



МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА
Проект BG05M9OP001-1.051- 0006 „Съвместни действия на социалните партньори за адаптиране на работната среда към специфичните възрастови потребности на различните генерации, с цел насърчаване на по-дълъг трудов живот и способност за работа“



Проучване за специфичните потребности за нови политики и подходи за адаптиране на работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот и способност на работа на хора с хронични заболявания

РЕЗЮМЕ

Доброто здраве на населението е основна предпоставка за икономическо и социално развитие и е от жизнено важно значение за всеки човек и обществото като цяло. Равният достъп до образование, достоен труд, жилище и доходи са фактори, които помагат за здравето. От своя страна здравето допринася за увеличаване на производителността, за по-висока ефективност на работната сила, за здравословно остаряване и следователно за по-малко разходи за обезщетения по болест и социални разходи, и оттам за по-малко загубени постъпления в бюджета.

Основните тенденции в демографските процеси у нас през последното десетилетие са застаряване на населението, намалена раждаемост, засилена урбанизация и характерните за страните в преход висока смъртност и интензивна външна миграция предимно на млади и в активна възраст хора.

Едно от основните предизвикателства на 21 век в глобален план и в Европейския съюз е застаряването на населението и съответно застаряването на работната сила. В сравнение с останалите държави в ЕС темповете на застаряване на населението в България са много по-високи. Нарастващият брой и дял на старите хора (на 65+ г.) поставя и ще поставя сериозни предизвикателства пред социално-осигурителната система, системата за социално подпомагане, здравеопазването, образованието.

Твърде много пациенти са изправени пред финансови затруднения в резултат на разходи за здравни грижи, водещи до увеличаване на неравнопоставеността в здравеопазването. Пациентите с хронични заболявания и хората, които неформално полагат грижи за тях, се сблъскват със сериозни затруднения с достъпа до и в оставането на работа. Като резултат от това – социалното изключване често води до влошаване на здравето и нарастваща нужда от медицинско обслужване.

Проблемът с безработицата на хронично болните е огромен и правата им продължават да бъдат нарушавани, заради ограниченият им достъп до пазара на труда. SWOT-анализите на системата показват, че в действителност те не се осъществяват.

В тази връзка е проведено проучване на специфичните потребности за нови политики и подходи за адаптиране работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот и способност за работа на хора с хронични заболявания. То е част от Проект BG05M9OP001-1.051-0006 „Съвместни действия на

социалните партньори за адаптиране на работната среда към специфичните възрастови потребности на различните поколения, с цел насърчаване на по-дълъг трудов живот и способност за работа“.

Целта на настоящото проучване е предлагане на форми и инициативи, мерки и политики за подобряване и адаптиране на работната среда към специфичните изисквания на работещи с хронични заболявания с цел насърчаване на по-дълъг трудов живот и способност за работа.

Използвани са социологически методи (документален, анкетен) за набиране на информацията и статистически методи за нейната обработка.

В рамките на проучването е анализирано здравното-демографското състояние на населението в Р България (здравно-демографски показатели, здравни детерминанти, социално-икономически фактори, околна и трудова среда, поведенчески фактори, профилактика на здравноосигурените лица над 18 години, осъществявана от общопрактикуващите лекари, диспансерно наблюдение на здравноосигурени лица, осъществявано от общопрактикуващия лекар и лекар-специалист в лечебно заведение за СИМП, финансиране на здравната система и др.).

Извършена е аналитична характеристика на дейностите по обръщаемост за здравна помощ на населението във възрастова група 20-65 г. с хипертония, диабет, ХОББ (обръщаемост и хоспитализации, трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане и умирания, изплатени средства на изпълнителите на ПИМП, СИМП И БМП).

Увеличаващата се възраст на работещите е предизвикателство за правителството, работодателите, службите по здраве при работа/трудова медицина, работещите и техните семейства, особено по отношение на осигуряването на безопасност и здраве при работа. Още повече, че с напредване на възрастта се увеличават хроничните незаразни болести сред населението, в т.ч. и сред работещите.

В тази връзка е проведено проучване сред хронично болни лица (с артериална хипертония, диабет и ХОББ), в активна възраст (25-65 г.), с цел да се проучи работоспособността и удовлетвореността от условията в работната среда, специфичните потребности и интереси, трудностите, бариерите, рисковете в трудовата дейност и професионалната реализация с оглед изготвяне на препоръки за оптимизиране условията на труд на работещите с хронични заболявания и осигуряване на безопасност и здраве при работа.

Извършен е преглед на Националната политика по безопасност и здраве при работа (БЗР), включващ Национални стратегии и програми по безопасност и здраве при работа; Законодателство; Институционален капацитет и други, а също и на Директиви и политики на ЕС в целевата сфера, добри и иновативни практики и подходи за адаптиране работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот и способност за работа на хора с хронични заболявания.

На основата на направените изводи, анализиран опит и предложения в изследването, ще бъдат:

- разработени методически материали за подпомагане дейността на социалните партньори, мениджърите в предприятията, специалистите по човешки ресурси и синдикалните дейци (представители на работниците и служителите) при въвеждането на политики и практики за подобряване на социалния диалог и управлението на човешките ресурси, с акцент върху осигуряване на работна среда, съобразена със специфичните изисквания и потребности на работещите с хронични заболявания;*
- предлагане на форми и инициативи, мерки и политики за подобряване и адаптиране на работната среда към специфичните изисквания на работещи с хронични заболявания с цел насърчаване на по-дълъг трудов живот и способност за работа.*

Заглавие на анализа:	Проучване за специфичните потребности за нови политики и подходи за адаптиране на работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот и способност на работа на хора с хронични заболявания
Срок за изпълнение:	31 март 2020
Дата на представяне:	31 март 2020
Наименование на дейността:	Проучване за специфични потребности за нови политики и подходи за адаптиране работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот и способност за работа на хора с хронични заболявания.
Задача	Дейност 1.4
Версия:	<input type="checkbox"/> Чернова <input type="checkbox"/> Междинна версия <input checked="" type="checkbox"/> Финална версия
Тип:	
Ниво на разпространение:	<input type="checkbox"/> Публично <input checked="" type="checkbox"/> Ограничено
Изготвил(и):	Проф. д-р Григор Димитров, БСК, ВУЗФ, София Проф. д-р Златица Петрова, БСК, ФОЗ, МУ, София Елисавета Петрова-Джеретто, БСК, ФОЗ, МУ, София Доц. Наташа Данова, БСК, НЦОЗА, МЗ, София Доц. Галя Цолова, БСК, НЦОЗА, МЗ, София Доц. Красимира Дикова, БСК, НЦОЗА, МЗ, София Даниела Божилова, БСК, НЦОЗА, МЗ, София Наталия Маева, БСК, Национална пациентска организация, София
Отговорник:	Проф. д-р Григор Димитров, БСК, ВУЗФ София
Ръководител на дейността:	Проф. д-р Григор Димитров, БСК, ВУЗФ, София Проф. д-р Златица Петрова, БСК, ФОЗ, МУ, София
Партньор (ако има такъв):	<input type="checkbox"/> КНСБ
Асоциирани партньори:	
Кратко резюме (до 200 думи):	Целта на настоящото проучване е предлагане на форми и инициативи, мерки и политики за подобряване и адаптиране на работната среда към специфичните изисквания на работещи с хронични заболявания с цел насърчаване на по-дълъг трудов живот и способност за работа. Използвани са социологически (анкетен и документален) и статистически методи.

