



**Медицински университет „Проф. д-р Параскев
Стоянов“ – Варна**

**Факултет по обществено здравеопазване
Катедра по социална медицина и организация на
здравеопазването**

доц. д-р Параскева Манчева Драганова, д.м.

**МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА
ИНВАЛИДНОСТТА В СИСТЕМАТА НА
МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд
за присъждане на научна степен
„доктор на науките“ по научна специалност
„Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията“

Варна 2018 г.

Дисертационният труд съдържа 209 стандартни страници и е структуриран в четири глави. Включва 12 фигури, 23 таблици и 3 приложения. Библиографията съдържа 379 източника, от които 224 на кирилица и 155 на латиница.

Дисертационният труд е одобрен и предложен за защита от разширено заседание на Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“ при Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна.

Съдържание

Въведение	4
Цел и задачи	6
Постановка на изследването	8
Резултати и обсъждане	13
Обобщени изводи	111
Приноси	115
Препоръки към институции	117
Публикации във връзка с дисертационния труд	119

Въведение

*„Не увреждането е важно,
а реакцията спрямо него.“
Т. Диджънър*

Решаването на проблемите на човека с инвалидност/увреждане е един от най-важните приоритети в социалната политика на държавите членки на Европейския съюз. Актуалността на проблема в България се определя от нарастването на честотата на инвалидността в условията на бързо застаряване на населението и предизвикателствата пред системата на медицинската експертиза, социалните служби и Националния осигурителен институт, които ги следват. Социално-икономическите и политически промени след ноември 1989 г. промениха начина на функциониране на системата на медицинската експертиза (МЕ). Законодателните предпоставки за социалните права възникват след експертното решение, издавано от териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК).

Пътят за сдобиването с него е дълъг и труден, което пречатства достъпа на болните хора с инвалидност до правата и забавя социалното включване. Усложнената ситуация изисква провеждането на мерки за усъвършенстване на социалната и здравната политики, както на държавно, така и на регионално ниво. Това налага приемане на стратегия за въздействие върху инвалидността, подчинена на една цел – комплексна биологична, психологична и социална оценка и рехабилитация, насочена към връщане на пазара на труда. Държавата

и обществото се опитват да създадат условия за справедливо разпределение на ресурсите на здравната и социалната системи, като периодично реформират системата на МЕ в посока подсилване на социалните ефекти от нея. Опитите да се реши проблема законодателно не изясняват кръга на болните, попадащи в неговия обсег и имат за последица забавяне на процеса на социална интеграция на действително нуждаещите се лица. Системата на МЕ понася негативни последици, тъй като се забравят нейните трудово-професионална, профилактична и рехабилитационна функции. С разкриването на причините за неефективното ѝ функциониране биха се създали възможности за позитивна и адекватна промяна във системата. Несъмнено това ще допринесе и за определяне на проблемния кръг на инвалидността/увреждането в български условия.

Освен необходимостта от финансови средства решението на проблема изисква и нова, цялостна концепция за медико-социална експертиза на човека с инвалидност/увреждане. Незначителното по обем и задълбоченост научно-практическо разработване на тази материя от медико-социална и правна гледна точка насочва към потребността от комплексно научно разглеждане на медико-социалните, организационно-методичните и юридическите проблеми на инвалидността, свързани с функционирането на ТЕЛК за изработване на нова концепция за развитие на системата.

I. Цел, задачи и хипотези на изследването

Цел: да се изследват медико-социалните проблеми на човека с инвалидност/увреждане, с акцент на свързаност с функционирането на системата на медицинската експертиза и социалното интегриране и да се разработят насоки за промяна.

Задачи

1. Да се изясни в медико-социален и юридически аспект съдържанието на понятията от проблемния кръг на инвалидността.
2. Да се изследва европейския опит в областта на оценката на инвалидността и в социалното осигуряване за защита правата на хората с увреждания. На тази база да се изведат практики с възможност за приложение в нашите условия.
3. Да се анализират в исторически аспект целите, структурата, дейностите и резултатите на медицинската експертиза в България.
4. Да се проучат законодателните възможности за социална интеграция и рехабилитация на хората с увреждания.
5. Да се извърши критичен анализ на функционирането на системата на медицинската експертиза в България и да се изследва влиянието върху медико-социалните проблеми, които тя поражда.

6. Да се проучи мнението на пациенти с инвалидност/увреждане за функционирането на системата на МЕ и процеса на тяхното социално включване.

7. Да се изследва мнението на експерти по проблемите на функционирането на МЕ, инвалидността и нейната рехабилитация.

8. Да се предложи модел на комплексна медико-социална оценка и рехабилитация на инвалидността.

Изследваните хипотези са:

- Функционирането на системата на медицинската експертиза е насочено към придобиване на инвалидни пенсии и социални привилегии, а не към рехабилитация съобразно професията и връщане на пазара на труда.

- Превантивната функция на териториалните експертни лекарски комисии не се осъществява.

- Извършването на медицинската и социалната оценка на инвалидността/увреждането от една комисия е предпоставка за подобряване на достъпа до права и социална интеграция.

- Възможностите за промяна чрез единна организационно-йерархична система за управление и контрол на системата на медицинската експертиза е в синхрон с принципа на социална справедливост.

Обект на изследването е функционирането и взаимодействието на ТЕЛК с институциите, които спомагат за реализиране на правата на хората с увреждания.

Предмет на изследването са проблемите на човека с инвалидност (медико-социални, организационно-методически и юридически) и свързаното с тях функциониране на системата на медицинската експертиза на работоспособността.

II. Постановка на проучването

Комплексният характер на поставения изследователски проблем предполага разнообразни подходи и методи, които обезпечават два типа проучвания: теоретично и емпирично. **Теоретичното** проучване, насочено към решаване на задачи 1-5 се базира предимно на **документални източници**:

- библиографски описания и релевантни статии;
- нормативни актове, стратегически и етични документи;
- анализи, доклади, данни от интервюта, дългосрочни програми и планове за развитие на системата на медицинската експертиза в България, описващи актуалното състояние на нейната организационна среда;
- публикации, статистики и изследвания на Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА), Националния статистически институт (НСИ), Националния осигурителен институт (НОИ), Агенцията по заетостта (АЗ), Агенцията за хората с увреждания, Институт за пазарна икономика и др.

- доклади пред Европейския комитет, регламенти на Европейския парламент и Съвета, стратегии за хора с увреждания, план за действие, научни публикации.

Емпиричното проучване се базира на изследване мнението на експерти и пациенти за медико-социалните проблеми на хората с увреждания, свързани с функционирането на системата на МЕ. То включва три проучвания:

- **Качествено изследване:** *„Реализиране на правата на хората с инвалидност/увреждане в условията на действащото законодателство по метода на фокусните групи“*. Проведено с 20 участници (рандомизиран подбор), разпределени в четири фокусни групи (политици и ръководители на институции в Община Варна; представители на НПО; майки на деца с увреждания и хора с увреждания; представители на академичната общност). Дискусията се състоя на 29.06.2017 г. в Арт салона на Радио Варна и продължи един час и тридесет минути. Модераторът постави основните въпроси към фокусните групи в 10-мин. Изказванията на участниците по време на дискусиите във фокусните групи са записани с диктофон и обработени под формата на анонимни транскрипти. Транскриптните текстове са подложени на анализ и са кодирани.

- **Количествено изследване:** *„Анкетно проучване на мнението на пациенти с инвалидност/увреждане за функционирането на системата на МЕ и социалната интеграция“*. Изследвани са 612 лица с инвалидност/увреждане, които са преосвидетелствани от ТЕЛК към 2017 г., живеят в

област Варна и фигурират в регистъра на Обща ТЕЛК при УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна и РКМЕ. Извадката представлява 10.2% от преминалите през Комисията за 2017 г. Формирана е съгласно критериите за включване и изключване:

- критерии за включване - пациенти, които са преосвидетелствани/поредно освидетелствани от ТЕЛК към 2017 г. и фигурират в регистъра на Обща ТЕЛК при УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна и РКМЕ – Варна. Време на провеждане от 02.03-02.04.2018 г.

- критерии за изключване - пациенти, при които поводът за освидетелстване е запитване до ТЕЛК от страна на работодателя относно трудоспособността на лицето за заеманата от него длъжност; пациенти, при които поводът за освидетелстване е търсене на причинно-следствена връзка между вида на увреждането и професията; пациенти, при които е определена само временна неработоспособност и деца.

• ***„Експертното мнение по проблемите на оценката на инвалидността и нейната рехабилитация“.*** Изследвано е мнението на 25 експерти от областта на общественото здраве; представители на общинската администрация, НПО, ТЕЛК, РКМЕ, РЗИ, НОИ, АСП; директори и икономически директори на болници чрез дълбочинно интервю.

Методи и инструментариум

А) Документално-съдържателен анализ за изследване на рамката на инвалидността – медицинска, социална и юридическа с оглед извършване на комплексна оценка на проблемите на инвалидността.

Б) Исторически метод – изследване на историческите аспекти на проучвания проблем.

В) Анкетно проучване на мнението на пациенти с инвалидност/увреждане.

- Инструментариум - разработена е от нас, специално за целта, анкетна карта с 15 въпроса, от които 13 са закрити и 2 са открити (приложение №3 на дисертационния труд). Въпросите са организирани в следните домейни: „организационно-методичен“ (въпроси 2, 6 и 7), „социален“ (въпроси 3, 5, 8, 9 и 11), „медицински“ (въпроси 1 и 4), „юридически“ (въпроси 10, 12 и 13) и „възможности за промяна“ (въпроси 14 и 15). и е с добра надеждност, стандартизираният α -Кронбах е 0.65.

Г) Дискусия с фокус-групи

Д) Дълбочинно интервю сред експерти за проблемите и възможностите за промяна. Набирането на първичната информация е извършено на базата на предварително разработен сценарий с 19 отворени въпроса, разпределени в 4 теми сред 25 експерти от областта на общественото здраве, представители на общинската администрация, НПО, ТЕЛК, РКМЕ, РЗИ, НОИ, АСП, директори и икономически директори на болници (приложение №2 на дисертационния труд). Изследването е проведено между 01.11.2016 г. и

01.11.2017 г. Работата на терен е извършена лично от дисертанта в непосредствен разговор по предварително набелязаните въпроси от въпросника в рамките средно на един час и четиридесет минути.

Е) Ситуационен анализ на системата на медицинската експертиза (териториално експертните лекарски комисии – ТЕЛК) – структура и функциониране. Анализът на ситуацията на системата на медицинската експертиза (МЕ) се проведе в следните етапи: документално проучване на съществуващи анализи, доклади, дългосрочни програми и планове за развитие на системата на МЕ в България, описващи актуалното състояние на нейната организационна среда; идентифициране на организационната среда на МЕ; разкриване на силните и слабите страни, възможностите и заплахите, стоящи пред системата на МЕ.

Ж) Статистически методи: извършено бе систематизиране, обобщаване и обсъждане на информация¹ с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления и взаимозависимостите им посредством:

- статистическа групировка на данните;
- дескриптивен анализ;
- корелационен анализ;
- непараметричен корелационен коефициент на контингенция - условната скала за интерпретация:

¹ Изказваме благодарности към екипа на проф. В. Хаджиев (Икономически университет - Варна) за съдействието при обработката на информацията.

0 - липсва връзка; 0-0,3 - слаба връзка; 0,3-0,5 - умерена връзка; 0,5-0,7 - значителна връзка; 0,7-0,9 - силна връзка; 0,9-1 - много силна връзка; 1- функционална връзка (налична в теорията). Приемаме гранично ниво на Significance по-малко от риск за грешка 5%;

- графичен анализ на резултатите – за онагледяване на изследваните променливи и техните взаимовръзки са използвани таблици и диаграми.

Изследването е разработено с помощта на софтуерните продукти MS Excel 2010 и SPSS Version 24.0.

III. Резултати на изследването и дискусия

1. Съдържание на понятието „инвалид/човек с увреждане“.

Изясняването на проблемите на хората с инвалидност/увреждане предполага първо да се очертае кръгът на лицата, които попадат в тази група. Терминът „инвалид“ е с латински корен (valid – „ефективен, пълноценен, способен“) и в буквален превод означава „негоден“, „непълноценен“. Легално определение на понятието се среща в нормативните актове и стратегическите документи. Така напр. в чл.1 от Декларацията на ООН за правата на инвалидите понятието „инвалид“ се определя по следния начин: „всеки индивид, неспособен да си осигури напълно или частично необходимите условия за нормален самостоятелен и/или обществен живот, в резултат на

вродени или придобити ограничения на неговите физически и умствени способности“.

Конвенцията на Организацията на Обединените Нации (ООН) за правата на човека с ограничени възможности от 2006 г., определя кръга от такива лица като: „хора с устойчиви физически, психически, интелектуални или сетивни нарушения, които при съприкосновение с различни бариери могат да попречат на тяхното пълно и ефективно участие в живота на обществото наравно с другите“. Това определение е в съгласие с целта на Конвенцията - борба с дискриминацията на хората с ограничени възможности, и подчертава бариерите, които не им позволяват да станат пълноправни членове на обществото. Според определението на Международното бюро на труда (International Labour Office) „инвалид е това лице, което по причина на тежък, траен физически и душевен недъг е напълно или частично неспособно за труд“. В основата на тази дефиниция стои трайната загуба на професионална трудоспособност вследствие невъзвратими органични и функционални нарушения в организма. За целите на Конвенция 159 на Международната организация на труда (International Labour Organization) относно професионалната рехабилитация и заетост на инвалидите и свързаните с нея Препоръки, терминът „инвалид“ означава: „...индивид, чиито перспективи за осигуряване, запазване и прогрес в подходяща заетост са значително намалени в резултат на признато физическо или умствено увреждане“. Тази дефиниция акцентира върху възможностите на инвалидите за трудова заетост и професионална рехабилитация.

Прегледът на дефинициите на понятието „инвалид/човек с увреждане“ в Европейския съюз разкрива многообразие, което дава разнопосочност на влаганото съдържание. В някои страни дори се прилагат по няколко дефиниции, които се използват за различни цели - напр. в сферата на социалната и професионалната рехабилитация и заетостта, в сферата на образованието, здравеопазването и др. Различията довеждат и до различен подход съобразно доходите на лицето, мерките по заетостта и социалното асистиране в ежедневието. В страните-членки на Европейския съюз най-често се използва дефиницията, според която инвалид е това лице, което „поради травма, болест или вродено увреждане изпитва сериозни трудности или не е в състояние да извършва дейностите от ежедневието“.

В България едно от първите определения се дава в Закона за защита, рехабилитация и социална интеграция на инвалидите през 1995 г.: „Инвалид“ е всяко лице, независимо от възрастта му с физическо, сетивно или умствено увреждане, което затруднява социалното му интегриране и участие в обществения живот, възможностите му за общуване и обучение или трудовата му реализация“. Между 1995 г. и 2005 г. у нас влизат в сила няколко нормативни акта (закони, наредби и национална стратегия), които дефинират понятието. Освен категорията „инвалид“ в горепосочените нормативни актове се въвеждат и дефинират понятията „инвалиди с ограничена трудоспособност“, „инвалид с трайно увреждане“, „увреждане“ и „хора с увреждания“.

С Наредбата за експертизата на работоспособността от 2000 г. понятието група инвалидност, инвалид и трудоспособност бяха заменени с понятието „лице с трайно намалена работоспособност“ и бе създадена възможност през системата на МЕ да преминават лица в пенсионна възраст. Пациентите често са носители на три и повече заболявания (полиморбидност), които „стойностени“ по математическата формула от Наредбата дават основание за „трета група“. Понятието „инвалид/лице с увреждане“ се разширява, което увеличава разходите за тяхната социална интеграция. Така у нас се постави началото на дискусия по проблемите на МЕ и на хората с инвалидност/увреждане - претоварването на ТЕЛК, съмнението в коректността на издадените експертни решения, неадекватност в методиката на оценяване, изчерпване ресурсите на НОИ, АСП, НЗОК и т.н. С влезлия в сила от 01.01.2005 г. Закон за интеграция на хората с увреждания, формално бе въведена нова терминология – „увреждане“ и „лице с трайно увреждане“. Това е един от актовете, с които се затвърждава „административния“ модел на инвалидността в България, разположен в рамките на така наречения „медицински“ модел и пряко кореспондира със „социалния“ модел. Гореспоменатото, отговаря с по-голяма прецизност на дефиницията на International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) за недееспособност. Имайки предвид това и факта, че в страните с развита демокрация като водещ е утвърден социалният модел, а ролята на медицинската диагностика и оценка е допълваща, у нас бяха

направени нови законодателни промени. В резултат на това през 2005 г. влезе в сила Наредба за медицинската експертиза на работоспособността. В нея бяха отделени понятията за инвалидност при възрастни и при деца, като за последните се въведе дефиницията „трайно намалена възможност за социална адаптация“. Б. Ивков (2007) прави опит да дефинира понятието от гледната точка на социологическото разбиране: „Инвалидът е личност с всички права и задължения, с които се ползват останалите граждани. Той е поставен в затруднена ситуация и е заобиколен от икономически, социални, психологически, архитектурни, транспортни и др. бариери, които не може да преодолява като другите граждани, поради превръщането на елементи от условията на живот и организацията на обществото в такива бариери и/или от наличието на физически, сензорни, умствени и/или психически заболявания, увреждания, осакатявания или недъзи. Това трайно затруднява, ограничава или прави невъзможно извършването на основни житейски дейности и/или изпълнението на присъщите за дадена възраст, пол, образование и квалификация, социални роли, в съответствие с правните и социални норми на обществото“. През 2010 г. с Наредбата за медицинската експертиза се въвежда възрастово разделение на понятието „инвалид“. При децата до 16-годишна възраст и при лицата, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл.68 от КСО се определя „вид и степен на увреждане“, а при лицата в работоспособна възраст - „трайно намалена работоспособност“. Съгласно сега действащия ЗИХУ „увреждане“ е всяка загуба или нарушаване в

анатомичната структура, във физиологията или в психиката на даден индивид, а „човек с трайно увреждане е лице, което в резултат на анатомично, физиологично или психическо увреждане е с трайно 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 определили вид и степен на увреждане 50 и над 50 на сто“.

Сравнението с определението, залегнало в Конвенцията за правата на хората с увреждания разкрива съществено разминаване в ценностите, което разминаване се разделя в две парадигми: парадигмата на социалното изключване (ЗИХУ) и тази на социалното включване (Конвенцията). Отправна точка в Конвенцията е разбирането, че уврежданията са динамично социално понятие, което отразява невъзможността на хората с „траен физически, психически, интелектуален и/или сетивен дефицит“ да участват в живота на избраните от тях общности поради бариери в средата, която обитават – физическа, културна и институционална. ЗИХУ акцентира върху увредата и непълноценността, до която тя води с логичен извод за социално изключване. Вероятно тези разминавания се дължат на това, че в български условия съществува пряка връзка между двете части на една по своята същност комплексна оценка: издаването от ТЕЛК експертно решение (медицинска оценка на инвалидността) и реализирането на голяма част от правата, придобивките и мерките за социално включване на хората с увреждания (социална оценка).

