

ДОКЛАД

Външна оценка на проект “Домашни грижи за независим и достоен живот”

**Българо-швейцарска
програма за сътрудничество**

**Рахел Калерт
Рикардо Родригес
Кай Лихсенринг
Стели Петева**

Виена, Австрия
11 ноември 2016 г.



Съдържание

Резюме	i
1. Въведение	1
2. Методология	3
3. Заключение	6
4. Изводи и поуки	18
5. Препоръки	19
6. Приложение.....	21

Благодарност

Бихме желали да благодарим на всички участници в интервютата в България за техния принос.

Contact:

Ricardo RODRIGUES
rodrigues@euro.centre.org

Rahel KAHLERT
rahelck@gmail.com

European Centre for Social Welfare Policy and Research
Berggasse 17, 1090 Vienna, Austria
www.euro.centre.org
ec@euro.centre.org
+43-1-319 45 05-0

Резюме

Задачата на външната оценка на проекта "Домашни грижи за независим и достоен живот" на Българо-швейцарската програма за сътрудничество е да предостави независима оценка на основните резултати от проекта. За тази цел сме се придържали към критериите на Комитета за подпомагане на развитието на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) за оценяване на помощта за развитие: приложимост, ефективност, ефикасност и устойчивост. Тези четири области се оценяват както на ниво проект, така и на национално ниво с помощта на наличните вторични (например документи, генерирани по време на проекта) и първични данни (например интервюта с ключови заинтересовани страни).

Що се отнася до **приложимостта** както на ниво проект, така и на национално ниво, заключението на външната оценка е, че предлаганите услуги се приемат като отговарящи на приоритетните нужди на всички заинтересовани страни, като например предоставяне на интегрирани услуги за домашни грижи на възрастни хора, хора с хронични заболявания и увреждания и други уязвими групи като Ромското население. Медико-социалните грижи в домашна среда са общопризнати като подходяща алтернатива на институционалните услуги за предоставяне на подобни грижи в общността.

Що се отнася до **ефективността** доказателствата сочат, че проектът успешно е подобрил достъпа на възрастните хора, хората с увреждания и други групи в неравностойно положение до услугите за домашни грижи, като в същото време е осигурил възможности за заетост на безработни лица и членове на Ромската общност. Освен това предоставените грижи са с висок стандарт за качество. Все пак, все още има някои пропуски по отношение задоволяването на определени нужди, а именно палиативните грижи, грижите предоставяни в почивните дни. Поради липсата на група за сравнение, не бе възможно да се определи напълно въздействието на проекта върху здравните аспекти свързани с качеството на живот на потребителите.

По време на външната оценка има малко налични данни, които да дадат възможност за оценка на **ефикасността** на проекта. По-ранно проучване на разходите (остойносттаване) изчислява, че средните месечни разходи на пациент варират между 184 и 268 лева, в зависимост от различните сценарии. Тази цена се счита за висока, но не е било възможно да бъде сравнена с други услуги, насочени към подобни нужди (например болнични или в специализирана институция). Един възможен фактор, който влияе на ефикасността на проекта е времето, прекарвано от персонала в пътуване между потребителите, поради липсата на достатъчно средства за транспорт.

Накрая, по отношение на **устойчивостта**, промененият през 2015 г. Закон за здравето създава правна основа за предоставянето на интегрирани грижи в домашна среда под ръководството на медицинска сестра. Необходимите наредби за образованието, стандартите за качество и моделите на финансиране продължават да се разработват. В центровете за домашни грижи са приложени конкретни мерки по отношение на определянето на стандартите за качество на услугите и неговото измерване и по отношение на адаптиране на законодателството, за да отрази нуждите от обучение на домашните помощници. Финансовата устойчивост на проекта все още не е осигурена тъй като необходимото законодателство, регламентиращо финансирането на услугите за домашни грижи все още не е готово, а е малко вероятно потребителите или общините да могат да финансират услугите за домашни грижи в бъдеще. Липсата на достатъчно данни за ефикасността и цената на разходите по проекта в сравнение с други подобни форми на грижа също ограничават възможността на Националната здравноосигурителна каса и други национални фондове да финансират услугите за домашни грижи. Наличието на такава информация ще подпомогне и разработването на гъвкав модел за интегрирани услуги, който да излезе извън четирите центъра, като се вземат предвид различните демографски особености, потребности и инфраструктура.

1. Въведение

1.1. Резултати от проекта

Екипът на външната оценка на проекта "Домашни грижи за независим и достоен живот" на Българо-швейцарската програма за сътрудничество предоставя независима оценка на три основни резултата от проекта с главна цел „да се подобри качеството на живот на възрастните хора с хронични болести и увреждания чрез предоставянето на институционализирани здравни и социални грижи у дома“:

Резултат 1: Развитие на институционалната рамка за устойчиво предоставяне на услуги за домашни грижи в България

Резултат 2: Подобряване на достъпа до услугите за домашни грижи на възрастните хора с хронични болести и увреждания и на други уязвими групи (Ромите)

Резултат 3: Въвеждане на измервания на качеството на предоставяните услуги за домашни грижи в моделния проект във Враца

Рецензентите са съпоставили желаните резултати с качествени и количествени показатели и са изследвали дали проектът е постигнал напредък спрямо тях, когато са били налице необходимите данни. Външната оценка ще послужи за обучение, капитализиране и отчетност.

Оценката е базирана върху критериите на Комитета за подпомагане на развитието към ОИСР за оценяване на помощта за развитие: приложимост, ефективност, ефикасност и устойчивост на ниво проект и на национално ниво:

- 1. На ниво проект:** Четирите центъра за домашни грижи в Област Враца са оценявани за приложимост, ефективност, ефикасност и устойчивост. Екипът на оценката е посетил центровете във Враца и Оряхово.
- 2. На национално ниво:** Екипът оценява приложимостта на пилотния проект в по-голям мащаб. Оценени са направените постъпки за реформи в законодателството, регулиращо устойчивото предоставяне на домашни грижи и в изработване на национални качествени стандарти за здравни и социални услуги у дома. Една от целите на оценката е да се оцени как постъпките за реформи влияят на политическия диалог.

Таблица 1: Организация на критериите

	Ниво проект	Национално ниво
Приложимост	Приложимост на ниво проект	Приложимост на национално ниво
Ефективност	Ефективност на ниво проект	Ефективност на национално ниво
Ефикасност	Ефикасност на ниво проект	Ефикасност на национално ниво
Устойчивост	Устойчивост на ниво проект	Устойчивост на национално ниво

1.2. Основни теми

Екипът на външната оценка определи следните теми за оценка като основни:

- 1. Междусекторно интегриране:** степента, в която са интегрирани здравните и социални услуги. В допълнение към социалния и здравен сектор, могат да се добавят и други сектори като образованието, особено когато интегрираните услуги разширят своя обхват и включват хората на възраст от 20 до 40г. и децата.

2. Дългосрочната **устойчивост** на разработените от проекта домашни медико-социални грижи за възрастни хора и хора с хронични заболявания и увреждания, както на местно, така и национално ниво.
3. **Финансова жизнеспособност**: Устойчивостта включва и въпроса за финансовата жизнеспособност, като за целта следва да бъдат разработени модели за финансово обезпечаване на интегрираните услуги в България в общността, на местно и на национално ниво.
4. **Ефективност на разходите**: отнасяне на разходите към конкретни резултати. Освен това, определянето на цената на разходите ще помогне за намаляване на обществените разходи, чрез подобряване на независимостта, предотвратяване или отлагане на функционалния спад и намаляване на основните рискови фактори (например хоспитализация, институционализиране) в дългосрочен план.
5. **Качество на обслужването**: измерванията на качеството са необходимо условие за постепенно увеличаване на мащаба на проекта.
6. **Посрещане на нуждите на целевите групи**: включително на възрастните хора, хората с хронични заболявания и увреждания, уязвимите групи (Ромското население, хората под прага на бедността).
7. **Постъпки за реформи**: за осигуряването на интегрирани услуги у дома ръководени от медицинска сестра или социален работник (вместо от лекар), като по този начин се насърчава деинституционализацията и децентрализирането на здравните и социални грижи.

