

дългосрочен план това ще окаже положително влияние за изграждането на благоприятен международен облик на България и в частност на регион Варна като дестинация за здравен и медицински туризъм, притежаваща голяма конкурентоспособност и висока потребителска стойност на предлаганите продукти. Регион Варна може и трябва да развива здравен и медицински туризъм, за да привлече чуждестранни туристи не само с природните си дадености, а и с достъпните цени на здравните услуги.

Библиография

1. Маринов С. Съвременният здравен туризъм и предизвикателства за дестинация България, Славена, Варна 2012, с. 18
2. Иванова П., Здравният туризъм – елемент от системата на здравеопазване, „Здравният туризъм – стратегическият потенциал на България”, Славена, Варна 2012, с.136
3. Стратегия за устойчиво развитие на туризма, хоризонт 2030, <http://www.mi.government.bg/bg/>
4. Foreign Economic Relations Board, (2011), http://www.ismu.edu.tr/content/userfiles/Medical_Tourism_An_Assessment_on_Tukey.pdf

Автори

Галина Петрова, Тодорка Костадинова – МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов” – гр. Варна, Факултет по обществено здравеопазване, Катедра по икономика и управление на здравеопазването, e-mail: galina.petrova@tu-varna.bg
Велина Марковска, МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов” – гр. Варна, Връзки с обществеността, маркетинг и реклама

ПОЛИМОРБИДНИЯТ ХРОНИЧНО БОЛЕН И ПРОБЛЕМИТЕ НА ИНВАЛИДНОСТТА

П. Манчева, Н. Събев

THE POLIMORBIDIC CHRONICALLY DISEASED AND THE PROBLEMS OF HANDICAP

P. Mancheva, N. Sabev

Резюме. Проблемите на инвалидността са много и разнопосочни, подобно на нейната правна регламентация, която е „разхвърляна” в редица закони, правилници, наредби и инструкции. Осъществените промени в нормативната уредба на медицинската експертиза на работоспособността (МЕР) в Р България след 2000 г. дават възможност хроничната полиморбидност да бъде оценена със степен на инвалидност. Натрупаният се петнадесет годишен опит от нейното приложението налага осмислянето на понятието „инвалидност” в контекста на полиморбидния хронично болен пациент и довежда до един значим обществен проблем – липсата на достоверни данни, отразяващи броя на инвалидите у нас. Отъждествяването на понятието „инвалидност” с хроничната полиморбидност „отваря вратата” за медийни дискусии и манипулиране на общественото отношение към тази уязвима група от обществото.

Summary. The problems of Handicap are a lot and multidirectional, similar to its legal regulation, which is “scattered” in many laws, rules, ordinances and instructions. The implemented changes in the Medical Expertise of Working capacity (MEW) legal order in Bulgaria after 2000 gave an opportunity to the chronic polymorbidity to be valued with a handicap stage (percentage). The accumulated fifteen year practical experience of its simulation required the rethinking of the term “Handicap” in the context of the polymorbidic chronically diseased patient and led to a main social problem - lack of reliable information, reflecting the number of people with disabilities in our country. The identification of the term “Handicap” with the chronic polymorbidity “opens the door” for a media discussion and manipulation over the public attitude towards this vulnerable group of the society.

Key words: handicap, polymorbidity, chronically diseased

Въведение

Полиморбидните хронично болни инвалиди представляват значителна част от българското население, което неизбежно увеличава финансовите разходи на здравната и социалните системи. Въпросът, на който трябва да се даде отговор, обаче, е съвсем друг, а именно какъв е точният брой на инвалидите у нас? За проблема с липсата на достоверни статистически данни определено допринася разширеното от 2000 г. с „полиморбидност” понятие за инвалидност. Това разширяване има за последица увеличаване на броя на инвалидите у нас и сложи началото на дискусията по проблемите на медицинската експертиза на работоспособността (МЕР) – дългото чакане на пациентите, пожелали определяне на степен на инвалидност, претоварването на териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК), съмнението в коректността на издадените експертни решения и т.н. В действителност почти половината от случаите на инвалидност (най-вече при пенсионерите по осигурителен стаж и възраст) са резултат от съчетанието на няколко хронични заболявания, което според действащата нормативна уредба на МЕР у нас

е правно основание при такива пациенти да се определи инвалидност.

