Оценка социальных и медицинских услуг по уходу на дому в Республике Молдова

РЕЗЮМЕ

HEKS EPER Swiss Red Cross Caritas Czech Republic CZECH REPUBLIC DEVELOPMENT COOPERATION ASOCIAȚIA OBȘTEASCĂ „HOMECARE" CASMED

Содержание

Введение 05

Цель и задачи оценки 08

Методология оценки 10

Основные выводы 13

- Виды УУД и их поставщики 13
- Финансирование УУД 15
- Характеристики поставщиков УУД 18
- Критерии допуска к УУД 20
- Предложение и спрос на УУД 22
- Возможности бенефициаров оплатить УУД 24
- Возможности МПУ развивать УУД 25
- Оценка УУД бенефициарами 25
- Трудности в оказании УУД 26
- Ресурсы, используемые для оказания УУД 27
- Стоимость услуг УУД 29

Рекомендации для представителей МЗТСЗ 31

Рекомендации для органов государственной власти, ответственных за разработку политики в области социальной защиты и социальной помощи 32

Рекомендации для органов государственной власти, ответственных за разработку политики в области здравоохранения 33

Рекомендации для МПУ 33

Рекомендации для поставщиков УУД, в частности, для Сети некоммерческих организаций, предоставляющих коммунитарный уход: 34

Сокращения

РМ - Республика Молдова

УУД - Услуги по Уходу на Дому

МЗТСЗ - Министерство Здравоохранения, Труда и Социальной Защиты

МПУ - Местное Публичного Управления

НКМС - Национальная Компания Медицинского Страхования

ОГО - Организаций Гражданского Общества

URONPIC - Союз общественных объединений «Сеть некоммерческих организаций, предоставляющих коммунитарный уход»

АТЕ - Административно-Территориальные Единицы

ТССП - Территориальные Структуры Социальной Помощи

ООО - Общество с Ограниченной Ответственностью

ПМУ - Публичные медицинские учреждения

ЦПУ - Центральное Публичное Управление

МЗ - Министерство Здравоохранения

ВВЕДЕНИЕ

Республика Молдова (РМ) сталкивается с феноменом быстрого старения населения. В начале 2016 года, в республике МОЛДОВА проживало 592 600 человек в возрасте старше 60 лет, 13,3% из которых старше 80 лет.

Для обеспечения достойного и независимого проживания престарелых людей на дому в Республике Молдова были разработаны социальные услуги, предназначенные для престарелых людей, в том числе, услуги по уходу на дому (УУД). Социальное обеспечение является частью системы социальной защиты, Министерство здравоохранения, труда и социальной защиты (МЗТСЗ), отвечает за разработку политики в этой области. В то же время, развитие и предоставление социальных услуг на уровне сообщества является обязанностью местного публичного управления (МПУ). Социальные службы финансируются в основном за счет трансфертов из государственного бюджета органам местного публичного управления и местных налогов. Однако эта модель финансирования не справляется с растущей потребностью в социальных услугах на местном уровне из-за высокого уровня бедности, миграции и старения населения.

Правовая база по организации медицинских услуг по уходу на дому была одобрена в 2008 году Министерством здравоохранения, а в 2010 году Министерством труда, социальной защиты и семьи. Чтобы иметь доступ к финансированию, поставщики услуг по уходу на дому должны быть аккредитованы. Первый поставщик медицинских услуг на дому заключил договор с Национальной компанией медицинского страхования (НКМС) в 2008 году. Средства НКМС ограничены, а поставщики услуг, финансируемые НКМС, обслуживают только застрахованных лиц с прогрессирующими хроническими заболеваниями, лиц с ограниченной подвижностью и пациентов, прикованных к постели, на основании рекомендаций врачей.

Важную роль в развитии УУД принадлежит Сети организаций гражданского общества (ОГО), которая предлагает медицинскую и социальную помощь на дому. Основы ее были заложены в рамках проекта «Развитие услуг по уходу на дому 2011-2013», реализованного Общественной ассоциацией «Homecare», в сотрудничестве с Каритас Чешская Республика. На протяжении 2011-2017 годов к сети присоединились 36 ОГО и профессиональные ассоциации, предоставляющие социальную, социально-медицинскую, медицинскую, паллиативную помощь. В январе 2017 года, существующая Сеть была реорганизована в Союз общественных объединений «Сеть некоммерческих организаций, предоставляющих коммунитарный уход» (URONPIC). Замечания, высказанные в последние годы URONPIC, показывают, что спрос на социальные и медицинские УУД значительно превышает возможности финансирования государства, в то же время точные данные о необходимом объеме УУД отсутствуют.

В этом контексте несколько субъектов, финансирующих УУД, в сотрудничестве с Центром исследований и консалтинга «SocioPolis» инициировали *Оценку социальных и медицинских услуг по уходу на дому в Республике Молдова*, чтобы обеспечить картографирование УУД, в том числе, спроса на такие услуги, чтобы помочь властям РМ разработать политику, основанную на фактических данных, и способствовать устойчивому развитию УУД.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОЦЕНКИ

Общей целью является оценка ситуации в области УУД и потребностей населения в этих услугах.

Конкретные цели включали:

I. анализ нормативной и правовой базы в области УУД;

II. оценка поставщиков УУД (государственных и частных, социальных и медицинских служб на дому) и их профиля;

III. анализ существующих моделей УУД;

IV. оценка потребности в УУД;

V. анализ имеющихся и потенциальных финансовых ресурсов в области УУД;

VI. оценка стоимости УУД и выдвижение формулы / методики для расчета стоимости УУД;

VII. выдвижение рекомендаций на основе фактических данных для развития УУД и увеличения доступа к УУД.

Следует подчеркнуть, что этот отчет является первым подобным мероприятием в области социальной и медицинской помощи на дому, проводимым в РМ.