2. Методология

Методологическите съображения се основават на наръчника на M. Vamberger, J. Rugh, L. Mabry (2006). Оценка в реални условия. Работа при ограничен бюджет, време, данни и затруднения от политически характер. Една от целите на външната оценка е да се оптимизират наличните ресурси (финансови, времеви ограничения), данни и политически ограничения за предоставяне на най-доброто доказателство за резултатите от проекта.

2.1. Източници на данни

Основните източници на данни са документи и интервюта. Освен това, други налични количествени данни, като например демографска информация или оценка на разходите, могат да служат като допълнителни източници на данни.

2.1.1. Документи

Това са годишни доклади, доклади за напредъка, нормативни и стратегически документи, както и консултантски доклади, разглеждани по време на подробния анализ и по време на мисиите в Швейцария и България.

Наличните документи представляват вече съществуваща информация и следователно минимизират разходите и усилията за събиране на данни. Документите, съдържащи лична или чувствителна информация се третират като поверителни. Документите, които са налични само на български език, като например Националната здравна стратегия, са анализирани от българския експерт.

2.1.2. Интервюта

По време на полевото проучване в България, екипът проведе индивидуални и групови интервюта. Целта беше да се събере информация за това как различните заинтересовани страни разбират и оценяват проекта. Интервютата следваха полуструктуриран формат. Екипът на оценката беше подготвил протокол с внимателно изготвени въпроси, съобразени с различните анкетиранни групи (вж. Състав на интервюираните в Приложение 6.3 Програма на екипа за външна оценка в България). Форматът на интервютата позволи да се обърне внимание и на теми,

възникващи по време на самите интервюта. Г-жа Калерт беше водещият на интервюта, а г-жа Петева задаваше допълнителни въпроси. И двете си водеха бележки. След получаване на съгласие, интервюта бяха записвани. Само за едно интервю не беше получено съгласие за запис. Записите не са транскрибирани, а служат като резерва при подробния анализ на данни. За да спазят графика на работа, г-жа Калерт и г-жа Петева си разделиха интервюта с потребителите на услугите за домашна грижа. Интервюта не бяха записани за да не предизвикат тревожност у потребителите.

Индивидуалните интервюта бяха с продължителност 45 до 50 минути. Това позволи да се отдели по-задълбочено внимание на всеки човек.

Груповите интервюта бяха с продължителност между 60 и 75 минути. Интервюираните можеха да чуят мненията на останалите участници да задълбочат познанията си върху проблемите. Повечето интервюирано в груповите интервюта се познаваха от обща работа в различни комисии и др. обстоятелства. Недостатък при този тип интервюта е, че по-малко изразителните лица могат да бъдат заглушени от останалите. За да преодолее това интервюиращият може да се обръща директно към тях.

П протоколите на оценката е посочена ролята на всеки интервюиран и датата на интервюто.

2.2. Сравнителен анализ на данните

Анализът на данните се основава на документи и интервюта като основен източник на информация и по тази причина е качествен и индуктивен по своята същност. Различните източници на данни бяха многократно сравнявани едни с други и претегляни, за да се създаде цялостна картина на проекта и неговите резултати. Външната оценка показва резултатите от проекта в тяхната институционална рамка и социално-политически контекст.

2.2.1. Триангулация

Външната оценка ползва триангулация от различни източници, различни методи за събиране и анализ на данни и различни рецензенти. Според дефиницията на ОИСП (виж карето), триангулацията се стреми да преодолее предубедеността, която може да се появи при използване само на един източник или метод.

Триангулация

Използването на три или повече теории, източници или видове информация или видове анализ, за проверка и обосноваване на оценката.

Забел.: Чрез комбиниране на различни източници на данни, методи, анализи или теории, оценителите се стремят да преодолеят предубедеността, която идва от използването само на единични източници на информация или ползването само на един метод.

ОИСП КПП 2002, 37

- **Триангулация на източниците на информация:** Екипът на външната оценка използва различни вторични - т.е. вече съществуващи - източници на данни, включително мониторингови данни (годишни доклади, междинни доклади за напредъка), законодателна и стратегическа документация, както и консултантски доклади. Екипът на оценката събира и първични данни чрез провеждане на интервюта. Проведени са интервюта с различни заинтересовани страни, които са споделили мнението си по определени въпроси от своя гледна точка. Екипът на оценката разграничава и обобщава различните позиции на интервюираните, за да добие пълна представа за напредъка на проекта, какви са постиженията и предизвикателствата пред него.
- **Триангулация на методите за събиране на данни:** По време на мисията в България екипът на оценката използва два основни метода за събиране на данни: индивидуално интервю и групово интервю.

- **Триангулация на методите за анализ** беше използвана по време на подробния анализ, качествения анализ на данните от интервютата, както и на количествения анализ на наличната информация от различни места.
- **Триангулация на оценяващите** също беше включена в оценката. Българският експерт имаше различни наблюдения от международния екип, състоящ се от три експерта с мултидисциплинарна подготовка.

2.2.2. Норми за оценка

Следвайки *Груповите Норми и Стандарти за Оценка* на ООН (2016 г.), екипът акцентира върху следните норми по време на процеса на оценка:

1. **Независимост и безпристрастност:** Членовете на екипа на външната оценка са независими и се оценяват проекта непредубедено.
2. **Полезност:** Екипът се постара констатациите от оценката да бъдат от полза за заинтересованите страни. Резултатите трябва да подпомагат процеса на вземане на решения в своевременно.
3. **Права на човека и равенство между половете:** Екипът интегрира принципите за правата на човека и равенството между половете навсички етапи на оценката. Интервюиращите, проведеха интервютата с най-висок стандарт на почтеност и уважение.

2.2.3. Ограничения

Външната оценка се състоя в края на изпълнението на проекта, на който етап вече са събрани всички първични данни. Събирането на данни в дългосрочен период, като например за промяна в перспективата на потребителите, не бе възможно. Освен това, за целите на анализа на ефективността, липсваше и група за сравнение от възрастни хора, които не използват услугите за домашни грижи. Заключениеята са основани на ограничен период от време, както и на исторически документи, получени главно чрез ШАРС.

Интервютата, проведени по време на полевото проучване, дадоха информация за различните гледни точки, възприятия и преценки на интервюираните (вж. Vamberger et al., 284). Те не дадоха директен отговор на причинно-следствените зависимости в проекта, т.е. за ефективността на услугите. По-лесно е да се отговори на въпросите, касаещи устойчивостта и развитието на институционалната рамка, тъй като те се базират на разнообразието от гледни точки.

Поради ограниченото време, екипът на оценката посети само два от четирите центъра за домашни грижи. Потребителите и другите заинтересовани страни бяха избрани от персонала на центровете и затова не представляват случайна извадка от интервюирани. Въпреки това, те все пак дават първоначално цялостно впечатление за това как услугите по проекта са приети в общността.

Някои от избраните участници не можаха да бъдат интервюирани. По-специално, интервюто с д-р Даниела Дариткова, ръководител на Здравната Комисия в Българския Парламент, насрочено за 27.10.2016 г., не можа да се осъществи. Освен това, Пенка Николова и Дилян Борисов, представители на НАПОО и д-р Стоян Борисов, главен секретар на БЛС, не взеха участие в груповите интервюта на 26.10.2016г. Същите не можаха да бъдат интервюирани на по-късен етап. Това, че липсват гледните точки на посочените заинтересовани страни, би могло да окаже известно влияние върху посоката на заключенията.

3. Заключение на външната оценка по критерии

Заключенията на оценката са базирани на критериите на Комитета за подпомагане на развитието (КПР) на ОИСР за оценяване на помощта за развитие: приложимост, ефективност, ефикасност и устойчивост, както на ниво проект, така и на национално ниво.¹

3.1. Приложимост

Приложимостта показва до каква степен проектът отговаря на приоритетите и политиката на целевата група, получателят и донора. Приложимостта на ниво проект и на национално ниво са сходни. Предизвикателствата произтичащи от едно все по-застаряващо население в сравнение с намаляващото работещо население, от нарастващия брой хора в неравностойно социално положение, закриването на болници и недостига на общопрактикуващи лекари, водят до недостатъчен брой, вид и достъпност на услугите за възрастни хора с хронични заболявания и увреждания и по-специално за уязвимите групи, включително Ромите. Интегрираните медико-социални услуги у дома отговарят на тези нужди и по тази причина те имат висока приложимост към целевата група.