	<p>Анализирани са: здравното-демографското състояние на населението в Р България; дейностите по обръщаемост за здравна помощ на населението във възрастта 20-65 г. с хипертония, диабет, ХОББ; условията и рисковете на труд и тяхната удовлетвореност; Националната политика по безопасност и здраве при работа; Директивите и политиките на ЕС, добри и иновативни практики и подходи за адаптиране работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот и способност за работа на хора с хронични заболявания.</p> <p>Данните от литературата, официалните статистически данни, действащото национално законодателство и резултатите от проведеното проучване недвусмислено показват необходимостта от разработване на конкретни препоръки за подобряване на безопасните и здравословни условия на труд на работещите с хронични заболявания, като се използват добрите практики на други страни.</p> <p>Ще бъдат разработени: методически материали за подпомагане дейността на ангажираните лица/институции и предлагане на политики за подобряване и адаптиране на работната среда към специфичните изисквания на работещи с хронични заболявания.</p>
Ключови думи (до 10 бр.):	Хипертония, диабет, ХОББ, медицинска помощ, условия на труд, добри практики

Съдържание

Резюме	2
Раздел 1. ВЪВЕДЕНИЕ	11
1.1 Цел и задачи.....	14
1.2 Структура на документа	15
1.2.1 Здравно-демографски показатели и здравни детерминанти	15
1.2.2 Аналитична характеристика на дейностите по обръщаемост за здравна помощ във възрастова група 20-65 г. за хипертония, диабет и ХОББ.....	16
1.2.3 Изплатени средства на изпълнителите на ПИМП, СИМП, БМП за пациенти с хипертония, диабет и ХОББ за 2017-2018 г., общо и по възрастови групи.....	16
1.2.4 Защо тези хронични незаразни заболявания?	16
1.2.5 Анализ на резултатите от анкетното проучване	17
1.2.6 Национална политика по безопасност и здраве при работа.....	17
1.2.7 Не/възможно връщане на „Пазара на труда“ на хора с хронични заболявания..	17
1.2.8 Преглед и анализ на директиви и политики на ЕС в целевата сфера, добри и иновативни практики и политики за адаптиране на работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот на хората с хронични заболявания	18
1.2.9 Заключение и препоръки.....	18
Раздел 2. МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО	19
Раздел 3. ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКИ ПОКАЗАТЕЛИ И ЗДРАВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ	21
3.1. Здравно-демографски показатели	21
3.1.1. Основни демографски тенденции	21
3.1.2. Заболеваемост и инвалидност	24
3.2. Здравни детерминанти	25
3.2.1. Социално-икономически фактори	25
3.2.2. Околна и трудова среда.....	26
3.2.3. Поведенчески фактори.....	27
3.2.4. Профилактика на здравноосигурените лица над 18 години, осъществявана от общопрактикуващите лекари	28
3.2.5. Диспансерно наблюдение на здравноосигурени лица, осъществявано от общопрактикуващия лекар.....	29
3.2.6. Диспансерно наблюдение на здравноосигурени лица, осъществявано от лекар-специалист в лечебно заведение за СИМП.....	29

----- www.eufunds.bg -----

3.2.7.	Финансиране на здравната система	29
Раздел 4. АНАЛИТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО ОБРЪЩАЕМОСТ ЗА ЗДРАВНА ПОМОЩ ВЪВ ВЪЗРАСТОВА ГРУПА 20-65 Г. ЗА ХИПЕРТОНИЯ, ДИАБЕТ, ХОББ		31
4.1.	Обращаемост и хоспитализации	31
4.1.1.	Прегледи по обращаемостта за здравна помощ	31
4.1.2.	Хоспитализации	32
4.2.	Трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане и умирация	33
4.2.1.	Трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане	33
4.2.2.	Умиряния	35
Раздел 5. ИЗПЛАТЕНИ СРЕДСТВА НА ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА ПИМП, СИМП И БМП ЗА ПАЦИЕНТИ С ХИПЕРТОНИЯ, ДИАБЕТ И ХОББ ЗА 2017-2018 Г. – ОБЩО И ПО ВЪЗРАСТОВИ ГРУПИ		38
Раздел 6. ЗАЩО ТЕЗИ ХРОНИЧНИ НЕЗАРАЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ?		45
6.1.	Артериална хипертония	45
6.2.	Хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ)	50
6.3.	Диабетът като социалнозначимо заболяване	55
Раздел 7. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ		60
7.1.	Лични данни	60
7.2.	Данни за здравето	62
7.3.	Данни за работната среда	68
7.4.	Изводи	74
Раздел 8. НАЦИОНАЛНА ПОЛИТИКА ПО БЕЗОПАСНОСТ И ЗДРАВЕ ПРИ РАБОТА		76
8.1.	Основни принципи за осигуряване на безопасност и здраве при работа	76
8.2.	Политиката на Р България в областта на безопасността и здравето при работа	77
8.3.	Национални стратегии и програми по безопасност и здраве при работа	78
8.4.	Национално законодателство по безопасност и здраве при работа	79
8.5.	Институционален капацитет на системата по безопасност и здраве при работа	81
8.6.	Силни страни и предизвикателства пред дейността по безопасности здраве при работа	86
8.6.1.	Силни страни	86
8.6.2.	Предизвикателства	87
Раздел 9. НЕ/ВЪЗМОЖНО ВРЪЩАНЕ НА „ПАЗАРА НА ТРУДА“ НА ХОРА С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ		88
9.1.	Алтернативи на трудовото участие на хората с хронични заболявания като преход към социална интеграция	88
9.2.	Описание на модела “преходно работно място”	89
9.3.	Социалнозначими заболявания и пазарът на труда	90
9.4.	Проблемът „инвалидност“ и социалната интеграция на хората с хронични заболявания	92

Раздел 10. ПРЕГЛЕД И АНАЛИЗ НА ДИРЕКТИВИ И ПОЛИТИКИ НА ЕС В ЦЕЛЕВАТА СФЕРА, ДОБРИ И ИНОВАТИВНИ ПРАКТИКИ И ПОЛИТИКИ ЗА АДАПТИРАНЕ НА РАБОТНАТА СРЕДА ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА ПО-ДЪЛЪГ ТРУДОВ ЖИВОТ НА ХОРАТА С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	96
10.1. Европейски политики	96
10.2. Национални стратегии.....	101
10.3. Добри практики	110
Раздел 11. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПРЕПОРЪКИ	115
Раздел 12. ЛИТЕРАТУРНИ ИЗТОЧНИЦИ	117
Раздел 13. ПРИЛОЖЕНИЕ 1	122
Раздел 14. ПРИЛОЖЕНИЕ 2	145

Използвани съкращения:

Съкращение	Описание на съкращението
АХ	- Артериална хипертония
БЗР	- Безопасност и здраве при работа
БМП	- Болнична медицинска помощ
БОК	- Болести на органите на кръвообращението
ЗБУТ	- Закон за безопасни условия на труд
ЕС	- Европейски съюз
ЗД	- Захарен диабет
ЗОЛ	- Здравноосигурени лица
ИМ	- Инфаркт на миокарда
ЛЗ	- Лечебно заведение
МЗ	- Министерство на здравеопазването
МОТ	- Международна организация на труда
НЗОК	- Национална здравноосигурителна каса
НСУТ	- Национален съвет по условия на труд
НЦОЗА	- Национален център по обществено здраве и анализи
НЦРРЗ	- Национален център по радиобиология и радиационна защита
ОПЛ	- Общопрактикуващ лекар
ПИМП	- Първична извънболнична медицинска помощ
РЗИ	- Регионални здравни инспекции
СЗО	- Световна здравна организация
СИМП	- Специализирана извънболнична медицинска помощ
ССЗ	- Сърдечносъдови заболявания
СТМ	- Служба по трудова медицина
ТЕЛК	- Трудово-експертна лекарска комисия
ХБДДП	- Хронични болести на долните дихателни пътища
ХОББ	- Хронична обструктивна белодробна болест

Раздел 1. ВЪВЕДЕНИЕ

Осигуряването на здравословен начин на живот и насърчаването на благосъстоянието на всички хора, във всяка възраст, са важни компоненти на устойчивото развитие. Според дефиницията на Световната здравна организация (СЗО) здравето е „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не просто отсъствие на болест или немощ“. Здравеопазването е сфера на обществения живот, към която всеки български гражданин е особено чувствителен. Здравето следва да бъде основна индивидуална, обществена и институционална ценност, всеобща грижа и споделена отговорност.