Данные исследования предназначены для государственных и местных органов власти, публичных и частных поставщиков услуг, представителей URONPIC для развития политики в области УУД, организации мероприятий по пропаганде и развитию услуг в данной области.

МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ

Для достижения цели и задач оценки был предложен методический подход, ориентированный на знание ситуации в области УУД в РМ, на основе мнений поставщиков УУД, бенефициаров УУД и представителей органов местного публичного управления I и II уровня, позволяющий триангуляцию данных. Исследования основаны на первичных и вторичных источниках данных[1]. Таким образом, осуществлен анализ нормативной и правовой базы, стоимости УУД, в том числе некоторых моделей УУД, существующих на международном уровне, имеющих большое значение для ситуации в РМ. Эти данные были дополнены информацией, собранной на местах от поставщиков УУД, бенефициаров этих услуг и МПУ I и II уровня.

Настоящая оценка является комплексной, с применением количественных и качественных методов исследования (Рисунок 1). Количественные методы (социологический опрос на основе анкеты, применяемой к поставщикам) позволили узнать о ситуации и потребностях в услугах в этой области. Использование качественных методов (индивидуальные углубленные интервью) с бенефициарами УУД позволило углубить аспекты, относящиеся к УУД, оценить уровень удовлетворенности, потребностей в услугах, а с представителями МПУ узнать реальные возможности их вовлечения в финансирование / софинансирование УУД.

В выборку количественных исследований были включены 84 поставщика УУД 23 административно-территориальных единиц (АТЕ). Качественные исследования включали 2 целевые группы исследования: выборку из 340 бенефициаров УУД и выборку из 23 представителей МПУ.

Были собраны финансовые данные от поставщиков УУД, чтобы определить стоимость услуг. Метод расчета затрат основан на преобразовании ресурсов в продукты / услуги (результаты). Метод расчета сопоставляет стоимость ресурсов с оказанием услуг.

[1] Метод валидации, объединяющий несколько методов сбора данных, чтобы минимизировать искажения, присущие каждому из них. Триангуляция позволяет проверить правильность и стабильность результатов.

Рисунок 1.
Методы исследования

Качественные

Индивидуальные глубинные интервью

- 23 подробных индивидуальных интервью с представителями местных властей
- 340 интервью с бенефициарами УУД

Количественные

84 социологических опроса, основанных на анкете поставщиков УУД

Содержание опросника:

- Данные организации
- Данные о бенефициарах организации
- Финансирование УУД
- Специалисты, занимающиеся предоставлением УУД

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ

- ***Виды УУД и их поставщики***

Данные исследования по Оценке социальных и медицинских услуг по уходу на дому в Республике Молдова свидетельствуют о наличии трех типов УУД: социальные Источники финансирования

Рисунок 2.

Виды УУД и источники финансирования

Вид УУД

Социальные УУД

Источники финансирования:

- местные бюджеты
- гранты
- местные и международные пожертвования
- взнос бенефициаров

Медицинские УУД

Источники финансирования:

- Фонд обязательного медицинского страхования,
- гранты
- местные и международные пожертвования
- взнос бенефициаров

Комплексные УУД

Источники финансирования:

- гранты
- местные и международные пожертвования
- взнос бенефициаров

Службы социального ухода на дому являются публичными (созданными в подчинении территориальной структуры социальной помощи) или частными услугами (созданными фондами, частными некоммерческими организациями, зарегистрированными в соответствии с законодательством, действующими в социальной сфере) (Рисунок 3). Целью такой службы является повышение качества жизни бенефициаров.

Рисунок3. **Поставщики социальных услуг по уходу на дому**

Медицинские услуги по уходу на дому включают в себя любую деятельность по предоставлению медицинского ухода непосредственно на дому у пациента, в его семейной среде специалистом в области здравоохранения, с обучением в этой области, что способствует улучшению его состояния. Поставщиками домашней медицинской помощи являются учреждения здравоохранения, независимо от типа собственности и организационно-правовой формы, как правило, общественные объединения с правом оказания медицинской помощи на дому в соответствии с действующим законодательством (Рисунок 4). Цель медицинского ухода на дому состоит в том, чтобы пациент получил квалифицированную, достойную, адекватную и соответствующую индивидуальным требованиям помощь, в целях стимулирования выздоровления, ухода и / или реабилитации здоровья и уменьшения негативных последствий заболеваний.

Рисунок 4. **Поставщики медицинского ухода на дому**

Комплексные услуги по уходу на дому. В настоящее время, не существует, на уровне нормативных актов, концепции комплексных услуг по уходу на дому. Однако некоторые поставщики, в частности, ОГО, но и некоторые публичные учреждения оперируют этим понятием. В соответствии с комплексными услугами бенефициар получает, в зависимости от его потребностей, как социальные, так и медицинские услуги по уходу на дому, иными словами, одному и тому же бенефициару предоставляется поддержка от социального работника и от медицинского помощника, но не всегда в согласованном порядке.

- ***Финансирование УУД***

Расходы, зарегистрированные на социальные услуги по уходу на дому в 2016 году, составили 103,7 миллиона леев, что на 3,9 миллиона больше, чем в 2015 году (Таблица 1).

Таблица 1.

Расходы местного бюджета на социальные услуги по уходу на дому, 2015-2016 годы

	Показатели	2015	2016	Изменения
1	**Общий бюджет** *млн. леев*	99 796,0	103 702,2	+3,9%
2	**Количество социальных работников** *единиц*	2325	2317	-0,3%
3	**Стоимость на единицу социального работника** *леев*	42 923	44 757	+4,3%
4	**Количество бенефициаров** *человек*	22348	21362	-4,4%
5	**Стоимость на одного бенефициара** *леев*	4 465,5	4 854,5	+8,7%

Рисунок 5.