Услугите за домашни грижи са особено необходими в Област Враца, която е една от най-бедните в Европа, с ниски социално-икономически показатели, високи нива на заболяемост и голяма популация от Роми в неравностойно положение.

3.1.1. Приложимост на ниво проект

„Това не е само Проект, а мисия! Не мога да си представя, че може да се провали.“ – Мениджър на ЦДГ, Враца, 26.10.2016 г.

„Усещаме, че сме полезни на обществото“ – служител, Оряхово, 27.10.2016 г.

И четирите центъра за домашни грижи са утвърдени в задоволяването на местните нужди и следователно са от голямо значение за местните общности. Персоналът във Враца е силно мотивиран от полезността и приложимостта на услугите, които предоставя и приема задълженията си като много повече от работа. Потребителите ги посрещат в домовете си като свои роднини.

Според местните заинтересовани страни, в Област Враца няма подобен Проект или Програма, която да задоволява едновременно здравните и социални нужди на потребителите. В момента има проект за домашен асистент, финансиран от Оперативна Програма за Развитие на Човешките Ресурси (ОПРЧР), но здравният компонент в него е изключително слабо застъпен, средно само на 20 часа на месец за 195 потребителя, което е средно по 6 минути на месец за потребител (Представители, Общински услуги и Регионална здравна инспекция, Враца).

В Оряхово има голяма нужда от интегрирани услуги, тъй като местната болница е затворена от пет години. Възрастните хора там са били останали без „резервен вариант“, преди Проекта за домашни грижи да успее да предложи решение. (Кмет. Оряхово, 27.10.2016). Кметът на Оряхово съобщава, че само 30 до 40 процента от текущите нужди могат да бъдат задоволени с местни услуги.

Домашните грижи са признати на ниво проект. На финалния разбор на мисията в България (28.10.2016), проектът за домашни грижи се приема като много успешен и с видими резултати, според Министерски Съвет. Услугите се признават като подходящ модел сред обществеността и различните заинтересовани страни в двете общини, посетени от екипа на оценката. Общопрактикуващ лекар от Враца спомена как всеки ден се сблъсква с необходимостта от такъв проект, защото пациентите му в напреднала възраст имат крайна нужда от подобни услуги (26.10.2016).

¹ Въздействието като петти критерий на КПР не е споменато в Техническото задание, а би могло да ракрие евентуални непредвидени, негативни последици. Екипът на оценката го включва в критериите за Ефикасност.

Услугите са съобразени с нуждите на Ромските общности и са приети от тях. Ромските потребители в Оряхово, изразиха сериозната си необходимост и удовлетвореност от услугите. Нещо повече, те дори изразиха готовност да заплащат за домашните грижи, ако е необходимо, тъй като според тях не биха могли да живеят без тези услуги (27.10.2016).

Домашните грижи интегрират представители на Ромската общност чрез обучение и заетост. Интервютата във Враца показват, че Ромите са интегрирани ефективно в екипа на проекта и са приети като негови ценни членове (10.26.2016). В действителност, присъствието на служители Роми повишава информираността за нуждите на потребителите от Ромски произход.

Домашните грижи отговарят на търсенето на интегрирани услуги. Капацитетът на центровете за домашни грижи до голяма степен задоволява търсенето на интегрирани услуги. Все още има, обаче, някои незадоволени нужди в местните общности и в някои от съседните, отдалечени населени места, както проличава от списъците с чакащи за достъп до услугите. Потенциалните потребители на услугите от отдалечени и трудно достъпни населени места не могат да бъдат одобрени като бенефициенти по проекта заради проблеми с достъпа (вж. 3.3.1).

3.1.2. Приложимост на национално ниво

Според Агенцията за социално подпомагане към МТСП броят на хората в България, които се нуждаят от услуги за домашни грижи е голям (Държавен експерт по социално Включване, МТСП, 25.10.2016).

Домашните грижи са широко признати на национално ниво с известно колебание в обществото. Услугите вече са широко признати като подходящ модел сред националните и регионални партньорски институции и съответните заинтересовани страни. Популяризирането на услугите за домашни грижи сред институциите и обществото беше извършено с провеждането на национална информационна кампания по националната телевизия и различни радио репортажи (Годишен доклад 2015).

Въпреки това, според директора на Отдела за медицински дейности към Министерство на здравеопазването, услугите за домашни грижи все още не са предпочитаният начин на грижа за възрастните хора в българските общности (25.10.2016). Тя спомена също така, че Българските семейства изглежда все още предпочитат да настаняват възрастните хора в старчески домове, според проучване от Столична община.

Освен това, старата система на домашни грижи по време на комунистическия режим е била на грижи ръководени от лекар. Българските потребители все още искат лекарят да бъде част от домашните грижи, каквото очакват и в случаите на извънредни медицински ситуации, а медицинската сестра да провежда медицински наблюдения и превенция. Според директора на Отдела за медицински дейности към МЗ (25.10. 2016), пациентите в крайна сметка са започнали да приемат парамедиците като част от аварийния екип и подобен подход може да се използва за домашните грижи, какъвто пример има във Великобритания, където се използват парамедици.

Домашните грижи се отделени от другите услуги. Допълнението към Закона за здравето (член 125б, вж. Приложение 6.5) прието през септември 2015 г. дава възможност за законно предоставяне на интегрирани медико-социални услуги в домашна среда, като в тях са включени не само услуги за възрастните хора, но и за деца, бременни жени и хора с увреждания и хронични заболявания. Преди това медицинските сестри са работили в сивата зона на предоставяне на услуги в домовете на хората, без да са наблюдавани от лекар (мениджър ЦДГ, Враца, 26.10.2016). Националната Здравна Стратегия 2014-2020 предвижда въвеждането на междусекторни интегрирани услуги, включително социални и здравни услуги. Вече разработената Националната стратегия за дългосрочни грижи включва предоставянето на интегрирани междусекторни услуги и създаването на условия за преход от институционални към интегрирани грижи базирани в общността, с цел подобряване на качеството на живот. Планът за изпълнението и е в етап на подготовка.

Разграничаването от други услуги, все още се възприема като предизвикателство, тъй като хората все още не са запознати с концепцията за интегрирани домашни грижи (Ръководител на Централното координационно звено на Българо-швейцарската Програма за сътрудничество, Министерски съвет, 25.10.2015). Но щом разберат за съществуването им и се запознаят с тях, те осъзнават колко е важна интеграцията на услугите (Заместник-директор, БЧК, 24.10.2016). Интеграцията се появява на няколко нива: например, докато медицинската сестра придружава потребителя при личния му лекар и следи за спазване на назначеното лечение, домашният помощник доставя предписаните лекарства от аптеката и следи за редовното им приемане от потребителя (мениджър ЦДГ, Оряхово, 27.10.2016). Като част от сплотения колектив на ЦДГ, медицинските сестри и домашните помощници си помагат при ежедневните грижи за здравето и общото състояние на потребителите, особено когато възникне проблем.

Съответните заинтересовани страни са ангажирани и активно участват в процеса на реформи. Работните групи в областта на здравеопазването и социалната политика включват представители от различни министерства, обединения и професионални организации, с които екипът на оценката разговаря с време на мисията в България (вж. 3.4.2 устойчивост на национално ниво).

3.2. Ефективност

Ефективността показва до каква степен даден проект е постигнал целите си. Тя не може да бъде оценена чрез използване на първоначални и последващи данни за потребителите на проекта, както и за референтна група от възрастни хора, които не са бенефициенти по проекта. Ето защо, оценяването на този критерий се основава предимно на общото впечатление на екипа за външна оценка. Проектът за домашни грижи изглежда има положителен ефект върху потребителите.

3.2.1. Ефективност на ниво проект

„Тези хора ме върнаха към живота” – потребител, Враца, 26.10.2016.

Потребителят разказа как заради заболяване и съдбовно стечение на обстоятелствата е била прикована към леглото и не е могла да излиза от дома си. След една година практика със сестрите и домашните помощници от ЦДГ, сега тя е способна да излиза навън и да посещава близкия парк. Постепенно продължителността на посещенията на домашните помощници може да бъде намалена.

