личен асистент” в програмата могат да участват безработни лица в трудоспособна възраст, които: не получават или не са придобили право на пенсия, получават или имат право на социални помощи, полагат постоянни грижи за хора с увреждания или тежко болни лица, са членове на семейството или роднини, са съжителстващи лица с нуждаещия се от грижи, живеят в едно и също населено място с този, за когото полагат грижи. Могат да участват в програмата и безработни, полагащи грижи за изведени от специализирани институции лица или деца с увреждания.

2. Получаващи грижи

По дейността “Личен асистент” бенефициенти могат да бъдат лица, нуждаещи се от постоянни грижи, с 90 и над 90 на сто трайно намалена работоспособност с право на чужда помощ, деца с 50 и над 50 на сто намалена възможност за социална адаптация с право на чужда помощ, лица или деца, изведени от специализирана институция за хора с увреждания.

За дейността “Социален асистент”

1. Предоставящи грижи

За дейността “Социален асистент” в програмата могат да участват регистрирани в “Бюро по труда” безработни лица, като приоритетно се включват безработни с медицинско или педагогическо образование и безработни с опит в сферата на предоставяне на социални услуги. Безработните следва да са в трудоспособна възраст, да не получават или да не са придобили право на пенсия, да бъдат обучени за работа с хора с увреждания по програма, утвърдена от Министъра на труда и социалната политика.

2. Получаващи грижи

По дейността “Социален асистент” бенефициенти могат да бъдат лицата, които отговарят на едно от следните изисквания: с 90 и над 90 на сто трайно намалена работоспособност, с определена чужда помощ; деца с 50 и над 50 на сто намалена възможност за социална адаптация, с определена чужда помощ; тежко болни самотни хора със затруднено самообслужване, лица/деца изведени от специализирана институция за лица с увреждания; лица ползвали социални услуги по проект “СЕЙН”.

Ползването на услуги по дейността “Социален асистент” е в рамките на определени времеви лимити. Лицата, отговарящи на условията да ползват услуги по двете дейности – “Личен асистент” и “Социален асистент”, избират една от двете.

Финансиране

Дейността “Личен асистент” се финансира от държавния бюджет.

Деятелостта “Социален асистент” се реализира на принципа на съфинансиране на три нива: държавен бюджет; общински бюджет; потребителски такси.

III. Програма за дейностите “Социален асистент” и “Домашен помощник”

При тази нова програма, финансирана от ЕС, са премахнати изискванията за доход и необходимостта асистентите и помощниците да са близки и роднини на обгрижваните. Може да се наемат за почасова работа също пенсионери и студенти, което другата програма не допуска.

По схемата на предоставяне на безвъзмездна помощ за *Програма за дейностите “Социален асистент”* и *“Домашен помощник”* със средства от Европейския социален фонд на ЕС и от националния бюджет за времето от 2007 г. до 2013 г. в Министерството на труда и социалната политика се приемат проекти от кандидатстващи за осъществяване на тези дейности общини и неправителствени организации. Те са част от оперативната програма “Развитие на човешките ресурси”.

Желаещите да бъдат обгрижвани от социалните асистенти и домашните помощници самотно живеещи хора трябва да се обърнат към местните дирекции за социално подпомагане. Кандидатите за асистенти и помощници са подбирани и назначавани от спечелилите проекти общини и неправителствени организации.

Разлики между трите вида дейности:

- *Личен асистент* – обгрижва възрастни и деца с по-тежки увреждания, при които се изисква обслужване през целия ден.
- *Социален асистент* – може да работи почасово и услугата му се ползва при по-леки случаи, когато обгрижваният трябва да се извежда за социално включване, да се води на рехабилитация или до работното място, ако осъществява икономическа дейност.
- *Домашен помощник* – няма специална квалификация и осъществява рутинни операции при обслужването.

С измененията на Закона за социално подпомагане през 2003 г. за първи път в българското законодателство е предвидена възможност юридическите лица с нестопанска цел – доставчици на социални услуги, да се финансират от общинските бюджетни и/или от републиканския бюджет. Предоставянето на средствата за осъществяването на услугите става след провеждане на конкурс от кмета на съответната община.

