

FRI-1.322-1-SW-02

THE HEALTH MEDIATOR AND ITS SOCIAL SIGNIFICANCE¹

Chief expert Snezhana Popovska

Directorate "Promotion and Prevention of Diseases and Addictions",
Ministry of Health
Tel.: +373 22 319129
E-mail: spopovska@mh.government.bg

Pr. Assist. Prof. Kina Velcheva, PhD

Department of Health Care
Univesity of Ruse "Angel Kanchev"
Phone: 082-888 755
E-mail: kvelcheva@uni-ruse.bg

Abstract: Infectious diseases are a serious test for the social and health system, which spread easily, especially in places far from medical facilities, in areas with a compact population and overcrowding in neighborhoods and homes, which greatly complicates the isolation of virus carriers. Awareness of diseases, facilitation of access to social and medical services and immunizations, assistance of employees to reach individuals without a selected general practitioner are activities performed by health mediators that contribute to the control of various socially significant communicable and non-communicable diseases. The specificity of the activity of the health mediator requires that part of the working time be in the field - for visits to the homes of families who do not visit medical institutions for regular examinations, for the assistance of the general practitioner in increasing the immunization coverage, for participation in various initiatives and campaigns and others. The regulation provides for the preparation of a work schedule that specifies the hours for field activities and hours for administrative work.

Keywords: Social risk, Health mediator, Health

JEL Codes: I14, I18

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравният медиатор е включен и като самостоятелна длъжност в Националната класификация на социалните професии и длъжности (Directive 2008/52/EC of the European Parliament and of the Council of 21 May 2008).

Здравните медиатори се назначават на работа към съответната община, а финансирането им става чрез системата на делегираните бюджети (Chankova, D., Kolarova, D., Stankova, V., Gyaurova-Wegertseder, B. & Michael, K. 2019). По отношение на дейността на здравните медиатори у нас е направено предложение – разработване на проект на наредба:

Съгласно чл. 2, ал. 1 от Закона за нормативните актове (ЗНА), нормативни актове могат да издават само органите, предвидени от Конституцията или от закон. Разпоредбата на чл. 7, ал. 2 от ЗНА регламентира, че наредбата е нормативен акт, който се издава за прилагане на отделни разпоредби или подразделения на нормативен акт от по-висока степен. Към настоящия момент не е налице нито закон, който да определя органът, овластен да издаде наредба за регламентиране статута на здравните медиатори, нито разпоредби или подразделения на нормативен акт от по-висока степен, които да изискват издаването на наредба за тяхното прилагане (Directive 2013/11/EU of the European Parliament and of the Council of 21 May 2013).

Представено е последващо предложение с цел одобряване на методични указания за работа на здравния медиатор в рисковата социална среда:

На основание чл. 5, т. 20 от Устройствения правилник на МЗ министъра на здравеопазването има право да утвърждава самостоятелно или с други министри

¹ Докладът е представен на научна сесия на 27.10.2023 в секция Социални дейности с оригинално заглавие на български език: ЗДРАВНИЯ МЕДИАТОР И НЕГОВАТА СОЦИАЛНА ЗНАЧИМОСТ.

методически указания. Това негово правомощие следва да се основава от своя страна на функциите, които той осъществява по отношение на националната здравна система. В този случай не е налице правомощие на министъра на здравеопазването да утвърди методически указания по отношение на статута на здравните медиатори. От приложения проект на методически указания са предложени текстове които поясняват регламентирането на процедурата по назначаването на медиаторите, критерии за избор и т.н., които са от правомощията на съответния работодател. Министърът на здравеопазването не е овластен да регулира посочените обществени отношения (European Code of Ethics for Mediators). Нещо повече, към момента е определено по силата на приетия с Решение № 589/2011 г. на МС „План за действие 2011-2015 г.“ към Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства“, здравните медиатори да се осъществяват на основата на делегирани бюджети (Mediation Law. Pron. State Gazette, no. 110 of December 17, 2004). Издадените до момента методически указания са с характер на насоки в областта на различните медицински дейности и заболявания (Mediation Law. Pron. State Gazette, no. 110 of December 17, 2004).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Облекчаването на достъпа до социални и медицински услуги за уязвими групи от населението с религиозни и културни различия, повишаването на здравната култура и информираност и подобряването на здравето им е важен индикатор за способността на компетентните социални институции да търсят решение и да постигнат промяна на национален проблем, който може да е предизвикателство пред способността на обществото като цяло да се справи с трудно преодолими здравни щети. Всичко това изправя не само уязвимата общност, а цялото общество пред социални и здравни предизвикателства от социално-значими заболявания и епидемии от заразни болести.