„Този проект е от огромно значение и е животоспасяващ за много хора... Продължавайте да се борите за правилната кауза!” - ОЛ, Враца, 26.10.2016.

По време на кръглата маса, организирана в Област Враца през юни 2016г., заинтересованите страни от града и областта изявиха удовлетворението си от проекта. И тримата кметове, които присъстваха изразиха своето одобрение за проекта.

Проектът за домашни грижи улеснява достъпа до услуги както на възрастните хора, така и на възрастните хора от Ромската общност и от отдалечени места. Според последната налична информация (шестмесечен отчет, септември 2016 г.) общо 432 души получават грижи от четирите центъра за домашни грижи по време на доклада, от които 85% са на възраст над 70г., 10% са от Ромски произход и 28% живеят в отдалечени места. Последните две цифри дават известна представа за приемането на проекта от страна на Ромската общност и на покритието на нуждите в изолираните райони. Някои потребности все още остават неудовлетворени. Търсенето на услугите предоставяни от центровете за домашни грижи в момента надвишава предлагането, и има списък с чакащи. Все пак, трябва да се има предвид недостига на доставчици на подобни услуги и нивото на незадоволени потребности при старта на проекта.

В центровете за домашни грижи се наемат основно безработни и Роми. Целият персонал на ЦДГ в Оряхово се състои от безработни заради затварянето на местната болница година по-рано (мениджър ЦДГ, Оряхово, 27.10.2016). Един от центровете е имал затруднения при набиране на медицински сестри от общността, тъй като в населеното място не е имало такива. Около една четвърт от наетия персонал е от Ромски произход, което допълнително свидетелства за капацитета на проекта да интегрира тази общност в по-широките бенефициенти на проекта. В началото работата с хора, които дълго време са били без работа е било предизвикателство за

центъра във Враца, тъй като те са загубили работните си навици и почти не са работили в екип преди, но с течение на времето споделянето на общата цел и мисия е довело до сплотяването на колектива (мениджър ЦДГ, Враца, 26.10.2016). Коефициентът на текучество на кадрите е нисък, с изключение на центъра в Криводол.

На ниво проект са въведени стандарти за качество и система за мониторинг на предоставяните услуги за домашни грижи. Въз основа на наличните документи и според медицинския координатор на проекта (24.10.2016) в ЦДГ има въведена система за документиране и мониторинг на качеството на предоставяните услуги. Качеството се осигурява чрез няколко инструмента: протоколи за дейностите и обслужване на потребителите, технически насоки за дейностите, алгоритми за действие по време на определени (кризисни) ситуации, посещения от мениджъра на ЦДГ и срещи със семейството и потребителите, директна обратна връзка от потребителите, както и критерии за подбор, използвани от местните комисии при одобрение на бенефициенти и подбор на персонала. Домашните помощници следват протоколите за дейностите, както и специален учебник, а дейността им се контролира от медицинските сестри. Регионалната здравна инспекция следи за безопасността на уредите и труда в четирите центъра, включително и за стерилизацията на инструментите и отстраняването на опасните отпадъци. На видими места са разположени инструкции за безопасност, използва се регистър за отчитане на стерилизацията на инструментите. От началото на проекта през 2012 досега не е имало писмени оплаквания относно хигиената и безопасността (Зам. Директор на Регионалната здравна инспекция, Враца, 26.10.2016). Според Андреа Хорнщайн, експерт на Spitex от Швейцария, качеството и стандартите на грижите предоставяни от персонала на центровете за домашни грижи е на добро ниво (13.10.2016).

В четирите центъра за домашни грижи е въведена софтуерна система отчитане и организацията на услугите и документацията. Той помага на местните екипи за управление по-ефективно да анализират и планират предоставянето на услугите, по отношение на здравословното състояние на потребителите, необходимото време за изпълнение на услугите и времето за транспорт. Екипът на оценката се запозна със системата в Оряхово.

Центровете за домашни грижи работят от понеделник до петък от около 9 сутринта до 17:00. Тъй като ЦДГ не могат да работят през всеки ден от седмицата, някои потребители може да бъдат затруднени с продоволствието. За тази цел, домашните помощници се стремят в петък да има достатъчно количество храна и консумативи на разположение, но в идеалния случай съседни и роднини се грижат за потребителите през уикенда. Петък и понеделник са дни с по-високо натоварване за персонала на центъра поради допълнителните задачи, които трябва да бъдат изпълнени (мед. сестра, Враца, 26.10.2016).

Швейцарският и Българският Червен кръст предоставят обучение за медицинските сестри и домашните помощници в съответствие със стандартите. БЧК има Национален Център за обучение на медицински сестри и домашни помощници в Лозен, близо до София, който е лицензиран от Националната агенция за професионално образование и обучение (НАПОО). Членовете на персонала преминават задължително обучение (160 часа за медицински сестри и 120 часа за домашни помощници) и получават непрекъснато обучение по допълнителни компетенции като палиативни грижи и грижи за болни от деменция от швейцарски експерти (представител на Spitex 13.10.2016). Все още няма обучение за ръководители (ГД 2015). Обучението на персонала обхваща не само за здравните, но и социални аспекти – и двете са в основата на дългосрочните грижи. Съществува необходимост от последващо обучение на учене чрез правене.

Използвани са иновативни системи. Центровете за домашни грижи са въвели пилотен експеримент за телемониторинг, които свързва ЦДГ с медицински заведения. Тази инициатива не само би могла да задоволи потенциални нужди (например липсата на денонощни грижи), но също така показват потенциала на центровете за домашни грижи да действат като центрове за иновации в областта на интегрираните услуги в България.

3.2.2. Ефективност на национално ниво

Ефективността на национално ниво не е оценена все още, но може да бъде екстраполирана от опита на четирите общини по проекта. Очакван резултат е подобреният достъп до услуги за домашни грижи за възрастните хора с хронични заболявания и увреждания, включително уязвимите общности като Ромите.

На национално ниво все още не са разработени качествени стандарти за услугите за домашни грижи. Разработването на механизми за мониторинг, контрол и управление на качеството са заложи в НЗС 2014-2020. В момента се разработват стандарти за качество като наредби от МТСП. Тези стандарти биха улеснили оценяването на качеството на обслужване в съществуващите четири центъра за домашни грижи (Зам. Директор, Регионална здравна инспекция, Враца, 26.10.2016).

Образователните изисквания за доставчиците на услуги са готови за одобрение.

Държавните образователни изисквания за професията на социален асистент са одобрени от Управителния съвет на НАПОО през ноември 2015 г. и предстои бавещото се одобрение от Министерството на образованието и науката, което все още се очаква да стане през 2016 г. (Зам. Директор, БЧК, 24.10.2016).

На път е да се въведе система за дуално образование (Швейцарска система). От една страна системата за дуално образование е все още непривлекателна в България и би била недостатъчно финансирана (ГД 2015). От друга страна през април 2015 бе подписано Споразумение за Тематичен фонд по Българо-швейцарската програма за сътрудничество, свързано с изпълнението на проект „Швейцарска подкрепа за въвеждане на дуална система на професионално обучение в България“ (<http://archive.eufunds.bg/en/page/816>). Основната цел е да се създаде модел на работа, за да се изгради необходимият капацитет за въвеждане на дуална система на професионалното образование в България с помощта на швейцарски опит. Проектът ще се осъществява от Министерството на образованието и науката в партньорство с Министерството на труда и социалната политика (МТСП) и Министерството на Икономиката. Основни партньори са Швейцарският федерален институт за професионално образование и обучение и Българо-швейцарската Търговска камара. В допълнение, новият Закон за предучилищното и училищно образование (октомври 2015) и Стратегията за развитие на професионалното образование за периода 2015-2020 обявяват дуалното образование като форма на образованието и като един от своите приоритети (<http://www.mon.bg/?go=page&pageId=7&subpageId=57>).