Практиката обаче показва, че независимо от регламентираната възможност за възлагане управлението на частни доставчици, все още общините и неправителствените организации не са достатъчно активни в това отношение. Всички дейности в областта на социалните услуги се предоставят чрез конкурс или по договаряне между съответната община и доставчика при спазване на критериите и стандартите за социални услуги, определени с Правилника за прилагане на закона и Наредбата за критериите и стандартите за социални услуги за деца.

IV. Социални услуги, предоставяни от специализирани институции

Специализираните институции за предоставяне на социални услуги са домове пансионен тип, в които хората са отделени от своята домашна среда. Съгласно разпоредбата на чл. 36 от Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане, специализирани институции за предоставяне на социални услуги са:

1. домове за деца;
2. домове за възрастни хора с увреждания;
3. социални учебно-професионални заведения;
4. домове за стари хора
5. домове за временно настаняване.

Социални услуги в специализираните институции се предоставят след изчерпване на възможностите за извършване на услуги в общността.

Откриването или закриването на специализирани институции за предоставяне на социални услуги се разрешава от изпълнителния директор на Агенцията за социално подпомагане по предложение на директора на регионалната дирекция за социално подпомагане.

Кметът на общината може да възложи управлението на специализираните институции и на социалните услуги, предоставяни в общността, на български физически лица, регистрирани по Търговския закон, и на юридически лица. Същото е валидно и по отношение на чуждестранни физически или юридически лица от държавите-членки на Европейския съюз, или от други държави – страни по Споразумението за Европейско икономическо пространство, регистрирани като търговци съгласно националното си законодателство, вписани в регистъра към Агенцията за социално подпомагане.

Контролът по спазването на критериите и стандартите за извършване на социални услуги се осъществява от инспектората към Агенцията за социално подпомагане.

Специализирани институции

Домове за стари хора

Домовете за стари хора са специализирани институции, предоставящи комплекс от социални услуги на лица, навършили възраст за придобиване право на пенсия за осигурителен стаж и възраст съгласно Кодекса за социално осигуряване, включително и на лицата с определен процент намалена трудоспособност, установен с експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК.

Основните дейности в домовете са съобразени с изпълнението на стандартите и критериите за предоставяне на социални услуги (регламентирани в Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане) и са насочени към подпомагане и разширяване възможностите на настанените лица да водят самостоятелен начин на живот.

Условия и ред за ползване на социалната услуга

Необходимите документи за постъпване в заведение за социални услуги са:

1. Молба за ползване на социални услуги държавна дейност;
2. Копие от документ за самоличност;
3. Медицинско удостоверение от общо практикуващ лекар;
4. Копие от личен амбулаторен картон;
5. Копие от решение на ЛКК, ТЕЛК, РЕЛК, НЕЛК, ЦЕЛК;
6. Медицинска характеристика за психичното състояние с насочване към подходяща специализирана институция;
7. Копие от здравна и рецептурна книжка;
8. Копие от нотариален акт за собственост;
9. Удостоверение за деклариранни данни от териториална дирекция “Приходи и администриране на местни данъци и такси”;
10. Удостоверение от Агенцията по вписванията;
11. Декларация за съгласие АСП и обслужващата банка да съхраняват и обработват личните данни на лицето;
12. Декларация за семейно състояние (съпруг/съпруга, деца до 18-годишна възраст, деца над 18-годишна възраст);
13. Декларация за доходно състояние (пенсия, наеми, рента, влогове, вземания, дялови участия, ценни книжа и др.);

14. Декларация за имуществено състояние (притежание на собствено или съсобствено жилище, прехвърляне/дарение на имот през последните пет години);
15. Декларация за финансово състояние; (притежание на дебитна карта влог в банка);
16. Декларация за съгласие за разкриване на данъчна и осигурителна информация;

Въз основа на подадената молба и приложените документи се извършва социална оценка на потребностите на лицето от социални услуги в специализирана институция, която се отразява в доклад-предложение. Директорът на дирекция „Социално подпомагане”, на чиято територия функционира домът, издава заповед за настаняване в специализираната институция въз основа на мотивирания доклад-предложение. Това обаче може да се случи, само ако кандидатът отговаря на многобройните критерии, базирани предимно на доходно-имуществения тест, които обикновено облагодетелстват социално слабите.