Достъпът до социални и здравни услуги се гарантира, чрез посредничеството на здравни медиатори, които са свързващо звено между уязвимите групи от населението и системата на здравеопазване.

С оглед на актуалността на темата за интегриране на ромите, България е една от петте държави (заедно с Чешката република, Унгария, Румъния и Словакия), която по предложение на Европейската комисия (European Code of Ethics for Mediators), Съветът издава специфични за тези държави препоръки по въпросите, свързани със социални групи в риск. В тези препоръки въпросните пет държави се призовават да изпълнят стратегиите си за интегриране и да включат специално насочени мерки в съответните хоризонтални политики. Съгласно приетата Препоръката на ЕС от 09.12.2013 г 2013 г. на държавите членки се препоръчва да предприемат целенасочени действия за премахване на разликите между част от населението.

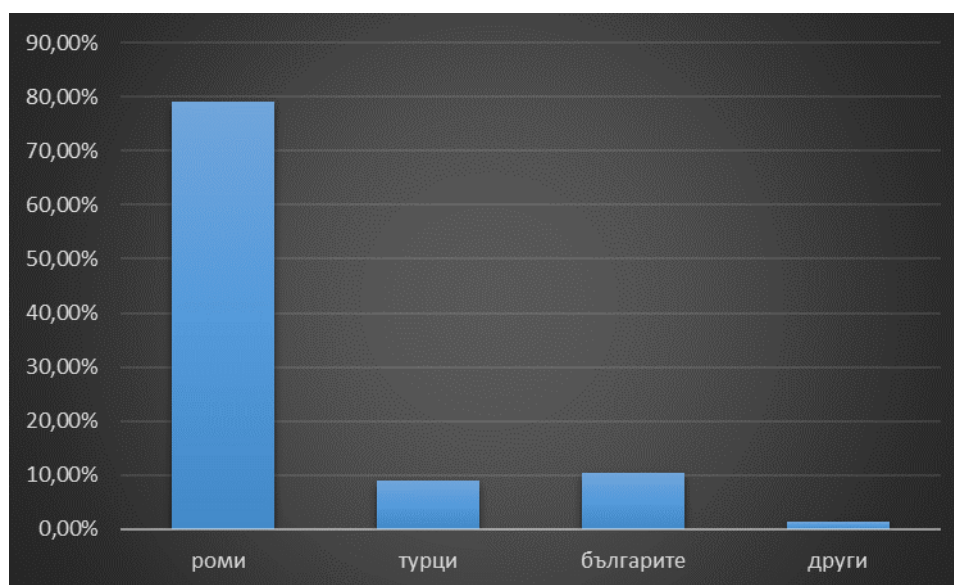
При относителната статика на нормативната уредба и динамиката на пазара на труда, осигуряването на адекватна регулаторна функция е проблем на непрекъснат мониторинг и оценка.

Тази статия е опит да се оцени дали действащата към момента нормативна уредба в областта на трудовото право и специално тази регулираща проблематиката на безработицата, е адекватна на тенденциите, които се очертават при статистическата оценка на поведението на пазара на труда у нас.

Този проблем засяга здравните медиатори и е актуален и важен по ред съображения (Ророва, V., 2017). Постигането на консенсусната обществена цел – устойчиво европейско развитие, преминава през осигуряване на устойчиво регулиране на процесите и явленията, които са причини за рисково поведение на един или група индивиди. Многогранно е влиянието на бедността върху здравето на различни социални прослойки (Nelson, DL. & Quick, J. K., 2017). За 90% от тях се оказва непосилно заплащането на потребителските такси на общопрактикуващия лекар. Поради този факт те избягват посещенията при него или точно отиват на преглед само в случай, че състоянието на заболялия в семейството се е усложнило. Бедността е причина да не са в състояние да закупват предписаните лекарства

