
ANALYSIS OF THE SOCIAL, PROTECTION SYSTEM FOR DISABILITY PERSONS

Kalina Kancheva

Medical University – Pleven, Bulgaria kalinakk@abv.bg

Abstract: The disability (invalidity) is a social phenomenon all societies encounter with. The healthcare issues of people have besides medical and social significance and are directly related to the quality of life. A lot of those people can have valuable lives, to overcome problems, as they have preserved their mental process and potential. But it should be noted that with all of them a reduced self-evaluation and self-confidence. Sense of solitude and inability is to be seen. The problems in the mechanisms for social protection become more obvious in modern times, the ancient approaches and methods, proving functionally old and the new system does not meet the requirements for contemporary economic condition on the country. The disability is a complex of processes and phenomena, leading to multiple and various problems. The medical aspect of the problems (healthcare), regarding disability people in Bulgarian has been clarified but there still lacks individual approach and solutions for the transition from healthcare system to social system. .

On the base of existing models to take care of disability people we may say that the social model is in force, but in practice the healthcare system is emphasizing on the healthcare model. According the current legislation in force there is not a coordinating mechanism for interrelations of healthcare services and social services..

The regulated normative documents imply that an individual approach and target nature of provided aids and services exist but in order to underline that conclusion it is required to envisage additional criteria, related directly to quality of life and individual necessities of those people.

An important condition to increase the efficiency of governmental policy is the amount of the aid. It should be adequate to the specific needs of people and not equal for disability people with different degree and type of disability, that is, under “equal terms”. The amount of cash aid in the country is low, that could be explained with the great number of beneficiaries, despite the negative demographic processes in the country during the recent years. The low amount of the allowance may be the result of omissions in governmental as well to anachronism of real measures in support of disability people.

Bulgarian legislation interprets various normative documents, regarding the target group but actually it is one and the same. That creates a number of obstacles.

The systems of social insurance and social protection should be supporting and assisting not substituting for the disability persons, the objective being maximum inclusion in public life and implementation of their potentials. It is required to employ real and applicable specific measures in the fields of adaptation to architectural, informational and other environments, considered to the needs of disability persons.

The actions performed in the field of disability people and the legislation that interprets the issue should be undertaken upon profound surveys, proactive consultation process and in close collaboration with the involved organizations.

Creating barriers we discriminate not only disability people but also ourselves without being aware we are different, too. We must talk and act in direction of positive changes, not only regarding the attitude but also the politics.

Keywords : disability people, social protection , integration, inclusion.

АНАЛИЗ НА СИСТЕМАТА ЗА СОЦИАЛНА ЗАЩИТА НА ЛИЦА С УВРЕЖДЕНИЯ

Калина Кънчева

Медицински университет – Плевен, България kalinakk@abv.bg

Резюме: Увреждането (инвалидността) е социален феномен с който се сблъскват всички общества. Здравните проблеми на хората са освен с медицинско, и със социално значение, и са пряко свързани с качеството на живота им. Много от тези хора могат да водят пълноценен живот, да се справят с проблемите си, т.к. са със съхранен мисловен процес и запазен потенциал. Но при всички тях се наблюдава снижена самооценка и самочувствие, чувство на самота и безпомощност. Проблемите в механизмите за социална защита стават по-актуални в съвременните условия, за които старите форми и методи за социална поддръжка се оказват функционално остарели, а новата система не отговаря на изискванията на

съвременното икономическо състояние в страната. Увреждането е комплекс от процеси и явления, пораждащи многобройни и разнообразни проблеми. В България медицинският аспект на проблемите на хората с увреждания (здравеопазването) е изяснен, но няма индивидуален подход и решения при прехода от системата на здравеопазване към социалната система.

На базата на съществуващите модели за работа с хора с увреждания може да се каже, че в страната действащ е социалният модел за работа, но практически системата на здравеопазването поставя акцента си върху здравния модел. Според действащото здравно законодателство няма координиращ механизъм за взаимодействие на здравните услуги със социалните.