Финансиране

За ползваните социални услуги в домовете за стари хора се заплаща такса в размер 70 на сто от дохода на лицата или такса в размер на действителните месечни разходи, съгласно Тарифа за таксите за социалните услуги, финансирани от републиканския бюджет.

Настаняването в социален дом е по реда на подадената молба. Желаящите са много и се чака с години.

Както се вижда от изискуемите документи и задължителни обстоятелства за деклариране, ползването на дългосрочни грижи в домовете за социални услуги по презумпция е невъзможно за гражданите на България, освен ако не са социално слаби. Намиращите се извън критериите за социално подпомагане няма начин да ползват публичните финанси, във формирането на които те самите или членове на семейството им са допринесли.

Четири програми (Добавка за чужда помощ към пенсията; Национална програма „Асистенти на хора с увреждания”; Програма за дейностите “Социален асистент” и “Домашен помощник”; Специализираните институции за социални услуги) са основните в държавната политика, чрез които може да се реализират грижи за възрастните хора в България.

Предвид практическите трудности обаче, с които семействата на нуждаещи се от грижи хора се сблъскват при уреждане ползването на наличните услуги, очевидно е, че тези инструменти не могат да покрият реалните нужди на обществото от организирана дългосрочна грижа. Налага се членове на семействата на възрастните хора лично да поемат значителна част от грижите или пък да заплащат на външни изпълнители на такива услуги.

Съчетаването на грижи за зависим, недееспособен член от семейството с работа и заетост често пъти е много трудно, а понякога и невъзможно. Особено силно то рефлектира върху работещите жени, които традиционно поемат основната тежест на дългосрочните грижи. От друга страна, заплащането на външни услуги за грижи за възрастни и други недееспособни лица по-често не е по възможностите на семействата им, отколкото обратното. А когато някой от семейството или фамилията трябва да се заеме с отдаване на грижи за недееспособен роднина, обикновено това се извършва от жената. Една от причините за фактическата неравнопоставеност между мъжете и жените (измерена чрез нивата на заплащане на труда, продължителност на осигурителния стаж, размер на пенсията, заетост и безработица, напредване в кариерата, участие във вземането на решения, заемане на ръководни позиции и участие в обществения живот) е утвърдената роля на жената да се грижи за зависими членове на семейството – деца, възрастни родители, родственици – лица с увреждания.

Опитът на страни от Европейския съюз в реализация на дългосрочни грижи

В развитите страни грижите за недееспособните възрастни се поемат от специално подготвени лица – социални асистенти, притежаващи необходимата квалификация за извършване на тези услуги, срещу съответното заплащане. Финансирането на дейността се извършва главно по 3 начина или в комбинация от тях:

- чрез държавния бюджет;
- чрез задължителни осигурителни вноски за социалния осигурителен риск “дългосрочна грижа за възрастни”;
- чрез частни застраховки/осигуровки, при които лицата се застраховат/осигуряват за риска.

Първият начин на финансиране е изразен в скандинавските страни. Характерен представител на втория начин е Германия, а третият е най-ясно изразен в Съединените американски щати.

Има и страни, в които финансирането е смесено – чрез държавния бюджет и чрез частни застраховки/осигуровки (Франция, Великобритания).

Опитът на десет страни от ЕС в реализацията на дългосрочната грижа

<i>Страна</i>	<i>Място за полагане на грижи</i>	<i>Начин на финансиране</i>	<i>Вид на помощта</i>	<i>Доходен критерий</i>	<i>Доплащане от бенефициента</i>
<i>Германия</i>	В институция.	Задължително обществено осигуряване.	В натура (in kind).	Не.	Ношувките и храната се заплащат.
	Домашни грижи.		В натура и в брой.	Да.	Допълнителните услуги се заплащат. Стойността над определен лимит се заплаща.
<i>Австрия</i>	В институция.	Лична инвалидна пенсия.	В брой	Не.	Бенефициентите са длъжни да заплатят разликата до реалната стойност.
	Домашни грижи.				
<i>Испания</i>	В институция и домашни грижи.	Програмите се финансират от общините на местно ниво.	Само в натура.	Да.	Програмата заплаща 25% от стойността. Доплащане 75%.
<i>Унгария</i>	В институция и домашни грижи (държавно).	Програма на социалното министерство.	В брой и в натура.	Да.	Определя се според дохода.