Поредните промени в нормативната уредба на МЕР бяха осъществени през 2010 г., с които при децата над 16-годишна възраст и при лицата, придобили право на пенсия по осигурителен стаж и възраст по чл.68 от Кодекса за социално осигуряване, се определя „вид и степен на увреждане” (СУ), а за лицата в работоспособна възраст – „трайно намалена работоспособност” (ТНР). Мотивът за това бе, че при пенсионерите по осигурителен стаж и възраст работоспособността е а priori 100% изгубена, поради което те получават пенсия, а при децата до 16-годишна възраст – все още не е оформена. Смяната на терминологията не доведе до конструктивни промени, броят на инвалидите продължава да е неуточнен, а проблемите на МЕР в тази посока – нерешени.

Настоящата статия има за цел да постави въпроса и да предизвика дискусия за проблемите на инвалидността и нейната експертиза в контекста на хронично болния полиморбиден пациент. Базира се на анализ на нормативни актове и документи, както и на практиката по тяхното приложение.

Същност

Хроничната полиморбидност (ПМ) е широко известен и използван термин в ежедневната практика, но разглеждането му в светлината на холистичния подход налага в неговото съдържание да се включат три и повече от три хронични заболявания, да бъде представен от комбинирана, комитирана или по-често смесена патология, което да е свързано с промяна в качеството на живот [3]. Удължаването на продължителността на живота носи сериозен риск от повишаване на хроничните заболявания, особено при възрастния контингент, където основно се среща ПМ. Хроничните заболявания се определят като продължителни (средно повече от три месеца) и предизвикващи остатъчни нарушения, изискващи дълготраен контрол и грижи, а не непременно дефинитивно лечение [1]. Те променят качеството на живота при пациентите в много по-голяма степен, в сравнение с острите заболявания с благоприятен изход. Т. Стоев, в своя дисертационен труд „Социални потребности на възрастните хора и ресурси за тяхното задоволяване“ изяснява, че в тази възраст е характерна прогресивно нарастващата патология, с преобладаваща комплексна проява на „едновременно и хронично протичащи множествени заболявания, сравнително вяла клинична изява, изразени атрофични процеси и забавена регенерация и възстановяване“ [5]. Това може да има за последица подценяване или надценяване на много симптоми от пациентите и дори от техните фамилни лекари – тълкуване на белезите на старостта, като болест или приемане на болестни прояви, като нормален процес на стареене.

Във връзка с демографското застаряване на населението и характеристиката на хроничната ПМ в тази възраст – множественост на патологичните процеси, хронично протичане, полипрагмазия, е наложително да се изясни същността и значението на феномена „полиморбидност“ [8]. Това е особено наложително във връзка с възможностите, които разкрива Наредбата за МЕР за освидетелстване на лицата, намиращи се в състояние на хронична ПМ. Това дава възможност всеки хронично болен полиморбиден пациент да бъде освидетелстван от ТЕЛК и да получи поне 50% ТНР/СУ. Съществува единно мнение по отношение на морбидността при лицата над 60 години, като се смята, че при тях наличието на поне на три диагнози е нормално явление [6, 7].

Преди 2000 г. под „инвалидност“ се разбираше състояние на организма, при което болестните нарушения имат траен, необратим или прогресиращ характер, които правят лицето неспособно за професионален труд, съответстващ на опита, знанията и квалификацията му за продължителен период от време или завинаги. След 2000 г. влезе в сила промяна в Кодекса за социално осигуряване (КСО), която позволи преизчисляване на пенсията по осигурителен стаж и възраст в инвалидна пенсия и доведе до лавинообразно покачване на хората, чакащи за освидетелстване в ТЕЛК и то предимно на тези в пенсионна възраст. Тези законови промени завариха нашата страна в тежка демографска криза, което позволи повечето хронично болни полиморбидни пенсионери по осигурителен стаж и възраст да получат експертно решение на ТЕЛК и съответно още една пенсия – инвалидна. Вследствие на този процес се стигна до лавинообразно покачване на броя на инвалидите у нас и липсата на ясни и точни данни за техния действителен брой, поради сливането на двете понятия – инвалид и полиморбиден хронично болен пенсионер.

Източници, от които може да се почерпят статистически данни са Националният център за обществено здраве и анализи (НЦОЗА), Националният статистически институт (НСИ), Националният осигурителен институт (НОИ), Световната търговска организация, Световната банка, както и организациите на хората с увреждания.