или да ги купуват твърде късно, когато състоянието на болния се е променило и това лечение вече не е ефективно. Транспортните разходи до районните здравни заведения също са сериозна бариера. Не са в състояние да плащат и таксите в болниците. Освен утвърдените такси, те трябва да си плащат и лекарствата, с които се провежда лечението в болниците. Много лекари, особено в хирургичните отделения, искат от тях да заплащат операции и манипулации, което ги отказва на практика да постъпват в болница и да се лекуват (Mc Corkle, S., & Reese, M. J., 2005). Самолечението е най-честата форма на лечение в тези социално слаби семейства, включително и чрез използване на различни методи на нетрадиционната медицина. Отдалечеността на здравните служби от малки села и квартали е друг сериозен фактор, ограничаващ достъпа им до медицинско обслужване. На много места те трябва да изминат голямо разстояние, за да бъдат прегледани или лекувани. Непълноценното хранене е следствие от бедността и е голям проблем в повечето рисково социални семейства. Това е фактор, който влияе особено сериозно върху децата, възрастните и хронично болните. Много семейства са изправени пред драматичния избор да си купят храна или лекарства. На фона на непълноценно хранене много болни се влошават, независимо от провежданото лечение. За това как нехигиеничните жилищни условия влияят върху здравословното състояние може много да се дискутира (Turnev, I., Kamenov, O. & Popov, M., 2002).

Безработицата е един от водещите социално значими фактори и е характерно за пазарното стопанство социално-икономическо явление, при което част от активната работна сила желае да работи, но не може да намери работа. Точният признак и критерий, по който се определя безработицата е посредством нормите на законодателството на съответната държава. В България за безработни се смятат лица от 16 г. до пенсионна възраст, които са регистрирани в бюрата по труда. Функция на държавата е да регулира този пазар така, че да се осигури конституционното право на българския гражданин, съгласно на чл. 48. (1) от Конституцията. Безспорно и бедността е сериозен фактор. Тя е несравнима с тази на останалото обедняло българско население. Става дума за унаследена бедност, задълбочена от масовата продължителна безработица сред рисковите социални групи. По данни на Световната банка от 1995 г., дълбочината на бедността сред българите е девет пъти по-ниска в сравнение с тази при ромите (Tomova, I., 2000). Безработицата като явление е характерна за обществата със свободната стопанска инициатива и свободен пазар на труда, където работната сила се предлага и търси в зависимост от обективно възникващата необходимост на всеки стопански субект. Разликата при различните етноси е голяма (фиг.1).



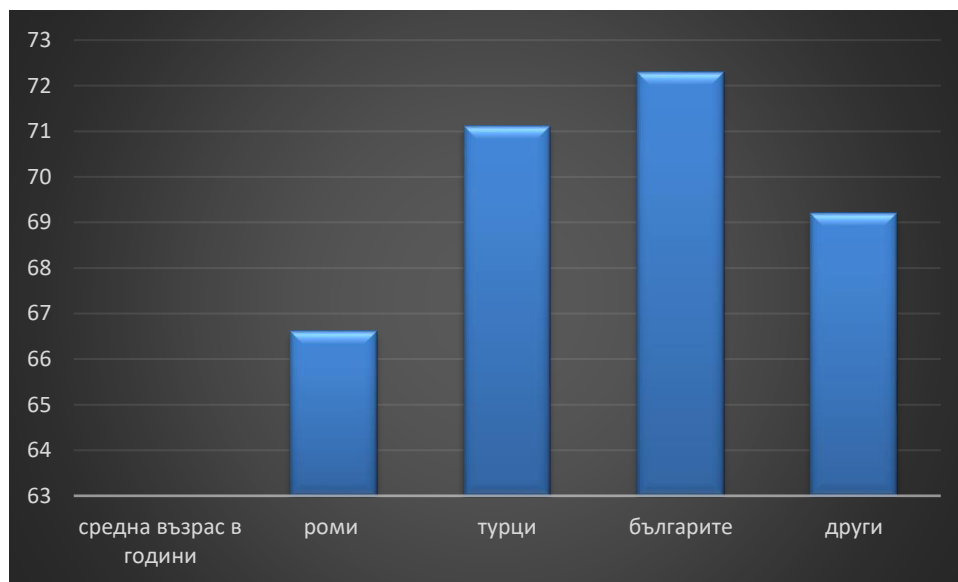
Фиг. 1. Нива на безработица при етносно самоопределили се потребители на социални услуги при бюрата по труда.

Водещи процентно - 79,2%, в пъти повече от останалите респонденти се самоопределили като безработни ромите, а след тях са самоопределилите се като българи – 10,4%, при мюсюлмани в България процента е 9,1% и с 1,3% безработица са самоопределилите се като друг етнос. Нива на безработица при ромите е променлива величина, но се движи между 50% и 80%, в зависимост от дефиницията за безработица и региона.

Във връзка с гореизложеното се счита, че чрез утвърждаване статута на здравните медиатори ще се създаде устойчивост на трудовия пазар и така ще се постави решаване на проблеми засягащи сфери с висока обществена значимост.