	В институция и домашни грижи (частно).	Частен фонд здравно осигуряване.	В натура.	Не.	Така нар. “базово ниво” се покрива от застраховката, а останалото се доплаща.
<i>Ирландия</i>	В институция.	Задължително обществено осигуряване.	В натура.	Да.	Доплащане има и зависи от дохода.
	Домашни грижи.	Програмите се финансират от общините на местно ниво.			
<i>Люксембург</i>	В институция.	Застраховка срещу изпадане в недееспособност.	В натура и в брой.	Не.	Бенефициентите са длъжни да заплатят разликата до реалната стойност.
<i>Нидерландия</i>	В институция.	Специален държавен фонд за покриване на риска от изпадане в недееспособност.	В натура.	Не.	Задължителни доплащания от бенефициента, с критерий за размера на неговия доход.
	Домашни грижи.		В брой.		
<i>Полша</i>	В институция. Домашни грижи.	Социални грижи.	В натура и в брой.	Да.	Няма.
<i>Великобритания</i>	В институция и/или домашни грижи.	Министерство на здравеопазването.	В натура.	Не.	Няма.
	Само в институция.	Социални грижи.	В натура.	Да.	Доплащането се определя според дохода.
	Само домашни грижи.	Социални помощи.	В брой.	Да.	Няма.
<i>Швеция</i>	В институция. Домашни грижи.	Задължително обществено осигуряване изцяло от държавата за риска от изпадане в недееспособност.	В натура.	Не.	Само потребителска такса.

Източник: OECD, Long-term care for older people, 2005

Описание на дългосрочните грижи в няколко страни членки на ЕС (Германия, Франция, Дания, Великобритания)

За разлика от неотложната помощ, дългосрочните грижи имат за цел да помогнат на нуждаещите се от чужда помощ хора да организират ежедневието си сравнително удобно и сигурно. Дългосрочни грижи се предлагат както на възрастните, така и на хората с увреждани, в домашни условия или в институции (старчески домове, пансиони).

➤ В *Германия* осигуряването за риска “дългосрочна грижа за възрастни” е задължително. Всеки, който подлежи на задължително здравно осигуряване, подлежи и на задължително осигуряване за дългосрочни грижи. Задължително осигурени са работещите, пенсионерите, безработните и учащите. Осигурителната вноска за дългосрочни грижи е 1,7% от месечния доход, която се разпределя поравно между осигурителя и осигуреното лице (т.е. по 0,85%).

През 2005 г. е въведена допълнителна вноска от 0,25% за бездетните осигурени лица. Въвеждането на допълнителната вноска е свързано с предположението, че тези лица за в бъдеще ще имат нужда да получават по-голям размер обезщетение, поради отсъствието на деца, които да се грижат за тях. Пенсионерите също плащат половината от осигурителната вноска, като другата половина се покрива от пенсионно-осигурителния фонд. Федералната служба по заетостта на Германия внася осигурителни вноски за безработните лица, при условие, че те са регистрирани като безработни в съответното бюро по труда по местоживееене. Учащите лица задължително се осигуряват за дългосрочни грижи, като размерът на осигурителната вноска е фиксиран на 7,92 евра месечно, независимо от доходите.

Осигурените лица имат право да получават обезщетение за дългосрочни грижи, само ако са участвали в осигуряването най-малко в продължение на пет години.

Към осигурителния фонд функционира медицинска комисия, която след извършване на преглед определя необходимостта от провеждането на оздравителни и рехабилитационни дейности. Целта е да се сведе до минимум потребността от грижи, или да се предотврати влошаване на здравословното състояние на осигуреното лице.

Плащанията на осигурените лица се извършват по един от следните три начина:

- Плащания в брой (in cash), които могат да се използват за широк кръг цели: наемане на професионални асистенти, за заплащане на членове на семейството, които да се грижат за тях и др. подобни.
- Плащания изцяло в натура (in kind), при които грижите се извършват от лицензирана агенция, сключила договор с осигурителния фонд.
- Смесени плащания (комбинация от горните два начина).

Социално-осигурителният фонд също така заплаща за необходимата медицинска помощ, за оборудване, за обучение на членове на семейството за полагане на професионални грижи за нуждаещия се.