По данни на **Световната търговска организация** хората с увреждания са приблизително 10% от населението на всяка държава [10]. Информационните източници на **Световната банка** сочат, че те са и 20% от най-бедните хора в света. Приблизително 10% от населението на ЕС, а именно повече от 37 милиона души, живеят с увреждания, като по-голямата част от тях са възрастни хора [9]. Точният брой на лицата в неравностойно положение в Р България не е установен, но според данни на **организации на лица с увреждания** в страната те са над 800 000, което е около 10% от населението на държавата. По данни на **НОИ и НСИ** инвалидите в работоспособна възраст в България са около 200 000 човека, като от тях около 10% са заети в различни сфери на обществения живот.

По данни на **Агенцията по заетост** (АЗ) през 2010 г. активно са търсили работа 13 525 инвалиди, което представлява 4% от общия брой на регистрираните безработни лица. През същата година по мерките, разписани в Закона за насърчване на заетостта и Националната програма за обучение и заетост на хора с трайни увреждания, АЗ е осигурила работа на 4 807 лица от целевата група. За 2009 г. по програмите за трудова заетост, регламентирани в Закона за интеграция на хората с увреждания, **Агенцията за хората с увреждания** е осигурила подкрепа за запазване на работните места на 1 743 инвалиди, от които на 1 683 лица в специализирани предприятия и кооперации [4].

По данни на **Националния център по обществено здраве и анализи** за периода 2000-2012 г. са преминавали през медицинска експертиза (първично освидетелстване и преосвидетелстване) между 1 76 000 и 240 000 души годишно, като от тях близо 40% са били хора в пенсионна възраст [4]. Експертите от отдел „Информационни ресурси и анализи“ в горепосочения център разработват ежегодно бюлетин „Инвалидност в Р България“ въз основа на данните от информационната система за трайна неработоспособност на населението над 16 години, в това число и пенсиониранияте по осигурителен стаж и възраст инвалиди, базирана на ежегодната обработка на експертните решения (ЕР), издадени от ТЕЛК и Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК). Този начин на събиране и обобщаване на информацията граничи в най-голяма степен с търсената достоверност, тъй като ЕР на ТЕЛК/НЕЛК, в което се присъжда процент ТНР/СУ се отнася за конкретен човек с увреждания (в работоспособна възраст или пенсионер по осигурителен стаж и възраст). Този „инвалид“, обаче, може на базата на това експертно решение да получи две инвалидни пенсии и да не започне работа, което неизбежно ще „изкриви“ статистиката на инвалидността у нас.

Още повече, че хронично болните полиморбидни пенсионери по осигурителен стаж и възраст вече получават една пенсия, а законът им дава правна възможност за определяне и на степен на инвалидност от ТЕЛК. Вследствие на това, те получават пенсия по осигурителен стаж и възраст, както и парична добавка от НОИ към нея и множество социални придобивки – поради признатата инвалидност. Дебатът за допускането на този поток от пациенти в системата на МЕР се води периодично, като противниците на тази правна възможност смятат, че ТЕЛК трябва да определя ТНР само на лицата в работоспособна възраст. Привържениците, обаче, извеждат довода, че правото на труд е конституционно право на всеки гражданин на Р България, доколкото възрастовите промени не го ограничават. Това предпоставя тяхната правна възможност за освидетелстване от ТЕЛК по повод на общо заболяване наравно с лицата в работоспособна възраст, които не получават пенсия по осигурителен стаж и възраст. Дебатът приключи с решението на пенсионерите по осигурителен стаж и възраст да се определя

СУ, а за лицата в работоспособна възраст – ТНР, с което пенсионерите останаха в потока пациенти, желаещи освидетелстване от ТЕЛК.

На фона на българската реалност, *Европейският съвет* насърчава равните възможности на инвалидите и институциите, които работят съвместно с тях с бюджет от €12 милиона. Сравнителният поглед в Р България показва, че НОИ отпуска едва 900 хил. инвалидни пенсии, а хората, които ги получават, са около 450 000 души, тъй като повечето инвалиди получават по няколко пенсии плюс допълнителни социални привилегии (данни на НСИ за 2014 г.).

Именно по тези причини разходите за пенсии по инвалидност, финансирани от държавното обществено осигуряване (ДОО), нарастват от 182,2 млн. лв. през 2000 г. до 1 142,7 млн. лв. през 2010 г., което не може да представлява основа за определяне на точния брой на инвалидите у нас [2]. Наличните статистически данни не биха могли да дадат представа за реалния брой на инвалидите в страната, тъй като хроничната полиморбидност е правно основание за определяне на степен на инвалидност, както и поради останалите гореизложени причини.