Регламентираните нормативни документи, оставят впечатление, че има индивидуален подход и целеви характер на предоставяните помощи и услуги, но за да бъде подчертан този характер, е необходимо да се заложат допълнителни критерии, свързани пряко с качеството на живот и индивидуалните потребности на тези лица. Важно условие за повишаване на ефективността на държавната политика е и размера на помощта. Той трябва да е адекватен на нуждите, а не лицата с различни по вид и степен на увреждане да са „под общ знаменател“. В страната размера на паричната помощ е нисък, което е възможно да се обясни с високия брой бенефициенти, независимо от негативните демографски процеси в страната през последните години. Ниският размер на добавката може да се дължи и на пропуски на държавната политика, както и на анахронизма на реални мерки в подкрепа на хората с увреждания.

В българското законодателство различни нормативни документи разглеждат проблемни области по отношение на целевата група, но тя е една. Това създава редица допълнителни пречки.

Системите на социалното осигуряване и социалната защита трябва да са подкрепящи и подпомагащи, а не заместващи, хората с увреждания, като целта им е оптимално включване в обществения живот и реализиране на потенциала им. Необходимо е прилагане на реални и приложими конкретни мерки в областите на адаптирането на архитектурната, информационната среда и др. съобразено с нуждите на хората с увреждания.

Действията в сферата на работа с хора с увреждания и законодателството, което ги третира, трябва да се предприемат след по-задълбочени проучвания, активен консултативен процес и в тясно сътрудничество с организациите, които работят с тях.

Създавайки бариери, дискриминираме не само хората с увреждания, а и себе си, без да осъзнаваме, че и ние самите сме различни. Трябва да се говори и действа в посока на положителни промени, не само в отношението ни, но и в политиката.

Ключови думи: лица с увреждания, социална защита, интеграция, включване.

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Увреждането (инвалидността) е социален феномен с който се сблъскват всички общества. По смисъла на Закона за интеграция на хората с увреждания увреждане е: „всяка загуба или нарушаване в анатомичната структура, във физиологията или психиката на даден индивид“²⁸⁷, по смисъла на същия закон човек с трайно увреждане е: „лице, което в резултат на анатомично, физиологично или психическо увреждане е с трайни намалени възможности да изпълнява дейности по начин и в степен, възможни за здравия човек, и за което органите на медицинската експертиза са установили степен на намалена работоспособност или са определени вид и степен на увреждане 50 или над 50 на сто“²⁸⁸. Здравните проблеми на хората са освен с медицинско, и със социално значение, и са пряко свързани с качеството на живота им. Много от тези хора могат да водят пълноценен живот, да се справят с проблемите си, т.к. са със съхранен мисловен процес и запазен потенциал.

В универсалната декларация за човешките права изрично се споменават уврежданията в контекста на социалната сигурност. Тя широко се налага да напомня на правителствата, тяхното задължение „да поставят в равни условия всички“²⁸⁹.

Според Мадридска декларация, подкрепена от 34 страни „на хората с увреждания се полагат същите човешки права, както и на всички други граждани“²⁹⁰. Тази декларация подчертава прехода от снизходителния подход към хората с увреждания към имащия власт подход и равенство. Тя признава

²⁸⁷ Закон за интеграция на хората с увреждания, в сила от 01.01.2005 г., изм. и доп. ДВ бр.98 от 9 декември 2016 г., допълнителни разпоредби

²⁸⁸ Пак там

²⁸⁹ Универсална декларация за човешките права, приета 1948 г.

²⁹⁰ Мадридска декларация, приета от Европейския конгрес на хората с увреждания, март 2002 г.

необходимостта от повече действия и изисква положителни действия за постигането на общество, отворено към хората с увреждания, в което те да могат да разгънат своя потенциал. Тази декларация не е задължителна, но съдържа силно морално послание към държавите подписали я.