По начина на финансиране Германският осигурителен фонд за предоставяне на дългосрочни грижи се явява като успореден, но отделен фонд спрямо здравно-осигурителния фонд. Управлението му се извършва изцяло от държавата.

➤ *Франция* през последните години е направила значителни промени в системата си за предоставяне на дългосрочни грижи. За разлика от Германия, която е възприела като модел задължителното социално осигуряване по отношение на дългосрочните грижи, Франция е избрала смесен подход. Докато в Германската система водещият фактор за получаване на обезщетения е медицинската необходимост (без оглед на дохода на осигуреното лице, като финансирането се осъществява от осигурителните вноски), то обезщетенията във Франция се определят съобразно доходите на лицата и се финансират изцяло от държавния бюджет. През 2002 г. Франция е приела изграждането на нов фонд, който да осигури така наречената лична добавка за независим живот (Personalized Independence Allowance). Този фонд

осигурява месечно парично обезщетение, което бенефициентите могат да ползват за разнообразни цели: наемане на асистенти, извършване на ремонти в домовете им за създаване на по-благоприятни условия за живот на инвалидите, наемане на членове на семейството за асистенти (с изключение на съпруга/съпругата). Лична добавка за независим живот може да се получава от лица на 60 и повече години. Получаването ѝ се извършва само след много стриктна медицинска експертиза и ако бенефициентът може да докаже, че е неспособен да се справи самостоятелно с поне три от ежедневните си дейности (хранене, обличане, къпане, ставане от леглото, разходка).

➤ В *Дания* системата за дългосрочни грижи има за основен принцип, свободен и равен достъп до предоставяните специализирани услуги. Основният закон, регулиращ грижата за възрастните в домовете им, е Консолидационен закон за социално обслужване. Съгласно закона всички решения, засягащи помощи за възрастните хора, трябва да се вземат за всеки конкретен случай от общините. Предоставянето на грижи в домашни условия е безплатно. Те се предлагат въз основа на индивидуалните нужди на лицата. Местните власти определят общите стандарти на помощта (кой какво да получава). Те оценяват индивидуалните нужди и въз основа на оценката решават на каква безплатна помощ има право възрастният човек. Целта на помощта е да позволи на лицата да си останат в собствените домове дори тогава, когато имат нужда от помощ, за да извършват ежедневните си дейности. Финансирането на услугите за предоставяне на дългосрочни грижи се осъществява със средства от местни данъци и чрез субсидии от държавата. До 2001 г. местните общини са били единствените, които предоставяли домашна грижа за възрастните хора. Един нов закон, наречен По-голям избор на личен асистент, е приет от парламента през 2002 г., в сила от 1 януари 2003 г. Този закон предоставя възможност на възрастните хора да променят помощта, която получават (личен избор на доставчика на услугите), а местните власти да приемат квалифицирани частни фирми, които да осигуряват грижи и обслужване на възрастните. С този нов закон е прекратен монопола на общините, но те продължават да носят отговорност за заплащането за домашната грижа, вземането на решение относно вида на помощта, която да бъде предложена, и за качеството ѝ.

➤ Във *Великобритания* предоставянето на дългосрочни грижи, както в домашни условия, така и в институция, се извършва безплатно от Министерството на здравеопазването. Финансирането на осигурителния фонд за предоставяне на дългосрочни грижи е смесено – държавни субсидии, местни данъци и доплащане от страна на ползващите услугата. През 2003 г. общините започнали да предоставят и парични социални помощи като алтернатива, освен традиционните плащания в натура.

Посочените четири страни са развили своите осигурителни системи за дългосрочни грижи по модела на вече съществуващите в тях обществени здравно-осигурителни системи. **Дългосрочните грижи и медицинското лечение често се припокриват във времето за хронично болните, и те често получават два вида грижи едновременно. Следователно по-лесно е за страни със задължително здравно осигуряване да развият обществени осигурителни фондове за финансиране на дългосрочни грижи.**

Осигурителният подход, възприет от Германия е успял в предоставянето на по-голяма финансова издръжка за възрастните хора и техните семейства. Макар френският смесен модел да е имал за цел обезщетенията да се насочат основно към най-нуждаещите се, разходите значително са надхвърлили очакванията.

