

## Необходимост от социална подкрепа и здравни грижи за хората с увреждания в България

Даниела Константинова

**Abstract: Need for social support and health care for people with disabilities in Bulgaria:** *People with disabilities in Bulgaria have the lowest social status in Europe, shows a study by Eurostat. More than half of those Bulgarians live on the poverty line, just as much are forced to quit their education. The data shows that in our country people with disabilities do not have access to education and training, they find work really hard and are actually many of them are excluded from society. Among the main reasons for this are the inaccessible environment and lack of support.*

**Key words:** *People with disabilities, social support, inaccessible environment.*

### ВЪВЕДЕНИЕ

Хората с увреждания в България са с най-нисък социален статус в Европа. Повече от половината българи с увреждания живеят на границата на бедността, също толкова са принудени да се откажат от образование. Данните показват, че у нас хората с увреждания нямат достъп до образование и обучение, много трудно намират работа и реално много голяма част от тях са изключени от обществото. Сред основните причини за това са недостъпната среда и липсата на подкрепа. Едва 10 от сто човека с увреждания в страната ни имат работа и имат собствен доход.

Един от всеки пет българи живее в неблагоприятна икономическа и социална среда. В градовете бедността е по-малка, отколкото в селата. Според национални проучвания в градските райони е отчетено по-значимо намаляване на равнищата на бедност отколкото в селските райони.

Реформата в сферата на социалните услуги и въвеждането на деинституционализацията като основен приоритет на българската социална политика започнаха през 2002 г. Тогава Министерският съвет прие Нова стратегия в социалната политика, в която сред приоритетните цели са изброени: намаляване на броя на хората, настанени в специализирани институции, и разработване на социални и здравни услуги, насочени към най-уязвимите групи в обществото. Поставено бе ударение върху прехода от институционални грижи към услугите, които позволяват на хората да останат в своята общност и семейна среда. Аргументът беше, че високото равнище на институционализация води до трайна социална изолация на хората с различни увреждания и възрастните хора.

### ИЗЛОЖЕНИЕ

По данни на Световната търговска организация хората с увреждания са приблизително 10% от населението на всяка държава, а информационните източници на Световната банка сочат, че те са и 20% от най-бедните хора в света. Уврежданията са едновременно причина и следствие от бедността, а според Организацията на обединените нации 82% от хората с увреждания в развиващите се страни живеят под линията на бедността. Тези цифри са по-големи в държавите, разрушени от граждански войни или природни бедствия. Практически навсякъде по света хората с увреждания търпят някаква форма на дискриминация и са силно отхвърлени от социалния, икономическия и политическия живот на общността. Това е и основната причина за високото ниво на бедността сред тази уязвима група. Причина е и тежкия им начин на живот и високата смъртност [1].

Основните проблеми могат да бъдат разделени в няколко групи.

1. Отхвърляне и изолираност от обществото - Раждането на увредено дете в много общества се възприема като трагедия поради факта, че отглеждането му изисква повече внимание, и се предполага, че то не може да се грижи за себе си, когато порасне.

2. Неравно разпределение на наличните ресурси - В държави, където ресурсите са силно ограничени, равното разпределение на средствата между здравите и увредените деца се смята за икономическа безотговорност, защото децата с увреждания не могат да бъдат полезни в бъдеще на семейството. На хората с увреждания често се пада най-малък дял от наличните средства за храна, здравеопазване и образование.

3. Грижа за здравето - Лицата с увреждания имат същата нужда от достъп до здравни услуги както и всички останали, но на практика той не се осигурява. Болничните центрове са в много случаи физически недостъпни и/или отдалечени (най-често в селските райони).

4. Образование - Универсалното начално образование е непостижимо без приобщаването на децата с увреждания. По данни на UNICEF 98% от тях получават неформално образование. Много родители изпитват страх, че детето няма да се справи или пък ще „опозори“ семейството, оказвайки вреда върху перспективите за брак на своите братя и сестри. Децата, лишени от образование, често са подложени на по-лошо отношение, имат ниско мнение за себе си и не получават необходимата подкрепа, за да участват равноправно в обществения живот.

5. Трудова заетост и експлоатация - По-късно в живота си хората с увреждания имат ограничени възможности за работа, което се дължи на дискриминация, липса на образование, опит и доверие. В действителност възможностите им за работа в развиващите се страни почти не съществуват.

6. Бедност - Наличието на изброените по-горе проблеми поставя лицата с увреждания в състояние на хронична бедност с малки възможности за излизане от затворения кръг.

