

ПРОБЛЕМИТЕ НА ТЕЛК И ПОТРЕБНОСТИТЕ НА ЧОВЕКА С ИНВАЛИДНОСТ – АНАЛИЗ НА СИТУАЦИЯТА

П. Манчева

THE TEMC PROBLEMS AND THE DISABLED PERSON NECESSITIES – ANALYSIS OF THE SITUATION

P. Mancheva

Резюме. В съвременния етап на развитие на българското общество решението на проблемите на функционирането на териториално експертните лекарски комисии (ТЕЛК) и на човека с инвалидност се явява един от най-важните приоритети в социалната политика на държавите членки. Целта на изследването е разкриване на проблемите на ТЕЛК и свързаните с тях бариери пред човека с инвалидност. Методи на изследването са: документално-съдържателен анализ на нормативната рамка на инвалидността, стратегическите и етичните документи, докладите, дългосрочните програми и плановете за развитие на ТЕЛК; SWOT-анализ на системата на медицинската експертиза на работоспособността (МЕР). Резултатите от проведен анализ на ситуацията разкриват медико-социалните, организационно-методичните и юридическите проблеми на МЕР. Насоките за решение на идентифицираните проблеми, поставящи бариери при задоволяване на потребностите на човека с инвалидност, дават възможност за изграждане на нова концепция за развитие на системата на ТЕЛК.

Summary. The conclusion of the problems of the Territory Expert Medical Commissions (TEMC) and the disabled person appears one of the most important priorities in the social politics and the Member States. The aim of the survey is to detect the TEMC problems and the related barriers that stay in front of the disabled person. The methods used in the survey are: documentary-meaningful analysis of the legal regulations of disability, the strategic and the ethical documents, reports, long-term programs and the TEMC development plans; the system SWOT-analysis of Medical Expertise of Working capacity (MEW). The results of SWOT-analysis discovered medico-social, organization-methodological and legal issues of MER. The guidelines for the problem's solution that creates barriers when the needs of the disabled person are satisfied, give opportunities for the establishment of a new conception for development of TEMC.

Key words: handicap, Territory Expert Med. Commission, Med. Expertise for working capacity, social inclusion, situation analysis

Въведение

В последните 10 години в публичното пространство все по-често се говори за проблемите на ТЕЛК, за увеличаване на инвалидите в България, за непрекъснато растящите разходи на социалната и здравна системи и големия брой инвалидни пенсии, които изплаща Националният осигурителен институт. Държавата се опитва да реши тези наболели въпроси като създава различни институции, имащи отношение към контрола върху дейността на медицинската експертиза на работоспособността (МЕР) и произтичащите от нея инвалидни права. В тази динамично променяща се среда, *личността на човека* се загубва и остава скрита зад многобройни и точни на пръв поглед статистики, въз основа на които се провеждат социалната и здравната политики. В този смисъл все по-актуално става виждането на Амартия Сен (Sen, A. Disability and Justice, 2005), че „човекът с неспособност може да се нуждае от повече ресурси и първични блага, за да постигне същите възможности, дори той да има същата концепция за благата, както и другите хора. Хората с физически или умствени увреждания са изложени на извънредни разходи, за да направят същите неща, както останалите без такава принуда...“. Наличният дефицит на българската здравна система и социалното осигуряване е тясно свързан с липсата на персонализация на потребностите на всеки един отделен човек с инвалидност. Дългият и труден път, който той и неговите близки трябва да изминат – от подготовката за ТЕЛК до ползване на правата от експертното решение (ЕР) – определено забавя социалното включване на тази уязвима група.