Продължителното изключване от пазара на труда води до бързо отпадане и от другите социални сфери, особено в условията на рязко съкращаване на средствата за социални услуги. Бедността засяга от две трети до четири пети от ромите в пост-комунистическия период и е многократно по-дълбока, отколкото при останалото население. Социалните дистанции между ромите и останалото население се увеличили. Засили се възприемането им не просто като „различни“, а като „чужди“ и „опасни“, което лесно се трансформира в дискриминационно отношение. Бедността, влошените жилищни условия и всекидневния стрес доведоха до нарастване на заболяемостта и преждевременната смъртност в ромската общност.

Има известна социална корелация между ръста на безработица, бедността, здравеопазване и продължителността на живот. Взаимо свързаните комплексни фактори се отразяват не само върху стандарта на живот, но и върху неговата продължителност. Очакваната средна продължителност на предстоящия живот общо за населението на страната, изчислена за периода 2018 - 2020 г., е 74.6 години, като спрямо предходния период (2017 - 2019 г.) намалява с 0.3 години. Различната смъртност при мъжете и жените, както и сред населението в градовете и селата, определят и различната средна продължителност на живота при тези категории население. Средната продължителност на живота при мъжете е 71.1 години, докато при жените е със 7.1 години по-висока - 78.2 години. Има разлики и при различните етноси (фиг.2).



Фиг. 2. Разпределение на респондентите относно продължителността на живот

Продължителност на живота при самоопределящите се като роми е 66.6 години, при българите е 72.3 години, следвани от мюсюлмани 71.1 годишна възраст и респондентите самоопределили са като други са със средна продължителност на живот 69.2 години.

Резултатите от лошите социални условия на живот, недохранването и липсата на канализация: разпространение на инфекциозни заболявания, включително туберкулоза,

хепатит и други водят и до значително по-високи процентите на смъртност сред ромското население.

По данни на И. Томова, 52% от ромските семейства нямат течаща вода в жилището или в двора си, 74% нямат тоалетна в къщата или в двора и само 14% имат достъп до топла вода; 34% от ромите разполагат с по-малко от 5 кв.м. жилищна площ на лице от домакинството, а другите 35% имат между 5 и 9 кв.м. жилищна площ. Боклуците в ромските гета се изхвърлят на големи гниещи купчини по тесните улици и постоянно се разнасят от кучета, прасета и деца, а пространството зад домовете се използва безразборно като "клозет на открито". На много места, поради спукани тръбопроводи, сред планини от боклуци извира вода, от която пият невръстни деца. Все още в много ромски махали в малките градове и в много села ромите нямат и електричество.

Остаряването е закономерен, еднопосочен и неизбежен биологичен процес. Въпреки това, съществуват социални възможности да се забави скоростта на процеса на остаряването, да се отсрочи настъпването на проявите на старостта, да бъдат избегнати съпътстващите я болести, да се запази до известна степен работоспособността и творческата активност на човека до най-късна възраст или почти до биологичната граница на човешкия живот. Безспорно е, че достигането на една жизнена и творческа старост е социално и икономически полезна. Имайки предвид основните фактори, които повлияват биологичната възраст и продължителността на живота може да се предприемат адекватни социална стратегии за удължаване на социално активното функциониране на личността (Kyosev, P., Angelova-Barbolova, N. & Krushkova, S., 2014). В своя публикация Е. Братоева представя анализ на качеството на живот на възрастните хора в България по показателите „Здравословно състояние и здравен статус на населението“ (Bratоеva, E., 2021). Направените изводи от анализа извеждат необходимостта обществото ни да: гарантира, че по-възрастното население поддържа здравето, производителността, качеството на живот, достойнството и независимостта си възможно най-дълго; осигури равен достъп до качествени здравни и социални услуги; увеличи социалното участие на възрастните граждани и ангажираността им с тяхното здраве; насочи усилията си към предотвратяване на заболяванията, а при вече съществуващи такива да се работи в посока предотвратяване на функционалния и когнитивния им регрес; да се намали институционализацията на възрастните хора. Извежда се необходимостта да се работи в посока разширяване на дейността на съществуващите и разкриване на нови социални услуги в общността за лица над 65 годишна възраст (Bratоеva, E., 2021).

От представените статистически данни на фиг. 1 и фиг. 2 може да се направи изводът, че в България приоритет в структурата на характерните форми на безработица и продължителност на живот има т.нар. социална значимост с нужда от здравно медиаторство. Амплитудата на социална цикличността е много дълбока, повече от 15%, което не е характерно за държави, развиващи социална пазарна икономика, дори в условията на преход към такъв тип социална и здравна икономика (Kyosev, P., Angelova-Barbolova, N. & Krushkova, S., 2014).