Финансирование УУД, бюджет на 2016 года,

млн леев

Удельный вес расходов на социальные услуги по уходу на дому составляет 93% от общего реального бюджета (111,4 миллиона леев), отраженного в бюджете на 2016 год 2016 (Рисунок 5).

Медицинский уход на дому финансируется из основного фонда НКМС. Коммунитарные услуги и услуги медицинской помощи на дому имеют наименьший удельный вес в расходах основного фонда. Они составляют только 0,2% от общей суммы, что составляет 8,7 миллиона леев (Таблица 2).

Таблица 2.

Тенденция расходов (часть основного фонда),

млн. леев

Подпрограммы бюджета	2014		2015		2016	
	утверждено	выполнено	утверждено	выполнено	утверждено	выполнено
Итого фонд основной	4493,7	**4399,8**	4899,6	**4899,6**	5611,1	**5570,2**
Первичная медицинская помощь, в том числе компенсированные медикаменты	1372,1	**1342,8**	1580,0	**1525,2**	1808,9	**1729,2**
Коммунитарные услуги и услуги медицинской помощи на дому, из которых	6,6	**6,4**	8,0	**7,9**	8,8	**8,7**
Медицинский уход на дому	X	**X**	X	**7.67**	X	**7.74**

Данные, использованные на Рисунке 5, не включают в себя расходы ОГО. Организации гражданского общества, которые не имеют договора с НКМС и с МПУ, не включены в общий бюджет, поскольку они не отчитываются о расходах. Даже если частные медико-санитарные учреждения (ООО или ОГО) имеют договор с НМСК и / или с МПУ, они не обязаны отчитываться о расходах из собственных средств. Это основная причина, по которой эти деньги не включены в данные вышеприведенного рисунка.

Данные оценки свидетельствуют о наличии денег, инвестированных международными донорами в УУД, но в не очень большом количестве. Проблема заключается в отчетности. В настоящее время поставщики услуг по уходу на дому не отчитываются перед МПУ о расходах. Расходы и их реализация не включены в документы официальной отчетности (за исключением предоставленных финансистами). Есть несколько доноров, открытых для сотрудничества с МПУ (АО «Casmed» и ОГО под эгидой «Casmed», АО «Homecare», АО «Neoumanist», Благотворительный фонд «Каритас Молдова», АО «Concordia. Proiecte sociale». АО «Aripile Speranței» и др.).

- ***Характеристики поставщиков УУД***

Поставщики УУД разные - публичные, частные, в том числе, коммерческие (ООО). **Большинство поставщиков предлагает медицинскую помощь на дому.** Эти поставщики работают на публичном уровне и имеют наименьшее количество бенефициаров (в среднем – 20, минимально – 2, максимально – 107 (из муниципалитетов). **Количество публичных поставщиков социальных услуг** (территориальные структуры социальной помощи – ТССП) **по уходу на дому меньше**, но они предоставляют услуги на уровне АТЕ и имеют наибольшее количество бенефициаров (в среднем – 636, минимально – 298, максимально – 2171). **Частных поставщиков со статусом ОГО еще меньше**, некоторые из них предлагают социальные УУД, некоторые – медицинские или комплексные услуги. Некоторые ОГО предоставляют услуги на местном уровне, некоторые – на уровне АТЕ или на региональном. Существуют ОГО, которые предлагают услуги на национальном уровне. ОГО характеризуются наибольшим разнообразием числа бенефициаров (в среднем – 472, минимально – 8, максимально – 2100) (Таблица 3).

Таблица3.

Количество бенефициаров на одного поставщика УУД, *количество*

	Медицинские учреждения	ТССП	ОГО
Среднее	20	636	472
Медиана	10	522	142
Модуль	5	412	44
Минимум	2	298	8
Максимум	107	2171	2100

Подавляющее большинство УУД предоставляется бесплатно. Некоторые ОГО продвигают модель соплатежа (бенефициар оплачивает символическую сумму, очень распространена модель совместной оплаты между бенефициарами, поставщиком, и МПУ I уровня). Следует подчеркнуть, что, хотя в настоящее время не существует методологии расчета за социальные услуги по уходу на дому, данные исследования по оценке подтверждают, что 3 ТССП (Фэлешть, Стрэшень и Кэлэрашь) предоставляют социальные услуги по уходу на дому за плату.

Модели УУД также различны. Оценка позволила дифференцировать на основании 12 критериев **4 модели социальных услуг по уходу на дому, 5 моделей медицинских услуг по уходу на дому и 4 модели комплексных услуг по уходу на дому**. Комплексные модели отвечают более широкому спектру потребностей бенефициаров, имеют самую широкую группу специалистов и направлены на развитие партнерских отношений на уровне сообщества, АТЕ, региона или на национальном уровне.

Результаты исследования подтверждают добровольное участие медицинских работников в оказании социальных услуг по уходу на дому. Также, социальные работники, иногда, предлагают медицинский уход на дому, игнорируя нормативно-правовые рамки, в том числе, профессиональные стандарты, которые не позволяют предоставлять такие услуги.

Отсутствие специалистов, представляет собой существенную проблему для большинства поставщиков УУД. Данная область не привлекает молодых специалистов. Наиболее актуальным является отсутствие медсестер. Все ОГО отметили трудности при найме медсестер. Поставщики публичных УУД отметили эту проблему в меньшей степени. Половина ТССП, которые участвовали в оценке, указали трудности при приеме на работу социальных работников. Отсутствие специалистов является результатом миграции квалифицированных работников, а также низкой заработной платы как в медицинской сфере, так и в сфере социальной защиты. Другими причинами являются: (i) большой объем работы, (ii) большая ответственность, (iii) более привлекательные возможности трудоустройства в других областях, (iv) высокие специфические требования к поставщикам (медицинские сестры с водительскими правами), (v) низкий уровень профессиональной подготовки социальных работников и т. д.