Провеждането на успешни здравна и социална политики, „базирани на доказателства“, налага спазване на някои основни научно обосновани принципи: идентифициране на проблемите, обосновка на нуждите от финанси, състояние на съществуващата материално-техническа база, административен състав (кадри) и поставяне на конкретни цели [15]. Особено значение придобива анализирането на ефек-

тивността на функциониране на системата на МЕР с оглед установяване на положителните ефекти от нейната работа, както и определяне на проблемите и изграждане на стратегии за тяхното преодоляване и подобряване обслужването на хората с увреждания. С оглед изпълнение на поставената **цел** на изследването се извърши анализ на структурата и функционирането на МЕР. Осъществяването на такъв дълбочен и широкообхватен анализ бе възможно посредством SWOT-метода (сила, слабости, възможности и заплахи), който от 60-те години досега се използва широко в процеса на стратегическо планиране и комплексна оценка на средата. Определянето на проблемите на МЕР, свързаните с тях бариери пред човека с инвалидност и насоките за решения, реализира превантивната функция на МЕР и съдейства за укрепване на законността и социалната справедливост.

Основни констатации и оценки от извършения анализ на ситуацията

Анализът на системата на МЕР обхваща нейната нормативна рамка, структура и функциониране с оглед възможностите за адаптирането ѝ към нуждите на хората с увреждания, държавата и обществото.

Актуална нормативна рамка на дейността на МЕР

В световен и национален мащаб *стратегическите документи*, отнасящи се до инвалидността и правата на хората с увреждания са: *Конвенция за правата на хората с увреждания*; *Всеобща Декларация на ООН за правата на човека*; *Декларация на Световната медицинска асоциация за правата на пациента, 1981*; *Европейска социална харта, 1961*; *Националната здравна стратегия [10]*; *Националната стратегия за равни възможности за хората с увреждания, 2006 [11]*; *Докладът за здравето на нацията в началото на 21 век*; *Програма на ООН за действие в полза на инвалидите,*

1982; *Национална програма „Асистенти на хора с увреждания“* [14]; *Препоръки за преквалификация на инвалидите (99), 1955; Международна класификация на функционирането, инвалидността и здравето, 2001; Дългосрочната стратегия за заетост на хората с увреждания 2011-2020 г.; План за действие за периода 2012-2013 г. и др.*

Анализът на международните документи съдържа пожелателния смисъл на иначе изчерпателно застъпените основополагащи въпроси, а конкретните решения са оставени в рамките на вътрешната политика на всяка страна. Анализът на българските документи, свързани с политиките в сферата на инвалидността, показва тяхната отдалеченост (подобно на международните) от реалните проблеми на хората с увреждания. Българската социална политика следва медицинския модел на инвалидността с известни елементи на социалния модел [2]. Правното регулиране на инвалидността и законодателното осигуряване в тази посока се определя в следните **нормативни актове**:

► **Конституция на Република България**, чл. 28: „Всеки има право на живот“; чл.30, ал.1: „Всеки има право на лична свобода и неприкосновеност“;

► **Кодексът за социално осигуряване (КСО)** създава медицинските комисии към Териториално поделение на Националния осигурителен институт, които се произнасят по правилността на решенията на ТЕЛК и НЕЛК (Националната експертна лекарска комисия) и издават разпореждане за отпускане на инвалидна пенсия на освидетелстваните лица [3];

► **Кодексът на труда (КТ)** определя правото на платен годишен отпуск, свързано с оценката на инвалидността в Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК (чл. 319 от КТ). По данни на Изпълнителна агенция „Главна инспекция по труда“ са констатирани 244 нарушения, свързани с изпълнение на тази разпоредба [17];

► **Законът за здравето (ЗЗ)** определя основните елементи на правната уредба на експертизата на работоспособността [1];

► **Законът за интеграция на хората с увреждания (ЗИХУ)** създава условия за ползване на правата от хората с увреждания за самоопределяне и пълноценно участие в живота на страната и в реалностите на пазарната икономика. Министерският съвет ежегодно определя списък на стоки и услуги, чието производство се възлага на специализираните предприятия и кооперации, на които да се отпускат субсидии по защитени проекти и програми. Отпускат се месечни добавки и целеви помощи за социална интеграция. Министерството на труда и социалната политика регулярно издава брошури с актуална информация за правата, следващи ЕР;

► **Законът за насърчаване на заетостта (ЗНЗ)** регламентира основно трудовата реализация на хората с увреждания у нас. Агенция по заетостта реализира програми и насърчителни мерки за заетост и обучение по реда на ЗНЗ, а Агенцията за хората с увреждания предоставя безвъзмездно финансиране на проекти за разкриване на собствен бизнес или подпомагане на развитието на вече съществуващ бизнес;

► **Законът за защита от дискриминация (ЗЗД)** гарантира равен достъп на хората с увреждания до свободния пазар на труда.