Достъпът до добро здраве и благополучие е основно право на човека. Програмата за устойчиво развитие на ООН предлага нови възможности, които да осигурят на всички хора достъп до най-високите стандарти в областта на здравеопазването и медицинското обслужване. Здравето е и ключов индикатор за устойчивото развитие.

Здравето на индивида не трябва да се разглежда самостоятелно, защото е резултат от взаимодействието между редица фактори, действащи на различни нива¹ (Фиг. 1).

ФИГУРА 1. ДЕТЕРМИНАНТИ НА ЗДРАВЕТО



Източник: WHO, 2007

¹ Дж. Далгрен и М. Уайтхед, 1993

www.eufunds.bg

В центъра на системата е човекът с неговите индивидуални особености (възраст, пол, ген), които обуславят здравния му потенциал.

На второ ниво са неговият начин на живот и поведение. Влошени здравни показатели се наблюдават при лицата с ясно изразени рискови фактори: тютюнопушене, недोхранване, употреба на алкохол и др.

На трето ниво в системата се нареждат влиянието на социалната среда и обществото. Следват факторите на жилищната и работната среда, които включват: условия на живот и работа, осигуреност с храна, достъп до основни услуги. На това ниво здравето на индивида зависи не само от здравната система, но и от успешното междусекторно взаимодействие.

Определящи са социално-икономическите и културните фактори.² Най-голямо влияние имат степента на икономически растеж и развитието на трудовия пазар. Постигнатият стандарт на живот влияе върху индивидуалния избор на жилище, работа, социална среда, хранителни навици, които са основните детерминанти на здравето на индивида. Следователно, доброто здраве може да се разгледа като резултат от икономическия статус на отделния индивид и икономическото развитие на страната като цяло.

Доброто здраве на населението облагодетелства всички сектори и цялото общество, с което се превръща в ценен ресурс. То е основна предпоставка за икономическо и социално развитие и е от жизнено важно значение за всеки човек. Равният достъп до образование, достоен труд, жилище и доходи са фактори, които помагат за здравето. От своя страна здравето допринася за увеличаване на производителността, за по-висока ефективност на работната сила, за здравословно остаряване и следователно за по-малко разходи за обезщетения по болест и социални разходи, и оттам за по-малко загубени постъпления в хазната.

Здравето и благосъстоянието на населението се постигат успешно, ако всички в управлението насочат общите си усилия към социалните и индивидуални определящи фактори на здравето. Когато хората разполагат с възможност да контролират своето здраве и неговите определящи фактори, общностите стават по-силни, а човешкият живот – по-добър. Без активното участие на хората, редица възможности за популяризиране и защита на здравето, както и за подобряване на благосъстоянието, ще бъдат пропуснати. Онова, което осигурява благоденствие за обществото, подобрява и здравето на хората – политиките, които залагат на това, са по-успешни. Лошото здраве заплашва правото на децата на образование, ограничава икономическите възможности на мъжете и жените и увеличава бедността в общностите и държавите по света. Освен че може да бъде причина за бедност, здравето се влияе от бедността и е тясно свързано с други аспекти на устойчивото развитие, включително с водата и хигиената, равнопоставеността между половете, изменението на климата, мира и стабилността.

2 WHO. (2001). Macroeconomics and Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.

Здравеопазването е важно както със своите преки, така и с косвените си ефекти върху икономиката. То има значение не само защото засяга здравето на населението и неговата производителност, а тъй като в днешно време то представлява един от най-значимите икономически сектори във всяка държава със средни и високи доходи.

Здравната система е сред големите работодатели и играе сериозна роля на пазара на земя, строителство и потребление. Тя движи научните изследвания и иновации, като заема важно място в международната конкуренция за кадри, идеи и продукти. Нейните ключови позиции ще стават все по-мощни, а с тях ще расте и приносът ѝ за по-общите цели за обществото.

За последното десетилетие подобряването на положението в областта на здравеопазването е довело до 24% ръст на доходите в някои от най-бедните (по данни на Световната здравна организация) страни. Цената на бездействието е много по-висока: милиони деца, както и преди, ще умират от болести, които могат да бъдат предотвратени, жените ще умират по време на бременност и раждане, а медицинските разходи ще доведат, както и по-рано, милиони хора до нищета. Само загубите от неинфекциозни болести в страните с ниско и средно равнище на доходите ще бъде над 7 трилиона щатски долара през следващите 15 години (по данни на Световната здравна организация).

Основните тенденции в демографските процеси през последното десетилетие са застаряване на населението, намалена раждаемост, засилена урбанизация и характерните за страните в преход висока смъртност и интензивна външна миграция предимно на млади и в активна възраст хора. Проблемът със застаряването на населението в България и деформираната възрастова структура е изключително важен и значим, тъй като тя ще определя възпроизводството на населението и на работната сила през следващите десетилетия. Нарастващият брой и дял на старите хора (на 65+ г.) поставя и ще поставя сериозни предизвикателства пред социално-осигурителната система, системата за социално подпомагане, здравеопазването, образованието.

Въпреки значителното подобрение на очакваната средна продължителност на живота от 2000 г. насам, България отчита най-ниската такава в ЕС. Широкото разпространение на рискови фактори като тютюнопушене, употреба на алкохол и нездравословно хранене допринася за високата смъртност от инфаркт, исхемична болест на сърцето и рак на белите дробове.

Ограничаването на широкото разпространение на поведенческите рискови фактори представлява сериозно предизвикателство. Въпреки слабото намаление на употребата на тютюн, равнището на тютюнопушенето сред възрастните е най-високото в ЕС, като през 2014 г. достига 28% (36,4% сред мъжете). Тютюнопушенето сред подрастващите също е разпространено. Консумацията на големи количества алкохол през 2014 г. е малко под средното равнище за ЕС при възрастните, но се увеличава сред подрастващите момчета. Макар че процентът на затлъстяване сред възрастните е малко под средния за ЕС, проблемът сред децата нараства.

Атмосферното замърсяване е най-мобилният и химически агресивен рисков фактор от околната среда, който засяга всички региони, социалноикономически и възрастови групи.

Идентифицира се като съществен, но предотвратим рисков за човешкото здраве фактор и се използва като маркер за устойчиво развитие. Системната експозиция на повишени нива атмосферни замърсители директно или индиректно провокира диапазон от нежелани ефекти – от незначителни функционални смущения до появата на сериозни заболявания на отделни органи и системи. Международните и европейските институции акцентират върху ролята и значението на атмосферното замърсяване в структурата на заболяемостта и смъртността и оценявайки високата му цена за обществото, апелират към разработване и прилагане на глобална стратегия по околна среда и здраве с водеща роля на здравния сектор в процеса на подобряване качеството на въздуха и минимизиране риска за здравето на населението.

Осъществяването на дейности за първична профилактика и промоция на здравето е сравнително слабо застъпено, което намира отражение във високия коефициент на предотвратима смъртност. По подобен начин предотвратимата с добро лечение смъртност в България е четвъртата най-висока в ЕС, което показва, че системата на здравеопазването като цяло не успява да лекува пациентите ефикасно и своевременно. Слабото развитие на първичната и профилактичната помощ отчасти обяснява високите равнища на болничната дейност и хоспитализациите в България, но значителният ръст в броя на болничните легла в градските райони и в частния сектор също засилва акцента върху болничната помощ.