- ***Критерии допуска к УУД***

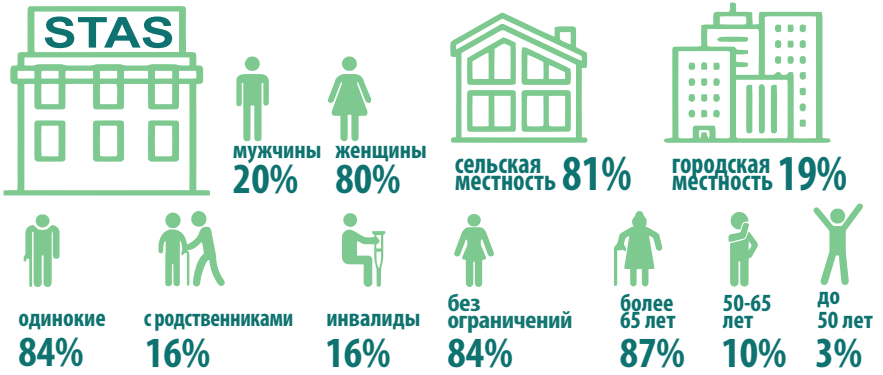
СТАС предоставляют социальные услуги по уходу на дому в соответствии с Постановлением Правительства № 1034. В соответствии с этим, бесплатные услуги предоставляются для пожилых лиц, достигших стандартного пенсионного возраста, и для лиц с ограниченными возможностями, лишенных поддержки со стороны детей, расширенной семьи и других лиц (друзья, родственники, соседи). Однако, отсутствие поддержки со стороны детей, предусмотренное нормативно-правовой базой, зачастую интерпретируется как одинокие лица, без детей.

Все публичные и частные поставщики, аккредитованные для оказания медицинской помощи на дому, руководствуются Национальным стандартом медицинской помощи на дому, утвержденным МЗ Приказом № 855 от 29.07.2013 и Приказом № 851 от 29. 07.2017. Чтобы получить медицинскую помощь на дому, лицо должно отвечать нескольким условиям: (i) иметь медицинскую страховку, (ii) иметь предписание семейного врача / врача-специалиста, (iii) иметь прописку на территории, обслуживаемой медицинским учреждением.

ОГО предлагает УУД бенефициарам на основе определенных критериев, выдвинутых донорами. Основным требованием с их стороны является включение в УУД наиболее уязвимых категорий лиц. Как правило, лица, принимаются на основании справок, предоставляемых ТССП, МПУ (зарплата / пенсия, семейное положение), справок из медицинского учреждения (предписание семейного врача / врача-специалиста из больницы / центра здоровья), при отсутствии инфекционных или психических заболеваний. ОГО предоставляет УУД лицам, которые не пользуются такими услугами публичных или частных поставщиков.

Существуют различия в характеристиках бенефициаров от одного типа поставщиков к другому. Они определяются особенностями учреждений, предоставляющих услуги и нормативной базой в области УУД. Таким образом, бенефициарами ТССП часто являются женщины, одинокие и лица из сельской местности (Рисунок 6).

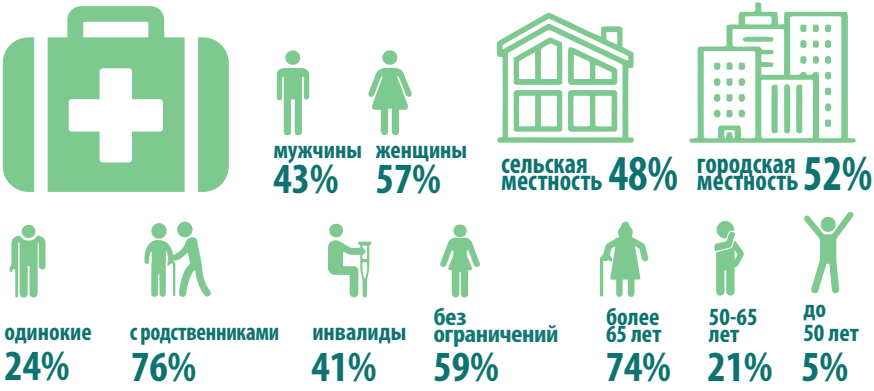
Рисунок 6. **Социально-демографический профиль бенефициаров ТССП**



Данные оценки показывают, что медицинский уход на дому является более сбалансированным с гендерной точки зрения, будучи ориентированным на людей с ограниченными возможностями и доступным, в частности, лицам в городской местности (Рисунок 7).

Рисунок 7.

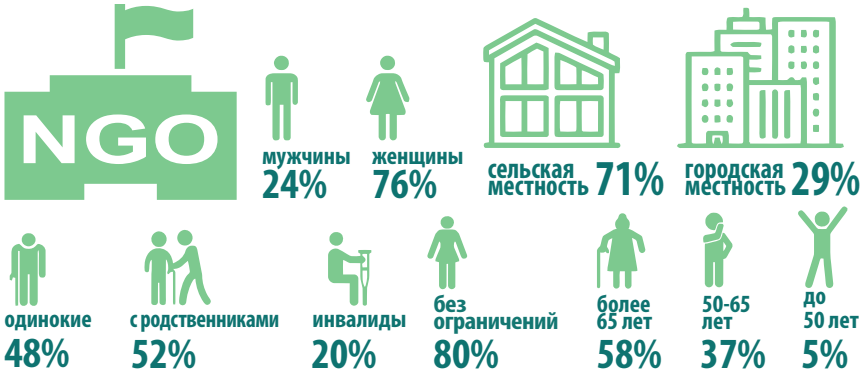
Социально-демографический профиль бенефициаров медицинских учреждений



ОГО охватывают категории бенефициаров, которые не соответствуют установленным законом критериям для публичных поставщиков медицинских или социальных услуг по уходу на дому. Таким образом, среди бенефициаров ОГО было выявлено увеличение числа мужчин, лиц в возрасте до 65 лет, лиц, имеющих родственников (Рисунок 8).