► **Законът за държавния служител (ЗДС)** в чл. 9а предвижда квоти за определяне на длъжности за хора с трайни увреждания;

► **Законът за корпоративното подоходно облагане (ЗКПО)** урежда цялостно преотстъпване на корпоративния данък на членуващите в национално представените организации на хора с увреждания. Преотстъпените средства се използват за рехабилитация и социална интеграция на хората с увреждания;

► **Закон за облагане на доходите на физическите лица (ЗОДФЛ)** – сумата от годишните данъчни основи за лица с 50% и над 50% инвалидност, определена с влязло в сила решение на компетентен орган, се намалява със 7 920 лв., а месечната данъчна основа се намалява с 660 лв.;

► **Законът за социално подпомагане (ЗСП) и Правилникът за прилагането му** уреждат условията и редът за отпускане на социални помощи на инвалидите по постоянен адрес след предварителна преценка;

► **Наредба за медицинската експертиза (НМЕР)** – медицинската експертиза на работоспособността, извършвана на основание чл. 101 от Закона за здравето, има за цел да установи степента на намалената работоспособност на лицата, професионалния характер на заболяванията и степента на намалената възможност за социална адаптация на децата до 16-годишна възраст спрямо възможностите на здравия човек, а тази на лица, навършили възрастта по чл. 68 от КСО съгласно чл. 73, ал. 1 от КСО се определя пожизнено [1, 3, 13]. Лекарските консултативни комисии освидетелстват лицата за снабдяване с медицински изделия, помощни средства, приспособления и съоръжения;

► **Наредба за работното време, почивките и отпуските [7], Наредба за установяване, разследване, регистриране и отчитане на трудовите злополуки [9], Наредба за трудоустрояването [8];**

► **Правилникът за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза на работоспособността (ПУОРОМЕР) и на РКМЕ**, урежда устройството и организацията на работа на органите на МЕР и на РКМЕ. Анализът на действащия Правилник извежда различната ведомствена подчиненост на органите на медицинската експертиза – ТЕЛК към лечебните заведения и диспансерите, а НЕЛК – към Министеръра на здравеопазването [6];

► **С Постановление на МС №179/27.06.2014 г.** се предприема сериозна структурна промяна в МЕР с промените в ПУОРОМЕР, регламентиращи закриването на специализираните ТЕЛК в страната [12];

► **Правилник за вътрешния ред на НЕЛК/ТЕЛК** – в почти половината от ТЕЛК в страната липсват разработени и утвърдени вътрешни правилници за дейността на комисииите.

Многообразието и широтата на гореизложените декларативни правни норми, обаче, не гарантира своевременно и индивидуално задоволяване на потребностите на всеки *един отделен човек с инвалидност*. Съдебната практика показва, че на иначе добре поставената правна рамка противостоят дълбоко вкоренени обществени нагласи, слаба подзаконова уредба и некоректни практики. Един такъв пример е подготовката на пациентите за представяне през ТЕЛК. Според нормативната база тя следва да се извършва от общопрактикуващия лекар с помощта на специалисти от доболничната и болничната помощ. Този дълъг процес, извършван от неспециалисти по медицинска експертиза, има за резултат увеличаване на товара на здравната система, тъй като изразходва ресурсите на здравната каса в ненужни и често неточно извършени изследвания. В същия момент ТЕЛК са задължени да определят оценката на инвалидността само въз основа на анамнезата, статуса и представените медицински документи, което ги лишава от правото на лекар-специалисти и експерти едновременно да определят действителното и актуално здравно състояние на пациента чрез обективни изследвания по време на самото освидетелстване [4, 5, 16].