3.3. Ефикасност

Този критерий измерва постигнатите резултати - качествени и количествени - по отношение на вложените ресурси. Това означава, че даден проект използва възможно най-евтиният възможен ресурс за да постигне желаните резултати. Това обикновено изисква сравняване на алтернативни подходи за постигане на същите резултати, за да се види дали се използва най-ефикасния процес. При този проект, сравнителният подход не можа да бъде използван поради липса на достатъчно информация. В този доклад, ефикасността включва и въпроса за ефективността на разходите като свързва разходите с различни резултати.

3.3.1. Ефикасност на ниво проект

Времето за транспорт е намаляло в сравнение с 2012 г., което се дължи на логистично оптимизиране, но продължава да бъде източник на неефективност. ЦДГ са увеличили броя на обслужваните бенефициенти при същия брой служители с повече от 25% от 341 през 2013г. до 432 през 2016г. (ГД 2013, шестм. доклад 2016). Докладите показват, че в началото на проекта значителен дял от работното време на персонала е прекарвано в пътуване пеша от един потребител до друг. Според домашните помощници от Враца, времето прекарано в ходене все още е до 20 минути (26.10.2016). Времето за транспорт се увеличава през зимата поради влошените метеорологични условия, които влошават качеството на пътищата и алеите

(мениджър, Оряхово, 27.10.2016). Проекта разполага с по един автомобил за всеки ЦДГ, но е ясно че това е недостатъчно и че са необходими допълнителни превозни средства с оглед ограничения достъп на обществения транспорт в региона. Това би могло да допринесе за увеличаване на предлагането на грижи от ЦДГ и достигането до по-отдалечени и изолирани места. Един от центровете използва велосипеди от ранна пролет до късна есен. Като смекчаващо вината обстоятелство, могат да се имат предвид усилията, които полагат ЦДГ за да достигнат по-изолираните потребители при липсата на други доставчици на здравни услуги, а също и намаляването на транспортните разходи.

Центровете за домашни грижи нямат официална система насочване на потребители.

Потенциалните потребители се насочват към ЦДГ по различни канали, като например информация от уста на уста, ОЛ или други доставчици на услуги, включително и общината. ЦДГ са установени определен профил в тяхната зона на обслужване (Обл. Дир., БЧК, 26.10.2016). Местната комисия за избор на потребителите избира кандидатите, които са в най-голяма нужда, въз основа на предварително определени критерии. Тези критерии включват ниво на доходите, здравен статус, възраст, и участието в подобни услуги.

Съществува неформална система за обратна връзка с потребителите и техните близки.

Степента на участие на потребителите или техните роднини в предоставянето на обратна връзка е различна. Мениджърът на ЦДГ прави контролни посещения за получаване на директна обратна връзка от потребителите. Софтуерната система на центровете съдържа информация за контакт с роднини, която се използва при спешни ситуации или при необходимост от промени в дейностите за обгрижване на потребителите. Много от роднините на потребителите не живеят в града и са поверили грижите за своите близки изцяло на персонала на ЦДГ. Понякога роднините на възрастните хора се обаждат до ЦДГ, когато не са успели да се свържат с техните близки. Ако роднините живеят наблизо, персонала на ЦДГ им дава насоки как да се грижат и стимулират своя близък между визитите на домашните помощници. Последното е от особено значение за болните от деменция (Мениджър, Враца, 26.10.2016). Въпреки всичко това ангажирането и насочването на непрофесионалните болногледачи остава слабо място в процеса на грижите. Включването на непрофесионалните болногледачи в обхвата на центровете за домашни грижи е важно не само защото те едновременно предоставят грижи и са потребители на грижи (когато са роднини), но също така може да доведе до подобряване на ефикасността на предоставянето на грижи и подобряване на социалното въздействие на ЦДГ.

Доброволните болногледачи все още не са включени в двата центъра, които екипът на оценката посети. В действителност, подбора, обучението, контрола на качеството на обслужване и задържането на доброволците се приема като допълнителна тежест за центровете за домашни грижи. Един от центровете си сътрудничи с проект за доброволци с Швейцарско финансиране, където млади пенсионери се обучават от Български Червен Кръст, за да осигурят комфорт и компания на възрастните хора (Обл. Директор, БЧК, 26.10.2016).

Има изградена система за комуникация и обмен на информация между центровете за домашни грижи. Между ЦДГ се осъществява редовен обмен на информация и добри практики, около два или три пъти годишно (напр. През 2015 е имало две такива срещи). Между срещите центровете поддържат връзка през Скайп, електронна поща и по телефон. Темите за дискусия най-често са състоянието на потребителите и как най-добре да се отговори на потребностите им (мениджър, Враца, 26.10.2016). Софтуерната система за обработка на данни не позволява обмен на информация между центровете, а само с координационното звено на БЧК в София. От казаното дотук следва, че обмена на данни между ЦДГ се използва по-скоро за повишаване на ефективността, отколкото като инструмент за подобряване на ефикасността и сравнение на резултатите между центровете.

Центровете за домашни грижи си сътрудничат с ОЛ. Има изградени връзки с други доставчици на грижи, основно с ОЛ. В началото на проекта отношенията са били напрегнати, поради грешното разбиране на ОЛ, че услугите за домашни грижи се явяват като конкурентни на техните (мениджър, Враца, 26.10.2016; мениджър, Оряхово, 27.10.2016). Един от ОЛ споделя,

че приема мед. Сестри по проекта като компетентни да се грижат за пациентите у дома и да извършват такива задачи като поставяне на инжекции, смяна на превръзки и провеждане на терапии (ОЛ, Враца, 26.10.2016). В един от центровете отношенията с ОЛ са се развили дори до там, че лекарите прехвърлят някои свои задачи на медицинските сестри, като например свързани с лабораторни изследвания, което добавя допълнителна тежест върху мед. Сестри.

Няма система за координация между центровете за домашни грижи и лечебните заведения. Болниците знаят за услугите за домашни грижи, но не насочват потенциални потребители към ЦДГ (Обл. Дир. БЧК, 26.10.1026). Обикновено пациентите биват изписани от болницата и едва след посещение до своя домашен лекар биха могли да бъдат насочени към центровете за домашни грижи. В Оряхово местната болница е затворена преди откриването на ЦДГ и в момента център донякъде компенсира липсата на лечебно заведение. ЦДГ във Враца е сключил договор с местната болница по отношение третирането на опасни отпадъци.

Ротация на служителите. И в четирите ЦДГ се прилага принципа за ротация на персонала. Смисълът на тази практика е да се намали емоционалния товар и предотврати привързването на мед. сестри и домашните помощници, които са в чест контакт с възрастни хора останали без роднини (служител, Враца, 26.10.2016). Ротацията също така има за цел да осигури гъвкавост в планирането на грижите и в оптимизиране на времето за транспорт, тъй като всеки потребител има свой собствен график.

Няма данни за мнението на потребителите относно принципа за ротация на персонала. В началото на проекта служителите са получавали оплаквания свързани с ротацията на персонала, но не е правен анализ на потребителското мнение за целия срок на проекта в това отношение. По време на външната оценка един потребител изрично сподели недоволството си от ротацията на персонала:

Един и същ домашен помощник трябва да се грижи за даден потребител. Отнема ми време да обясня какво ми е необходимо този ден на различните домашни помощници. При сестрите го няма този проблем, те знаят какво и как да свършат. Но това не е сериозен проблем, само едно предложение... Ако тези услуги приключат ще бъде съкрушен... – потребител, Враца, 26.10.2016.

От гледна точка на качеството на услугите, ротацията на персонала не изглежда да вреди на качеството на услугите, когато се спазват стандартите за качество и между персонала съществува редовен обмен на информация. Въпреки това, от гледна точка на личните предпочитания, потребителите биха предпочели да бъдат обгрижвани от един домашен помощник пред ротацията на персонала. Тук има място за размисъл.

Отбелязването на извършените дейности изглежда неефективно. Служителите на ЦДГ записват дейностите, които извършват четири пъти, което е дублиране на действия. Първо, служителите въвеждат данните за дейностите в тетрадките си, а после и във формата за извършени дейности в дома на потребителя. В офиса на ЦДГ те записват същата информация на хартия, а после и на общ компютър. В момента ЦДГ разполагат само с един компютър за всички мед. сестри и дом. помощници, което означава, че в края на работния ден те трябва да се изчакват за да въведат необходимата информация. Служителите изразиха желанието си да разполагат с преносимо електронно устройство, което би им позволило да въвеждат информацията за извършените дейности еднократно и би намалило административната тежест от тях (персонал, Враца, 26.10.2016).