Краткият преглед на историческото развитие на съдържанието, което се влага в термина „инвалид/човек с увреждане“ у нас и необходимостта от адаптиране на българското законодателство с европейското, изостря съществуващите и добавя нови проблеми: в терминологията - „инвалид“ или „човек с увреждане“; ръст на инвалидността; увеличаване на броя изплатени пенсии за инвалидност от НОИ за т.нар. „фалшиви инвалиди“; забавяне процеса на социална интеграция; изместване на същинската функция на системата на МЕ и др. Въвличането на държавата и обществото при определяне на съдържанието на понятието „инвалидност“ по своята същност е логичен и неизбежен процес. Опитите да се определи законодателно не изясняват кръга на лицата, попадащи в неговия обсег и имат за последица забавяне на процеса на социална интеграция на действително нуждаещите се лица. Липсата на консенсусно определение за това кой е инвалид/човек с увреждане в световен план води до редица проблеми във всички сфери на функционирането на демократичното общество. Медицинската експертиза (ТЕЛК/НЕЛК) понася негативните последици и се забравя нейната същинска функция - трудово-професионална, профилактична и рехабилитационна. Социалната система разходва значителни средства за инвалидни пенсии и социална интеграция, които се присъждат въз основа на медицинската оценка от Експертните решения без да има възможността да насочи тези ресурси към групата на действително нуждаещи се лица.

Обобщение: Изпълнението на принципа за социална справедливост предполага прилагането на инструменти, които с по-голяма точност и достоверност от съществуващите да определят съдържанието на това понятие, мащабите на които у нас са се разрастнали до „социално явление“. Очертава се необходимост от използване на индикатори за оценка, максимално близки до реалните потребности на демократичното общество. Обсъжданията, водещи началото си от 2001 г. между 191-а страни-членки на СЗО насочват вниманието към търсения консенсус. Съгласието за приемане на Международната класификация за функционирането на човека, уврежданията и здравето (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF) съдържа такъв модел на инвалидността/увреждането, който обединява възможностите на „медицинския“ и „социалния“. Един такъв модел, който дава заявка за полезност и резултатност отговаря напълно на дефиницията на СЗО за здраве в био-, психо-, социалната му цялост. ICF предлага рамка, призната от СЗО по отношение на човешкото здраве и уврежданията, представяща понятието „инвалидност/увреждане“ в светлината на последователна и логична социална политика, изясняваща посоката на реформата в системата на МЕ. От медико-социална, юридическа и икономическа гледна точка е необходимо да се приеме такова разбиране за „инвалидност/увреждане“, което да съответства на потребностите на хората с увреждания, да съдейства за тяхната социална интеграция и да спомага възстановяването на способността им за труд.

2. Качествено изследване: „Реализиране на правата на хората с инвалидност/увреждане в условията на действащото законодателство“.

Приложихме метода на фокусните групи, подробно описан от J. Brown и G. Sas (1994) и включихме четири основни теми в дискусиата (табл.1):

Табл.1. Основни теми в дискусиата на фокусните групи

Тема 1. Механизмите за улесняване на подготовката за явяване пред ТЕЛК

- Дефинитивните състояния и пожизнения срок
- ДЕЛК и ТЕЛК - оптимизиране на връзката в оценката при навършване на пълнолетие
- Материално-техническата база на ТЕЛК – оборудване с апаратура
- Цената на експертното решение

Тема 2. Гражданите и тяхното право да се явяват пред ТЕЛК за да получат експертно решение

- Хроничните заболявания, инвалидност и възраст
- Пенсионерите по осигурителен стаж и възраст и децата с увреждания като уязвима група от обществото
- Пенсионерите по осигурителен стаж и възраст и социалните привилегии/помощи

Тема 3. Обвързаност на правото на инвалидна пенсия с провеждане на задължителна рехабилитация и преквалификация

- ЕР и противопоказаните условия на труд
- ЕР и работа по професията или преквалификация
- Изследване на запазените възможности за работа и преквалификация от ТЕЛК
- Ренесанс на идеята за „социалните предприятия“ като възможност за реализиране на хора с увреждания на пазара на труда

Тема 4. Мерки за оптимизиране на работата на системата на медицинската експертиза за улесняване на достъпа на хората с увреждания до реализацията на техните права

- Материално-техническата база на системата на МЕ
- Оценката на инвалидността – медицинска и социална
- Състав и правомощия на комисиите за оценка на инвалидността

Механизмите за улесняване на подготовката за явяване пред ТЕЛК: участниците във фокусните групи свързват механизмите за улесняване на подготовката за явяване пред ТЕЛК на първо място с възможностите за определяне на пожизнен срок на експертното решение, особено при деца с умствени увреждания. Пожизненият срок, като изискуем реквизит на експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК, съгл. чл.69 от действащата НМЕ се определя в две хипотези:

- първата е съгл. ал.4 на чл. 69 от НМЕ: „При дефинитивни състояния без възможност за пълно или частично възстановяване се определя пожизнен срок на инвалидността“;
- втората е съгл. ал.7 на чл.69 от НМЕ: „При лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 КСО, се определя пожизнен срок на инвалидността. Преосвидетелстване на тези лица може да се извърши по тяхно искане или по искане на контролните органи на медицинската експертиза“.

Хипотезата на чл.4 на чл.69 от НМЕ е доразвита в Забележка 5 на Част Седма - Нервни

болести: „При увреждания с дефинитивен и невъзвратим характер в зависимост от заболяването може да се определи пожизнен срок“. В Раздел VIII - *Психични отклонения в детска възраст* на Част Втора - Психични болести, където се отнасят умствената изостаналост при деца, генерализирани разстройства на развитието, психични разстройства в детско-юношеската възраст и непсихотични разстройства в детско-юношеската възраст, не е предвидена изрична забележка (в смисъла на дефинитивност). Вероятно подобно на пръв поглед „недоглеждане“ в нормативната уредба не е случайно, тъй като позитивна промяна в развитието при такива деца се счита за възможна. Следователно една от негативните перспективи при определянето на пожизнен срок в детска възраст е свързана със „затваряне на вратата“ за социално интегриране и намиране на работа на пазара на труда в бъдеще. Законът дава императивната възможност (извън инициативата на родителите, които за юридически отговорни за децата си) нервно-психическото развитие на децата с умствени увреждания да бъде преценено в динамика за да се даде равнопоставен шанс за обучение и трудова квалификация съобразно възможностите на етап, когато това вече е възможно.

Другата коментирана подтема в дискусиата на фокусните групи бе „късане“ на връзката ДЕЛК и ТЕЛК при оценката на инвалидността (от степен на увреждане в трайно намалена работоспособност) при пълнолетните вече деца с умствени увреждания. Според майките на деца с увреждания, участници във фокусните групи“ е необходимо оптимизиране в тази

посока, тъй като ТЕЛК (съгл. действащата НМЕ) определя по-ниска медицинска оценка на трайно намалената работоспособност и съответно по-ниска инвалидна пенсия в сравнение с ДЕЛК. Съгласно ПМС№ 179 от 27 юни 2014 г. § 1. в чл. 3 се извършиха следните изменения и допълнения: 1. АLINEЯ 2 се изменя така: „(2) Експертизата на вида и степента на увреждане на децата до 16-годишна възраст се извършва от ТЕЛК и НЕЛК с участието на лекар с призната специалност по педиатрия“. Майка на дете с увреждане сподели, че не е запозната с „обединението“ на ДЕЛК и ТЕЛК и пое ангажимента да сподели опита си от предстоящото явяване на нейното дете, което сега навършва пълнолетие при новите обстоятелства.

Третата подтема, поставена дискусивно във фокус-групите бе изцяло в полето на неразкритите досега възможности за извършване на изследванията в самите ТЕЛК. Оборудването на ТЕЛК и НЕЛК със собствена специализирана техника изисква сериозен финансов разход за осигуряване на подобна идея да стане работеща. На първо време е напълно възможно ДКЦ-тата към болниците, към които са разкрити ТЕЛК да извършват тези дейности на място за да се спести „обхождането“ на различни кабинети и специалисти, разпръснати на различни места в градовете и областта. На територията на гр.Варна, където се намират ТЕЛК има кабинети в шестте ДКЦ-та и целия набор от специалисти, който е необходим за извършване на подготовка за освидетелстване и преценка на работоспособността. Следователно е напълно възможно и реално

изпълнимо Диагностично-консултативните центрове към многопрофилните болници, към които има разкрити ТЕЛК (УМБАЛ „Св. Марина и МБАЛ „Св. Анна“) да бъдат оторизирани да изпълняват изследванията, изискуеми от Общите ТЕЛК на територията на гр. Варна. Това би улеснило процедурата, би дало повече сигурност в работата на ТЕЛК (избягване на фалшиви изследвания) и би спестило време и ресурси на пациентите.

Четвъртата подтема касаеше въпроса за цената на едно експертно решение. Във фокусните групи възникна идеята да се направи изследване колко струва подготовката за явяване пред ТЕЛК съобразно ценоразписа на РЗОК – гр. Варна. Така например за Хипертонична болест (независимо от степента и формата), която често присъства в набора от заболявания, ТЕЛК изисква в писмото си към пациента (съгласно правилата на НОИ) от 5 до 7 консулти и изследвания: консулт с кардиолог, актуална ЕКГ (от преди седмица), консулт с офталмолог, рентгенография на гръдна клетка (или ехокардиография), лабораторни изследвания (кръвна картина, холестеролов профил и др.) и консулт с нефролог (при органни увреди на бъбреците) и консулт с невролог (при органни неврологични увреди). При доказване на стадия на заболяването (хипертония без реализиран миокарден инфаркт или мозъчен инсулт) НМЕ предвижда максимално само 30% степен на увреждане/трайно намалена работоспособност, което не определя група инвалидност и съответно инвалидна пенсия и социални привилегии. На този заключителен етап,

обаче, разходът на финансовия ресурс на НЗОК е вече извършен и фактът, че не спомага за реализиране на търсените от пациентите права не може да бъде променен и съответно средствата възстановени.

При възможност ТЕЛК да има собствено оборудване подобна ситуация няма да обременява разходите на НЗОК, тъй като самите специалисти лекари-експерти в ТЕЛК без допълнително заплащане биха се ориентирали навреме в състоянието на един такъв пациент и не биха продължили извършването на безсмислени и непотребни за пациента изследвания и консулти.

Гражданите и тяхното право да се явяват пред ТЕЛК за да получат експертно решение: измерението на темата включва за пореден път дилемата „за“ или „против“ пенсионерите по осигурителен стаж и възраст да преминават през ТЕЛК за да получат медицинска оценка за степен на увреждане, въз основа на която да получат от АСП социални привилегии/помощи. Участниците във фокусните групи коментираха факта, доказан от редица изследователи, че над 60 (65) годишна възраст всички имат заболявания. Разбираемо е, че понятията „здраве“ и „болест“ се размиват, поради присъствието на три или повече хронични заболявания в тази възрастова група. В ситуация, в която периодът на обострянето им съвпада с подготвяне на изследванията и явяването пред ТЕЛК е напълно възможно да се получи висок процент степен на увреждане при тях (нерядко отговаряща на втора или първа група).

От друга страна, обаче, самият факт на възрастта е пряко свързан с правните последици на чл.69 ал.7 от НМЕ: „При лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 КСО, се определя пожизнен срок на инвалидността. Преосвидетелстване на тези лица може да се извърши по тяхно искане или по искане на контролните органи на медицинската експертиза“. Така хипотезата на закона дава възможност по причина екзацербирала полиморбидност да се определи втора или дори първа група инвалидност с пожизнен срок. В следващите месеци или години хроничните състояния биха преминавали в ремисия, което неизбежно ще изисква нова оценка на инвалидността, но такава няма да бъде извършена, защото пожизненият срок не предполага служебна покана за преосвидетелстване. Като резултат пенсионерът по осигурителен стаж и възраст остава с високата оценка, която към определен бъдещ момент вече не е актуална, и продължава да черпи ресурсите на АСП и на НОИ. Следователно въпросът дали лицата, пенсионери по осигурителен стаж и възраст да имат или да нямат право да се явяват на ТЕЛЖ е съвсем основателен.

За да се приложи принципът на справедливостта би следвало тази, също уязвима група от обществото (подобна на децата с увреждания), да преминава на определен срок (например на всеки 5 години) социална оценка през АСП за установяване на социалния статус, а не на здравословното състояние, което така или иначе не е в позиция на здраве. По този начин, считат

участниците във фокусните групи, ще се отбремени системата на медицинската експертиза, която ще има възможността да освидетелства работещи и лица в работоспособна възраст.

В подобни отбременени условия ТЕЛК ще може да се концентрира върху определяне на условията на труд, да следи за задължителното изпълнение на предписаната рехабилитация за определен период от време, както и върху необходимостта от преквалификация и връщане на пазара на труда, т.е. – социално вграждане, адаптация и реинтеграция.

Обвързаност на правото на инвалидна пенсия с провеждане на задължителна рехабилитация и преквалификация: фокусните групи дискутираха необходимостта от изследване на запазените възможности за работа с последващо насочване на лицето към подходяща за него преквалификация от ТЕЛК при подходящи условия на труд. НМЕ в чл. 78 предвижда: „В своите решения ТЕЛК и НЕЛК определят условията на труд, противопоказани за здравословното състояние на освидетелстваните лица. При лице с 50 и над 50 на сто трайно намалена работоспособност (вид и степен на увреждане на работещите лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 КСО) ТЕЛК (НЕЛК) се произнася по работоспособността му за работното му място и при необходимост го трудоустроява.

Лица с под 50 на сто трайно намалена работоспособност (вид и степен на увреждане на

работещи лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 КСО) или без определен процент се насочват към ЛКК за преценка на необходимостта от трудоустрояване. При дефинитивни състояния, при които не се очаква условията на труд да обусловят неблагоприятно развитие на заболяването в експертното решение се записва, че лицето е в състояние да работи според квалификацията и възможностите си“.

Съвсем ясно законът (и в частност НМЕ) очертава тенденцията да се определят „противопоказани“, а не „показани“ съобразно професионалната квалификация условия на труд. Не са отменени правомощията на ТЕЛК да трудоустроява при лица с определена „трета група“ инвалидност, докато при оценка под 50% тази възможност е право на Лекарските консултативни комисии. Трудоустрояването на лицата, обаче, не започва и не свършва с решението на ТЕЛК. Необходимо е работодателят да има подходящо работно място за трудоустроени лица и то само в хипотезата на освидетелстване и произнасяне на ТЕЛК при пациент, който е в статус „работещ“. В друга ситуация – определяне на процент трайно намалена работоспособност и противопоказани условия на труд при лице, което са без работа в момента на явяване пред ТЕЛК, то се обрича в много висока на невъзможност да си намери работа при вече издадено експертно решение.

Участниците във фокусната група с представители на пациентите с увреждания, поставиха въпроса за т.нар. „социални предприятия“,

които в недалечното минало създаваха добри условия на труд съобразно запазените възможности за работа. Това е една възможност, която би спомогнала за подобряване на социалните способности на хората с увреждания и развиване на креативния им потенциал, чрез увеличение на социалните им умения и творчески занимания; деинституционализация на хора с увреждания, чрез намиране на среда за контакти и обмен на разнороден житейски опит; намаляване на дискриминацията; насърчаване и опосредстване на социалните контакти между болните.

Мерки за оптимизиране на работата на системата на медицинската експертиза за улесняване на достъпа на хората с увреждания до реализацията на техните права: фокусните групи обсъдиха темата за оптимизиране на работата на системата на медицинската експертиза чрез подобряване на материално-техническата база на ТЕЛК/НЕЛК чрез оборудване със собствена апаратура. Това нововъведение ще позволи изследване на място и по време на прегледа на всеки един пациент, което би спестило разходите на НЗОК за подготовка на пациентите за освидетелстване и всяко следващо преосвидетелстване. Другата подтема бе обсъждана на вида оценка, която следва да извършва ТЕЛК. Участниците от всички фокусни групи се обединиха около предложението системата на медицинската експертиза да извършва едновременно медицинска и социална оценка на инвалидността.

Прегледът на европейския опит показва наличието на точно такава практика. Трудностите в

български условия биха произходили от липсата на подготвени лекари-експерти със специалност „Социално осигуряване“. Това поставя въпроса за необходимостта от специализация/квалификация след ОКС „Магистър по медицина“ в рамките на Следдипломното обучение по медико-социална оценка на инвалидността/увреждането. До момента на създаване на подобен род специалисти комплексната оценка на инвалидността може да се осъществява от лекари-тесни специалисти както и досега, социални работници и юристи, работещи в една обща Комисия по оценка на инвалидността.

Изводи от дискусията на фокусните групи:

1. Подготовката на пациентите за явяване пред ТЕЛК може да бъде улеснена като се оптимизират разходите за подготовка за ТЕЛК:

- ТЕЛК да освидетелства само работещи лица, а пенсионерите по осигурителен стаж и възраст да преминават само социална оценка от АСП за да реализират правата си като социално слаба и уязвима група от обществото;

- да се изпълнява Наредбата за медицинската експертиза в частта определяне на пожизнен срок при дефинитивни състояния;

- ТЕЛК да извършват със собствена апаратура изследванията по време на освидетелстването или да се ползва оборудването на диагностично-консултативните центрове на болниците към които са разкрити Териториалните експертни лекарски комисии;

- да се преосмисли обединението на ДЕЛК и ТЕЛК.

2. Липсва обвързаност на правото на инвалидна пенсия със задължителна рехабилитация и преквалификация, съобразно противопоказаните условия на труд за пациента.

3. Медицинската и социалната оценка на инвалидността следва да се обединят и да се извършват от една комисия.

4. Потребност от нова Наредба за медицинската експертиза с оптимизиране в посока на:

- срока на инвалидността на експертните решения, тъй като в практиката често се налага преосвидетелстване за състояния, които не са временни, а пожизнени;

- набора от изследвания за заболяванията – нерядко излишно се изискват и изследват показатели, които не подлежат на промяна или вече са изследвани;

- процедурата за преосвидетелстване в прехода от детска към зряла възраст.

5. Необходимост от подобряване на взаимодействието между здравното и социалното министерство по проблемите на хората с увреждания. Резултатите от работата на фокусните групи бяха обобщени като предложения и предоставени на варненските народни представители, за да се вземат под внимание при разискване на законовите промени в Народното събрание.