На фона на този съществен законов дефицит НМЕР детайлно изяснява същността на действащата методика за оценка на увреждането посредством математическа формула,

която много прецизно (до дробно число) определя процента трайно намалена работоспособност/степен на увреждане (ТНР/СУ). При тази математическа точност се загубват индивидуалните (социални, здравни, рехабилитационни и др.) потребности на човека с инвалидност, тъй като на измерване подлежат само функционалните увреждания. За социална оценка пациентът следва да се огнесе към втора комисия в Агенцията за социално подпомагане (АСП), а липсата на социален работник към ТЕЛК допълнително нарушава принципа на индивидуалност на оценката на инвалидността при конкретния болен човек.

Ситуацията в България допълнително се усложнява и от общественото разбиране, че най-доброто за инвалида е да получи по-висок процент ТНР/СУ и съответно по-голяма пенсия, и да не работи. Не е случаен и статистическият факт, че именно по тези причини минимален процент от хората с увреждания работят или си търсят работа. Съчетано с икономическата слабост на разглежданата уязвима социална група – невъзможност да се наеме квалифицирана адвокатска помощ и с цялостната ѝ изолация, дискриминацията е неизбежна като практика.

Тези и много други дефицити в правната рамка на инвалидността способстват за извеждане на проблемите на човека в системата на МЕР, АСП и НОИ, и указват необходимостта от правно регулиране на нов модел на медицинска експертиза от гледната точка на потребностите на хората с увреждания.

Административен капацитет и материално-техническо, финансово и информационно осигуряване

НЕЛК е юридическо лице на бюджетна издръжка към Министерството на здравеопазването. Работят дванадесет специализирани лекарски състави, като всеки от тях включва минимум трима лекари (единият е председател на състава). Спазена е изискуемата численост на персонала. Установено е текучество при лекарите с призната специалност. Изискванията за образование и трудов стаж на лекарите са спазени. Изискването за не по-малко от 5 години трудов стаж по специалността за съответния профил и неконкурентното заплащане на труда в системата на МЕР предопределя ниския брой на лекарите на възраст до 40 г. и преобладаването на лекарите в пенсионна възраст. Не е осъществявана последователна политика за развитие на човешките ресурси и не е утвърдена програма за обучение, квалификация и преквалификация на лекарите.

На НЕЛК са предоставени за ползване помещения в сградата на Националния център по обществено здраве и анализи, които са недостатъчни за ефективното осъществяване на дейността. Осигурен е достъп на хората с увреждания чрез рамка за инвалидни колички. Наличната материално-техническа база (компютри, принтери, телефонни постове, ксерокс машина, транспортни средства) не притежава необходимите качествени параметри и капацитет. Към настоящия момент НЕЛК е конкретен бенефициент по Проект ВГ051Р0001-6.2.12 – „Единна Информационна система на медицинската експертиза в България“. Създадена е интернет страница на НЕЛК.

ТЕЛК се създават към държавни/общински лечебни заведения за болнична помощ и диспансерите от директорите на РЗИ със съгласието на министъра на МЗ. Понастоящем са изградени и функционират 73 ТЕЛК в 38 града в страната. Профилът на ТЕЛК е само общ. В щата на ТЕЛК се включват минимум 3 лекарски длъжности (от които една за председател) на пълен работен ден и технически сътрудници. В ТЕЛК могат да работят само лекари с призната клинична специалност с минимум 5 години трудов стаж по съответния про-

фил. Експертизата се извършва от ТЕЛК с участието на лекари с призната специалност по очни болести, пневмология и фтизиатрия, психиатрия и от специализираните състави на НЕЛК по очни, белодробни и психични болести [13]. Лекарите отговарят на изискванията за образование и трудов стаж. Най-много са лекарите с трудов стаж над 25 г. Лекарите от ТЕЛК не са преминавали най-малко веднъж на две години по 10-дневен курс за практическо обучение в НЕЛК. При встъпване в длъжността експерт към ТЕЛК лекарите нямат предварително обучение.