Политиката за правата на хората с увреждания следва да бъде насочена към очертаване на присъщия хоризонтален характер във връзка с всички секторни политики, които следва да бъдат ангажирани при оказване на подкрепа за хората с увреждания. Ще се прилага индивидуален подход, при съобразяване и изпълнение на изискванията на Конвенцията за правата на хората с увреждания на ООН, с оглед насърчаване, защита и гарантиране на пълноценното и равноправно упражняване на правата и свободите на хората с увреждания на територията на Република България и създаването на условия за социалното им приобщаване в общността. Ще продължат усилията за предоставяне на необходимата и адекватна социално-икономическа подкрепа.

1.1 ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Цел на настоящото проучване е предлагане на форми и инициативи, мерки и политики за подобряване и адаптиране на работната среда към специфичните изисквания на работещи с хронични заболявания с цел насърчаване на по-дълъг трудов живот и способност за работа.

За изпълнение на целта на проучването си поставихме следните задачи:

1. Анализ на здравето състояние на населението в България, здравни детерминанти;
2. Аналитична характеристика на дейностите по обращаемост за здравна помощ във възрастова група 20-65 г за Хипертония, Диабет и Хронична обструктивна болест;
3. Организиране на работни срещи (експертни интервюта) с пациентски организации за оценка и анализ на основните хронични заболявания с цел идентифициране,

обобщаване и оценка на данните от изследването за подбор на най-малко 3 основни типове хронични заболявания

4. Определяне на 3 основни типове хронични заболявания, за които след съгласуване със социалните партньори, за които ще бъдат разработени методически материали, както и за разработването на иновативните инструменти за адаптиране на работната среда в българските предприятия към специфичните изисквания на работещите с подобни заболявания;
5. Изследване на работоспособността и удовлетвореността от условията в работната среда, специфичните потребности и интереси, трудностите, бариерите, рисковете в трудовата дейност и професионалната реализация на хора с хронични заболявания, чрез анкетно проучване;
6. Анализ на Националната политика по безопасност и здраве при работа;
7. Преглед и анализ на Директиви и политики на ЕС в целевата сфера, добри и иновативни практики и политики относно политики и подходи за адаптиране работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот и способност за работа на хора с хронични заболявания.

На основата на направените изводи, анализиран опит и предложения в изследването, ще бъдат:

- разработени методически материали за подпомагане дейността на социалните партньори, мениджърите в предприятията, специалистите по човешки ресурси и синдикалните дейци (представители на работниците и служителите) при въвеждането на политики и практики за подобряване на социалния диалог и управлението на човешките ресурси, с акцент върху осигуряване на работна среда, съобразена със специфичните изисквания и потребности на работещите с хронични заболявания;
- предлагане на форми и инициативи, мерки и политики за подобряване и адаптиране на работната среда към специфичните изисквания на работещи с хронични заболявания с цел насърчаване на по-дълъг трудов живот и способност за работа.

1.2 СТРУКТУРА НА ДОКУМЕНТА

Проучването се състои от 14 раздела, вкл. приложения и литература:

1.2.1 ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКИ ПОКАЗАТЕЛИ И ЗДРАВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ

Разгледана е настоящата демографска ситуация в България като резултат от продължителното въздействие на множество фактори и влияния, част от които са валидни и за останалите страни от ЕС, а други кореспондират с национални особености. Основните тенденции в демографските процеси през последното десетилетие са застаряване на

----- www.eufunds.bg -----

населението, намалена раждаемост, засилена урбанизация и характерните за страните в преход висока смъртност и интензивна външна миграция предимно на млади и в активна възраст хора. Въпреки положителните данни за коефициента на заетост, за България той остава под средния за ЕС, проблем са продължително безработните. По отношение състоянието на околната среда, в отделни региони на страната продължават да съществуват редица предизвикателства, свързани с отклонения в качеството на атмосферния въздух, питейните води и шумовото натоварване, които могат да имат потенциално негативно отражение върху здравето на населението и/или различни уязвими групи от него.

1.2.2 АНАЛИТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО ОБРЪЩАЕМОСТ ЗА ЗДРАВНА ПОМОЩ ВЪВ ВЪЗРАСТОВА ГРУПА 20-65 Г. ЗА ХИПЕРТОНИЯ, ДИАБЕТ И ХОББ

Данните за обръщаемост и хоспитализации са от изчерпателни изследвания, извършвани от Националния център по обществено здраве и анализи, Националния статистически институт и отчети на НЗОК. Избраните и наблюдавани заболявания са хипертония, диабет и хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ), а възрастовите групи са от диапазона 20–65 години. Хипертонията, диабетът и хроничната обструктивна белодробна болест са основни социалнозначими заболявания, които оказват силно влияние върху заболяемостта, трайно намалената работоспособност/вида и степента на увреждане и смъртността на населението. Разгледани са прегледи по обръщаемостта за здравна помощ при ПИМП, СИМП, хоспитализациите, трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане и умирения.

1.2.3 ИЗПЛАТЕНИ СРЕДСТВА НА ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА ПИМП, СИМП, БМП ЗА ПАЦИЕНТИ С ХИПЕРТОНИЯ, ДИАБЕТ И ХОББ ЗА 2017-2018 Г., ОБЩО И ПО ВЪЗРАСТОВИ ГРУПИ

Направени са няколко извода, като най-съществени са: съществена разлика в структурата на изразходваните средства за ПИМП, СИМП и БМП за отделните заболявания. За хипертония най-високи са разходите за изпълнителите на ПИМП; за диабет – за изпълнителите на БМП и за ХОББ – за изпълнителите на СИМП. С увеличаване на възрастта се увеличават изплатените средства на изпълнителите на ПИМП, СИМП и БМП и за трите заболявания.

1.2.4 ЗАЩО ТЕЗИ ХРОНИЧНИ НЕЗАРАЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ?

Хроничните незаразни болести са основна причина за умиренията и инвалидността в света. Към групата на хроничните незаразни болести експертите на СЗО включват основно болестите на органите на кръвообращението (БОК), злокачествените новообразувания (ЗН), хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ), диабета, психичните болести, болестите на мускулно-скелетната система и травмите, като особено внимание се отделя на първите четири групи болести, предвид високия дял умирения от тях (59%) – над 36 млн. души. Разгледани са

подробно социалната значимост и различните инициативи за диагностика и лечение на тези заболявания. Според СЗО, във всяка от страните инициативите, насочени към проблемите трябва да съдържат шест важни компонента: интегрирана програма за първичната медицинска помощ; финансов разчет за реализация на програмата; основни диагностични методи и лекарства; намаляване нивото на факторите на риска сред населението; програми за укрепване на здравето на работните места; мониторинг и изпълнение на програмите.

1.2.5 АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ

Едно от основните предизвикателства на 21 век в глобален план и в Европейския съюз е застаряването на населението и съответно застаряването на работната сила. Работещите над 50-годишна възраст са два пъти повече от тези под 25-годишна възраст и очакванията са за увеличаване на броя на застаряващите работещи. В сравнение с останалите държави в ЕС темповете на застаряване на населението в България са много по-високи. По данни на ООН България е на пето място в света по темп на застаряване на населението. Увеличаващата се възраст на работещите е предизвикателство за правителството, работодателите, службите по здраве при работа/трудова медицина (СТМ), работещите и техните семейства, особено по отношение на осигуряването на безопасност и здраве при работа (БЗР). Още повече, че с напредване на възрастта се увеличават хроничните незаразни болести сред населението, в т.ч. и сред работещите. Това е повод да се проведе проучване сред 350 работещи лица в активна възраст (от 25 до 65 години), с артериална хипертония, диабет и ХОББ. За целта е разработен и апробиран въпросник с 30 въпроса, от които 27 закрити, разпределени в 4 основни раздела: лични данни; данни за здравето; данни за работната среда (вид упражняван труд, условия на труд и рискове за здравето) и оценка и препоръки. Водещо значение за здравето според анкетираните има адекватното възнаграждение, следват здравословните и безопасни условия на труд, социалните придобивки и добрата организация на работа. Осигуреното медицинско обслужване на фирмата/организацията има значение само за 21.8% от лицата. В същото време 69.1% от анкетираните са категорични, че има необходимост от такова обслужване. Мерки за подпомагане на лицата с хронични заболявания за връщането им на работа след дълго отсъствие поради болест се предприемат само според 28.7% от анкетираните.