Рисунок 8.

Социально-демографический профиль бенефициаров ОГО



В настоящее время в РМ бенефициары медицинских, социальных или комплексных УУД не дифференцируются в зависимости от потребностей и возможностей перемещения бенефициара.

- ***Предложение и спрос на УУД***

Анализ УУД с географической точки зрения свидетельствует о национальном покрытии социальными услугами пожилых людей, достигших стандартного пенсионного возраста, и лиц с ограниченными возможностями, лишенных поддержки со стороны детей, расширенной семьи и других лиц. Медицинские услуги по уходу на дому распределены неравномерно. Половина публичных медицинских учреждений на местном уровне I заключили договоры с НКМС на предоставление медицинских услуг по уходу на дому. Анализ степени покрытия территории медицинскими услугами по уходу на дому, выявил АТЕ с большим количеством поставщиков, АТЕ с несколькими поставщиками, и АТЕ вообще без поставщиков. Анализ частных поставщиков медицинских услуг на дому (ОГО и ООО), с географической точки зрения также выявил неоднородность. Оказание УУД зачастую определяется наличием МПУ для совместной работы с ОГО. Количество посещений по медицинскому уходу на дому по договору позволяет классифицировать этих поставщиков по 4 категориям (Табл.4).

Таким образом, данные оценки свидетельствуют о том, что УУД не являются доступными для всех, кто в них нуждается. УУД не доступны, поскольку некоторые лица, которые в них нуждаются, не подпадают под нормативные положения о допуске к таким услугам.

Таблица 4.

Количество посещений по договору от НКМС в 2017 году

Количество посещений по договору	Количество поставщиков	Тип поставщика	Тип поставщика, согласно географическому расположению
От 12 до 299 посещений	107	центры здоровья	Большинство сельских населенных пунктов
От 299 до 999 посещений	25	20 центров здоровья и 5 ОГО	Города, АТЕ, регионы
От 1000 до 2230 посещений	7	4 медицинских учреждения, 2 ОГО, 1 000	Города, АТЕ, регионы
14 940 посещений	1	1 ОГО	Город

В частности, следует отметить, что медицинские услуги по уходу на дому не доступны, потому что они предоставляются только застрахованным лицам и, во всяком случае, не во всех населенных пунктах РМ. УУД, предлагаемые ОГО, также не доступны во всех населенных пунктах республики. В том числе, социальные услуги по уходу на дому, за плату, не доступны желающим, поскольку отсутствует нормативная база для определения их стоимости. Престарелые лица, оставленные детьми, являются наиболее социально уязвимыми.

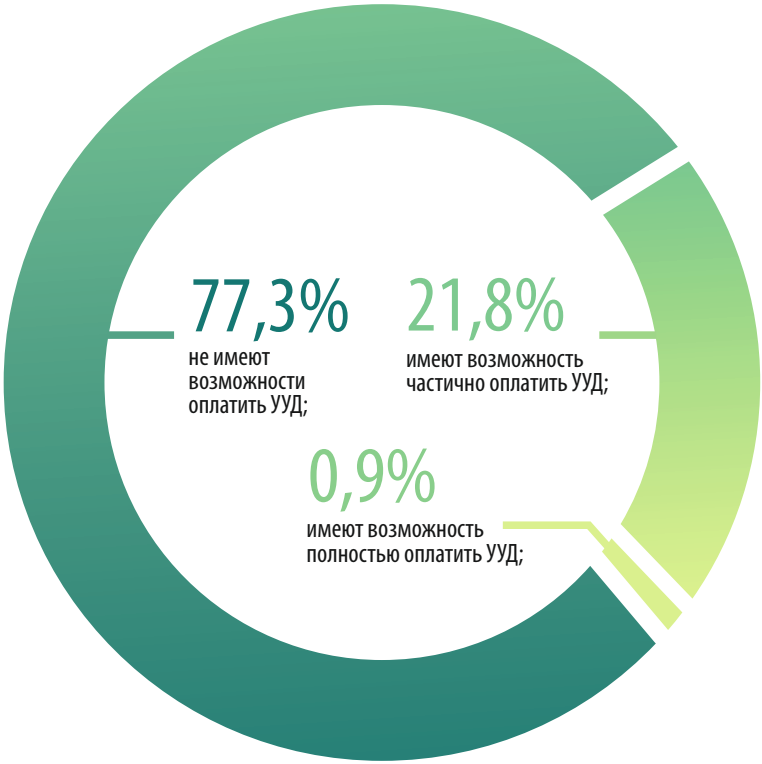
Данные исследований позволили сделать оценки для людей, нуждающихся в УУД. Оценочная численность лиц, которые нуждаются в социальных услугах по уходу на дому, составляет 33915. **В настоящее время социальные услуги по уходу на дому предоставляются примерно для 2/3 нуждающихся.**

Оценочная численность лиц, которые нуждаются в медицинских услугах по уходу на дому, составляет 13972. **В настоящее время такие услуги предлагаются примерно 18 процентам нуждающихся.**

- ***Возможности бенефициаров оплатить УУД***

Подавляющее большинство бенефициаров не могут себе позволить УУД за плату. Представители публичных и частных поставщиков МПУ отметили, что бенефициары не могут оплатить УУД, из-за тяжелой финансовой ситуации (низкие пенсии), недостаточных доходов. По их мнению, только очень небольшое число бенефициаров, имеющих лучшее финансовое положение, могут позволить себе услуги, предлагаемые за плату.

Рисунок 9.
Доступность оплаты УУД для бенефициаров, %



Доля бенефициаров, которые готовы внести свой частичный вклад, для того, чтобы воспользоваться УУД, тем не менее, значительна – каждый 5 человек из тех, кто пользуется в настоящее время УУД (Рисунок 9).