На по-голямата част от ТЕЛК са предоставени помещения в сградите на лечебните заведения/диспансерите, към които са открити и в немалка част от случаите не отговарят на изискванията, необходими за извършване на МЕР. Осигурен е (с малки изключения) безпрепятствен достъп на хората с увреждания до сградите чрез изградени специални външни съоръжения за придвижване с помощни средства. Компютърната осигуреност включва различни софтуерни продукти („ТЕЛК+“, „DELFI ТЕЛК“, „ТЕЛК-помощник“, безплатен офис пакет Open Office и др.). ТЕЛК не разполагат със собствен транспорт. В ТЕЛК има установени практики, но не навсякъде са утвърдени правила за събиране, отчитане и съхранение на документацията.

Различната ведомствена подчиненост на ТЕЛК и липсата на установени критерии относно необходимостта, оптималния размер и параметрите на материално-техническата база са обусловили различия в отделните ТЕЛК. Създаването на база данни в електронен вид в ТЕЛК и РКМЕ е съществен фактор за осигуряване на пълна, точна и своевременна информация при вземането на управленски решения и за подобряване на контрола по изпълнението на сроковете при проследяване на документацията и изготвяне на експертните решения. Неадекватното заплащане на труда на лекарите в ТЕЛК – между 376 лв. и 1015 лв. (Одитен доклад на Сметната палата, 2006 г.), дължащи се основно на различната ведомствена подчиненост на ТЕЛК, демотивира лекарите за работа в системата на МЕР и увеличава риска от корупционни практики.

Органи и механизми за осъществяването на контрол

Контролът върху МЕР се извършва от Националния съвет по медицинска експертиза, от министъра на здравеопазването, министъра на труда и социалната политика, от НОИ, РЗИ и от регионалните съвети по чл. 111 от Закона за здравето. Експертите към РЗИ, ТП на НОИ и към РКМЕ осъществяват методическа помощ и контрол по МЕР на всички лечебни заведения на територията на района. Националният съвет по медицинска експертиза (НСМЕ) разработва и представя на Министерския съвет становища по националната здравна политика, както и проекти за изменение и допълнение на нормативни актове, свързани с МЕР и др. Необосновано дълго е забавянето на създаването му. Министърът на здравеопазването оказва контрол чрез РЗИ, като териториални органи, изпълняващи здравната политика на територията на съответната област. НЕЛК има правомощия по: контрол на обжалвани ЕР, обучение, квалификация и преквалификация на кадрите и методическа помощ. Всяко решение на ТЕЛК може да бъде обжалвано чрез РКМЕ пред НЕЛК в 14-дневен срок от датата на получаването му. 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.

Регионалната здравна инспекция (РЗИ) и Регионалната картотека на медицинската експертиза (РКМЕ) са структури към държавните и общинските лечебни заведения. РКМЕ осъществяват дейност по съставяне, съхранение и движение на медицинска документация. 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 МЕР. РКМЕ в обичайния случай не планират и не извършват проверки по МЕР. **Националният осигурителен институт (НОИ)** осъществява контролна дейност чрез: медицинските комисии към ТП на НОИ (проверка на ЕР 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.

Горезиложеното изяснява факта, че контролът върху дейността на ТЕЛК се осъществява предимно по документи, което го прави неефективен. При изказване по обжалвано ЕР НЕЛК и медицинските комисии към ТП на НОИ са лишени от възможността да проверят актуалността на отразеното в документите здравно и социално състояние на пациента. Различната ведомствена подчиненост на контролните органи по дейността на МЕР, липсата на информационна и институционална координираност между тях също допринасят в немалка степен за неефективността на този контрол.

Антикорупционни правила и процедури

В НЕЛК и ТЕЛК има поставени кутии за подаване на жалби и сигнали, която се проверява ежеседмично, открита е „гореща линия“. Липсата на ротация в съставите и неконкурентното за специалността заплащане на труда на лекарите-експерти от НЕЛК/ТЕЛК генерира висок корупционен риск. Формално са изпълнени указанията на Министерството на здравеопазването във връзка с разработения оперативен план за противодействие на корупцията. Установено е, че жалби против лекари се подават изключително рядко, от което следва, че ефективността на посочените мерки е ниска.