1.2.6 НАЦИОНАЛНА ПОЛИТИКА ПО БЕЗОПАСНОСТ И ЗДРАВЕ ПРИ РАБОТА

Разгледани са подробно политики, националното законодателство, стратегиите и програми по безопасност и здраве при работа, наредби за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд, институционален капацитет на системата. Направен е SWOT анализ на дейността по безопасност и здраве при работа.

1.2.7 НЕ/ВЪЗМОЖНО ВРЪЩАНЕ НА „ПАЗАРА НА ТРУДА“ НА ХОРА С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Целта е да представи идеята за въвеждане на европейския принцип „интеграция, връщане на пазара на труда“ вместо инвалидна пенсия в български условия. Действията на ТЕЛК следва

да са с насоченост към медицинска профилактика, комплексна рехабилитация, преквалификация и връщане на пазара на труда. Националната пациентска организация, която е пълноправен член на Европейски пациентски форум (EPF), още през 2018 г. в нарочен Меморандум, приет по време на 7-мия Конгрес на НПО, прикани институциите да признаят, че всички пациенти имат право на справедлив достъп до висококачествени грижи.

1.2.8 ПРЕГЛЕД И АНАЛИЗ НА ДИРЕКТИВИ И ПОЛИТИКИ НА ЕС В ЦЕЛЕВАТА СФЕРА, ДОБРИ И ИНОВАТИВНИ ПРАКТИКИ И ПОЛИТИКИ ЗА АДАПТИРАНЕ НА РАБОТНАТА СРЕДА ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА ПО-ДЪЛЪГ ТРУДОВ ЖИВОТ НА ХОРАТА С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Разгледани са директиви, политики и стратегии на ЕС за осигуряване на по-дълъг трудов живот на хората с хронични заболявания. Особено вниманието е отделено на проекта PATHWAYS с цел, да сравни десет страни-членки и да извлече най-добрите практики на пазара на труда за хронично болните (Приложение №1). Прегледът на политиките, системите и услугите в тази сфера (улесняване и подпомагане на интеграцията на хронично болните на пазара на труда) разкрива, че в повечето случаи, хронично болните се разглеждат като хора с инвалидност, включително и хората с намалена трудоспособност поради болест.

Повечето изследвания се фокусират върху: а) трудностите в работния процес, както от здравна гледна точка, така и от гледна точка на културата в екипа, поведение и влияние на заобикалящата среда; б) влиянието на политиките/облекченията за връщане на работното място (return-to-work). По отношение на политиките, всички държави имат законодателни мерки срещу дискриминацията и предоставят подкрепа на лицата с увреждания. Такива политики не съществуват конкретно за лицата с хронични заболявания и те получават подкрепа в рамките на стратегиите за по-широки групи като хора с увреждания, уязвими социални групи, възрастни хора и др.

Всички политики са базирани на разбирането, че услугите за подкрепа за пазара на труда трябва да са общи, човеко-центрирани, интегрирани и достъпни. Разработването на персонализирани програми за реалното включване на пазара на труда са в основата за подпомагането на лицата с хронични заболявания. Те трябва да включват интегрирани услуги на здравната и социална система, психологическа подкрепа, както и по-голямото участие на работодателите.

1.2.9 ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПРЕПОРЪКИ

Данните от литературата, официалните статистически данни, действащото национално законодателство и резултатите от проведеното проучване недвусмислено показват необходимостта от разработване на конкретни препоръки за подобряване на безопасните и здравословни условия на труд на работещите с хронични заболявания, като се използват добрите практики на други страни.

Раздел 2. МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

В резултат от така поставената цел и задачи са конкретизирани обектът на наблюдение, единиците и признаците им. Проучването е комплексно трикомпонентно. Конкретните задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със спецификата на разработката.

Първият компонент включва проучване и анализ на здравното състояние на населението в България, здравни детерминанти; аналитична характеристика на дейностите по обращаемост за здравна помощ във възрастова група 20-65 г. за Хипертония, Диабет и Хронична обструктивна болест; изплатени средства на ПИМП, СИМП, БМП за пациенти с хипертония, диабет и ХОББ за 2017-2018 г. общо и по възрастови групи. Данните са от изчерпателни изследвания, извършвани от Националния център по общественото здраве и анализи, Националния статистически институт и отчети на НЗОК. Избраните и наблюдавани заболявания са хипертония, диабет и хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ), а възрастовите групи са от диапазона 20–65 години. Използвани са данни от международни проучвания, проект СИДНИ, данни на СЗО, в България данни на Националната лига по хипертония, статистика на Европейското респираторно дружество, GOLD-2006-2010 (Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD), Декларацията за захарен диабет, приета от Европейския парламент на 16.01.2006 г. и на Резолюцията на ООН от 20.12.2006, Дългосрочната програма за борба с диабета, приети от Общото събрание на Международната Диабетна Федерация (IDF) през 2011 г. и Декларацията на ЕП от 2016 г. и др международни източници.

Вторият компонент включва анализ на Националната политика по безопасност и здраве при работа; нормативни и поднормативни документи, международни стратегии по безопасност и здраве, преглед и анализ на Директиви и политики на ЕС в целевата сфера, добри и иновативни практики и политики относно политики и подходи за адаптиране работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот и способност за работа на хора с хронични заболявания, проекта PATHWAYS, JA-CHRODIS, 2014-2017 – европейска инициатива за сътрудничество, която се осъществява съвместно от Европейската комисия и 60 партньори, „Здраве във всички политики“ (HiAP) и др.

Третият от компонентите включва емпирично анкетно изследване. Проучването сред 350 работещи лица в активна възраст (от 25 до 65 години), с артериална хипертония, диабет и ХОББ. За целта е разработен и апробиран въпросник (Приложение 2) с 30 въпроса, от които 27 закрити, разпределени в 4 основни раздела: лични данни; данни за здравето; данни за работната среда (вид упражняван труд, условия на труд и рискове за здравето) и оценка и препоръки.

Разработен беше и онлайн вариант на анкетата, който беше поставен на сайта на БСК (<http://survey.industrymap.bg/index.php?sid=87272&lang=bg>). Данните от анкетата са въведени и обработени с помощта на специализирания пакет SPSS for Windows.

Всички въпроси в използваните анкетни карти са внимателно подбрани. Спазени са добрите практики за формулиране, дефиниране и подбиране на възможни отговори по отношение на въпросите. Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните и на общинските лечебни заведения, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. Анкетата е проведена по правилата за гарантиране на анонимност и конфиденциалност на информацията.

Единици на наблюдение

Логически единици на изследването са анкетираните пациенти/работещи на възраст 25-65 г. Специфичните въпроси са свързани с трите заболявания- хипертония, ХОББ, Диабет.