- ***Возможности МПУ развивать УУД***

Индивидуальные углубленные интервью с примарами, показывают, что большинство из них имеют другие приоритеты в своих общинах (дороги, водоснабжение, канализация, дом культуры, уличное освещение и пр.) и в меньшей части озабочены социальной защитой населения. Доход в местный бюджет является низким из-за малого количества экономических агентов. Однако, МПУ могутт стать одним из источников финансирования УУД. Данные исследования оценки показывают, что некоторые примары вносят вклад в партнерство с ОГО (АО «Casmed», АО «Homecare», АО «Neoumanist», Благотво-рительный Фонд «Каритас Молдова», АО «Concordia. Социальные проекты» и др.) на расширение доступа престарелых людей к УУД.

- ***Оценка УУД бенефициарами***

Попросив назначить то, что им больше всего нравится в УУД, 47,9% из бенефициаров отметили – *все, 29,4% - то, что кто-то их посещает, 18,0% - поддержка с помощью медикаментов, 11,4% - медико-социальные услуги, 11,4% – помощь в домашнем хозяйстве, 10,0% - консультации, 8,1% - ответственность и профессионализм работников* и др.

По мнению 48,3% из бенефициаров УУД покрывает их потребности, по сравнению с 51,7%, которые указали – *нет*. Большинство бенефициаров имеют очень высокие ожидания, особенно те, кто получает услуги от частных поставщиков, получающих финансовые ресурсы от международных доноров, так как знают, что услуги публичных поставщиков не могут быть улучшены. Непокрытые потребности, указанные бенефициарами, включают широкий спектр: предоставление лекарств, участие в решении финансовых проблем, предоставление бесплатно продуктов питания, обеспечение дровами для обогрева, найма личного помощника для ухода за бенефициаром, поддержка в приготовлении пищи, больше услуг относительно наведения порядка в хозяйстве, а также и дополнительные медицинские устройства (коляска, тонометр, глюкометр) и др.

- ***Трудности в оказании УУД***

Частные поставщики УУД отметили зависимость от внешних источников финансирования, из-за отсутствия функционального механизма заключения договоров на социальные услуги с ЦПУ и МПУ. **Возможность заключения договоров на предоставление социальных услуг с частными поставщиками – это возможность для развития социальных услуг по уходу на дому.**

Проблемы, которые мешают в настоящее время развитию медицинской помощи на дому включают в себя: (i) ограниченное количество случаев, имеющих договор с НКМС; (ii) малая сумма денег, выделяемая на посещение; (iii) отсутствие транспорта, чтобы посетить пациентов, (iv) недостаточный перечень утвержденных лекарственных средств и др. Таким образом, поставщики медицинского ухода на дому, которые участвовали в оценке, готовы предложить эти услуги, но с ростом затрат на посещение и при большей численности персонала. **Более высокая стоимость за посещение и возможность заключения дополнительных посещений оцениваются как способы развития медицинских услуг по уходу на дому.**

Волонтерство слабо развито в РМ, в том числе, в поставке УУД. Данные исследований показывают отсутствие волонтерской деятельности в государственных учреждениях, как медицинских, так и социальных, за некоторыми исключениями. Однако, подавляющее большинство ОГО (16 из 17) разработали компонент волонтерства, с участием волонтеров в оказании УУД. Количество волонтеров варьируется от 1-2 человек до максимальной численности 60 человек. Мероприятия, в которых участвуют волонтеры включают в себя: работы в саду, водоснабжение, обеспечение дровами для обогрева, доставку обедов и пакетов с продуктами питания, организацию культурных мероприятий, психологическое консультирование, здравоохранение, оценку потребностей. Добровольцы играют важную роль в деятельности по сбору средств и информировании / продвижении УУД. Следует подчеркнуть, однако, что немногие ОГО используют добровольцев для деятельности по социализации бенефициаров.

- ***Ресурсы, используемые для оказания УУД***

Ресурсы, используемые для оказания услуг УУД, относительно однородны в каждой группе поставщиков. В то же время, типы используемых ресурсов совершенно разные, если сравнивать модели предоставления. Разница продиктована рядом факторов. Поставщики частных (некоммерческие и коммерческие организации) используют разные ресурсы, в сравнении с государственными учреждениями. Ресурсы различаются также с точки зрения типа оказанной услуги (медицинская, социальная или комплексная поддержка) и с точки зрения предоставления каждой услуги (в помещении центра или на дому).

Основным ресурсом в оказании УУД является человеческий. Более половины общих расходов на ресурсы для всех моделей предназначены для оплаты труда.

Другие расходы приходятся на содержание помещения (офиса или центра), транспорт, а также связаны с приобретением лекарств. Одним из основных различий в распределении ресурсов является доступ к существующей медицинской и социальной сети. Публичные поставщики несут более низкие издержки из-за отсутствия расходов на содержание рабочего помещения. Частные, коммерческие и некоммерческие поставщики выделяют значительные суммы для аренды, коммунальных платежей, текущий ремонт и т. д. Публичные медицинские учреждения (ПМУ) не заявили такие расходы, потому что медицинская система берет на себя некоторые из затрат по доставке услуги УУД. Это ставит поставщиков в различные финансовые условия, особенно с точки зрения равного погашения (затраты на посещение покрываются НКМС) государством.

ПМУ имеют меньшее разнообразие расходов. Это связано с методом расчета НКМС стоимости посещения. Ресурсы в рамках этой модели используются для выплаты заработной платы и на медикаменты (другие материалы). Несколько ПМУ сообщили о расходах, отличных от упомянутых выше. Эти расходы связаны с: ремонтом транспортных средств, продуктами гигиены, канцелярскими принадлежностями и стоимостью банковских переводов.

Очень немногие ПМУ понесли расходы на постоянное обучение персонала или командировки.