Проведеният анализ на ситуацията даде възможност да се определят силните и слабите страни на МЕР, както и възможностите и заплахите, стоящи пред нея. (Фигура 1)

Резултатите от ситуационния анализ довеждат до формулирането на медико-социалните, организационно-методичните и юридическите проблеми на човека с инвалидност в системата на МЕР, сред които се открояват: липса на превантивния характер на МЕР върху болния; претоварване на системата на МЕР; недостатъчен брой подготвени специалисти; непълно оползотворяване на потенциала на близките като партньори в психо-социалната рехабилитация на пациента; проблемна подготовка на пациента; липса на специален закон, регулиращ проблемите на инвалидността; недостатъчна информация сред инвалидите за техните права, произтичащи от експертното решение на ТЕЛК и др.

От друга страна реализирането на правата на хората с увреждания в България е в пряка връзка с дейността на МЕР, а ЕР се явява необходимо условие за ползването на тези права. За съжаление законовите предпоставки, обуславящи тези права динамично се променят, съобразно потребностите на обществото, а гражданите търсят точни и конкретни отговори на въпроси, отнасящи се до правните последици от реквизитите на ЕР тогава, когато се появи тяхната индивидуална потребност. Принципът „незнанието на правото не извинява никого“ в тези случаи не може да се приложи към *болния човек*.

Изнесените резултати са основа, върху която ще стане възможно изграждането на цялостна стратегия за развитие на организационната среда на МЕР, с център *човека с инвалидност*. Предстоящото изследване на експертното мнение в тази посока цели постигане на консенсус относно насоките за решение проблемите на МЕР и свързаните с тях потребности на хората с увреждания. Въвеждането на нов модел на комплексна и едноактна медико-социална експертиза на инвалидността ще направи възможна холистичната рехабилитация (биологична, психологична и социална) в индиви-

Фигура 1.

Силни страни	Слаби страни
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Създадена е необходимата за осъществяване на дейността на МЕР правна рамка; ▶ Методиката за определяне на ТНР/СУ в проценти дава възможност в крайната оценка да бъдат включени всички заболявания на пациента; ▶ Цялостната подготовка на пациента за представяне пред ТЕЛК се извършва в доболничната/болничната помощ; ▶ Лекарите отговарят на изискванията за образование и трудов стаж; ▶ Направена е първата стъпка в изграждане на единна информационна система на МЕР; ▶ Интернет-страницата на НЕЛК увеличава прозрачността относно дейността на комисията и осигурява достъп до информация; ▶ Предприети са необходимите действия, при случаи на предлагани нерегламентирани плащания; ▶ Високо ниво на юридическа отговорност на експертите, работещи в системата на МЕР. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ „Разхвърляност“ на законовата уредба на МЕР в много на брой нормативни актове; ▶ Математическата формула за оценка на ТНР/СУ в проценти изключва индивидуалните социални потребности на човека с увреждане; ▶ Различна ведомствена подчиненост на НЕЛК, ТЕЛК, РКМЕ и АСП; ▶ Не са изградени лечебно-диагностични звена към НЕЛК/ТЕЛК за проверка на обективното състояние на пациента при обжалване на ЕР; ▶ Много и различни институции изпълняват контролната дейност върху дейността на МЕР; ▶ Липса на единен електронен обмен на информацията между ТЕЛК, НЕЛК, РКМЕ, РЗИ, НОИ, лечебните заведения и НЦЗИ; ▶ Претоварване на системата на МЕР; ▶ Слаба материално-техническа база; ▶ Липса на последователна политика за развитие на човешките ресурси; ▶ Слаба мотивираност на експертния персонал за работа.
Възможности	Заплахи
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Преминаване на ТЕЛК, НЕЛК и РКМЕ на единно административно подчинение и контрол; ▶ Създаване на единна национална база данни и електронно досие на инвалида; ▶ Подготовка на пациента за ТЕЛК да включва и дистанционно консултиране от експерти на РКМЕ, АСП и НОИ; ▶ Оптимизиране на методиката за оценка на инвалидността с включване на индивидуалните потребности на човека; ▶ Гражданско възпитание с използване на компютърните и иновационни технологии; ▶ Стимулиране на персонала за работа извън системата на МЕР; ▶ Акредитиране на системата на МЕР; ▶ Атестиране на експертните състави на ТЕЛК/НЕЛК; ▶ Работа по проекти и програми, свързани с холистичната рехабилитация на хората с увреждания. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ „Кадрово оголване“ на системата на МЕР вследствие неконкурентното за специалността заплащане; ▶ Липса на индивидуалност на оценката на степента на инвалидност; ▶ Влошаване на качеството на експертната работа; ▶ Изкуствено намаляване на оценката на инвалидността с оглед превенция финансовия начет на работещите в ТЕЛК лекари-експерти; ▶ Ниска мотивация на лекарите до 40 г. възраст за работа в системата на МЕР; ▶ Застой в професионалното развитие на експертния персонал; ▶ Висок корупционен риск и развитие на корупционни практики; ▶ Песимистична настройка на населението към резултатите от работата на ТЕЛК; ▶ Увеличаване на финансовия товар на здравната и социалната системи.