Технически единици на наблюдението са пациенти и работещи от; РЗИ – Кърджали, Бургас и София; Варна; РЗОК – Кърджали, Бургас и София и съответните болници в тези области ; СБАЛББ „Св. София“; СБАЛПФЗ – София област; СБАЛББ-Троян; СБР-НК ЕАД (Баните, Баня, Баня, Велинград, Вършец, Кюстендил, Момин проход, Наречен, Овча могила, Павел баня, Поморие, Сандански, Хисаря). Разпространението на въпросниците се извърши от Сдружение „Българско общество на пациентите с пулмонална хипертония“. Национална асоциация за профилактика на белодробните болести; Асоциация „Диабет и предиабет“ сред техните членове.

Ограничения

Резултатите от настоящото проучване следва да бъдат тълкувани с оглед на няколко потенциални източника на отклонение. Поради спецификата на провежданото изследване тези потенциални отклонения не могат да бъдат пренебрегнати, съответно могат да бъдат разгледани като:

- Липса на отговор поради нежелание да споделят намеренията си
- Отклонения при селектирането
- Отклонения поради пристрастие на респондента

Методи на проучването

За набиране на информацията са използвани социологически методи: документален и анкетен метод. При обработката на данните са използвани алтернативен и графичен статистически анализ, като е използван пакета SPSS for Windows.

Раздел 3. ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКИ ПОКАЗАТЕЛИ И ЗДРАВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ³

3.1. ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКИ ПОКАЗАТЕЛИ

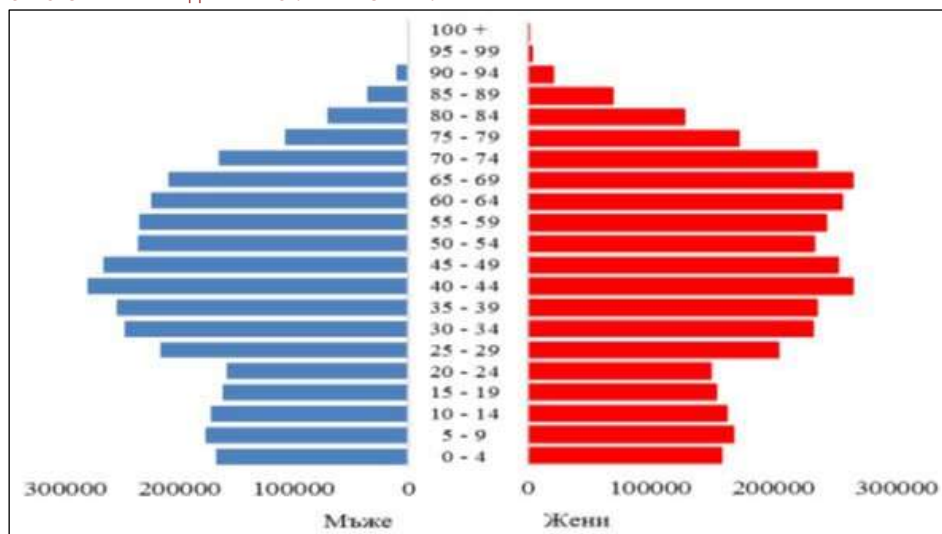
3.1.1. ОСНОВНИ ДЕМОГРАФСКИ ТЕНДЕНЦИИ

Настоящата демографска ситуация в България е резултат от продължителното въздействие на множество фактори и влияния, част от които са валидни и за останалите страни от ЕС, а други кореспондират с национални особености. Анализът на здравно-демографската ситуация на дадена страна е важен, като възможност за оценка и определяне насоките за развитие на здравеопазването, чрез внедряване на дейности, включени в здравната стратегия на държавата.

Основните тенденции в демографските процеси през последното десетилетие са застаряване на населението, намалена раждаемост, засилена урбанизация и характерните за страните в преход висока смъртност и интензивна външна миграция предимно на млади и в активна възраст хора.

Към 31.12.2018 г. населението в България е 7 000 039 души като в сравнение с предходната година то е намаляло с 49 995 души (0.7%) и представлява 1.4% от населението на ЕС (Фиг. 2).

Фигура 2. Възрастова пирамида на населението в България



Източник: НСИ

Продължава трайната тенденция за обезлюдяване на населени места, предимно на селата и то в пограничните северозападни и югоизточни райони, което представлява сериозен

³ Годишен доклад на министъра на здравеопазването „Доклад за здравето на гражданите в Р България и изпълнението на Националната здравна стратегия за 2018 г.“

проблем за икономическото развитие и за държавното и регионално управление. Под влияние на промените в раждаемостта, смъртността, средната продължителност на живота и външната миграция предимно на млади хора, продължава процесът на демографско остаряване и увеличаване на дела на населението над 65 години над 20.0% при 19.7% за ЕС

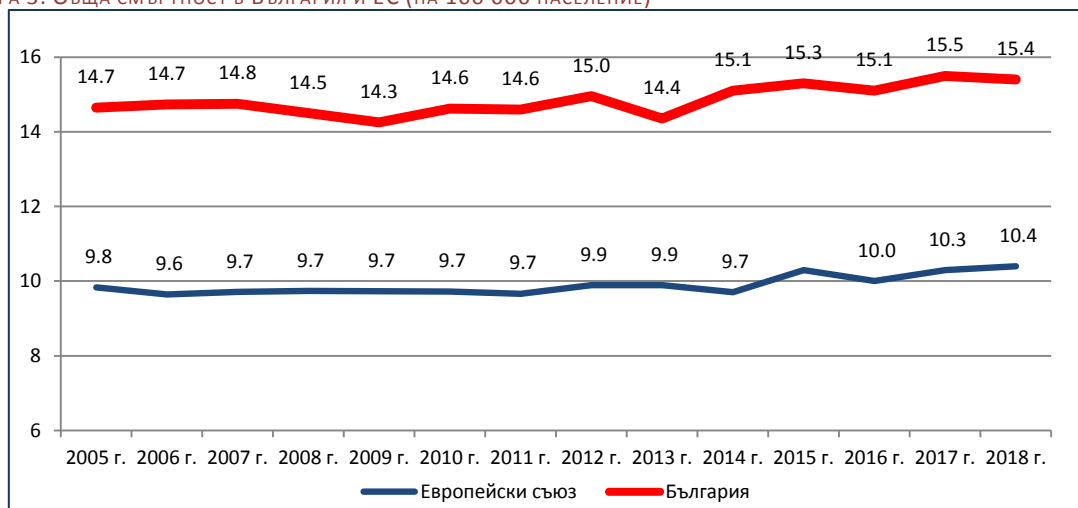
Запазва се дълготрайната тенденция за намаляване на раждаемостта (8.9‰), обективно обусловена от влиянието на редица демографски, социални и икономически фактори, и остава по-ниска от средната стойност за ЕС (9.7‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

Високото ниво на смъртността в България – обща и преждевременна в България е продължение на започналата преди 50 години трайна тенденция на нарастване на този показател, който пред 2018 г. възлиза на 15.4‰ и остава значително по-висок от средния за ЕС – 10.4‰. Запазва се тенденцията смъртността да бъде по-висока при мъжете (16.5‰), отколкото при жените (14.4‰) и в селата (21.8‰), отколкото в градовете (13.2‰). Запазват се и териториалните различия по области.

Една от основните причини е демографското застаряване на населението и високата смъртност е за сметка на умирацията на лицата над 65 годишна възраст. Демографските прогнози показват, че именно поради обективните процеси на остаряване, нивото на общата смъртност в страната ще остане високо и непроменено поне до 2030 г.

България остава страна с най-висок стандартизиран коефициент за обща смъртност (1 601.81 ‰ооо) сред страните от ЕС, независимо от изразената тенденция за намаление (Фиг. 3). В повечето европейски страни стандартизираният коефициент за смъртност е по-нисък от средния за ЕС (1002.25‰ооо). Стандартизираният коефициент за смъртност от болестите на органите на кръвообращението за България (1 094‰ооо) е 3 пъти по-висок от средния за ЕС (358.34‰ооо).