Отношение към дългосрочните грижи в Европейския съюз

Едно от основните послания на Съвета по заетост, социална политика, здравеопазване и потребителски въпроси, адресирано до пролетното заседание на Европейския съвет, гласи следното:

“Тъй като промените в демографски и социален план поражда нарастващи потребности за качествени дългосрочни грижи, предоставянето на достъп за всички, подобряването на координацията на грижите и осигуряването на подкрепа за неинституционалните форми на предоставяне на грижи продължават да бъдат предизвикателство. Държавите-членки трябва да намерят точния баланс между обществени и частни отговорности и институционални и неинституционални грижи.”

В комбинираната 18-месечна Програма на френското, чешко и шведско председателства за периода юли 2008 - декември 2009 г., представена на Корепер*/Съвета по общи въпроси и външни отношения, се казва:

“В застаряващо общество е необходима промяна в положителна посока на нагласите спрямо по-възрастните хора. Председателствата ще подкрепят всички инициативи, насочени към създаване на обществена среда, в която към възрастните хора се отнасят с уважение и достойнство. Възрастните хора трябва да могат да водят здравословен, активен и самостоятелен живот, като участват в обществото и имат по-добро качество на живота. При необходимост от грижи те следва да получат достойна и висококачествена грижа.”

В същата степен казаното е валидно и по отношение на недееспособните лица от всички възрастови групи, а не само най-старите.

Дефиниране и организиране на дългосрочната грижа като осигурен социален риск и в България

Нашата страна разполага с инструменти и програми за дългосрочни грижи за социално слабите, но те са неадекватни на потребностите на населението. То не се състои само от социално слаби лица. Предвид неблагоприятната прогноза за увеличаване на търсенето на такива услуги в недалечно бъдеще, както и на базата на сегашния опит за незадоволителното им предоставяне в нужния обхват и качество, съществува възможност за развиване на нови инициативи и запълване на празноти в установената мрежа. Може да се създаде по-добра обществена среда за тях с цел качествено задоволяване на растящата потребност, подхранвана от изложените по-горе основни фактори – неблагоприятни демографски промени, нисък здравен статус, голяма миграция, както и от промяната на традиционния семеен модел от патриархален тип.

Дългосрочната грижа има всички характеристики присъщи на социален риск, който може да бъде предварително осигурен с внасяне на осигурителни вноски, с оглед неговата обществена значимост и голяма вероятност на сбъждане. Независимо дали са от трудова дейност или от други доходи, заделените за тази цел и управлявани под надзора на държавата парични средства могат да покриват разходите за дългосрочна грижа на осигуреното лице, когато ще се нуждае от подкрепа за достоен живот при недееспособност.

По-организираното обхващане на този социален риск би донесло полза не само за нуждаещите се лица, но и за техните близки, задължени по закон да се грижат за тях. Така за членовете на семействата би се освободил потенциал за реализация на пазара на труда, за повишаване на квалификацията, за учене през целия живот, а също и за личното им активно стареене по начин, който им допада. Вместо да похабяват професионализма си докато се грижат за зависим член на семейството, те биха могли да извършват друга дейност по призвание или в името на по-добро качество на личния живот. Дългосрочната грижа може да бъде извършвана от квалифицирани специалисти, обучени за справяне с нелеката задача да обгрижват хора в деликатно физическо и комплицирано психическо състояние. Тази би била за тях една достойна заетост със

* Комитет на постоянните представители (КОРЕПЕР)
Committee of Permanent Representatives, акроним на френски език – COREPER.

съответното заплащане. Подходът би облагодетелствал всички участници, ако наистина качеството на живота е стремеж и цел на политиките и управлението.

Осигурените лица в схемите за задължително и/или допълнително осигуряване за социалния риск “дългосрочна грижа” да имат право на такава при изпадане в недееспособност, въз основа на участие с осигурителни вноски. Обществената дискусия може да насочи към коя от институциите да се развие задължителната форма на тази осигуровка – НОИ или НЗОК; кои акционерни дружества и/или осигурителни фондове биха могли да разширят дейността си с допълнителната осигуровка; какъв да е размерът на вноската/вноските; какъв да е разумно определения минимален период на участие с вноски, кой ще прави вноските, коя надзорна институция ще следи законосъобразността на дейността и управлението на средствата от вноските, кой ще избира и контролира доставчиците на услугите по дългосрочните грижи, каква организация на движение на паричните средства към потребителите на услугите ще се установи.