дуален план и ще намали икономическия товар на здравната и социалната системи.

Заключение

Стремежът за повишаване качеството на предлаганите от МЕР услуги, в съответствие с потребностите на човека с инвалидност, е в съгласие с целите на Конвенцията на ООН за правата на инвалидите. Проблемите на МЕР и бариерите пред човека с инвалидност, които те поставят, са въпроси на цялостната държавна политика. Визията за развитието на дейността на МЕР извежда на преден план зна-

чимостта на изследваната система, вследствие промените във всички сфери на обществото, довели до повишаване на заболяемостта и влошаване на здравето на населението и неговите уязвими групи. В изпълнение на принципа на управленска отговорност все по-голяма актуалност придобива необходимостта от *комплексно научно изследване на медико-социалните, организационно-методичните и юридическите проблеми на инвалидността и изграждане на нова концепция за развитие на системата за експертиза на инвалидността*.

Очакваните резултати от ефективно функционираща МЕР се свързват с увеличаване на броя на хората с увреждания, при които е постигната комплексна и холистична рехабилитация на инвалидността, понижаване на тежестта (степената) на инвалидност, създаване на нови работни места за инвалиди и др. Осъществяването на такава цел би способствало за намаляване на бариерите при извършване на рехабилитационните мероприятия, при подбора на оптималните помощни технически средства, при доставянето на социални услуги и т.н., съдействащи за бързото връщане на човека с инвалидност на пазара на труда. По този начин ще стане възможно неговото социално включване на един много по-ранен етап и ще се отбременят здравната и социалната системи. Финансовите ползи от новата концепция за ТЕЛК в България не са маловажни, но с много по-голяма стойност са социалните ползи от тяхното функциониране – за обществото, за човека с инвалидност и за неговото семейство.