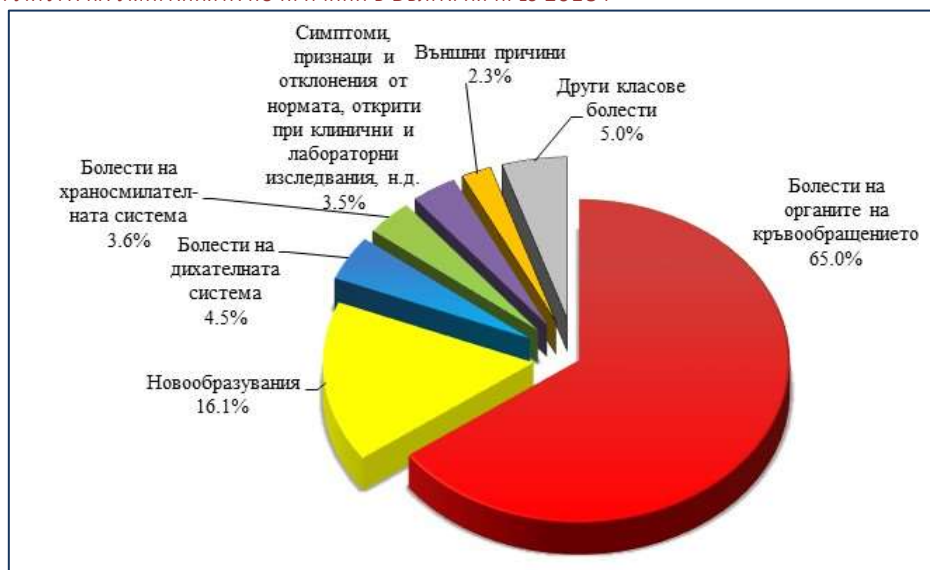
ФИГУРА 3. ОБЩА СМЪРТНОСТ В БЪЛГАРИЯ И ЕС (НА 100 000 НАСЕЛЕНИЕ)



Източник: НСИ, Евростат

Запазва се структурата на смъртността по причини в последните години, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (65.0%) и новообразуванията (16.1%) (Фиг. 4).

ФИГУРА 4. СТРУКТУРА НА УМИРАНИЯТА ПО ПРИЧИНИ В БЪЛГАРИЯ ПРЕЗ 2018 Г

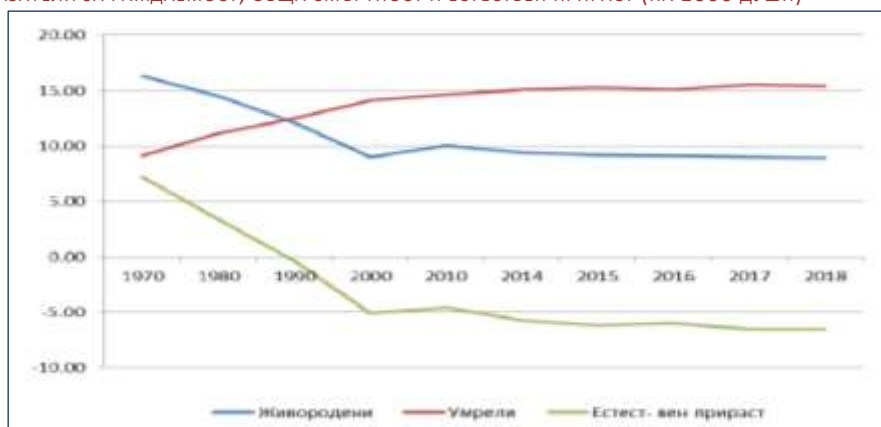


Източник: НЦОЗА, 2018

Показателят на преждевременната смъртност (относителен дял на умрелите лица под 65-годишна възраст от общия брой на умиращите) се увеличава с 0,1% за последната година и е 21.0%. При мъжете (27.6%) преждевременната смъртност е 2 пъти по-висока от тази при жените (13.8%). От 1990 г. естественият прираст на населението в България е отрицателен и през 2018 г. е 6.5%.

Механичният прираст (разлика между заселени в страната и изселени от страната) също е отрицателен – минус 3 666 души, като намалението е в резултат на външна миграция, в която участват предимно лица от младите активни възрасти (66.1%).

ФИГУРА 5. ПОКАЗАТЕЛИ ЗА РАЖДАЕМОСТ, ОБЩА СМЪРТНОСТ И ЕСТЕСТВЕН ПРИРАСТ (НА 1000 ДУШИ)



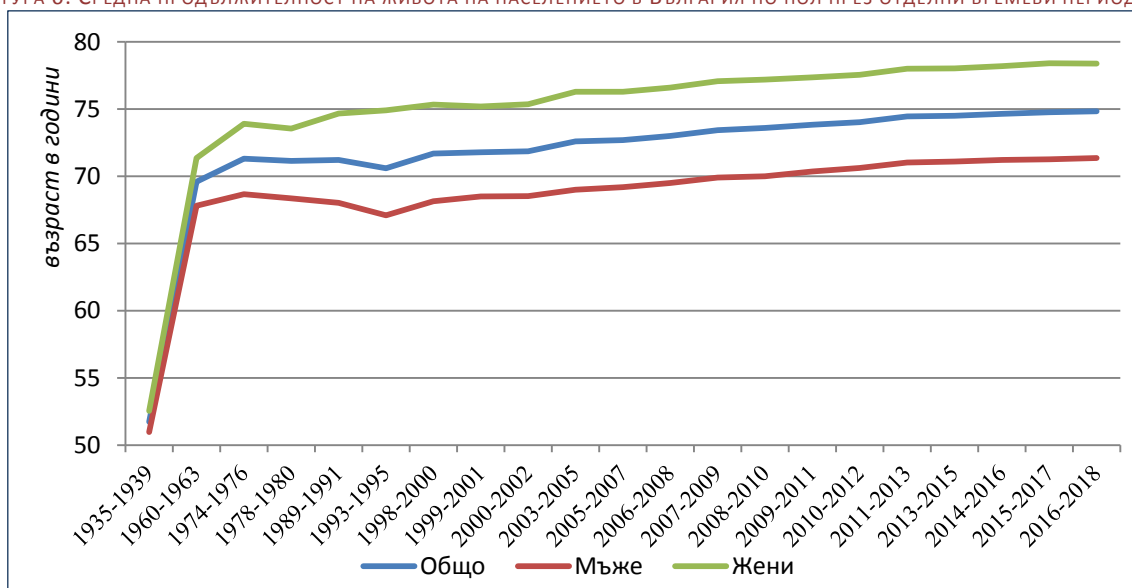
Източник: НСИ

Достигнатото равнище на детската смъртност през 2018 г. (5.8‰) е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България и въпреки това остава почти 2 пъти по-високо, от средното за ЕС (3.6‰).

Показателят за мъртворождаемост в България намалява – 6.1‰, но е по-висок от средната стойност за ЕС (4.7‰).

Средна продължителност на живота през периода 2016-2018 г. достига 74.83 години. Показателят при мъжете остава по-нисък от този при жените – съответно 71.37 и 78.39 години (Фиг. 6). Очакваната средна продължителност на живота в България е по-ниска от тази в Европейския съюз (80.9 години)⁴.

ФИГУРА 6. Средна продължителност на живота на населението в България по пол през отделни времеви периоди



Източник: НСИ

3.1.2. ЗАБОЛЕВАЕМОСТ И ИНВАЛИДНОСТ

В България през последните години се наблюдава трайна тенденция за намаляване на заболяемостта от активна туберкулоза – като през 2018 г. показателят достига до 18.4 на 100 000 население. Продължава да намалява заболяемостта и от злокачествени новообразувания, като достига 406.7‰.