3. Анкетно проучване на мнението на пациенти с инвалидност/увреждане за функционирането на системата на МЕ и социалната интеграция

Социо-демографската характеристика на респондентите е показана на табл.2:

Табл. 2. Социо-демографска характеристика на респондентите (n=612)

		Брой	%
Пол	Мъж	316	51,6
	Жена	296	48,4
Възраст	16-65 години	526	85,9
	65+ години	86	14,1
Процент ТНР/СУ	Да, над 90% с ч.помощ	8	1,3
	Да, над 90% без ч.помощ	32	5,2
	Да, от 71 до 90%	148	24,2
	Да, от 50 до 70%	352	57,5
	Не, нямам	72	11,8
Образование	Висше	153	25,0
	Средно	225	36,8
	Полувисше/ср.специално	142	23,2
	Основно	92	15,0
Трудова заетост	Работещ	220	35,9
	Пенсионер	144	23,5
	Без трудова заетост	248	40,5
Семейно положение	Женен/омъжена	392	64,1
	Неженен/неомъжена	75	12,3
	Разведен/разведена	87	14,2
	Вдовец/вдовица	58	9,5
Населено място	Село	139	22,7
	Малък град	103	16,8
	Голям град	5	,8
	Областен град	365	59,6
	Общо	612	100,0

Проучването на мнението на хората с увреждане относно проблемите при реализиране на правата по експертното решение на ТЕЛК/НЕЛК дава възможност да се изясни проблемния кръг на инвалидността/увреждането и социалната интеграция в български условия. Анализът на демографските показатели на лицата, включени в репрезентативната извадка позволява да се добие представа за характеристиките на тази уязвима група от обществото в област Варна, която е съставена предимно от лица в работоспособна възраст, семейни, от областен град и без трудова заетост. Изследването на **причините**, поради които респондентите се **явяват на ТЕЛК** би могло да разкрие дали тази законова възможност се покрива с техните очаквания (табл.3):

*Табл. 3. Трудова заетост * Кое ви накара да се явите на ТЕЛК*

		Кое ви накара да се явите на ТЕЛК					
Трудов азаетост		Да ми съдействат да оздравея	Да не ме уволнят	Да ме трудоустроят	Друго	Общо	
	Работещ	Брой	29	53	32	106	220
%		13,2	24,1	14,5	48,2	100,0	
Пенсионер	Брой	2	0	1	141	144	
	%	1,4	0,0	0,7	97,9	100,0	
Без трудова заетост	Брой	9	0	13	226	248	
	%	3,6	0,0	5,2	91,1	100,0	
Общо	Брой	40	53	46	473	612	
	%	6,5	8,7	7,5	77,3	100,0	

Мотивът „друго“ (данъчни облекчения, социални придобивки, инвалидна пенсия) присъства в отговорите на 91,1% от всички безработни (47,8% от всички респонденти, посочили като причина „друго“ и 36,9% от всички 612 респонденти). Работещите лица, които се явяват на ТЕЛК „за да ми съдействат да оздравея“ са едва 13,2% от всички работещи респонденти и 4,7% от всички 612 респонденти, участвали в анкетното проучване. Като най-чест повод за представяне пред ТЕЛК е причината „друго“ (данъчни облекчения, социални придобивки, инвалидна пенсия) при 48,2% от работещите анкетиращи лица. От гледна точка на ефективността на социалната политика и в частност на здравеопазването е важна действената профилактика и ранната превенция на социално значимите и инвалидизиращи заболявания, но само 14,5% от всички респонденти с трудова заетост в изследването се явяват на ТЕЛК за „да ме трудоустроят“. От всички работещи лица в нашето проучване едва 24,1% са посочили като причина за явяване на ТЕЛК „да не ме уволнят“. От всички работещи лица с инвалидност/увреждане, които се явяват на ТЕЛК за да получат защита от уволнение, 45 (84,9%) споделят, че не са имали проблеми на работното си място след издаване на ЕР, т.е. получили са закрила по чл.333 от КТ. От тази група само 7 респонденти (13,2%) не са получили защита и са изгубили работата си, вероятно по причина, че не попадат в разпоредбите на КТ и във връзка с Наредба №5. Съгласно постановените в тях правни норми работодателят може да уволни само с предварително разрешение на инспекцията по труда трудоустроен

работник или служител или работник или служител, боледуващ от болест (исхемична болест на сърцето, активна форма на туберкулоза, онкологично заболяване, професионална заболяване, психично заболяване и захарен диабет), определена в Наредба на министъра на здравеопазването въз основа на становището на ТЕЛК. Установи се, че здравният статус на тези 7 респонденти е влошен по причина други заболявания, поради което те са получили процент ТНР, но не и закрила при евентуално уволнение съгл.чл.333 от КТ във връзка с Наредба №5. Пенсионерите, които се явяват на ТЕЛК за да получат социални придобивки, инвалидна пенсия и данъчни облекчения са 141, т.е. 97,9% от всички пенсионери, 29,8% от всички респонденти, посочили „друго“ като причина и 23% от всички 612 респонденти. От 2000 г. до м. януари 2015 г. съществуваше инвалидна добавка към пенсията по осигурителен стаж и възраст за лицата с инвалидност/увреждане с над 71% в ЕР на ТЕЛК. При подобна ситуация въпреки, че инвалидните пенсии са 20% от всички пенсии, така както е и в ЕС (по данни на НОИ и НСИ), товарът на българската пенсионна система се увеличава с разходи, които компенсират дефицита на социалната система и пазара на труда. Изследвайки проблемите на инвалидността Ст. Попова (дисертационен труд, 1980) посочва, че „основа на рационалното трудоустрояване е заключението на ТЕЛК, достъпните и противопоказани за инвалида видове и условия на труд“. Следователно поне лицата в работоспособна възраст (работещи или без трудова заетост) биха очаквали като краен резултат от функционирането на

МЕ подобряване на здравето и връщане на работоспособността. Оказва се, че независимо от трудовата си заетост, респективно дали са в работоспособна възраст или не, респондентите търсят предимно социални привилегии/инвалидна пенсия, когато се явяват на ТЕЛК за преосвидетелстване. В действителност инвалидната пенсия от НОИ въз основа на ЕР на ТЕЛК се явява доход, който замества доходите от труд за периода, в който лицето е с намалена работоспособност. През този периода на неработоспособност се очаква ТЕЛК да извършва профилактични и рехабилитационни дейности, които да са насочени към бързо възстановяване на болния човек и неговата способност за труд. Законова предпоставка за такава лечебно-диагностична и профилактична функция на ТЕЛК е създадена, но респондентите от нашето проучване не гледат на тази институция като възможност за подобряване на здравния си статус. Вероятно това се дължи на обстоятелството, че ТЕЛК не разполага със собствена лечебна и рехабилитационна база, в които въз основа на дадената медицинска оценка да се преценят запазените възможности за труд, да се извърши преквалификация на лицето с инвалидност/увреждане и да се направи последваща оценка за пригодността към нова работна среда. В този смисъл не е изненадващо обстоятелството, че респондентите се стремят единствено към социалните привилегии, които също са законово определени и следват медицинската оценка от ЕР. В крайна сметка хората с инвалидност/увреждане започват да приемат ТЕЛК като препятствие към социалната оценка и

трудностите, които срещат за да я получат от АСП се асоциират с проблеми във функционирането на системата на медицинската експертиза. **Трудностите**, които анкетираните споделят, че са срещали от момента на подаване на заявлението за явяване пред ТЕЛК (в РКМЕ) до получаването на експертното решение са представени на табл. 4, разпределени според процента ТНР/СУ (степен на инвалидност). Респондентите, които имат определена инвалидност/увреждане срещат трудности „искаха ми допълнително документи“ в 90% (36,9% от всички 612 анкетирани) от всички респонденти с определен процент ТНР/СУ (непараметричен коефициент на контингенция 0.238).

*Табл.4. Какви трудности срещнахте * Процент ТНР/СУ (инвалидизиране)*

		Без		Общо	
		С процент ТНР/СУ	процент ТНР/СУ		
Какви трудности	Повикаха ме късно	Брой	51	7	58
		%	87,9	12,1	100,0
	Досието беше загубено	Брой	30	1	31
		%	96,8	3,2	100,0
	Искаха допълнително документи	Брой	226	25	251
		%	90,0	10,0	100,0
	Членовете на ТЕЛК се държаха грубо	Брой	19	14	33
		%	57,6	42,4	100,0
	Ангажирах хора за подготовката	Брой	81	6	87
		%	93,1	6,9	100,0
Върнаха ме	Брой	50	9	59	
	%	84,7	15,3	100,0	

Изкуствено ми намалиха процента ТНР/СУ за да не обжалват ЕР	Брой	75	10	85
	%	88,2	11,8	100,0
Поискаха пари	Брой	1	0	1
	%	100,0	0,0	100,0
Друго	Брой	7	0	7
	%	100,0	0,0	100,0
Общо	Брой	540	72	612
	%	88,2	11,8	100,0

Проблемът с връщането на пациентите от ТЕЛК с искането да подготвят и представят допълнително документи е въпрос, който е свързан с подготовката на пациента от неговия личен лекар и от системата на извън болничната помощ. В писмата от ТЕЛК до ОПЛ се изискват множество на пръв поглед излишни изследвания, но при назначаването им комисиите се съобразяват с препоръките на НОИ. При липса на пълен набор консулти и изследвания експертното решение бива обжалвано, с което процедурата по получаване на правата по него се забавя и лицата с инвалидност/увреждане не получават социални привилегии, въпреки че са законово определени. Именно в тази връзка пациентите, участници във фокус-групите дискутираха върху полето на неразкритите досега възможности за извършване на изследванията в самите ТЕЛК.

Несъмнено оборудването на ТЕЛК и НЕЛК със собствена специализирана техника изисква сериозен финансов разход за осигуряване на подобна идея да стане работеща. Високоспециализираните и скъпоструващи изследвания, свързани с процеса на медицинската експертиза на работоспособността по

искане на ТЕЛК следва да се финансират от НЗОК, респективно РЗОК (чл. 107, ал. 2 от ЗЗ). На практика липсва регламентирана и практически реализирана връзка между системата на МЕ и НЗОК, което създава редица проблеми, включително увеличение на броя и вида на изследванията и консултациите за сметка на НЗОК. Липсата на отделен ресурс от направления, специално предвидени за подготовка за ТЕЛК бързо изразходва лимита на ОПЛ, отпуснат от НЗОК и води до забавяне на подготовката на пациентите за освидетелстване от ТЕЛК. Така кръгът на проблема „искаха ми допълнително документи“ се затваря и процедурата по освидетелстване и преосвидетелстване се забавя, а пациентите приемат ТЕЛК/НЕЛК като пречка по пътя за социалната интеграция на хората с увреждания. От срещналите трудности 503 лица от момента на подаване на заявлението за явяване пред ТЕЛК до получаване на експертното решение (медицинска оценка) считат, че ако медицинската и социалната оценка се извършват от една комисия ще се улесни социалната интеграция на хората с увреждане. 211-те респонденти (41,9%), срещнали като трудност искане за допълнителни документи съставляват най-многобройната група от тези, които считат, че ако медицинската и социалната оценка се извършват от една комисия ще се улесни социалната интеграция. ТЕЛК в своите решения определят препоръки за по-нататъшно наблюдение и рехабилитация на пациентите в изпълнение на чл.61, ал.21 т.5 от Наредбата за МЕ, което ни провокира да изследваме мнението на анкетираните относно прилагането на тази законова възможност.

Лицата с определена с ТЕЛК-решение инвалидност/увреждане само в 5,0% от всички анкетиращи и 4,4.% от всички респонденти в проучването считат, че **рехабилитацията** е достатъчна. При изследване на зависимостта между променливите „с процент ТНР/СУ“ и „рехабилитация“ с помощта на непараметричния коефициент на контингенция (0,271) се установява умерена статистическа значима зависимост (табл.5):

Табл.5. Процент ТНР/СУ * Рехабилитацията Ви след ТЕЛК решението беше:

Процент ТНР/СУ		Рехабилитацията Ви след ТЕЛК решението беше:			Общо	
		Достатъчна	Недостатъчна	Не ме насочиха за рехабилитация		
С	процент ТНР/СУ	Брой	27	304	209	540
		%	5,0	56,3	38,7	100,0
Без	процент ТНР/СУ	Брой	0	13	59	72
		%	0,0	18,1	81,9	100,0
Общо		Брой	27	317	268	612
		%	4,4	51,8	43,8	100,0

Лицата, на които е отчет процентът ТНР/СУ при последното преосвиделстване в 81,9% съобщават, че не се насочват за рехабилитация. Прегледът на европейския опит в тази посока разкрива възможности и за тези пациенти, но в български условия законът не

предвижда достъп до инвалидна пенсия, данъчни облекчения, социални привилегии, вкл. медицинска и социална рехабилитация. Вероятно е необходимо за лицата под 50% ТНР/СУ да се предвиди по-малко рестриктивен режим за социална адаптация. От 144 лица пенсионери по осигурителен стаж и възраст 59% посочват, че не са насочени за рехабилитация в резултат на полученото от тях ТЕЛК-решение. Като недостатъчна преценяват рехабилитацията 129 от 220 работещите лица (58,63%) с инвалидност/увреждане и 52,82% от респондентите без тррдова заетост (131 от 248 лица без трудова заетост).

Попитани **„Какво желаете да се промени в законодателството с цел подобрене на физическото възстановяване“** 41,4% от работещите лица с инвалидност/увреждане отговарят, че „рехабилитацията трябва да се провежда съобразно състоянието на болния човек“ - по-често и толкова колкото е необходимо (табл.6). Пенсионерите поддържат същото мнение по този въпрос в 45,1%, както и 37,5% от лицата без трудова заетост. Само в 9,5% от анкетираните работещи лица считат, че провеждането на рехабилитация следва да бъде условие за получаване на инвалидна пенсия. Следователно след като са получили медицинската оценка за своето здравословно състояние от системата на МЕ респондентите не се стремят към възстановяване на работоспособността и връщане на пазара на труда, а се ограничават до получаване на социални привилегии от ЕР на ТЕЛК.

Табл.6. Трудова заетост * Какво желаете да се промени в законодателството с цел подобрене на физическото възстановяване

		Какво желаете да се промени в законодателството с цел подобрене на физическото възстановяване					
Трудова заетост			Да се увеличи броя дни за рехабилитация по здравна каса	Провеждането на рехабилитация да е условие за получаване на инвалидна пенсия	Да се провежда съобразно състоянието на болния човек с увреждане (по-често)	Да е обвързана с преквалификация съобразно разрешените в ТЕЛК-решението условия на труд	Общо
		Брой					
Работещ	Брой	54	21	91	54	220	
	%	24.5	9.5	41.4	24.5	100.0	
Пенсионер	Брой	58	6	65	15	144	
	%	40.3	4.2	45.1	10.4	100.0	
Без трудова заетост	Брой	74	9	93	72	248	
	%	29.8	3.6	37.5	29.0	100.0	
Общо	Брой	186	36	249	141	612	
	%	30.4	5.9	40.7	23.0	100.0	

Резултатите по поставения въпрос „Откъде получихте информация за социалните привилегии по ТЕЛК-решението?“ са представени на табл.7:

Табл.7. Инвалидизиране/увреждане * Откъде получихте информация за социалните привилегии

		Откъде получихте информация за социалните привилегии							
Инвалидизиране/ Увреждане	С процент ТНР/СУ	Брой	Медии	Роднини, приятели, познати	ТЕЛК	НПО на хора с увреждания	Социални служби	Друго	Общо
			%	58	70	230	50	131	1
			10,7	13,0	42,6	9,3	24,3	0,2	100,0
	Без процент ТНР/СУ	Брой	31	16	6	2	8	9	72
		%	43,1	22,2	8,3	2,8	11,1	12,5	100,0
Общо	Брой	89	86	236	52	139	10	612	
	%	14,5	14,1	38,6	8,5	22,7	1,6	100,0	

Лицата без определена група инвалидност са 72 и от тях 31 (43,1%) получават информация за социалните придобивки от медии, а 16 лица или 16,6% от роднини и приятели. Това са двата най-масови източника на информация за социалните придобивки по ТЕЛК решения за лицата без група инвалидност. От всички 540 лица с група инвалидност 131 лица или 24,3% получават информация относно социалните придобивки по ТЕЛК решенията от социалните служби, което насочва обсъждането в една по-особена

посока. Вероятно пациентите отиват първо в АСП за да получат социални привилегии, но за целта е необходимо да докажат статуса си на хора с инвалидност/увреждане чрез ЕР от ТЕЛК и затова са последвали процедурния ред определен в закона. В допълнение към проблема медийната среда и обществените настроения създават излишни очаквания на явяващите се на ТЕЛК. Пациентите, при които не е определен процент ТНР/СУ съобщават в 65,3%, че са получили информация за социалните привилегии от медиите, роднини, приятели и познати и едва след това са потърсили консултация от своя ОПЛ и медицинска оценка от ТЕЛК. Пациентите с отнета степен на инвалидност/увреждане са погрешно информирани и преминаването им през ТЕЛК с ангажиране на ресурсите на НЗОК за подготовка на медицински изследвания и консулти е не само безпредметно, но и изразходва неправомерно финансовите ресурси на здравната ни система. Правилното предварително информиране от представителите на АСП в ТЕЛК е било потребно и поставено там, където пациентите търсят информацията. За съжаление социалните работници бяха равноправни членове в ТЕЛК от 2005 г., но след няколко години бяха изтеглени от АСП, поради което сега гражданите и обществото понасят сериозни негативи. Придобивките, включително техническите помощни средства за хората с инвалидност/увреждане се предхождат от два вида оценки – медицинска (от ТЕЛК) и социална (от АСП). Безспорно медицинската експертиза играе съществена роля във всички последващи стъпки от начина, по който системата на

социални грижи се отнася към лицата с инвалидност/увреждане. На въпроса „Имахте ли проблеми при изготвяне на социалната оценка от Агенцията за социално подпомагане (АСП) въз основа на издаденото ТЕЛК-решение“ се получиха отговорите (фиг.1):



Фиг.1. „Имахте ли проблеми при изготвяне на социалната оценка?“

„Почувствах се непълноценен като човек“ е усещането на 34% от всички респонденти, посетили АСП за изготвяне на социалната оценка. Преобладава делът на работещите лица, като 47,7% от тази група съобщават за усещане за непълноценност,

посещавайки АСП. Пенсионерите с определен процент ТНР/СУ посочват като проблеми при изготвяне на социалната оценка „остарялата техника и помещения“ на АСП и „несрещането на необходимото отношение“ в 21,1%. За лицата без определен процент ТНР/СУ са налични два проблема – „бях излъган в очакванията си“ и „не получих помощта, на която се надявах“. От общо 72 лица без определен процент ТНР/СУ посочилите „не получих помощта, на която се надявах“ са най-многобройни – 61%, а тези отговорили „бях излъган в очакванията си“ – 11,1%. Вероятно по тези причини 503 респонденти от нашето проучване, срещнали трудности при изготвяне на социалната оценка подкрепят идеята една комисия да извършва медицинската и социалната оценка, като се надяват това да подобри тяхното социално включване.

При изследване на получените отговори на въпроса **„Какви социални привилегии за хора с увреждания въз основа на ТЕЛК-решението сте ползвали?“** се установява, че лицата с инвалидност/увреждане са реализирали напълно своите права съобразно законово определените възможности:

- „от 50 до 70%“ - винетка, данъчни облекчения;
- „от 71 до 90%“ - винетка, данъчни облекчения, добавка за лекарства;
- „над 90%“ с или без чужда помощ - винетка, данъчни облекчения, добавка за лекарства, балнеосанаториум, пътуване.

Въпреки това от 72 пенсионери с определена инвалидност от 50% до 70% СУ тези, които считат, че социалните придобивки, които са получили са недостатъчни са 37 или 51,4%. От 72 лица без процент ТНР/СУ, тези които считат, че получените социални придобивки са недостатъчни са 58 или 80,6%. От особена важност е въпросът за мнението на анкетираните относно това, дали и в каква посока се е променило тяхното положение след реализиране на правата по социалната оценка. Съгласно действащата разпоредба на чл.12, ал.2 от ЗИХУ социалната оценка се извършва въз основа на медицинска експертиза от ТЕЛК. Необходимо е нейният обхват да е съответен на обхвата на Международната класификация на човешката функционалност, уврежданията и здравето (ICF) на СЗО. Утвърдената от Министъра на труда и социалната политика методика включва: потребности и възможности за рехабилитация; възможности за обучение; възможности за трудова заетост и професионална реализация; потребности от социални услуги и възможности за социално включване.