3.3.2. Ефикасност на национално ниво

Все още няма пълно отчитане на ефективността на разходите и цената на разходите. Изследване на ефективността на разходите с данни от началото на проекта е направено от Швейцарски и Български Червен Кръст (2015 & 2016). Изчислено е, че средните месечни разходи на пациент варират между 184 и 268 лева, в зависимост от различните сценарии, което се счита за висока цена. Институционалната грижа за възрастните обикновено е над 500 лева на месец, според проучване на Министерски съвет. Що се отнася до ефекта на домашните грижи

върху потреблението на здравни услуги от пациентите, първоначалните констатации показват, че честота на посещенията при общопрактикуващ лекар, както и търсенето на бърза помощ, значително са намалели след записване за услугите за домашни грижи. За да може да се изчисли точната стойност, която домашните грижи спестяват на здравната система, трябва да се извърши проучване на цената на разходите, което ще осигури ценна информация за обосноваване на общественото финансиране (напр. с данни от Здравната каса) на домашните грижи в бъдеще. Д-р Тодоровска от БЧК каза (27.10.2016), че до края на февруари 2017г. въз основа на последни данни, трябва да бъде завършено ново проучване за остойността и ефективността на разходите, което ще послужи за сравнение на интегрираните грижи у дома с услуги задоволяващи подобни потребности (вж. 3.4.2. устойчивост на национално ниво).

3.4. Устойчивост

Критерият за устойчивост цели да измери доколко ползите от даден проект ще са налице след спиране на финансирането от донора. Проектите трябва да са постигнали структурна и финансова стабилност. В случая с проекта за домашни грижи стои въпроса какво ще се случи с четирите изградени центъра за домашни грижи след април 2017, когато финансирането от ШАРС приключи. Освен това, устойчивостта включва и въпроса дали е постижимо разпространението на интегрираните грижи и в други региони.

Финансовата устойчивост може да бъде разделена на средносрочна и дългосрочна. Според ръководителя на Централното координационно звено на Българо-швейцарската програма за сътрудничество (25.10.2016), вече са направени необходимите стъпки за постигане на средносрочна устойчивост (макар и още без официално решение), за да се осигури продължението и разширяването мащаба на проекта на БЧК с помощта на външно финансиране докато започне финансирането от държавата, вероятно от 2020г. – което всъщност е дългосрочната устойчивост на услугите.

3.4.1. Устойчивост на ниво проект

Що се отнася до структурната устойчивост, четирите центъра за домашни грижи са изградили необходимата инфраструктура и персонал, за да са способни да продължат да предоставят качествени услуги. В действителност, тяхната ефективност и ефикасност се е подобрила във времето.

По отношение на дългосрочната финансова устойчивост, два източника на ниво проект бяха обсъдени по време на посещението на външната оценка в България:

Общинско финансиране. Според ръководителя на отдела за здравни и социални дейности към Община Враца, няма да има общински средства за услугите след приключване на проекта през април 2017г. (26.10.2016). В сравнение с други общини, Враца е изключително бедна и следователно не може да си позволи да финансира допълнителни услуги. Вместо това Общината предлага да допълни вече съществуващата общинска услуга за доставяне на топла храна със здравен компонент.

С приближаване на края на проекта, кметът на Община Оряхово заяви, че общината ще пренасочи средства за други разходи към услугите за домашни грижи (27.10.2016). В момента почти 80% от общинския бюджет отива към младите хора, като например под формата на спорт и треньори, които ще трябва да се пренасочат.

В момента общините финансират работата на офисите на ЦДГ. След като са направили първоначалната инвестиция за възстановяване на сградите, където се помещават офисите на ЦДГ, сега те трябва да финансират само разходите по поддръжка на сградите.

Заплащане на услугите от потребителите. Потребителите на домашните грижи подчертаха желанието си да заплатят за услугите, ако това ще помогне да не бъдат спрени (потребители, Оряхово, 27.10.2016). В действителност, в началото на проекта, потребителите са били скептични за качеството на услугите защото се предлагат безплатно. Те са считали, че безплатната услуга би била с ниско качество, или че на по-късен етап ще трябва да плащат скъпо

за нея (потребители и служители, Оряхово, 27.10.2016). Това, че услугите са били предлагани от БЧК е помогнало на потребителите да го приемат като надежден доставчик и да допуснат служителите по проекта в домовете си (потребители, Враца, 26.10.2016; кмет, Оряхово 27.10.2016; ръководител на Звеното по Програмите за двустранно сътрудничество към Министерски съвет, 25.10.2016). Потребителите са разбрали, че могат да се доверят на служителите по проекта и че те предоставят висококачествени услуги. За съжаление поради ниската си платежоспособност и заради очакваните високи разходи за предоставяните услуги, потребителите едва ли биха могли да допринесат значително за покриването на цените на услугите.

3.4.2. Устойчивост на национално ниво

„Интегрираните услуги са високо в дневния ред и са с приоритетно значение” - Деница Сачева, Заместник-министър, Министерство на труда и социалната политика (28.10.2016).

За швейцарският донор от самото начало беше ясно, че това трябва да е проект на цяла България. Само тогава инвестицията от Швейцария би могла да постигне устойчивост. И докато проектът е приет като собствен и важен, и законодателният процес се движи в правилната посока, целият процес отнема твърде дълго време (ръководител на офиса за Швейцарско сътрудничество, 28.10.2016).

Изменението в Закона за здравето от септември 2015г. създава предпоставки за разработване на подзаконовни актове относно стандартите за качество и механизмите за финансиране. Новият закон създава правна основа за предоставянето на интегрирани здравни и социални грижи в домашна среда за възрастни хора, хора с увреждания и хронични заболявания, бременни и деца (вж. Приложение 6.5.). Тази промяна отне три години, по-дълго от планираното (зам. Директор , БЧК, 24.10.2016), но е крайъгълен камък за създаването на стандарти с помощта на наредби. Апоред член 125д:

Типовете услуги ... и условията и процедурата за предоставянето им, както и критериите и стандартите за тяхното качество и процедурата за контрол на изпълнението им, се уреждат с Наредба, приета от Министерския съвет по предложение на Министъра на Здравеопазването и Министъра на Труда и социалната политика.

Очакван график. Заместник-министърът заяви, че МТСП, заедно с Министерството на здравеопазването и Министерството на финансите, в момента работи по новия Закон за социалните услуги, който ще включва интегрирани услуги (медико-социални и образователно-социални). Законопроектът трябва да бъде представен за публична консултация до края на 2016 г. и да влезе в Парламента до март 2017 г. и одобрен от него до януари 2018 г. С финансиране по Операциона Програма за Развитие на човешките ресурси, МТСП ще разработи до края на 2017 г. качествени стандарти за социални и интегрирани вътрешно-секторни услуги и ще разработи различни модели за предоставянето на социални и интегрирани услуги и тяхното финансиране от държавния и общинските бюджети, както и от потребителите на услуги и частния сектор (представители на МТСП, 25, 28.10.2016). Това ще включва и интегрирани услуги за бременни и деца. В момента МТСП разработва карта на услугите, включително интегрирани услуги за възрастните хора.

Стандарти за социални асистенти. Според Стефка Лиманска, ръководител на звено "Професионална квалификация" към Министерството на труда и социалната политика, държавните образователни изисквания за придобиване на професионална квалификация от списъка на професиите за професионално образование и обучение (СППОО) вече са разработени (СППОО са посочени в чл. 6 от Закона за професионално образование и обучение <http://www.navet.government.bg/en/ser/>). Официалният документ на стандартите за социални асистенти в момента чака одобрение от Министерството на образованието и науката (25.10.2016). Изпълнението във времето изглежда неясно заради многото заинтересовани страни.