7. Липса на достъпна архитектурна среда – След социалните бариери, хората с увреждания се сблъскват и с архитектурни препятствия, които ограничават техния достъп до обществени услуги и затрудняват реализацията на техните права.

8. Специфични грижи за жените с увреждания - В някои неразвити общества те са принудени са търпят и сексуални злоупотреби с висок риск от заразяване със СПИН.

9. Участие в политическия процес - Често хората с увреждания се изключват от процесите на вземане на решения, включително и от правото им да участват в избори [1].

Добрата законова уредба, макар и в повечето случаи да съществува, не решава проблемите на хората с увреждания. Законодателството трябва да се приложи и на практика, а от тук започват и проблемите.

От европейските страни, проблемите на хората с увреждания са най-добре законово уредени във Финландия, Германия, Швеция, Португалия, Гърция.

В България оценяването на увреждането се извършва чрез медицинска експертиза и социална оценка [3].

Социалната оценка се извършва по искане на лицето с увреждане, попечител/настойник и установява:

1. потребностите и възможностите за рехабилитация;
2. възможностите за обучение;
3. възможностите за трудова заетост и професионална реализация;
4. потребностите от социални услуги;
5. възможностите за социално включване.

И тук се поражда едно от сериозните несъответствия между законодателство и реална ситуация поради нереална оценка на потребностите, която би следвало да се направи от екип различни специалисти.

По искане и с участието на лицата с увреждания въз основа на социалната оценка се изготвя индивидуален план за интеграция [6]. Това има само пожелателен характер в условия извън институциите поради липса на средства и специалисти.

Не така уредени са здравната помощ и медицинска рехабилитация на хората с увреждания. С финансирането на здравеопазването от НЗОК се дава възможност на хора с увреждания да получават с намаление на цената необходимите за лечението им медикаменти. Поради постоянен недостиг на средства, реимбурсирането се прилага предимно за не много скъпи и по-масово употребявани медикаменти. Постоянно сме свидетели на кампании за набиране на средства за лечение, което не се покрива от НЗОК. Идентична е ситуацията и с рехабилитацията на много заболявания. Независимо от нуждата от постоянна рехабилитация, НЗОК заплаща само кратък месечен курс, което не води до трайни положителни резултати.

Медицинската рехабилитация е лечебна дейност, осъществявана от мултидисциплинарни екипи при условията и по реда на Закона за лечебните заведения и на Закона за здравето осигуряване, която включва:

1. поддържаща медикаментозна терапия;
2. физикална терапия;
3. говорна и зрителна терапия;
4. кинезитерапия;
5. ерготерапия;
6. психотерапия;
7. трудово лечение;

8. назначаване на помощни средства, приспособления и съоръжения и медицински изделия за хората с увреждания.

Участие в медицинската рехабилитация могат да вземат и семействата на хората с трайни увреждания, когато нуждите на лечебния процес налагат това [3].

Медицинската помощ е неизбежна на определен етап от живота на хората с увреждания. Но тя в никакъв случай не е достатъчна сама по себе си и често се превръща в самоцел. За човека с увреждане съществува и необходимостта от помощ в адаптацията към ежедневието, а когато това е възможно, и за възвръщане към предишния му начин на живот. В този смисъл, на преден план излиза необходимостта от осигуряване на рехабилитация, за да могат хората с увреждания да постигнат и запазят оптимално ниво на активност и независимост [2].

В оценките на нивото на достъпната рехабилитация според *Годишен преглед на правата на хората с увреждания в България 2002 г.*, преобладаващата част от хората с увреждания дават по-скоро негативни оценки ("слабо" и "много слабо" – общо 30%). Два пъти по-малко са колебаещите се, както и склонните към положителни отговори ("средно" – 15.3%); "добро" и "много добро" – общо 16.4%) .

Повече от една трета от интервюираните хора с увреждания не ползват рехабилитация –

- защото преценяват, че нямат нужда;
- защото не могат да си я позволят финансово;
- защото предлаганата им рехабилитация не ги удовлетворява (не е адекватна на спецификата на увреждането) или по някаква друга причина.

Отговорите в тази рубрика обхващат само медицинските аспекти на рехабилитацията, което се обуславя от традиционното ѝ разбиране единствено от медицинска гледна точка, пренебрегвайки целия широк спектър в тази сфера в съвременния свят. Действащите програми на държавните институции се ограничават до медицинските аспекти на процеса.

При наличие на над 25 държавни институции и над 14 национално представени съюзи и сдружения на хора с увреждания, резултатите са незадоволителни, положителната промяна е малка и не отговаря на реалните потребности на хората с увреждания.