Отговорите на въпроса „**След като получихте правата си по ТЕЛК-решението можете да кажете, че Вашето положение:**“ разкриват себеоценката на респондентите за промените, които са настъпили след като са получили медицинската и социалната оценка и са реализирали правата, произхождащи от тях. Предполага се, че медицинската и социалната оценка допринасят за позитивни промени в положението на лицата с инвалидност/увреждане, но при проследяване на респондентските отговори на този въпрос установяваме, че 253 лица с определена степен на

инвалидност/увреждане (т.е.46,9% от всички 540 лица с ТНР/СУ в проучването) съобщават за липса на промяна, 28,15% „се е подобрило“ и само 5,93% - „се е влошило“. Останалите 72 анкетирани са без определен процент ТНР/СУ, поради което не са получили социална оценка и не са реализирали права. Тяхната самооценка по въпроса е, че в 44,44% положението им е останало същото и дори в 40,28% се е влошило (табл.8):

Табл.8. Инвалидност/увреждане * След като получихте правата по ТЕЛК-решението можете да кажете, че Вашето положение:

		След ТЕЛК решението, Вашето положение:				
		Се е подобрило	Се е влошило	Останало е същото	Не мога да преценя	Общо
Инвалидизиране/ Увреждане	С процент ТНР/СУ	152	32	253	103	540
	Без процент ТНР/СУ	3	29	32	8	72
	Общо	155	61	285	111	612

Непараметричният коефициент на контингенция (0,361) показва умерена статистически значима връзка между оценка от страна на респондентите на положението им след получаване на правата по ТЕЛК-решението и наличието или отсъствието на инвалидност/увреждане. При

изследване на мнението на анкетираните по групи инвалидност/увреждане се установи, че най-масово представената група в проучването е с процент ТНР/СУ „от 50% до 70%“ - 352 или 65,2% от всички лица с придобита група инвалидност и 57,5% от всички 612 респонденти (табл.9):

Табл.9. Процент ТНР/СУ сега * След ТЕЛК-решението, Вашето положение:

		След ТЕЛК решението, Вашето положение				Общо	
		Се е подобрило	Се е влошило	Останало е същото	Не мога да преценя		
Процент ТНР/СУ	Да, над 90% с ч.п.	Брой	5	0	3	0	8
		%	62,5	,0	37,5	,0	100,0
	Да, над 90% без ч.п.	Брой	21	0	9	2	32
		%	65,6	,0	28,1	6,3	100,0
	Да, от 71 до 90%	Брой	63	4	63	18	148
		%	42,6	2,7	42,6	12,2	100,0
	Да, от 51 до 70%	Брой	63	28	178	83	352
		%	17,9	8,0	50,6	23,6	100,0
	Не, нямам	Брой	3	29	32	8	72
		%	4,2	40,3	44,4	11,1	100,0
	Общо	Брой	155	61	285	111	612
		%	25,3	10,0	46,6	18,1	100,0

Лицата с „над 90% ТНР/СУ без чужда помощ“ споделят в 65,6%, че положението им се е подобрило, както и тези с „над 90% ТНР/СУ с чужда помощ“ (62,5%). Респондентите с „от 71% до 90% ТНР/СУ“ съобщават в 42.6% за положителна промяна и в точно

същия процент – че нищо не се е подобрило. При анкетиранияте с „от 51% до 70% ТНР/СУ“ преобладава мнението за липса на промяна в 50,6%. Непараметричният коефициент на контингенция 0,456 показва умерена значима връзка между оценката от страна на респондентите на положението им след получаване на правата по ТЕЛК-решението и процента ТНР/СУ за всички 612 анкетирани.

Групата с „от 50% до 70% ТНР/СУ“ оценяват положението си след получаване на правата по ТЕЛК-решението като „останало е същото“ в 50,6%. Едва 17,9% преценяват, че са получили позитивна промяна в социалния си статус след ТЕЛК-решението и само 8,0% - „се е влошило“. Повече от половината от тази най-масово представената група със степен на инвалидност/увреждане („трета група“) оценяват положението си (т.е. качеството си на живот в био-психо-социалния му вид) като непроменено, а тези с „от 71% до 90% ТНР/СУ“ – в 42,6%.

Лицата от „над 90% ТНР/СУ“ с и без чужда помощ себеоценяват положението като „се е подобрило“. Следователно степента на инвалидността/ увреждането в медицинската оценка от ТЕЛК не е оказала значимо въздействие при съставяне на социалната оценка и правата, реализирани от респондентите от „трета“ и „втора“ група инвалидност/увреждане и не е спомогнала за подобряване на положението им.

Това поставя въпроса дали преминаването през трудния процедурен път от момента на подаване на заявлението пред ОПЛ и РКМЕ до получаване на ЕР

на ТЕЛК и след това социалните привилегии от АСП е правилния подход за достигане до правата предвид големите разходи на здравната и социалната системи и липсата на позитивна промяна в тази посока. Стремещът за повишаване качеството на предлаганите от системата на МЕ и АСП услуги, в съответствие с потребностите на човека с инвалидност, е в съгласие с целите на Конвенцията на ООН за правата на инвалидите, но по-важен е въпросът дали са подбрани работещи механизми за осъществяването им в български условия.

На въпроса **„Какво се подобри след получаване на ТЕЛК-решението?“** от всички 540 респонденти с определена степен на инвалидност/увреждане 191 (35,4%) посочват, че след ТЕЛК-решението се е подобрило тяхното социално положение, а 44,3% достъпа до здравеопазване и медицинско обслужване (лечение, лекарства и т.н.) (табл.10). Само 0,2% с определена степен инвалидност/увреждане отговарят, че са се подобрили образованието и квалификацията и че са си намерили работа. Отговорите на респондентите навеждат към необходимостта от преосмисляне на това, какво трябва да включва социалната оценка и в какъв вид да се изготвя тя (може би електронен) с оглед на достъпността ѝ от всички институции, имащи отношение към нейното реализиране.

Табл.10. Процент ТНР/СУ * Какво се подобри след ТЕЛК решението

		Какво се подобри след ТЕЛК решението									
		Социалното положение	Не съм изолиран от обществото	Достъп до лечение и лекарства	Образование и квалификацията	Намерих си работа	По-лесно преодолявам архитектурните бариери	Здравеопазване, медицинско обслужване	Друго	Общо	
Процент ТНР/СУ	С %	35.4	11.7	26.5	0.2	0.2	0.4	17.8	8.0	100.0	
	ТНР/СУ Брой	191	63	143	1	1	2	96	43	540	
	Без %	4.2	0.0	2.8	0.0	0.0	0.0	1.4	91.7	100.0	
Общо	Брой	194	63	145	1	1	2	97	109	612	
	%	31.7	10.3	23.7	0.2	0.2	0.3	15.8	17.8	100.0	

Вероятно от полза за социалната интеграция на хората с инвалидност/увреждане ще бъде в социалната преценка да се включи оценка на възможностите за трудова заетост и професионална реализация. Така може да се акцентира върху индивидуалната професионална квалификация и избора на програми на заетост наред с оценката на потребностите от

социални услуги (парични помощи, технически помощни средства, лична помощ, достъпност на жилище, автомобил и др.). Не е изненадващ резултат, че пациентите, на които им е отнета степента на инвалидност/увреждане и нямат последваща социална оценка от АСП споделят едва в 4,2% за подобряване на социалното си положение. Предвид на това, че последните имат под 50% ТНР/СУ и с оглед привнасяне на добрите европейски практики следва да се оцени като правилно липсата на последваща социална оценка. При тази група лица е запезена работоспособността в голяма степен и те не се включват в числото на хората с инвалидност/увреждане.

В тази връзка е по-важно да се обсъди възможността за тяхната професионална рехабилитация съобразно способността за изпълнение на различен вид трудова дейност и съответно на здравословното им състояние. По този начин пациентите със сравнително запазена работоспособност ще могат да се върнат на пазара на труда и няма да очакват да набавят липсващите си доходи чрез привилегиите от социалната оценка, както и да се стремят към инвалидна пенсия като заместващ доход. Очакванията на гражданите и обществото са за съдействие от страна на държавата и българското законодателство за по-бърза и максимално ефективна социална интеграция. Нивото на социална интеграция е дефинирано от ICF като „включване в житейските ситуации“, докато ограниченията в приобщаването са „проблеми, пред които лицето може да бъде изправено при включването си в житейските ситуации“.

Процедурният ред за „включването в житейски ситуации“ е определен в Закона за интеграция на хората с увреждания, като инициативата е в лицата с инвалидност/увреждане. Те подават по чл. 12, ал. 3 заявление-декларация по образец, утвърден от министъра на труда и социалната политика, за извършване на социална оценка и отпускане на месечна добавка за социална интеграция до директора на дирекция „Социално подпомагане“ по постоянен адрес. Хората с трайни увреждания ползват правото на месечна добавка за социална интеграция според индивидуалните им потребности съобразно вида и степента на увреждането и степента на трайно намалена работоспособност и въз основа на извършената социална оценка. В нашето проучване е по-голям дялът на лицата без трудова заетост, които се явяват на ТЕЛК основно за социални придобивки и инвалидна пенсия. Те мотивират явяването си пред ТЕЛК с необходимостта да получат данъчни облекчения, социални придобивки и не на последно място пенсия по инвалидност в 91,1% (47,8% от всички респонденти, посочили като причина „друго“ и 36,9% от всички 612 респонденти). Очакванията на обществото към тези пациенти са, че след като са получили процент ТНР, носещ социални привилегии ще бъдат с позитивна нагласа към социалното законодателство, което да гарантира тяхната трудова заетост в условия на преквалификация. Според данните от проучването, обаче, само 41,6% считат, че **българското законодателство „съдейства, но отчасти“ за социалната интеграция на хората с увреждания.** Едва 22,4% са на мнение, че съдейства

изцяло, а 24,2% са негативно настроени. Следователно, ако и социалната интеграция да дава равен шанс – за здравни услуги, рехабилитация, социални привилегии, вкл. и за трудова заетост при безработните респонденти от нашето проучване, това не е постигнато, въпреки придобитите социални права. Вероятно това може да се обясни с липсата на законова обвързаност между получаването на инвалидна пенсия/социални придобивки и задължителното включване в програмите за субсидирана заетост при лица с процент ТНР под 71% (т.е. „трета група“ инвалидност/увреждане). Такава законова възможност би създала предпоставки за по-успешна преквалификация и намиране на работа от една страна и развитие на гражданското възпитание в неконсуматорска посока. Безспорно в основата на човешката мотивация за предприемане на всяко едно действие са потребностите, което важи с още по-голяма сила при уязвими групи от обществото като респондентите в нашето проучване. Изследването на потребностите на респондентите показва неудовлетвореност от **осигурените след ТЕЛК-решението основни човешки потребности** при 223 лица или 36,4% от всички респонденти (фиг.2). От всички 223 лица, които не са удовлетворени от осигурените след ТЕЛК решение човешки потребности, 181 (81,2%) считат, че ако медицинската и социалната оценка се извършват от една комисия ще се улесни социалната интеграция на хората с увреждания. Въпросът за осигуряването на основните човешки потребности/ценности и за социалната справедливост при хората с инвалидност/увреждане е

от особена важност за развитието на демократичното общество, което го поставя във фокуса на обществените дискусии.



Фиг. 2. „Удовлетворени ли сте от осигуряването на основните човешки ценности/потребности след като имате ТЕЛК-решение?“

В България съществуващата нормативна определеност за достъпа до социалните и други права, следващи ЕР на ТЕЛК, задължава болния човек да премине през системата на МЕ за да се установят при медицинската оценка следните предпоставки:

- нарушение на здравето със значително разстройство на функцията на организма, обусловено

от заболяване, посттравматични последици или дефекти;

- ограничение на дейностите от ежедневиия живот - пълна или частична загуба на способност или възможност за осъществяване на сомообслужване, самостоятелно придвижване, ориентиране, общуване, самоконтрол на поведението, обучение или занимание с трудова дейност;
- необходимост от мерки на социална защита, включително рехабилитация.

Предоставянето на здравните и социалните права, придобивки, обезщетения и т.н. са проява на законодателната воля за защита на лицата с инвалидност/увреждане, като техният вид и размер се определят въз основа на ЕР от ТЕЛК. Резултатите от изследване на мнението на хората с увреждания разкрива проблемите на този прецес от първо лице. Въз основа на анализиранияте данни можем да направим следните **изводи**:

1. Анализът на демографските показатели на лицата, включени в репрезентативната извадка позволява да се добие представа за характеристиките на тази уязвима група от обществото в област Варна. В 85,9% това са лица в работоспособна възраст (от 16 до 65 г.), семейни в 64,1%, живущи в областен град в 59,6% и без трудова заетост в 40,5%.

2. Мотивите за явяване пред ТЕЛК - данъчни облекчения, социални придобивки и инвалидна пенсия, присъстват в отговорите на 91,1% от всички безработни – 47,8% от всички респонденти, посочили

тази причина и 36.9% (n=612). Работещите лица, които се явяват на ТЕЛК „за да оздравеят“ са едва 13,2% от всички работещи респонденти и 4,7% (n=612).

3. Като най-чест повод за представяне пред ТЕЛК е причината получаване на данъчни облекчения, социални придобивки и инвалидна пенсия при 48,2% от работещите анкетиранни лица.

4. От гледна точка на ефективността на социалната политика и в частност на здравеопазването е важна действената профилактика и ранната превенция на инвалидизиращите заболявания, но само 14,5% от всички респонденти с трудова заетост в изследването се явяват на ТЕЛК за „да ме трудоустроят“.

5. От всички работещи лица в нашето проучване едва 24.1% са посочили като причина за явяване на ТЕЛК „да не ме уволнят“.

6. Най-честият проблем при явяване на ТЕЛК е „искаха ми допълнително документи“ при 41,9% от всички респонденти с определен процент ТНР/СУ – 36,9% (n=612). Проблемът „искаха ми допълнително документи“ се приема от респондентите като „разкарване“ и препятствие към социалните привилегии.

7. Лицата с определена с ТЕЛК-решение инвалидност/увреждане само в 4,4.% (n=612) считат, че рехабилитацията е достатъчна. Тези от тях, на които им е отнет процентът ТНР/СУ при последното преосвиделстване в 81,9% (n=209) съобщават, че не са насочени за рехабилитация.

8. ТЕЛК и социалните служби са дали обосновани съвети относно правата, следващи ЕР от АСП в 88,2% (n=612). НПО противно на очакванията и разходите, които обществото прави за тях имат принос в информираността само на 9,3% от респонденти с процент ТНР/СУ и 2,8% от тези без ТНР/СУ.

9. Изготвянето на социалната оценка от АСП поражда чувство на непълноценност при 47,7% от работещите лица с определен ТНР от ТЕЛК. За лицата без определен процент ТНР/СУ са налични два проблема – „бях излъган в очакванията си“ и „не получих помощта, на която се надявах“. Вероятно по тези причини 503 респонденти от нашето проучване, срещнали трудности при изготвяне на социалната оценка подкрепят идеята една комисия да извършва медицинската и социалната оценка, като се надяват това да подобри тяхното социално включване.

10. Лицата с увреждания са реализирали напълно своите права съобразно законово определените възможности, но 51,4% от пенсионерите по ОСВ и 80,6% от лицата с отнет процент ТНР/СУ ги определят като недостатъчни. В 50,6% от лицата с инвалидност/увреждане (n=285) определят положението си след получаване на правата по ТЕЛК-решението като непроменено.

11. Разкъсана е връзката между медицинската и социалната оценка на увреждането – 41,9% (n=211) от респондентите, срещнали като трудност искане за допълнителни документи съставляват най-многобройната група от тези, които считат, че ако

медицинската и социалната оценка се извършват от една комисия ще се улесни социалната интеграция.

12. Законова предпоставка за лечебно-диагностична и профилактична функция на ТЕЛК е създадена, но респондентите от нашето проучване не гледат на тази институция като възможност за подобряване на здравния си статус. Те се стремят единствено към социалните привилегии, които също са законово определени и следват медицинската оценка от ЕР.

Проблемите на хората с увреждания и реализирането на техните права са в пряка връзка с дейността на МЕ, а ЕР се явява необходимо условие за ползването на тези права. Респондентите в нашето проучване дават **предложения** за реформирането на системата на МЕ с оглед подобряване на положението на хората с увреждания могат да се групират по следния начин:

- при определяне на увреждането да се преценяват не само медицинските, но и социалните фактори (възможност за работа по професията, преквалификация, архитектурни и транспортни бариери и т.н.);
- комисиите да извършват оценка на състоянието на болния човек, като установяват причинната връзка между работата и заболяването с оглед на експертно заключение за възможност да упражнява досегашния или друг вид труд (след преквалификация);
- в заключението си ТЕЛК да дават трудова препоръка (а не само „противопоказани условия на

труд“), тъй като правилно дозираният и добре подбран труд може и трябва да играе ролята на лечебно-профилактичен фактор;

- комисиите да оказват съдействие на клиничната и социалната рехабилитация с оглед на профилактиката на заболяемостта, свързана с временната и трайна нетрудоспособност, за понижаване на показателите на инвалидността/увреждането.

Положението на хората с увреждания в България, като равнопоставена страна-членка на Европейския съюз налага решаването на тези въпроси в светлината на световните стандарти.

4. Медицинската експертиза на работоспособността и оценка на инвалидността/увреждането - основни констатации от анализа на ситуацията у нас.

Анализът на функционирането на системата на медицинската експертиза обхваща нейната структура и дейностите, свързани с оценката на инвалидността (трайно намалена работоспособност или степен на увреждане) от НЕЛК/ТЕЛК. В тази връзка са проучени следните условия за изпълнение на дейността по медицинската експертиза на работоспособността: нормативна рамка; административен капацитет; материално-техническо, финансово и информационно осигуряване; органи и механизми за осъществяване на контрол; антикорупционни правила и процедури. При прегледа на националните **стратегически документи**, в които се разглеждат проблемите на МЕ

(Националната стратегия за равни възможности за хората с увреждания, Националната здравна стратегия, Докладът за здравето на нацията в началото на 21 век и др.) се установява, че не е отделено необходимото място на МЕ, което да осигури ефективното и ефикасно изпълнение на дейността.

А) Нормативна рамка на дейността на медицинската експертиза: правното регулиране на дейността на медицинската експертиза и законодателното осигуряване се определят в следните **нормативни актове:**

- *Конституция на Република България:*
 - чл. 48. (2) Държавата създава условия за осъществяване на правото на труд на лицата с физически и психически увреждания;
 - чл. 48. (5) Работниците и служителите имат право на здравословни и безопасни условия на труд, на минимално трудово възнаграждение и на заплащане, съответстващо на извършената работа, както и на почивка и отпуск при условия и по ред, определени със закон;
 - чл. 52. (3) Старите хора, които нямат близки и не могат да се издържат от своето имущество, както и лицата с физически и психически увреждания се намират под особена закрила на държавата и обществото.
- *Кодекс за социално осигуряване* (чл. 40, ал. 4, т. 1 и чл. 98, чл. 99 и чл. 110) - определя създаването на медицинските комисии към ТП на НОИ, които се произнасят по правилността на решенията на

ТЕЛК/НЕЛК и издават разпореждане за отпускане на инвалидна пенсия на освидетелстваните лица. На основание чл. 110, ал. 1 от Кодексът за социално осигуряване (КСО) е предвидена възможността контролните органи на НОИ да съставят на физическите/юридическите лица ревизионни актове за начет за причинените от тях щети на държавно обществено осигуряване (ДОО) от актове на медицинската експертиза, които са отменени, поради нарушаване на нормативните разпоредби при издаването им. От 01.01.2000 г. се въвежда „точковата система“ за пенсиониране, като започва постепенно повишаване на възрастта и броя на точките, даващи правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст. Това мотивира много хора в предпенсионна възраст и безработни със здравни проблеми да търсят друга възможност за пенсиониране, а именно - получаване на инвалидна пенсия въз основа на медицинската оценка в ЕР на ТЕЛК. Със същата промяна се дава право на лицата, навършили 16 години, с намалена работоспособност над 71%, освен получаваната пенсия/пенсии да им бъде отпусната и социална инвалидна пенсия в размер 50 на сто, а от 01.08.2000 г. – 25 на сто. Това е една от основните причини за увеличаване общия брой на инвалидните пенсии след 2000 г. Премахва се съществуващото в чл. 13, ал. 2 в отменения Закон за пенсиите (ЗП) преди влизането в сила на Кодекса за социално осигуряване ограничение, според което инвалидната пенсия се отпуска само при условие, че лицето е инвалидизирано не по-късно от две години след прекратяване на работата. Така се дава възможност на лицата, на които им е било

отказано пенсиониране поради инвалидност/увреждане, след отпадането на законовото ограничение да се възползват от правото.