По отношение на финансовата устойчивост, заинтересованите страни на национално ниво си сътрудничат по отношение на осигуряване на устойчиво финансиране, но все още има какво да се свърши. Разработва се план за действие за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочни грижи с финансиране от МТСП, което ще проправи път за финансирането на системата за дългосрочни грижи в България. По тези въпроси се търси и мнението на БЧК (ГД 2015). Националната здравна стратегия 2014-2020 г. предвижда диверсификация на финансовите източници и разработването на модели за медико-социални грижи. Според Министерски съвет (25.10.2016) трябва да се разработят интегрирани, смесени финансови модели с цена за потребител за Министерство на финансите, при които здравните и социални фондове се обединяват, което може да включва и дял от частни плащания. Директорът на отдел лечебни дейности към Министерство на образованието (25.10.2016) подчерта колко е важно да се докаже, че интегрираните услуги ще доведат до подобрения в системата на здравеопазването и в обществото, като при това ще осигурят спестяването на средства, които биха могли да се използват по друг начин на национално ниво.

Финансирането от страна на потребителите трябва да е част от плана, с цел да се насърчи тяхната ангажираност и активно участие (държавен експерт социално включване, МТСП, 25.10.2016). Финансовият принос на потребителя като процент от пенсията се препоръчва и от началника на Отдел хора с увреждания към Регионална дирекция за социално подпомагане, Враца (26.10.2016). Плащането на минимална такса от потребителите ще регулира търсенето (началник отдел Социално подпомагане към Агенцията за социално подпомагане, МТСП, 25.10.2016). Освен това други услуги като продължителното болнично лечение, също се заплащат от пациентите, следователно е уместно същият принцип да се приложи към услугите за домашни грижи (зам.дир. Регионална здравна инспекция, Враца, 26.10.2016).

Хората в затруднено финансово положение, например тези чиито пенсии са под 200 лева (или 100 евро) на месец, ще са затруднени да заплащат за домашните грижи (мениджър, Оряхово, 27.10.2016). Само сумата за лекарства може да достигне от 70 до 100 лева на месец в някои случаи (служител, Оряхово, 27.10.2016). Освен това, някои потребители вече плащат по около 40 лева на месец за Общинската услуга за доставка на топла храна.

Общинско финансиране все още не е налично за интегрираните домашни грижи. Общинските ресурси са разпокъсани в различни сектори и услуги, но общините имат право на преценка и свободата да комбинират и интегрират ресурсите на общинско ниво (представител на Националното сдружение на общините в България, 25.10.2016). Въпреки това, ще трябва да се извърши предварително остойностяване на подобни услуги, за да се вземе обосновано решение за преразпределение на средства. В средносрочен план, общините могат да кандидатстват за отпускане на средства по Оперативна Програма за развитие на човешките ресурси, за да могат да създадат центрове за интегрирани грижи.

Държавно финансиране от правителството би могло да бъде източник на дългосрочно финансиране. Д-р Галя Йорданова от НЗОК (25.10.2016) подчерта, че Националната здравноосигурителна каса покрива само водените от лекар здравни услуги, но не покрива здравни услуги, водени от медицинска сестра или акушерка, каквито са услугите, предоставяни от ЦДГ. Тя нарича "дефицит в нашето здравеопазване", това че тези услуги не са обхванати.

Друг източник на финансиране може да бъде прехвърлянето на средства от грижите за психичното здраве, които в момента се финансират от Министерството на здравеопазването, а не от НЗОК. Директорът на Отдел здравни дейности към Министерство на здравеопазването (25.10.2016) се свърза с Националното сдружение на общините в България по повод предоставянето на социален патронаж за хората с психични заболявания, включително и хората с деменция, които често биват хоспитализирани за дълго време заради липсата на подкрепа в общността. За обгрижването на тези пациенти може да са необходими психиатрични сестри.

Разширяването на обхвата на услугите на национално ниво е от изключително значение, но може да се осъществи единствено когато е постигната финансова устойчивост.

4. Изводи и поуки

Заклученията от външната оценка са, че въз основа на наличната информация и на информацията, събрана по време на изследването, Проектът е изпълнил по-голямата част от поставените цели.

По-конкретно, подобрен е достъпът до услуги за домашни грижи на целевите групи, определени като приоритетни. Сред тях, особено забележително е посрещането на незадоволените потребности на ромската общност и на осигуряване на нейното участие в предоставянето на услугите.

Успешно са въведени измервания и мониторинг на качеството на предоставяните услуги. Освен това, оценката направена от външни швейцарски експерти и потребители, показва цялостно високо качество на предоставяните услуги, въпреки ограничените ресурси.

Проектът е оказал положително въздействие за установяването на домашните грижи като подходящ вид услуга, която да отговори на нуждите на целевите групи. Въпреки първоначалното недоверие сред потенциалните потребители и външни медицински специалисти, изпълнението на Проекта доведе до повишаването на профила на услугите за домашни грижи, като ценена от потребителите алтернатива за предоставяне на интегрирани грижи в общността. На законодателно ниво, изменението в Закона за здравето, прието през септември 2015г. дава възможност за законно предоставяне на интегрираните медико-социални услуги в домашна среда. Преди това, медицинските сестри и домашни помощници са работили в сивата зона на предоставяне на услуги в домовете на хората.

Въпреки обещаващият напредък и постигането на някои от целите на Проекта, все още има някои области, които могат да бъдат подобрени в настоящия Проект или взети като уроци за бъдещи подобни проекти, финансирани от донора. Те са изброени по-долу:

Необходимост за доказване на ефективността на разходите. Въпросът дали интегрираните услуги водят до по-добри резултати като същевременно пестят ресурси, които биха могли да бъдат използвани по друг начин, остава без отговор до този момент на Проекта. Предоставянето на доказателства, че предлаганите от Проекта услуги са рентабилни (например, водят до намаляване на разходите за болнични грижи или настаняване в специализирани институции), ще бъде силен аргумент за: 1) осигуряване на достатъчно средства, за Проекта които да гарантират неговата финансова устойчивост и 2) за увеличаване мащаба на Проекта до Национално ниво. В бъдеще, още в дизайна на Проекта, следва да се наблегне на създаването на адекватни условия и ресурси за извършването на анализ на ефективността на разходите. Още в началото, може да се извърши анализ на цената на разходите (остойностяване на услугите) и да се открият потенциалните възможности за икономия на разходи, което ще подкрепи процеса на вземане на решения от политиците.

Необходимо е по-голямо участие на други заинтересовани страни. Като слаба страна в изпълнението на Проекта могат да се посочат ограничените контакти, създадени с доброволните и непрофесионални болногледачи (помощници). Роднините и непрофесионалните болногледачи са включвани предимно в спешни случаи или при необходимост от промяна на услугата. Доброволните болногледачи се приемат като потенциална тежест, тъй като те трябва да бъдат обучавани и задържани. Тяхното ограничено участие може да е довело до намаляване на ефективността и ефикасността на Проекта и незадоволяване на определени потребности. Недостатъчното участие на непрофесионалните болногледачи е особено обезпокоително, като се имат предвид конкретните услуги (интегрирани грижи в общността) и целевите групи (например възрастните хора и хората с увреждания). По същия начин, връзките с местните болници биха могли да бъдат засилени, например за създаване на процедура на изписване и директно преминаване към услугите за домашни грижи, което би довело до подобрена достъпност.

Необходимост от по-големи инвестиции, за да се гарантира устойчивост на Проекта. Невъзможността на този етап да се създадат процедурни разпоредби, които гарантират финансовата устойчивост на Проекта - въпреки положителните резултати, реализирани от него -

е ясен знак за трудностите при прилагането на промени на институционално ниво. Тази обстановка допълнително се усложнява от екзогенни фактори като политическата нестабилност. В бъдеще, агенцията за финансиране трябва да изработи други стратегии, за да се гарантира, че се постига институционална промяна. Това може да включва създаването на един по-ранен етап на ясен график, по който да се съпоставя напредъка на законодателния процес; и/или ангажираност на швейцарските посолства или длъжностни лица на по-високо ниво във федералното правителство на Швейцария със своите колеги в страните бенефициенти. Това може да включва оценка „ex-ante“ или предварителен анализ на проекти - (а), за да се провери предварително дали може да се постигне устойчивост и (б) да гарантира, че последващата оценка може да има смисъл.

По-голям акцент върху управлението на качеството, не само наблюдение на качеството.