По данни на НЦОЗА първичната инвалидизация намалява от 20,2/1000 през 2004 г. до 9,9/1000 през 2012 г., след което се повишава до 11,1 през 2013 г. Данните отчитат само новорегистрираните, което не дава цялостна картина за броя на хората и вида на уврежданията в България [9].

Понастоящем в българското законодателство не съществува отделна дефиниция на дългосрочната грижа и услугите за предоставяне на дългосрочна грижа, нито официална класификация на лицата, които имат право на тях.

Дългосрочната грижа е дефинирана по различен начин в страните-членки на ЕС. Тя отразява различията в продължителността на грижите, обхванатите ползватели на услугите и често трудната за определяне граница между предлаганите медицински (здравни) и не-медицински (социални) услуги. Европейската комисия дава следното определение на дългосрочна грижа [5]:

„Дългосрочните грижи съчетават широк набор от медицински и социални услуги за хора, нуждаещи се от помощ при основни ежедневни дейности поради хронични физически или психически увреждания. Тези грижи често се извършват поне отчасти от непрофесионалисти, като например роднини или приятели. Дългосрочните грижи са на границата между медицинските и социалните грижи и обикновено се предоставят на хора с физически или психически заболявания, на възрастни хора и на определени групи хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности”.

Услугите за дългосрочна грижа и другите социални и здравни услуги за възрастни хора и хора с увреждания в България се осигуряват от две отделни системи – системата за социални услуги и системата на здравеопазването.

Различното разпределяне на отговорностите (частна/семейна - обществена), различните начини на организиране на медицинските и социалните грижи, както и различното законодателство за тях водят до необходимостта от прилагането на нови модели и последващото им регламентиране, съобразно особеностите на нашата държава.

Подкрепяйки държавите-членки в техните усилия за реформа, Европейският Съюз препоръчва изпълнението на три дългосрочни цели за националните здравни и социални системи, които трябва да се преследват успоредно [5]:

- Гарантиране на добър достъп до здравни грижи и социални услуги;
- Подобряване на качеството на грижите;
- Гарантиране на устойчивостта на финансирането им.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Един от сериозните проблеми, характеризиращ системата на услугите в България, е недостатъчният брой превантивни социални и здравни услуги за възрастни и хора с увреждания.

Липсват отговарящи на потребностите на възрастните хора и хората с увреждания комплексни (здравни и социални) услуги в домашна среда, както и финансиране на дейностите по долекуване и продължително лечение.

Прилагането в практиката на европейското и българско законодателство ще подобри значително качеството на живот на хората с увреждания в България.

### ЛИТЕРАТУРА

- [1] Ст., Божана, Виолета Костадинова, София, 2004, Хората с увреждания и техните права в Европейския съюз. България и нейните „невидими“ граждани.
- [2] Годишен преглед на правата на хората с увреждания в България 2002 г.
- [3] ЗАКОН ЗА ИНТЕГРАЦИЯ НА ХОРАТА С УВРЕЖДАНИЯ; Обн. ДВ. бр.81 от 17 Септември 2004г., изм. ДВ. бр.40 от 13 Май 2014г.
- [4] ЗАКОН ЗА СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ, Обн. ДВ. бр.56 от 19 Май 1998г., изм. ДВ. бр.66 от 26 Юли 2013 г.
- [5] НАЦИОНАЛНА СТРАТЕГИЯ ЗА ДЪЛГОСРОЧНА ГРИЖА 2014-2020 г.
- [6] ПРАВИЛНИК ЗА ПРИЛАГАНЕ НА ЗАКОНА ЗА ИНТЕГРАЦИЯ НА ХОРАТА С УВРЕЖДАНИЯ; Обн. ДВ. бр.115 от 30 Декември 2004г., изм. и доп. ДВ. бр.55 от 4 Юли 2014г.
- [7] ПРАВИЛНИК ЗА ПРИЛАГАНЕ НА ЗАКОНА ЗА СОЦИАЛНО ПОДПОМАГАНЕ, Обн. ДВ. бр.133 от 11 Ноември 1998г., изм. и доп. ДВ. бр.55 от 4 Юли 2014г.
- [8] [http://ec.europa.eu/health-eu/care\\_for\\_me/long\\_term\\_care/index\\_bg.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_bg.htm)
- [9] [www.osf.bg](http://www.osf.bg)

### За контакти:

Даниела Константинова, Катедра “Здравни грижи”, Русенски университет “Ангел Кънчев”, тел.: 0888 52 00 21, e-mail: [ddraganova@uni-ruse.bg](mailto:ddraganova@uni-ruse.bg)

**Докладът е рецензиран.**