С Кодекса за социално осигуряване от 01.01.2000 г. се въвежда т. нар. „признат стаж“ за хората с увреждания. Когато към датата на инвалидизирането осигуреното лице е на по-ниска възраст от възрастта по чл. 68, разликата между възрастта му, но не по-рано от навършване на 16 години, и възрастта по чл. 68, се признава за осигурителен стаж. При определяне на пенсията, признатото за стаж време и съответната пропорционална част от процента за месеците осигурителен стаж се умножават с коефициент според степента на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане на лицето. От 01.01.2002 г. хората с увреждания по рождение и с придобита инвалидност/увреждане до постъпване на работа получават право на инвалидна пенсия поради общо заболяване (ИОЗ) при една година осигурителен стаж. Преди това тези лица не могат да получат инвалидна пенсия поради общо заболяване дори в случаите, когато имат дълъг трудов/осигурителен стаж, но той е бил положен след датата на инвалидизиране, тъй като законът изисква стажът да е до датата на инвалидизиране.

В пенсионното законодателство е допусната възможност при еднакви изходни параметри, но различни правопораждащи дати, размерът на инвалидната пенсия да е по-голяма от пенсията за осигурителен стаж и възраст. Това е мотив мнозина да поискат смяна на вида на пенсията, за да получават

инвалидна пенсия, която е с по-висок размер. С цел прецизиране на законодателството в тази насока са извършени промени в КСО. От 01.01.2005 г. е променен текстът на чл. 74, ал. 3 от КСО, като инвалидна пенсия поради общо заболяване не се отпуска на лица, на които е отпусната лична пенсия за осигурителен стаж и възраст. През 2009 г. е изменена правната норма на чл. 74, ал. 3 от КСО и понастоящем, не се отпуска, възобновява инвалидната пенсия поради общо заболяване в случаите, когато лицата получават лична пенсия за осигурителен стаж и възраст (ОСВ). През предходните години обаче голям брой пенсионери с пенсии за ОСВ се възползват от правната възможност да получават инвалидни пенсии, които продължават да се изплащат от държавата.

От 01.07.2009 г. с нова (в сила от 2008 г.) и допълнена (през 2009 г.) разпоредба на ал. 3, чл. 28 от Наредбата за пенсиите и осигурителния стаж се дава възможност инвалидна пенсия поради общо заболяване да се отпуска и когато степента на инвалидност/увреждане е под 50%, ако лицето има признат и друг вид инвалидност/увреждане вследствие трудова злополука и професионална болест, гражданска или военна инвалидност, която също е под 50%. При сумиране на степента на неработоспособност за общо заболяване с другите посочени степени на неработоспособност лицето придобива право на инвалидна пенсия поади общо заболяване (ИОЗ) съобразно крайния процент, ако надвишава 50%.

През 2009 г. за първи път в осигурителното законодателство се предвижда отпускане на пенсия за

инвалидност по акт на органите на медицинската експертиза (МЕ), който е в процес на обжалване, т.е. не е влязъл в сила. От 01.07.2009 г. с изменената изцяло разпоредба на чл. 98, ал. 7 от КСО се регламентира, че при обжалване решението на ТЕЛК и НЕЛК от председателя на медицинската комисия или по реда на чл. 112 от Закона за здравето, до влизане в сила на решението на НЕЛК, съответно на съда да се отпуска, възобновява и възстановява пенсия за инвалидност в размер на социалната пенсия за старост. На лицата, получаващи пенсия въз основа на намалена работоспособност, пенсията се намалява по общия ред на чл. 50, ал. 1 от отменения Закон за пенсиите, ако не спазват трудовата препоръка на ТЕЛК. Изключение се прави само за лицата с определена пожизнено инвалидност/увреждане.

След влизането в сила на КСО през 2000 г. инвалидна пенсия се получава в пълен размер, независимо от трудовата препоръка на ТЕЛК. Засилва се контролът върху лекарската експертиза на неработоспособността чрез създадените от началото на 2005 г. медицински комисии към териториалните поделения (ТП) на Националния осигурителен институт (НОИ) и включването на лекар от НОИ в съставите на ТЕЛК и НЕЛК. От 01.01.2012 г. с извършените промени в Кодекса за социално осигуряване медицинските комисии в ТП на НОИ се произнасят по всички експертни решения на ТЕЛК с определена 50% и над 50% ТНР/СУ.

- *Кодекса на труда* - предвидено е работодателите, които имат повече от 50 работници и

служители да определят ежегодно работни места, подходящи за хора с намалена работоспособност в размер на 4-10 % от общия състав. Практиката обаче показва, че работодателите не изпълняват тази разпоредба Чл. 333 от КТ защитава от уволнение лицата със заболявания, включени в Наредба №5 от 20.02.1987 г. за болестите, при които работниците, боледуващи от тях имат особена закрила съгласно чл.333, ал.1 от КТ (ДВ бр.33 от 28.04.1987 г., Приложение №1). В случаите по т. 2 и 3 на предходната алинея преди уволнението се взема мнението и на трудово-експертната лекарска комисия.

- *Закон за здравето* (чл.21, ал.2, т.2 чл.25, чл.82, ал.1, т.7 и ал.5, глава IV. Медицинско обслужване, раздел IV медицинска експертиза, чл.101 до 113, §1, т.34, т.35 и т.36) - правната уредба в областта на медицинската експертиза на работоспособността се регламентира от Закона за здравето (ЗЗ), приет през 2004 г., Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза на работоспособността и на регионалните картотеки на медицинските експертизи (отм.), нов Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи, приет с ПМС №83/2010, действащ и сега. През разглеждания период действат две наредби относно реда и критериите за извършване на експертизата на работоспособността - Наредба за експертизата на работоспособността (до 10.06.2005 г.) и приетата на основание чл. 101, ал. 5 от ЗЗ, Наредба за медицинската експертиза на работоспособността (НМЕР) и Наредбата за

медицинската експертиза на работоспособността, приета с ПМС № 99/2005 г., обн., ДВ, бр. 47/2005 г. отм., бр. 36/2010 г. Към настоящия момент е в сила Наредбата за медицинската експертиза, приета с ПМС №87/2010 г., обн ДВ, бр.36/2010 г., посл. изм. бр.67/2014 г. в сила от 01.01.2015 г.

В закона за здравето (33) се определят основните елементи на правната уредба на експертизата на работоспособността. От 01.01.2012 г. чрез промяна в Закона за здравето се регламентира участието на представителите на НОИ само в специализираните състави на НЕЛК, но не и в ТЕЛК. Контролът, осъществяван от медицинските комисии в ТП на НОИ, обхваща само част от експертните решения на ТЕЛК - тези, които се отнасят до първично освидетелстваните лица.

- *Наредба за медицинската експертиза* - Наредба №36 за експертизата на трайната нетрудоспособност, издадена от Министерството на здравеопазването от септември 1975 г. уреждаше въпросите за пенсионирането по болест на лицата с хронични заболявания и настъпили трайни телесни увреждания. С Постановление на МС №133 от 17 юли 2000 г. се създаде Наредба за експертизата на работоспособността (НЕР), (приложение №7). За нейна важна особеност се считаше факта, че тя представляваше опит за сумиране на нормативната уредба. В нея се уреждаше както материята за трайната нетрудоспособност (инвалидност), така и временната нетрудоспособност (болнични листи), санаториално-курортно лечение, раждане, гледане на

болен член на семейството и др. Основната разлика между двете наредби бе различната методика, по която се извършваше оценката на степента на увреждане. В предишната наредба при лицата се определяха три групи инвалидност - първа, втора и трета. Новата наредба определя проценти на загубена работоспособност (от 1 до 100%), като за сравнение се вземат способностите на здравия човек преди да получи увреждането. След 2000 г. са приети четири наредби за МЕ, като на НМЕР от 2010 г. са направени две промени – през 2014 г. и 2015 г., които не са в състояние да преодолеят тенденцията от практиката на ТЕЛК за системно занижаване на процента на ТНР. След 2000 г. се въведе освидетелстване на лица, навършили пенсионна възраст, което увеличи потока на пациенти към териториалните експертни лекарски комисии и доведе до ръст на инвалидността и увеличаване на изплатените обезщетения по функция „инвалидност“. Увеличиха се техническите грешки при издаване на експертните решения от ТЕЛК и се намали качеството на медицинската експертиза. Това наложи проверки от НОИ и одити от Сметната палата, които от своя страна доведоха до отлив на кадри и възход на „геронтокрацията“ в тази преди престижна дейност.

Конструктивни промени в нормативната уредба на медицинската експертиза на работоспособността до 2005 г. не бяха направени, което доведе до забавяне на освидетелстването и преосвидетелстването на лицата в работоспособна възраст. Така се стигна до идеята за нова Наредба за медицинската експертиза на работоспособността. Нейната основна задача бе да се

ограничи броя на хората, на които може да се определи по-висок от 71% трайно намалена работоспособност (ТНР) с промяна във формулата на изчисляване на трайно намалената работоспособност. Освен това бяха премахнати и някои често срещани заболявания, които бяха включени в Наредбата и даваха право на процент ТНР (напр. остеопорозата с висок фрактурен риск, дисковата херния и др.).

Ситуацията допълнително се усложнява в периода 2005-2006 г., когато действат последователно две наредби относно реда и критериите за извършване на експертизата на работоспособността – Наредба за експертизата на работоспособността (до 10.06.2005 г.) и приетата на основание чл.101, ал.5 от Закона за здравето Наредба за медицинската експертиза на работоспособността - след този период. По този начин се стигна до значително изкуствено занижаване на оценката на инвалидността и нарушаване на правата на хората с увреждания. Липсата на конкретизация и единни критерии за някои заболявания в НМЕР създаде възможности за определяне на различна оценка на ТНР/СУ при едно и също здравословно състояние, натрупване на преписки в НЕЛК и определяне на дата за освидетелстване от НЕЛК за след три и повече години и т.н. Установените недостатъци наложиха издаването на нова наредба от 05.05.2010 г., чието действие не коригира адекватно проблемите и се стигна до изменението ѝ с ДВ, бр.41 от 31.05.2011 г. В НМЕР от 2011 г., отново се включиха отпадналите преди това онкологични и дегенеративни заболявания. ТЕЛК остана на подчинение на болничните търговски дружества, което

ограничи независимостта в дейността им. Сега действащата наредба за НМЕ и Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на РКМЕ има за цел улесняване достъпа на пациентите до МЕ, оптимизиране на дейностите по нейното изготвяне и на критериите за определяне степента на уврежданията. Целта е да се подобри качеството на оценката на МЕ при заболявания с водеща социална значимост в съответствие със структурата на заболяемостта в страната, както и контрола върху актовете на МЕ. Наредбата е изцяло съобразена с последните промени в Закона за здравето. В наредбата се регламентира и пожизнено определяне на ТНР/СУ на лица със заболявания, които не подлежат на промяна. Определят се основните правила, свързани с експертизата на временната неработоспособност, включващи условията и реда за установяване на временна неработоспособност, процедурата по издаване на болничните листове и общи изисквания по тяхната отчетност в случаите при общо заболяване, трудова злополука, професионална болест, медицински прегледи и изследвания, трудоустрояване, бременност, раждане и др. Регламентира се удостоверяването на временната неработоспособност на лица, които са осигурени по българското законодателство или законодателството на друга държава и за които се прилагат правилата за координация на системите за социална сигурност и международните договори в областта на социалното осигуряване и социалната сигурност, по които България е страна. Създава се възможност по района

на постоянния им адрес ЛКК да освидетелстват лицата за снабдяване с медицински изделия, помощни средства, приспособления и съоръжения, след представянето на документ за самоличност, документи, съдържащи данни за заболяването и работоспособността им и медицински преглед.

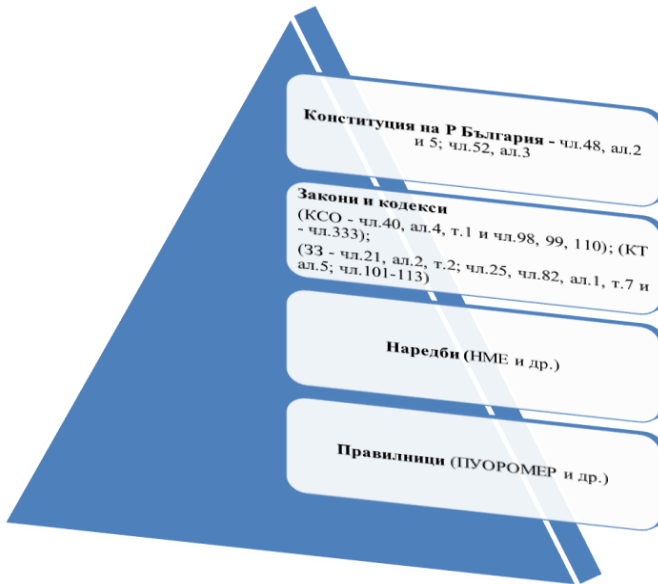
С Постановление на МС №179 от 27.06.2014 г. се предприе сериозна структурна промяна в МЕ с промените в Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи, регламентиращи закриването на специализираните ТЕЛК в страната. Резултатите от функционирането на МЕ в сега действащата НМЕ от 2016 г. се установяват с ЕР, което притежава реквизитите, съдържащи волеизявлението на експертния орган (Приложение №2). Съществен дефицит на тази НМЕ е липсата на конкретизация и единни критерии за някои заболявания, което създава възможности за различна оценка на инвалидността (изразена в проценти ТНР) при едно и също здравословно състояние. Установените недостатъци показват, че е необходимо да се обмисли цялостното реформиране на системата за адаптирането ѝ към европейското законодателство.

- *Наредба за работното време, почивките и отпуските;*
- *Наредба за установяване, разследване, регистриране и отчитане на трудовите злополуки;*
- *Наредба за трудоустрояването;*

- *Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза на работоспособността (ПУОРОМЕР) и на РКМЕ, който урежда устройството и организацията на работа на органите на МЕ и на РКМЕ;*
- *Устройствен правилник на регионалните здравни инспекции, издаден от министъра на здравеопазването;*
- *Правилник за устройството и дейността на Националния съвет по медицинска експертиза, приет с ПМС №120 от 29.05.2007г. обн ДВ бр.45 от 08.06.2007 г.;*
- *Устройствен правилник на МЗ, приет с ПМС 256 /2009, изм и доп. С ПМС № 201/31.07.2015г. чл.5, т.7, чл.30, т.8.;*
- *Правилникът за вътрешния ред на НЕЛК/ТЕЛК, утвърден от директора на НЕЛК е приведен в съответствие с действащите нормативни актове в областта на медицинската експертиза – ЗЗ, НМЕР и ПУОРОМЕР, което спомага за ефективното и ефикасно изпълнение на функциите. Липсата на вътрешни правилници за работата, в които да са разписани конкретно правомощията на членовете на комисиите, реда и условията за провеждане на заседания, движението на преписките и др., не допринася за ефективното и ефикасно изпълнение на дейността по експертиза на работоспособността;*
- *Постановление на МС №179 от 27.06.2014.*

За опростено представяне на законодателната база на МЕ съставихме „нормативна пирамида“, която има за цел да онагледява многообразието от нормативни

актове, регулиращи дейността на изследваната система и да подпомогне йерархичното смислено усвояване (за нуждите на теорията и практиката) – фиг.3:



Фиг.3. Правно регулиране на дейността на МЕ – „нормативна пирамида“

Основни резултати от анализа на нормативната база на дейността на МЕ: налице е опит за създаване на необходимата за осъществяване на дейността правна рамка. Законите и подзаконовите актове, които уреждат медицинската експертиза на работоспособността са претърпяли многобройни промени. Наблюдава се разпокъсаност на уредбата, припокриване на регулираната област и противоречия между законите и подзаконовите норми, като често уредбата в подзаконовите актове разширява обхвата на

законовите норми. Създадена е заплахата от различно тълкуване и прилагане на една и съща дейност, което затруднява прилагането на закона от експертите в ТЕЛК/НЕЛК и хората с увреждания. В допълнение са налични различни критерии за финансиране на дейността по МЕ на ТЕЛК, в зависимост от това дали лечебното заведение към което е ТЕЛК е на държавен или общински бюджет, респ. липсва стандарт за финансиране на ТЕЛК, независимо от вида им.

Методиката за прилагане на отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност в проценти, съгласно приложение № 2 към Наредбата не обезпечава в достатъчна степен единни критерии за оценка на неработоспособността, тъй като допуска възможност за субективна преценка от различните комисии. В математическата формула за определяне на медицинската оценка се загубва човекът с неговите индивидуални здравни и социални проблеми. Нормативно определенният контрол върху дейността на МЕ се осъществява от много на брой и различни институции, които нямат достъп до единна информация в национален план относно издадените медицинска (от ТЕЛК/НЕЛК) и социална оценка (от АСП) на лицата с инвалидност/увреждане, което поставя под съмнение ефективността на осъществявания контрол. Многоинстанционалността на обжалването и разширеният обхват на заинтересуваните страни затруднява и забавя реализирането на процеса на социална интеграция. Към проблема на разхвърляната и разпокъсана нормативна уредба се добавя и неяснотата за точното място и организационно-методичното подчинение на

ТЕЛК/НЕЛК – към НОИ, респ. към МТСП или към МЗ.

Б) Административен капацитет: медицинската експертиза, извършвана на основание чл.101 от Закона за здравето, има за цел да установи: временната неработоспособност; вида и степента на увреждане на деца до 16-годишна възраст и на лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 от Кодекса за социално осигуряване; степента на трайно намалена работоспособност на лица в трудоспособна възраст; потвърждаване на професионална болест. Тя се извършва въз основа на подробна клиничко-експертна анамнеза и клиничен преглед. Като високо специализирана медицинска дейност, тя е неразделна част от цялостния диагностично-лечебен и профилактичен процес, осъществяван от здравните заведения.