Заклучение

В Р България включването на хронично болните полиморбидни пенсионери в потока граждани, преминаващи през системата на МЕР, доведе до необосновано разширяване на съдържанието на понятието „инвалид“ и се явява една от причините за неточното определяне на броя на инвалидите у нас. Друг резултат от това включване бе претоварването на ТЕЛК-овете и системното изразходване на ресурсите на НЗОК и НОИ. Съществуващата практика изтъква недостатъците на този „модел“ на определяне на степен на инвалидност и поставя сериозния въпрос за отделяне на гореспоменатия контингент от потока пациенти, явяващи се за освидетелстване/преосвидетелстване пред ТЕЛК/НЕЛК.

Автор

доц. д-р Параскева Манчева, дм, МУ– Варна, МК, Варна, бул. „Цар Освободител“ 84, e-mail: p_mancheva@abv.bg

Назрелите проблеми в системата на МЕР налагат спешни промени в разбирането за същността на понятието „инвалид“ с изключване на възможността за получаване на група инвалидност поради хронично полиморбидно състояние при лица над 65 години. Наличното демографско застаряване у нас предполага приемане на тенденцията за увеличаване на хроничните полиморбидни състояния при пенсионерите по осигурителен стаж и възраст като неизбежен и логичен процес. Същевременно трябва да се потърсят нови възможности за оползотворяване на наличния ресурс на активно стареещите хронично болни възрастни инвалиди с оглед постигане на цялостна био-психо-социална рехабилитация. Налице е необходимост от законови промени в системата на МЕР с насочване на хронично болните полиморбидни пенсионери към системата на Агенцията за социално подпомагане за извършване на комплексна медико-социална оценка и въз основа на нея – социално подпомагане на тази уязвима група от населението.

Библиография

1. Горанов М. Основи на общата медицина, Университетско издателство, ВМИ-Плевен, 2001, 88-89, 120-303.
2. Институт за пазарна икономика. Нов подход към интеграцията на хората с увреждания в България, 2012, www.ime.bg.
3. Манчева, П., М., Делийски, Ст., Попова, Р., Алахвердян. Полиморбидността – смисъл, същност и значение в общата практика. Социална медицина, 2004, 4, 17-18.
4. Национален статистически институт, www.nsi.bg.
5. Стоев, Т. Социални потребности на възрастните хора и ресурси за тяхното задоволяване. Автореферат, 2003, 12, 16-17.
6. Фролькис, В. Старение и увеличение продължителности жизни. Ленинград „Наука“, 1988.
7. Чеботарев, Д. Руководство по гериатрии, Москва, 1982,7.
8. Ries, W. Altern – eine unheilbare Krankheit? 1988, 80-83.
9. The World Bank, www.worldbank.org.
10. World Trade Organization, www.wto.org.

СЪВРЕМЕНОТО БЪЛГАРСКО НЕКОНВЕНЦИОНАЛНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

И. Янева-Балабанска, Н. Тодорова

Въведение

В здравеопазването така наречените у нас неконвенционални методи (НМ) за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве обхващат широк спектър от здравни практики, които се прилагат самостоятелно или в комбинация за благоприятно повлияване на здравето и са използвани от векове в българската и чуждите народни медицини. Разнообразието от съществуващите в света неконвенционални терапии затруднява тяхното именуване (традиционна, комплементарна, алтернативна) [1]; класифициране (традиционни медицински системи – традиционна китайска медицина, арабска, индийска и пр.; различни форми на индианска медицина и пр.) и дефиниране. Съществуват различни дефиниции както на организации като СЗО (Световна здравна организация), така и на отделни страни, центрове и пр. [2, 3, 4]. Най-общо казано се отнася за “медицински дейности, които са или които не са част от традициите на дадена страна, които са напълно, частично или не са интегрирани в гос-

подстващата здравна система, в повечето случаи изучаването им не е включено в задължителните учебни програми на висшите медицински училища“ [5].

Всяка страна сама решава кои видове НМ да включи в своето законодателство и как да ги регламентира [2, 4].

В България сега действащите нормативни документи, отнасящи се до прилагането на НМ у нас са Глава 6 от Закона за здравето (ЗЗ), 2005 г. [6] и Наредба №7 на МЗ от 01.03.2005 г. за изискванията към дейността на лицата, които упражняват неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве [7]. Разрешенията за прилагане в Р България от 01.01.2005 г. НМ включват следните 7 раздели [6, 7]: използване на нелекарствени продукти от органичен произход; използване на нелекарствени продукти от минерален произход; използване на нетрадиционни физикални методи; хомеопатия; акупунктура и акупресура; ирисови, пулсови и аурикулярни методи на изследване; диетика и лечебно гладуване.