От всичко изложено дотук може да се направи извод, че статутът на здравния медиатор няма изрична регламентация в действащото в страната законодателство, а е наложен като концепция за работа със социално уязвими групи посредством приемането и утвърждаването на стратегически документи от Министерския съвет и Народното събрание на Република България, имащи за цел да подобрят положението на лицата от етническите малцинства. Тези стратегии, обаче, не са основание за правна регулация за приемане на наредба, която да уреди дейността на здравния медиатор.

ИЗВОДИ

Предвид факта, че представителите на Националната мрежа на здравните медиатори активно предлагат различни форми на сътрудничество и възможности за по-устойчиво развитие на професията на здравния медиатор, считаме че това ще развие приоритетите, които са от значение за цялото общество, а именно: устойчивост, отчетност и прозрачност

при социално значими дейности целящи намаляване на заболяемост и смърт, бедност и безработица. Това налага предложения, които включват: да бъде сформирана работна група в МЗ, която да подготви проект на наредба за работа на здравния медиатор или МЗ до одобри методични указания за работа на здравния медиатор.

REFERENCES

Nelson, DL, Quick, J. K. Organizational Behavior – Science, the Real World, and You. Sofia: East-West (**Оригинално заглавие:** Нелсън, Д. Л., Куик, Дж. К., 2017. Организационно поведение – науката, реалният свят и вие. София: Изток-Запад.)

Popova, V. Mediation in Bulgarian, European law, Bulgarian, European and international civil process. // Norma, 2017, No. 6 and 7 (**Оригинално заглавие:** Попова, В., 2017. Медиацията в българското, европейското пра-во, българския, европейския и международния граждански процес. // Норма, No 6 и 7.)

Chankova, D., Kolarova, D., Stankova, V., Gyaurova-Wegertseder, B. & Michael, K. (2019). Institutional Analysis of Mediation Policy in Bulgaria. [Analytical Report]. Sofia: Partners-Bulgaria Foundation (**Оригинално заглавие:** Чанкова, Д., Коларова, Д., Станкова, В., Гяурова-Вегертседер, Б., Михаел, К., 2019. Правен, институционален анализ на политиката по отношение на медиацията в България. [Аналитичен доклад]. София: Фондация „Партньори-България“.)

Mc Corkle, S., & Reese, M. J. (2005). Mediation Theory and Practice. Boston: Pearson Education, 66. McClelland, D. Testing for Competence Rather than Intelligence. // American Psychologist, 28.

Directive 2008/52/EC of the European Parliament and of the Council of 21 May 2008 on certain aspects of mediation in civil and commercial matters (Mediation Directive). OJ L 136, 24.5.2008 (**Оригинално заглавие:** Директива 2008/52/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 21 май 2008 година относно някои аспекти на медиацията по гражданскоправни и търговскоправни въпроси (Директива за медиацията). ОВ L 136, 24.5.2008 г.)

Directive 2013/11/EU of the European Parliament and of the Council of 21 May 2013 on alternative resolution of consumer disputes and amending Regulation (EC) No 2006/2004 and Directive 2009/22/EC (Directive on ADR for (Оригинално заглавие: Директива 2013/11/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 21 май 2013 година за алтернативно решаване на потребителски спорове и за изменение на Регламент (ЕО) No 2006/2004 и Директива 2009/22/ЕО (Директива за АРС за потребители). ОВ L 165, 18.6.2013 г.)

European Code of Ethics for Mediators (**Оригинално заглавие:** Европейски етичен кодекс за медиатори, <https://e-justice.europa.eu>.)

Mediation Law. Pron. State Gazette, no. 110 of December 17, 2004, amended. State Gazette, no. 86 of October 24, 2006, SG No. 9 of January 28, 2011, SG No. 27 of April 1, 2011, amended. and add. State Gazette, no. 77 of September 18, 2018, amended. State Gazette, no. 17 of February 26, 2019 (**Оригинално заглавие:** Закон за медиацията. Обн. ДВ, бр. 110 от 17 декември 2004 г., изм. ДВ, бр. 86 от 24 октомври 2006 г., ДВ, бр. 9 от 28 януари 2011 г., ДВ, бр. 27 от 1 април 2011 г., изм. и доп. ДВ, бр. 77 от 18 септември 2018 г., изм. ДВ, бр. 17 от 26 февруари 2019 г.)