Според ООН „хората с увреждания, като граждани на техните общества, трябва да имат същите права и задължения, както и всички останали граждани“.²⁹¹

Конституцията на Р България²⁹², казва, че всички граждани са равни пред закона и не се допускат никакви ограничения на правата или привилегии, основани на раса, народност, етническа принадлежност, пол, произход, религия, образование, убеждения, политическа принадлежност, лично и обществено положение или имуществено състояние. През 2012 г. България ратифицира Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания.²⁹³ Член 12 от Конвенцията поставя изискване за признаване на правоспособността и дееспособността на хората с увреждания, без изключения.

От дотук направения преглед на европейската и световната политика по отношение на хората с увреждания, се установи, че всички те претендират за равнопоставеност и недискриминация, като политически инструменти и юридически защитени права, които трябва да осигурят прогрес в отношението на обществото към тези хора. Но независимо, че през последните 10 – 15 г. се постигна много в страната ни, все още няма ясен механизъм, който да свърже системите на здравната грижа и тази на последващата я социална, с която връзка да се гарантира прехода от медицинския модел към социалния, без да изключва нито един от тях, осигуряващи по-добро качество на лицата с увреждания.

При тези хора се наблюдава снижена самооценка и самочувствие, чувство на самота и безпомощност. Проблемите в механизмите за социална защита стават по-актуални в съвременните условия, за които старите форми и методи за социална поддръжка се оказват функционално остарели, а новата система не отговаря на изискванията на съвременното икономическо състояние в страната. Увреждането е комплекс от процеси и явления, пораждащи многобройни и разнообразни проблеми. В България медицинският аспект на проблемите на хората с увреждания (здравеопазването) е изяснен, но няма индивидуален подход и решения при прехода от системата на здравеопазване към социалната система.

На базата на съществуващите модели за работа с хора с увреждания може да се каже, че в страната действащ е социалният модел за работа, но практически системата на здравеопазването поставя акцента си върху здравния модел. Според действащото здравно законодателство няма координиращ механизъм за взаимодействие на здравните услуги със социалните.

Закона за здравето урежда обществените отношения, свързани с опазване на здравето на хората, като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие като национален приоритет.²⁹⁴

Държавните органи по отношение на дейностите по опазване на здравето планират, разработват и провеждат политика, насочена към опазване здравето на гражданите чрез осигуряване на здравословна жизнена среда, обучение за здравословен начин на живот и здравна профилактика. В същия закон е регламентирано и установяването на временна неработоспособност на лица в трудоспособна възраст, както и установяването на вида и степента на увреждане на деца до 16 годишна възраст.

Експертиза на работоспособността е неразделна част от диагностично-лечебната и профилактичната дейност на лечебните заведения. Тя включва: „експертиза на временната неработоспособност, експертиза на трайно намалената работоспособност на лица в трудоспособна възраст, както и на лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст“.²⁹⁵

Създавайки и прилагайки тези нормативни документи системата на здравеопазването допуска увреждането като състояние. Но за разлика от социалния модел, медицинският поставя акцента си върху недееспособността и невъзможността лицата в резултат на ограниченията наложени на личността от нейното увреждане, т.е. равнопоставеност в социалния контекст на качествен живот се поставя след като се създаде добро здравословно състояние. Този модел е с насочено внимание към физическото увреждане, както и към пречките които създава то, а не към потенциала на човека, който личността може да разгърне.

²⁹¹ Всеобщи постановления на ООН относно изравняването на възможностите на хората с увреждания, одобрена 1993 г.

²⁹² Конституция на Република България в сила от 13.07.1991 г., обн. ДВ бр.56 от 13.юли 1991 г., изм. и доп. ДВ. бр.100 от 18 декември 2015 г.

²⁹³ Конвенция за правата на хората с увреждания, приета от Общото събрание на ООН на 6 декември 2006 г., виж А/61/611, чл. 12.

²⁹⁴ Закон за здравето, ДВ бр. 103, от 27 декември 2016 г.

²⁹⁵ Наредба за медицинската експертиза, ДВ бр. 17, от 1 март 2016 г.

Медицинския модел предлага при невъзможност за постигане на добро здравословно състояние, до ниво, приемано за нормално на човека да се предостави помощ и подкрепа, но не показва ясен механизъм за справяне, а акцентира върху лечението и козметичното заместване.