Уреждането на осигуровката за дългосрочна грижа с презумпцията, че когато човек доживее старини е твърде вероятно да се нуждае от чужда помощ, би следвало да почива на принципа за солидарност и реципрочност на обществените отношения. Насаждането на отговорност за качеството на собствения живот минава и през това човек да се подготви за старините чрез осигуряване не само за пенсия, но и за дългосрочна грижа, а държавата да създаде необходимата институционална среда и механизъм за това. Разбира се от дългосрочна грижа се нуждаят не само хора в най-напреднала възраст, но и в други възрасти, които имат нещастieto да са силно зависими от нечие обгрижване.

Тъй като необходимостта от дългосрочна грижа за най-тежките случаи на лежащо болни или трудно подвижни, нуждаещи се от палиативни грижи, попада на границата между здравното осигуряване и социалното подпомагане, или в ничията зона между социалния и здравния сектор, които са ресори на две различни министерства, този въпрос не е концептуално изяснен в нашата страна, не е уреден законодателно и институционално и не е адекватно финансово обезпечен.

Типичен пример: След седемдневен престой в болница претърпелият инсулт парализиран човек – жив труп, бива предаден на близките му и до тук свършва клиничната пътека по линия на НЗОК. От тук насетне алтернативите са: 1) За него при домашни условия да се грижи човек от семейството, ако има такъв и ако може; 2) Да се наеме външно лице/лица за полагане на грижи срещу заплащане, ако семейството може да плаща; 3) Настаняване в дом за лежащо болни под егидата на Агенцията за социално подпомагане, ако отговаря на критериите за приемане по социални индикации и ако дочака няколко години да му дойде реда; 4) Настаняване в хоспис срещу високо заплащане, което не е по възможностите на средния българин.

Престоят в хоспис и грижите за такива хора изцяло се заплащат от членовете на семейството, а при цена 40-48 лв. на денонощие плюс допълнителни разходи, общо около 1000-1500 лв. месечно са трудно поносима финансова тежест за семейства от среднодоходните групи на населението, а за тези с по-ниски доходи – невъзможен разход. Над посочената сума за престой в хосписа, близките на лежащо болния или почти неподвижния закупуват и заплащат за своя сметка всички лекарства и медикаменти за него, включително и за спешна медикаментозна интервенция. Рецептите за някои от тях, които могат да се получат с намаление или подлежат на реимбурсиране, се занасят на общопрактикуващия лекар (GP), да се впишат в рецептурната книжка, да се придружат с куп документи от лаборатории, специалисти, ЛКК, ТЕЛК, да се направят съответните заверки и потвърждения в РЗОК и т.н. разкарване по разни инстанции от страна на някой близък на лежащо болния или трудно подвижния. Когато се допусне грешка при попълване на някой от тези медицински документи процедурата се блокира и започва отначало за още по-голямо нещастие и отчаяние на близкия. Сценарият се повтаря всеки път, когато докторът -

“джипи”, а след това и докторът-специалист изписват лекарства, глюкомери, тест-ленти и пр. Тази ситуация е толкова абсурдна, че и здравият близък на лежащо болния може да се разболеє докато снове между хосписа, джипито, специалиста, РЗОК, ЛКК, ТЕЛК, които се намират на различни адреси и в различни краища на града.

Подобно е положението и когато грижите за лежащо болния или трудно подвижния се полагат в дома му. Тук се прибавя проблема с намирането на подходящ квалифициран домашен помощник с качества на медицинска сестра, санитарка, готвачка, чистачка, “душеприказчик”. Често пъти хронично болният се нуждае от лекарски прегледи. Ако се наложи специално изследване, диагностика, консултация и пр. в лечебно заведение, трябва да се извика частна линейка за транспортиране на лежащо болния срещу високо заплащане за услугата. Това е само шрих от картината, в рамката на която попадат нуждаещите се от дългосрочна грижа и членът или членовете на техните семейства.