Ръководството и организацията на медицинската експертиза на работоспособността се осъществява от Министерството на здравеопазването (МЗ) и Регионалната здравна инспекция (РЗИ). Извършват се експертиза на временната и на трайната неработоспособност, като дейността се осъществява от експерти на няколко нива – лекуващ лекар (стоматолог), лекарски консултативни комисии (ЛКК), ТЕЛК и НЕЛК. Експертизата по определяне на временната и трайната неработоспособност (т.е. определяне на степен на инвалидност/увреждане, изразена в проценти) се осъществява от компетентните органи ТЕЛК/НЕЛК, които се произнасят по въпроси, свързани с оценка, изразена в проценти трайно намалена работоспособност. Вследствие на крайната

оценка от ТЕЛК/НЕЛК се определя размера на пенсия по инвалидност и вида на социалните придобивки, които следва да получи освидетелстваното лице. Дейността на компетентните органи по установяването на ТНР е експертна и оценъчна. Въз основа на здравословно състояние на осигурените лица, характера на изпълняваната работа, професионална подготовка и изискванията на професията, органите на експертизата на работоспособността извършват установителна и удостоверителна дейност.

Формата и съдържанието на експертните решения на ТЕЛК и НЕЛК са по образец, утвърден от управителя на Националния осигурителен институт (НОИ) и от министъра на здравеопазването. Принципите и критериите на медицинската експертиза, редът за установяване на временна неработоспособност, видът и степента на увреждане, степента на трайно намалена работоспособност, потвърждаване на професионална болест, както и условията и редът за извършване на медицинска експертиза по чл. 103, ал. 3 от ЗЗ се определят с наредба на Министерския съвет.

Реализирането на правата на хората с увреждания в България е в пряка връзка с дейността на МЕ, а ЕР се явява необходимо условие за ползването на тези права. Формата и съдържанието на ЕР на ТЕЛК/НЕЛК са по образец, утвърден от управителя на Националния осигурителен институт и от министъра на здравеопазването. Закономите предпоставки, обуславящи тези права динамично се променят, съобразно ресурсите на МТСП.

Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК) е юридическо лице на бюджетна издръжка към министерството на здравеопазването. Нейната дейност се ръководи от договор, назначаван от министъра на здравеопазването. НЕЛК осъществява следните функции по проблемите на МЕ: диагностични функции; експертни функции; профилактични функции; методични функции и контролни функции.

В структурата на НЕЛК има следните специализирани лекарски състави по: вътрешни болести; сърдечно-съдови болести; нервни болести; психични болести; ортопедично-травматологични болести; хирургически болести; очни болести; белодробни болести и по уши-нос-гърлени болести.

Всеки специализиран лекарски състав включва минимум трима лекари, единият, от които е председател на състава. Председателят на състава се назначава от министъра на здравеопазването, по предложение на директора на НЕЛК. В специализираните състави могат да работят лекари с призната клинична специалност и минимум 5 години стаж по съответния профил.

Специализираните лекарски състави на НЕЛК (12 специализирани състава) разглеждат и решават: а) обжалване решенията на ТЕЛК по установения ред; б) немотивирани решения на ТЕЛК, установени при контролно-медицински проверки в картотеките за медицински експертни досиета; в) решенията на ТЕЛК по сигнал за нарушения, свързани с експертизата на временната неработоспособност. Имат правомощията

да оказват медицинска помощ и да извършват контрол по организацията и качеството на експертната дейност на ТЕЛК, както и да участват в проверки по Експертната на временната неработоспособност в лечебните заведения в държавата.

При всички случаи на обжалвани решения на ТЕЛК, НЕЛК задължително се произнася по състоянието на работоспособността на лицето в момента на освидетелстването му, определяне степента на ТНР в проценти спрямо здрав човек, потребността от чужда помощ, срока и противопоказните условия на труд. НЕЛК може да потвърди решението на ТЕЛК; да го отмени и да издаде ново решение или да го отмени изцяло или отчасти и да го върне за ново освидетелстване на лицето с указание за отстраняване на допуснатите грешки и пропуски в решението. Решенията, свързани с трайно намалена работоспособност се изпращат в съответното Териториално поделение (ТП) на НОИ, където подлежат на контрол и могат да бъдат обжалвани пред НЕЛК-София.

Право да обжалват експертното решение имат всички заинтересовани лица – освидетелстваното лице, работодателят, застрахователят и т.н. Свързващото звено между всички участници в медицинската експертиза е РКМЕ, която е част от регионална здравна инспекция (РЗИ). Там се извършва приемането на заявленията, жалбите, съхраняването на документите и др. Всяко решение на ТЕЛК може да бъде обжалвано пред НЕЛК в 14-дневен срок от датата на получаването му пред НЕЛК чрез РКМЕ. Решенията на НЕЛК се обжалват пред

административния съд, в чийто район се намира постоянният или настоящият адрес на жалбоподателя, по реда на Административно-процесуалния кодекс. Сроктът за обжалването започва да тече от датата на получаване на експертното решение.

Териториално експертните лекарски комисии (ТЕЛК) се създават към държавни/общински лечебни заведения за болнична помощ от директорите на РЗИ със съгласието на министъра на МЗ. ТЕЛК са структурни звена на лечебни заведения, към които са създадени. Профилът на ТЕЛК понастоящем може да бъде само общ и се определя от министъра на здравеопазването по предложение на директора на РЗИ и на директора на НЕЛК. До 2014 г. са съществували специализираните ТЕЛК: по очни болести, по психични болести, по специфични и неспецифични белодробни заболявания.

С Постановление № 179 на Министерски съвет от 2014 г. (ДВ бр. 55/2014) са въведени промени в Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи, регламентиращи закриването на специализираните ТЕЛК в страната. В щата на ТЕЛК се включват минимум 3 лекарски длъжности (от които една за председател) на пълен работен ден и технически сътрудници. През 2005 г. към съставите на ТЕЛК са включени представители на НОИ и на Районната дирекция „Социално подпомагане“ (РДСП). Относно представителството на РДСП впоследствие се установява, че тяхното участие в процеса на освидетелстването е неефективно. Представителите на

РДСП са били без медицинско образование и реално не са участвали при снемане на анамнезата и при клиничния преглед на освидетелстваното лице. Тяхното участие не е свързано с определяне на степента на ТНР и е сведено до формално полагане на подписи върху експертното решение. Това е наложило преосмисляне на тяхното присъствие и извеждането им от ТЕЛК. В края на 2011 г. представителството на НОИ в ТЕЛК също е прекратено.

Комисиите освидетелстват лицата по повод на временна неработоспособност и по повод определяне на ТНР/СУ в 3-месечен срок от постъпване на документите при тях. Решенията се връчват на лицата или на упълномощени от тях лица, или на законните им представители срещу подпис. При временна неработоспособност срокът за освидетелстване е 15 дни от датата на постъпване на документите в ТЕЛК. За преценка на отделните случаи и конкретните въпроси, свързани с освидетелстване на дадено лице, в заседанията на ТЕЛК след покана на председателя могат да участват представители на териториалното поделение на НОИ, представители на работодателите и други длъжностни лица, имащи отношение към конкретните въпроси, свързани с освидетелстването. В извършването на клиничния преглед и вземането на решенията задължително участват всички членове на ТЕЛК. При липса на единодушно становище, експертното решение се подписва с особено мнение (мотивирано несъгласие). Такива експертни решения се изпращат в НЕЛК за окончателно решение.

Понастоящем са изградени и функционират 73 ТЕЛК в 38 градове в страната (Благоевград, Бургас,

Варна, В.Търново, Видин, Враца, Габрово, Димитровград, Добрич, Дупница, Етрополе, Козлодуй, Кубрат, Кърджали, Кюстендил, Ловеч, Лом, Монтана, Нови Пазар, Павликени, Пазарджик, Перник, Плевен, Пловдив, Разград, Русе, Самоков, Севлиево, Силистра, Сливен, Смолян, София, Ст.Загора, Троян, Търговище, Хасково, Шумен и Ямбол). С цел преодоляване на натрупването на големия брой чакащи за освидетелстване лица и спазването на законоустановените срокове през периода 2004-2005 г. са разкрити 28 нови ТЕЛК, а впоследствие с Постановление на МС №179 от 27.06.2014 г. бяха закрити специализираните ТЕЛК, като специалистите от тях се прикрепят към съставите на общите ТЕЛК.

Основни резултати от анализа на административния капацитет на медицинската експертиза: понастоящем броя на длъжностите в системата на МЕ се определя в зависимост от работата на съответната ТЕЛК. В нормативната уредба няма разпоредби относно начина на избор на лекарите в ТЕЛК (напр. чрез конкурсна процедура), които да гарантират обективен и прозрачен избор. С лекарите се сключват трудови договори от ръководителя на съответното лечебно заведение. Подчинеността на ТЕЛК на лечебните заведения, които са търговски дружества, е предпоставка за прилагане на различни подходи и правила за определяне на работните заплати.

Ограничението в ТЕЛК да работят само лекари с призната клинична специалност с минимум 5 години трудов стаж по съответния профил, както и забраната да работят другаде, предопределя ниския брой на лекарите на възраст до 40 г. Преобладаващата част от

лекарите са на възраст между 41 и 60 г., като много висок е броят на лекарите в пенсионна възраст, което потвърждава извода, че позицията специалист по медицинска експертиза на работоспособността не е атрактивна. Трудовото възнаграждение на лекарите, работещи в ТЕЛК, е недостатъчно и води до слаба мотивираност на експертния персонал за работа. Установява се текучество при лекарите с призната специалност. Не е осъществявана последователна политика за развитие на човешките ресурси и не е утвърдена програма за обучение, квалификация и преквалификация на лекарите. Поради нарастналия брой на обжалванията и натовареността на съставите не е спазено изискването лекарите от НЕЛК/ТЕЛК да отработват по половин работен ден седмично в университетските болници. Изграденият административен капацитет притежава необходимите професионални качества за ефективно изпълнение на поставените цели, но е недостатъчен, предвид нарастналия обем на обжалванията през последните години и с оглед ефективното изпълнение на възложените функции.

Задълбочаването на кадровата криза в ТЕЛК допълнително удължава времето за освидетелстване/преосвидетелстване на хората с увреждания. Забавата при явяването пред ТЕЛК и претоварването на комисиите скъсява времето за работа с пациента и създава предпоставки за изпускане на съществени елементи от анамнезата (особено от трудовата), от обективния статус и допълнителните изследвания за общо заболяване, професионални болести, трудови злополуки и т.н. Това води до намаляване на

прецизността на решенията и се загубва същинската функция на ТЕЛК – профилактична и възстановяваща здравето.

В) Материално-техническо, финансово и информационно осигуряване: на *НЕЛК* са предоставени за ползване помещения в сградата на Националния център по опазване на общественото здраве, които не са достатъчни за ефективното осъществяване на дейността. Осигурен е достъп на хората с увреждания чрез рампа за инвалидни колички. Наличната материално-техническа база – компютри, принтери, телефонни постове, факсове, ксерокс машина, транспортни средства, не притежава необходимите качествени параметри и капацитет. Националната експертна лекарска комисия е конкретен бенефициент по Проект BG051PO001-6.2.12 - „Единна Информационна система на медицинската експертиза в България“. Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“, съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз. Създадена е интернет страница на НЕЛК. На по-голямата част от *ТЕЛК* са предоставени помещения в сградите на лечебните заведения, към които са открити като в немалка част условията за работа не отговарят на изискванията, необходими за извършване на медицинската експертиза. Осигурен е (с малки изключения) безпрепятствен достъп на хората с увреждания до сградите чрез изградени специални външни съоръжения за придвижване с помощни средства. Ръководителите на лечебните заведения, към които са създадени ТЕЛК, са осигурили условия за

работа, в т.ч. обзавеждане и инвентар, но не във всички случаи те отговарят на съвременните стандарти и изисквания за обслужване на лица с увреждания.

Компютърната осигуреност на служителите е различна в отделните ТЕЛК и е в зависимост от финансовото състояние и материално-техническата база на лечебните заведения, към които те са създадени. Въпреки, че броят на използваните компютри нараства, техните качествени параметри не отговарят на съвременните стандарти поради морално износване, което забавя технологичния процес и създава проблеми при въвеждането на специализиран софтуер. Използвани са различни софтуерни продукти („ТЕЛК+“, „DELFI ТЕЛК“, „ТЕЛК-помощник“, безплатен офис пакет Open Office и др.). Във връзка със съставянето, съхраняването и движението на МЕД по данни от РКМЕ е установено, че в картотеките са разработени и утвърдени правила за съставянето, съхраняването и движението на МЕД от съответните РЗИ. Въведен е специализираният продукт „КМЕД+“ и са предприети действия за автоматизиране на процеса по приемане на входящите документи, подготовка и насочване към ТЕЛК и за създаване на електронни досиета на освидетелстваните лица.

Основни резултати от анализа на материално-техническото и финансовото осигуряване на дейността на медицинската експертиза: не се прилага специализиран национално унифициран софтуер при издаването на експертните решения, който да способства за намаляване на необходимото технологично време за създаване на документите и да осигурява пълна и надеждна и достоверна информация

за целите на контрола и анализа. Не са създадени електронни досиета на хората с инвалидност/увреждане в национален мащаб, не е въведен електронен обмен на информацията между ТЕЛК, НЕЛК, РКМЕ, РЗИ, НОИ, лечебните заведения и НЦЗИ. В голяма част от ТЕЛК не е изградена локална мрежа, липсва достъп до интернет и електронна поща. Не се прилага специализиран софтуер при издаването на експертните решения, който би спомогнал за намаляване на необходимото технологично време за работа с документацията. В НЕЛК не са систематизирани и конкретизирани процедурите, свързани с движението на входящата, вътрешно-служебната и изходящата документация, по отношение на разделението на отговорностите на длъжностните лица, контрола за изпълнение на сроковете и архивирането на документацията. В ТЕЛК има установени практики, но не навсякъде са утвърдени правила за събиране, отчитане и съхранение на документацията. Не са създадени типови документи, чрез които да се унифицират информационните потоци между институциите, участващи в процеса на медицинската експертиза на работоспособността. Поради тези причини за организацията и отчитането на една и съща дейност от различните състави на ТЕЛК е използван различен начин на документиране.

Помещенията, в които се съхраняват МЕД и другите документи на комисиите, не са оборудвани с охранителни системи и съхраняването на документите не е надеждно и сигурно. При домашни посещения в обслужвания район, след предварителни заявки,

лечебните заведения са осигурявали необходимите транспортни средства. В отделни случаи е осигуряван транспорт чрез такси-фирма, сключила договор за обслужване с лечебното заведение. В други случаи е осигуряван транспорт и посещенията са осъществявани с личен транспорт на лекарите от ТЕЛК или за сметка на освидетелстваните лица. Проблемите на информационната система и обмен на данни е последица от слабата материално-техническа база на ТЕЛК/НЕЛК.

Г) Органи и механизми за осъществяването на контрол: контролът върху медицинската експертиза се осъществява от Националния съвет по медицинска експертиза, от министъра на здравеопазването, министъра на труда и социалната политика, от НЗОК, НОИ, РЗИ и от регионалните съвети по чл. 111 от Закона за здравето. Експертите към РЗИ, ТП на НОИ, РЗОК и към РКМЕ осъществяват методическа помощ и контрол по медицинската експертиза на всички лечебни заведения на територията на района.

- *Националният съвет по медицинска експертиза (НСМЕ)* има следните функции: разработва и представя на МС становища по националната здравна политика, свързани с медицинската експертиза; осъществява координация на дейностите между държавните органи във връзка с медицинската експертиза; анализира информацията за дейността, развитието и състоянието на медицинската експертиза в страната; разработва и представя за приемане от МС проекти за изменение и допълнение на нормативни актове, свързани с медицинската

експертиза; разработва методика за финансиране и контрол на дейността на органите на медицинската експертиза, която се приема от МС. В състава си НСМЕ включва заместник министър-председател и министър на финансите, министър на здравеопазването, министър на труда и социалната политика, управител на Националния осигурителен институт, директор на Националната здравноосигурителна каса и директор на Националната експертна лекарска комисия.

НСМЕ към Министерския съвет (МС) като орган за контрол и координация на медицинската експертиза е следвало да бъде създаден от 01.01.2005г. с приемането на ЗЗ. До 27.10.2006 г., когато е издадена заповед на председателя на МС за създаване на работна група за разработване на проект на Правилника за устройство и дейността на Националния съвет за медицинска експертиза, не са предприети действия за изпълнение на разпоредбите на чл.102 от ЗЗ. С ПМС №120 от 29.05.2007 г. е приет Правилник за устройството и дейността на Националния съвет на медицинската експертиза. Не са установени причините за забавянето на създаването на Съвета.

- *Министър на здравеопазването* - устройственият правилник на МЗ не регламентира изрично контролните му функции върху дейността по медицинската експертиза. Становището на министерството е, че контролът на дейността по медицинска експертиза следва да се осъществява от РЗИ, като териториални органи, изпълняващи

здравната политика на територията на съответната област. МЗ поддържа мнението, че съществуването на много органи с контролни функции не допринася за подобряване на ефикасността на контрола върху органите на медицинската експертиза, като счита, че липсва координация при осъществяването на контролната дейност, което води до възникване на противоречия при изпълнението на функциите между представителите на РЗИ, РКМЕ, ТП на НОИ и членовете на ТЕЛК.

- *Национална здравноосигурителна каса* - контролът, осъществяван от НЗОК, се отнася до изпълнението на Националния рамков договор (НРД) и няма отношение към качеството на дейността на медицинската експертиза на работоспособността, тъй като няма такива правомощия и задачи. Той включва документацията относно прегледите и изследванията по повод на подготовката на пациентите за ЛКК, както и подготовката за освидетелстване и преосвидетелстване от ТЕЛК/НЕЛК и не обхваща извършването на самата медицинска експертиза.

- *Националната експертна лекарска комисия* осъществява контрол върху дейността на МЕ посредством: изказване по обжалвани експертни решения с възможност за намаляване, увеличаване на ТНР или отмяна и връщане за ново разглеждане към съответната ТЕЛК; обучение, квалификация и преквалификация на лекарите, работещи в ТЕЛК; методическа помощ на ТЕЛК и РКМЕ и т.н. Според чл.43 от ПУОРОМЕРКМЕ, специализираните състави на НЕЛК оказват и методическа помощ и упражняват

контрол по организацията и качеството на експертната дейност на ТЕЛК, участват в проверки в лечебните заведения в страната, оказват методическа помощ на РКМЕ, освидетелстват на място лица, отказват откриване на процедура при недопустимост на жалбата. При обжалване на експертните решения на ТЕЛК, НЕЛК се произнася по всички поводи, предвидени в НМЕ, вкл. по състоянието на работоспособността/вида и степента на увреждане към момента на постановяването на обжалваното решение.

НЕЛК може да събира и допълнително данни за заболяването и да насочва болните за диагностично уточняване в лечебни заведения по своя преценка. Според Правилника, НЕЛК има консултантски и експертни функции по аналогия с НСМЕ, като участва в разработването на проекти на стратегии и програми в областта на националната здравна политика и на нормативни актове, свързани с медицинската експертиза. Независимо от многобройните и различни по характер функции и ограничения административен капацитет на НЕЛК, органът следва да се произнесе в 3-месечен инструктивен срок от получаването на обжалваните експертни решения, без да са предвидени санкции за неспазване на това задължение. Малкото на брой специализирани състави на НЕЛК, разнообразните функции (експертни, методически, контролни и административни, нормотворчески) голямата по обем съпътстваща дейност на НЕЛК, възможността за привличане на консултанти и вземането на общи решения в спорните случаи забавят допълнително произнасянето по решенията.