ТССП предоставили более разнообразные ресурсы для обслуживания. Наиболее важной частью ресурсов является человеческий. Другим важным компонентом являются ресурсы для аренды, а также коммунальные услуги для рабочего помещения. Ресурсы также выделяются на содержание или аренду транспортных средств, канцелярских товаров, телекоммуникационных услуг, обучение без отрыва от производства и командировки, в служебных целях. Отмечаются конкретные расходы по оплате аренды или поддержанию в работоспособном состоянии оборудования и оснащения. Довольно малое число ТССП позволяют себе улучшить условия на рабочем месте, меньше расходуют на закупку санитарно-гигиенических изделий для бенефициаров или фармацевтической продукции. Непрерывная подготовка также не является приоритетом с точки зрения расходов.

Расходы некоммерческих организаций не существенно отличаются как по типу (по сравнению со ТССП), так и по удельному весу таких расходов в общем объеме расходов, и сумм, уплаченные за некоторые виды ресурсов отличаются существенно. Как упоминалось выше, основное отличие заключается в том, что частные поставщики услуг предлагают услуги за пределами существующей инфраструктуры. Таким образом, значительная часть расходов частных поставщиков связана с оплатой аренды офиса, оплатой коммунальных услуг и текущим ремонтом рабочего помещения. Транспортные расходы для этой группы достаточно велики, учитывая, что организации владеют автомобилями, что требует затрат на техническое обслуживание и ремонт. Транспортные расходы выше, из-за того, что многие из населенных пунктов, не имеют медицинского работника на месте, и для оказания услуг его следует доставить. Расходы, характерные для этой группы, относятся только к поддержке в разработке и продвижении государственной политики (консультации для исследований, экспертизы за пределами страны, дидактические и учебные материалы и т. д.). Другие расходы, которые возникают исключительно в моделях, предоставляемых некоммерческими организациями, связанны с оплатой за адвоката или нотариуса.

- ***Стоимость услуг УУД***

Анализ затрат показывает, что наименее затратной является услуга, предоставляемая ПМУ с общей средней стоимостью 2 300 леев на одного бенефициара в год. Самая дорогостоящая модель – это услуга, предлагаемая ТССП при средней стоимости 4 425 леев на одного бенефициара в год. Эта стоимость во многом объясняется частотой предоставления услуг по сравнению с другими моделями. Стоимость услуг, предоставляемых некоммерческими организациями, сбалансирована. В среднем, содержание одного бенефициара в этой модели составляет 3 270 леев в год. Стоимость услуг для коммерческих поставщиков составляет 2 950 леев в год на каждого бенефициара. Эта относительно низкая стоимость объясняется тем фактом, что частные компании работают в рамках, установленных НКМС, путем определения суммы каждого возмещаемого посещения.

Таблица 5.

Средняя стоимость УУД за модель, на одного бенефициара в год, леев

Поставщик	Стоимость в год, в расчете на одного бенефициара, леев
ПМУ	2300.00
ТССП	4425.00
НПО	3270.00
* Коммерческие поставщики	2950.00

*расходы Casmed были рассчитаны только для учредительной родительской организации.

Самый дорогой тип обслуживания - комплексный – среднестатистические годовые расходы на бенефициара составляют 5 150 леев (таблица 6). Это объясняется использованием большего количества ресурсов для предоставления этой услуги (медицинские ресурсы и социальная поддержка), соответственно, общая стоимость выше. В то же время, если взять стоимость на одного бенефициара чисто медицинской услуги со стоимостью на одного бенефициара социальной услуги, мы получаем большую сумму, чем стоимость одного бенефициара в комплексной услуге. Это предсказуемо и объясняется тем фактом, что административная

часть является более дешевой в комплексной услуге, по сравнению с ситуацией, когда предлагаются 2 отдельные услуги. С точки зрения затрат существует достаточное экономическое обоснование для выбора комплексного обслуживания.

Таблица 6.

Средняя стоимость услуги УУД, по типу услуги на одного бенефициара в год, леев

Модель предоставления	Стоимость в год, ЛЕЕВ
Социальная	3570.00
Медицинская	2285.00
Комплексная	5150.00

Анализ затрат, с точки зрения минимальной или оптимальной стоимости, затруднен, если учесть недостаток процедуры аккредитации и контроля. Упрощенным подходом было бы рассмотрение минимальных или оптимальных затрат с точки зрения выделенных ресурсов. Минимальными затратами можно считать расходы на медицинские услуги, учитывая, что она состоит из 2 ресурсов: 2 300 леев в год на одного бенефициара для публичного сектора и 2 950 леев в год на одного бенефициара для частного сектора. Оптимальную стоимость можно рассматривать как около 4500 леев в год для обоих секторов, рассчитанную на основе оптимальных ресурсов. Стоимость качественного обслуживания может рассматриваться как одна из комплексных услуг - 5000 леев в год на одного бенефициара.

Для покрытия расходов на обучение персонала, задействованного в услуге, следует выделить дополнительный запас в размере 5-7% для каждого из вышеуказанных расходов.

Результаты оценки представляют успехи и пробелы в области ухода на дому в Республике Молдова. Эти результаты позволяют сделать следующие **рекомендации** для улучшения ситуации на местах.