Библиография

1. Закон за здравето, Държавен вестник бр.70 от 10.08.2004, в сила от 01.01.2005/последни промени: ДВ, бр.9 от 03.02.2015.
2. Ивков Б., Модели и концепции за инвалидността, Славена, В., 2006.
3. Кодекс за социално осигуряване, ДВ, бр.110/17.12.1999; ДВ, бр.61/11.08.2015.
4. Манчева П., Експертното решение – необходимо условие за соц. интеграция на хората с увреждания. Варн. мед. форум, 2014, 3(1), 79-74.
5. Манчева П., Подготовката за явяване пред ТЕЛК – част от плана за здравни грижи, Н. конф., РУ и СУБ, Русе, 2013, сб. научни тр., 19-23.
6. Наредба за медицинската експертиза на работоспособността, ДВ, бр.36 от 14.05.2010/последни промени: ДВ, бр.41 от 31.05.2011.
7. Наредба за работното време, почивките и отпуските, ДВ, бр.6 от 23.01.1987/последни промени ДВ, бр.63 от 18.08.2015.
8. Наредба за трудоустрояването, ДВ, бр.7/27.1.1987; ДВ, бр.17/28.2.2014.
9. Наредба за установяване, разследване, регистриране и отчитане на трудовите злополуки, ДВ, бр.6 от 21.01.2000/ ДВ, бр.18 от 10.03.2015.
10. Националната здравна стратегия, <http://www.mh.government.bg>.
11. Нац. стр. за равни възможности за хората с увреждания, www.namrb.org.
12. Постановление на МС №179 от 27.06.2014., Държавен вестник (официално издание на Народното събрание) бр.55 от 04.07.2014.
13. Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи, ДВ, бр. 34/4.05.2010; ДВ, бр. 55/4.07.2014 г.
14. Приложение към Заповед № РД 01-932 от 27.12.2010 г., Изменена със Заповед №РД01-45 от 19.01.2015 г.
15. Фесчиева Н., Цв. Кондова, Проф. д-р Иванка Николаева – радетел за общественото здравеопазване. СТЕНО, Варна, 2014, 11.
16. Vankova D., P., Mancheva. Quality of life of individuals with disabilities – concepts and concerns. Scripta Scientif Salutis Publicae, 2015, 1, 36- 44.
17. www.nsi.bg.

Автор

Доц. д-р Параскева Манчева, дм, МУ-Варна „Проф. Параскев Стоянов“, бул. „Цар освободител“ 84, e-mail: p_mancheva@abv.bg

ВЛИЯНИЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНАТА СРЕДА ВЪРХУ МОТИВАЦИЯТА И ПОВЕДЕНИЕТО НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ В БЪЛГАРИЯ

Н. Иванова, Л. Киров

INFLUENCE OF THE PROFESSIONAL ENVIRONMENT ON THE MOTIVATION AND BEHAVIOR OF GPs IN BULGARIA

N. Ivanova, L. Kirov

Резюме. Статията представя резултатите от проучване на влиянието на факторите на външната професионална среда върху професионалната мотивация и поведение на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) в България. Проучването е проведено върху представителна извадка от ОПЛ спрямо генералната съвкупност в страната (4698 ОПЛ). Използван е специално създаден въпросник, включващ 15 фактора на външната професионална среда, разпределени в 4 групи според своя характер – финансово-икономически, правно-нормативни, морално-етични и психологични. Проведена е пряка анонимна анкета с 243 ОПЛ (5,2% от ОПЛ в България). ОПЛ оценяват, че повечето от изследваните фактори имат предимно отрицателно действие, с изключение на финансово-икономическите.

Summary. The current article summarizes the findings of a study of the influence of the factors of the external professional environment on the professional motivation and behaviour of Bulgarian General Practitioners. A representative sample from the total of 4698 GPs in the country were involved in the survey. A special questionnaire was utilized, including 15 factors of the external professional environment; these were subdivided into 4 groups on the basis of their nature: financial and economic; legal and regulatory; moral and ethical; psychological. Direct anonymous survey of 243 General Practitioners (5.2 % of the total number) was held. The majority of the factors examined have a predominantly negative effect – with the exception of the financial and economic ones.

Key words: General Practitioner; motivation and professional behaviour of GPs; influence of the factors of the external professional environment on the behaviour of GPs

Въведение

Реформите в здравеопазването в България довеждат до коренна промяна в модела на системата на първичната извънболнична медицинска помощ. Тя се „изгражда“ на основата на принципите на общата медицина и по формата на общата медицинска практика [3, 4, 5, 9].

Освен това се създава и ново съдържание на професионалната среда, в която работят лекарите от първичната медицинска помощ. В него са включени други правно-нормативни, финансово-икономически, организационно-технологични, морално-етични и психологични правила и норми. Те трябва да създават условия за по-добра профе-