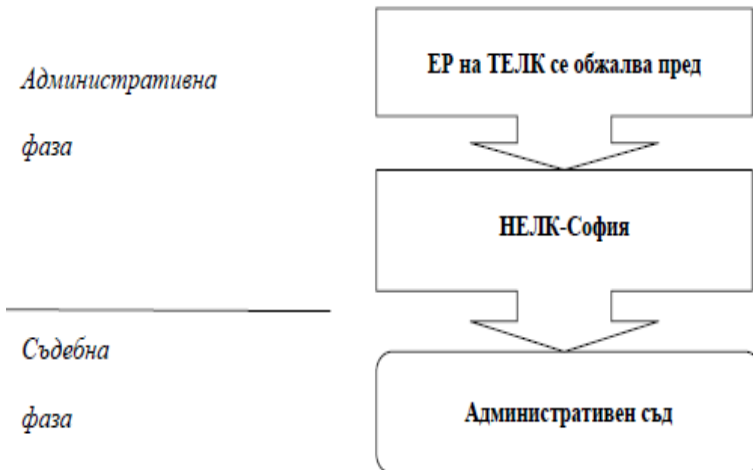
- *Регионална здравна инспекция и Регионална картотека на медицинската експертиза* осъществяват контрол върху дейността на МЕ на регионално ниво. В резултат на структурна реформа, проведена през 2011 г., службата „Регионална картотека на медицинската експертиза“ вече функционира като отдел към дирекция „Медицински дейности“ на Регионалната здравна инспекция в градовете, в които има ТП на НОИ. Картотеките осъществяват дейност по съставяне, съхранение и движение на медицинска документация. За всяко лице, което ще бъде освидетелствано за първи път от ТЕЛК се попълва контролен картон. В РКМЕ лицата подават молба, медицински документи, доказващи здравното им състояние. Лицата, явяващи се за освидетелстване представят и протокол от ЛКК за освидетелстване, за редовно преосвидетелстване, за предсрочно преосвидетелстване, за влошено/подоброено здравно състояние. Медицинските експертни досиета (МЕД) се образуват и съхраняват в картотеката по постоянен адрес на лицата и съдържат: медицински протоколи на ЛКК; резултати от изследванията; експертни решения на ТЕЛК/НЕЛК; други документи, които ТЕЛК/НЕЛК са изискали. В страната са разкрити и функционират 28 РКМЕ – по една във всяка административна област.
- *Районните здравноосигурителни каси* не осъществяват пряк контрол върху дейността по МЕ, в т.ч. и на ТЕЛК. Контролните им функции по изпълнение на дейностите по експертизата на работоспособността се свеждат до проверка на документацията, която изпълнителят води по НРД. РЗОК не са планирали и осъществявали проверки по

МЕ на работоспособността, като отделен тематичен модул. Възложените със 33 контролни функции на НЗОК/РЗОК върху дейността на медицинската експертиза не са изпълнявани поради неясната им регламентация и липсата на правила и методика за тяхното осъществяване;

- *Ръководителите на лечебни заведения следва да упражняват системен контрол, включващ спазване на сроковете за освидетелстване и воденето на медицинската документация;*
- *Национален осигурителен институт (НОИ) - контролната дейност на НОИ се осъществява от: медицинските комисии към ТП на НОИ - чрез проверка на експертните решения от ТЕЛК и тяхното обжалване пред НЕЛК; контролните органи на НОИ – чрез съставяне на ревизионни актове за начет на физическите/юридическите лица по чл.110, ал.1 от КСО.*

ЕР на ТЕЛК се явява индивидуален административен акт на органите на МЕ и като такъв може да бъде обжалван от заинтересованите страни. Процедурата по неговото оспорване понастоящем се урежда в Закона за здравето (р. IV, чл. 112), но от началото на 2000 г. до началото на 2005 г. тя е съдържала в КСО (гл. I „Общи положения относно държавното обществено осигуряване“, чл. 14-17). Това, че правната уредба на органите на медицинската експертиза, техните функции, дейност и актове, които издават, се съдържат в друг нормативен акт, а не в КСО, е следствие на обстоятелството, че актовете на органите на МЕ пораждат правни последици не само в

осигурителните правоотношения в ДОО, а и в други правоотношения, касаещи здравето осигуряване, трудовото и данъчното право, правото на социално подпомагане и др. Процедурата по обжалването на ЕР е разделена в две фази: административна и съдебна (фиг.4). В разпоредбите на чл. 14-17 от този кодекс се съдържаха новата правна уредба за тогавашната „експертиза на работоспособността“ – същност, органи, актове, които те издават, обжалването им, вкл. и по съдебен ред. През 2009 г. за първи път в осигурителното законодателство се предвижда отпускане на пенсия за инвалидност по акт на органите на медицинската експертиза (МЕ), който е в процес на обжалване, т.е. не е влязъл в сила.



Фиг.4. Обжалване на ЕР на ТЕЛК/НЕЛК.

От 01.07.2009 г. с изменената изцяло разпоредба на чл. 98, ал. 7 от КСО се регламентира, че при обжалване решението на ТЕЛК и НЕЛК от председателя на медицинската комисия или по реда на чл. 112 от Закона за здравето, до влизане в сила на решението на НЕЛК, съответно на съда да се отпуска, възобновява и възстановява инвалидна пенсия в размер на социалната пенсия за старост. В одитния си доклад за периода от 01.01.2005 г. до 31.12.2006 г. Сметната палата счита, че рестрикциите в чл. 110, ал. 1 от КСО не следва да се отнасят до членовете на ТЕЛК/НЕЛК, поради обстоятелството, че същите не попадат в хипотезата на този член. Те издават експертните си решения в качеството си на колективен административен орган в структурата на лечебното заведение, което е юридическо лице.

Съдебната практика в тази посока, становището на Омбудсмана Гиньо Ганев от 20.07.2009 г. и Отговорът на Администрацията на Министерски съвет №741/10 от 26.07.2010 г. сочат, че предвижданата от КСО възможност за съставяне на актове за начет на физически и юридически лица не следва да се отнася до членовете на НЕЛК/ТЕЛК поради гореизложеното обстоятелство. Те издават експертните си решения в качеството на колективен административен орган в структурата на лечебното заведение, което е юридическо лице, а финансовият акт за начет има за адресат лечебното заведение в качеството му на юридическо лице с последващ регресен иск от него към членовете на ТЕЛК. Ситуацията, включваща съставяне на финансов акт за начет на експертите от системата на МЕ ги

противопоставя на хората с инвалидност/увреждания и се стига до изкривяване на основната цел на функционирането на ТЕЛК – профилактична, възстановяваща, подпомагаща връщането на способността за труд. Така от форма на контрол обжалването на ЕР от НОИ се превръща във функция, която поставяйки под съмнение истинността на медицинската оценка спира процеса на реализация на правата по социалната оценка и се явява бариера за социалната интеграция на хората с инвалидност/увреждане.

Основни резултати от контрола на дейността на медицинската експертиза: въпреки многобройните институции, ангажирани с контрола на медицинската експертиза, вкл. и правораздавателната система, той е несистемен и неkoordinиран. В 33 липсва уредба по аналогия с разпоредбата на чл.68, ал.3 от Правилника, която да предоставя правомощие на РКМЕ в случаите на допуснати технически грешки, при грешки на ТЕЛК (да поправя) решението, т.е. налице е несъответствие между законов и подзаконов акт. Не се налагат административни наказания за забавяне на сроковете за освидетелстване/преосвидетелстване. НЕЛК освен чисто експертни, изпълнява и контролни, консултативни и административни дейности. Системата на ТЕЛК е претоварена, а контролът на ТП на НОИ се осъществява единствено чрез обжалване на експертните решения. При изказване по обжалвано ЕР НЕЛК/ТЕЛК са лишени от възможността да проверят актуалността на отразеното в документите здравно състояние на пациента поради слабата материално-техническа база и липсата на собствена апаратура и

оборудване за високо-специализирани дейности. В голяма част от РЗИ в страната във вътрешните нормативни документи не са разработени подробни правила и процедури за извършване на проверки в лечебните заведения и ТЕЛК по организацията и качеството на медицинската експертиза на работоспособността. Ръководителите на лечебните заведения, към които са открити ТЕЛК, нямат практика да планират проверки по експертизата на трайната неработоспособност. От страна на ръководителите на лечебни заведения тази дейност се извършва основно при сигнали и жалби. Председателите и членовете на ТЕЛК не са мотивирани за ефективно изпълнение на възложените им контролни функции относно временната неработоспособност. Липсата на единен и системен контрол върху медицинската оценка на инвалидността/увреждането генерира проблеми, които се понасят от хората с инвалидност/увреждане при реализиране на правата по ЕР на ТЕЛК и се превръща в бариера пред социалната им интеграция.

Анализът на ситуацията в системата на медицинската експертиза разкрива силните и слабите страни на функционирането ѝ, както и възможностите и заплахите, стоящи пред нея. Като проблем, който влияе върху болния е липсата на превантивния характер на МЕ, забавяне на освидетелстването и слабата материално-техническа база (табл.11):

Табл. 11. Ситуационен анализ на функционирането на системата на МЕ.

Силни страни	Слаби страни
<p>Създадена е необходимата за осъществяване на дейността на МЕ правна рамка;</p> <p>Методиката за определяне на ТНР/СУ в проценти дава възможност в крайната оценка да бъдат включени всички заболявания на пациента;</p> <p>Цялостната подготовка на пациента за представяне пред ТЕЛК се извършва в доболничната/болничната помощ;</p> <p>Лекарите отговарят на изискванията за образование и трудов стаж;</p> <p>Направена е първата стъпка в изграждане на единна информационна система на МЕ;</p> <p>Интернет-страницата на НЕЛК увеличава прозрачността относно дейността на комисията и осигурява достъп до информация;</p> <p>Предприети са необходимите действия, при случаи на предлагани нерегламентирани плащания;</p> <p>Високо ниво на юридическа отговорност на експертите, работещи в системата на МЕ.</p>	<p>„Разхвърляност“ и „многобройност“ на законовата уредба на МЕ;</p> <p>Математическата формула за оценка на инвалидността изключва индивидуалните социални потребности на човека с увреждане;</p> <p>Различна ведомствена подчиненост на НЕЛК, ТЕЛК, РКМЕ и АСП;</p> <p>Не са изградени лечебно-диагностични звена към НЕЛК/ТЕЛК за проверка на обективното състояние на пациента;</p> <p>Много и различни институции изпълняват контролната дейност върху дейността на МЕ;</p> <p>Липса на единен електронен обмен на информацията между ТЕЛК, НЕЛК, РКМЕ, РЗИ, НОИ, лечебните заведения и НЦЗИ;</p> <p>Претоварване на системата на МЕ;</p> <p>Слаба материално-техническа база;</p> <p>Липса на последователна политика за развитие на човешките ресурси;</p> <p>Слаба мотивираност на експертния персонал за работа.</p>
Възможности	Заплахи
<p>Преминаване на ТЕЛК, НЕЛК и РКМЕ на единно административно подчинение и контрол;</p> <p>Създаване на единна национална база данни и електронно досие на инвалида;</p> <p>Подготовката на пациента за ТЕЛК да включва и дистанционно консултиране от експерти на РКМЕ, АСП и НОИ;</p> <p>Оптимизиране на методиката за оценка на инвалидността с включване на индивидуалните потребности на човека;</p> <p>Гражданско възпитание с използване на компютърните и иновационни технологии;</p> <p>Стимулиране на персонала за работа извън системата на МЕ;</p> <p>Акредитиране на системата на МЕ;</p> <p>Атестиране на експертните състави на ТЕЛК/НЕЛК;</p> <p>Работа по проекти и програми, свързани с комплексната рехабилитация на хората с увреждания.</p>	<p>„Кадрово оголване“ на системата на МЕ вследствие неконкурентното за специалността заплащане;</p> <p>Липса на индивидуалност на оценката на степента на инвалидност;</p> <p>Влошаване на качеството на експертната работа;</p> <p>Изкуствено намаляване на оценката на инвалидността с оглед превенция финансовия начет на работещите в ТЕЛК лекари-експерти;</p> <p>Ниска мотивация на лекарите до 40 г. възраст за работа в системата на МЕ;</p> <p>Застой в професионалното развитие на експертния персонал;</p> <p>Висок корупционен риск и развитие на корупционни практики;</p> <p>Песимистична настройка на населението към резултатите от работата на ТЕЛК;</p> <p>Увеличаване на финансовия товар на здравната и социалната системи.</p>

Отсъствието на електронен обмен на информацията и единна информационна система между ТЕЛК, НЕЛК, РКМЕ, РЗИ, НОИ, лечебните заведения и НЦЗИ е причина за искането на допълнителни документи при освидетелстването на пациентите от системата на медицинската експертиза, за загуба/дублиране на медицински досиета и връщането на пациентите от Комисиите. Липсата на сертифицирани експерти по медико-социална експертиза създава рискове от субективизъм в медицинската оценка и генерира висок корупционен риск. Съществена заплаха е неудовлетвореността на обществото от резултатите от работата в системата на МЕ и увеличаване на броя на хората с инвалидност, при които не се провеждат превенционни политики.

5. Експертното мнение по проблемите на оценката на инвалидността и нейната рехабилитация.

В съответствие с възприетата цел и в изпълнение на задачите на изследването, набирането на емпирична информация се осъществи сред експерти по предварително разработен сценарий чрез метода на дълбочинното интервю. Поради липсата на съществени регионални различия във функционирането на системата на МЕ, ограничения брой респонденти с утвърден експертен опит, както и тяхната отзивчивост в проучването, в него не бяха предвидени райони за целенасочено въздействие. Отклонения от предвидения брой интервюта има в представителите на НПО на хората с увреждания,

както и сред експертите по обществено здраве (табл.12):

Табл.12. Планирани и реализирани експерти, от които е потърсено мнение

Интервюирани	Планирани	Реализирани
Представители на общинската администрация	4	4
Представители на НПО	10	3
Представители на ТЕЛК	3	3
Представители на РКМЕ и РЗИ	3	3
Директори на болници и икономически директори	3	3
Представители от НОИ	2	2
Представители от АСП	3	3
Експерти от областта на общественото здраве	3	4
Общо	31	25

При избора на експертите, които да бъдат включени в изследването е приложена система за подбор с оглед осигуряване на равни шансове за представителите от всички групи. Всеки, приел да участва в изследването бе помолен да предложи други специалисти с експертен опит по проблемите на оценката на инвалидността и нейната рехабилитация.

Тематични аспекти на разглежданата проблематика в дълбочинното интервю:

Тема 1. Оценка на функционирането на системата на медицинската експертиза и ефективността на контрола върху тази дейност.

Тема 2. Адекватност на действащото законодателство и на организационната структура на системата.

Тема 3. Лица, които следва да бъдат насочвани за оценка на инвалидността във връзка с тяхната рехабилитация и последваща реализация на пазара на труда.

Тема 4. Мерки за подобряване на функционирането на системата на медицинската експертиза.

По поставените въпроси по **Тема 1** всички експерти единодушно изразиха становището си, че ТЕЛК *не работи ефективно и прозрачно*. Относно бариерите, които възпрепятстват ефективността на нейната работа респондентите се обединиха около мнението, че факторът „неефективна организация на дейността“ е най-значим. Директорите на НОИ изтъкват като друга водеща бариера противоречията в законовата и подзаконовата уредба, като те и директорите на болниците добавят и още две причини за неефективността на системата – ниското заплащане на лекарите, работещи в ТЕЛК и липса на лекари, специалисти по оценката на инвалидността. Експертите от РКМЕ се консолидираха около други два фактора - липса на единна йерархична структура на организация на дейността и контрол на органите на медицинска експертиза, ТЕЛК, РЗИ, НЕЛК и липсата на единна информационна система между ТЕЛК, НЕЛК, НОИ и АСП.

Единствено представителите от НОИ одобряват сегашната *система на контрол върху дейността на ТЕЛК*, като считат обжалването на актовете на системата на медицинската експертиза от тяхна страна

за напълно достатъчен и ефективно действащ механизъм. Всички останали участници в дълбочинното интервю считат, че контролът е неефективен и посочват само една основна причина - много на брой и различни по дейност институции. Представителите на РКМЕ и РЗИ са на мнение, че контролът от тяхна страна (определен със закон) е само формален и по тази причина неефективен и предложиха да имат възможността да обжалват решенията на ТЕЛК в тяхната същност, а именно – оценката на инвалидността. Експертите от областта на общественото здраве и АСП допълват това мнение, като считат, че върховен орган по обжалваните актове трябва да бъде НЕЛК.

В процеса на обсъждане по поставените въпроси в **Тема 2** голяма част от експертите, помолени да оценят ефективността на законодателството, регулиращо дейността на ТЕЛК/НЕЛК дават оценка „3“ при максимална оценка „6“. Представителите от ТЕЛК и РКМЕ дават по-ниски оценки - „2“, а директорите на НОИ - по-високи („4“ и „5“). Всички експерти одобряват *създаването на единен нормативен акт* (напр. Закон за медико-социалната експертиза), който да регламентира въпросите по оценката на инвалидността в цялост и пълнота. Експертите от Общинската администрация, РКМЕ, АСП, директорите на болници и експертите от Общественото здраве са на мнение, че в този закон трябва да се определи, че оценката следва да се извършва от Комисия, съставена от лекари-специалисти по осигурителна медицина, съгласно практиката в държавите от ЕС. Представителите на

НОИ и ТЕЛК считат, че законът не трябва да се променя в тази посока и е добре ТЕЛК и НЕЛК да продължат досегашната си работа. По въпроса за реструктурирането на *ДЕЛК* с включването им към Общите ТЕЛК представителите на Общинската администрация, ТЕЛК, болниците, НОИ и АСП са на мнение, че това е била подходяща мярка към тогавашния момент, докато експертите от Общественото здраве и РКМЕ предлагат на тези комисии да се върне самостоятелността във функционирането.

Органите за медицинска експертиза трябва да освидетелстват само *лица в трудоспособна възраст*, а за лицата с увреждания до 16 г. и тези в пенсионна възраст да се предвиди нов ред е становището по **Тема 3**, около което се обединяват всички експерти, участвали в проведеното дълбочинно интервю. Същото единомислие се установява и по въпроса за това как трябва да се определя оценката на инвалидността. Експертите от всички институции предлагат оценката да се определя чрез съпоставка на здравословното състояние на лицето с изискванията за упражняване на съответна професия. Всички представители на институции одобряват *въвеждането на мярката „задължителна рехабилитация“* за да се реализират правата по експертното решение. Като най-често срещани *пречки пеед хората с инвалидност/увреждане в процеса на търсене, намиране и запазване на работното място* всички експерти посочват предразсъдъците в обществото и сред работодателите, както и наличието на трапспортни и архитектурни бариери.

Представителите от Общинската администрация, ТЕЛК, директорите на болници и експертите по Обществено здраве добавят като причина бюрократичните явления сред администрацията. Респондентите от РКМЕ, НОИ и АСП считат, че наред с това голямата безработица в определено населено място оказва съществено влияние върху процеса на намиране на работа от хората с инвалидност.

По обсъждания въпрос за *зависимостта на броя на инвалидните пенсии от социо-демографските и икономически фактори* всички експерти са единодушни, че тези пенсии нарастват с демографското застаряване, инфлацията, ниската събираемост на данъци и осигурителни вноски. Представителите от Общинската администрация и директорите на болници считат, че *инвалидната пенсия* съвсем резонно може да се разглежда *като възможност, до която се прибъгва, в случай че всички усилия за намиране на работно място са изчерпани*. Останалите експерти от другите институции не смятат, че това е изход от безработицата сред хората с определена инвалидност.