Въпреки че в Проекта успешно са реализирани процедури за измерване и наблюдение на качеството, много по-малко внимание е отделено на управлението на качеството като цяло, например на организационно ниво. Макар че между ръководителите на четирите центъра за домашни грижи се провеждат редовни срещи, на които се обменят добри практики, има малко доказателства за сравнителен анализ или за управление на качеството (например определяне на целите, оценка на резултатите, участие на персонала в управление на качеството, използване на концепцията за непрекъснато подобрене PDCA, Планиране – Изпълнение - Проверка – Действие (Цикъл на Деминг). Тази област трябва да се усъвършенства в бъдещи проекти, за да се гарантира ефективността и устойчивостта на подобренията в качеството. Освен това механизмите за документиране изглеждат относително тромави и включват ненужни повторения. С разширяване обхвата на работата на центровете за домашни грижи, това може да понижи ефективността и влоши условията на труд на административните служители.

5. Препоръки

Препоръките са насочени към конкретни заинтересовани страни както по Проекта, така и на национално ниво. Първият набор от препоръки е краткосрочен - до края на сътрудничеството с ШАРС до края на април 2017 г. Вторият набор от препоръки е с дългосрочна перспектива и с национален фокус.

Заинтересовани страни	Краткосрочни препоръки
Министерски съвет, БЧК, Швейцарски Червен Кръст	Осигуряване на допълнително финансиране , преди приключването на Проекта. Временното финансиране изисква по-различен подход от дългосрочното финансиране и може да включва чуждестранни източници. Това ще позволи на настоящия проект да продължи без прекъсване, докато се осигурят български източници на финансиране.
Законодателни работни групи, БЧК	Разработване на пътна карта за следващите стъпки на национално ниво. Разработване и прилагане на краткосрочни и средносрочни мерки на ниво министерство и между министерствата, в контекста на изготвяне на подзаконови нормативни актове, както и разработване и прилагане на график за тези мерки. Това също включва разработване на гъвкав модел на интегрирани услуги извън четирите центъра, като се вземат предвид различните демографски особености и инфраструктура.
Законодателни работни групи, БЧК	Възлагане изпълнението на анализ на цената на разходите (отойносттаване на услугите). В допълнение към анализа на ефективността на разходите, анализът на цената на разходите може да е по-ценен, тъй като

	<p>предоставя парична стойност на резултатите и направените икономии. Така сравнението на разходите за различните услуги може да бъде направено по-лесно. Това може да включва, например, определяне на това колко пари могат да се спестят от превенция на спешна хоспитализация (резултат) на един потребител. За да се гарантира това, ще бъде необходима предварителна оценка на проекта. Данните за цената на разходите може да покажат как Министерството на Здравеопазването може да облекчи държавния бюджет и / или да осигури средства за интегрираните грижи.</p>
БЧК, НПО	<p>Създаване на съвместна платформа с други организации, занимаващи се с подобни дейности. Като включи различни заинтересовани страни от неправителствени организации, професионални организации и сдружението на общините, тази платформа би могла да помогне при лобирането за финансиране и издигането на интегрираните услуги на национално ниво.</p>
Заинтересовани страни	Дългосрочни препоръки
Министерства, законодателни работни групи	<p>Разработване на модели за дългосрочно финансиране. Разработване на финансови модели за устойчиво предоставяне на интегрирани грижи чрез включването на различни заинтересовани страни. Могат да се тестват смесени финансови източници, например самофинансиране от потребителите, като се вземат предвид възможните ефекти върху търсенето на услуги (например изместване на търсенето към/от болниците, поради разлики в разходите, направени от потребителите) и достъпа до грижи (т.е. потребителските вноски да са определени на такова ниво, че да не представляват пречка за използването на интегрираните услуги от хората с ниска платежоспособност).</p>
Министерства, Министерски съвет, Комисия на българските парламенти	<p>Разширяване на предоставянето на интегрирани услуги извън първоначалната целева група за всички, които се нуждаят от тях в съответствие промените в Закона за здравето от 2015 г. Това може да включва хора с увреждания и хронични заболявания под 65-годишна възраст. Така ще се получи по-широк обществен отзвук и приемане на интегрираните услуги извън Проекта. Това разширяване на обхвата ще допринесе до по-голяма финансова устойчивост на интегрираните услуги заради възможните допълнителни източници на финансиране</p>
Национално сдружение на общините	<p>Определяне на нуждаещите се общности. Област Враца е идентифицирана като област с висока нужди. Например в Оряхово Проектът пое грижите за много от нуждаещите се след затварянето на местната болница. Необходимостта от тази програма е най-висока там, където предоставяните медицински услуги са недостатъчно или където има по-висока концентрация или дял на уязвими групи.</p>

Общини	Избор на доставчици с добра репутация. Предоставянето на услуги в домовете на хората изисква доверие от страна на потребителите. Този въпрос е важен за създаването на широка основа, защото само доверени организации ще бъдат приети от потребителите. От самото начало на Проекта, Българският Червен Кръст се приема като организация с добра репутация.
Законодателни работни групи, БЧК	Разработване на стратегии за постигане на устойчивост въпреки политическата нестабилност. Това ще бъде трудна задача, поради смяната на заинтересованите страни в законодателните органи и министерствата. Въпреки това, организации като БЧК са демонстрирали приемственост и последователност, въпреки политическите промени. Такива организации могат да се възползват от своята специална позиция и да се превърнат в решаващ фактор в процеса на вземане на решения.
БЧК, НПО	Създаване на организация чадър, който да обедини отделните доставчици, които биха могли да договорят на национално ниво - подобно на обединението на отделните доставчици в Швейцария - Spitex.

6. Приложение

6.1. Съкращения

ЦДГ Център за домашни грижи

ГД Годишен доклад

БЧК Български Червен Кръст

ОЛ Общопрактикуващ лекар

ОПРЧР Оперативна Програма за развитие на човешките ресурси

МТСП Министерство на труда и социалната политика

НАПОО Национална агенция за професионално образование и обучение

НЗС Национална Сдравна Стратегия 2014-2020

ШС Швейцарско сътрудничество

ШАРС Швейцарска агенция за развитие и сътрудничество

6.2. Източници

Bamberger M., Rugh J., Mabry L. (2011) *RealWorld Evaluation: Working Under Budget, Time, Data, and Political Constraints*. 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

OECD Development Assistance Committee (2002) Glossary of Key Terms in Evaluation and Results-Based Management, <https://www.oecd.org/dac/2754804.pdf>, accessed 5.11.2016.

OECD Development Assistance Committee. Criteria for Evaluating Development Assistance, <http://www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.htm> accessed 5.11.2016.

6.3. Програма на екипа за външна оценка

6.4. Компетенции / Разпределение на задачите

Екипът експерти за външна оценка се състои от български експерт, д-р Стели Петева и три международни експерти от Европейския център за социална политика и изследвания във Виена, Австрия: д-р Рикардо Родригес, д-р Рахел Калерт и д-р Кай Лихсенринг. Техните компетенции и роли/отговорности/задачи са разделени както следва:

Име	Компетенции	Роли/отговорности/задачи
Ricardo Rodrigues	Системи за дългосрочни грижи Финансиране на здравните грижи Сравнителен подход	Планиране на подход за външната оценка, проектиране на инструменти Анализ на полеви данни и изготвяне на заключения Участие в изработването на начален и окончателен доклад
Рахел Калерт	Методи за оценка Анализ на публичната сфера Здравна и социална политика	Планиране на подход за външната оценка, проектиране на инструменти Събиране на данни: посещение в Швейцария, полево проучване в България Разработване на предварителни констатации Анализ на данни и изготвяне на заключения Участие в изработването на начален и окончателен доклад (отговорна за редакцията)
Кай Лихсенринг	Дългосрочни грижи Сравнителен подход/анализ	Предоставяне на експертна помощ по време на всички етапи от процеса на външната оценка Предоставяне на насоки при изготвяне на заключенията
Стели Петева	Модели за дългосрочна грижа Здравеопазване и социалната политика	Предоставяне на експертна помощ за институционалната рамка в България Предоставяне на експертна помощ за началния доклад Събиране на данни/провеждане на интервюта в България Разработване на предварителни заключения Участие в окончателния доклад

6.5. Integrated Health and Social Services, Amendment of Health Law, Section Ia (New, SG No.72/2015)