Болестта и увреждането са фактори за бедност. Тежката болест и тежкото увреждане са фактори за още по-голяма бедност, материални затруднения и психическо напрежение. Ето защо политиките за борба с бедността би следвало да включват и дългосрочната грижа поради естеството на проблема.

От друга страна политиките за заетост и за социална осигуреност трябва да визират предоставящите дългосрочна грижа в домовете на нуждаещите се от нея от няколко аспекта:

1) Професионална квалификация – сега с това се занимават предимно жени, много често без нужната квалификация;

2) Регламентирано заплащане, покрито с осигурителни вноски и социална сигурност за предоставящите услугата – сега наетите да полагат дългосрочни грижи срещу заплащане не се осигуряват и не натрупват осигурителни права и изцяло присъстват в скритата икономика. Има нормативен ред за осигуряването им, но той е много трудно приложим и не се практикува.

Проблемът относно лежащо болните и нуждаещите се от палиативни грижи в България изобщо не е решен. Съществуващите форми за предоставяне на дългосрочни грижи и финансирането им от публичните финанси облагодетелства само социално слабите. Близките на лежащо болните сами се опитват да се справят с тежкото положение колкото и както могат. Но нали затова живеем в общности, плащаме данъци и осигуровки? Гражданите, които са коректни към държавата с плащането на данъци и осигурителни вноски, трябва да имат възможност да се възползват от собствения си принос в социалното и здравното осигуряване, когато имат нужда.

Едно ново решение за институционално и финансово устройство на дългосрочните грижи за недееспособни лица най-общо би могло да бъде:

- 1) Дългосрочната грижа да се обхване от осигурителната система като задължително осигурен социален риск в солидарната система. Срещу задължителното внасяне на осигурителни вноски, при настъпване на потребността от дългосрочна грижа тя да се предоставя от специализирана институция със съответната регистрация и компетенция да извършва такива услуги. Финансирането да е за сметка на задължителните здравноосигурителни вноски в солидарната система.
- 2) Предвид недостига на финансови средства, дългосрочната грижа да се финансира в преобладаващата част от публичните средства или от осигурителен фонд и частично от семейството на нуждаещия се в съотношение, определено на базата на актюерски разчети. Делът на семейството в това финансиране би следвало да е съобразен с нивото на средностатистическите доходи на българите.
- 3) Заведенията за социални услуги за лежащо болни и старческите домове с отделения за лежащо болни, където се полагат санитарно-медицински грижи,

и се намират под егидата на Агенцията за социално подпомагане, срещу съответен лиценз/регистрация да придобият статут на хосписи със съответните компетенции.

- 4) Всички хосписи, които отговарят на определени критерии за лиценз/регистрация, да започнат да получават финансиране от публичните финанси, образувани от данъци и от здравно-осигурителни вноски в солидарната система.
- 5) Вноската за здравно осигуряване да се увеличи колкото е необходимо, за да поеме дългосрочните и палиативните грижи.
- 6) Дългосрочните грижи за лица, необхванати от осигурителната система – сиреч социално-слабите, да се финансират в ограничен от хуманния критерий размер за сметка на общите данъчни постъпления.
- 7) Услугите на личен асистент, домашен помощник, социален асистент трябва да са достъпни и използвани не само за социално слаби, но и за лицата/семействата, които пълнят държавната хазна и обществените фондове с данъци и осигуровки.

Изложеното по-горе не изчерпва темата, но показва че, тя без отлагане би следвало да влезе за активна дискусия в дневния ред на обществеността, специалистите, институциите, правителството и парламента. България се нуждае от изработване на изцяло нова концепция за дългосрочната грижа, законодателно и институционално решение, обвързано с бюджетите на държавата, осигурителните фондове и социалните програми. Основен принцип би следвало да е този на солидарността, но не само когато се плащат данъци и осигурителни вноски, включително здрави, но и когато настъпи този социален риск и лицето и неговото семейство се нуждае от подкрепата на държавата и осигурителните програми.

Социалният риск да се появи потребност от дългосрочна грижа за член от семейството за сега в България е празна зона в пъзела на държавното обществено осигуряване в широкия смисъл, включващо и здравното осигуряване. В модерната осигурителна система тази празнота би следвало да се запълни колкото може по-скоро.

14 октомври 2009 г.