Във връзка с поставените въпроси по **Тема 4** експертите от Общинската администрация считат, че *за да се подобри работата на системата е необходимо:*

- въвеждане на изискване за специализация /квалификация в рамките на следдипломното обучение към лекарите, работещи в ТЕЛК и НЕЛК;
- оценката на инвалидността да бъде медико-социална;

- да има единно организационно-методично подчинение на ТЕЛК;
- да се утвърди списък с лечебни заведения от министъра на здравеопазването, в които да се извършват медико-диагностични изследвания, свързани с подготовка на пациентите за ТЕЛК/НЕЛК.

Представителите на ТЕЛК изтъкват значението на необходимостта от единно организационно подчинение на ТЕЛК, както и промяна в законната възможност за явяване пред ТЕЛК. Те смятат, че Комисиите трябва да извършва оценка на инвалидността само на лица в работоспособна възраст. Респондентите от РКМЕ и РЗИ потвърждават това становище и поставят на обсъждане въпроса за вида на извършваната оценка. Според тях тя трябва да бъде комплексна – медико-социална, да се прави от специалисти по медицинска експертиза, които да бъдат организационно подчинени на един орган. Директорите на болници изказаха подобно мнение, като подкрепиха становището на представителите от Общинската администрация, че е необходимо да се утвърди списък с лечебни заведения от министъра на здравеопазването, в които да се извършват медико-диагностични изследвания, свързани с подготовка на пациентите за ТЕЛК/НЕЛК. Директорите на НОИ поискаха единно организационно подчинение на ТЕЛК и извършване на оценка на инвалидността от тях само на лицата в работоспособна възраст. Работата на системата ще се подобри, ако в нея се назначават лекари със специалност по социално осигуряване, според мнението на представителите на АСП. Необходимостта от съобразена с работата на ТЕЛК

специализация потвърдиха и експертите с квалификация в областта на общественото здраве. Преобладаващото мнение относно *промяна в методиката на оценяване на инвалидността* е, че тя трябва да е в проценти (както се изчислява и понастоящем). Минимални промени предлагат експертите от ТЕЛК по срока на инвалидността за злокачествените заболявания след петата година (от петата до осмата година да се присъждат 50% ТНР/СУ, а след осмата – 30% ТНР/СУ) и датата на инвалидизация – за застрахователите и др. институции да се определя от датата на реализиране на събитието. Експертите единодушно настояват да се промени *фиксирания срок за преосвидетелстване*, съобразно вида и степента на увреждане и вероятността за възстановяване и предлагат той да бъде намален с оглед по-точна и навременна преценка на рехабилитационния ефект от инвалидността и бързото връщане на пазара на труда. Само представителите от АСП не считат, че такава промяна е необходима, вероятно защото социалната оценка, която те извършват е с фиксиран срок 5 години, независимо от срока на ЕР от ТЕЛК. Повечето експерти не одобряват възможността за *въвеждане на ефективен осигурителен стаж като условие за получаване на инвалидна пенсия* – общинска администрация, РКМЕ, директори на болници, АСП, експерти по общественото здраве. Само експертите от НОИ и ТЕЛК са на мнение, че такава мярка е необходима.

Изводи от дълбочинното интервю:

1. Системата на медицинската експертиза не работи ефективно и прозрачно;

2. Барьерите пред системата на МЕ са:
 - противоречия в законовата и подзаконовата уредба;
 - ниско заплащане на лекарите, работещи в ТЕЛК;
 - липса на лекари, специалисти по оценката на инвалидността;
 - липса на единна йерархична структура на организация на дейността и контрол на дейността на медицинска експертиза;
 - липса на единна информационна система между ТЕЛК, НЕЛК, НОИ и АСП;
 - много на брой и различни по дейност институции, осигуряващи контрола;
 - формален контрол на РЗИ и РКМЕ върху ЕР на системата на МЕ;
 - върховен орган по обжалваните актове трябва да бъде НЕЛК.
3. Оценката на инвалидността/увреждането следва да се извършва от Комисия, съставена от лекари-специалисти по осигурителна медицина, съгласно практиката в държавите от ЕС.
4. Лицата до 16-годишна възраст следва да преминават през ДЕЛК, която да е самостоятелна и независима от Общите ТЕЛК;
5. Оценката на инвалидността е разкъсана на „медицинска“ (от ТЕЛК/НЕЛК) и „социална“ (от АСП);
6. Оценката не се определя чрез съпоставка на здравословното състояние на лицето с изискванията за упражняване на съответна професия;

7. Реализацията на правата по експертното решение не са обвързани с мярката „задължителна рехабилитация“;
8. Инвалидната пенсия се възприема от гражданите и обществото като възможност, до която се прибегва, в случай че всички усилия за намиране на работно място са изчерпани;
9. Реализацията на пазара на труда за хората с инвалидност/увреждане се забавя от предразсъдъци, транспортни и архитектурни бариери, безработицата и бюрократични явления сред администрацията;
10. Експертите от НОИ и ТЕЛК считат, че ефективният осигурителен стаж трябва да бъде условие за получаване на инвалидна пенсия.

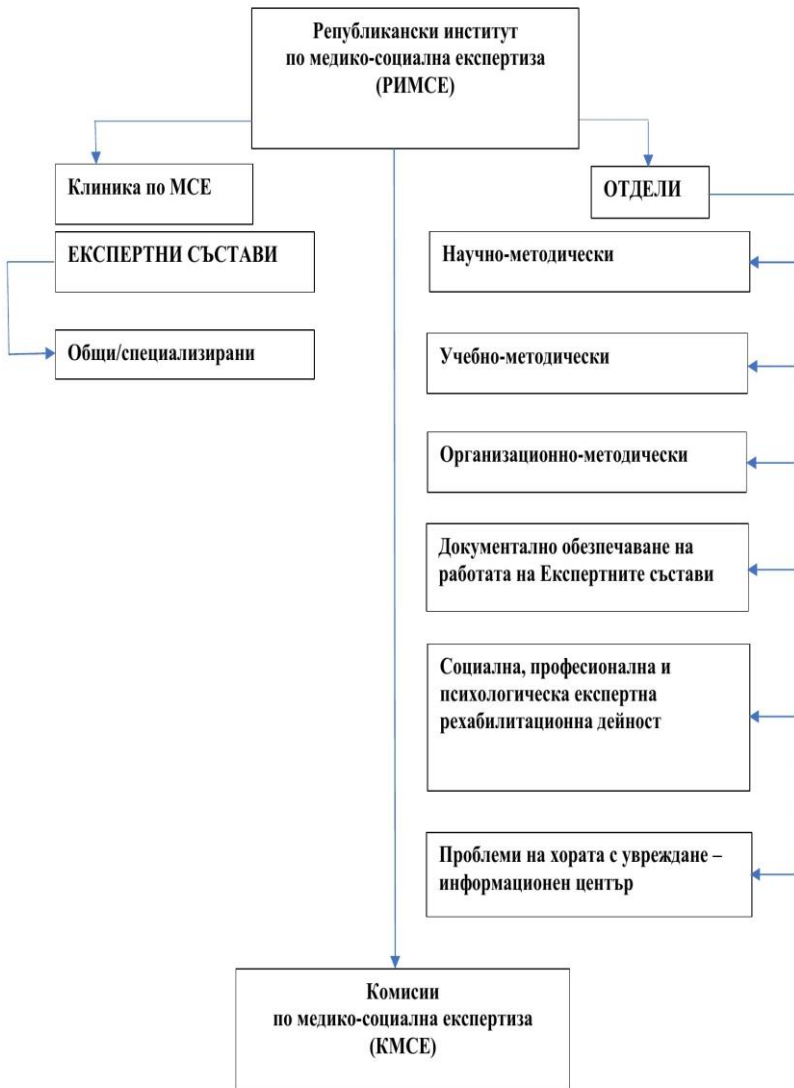
Предложения, които се сформират въз основа на дълбочинното интервю относно функционирането на системата на медицинската експертиза:

- оценката на инвалидността да се извършва от лекари с квалификация по осигурителна медицина (експертите от Общинска администрация, директорите на болници, АСП);
- комисиите да освидетелстват лицата в трудоспособна възраст, а за пенсионерите да се предвиди нов ред (НОИ, РКМЕ, експертите по Обществено здраве);
- да се реструктурира ДЕЛК с оглед самостоятелност при извършване на оценка на инвалидността на лицата под 16 (18) г. (РКМЕ);

- единно йерархично и методично подчинение на системата на оценката на инвалидността (експертите от всички институции);
- оценката на инвалидността да бъде комплексна медико-социална;
- специален закон, регулиращ проблемите на инвалидността/увреждането.

6. Концепция за модел на комплексна медико-социална оценка на инвалидността.

Инвалидността е медико-социално и правно явление, което оказва съществено влияние върху дейността на здравната и осигурителната системи. Световното развитие все по-отчетливо проявява неизбежната тенденция на непрекъснато нарастване на броя на хората, които не могат сами да решават своите ежедневни житейски проблеми и се нуждаят от подкрепата на обществото. В български условия тези хора трябва първо да получат статус „инвалид/човек с увреждане“ от системата на МЕ за да получат правата си. Възможностите за промяна в системата на МЕ изискват работещ модел на организационно-методично подчинение на ТЕЛК и оценка на инвалидността/увреждането, която да осъществява комплексна и едноактна медико-социална експертиза, позволяваща своевременна и адекватна социална интеграция (фиг.5):



Фиг. 5. Модел на комплексна медико-социална експертиза на работоспособността

IV. Обобщени изводи:

Проучването бе проведено в условия на повишен интерес на обществото и пациентите към проблемите на хората с увреждания и в контекста на липса на системни изследвания в тази област, посочващи работещ подход в реформирането на системата в МЕ. Изясняването на проблемния кръг на инвалидността в България установи, че не са оползотворени възможностите на ICF за работещо дефиниране на понятието „инвалид/човек с увреждане“ за нуждите на медико-социалната експертиза на работоспособността.

Изследването на европейския опит в областта на оценката на инвалидността и в социалното осигуряване позволява да се изведат практики, приложими в нашите условия:

- оценката на инвалидността в държавите-членки се извършва от лекари по социално осигуряване/осигурителна медицина (специализация за 2 години или специалност за 4 години, осигурителната медицина е клон на медицинската наука);
- инвалидността се категоризира в три групи съобразно увреждането и социалната адаптивност: пълна (абсолютна), частична неработоспособност и относителна;
- спазва се принципа „реhabилитация-интеграция-връщане на пазара на труда“ вместо пенсия;

- правило за несъвместимост на пенсията за инвалидност с получаване на трудови доходи;
- социалното подпомагане се осъществява в случаите, когато лицата с потребност от грижи не могат да понесат разходите за тях и няма други лица, които да помогнат.

Сравнителният анализ на целите, структурата, дейностите и резултатите на медицинската експертиза в България преди и след 2000 г. установява, че:

- през периода 1952-2000 г. системата на МЕ (тогава ТЛЕ) се развива като клон на медицинската наука и практика в тясна връзка с цялостната система на мероприятията по охраната на труда и профилактиката на заболяемостта, свързана с временна или трайно намалена работоспособност;
- функционирането на ТЛЕ е спомагало за осъществяването на медицинската профилактика, тъй като основен критерий за определяне на нетрудоспособността е била съпоставка на здравословното състояние на лицето с изискванията за упражняване на конкретна професия;
- експертната се е извършвала спрямо упражняваната от лицето професия и е отразявала способността му да полага даден вид труд съобразно професионалната квалификация;
- организационно-методично медицинската експертиза е била организирана идентично със сегашната, но сега контролните органи са повече. НОИ е извършвал основно проверка на заетостта и пенсиите са се прекратявали при установяване на нарушения на

предписанията на лекарите (до 1997 г.) или се е намалявал размерът им.

Проучването на законодателството, в това число и възможностите за социална интеграция и рехабилитация на хората с увреждания, разкрива:

- чести промени в нормативната рамка на инвалидността след 2000 г., които не са продиктувани от цялостния поглед върху проблемите на хората с увреждания;
- противоречия между законовата и подзаконовата уредба;
- краткосрочни стратегии, концепции и програми в областта на МЕ и пенсионната система с неясни крайни резултати;
- българските нормативни актове и стратегически документи, свързани с политиките в сферата на инвалидността са далеч от реалните проблеми на хората с увреждания и системата за МЕ.

Анализът на функционирането на системата на медицинската експертиза установява липса на:

- превантивна и трудово-професионална функции на ТЕЛК;
- единна йерархична структура с ефективен контрол върху системата на МЕ;
- информационна система между ТЕЛК, НЕЛК, НОИ и АСП;
- обучени кадри, които да са специалисти в областта на медико-социалната експертиза.

Проблемите във функционирането на системата на МЕ създават следните бариери за социалната интеграция на хората с увреждания:

- законова предпоставка за лечебно-диагностична и профилактична функция на ТЕЛК е създадена, но респондентите от нашето проучване не гледат на тази институция като възможност за подобряване на здравния статус;
- хората с увреждания преценяват рехабилитацията като недостатъчна, търсят социални привилегии и инвалидни пенсии от ТЕЛК и приемат трудностите в процедурния път към тях като проблеми в системата на МЕ;
- реализирането на правата по експертното решение не води до позитивна промяна в положението на хората с увреждания;
- българското законодателство не съдейства за социалната интеграция на хората с увреждания.

V. Справка за приноси

Научно-теоретични приноси:

1. Направен е аналитичен преглед на разбирането за инвалидност/увреждане в българската и чуждоезичната научна литература.
2. Въз основа на теоретично проучване е обогатено съдържанието на понятието „инвалидност“ от медико-социална и юридическа гледна точка.
3. Извършен е анализ на развитието на нормативната уредба на медицинската експертиза на работоспособността за периода 1975-2017 г. с оглед адаптиране на дейността ѝ към потребностите на българското общество.
4. Извършен е документално-съдържателен анализ на работата на МЕ, въз основа на който са установени силните и слабите страни на системата.
5. За първи път в България е доказана връзката между проблемите на хората с увреждания и функционирането на системата на медицинската експертиза.
6. Изследвано е мнението на експерти, осъществявящи контрол върху работата на териториалните експертни лекарски комисии за проблемите и възможностите за промяна.
7. За първи път след 2000 г. са изследвани проблемите на хората с увреждания като отражение на функционирането на ТЕЛК.

8. Разработен е оригинален инструмент с висока степен на надеждност за изследване мнението на хората с инвалидност/увреждане относно реализиране на социалните права, произтичащи от медицинската оценка от ТЕЛК.

Приложно-практически приноси

1. Изследвани и идентифицирани са медико-социалните, организационно-методичните и юридическите проблеми на инвалидността.

2. Структурирана е нова концепция за комплексна медико-социална експертиза на инвалидността, която да спомага за решаване на проблемите на хората с увреждания.

3. Подготвен е доклад с предложение към Министъра на здравеопазването за провеждане на реформа в системата на МЕ и създаване на единен административен и методически орган „Републикански институт по медико-социална експертиза на инвалидността“, подчинен на Министерството на здравеопазването.

4. Изготвено е предложение към Министъра на образованието и науката за обучението и сертифицирането на лекари-специалисти по медико-социална експертиза във висшите медицински училища, даващо правоспособност за работа като член-експерт в Комисиите.

5. Резултатите от дисертационния труд могат да бъдат приложени при:

- разработване на проект за Закон за медико-социална експертиза на инвалидността, извършваща комплексна едноактна оценка на инвалидността с оглед ефективната социална интеграция на хората с увреждания, организационно подчинена на Министерството на здравеопазването - приложимост de lege ferenda;
- създаване на Републикански институт за комплексна „Медико-социална експертиза на инвалидността” (РИМСЕ) към Министерството на здравеопазването - приложимост de lege ferenda;
- структуриране на Комисии по медико-социална експертиза на инвалидността към РИМСЕ в състав от: лекари-експерти с квалификация от следдипломно обучение по медико-социална оценка на инвалидността, един специалист магистър по „Социални дейности“ и един юрист - приложимост de lege ferenda.

VI. Препоръки

1. Отделяне на необходимото място на дейността на медико-социална експертиза на инвалидността в стратегическите документи на национално ниво, което да осигури ефективното и ефикасно изпълнение на дейността - до Министъра на здравеопазването.
2. Изготвяне и внасяне за обсъждане в Министерски съвет на проект за нова Наредба за комплексна медико-социална експертиза на инвалидността с оглед адаптиране към европейското законодателство – до

Министъра на здравеопазването, Комисия по правни въпроси, Комисия по здравеопазване.

3. Разработване на равнопоставен механизъм за финансиране дейността по медико-социална експертиза на инвалидността, както и критерии за остойността на разходите за издаване на експертните решения – до Министъра на здравеопазването.

4. Въвеждане на правила и процедури за архивиране на документацията и създаване на единна електронна национална база данни за нуждите на анализа при вземане на съвременни управленски решения – до Директора на НЕЛК.

5. Въвеждане на магистърска програма по „Социални дейности“ към висшите медицински училища с цел:

- повишаване на интереса към тази специалност;
- насищане системата на АСП с висококвалифицирани кадри с оглед участието им в дейността на медико-социалната експертиза на работоспособността и подобряване качеството на обслужване на хората с увреждания – до Министъра на образованието и науката, до Министъра на здравеопазването и до Министъра на труда и социалната политика.

VII. Научни публикации, свързани с дисертационния труд:

1. Манчева П. Експертното решение – необходимо условие за социалната интеграция на хората с увреждания. *Варненски медицински форум*. 2014;3(1):79-74.
2. Манчева П, Вълканова М. Преносимост на осигурителни права в Европейския съюз. Юбилейна научна конференция „Обществено здравеопазване – традиции и перспективи“, 30-31.05.2014, *Варненски медицински форум*. 2014;3(2):233-237.
3. Манчева П, Събев Н. Полиморбидният хронично болен и проблемите на инвалидността. *Социална медицина*. 2015;1(1):19-21.
4. Mancheva P, Vankova D. Preparing patients for handicap-stage assessment and the challenges for the General medical practice. *Scripta Scientifica Salutis Publicae*. 2015;1(1):11-17.
5. Манчева П. Проблемите на ТЕЛК и потребностите на човека с инвалидност – анализ на ситуацията. *Социална медицина*. 2015;1(3):19-23.
6. Манчева П, Джорджанова А. Контрол и обжалване на експертните решения на медицинската експертиза. *Здравна икономика и мениджмънт*. 2015;1(55):7-11.
7. Манчева П. Европейският опит в оценката на инвалидността– една възможност за решаване на проблемите на инвалидността в Р България. *Здравна икономика и мениджмънт*. 2015;2(56):3-8.

8. Vankova D, Mancheva P. Quality of life of individuals with disabilities – concepts and concerns. *Scripta Scientifica Salutis Publicae*. 2015;1(1):36-44.
9. Манчева П. За липсата на яснота относно точния брой на хората с увреждания в Р България. *Здравна икономика и мениджмънт*. 2015;2(56):9-13.
10. Манчева П. Възможности за социално включване на възрастните хронично болни инвалиди. *Пожилые люди как ресурса развития: Славена*. 2016;310-326.
11. Манчева П, Джорджанова А. Организационные и методические проблемы медицинской экспертизы трудоспособности в Республике Болгарии. *Человек. Спорт. Медицина*. 2016;16(3):37-45.