Хората с увреждания, както и възрастните хора се нуждаят от грижи и са подкрепени от държавата, чрез предоставяне на финансови надбавки и не финансови такива, като социалните услуги. Дългосрочните грижи за тези лица са осигурени от две отделни системи – системата на социалното подпомагане и системата на здравеопазването. Към момента в българското законодателство не съдържа дефиниция на услуги, които следва да се предоставят, като дългосрочни грижи, нито официална класификация на лицата, които имат право да ги ползват.²⁹⁶

Самообслужването, в т.ч. дейностите от ежедневието са от изключително значение за самостоятелността на един човек.²⁹⁷ „Те са свързани със ставането сутрин, тоалета, закуската и въобще храненето през деня, обличане, събличане и т.н.“ Проф. Топузов отделя внимание в книгата си на голямото значение на самообслужването при всеки човек, както и ролята на специалистите в този процес. Освен за ролята на ерготерапевта, той споменава и за психолог, психотерапевт и лекуващия лекар при стимулирането на клиента в битката му за самостоятелност. „При наличие на функционална загуба, която води до ограничения в самообслужването и самостоятелността, ерготерапевта трябва да вземе становището и на лекаря и кинезитерапевта, доколко възстановяването на тази функция е възможно в рамките на лечебната програма. Стремелът на клиента за възстановяване на загубената функция, трябва да се стимулира, тъй като това при всички случаи е тренировка за възстановяване на загубената функция, дори и тя да не може напълно да се възстанови“.²⁹⁸ Независимо, че отчита ролята на повече от един специалисти при работата с клиента, то пак не се засяга въпроса за връзката между системата на здравеопазването със социалната система. Прехода от здравното заведение към дома на клиента трябва да е съпътстван с конкретни предписания, мерки и приспособления за всяко отделно лице, които да са предварително подготвени, за да са от полза както за бързото му възстановяване от медицинска гледна точка, така и за осигуряване на самостоятелността му и да се попречи да изпадне в социална изолация.

Регламентираните нормативни документи, оставят впечатление, че има индивидуален подход и целеви характер на предоставяните помощи и услуги, но за да бъде подчертан този характер, е необходимо да се заложат допълнителни критерии, свързани пряко с качеството на живот и индивидуалните потребности на тези лица. Важно условие за повишаване на ефективността на държавната политика е и размера на помощта. Той трябва да е адекватен на нуждите, а не лицата с различни по вид и степен на увреждане да са „под общ знаменател“. В страната размера на паричната помощ е нисък, което е възможно да се обясни с високия брой бенефициенти, независимо от негативните демографски процеси в страната през последните години. Ниският размер на добавката може да се дължи и на пропуски на държавната политика, както и на анахронизма на реални мерки в подкрепа на хората с увреждания.

В българското законодателство различни нормативни документи разглеждат проблемни области по отношение на целевата група, но тя е една. Това създава редица допълнителни пречки.

„Тежкото остро заболяване се разглежда като заплаха за индивида и морално изисква другите да го подпомагат в борбата му с него. При остро заболяване лекарят и болният чрез сътрудничество се справят с тази заплаха. Медицинските потребности на пациента ръководят здравните грижи и лечението“.²⁹⁹ Отново акцента е върху здравните потребности, като единствени за човека, независимо, че социалният контекст е, че заболяването не води до загуба на потенциал, както и възможността на лицето да дава принос за обществото. Т.е. екипа, който трябва да лекува не трябва да се ограничава само до медицински специалист, а да бъде разширен, който да вижда всички аспекти както на лечението, така и на бързото възстановяване на човека.

Системите на социалното осигуряване и социалната защита трябва да са подкрепящи и подпомагащи, а не заместващи, хората с увреждания, като целта им е оптимално включване в обществения живот и реализиране на потенциала им. Необходимо е прилагане на реални и приложими конкретни мерки в областите на адаптирането на архитектурната, информационната среда и др. съобразено с нуждите на хората с увреждания.