Рекомендации для представителей МЗТСЗ:

- Развитие механизма договоров на получение социальных услуг, который обеспечит внедрение и распространение практики заключения договоров на услуги ЦПУ и МПУ от частных поставщиков.
- Разработка нормативно-правовой базы для развития комплексных услуг по уходу на дому. Создание механизма межотраслевого сотрудничества для публичных и частных поставщиков медицинских и социальных услуг (аналогичного тому, который применяется в области детской смертности, предотвращения насилия), с обязанностями для каждой из сторон или развитием управления делами для престарелых по Национальной модели надлежащей практики, действующей в настоящее время в Республике Молдова.
- Разработка МЗТСЗ и НКМС публичной политики договоров поставщиков услуг медицинской помощи на дому, для покрытия потребностей на национальном уровне.
- Разработка метода расчета стоимости услуг УУД, который будет включать в себя стоимость каждого из ресурсов, необходимых для предоставления услуги. Эта стоимость, как и методика расчета должны быть включены в правовые документы (например: Приказ министерства № 253 от 20.06.2008, № 155-A, глава II, который предусматривает порядок оплаты).
- МЗТСЗ в сотрудничестве с НКМС может рассмотреть метод установления единовременной цены на основе подхода ABC – стоимости, основанной на деятельности. Для каждого вида деятельности (например, медицинская, социальная, транспортная, консультативная поддержка) присваивается код, в соответствии с моделью кодов, присвоенных каждому диагнозу в экстренной медицинской помощи. Этот метод может быть использован для учреждений интернатного типа, а также для УУД. Коды могут включать в себя помимо осуществляемой деятельности и степени зависимости, диагноз бенефициара и др.
- Индексирование расходов должно быть включено в процесс анализа метода их установления. Индексирование должно учитывать изменения во времени индекса потребления используемых ресурсов, обеспечивая тем самым устойчивость и качество предоставляемой услуги.

- Разработка моделей должностных инструкций с обязанностями медицинского ассистента и социального работника в оказании УУД, которые должны быть предложены поставщикам услуг по уходу на дому.
- Минимальные стандарты качества должны быть рассмотрены как для социальной части, так и для медицинской части услуг УУД. Обзор должен быть сосредоточен на распределении ресурсов и, соответственно, их стоимости для каждого стандарта / положения. Стандарты должны обеспечить возможность предоставлять услуги на реалистичной и устойчивой основе. Должны быть разработаны стандарты для комплексных услуг УУД. Важным шагом является сопоставление минимальных стандартов качества с затратами, рассчитанными в этом исследовании.
- Развитие в партнерстве с МПУ, ОГО методологии оценки потребностей социальных услуг на уровне сообщества.

Рекомендации для органов государственной власти, ответственных за разработку политики в области социальной защиты и социальной помощи:

- Методология установления УУД должна быть пересмотрена путем установления ряда вспомогательных услуг / мероприятий и времени, которое социальный работник должен распределять для каждого вида деятельности. Эта методология должна публиковаться в нормативном акте, таким образом, чтобы МПУ, а также поставщики имели к ней доступ.
- Создание системы начальной и непрерывной подготовки для социальных работников для повышения качества оказываемых УУД.
- Изменение Типового положения социальных услуг по уходу на дому, для улучшения доступа уязвимых лиц и оказания услуг для пожилых, имеющих детей, которые проживают в других населенных пунктах и не имеют возможности помочь родителям по причине тяжелого финансового положения,.

- Важно начать процесс аккредитации, а также постепенное включение всех поставщиков УУД. Это позволит установить минимальный уровень качества оказываемых услуг.

Рекомендации для органов государственной власти, ответственных за разработку политики в области здравоохранения:

- Методология расчета стоимости за посещение для возмещения НКСС должна быть утверждена и доступна. Ее публикация в Официальном Мониторе легализует методологию и будет применяться МПУ и поставщиками.
- Введение в нормативную базу УУД категорий зависимости бенефициаров и разработка методологии расчета стоимости одного посещения по медицинскому уходу на дому, на основе этих категорий зависимости.
- Обучение врачей-парамедиков, которые будут предоставлять услуги по уходу на дому, и исключение существующих ситуаций, когда социальные работники оказывают медицинские услуги по уходу на дому.
- Разработка инструментов и показателей для оценки медицинских услуг по уходу на дому. Разработка и внедрение показателей эффективности для поставщиков УУД, в том числе, показателей по разделу совместной работы /сотрудничества.

Рекомендации для МПУ:

- Введение компонента социальных услуг в политику и документы, подготовленные на местном уровне и обеспечение их выполнения, в том числе путем выделения необходимых финансовых ресурсов.
- Вовлечение гражданского общества в разработку Плана действий на местном уровне для развития волонтерского движения.
- Развитие в сотрудничестве с ОГО волонтерского движения на уровне общины, для оказания УУД.

- Внедрение передовой практики финансирования и софинансирования услуг на уровне сообщества / АТЕ.
- Максимальное использование существующих социальных и медицинских инфраструктур для поставки услуг УУД (именно: пространство в помещении учреждений первичной медицинской помощи для частных коммерческих и некоммерческих поставщиков, предложение по мере возможностей имеющегося оборудования и др.).
- Привлечение ОГО к оценке потребностей сообщества относительно социальных услуг.

Рекомендации для поставщиков УУД, в частности, для Сети некоммерческих организаций, предоставляющих коммунитарный уход:

- Развитие партнерских отношений с МПУ, в целях предоставления УУД.
- Поддержка МПУ в оценке потребностей социальных услуг, в частности, УУД.
- Регулярно рассчитывать стоимость одного бенефициара в обслуживании и поддерживать эти расчеты в актуальном состоянии. Себестоимость должна быть доступной и совокупные расходы в одном бюджете, даже если они поступают из разных источников. Расходы должны быть публичными, чтобы бенефициары знали, какие услуги / мероприятия будут предоставлены и какова интенсивность использования ресурса или другого. Все переменные, относящиеся к этому исследованию, должны учитываться в процессе финансового планирования, например: профиль бенефициара, степень зависимости, тип требуемого обслуживания, форма поддержки и т. д.
- Сохранять финансовые документы в порядке и обеспечить, при необходимости, анализ совокупных расходов, даже в случае многочисленных источников финансирования.
- Освещение / продвижение УУД, порядка доступа к ним.
- Постоянная связь с ЦПУ и МПУ для разработки качественной и устойчивой системы УУД.