²⁹⁶ Analyses elderly care Bulgarian, <http://webcache.googleusercontent.com>

²⁹⁷ Иван Топузов, Ерготерапия, първа част, София, 2006 г., стр. 140

²⁹⁸ Пак там

²⁹⁹ Обществено здраве, Ръководство за специализация на медицински сестри, под ред. На доц.д-р К. Юрукова, д.м., стр. 34

Националната политика трябва да създаде последователност от решения, предварително дефинирани за отделните видове увреждания, които да дават правни и социални решения при индивидуален подход със становището на мултидисциплинарно оценяване. Системите имат нужда от стратегически мениджмънт при работата с тези лица. „Здравните грижи при хроничната болест са насочени към съхранение на болния като личност, като се цели да бъде улеснен процесът на превъзможване на болестта и да се създаде възможност да се живее с и въпреки хроничното страдание. Проблемите, които трябва да се решават тук, са по-скоро социални и психични. Затова и задачите на здравните грижи са насочени към подобряване качеството на живот на хронично болния“³⁰⁰. Независимо от констатираната по-горе социална проблематика автора е на мнение, че това е медицинска компетенция.

Действията при работа с хора с увреждане трябва да доведат до по-добро качество на живот, независимо от системата, която ги извършва. Като говорим за качество на живот, трябва да посочим, че това се отнася до общото благосъстояние на индивидите и обществата. Представява променлива съвкупна оценка от няколко критерия – физическо, психическо и социално състояние.

Основен приоритет в социалната политика на страната през последното десетилетие е прехода от институционални грижи, към такива в общността. До скоро институцията имаше ролята на изпълнител при здравни грижи и социални нужди, но при навлизането на социалните услуги в общността, ролята вече трябва да се измести и единствения начин за правилно решение е въвеждането на единен обединен подход при грижите за хората с увреждания.

Действията в сферата на работа с хора с увреждания и законодателството, което ги третира, трябва да се предприемат след по-задълбочени проучвания, активен консултативен процес и в тясно сътрудничество с организациите, които работят с тях.

Управлението на случаи и решаването на социални въпроси и проблеми е пряко свързано с регулирането на социалните и между системните отношения, възникващи и съществуващи между тях. Тази регулация може да се осъществи чрез прилагане на индивидуален подход на ниво здравно заведение при опита на мултидисциплинарен екип.

Хората с увреждания са предимно обект на социалната политика в страната, която трябва да влезе в ролята на регулатор при социалните отношения на тях.

Създавайки бариери, дискриминираме не само хората с увреждания, а и себе си, без да осъзнаваме, че и ние самите сме различни. Трябва да се говори и действа в посока на положителни промени, не само в отношението ни, но и в политиката.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

- [1] Всеобщи постановления на ООН относно изравняването на възможностите на хората с увреждания, одобрена 1993 г.
- [2] Закон за здравето, ДВ бр. 103, от 27 декември 2016 г.
- [3] Закон за интеграция на хората с увреждания, в сила от 01.01.2005 г., ДВ бр.98 от 9 декември 2016 г.
- [4] Иван Топузов, Ерготерапия, първа част, София, 2006 г.
- [5] Конституция на Република България в сила от 13.07.1991 г., обн. ДВ бр.56 от 13.юли 1991 г., изм. и доп. ДВ. бр.100 от 18 декември 2015 г.
- [6] Конвенция за правата на хората с увреждания, приета от Общото събрание на ООН на 6 декември 2006 г.
- [7] Обществено здраве, Ръководство за специализация на медицински сестри, под ред. на доц.д-р К. Юркова, д.м., Гор прес, София, 2001 г.
- [8] Мадридска декларация, приета от Европейски конгрес на хората с увреждания, март 2002 г.
- [9] Наредба за медицинската експертиза, ДВ бр. 17, от 1 март 2016 г.
- [10] Универсална декларация за човешките права, приета 1948 г.
- [11] Analyses elderly care Bulgarian, <http://webcache.googleusercontent.com>

³⁰⁰ Пак там