Най-висока е заболяемостта от рак на храносмилателните органи и рак на млечната жлеза при жените и от рак на мъжките полови органи при мъжете. Заболяемостта за страните от ЕС от злокачествени новообразувания е 569.5‰.

Статистическите данни за заболяемостта по хоспитализации за периода 2005-2018 г. показват, че броят на хоспитализираните случаи в стационарите на лечебните заведения

⁴ НСИ, Евростат, 2018

нараства от 1 614 313 (20 857.0%ooo) до 2 401 759 (34 188.6%ooo) общо. Сред причините за хоспитализация по класове, водещи са болестите на органите на кръвообращението (13.6%), болестите на дихателната система (9.3%), и болестите на храносмилателната система (9.0%).

Броят на лицата с първично определена трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане над 16-годишна възраст през последните години намалява, но през 2018 г. отново се увеличава и достига 53 061 души. През последните няколко години намалява и броят на освидетелстваните деца до 16 г. възраст, с признати вид и степен на увреждане, като делът на децата със 71-90% е 21.2%, а с най-тежката степен над 90% са 14.3%.

В същото време следва да се отчете, че броят на освидетелстваните и преосвидетелствани лица с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане е значителен и през 2018 г. е 165 828 души. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група над 60 години (36.6%), следвани от възрастовата група 50-59 години (35.6%).

Относителният дял на освидетелстваните лица над 16 г. с трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане 50-70% намалява в сравнение с предходната година и е най-висок – 34.2%. Следват лицата със 71-90% – 28.6% (29.7% за 2017 г.), с над 90% трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане – 22.3% (21.8% за 2017 г.) и до 50% са 14.9% (14.1% за 2017 г.).

Запазва се структурата на причините за трайно намалена работоспособност на лицата над 16 години като най-честата причина са болестите на органите на кръвообращението, които обхващат 33.4% от общия брой на случаите на новоинвалидизираните лица. Следват новообразуванията (22.7%), болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан (11.1%), болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и обмяната на веществата (6.8%) и др. Тази структура, с много малки колебания се запазва през последните 10 години.

3.2. ЗДРАВНИ ДЕТЕРМИНАНТИ

3.2.1. СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКИ ФАКТОРИ

За 2018 г. реалните доходи на населението нарастват с 7.3% спрямо 2017 г. при запазена структура. Работната заплата продължава да бъде най-значителният източник на приход (55.5%). Разходите на българските домакинства също нарастват, основно за задоволяване на потребностите. Продължава да намалява делът на разходите за храна и да се увеличават разходите за здравеопазване.

Относителният дял на хората в риск от бедност и социално изключване остава сравнително висок. Най-висок е за децата до 18-годишна възраст, населението в над трудоспособна възраст, безработните, пенсионерите и останалите икономически неактивни лица. Делът на хората, които са изложени на риск от бедност и/или социално изключване е 38,9%. България е на последно място по този показател в ЕС при средноевропейско равнище от 22,55%.

Въпреки положителните данни за коефициента на заетост, за България той остава под средния за ЕС, проблем са продължително безработните.

3.2.2. ОКОЛНА И ТРУДОВА СРЕДА

По отношение състоянието на околната среда, в отделни региони на страната продължават да съществуват редица предизвикателства, свързани с отклонения в качеството на атмосферния въздух, питейните води и шумовото натоварване, които могат да имат потенциално негативно отражение върху здравето на населението и/или различни уязвими групи от него.

Мониторингът на качеството на атмосферния въздух през 2018 г. показва тенденция към редуциране нивата на някои от атмосферните замърсители. Приоритет е замърсяването с фини прахови частици. Мерките, свързани с намаляване нивата на атмосферните замърсители и ограничаване на вредното въздействие върху здравето на населението, обхващат предимно изнасяне на промишлените дейности извън урбанизираните територии; газифициране на населените места; регламентиране на стандарти за качеството на твърдите горива и ефективността на отоплителните уреди, оптимизиране на транспортния трафик; обновяване на транспортните средства; поощряване на иновационни и нисковъглеродни технологии, целящи създаване на екологичности производства.

Акустичната обстановка в големите градове на България не се е променила значително. В по-голямата част от контролните пунктове измерените еквивалентни нива на шум надвишават граничните стойности. Основният източник на шум продължава да бъде изключително натовареният автомобилен трафик. Най-важната мярка за намаляване на експозицията на наднормен шум за населението е факторът шум да бъде включен приоритетно в мерките на национално ниво.

Мониторингът на питейната вода при потребителите показват, че качествата ѝ не се различават съществено от наблюденията от предходните години и като цяло отразяват сравнително високо ниво на съответствие с нормативните изисквания. В по-голямата част от зоните на водоснабдяване в страната се подава питейна вода, без трайни несъответствия. В някои зони, обаче продължават да се регистрират системни отклонения по здравно-значими и индикаторни химични показатели, което изисква реализиране на адекватни комплексни мерки за отстраняване на причините, които ги предизвикват и ограничаване на здравния риск. Съответствието, общо за страната, на подаваната питейна вода по контролираните микробиологични показатели е от порядъка на съобщаваното през предходните години. Необходими са насочени мерки за подобряване обработката/дезинфекцията на водите и състоянието на водоснабдителните мрежи и съоръжения. Няма регистрирани епидемични взривове, свързани с питейните води.

През 2018 г. не са констатирани нови дифузни замърсявания на почвите в урбанизираните територии на страната, които да повишат здравния риск за населението и да наложат спешни дейности по ограничаване на вредното въздействие.

Продължава тенденцията за подобряване на контрола по отношение на електромагнитните полета. Сериозен проблем в областта на контрола продължават да бъдат оптичните лъчения. Един от най-важните аспекти за подобреното качество на контрола на ЕМП в населените места е създаването на електронния уеб-базиран регистър на източниците на ЕМП и повишаването на компетентността на лицата, извършващи контрол.

Медицинското облъчване от рентгенологията и нуклеарната медицина формира сумарна колективна ефективна доза 6773 man.Sv. Основен е приносът на рентгеновата диагностика, който е около 46 пъти по-голям от приноса на нуклеарно-медицинската диагностика. Средногодишната индивидуална ефективна доза на глава от българското население от медицинско облъчване е: 0.968 mSv.a-1. Предвид получените резултати за нарастване на колективните и средните ефективни дози през последните години, е необходимо полагане на специални усилия от лечебните заведения за подобряване на дейностите по осигуряване на качеството и оптимизация на медицинските радиологични процедури в рентгенологията и нуклеарната медицина, което се изисква и от европейското и национално законодателство.

Промените на пазара на труд, застаряването на работната сила и миграцията поставят редица предизвикателства при осигуряване на здравословни условия и организация на труд и трудово-медицинско обслужване. Въпреки намаляването на броя на трудовите злополуки (ТЗ), нивото на смъртните ТЗ остава по-високо в сравнение със средните стойности в ЕС. Нивото на разкрита професионална заболяемост и болестност в България е значително по-ниско от това в страните от ЕС.

3.2.3. ПОВЕДЕНЧЕСКИ ФАКТОРИ

Установява се положителна тенденция в модела на потребление на някои храни – намаляване консумацията на тестени изделия, картофи, добавени мазнини. Наблюдава се леко увеличение в консумацията на риба за 2018 г., но все още не се достигат препоръчаните нива от 30 г на лице от населението дневно. Поддържат се негативните тенденции за увеличаване консумацията на захарни и шоколадови изделия, на безалкохолни и алкохолни напитки (бира) и намаляване консумацията на мляко, бобови храни. Среднодневното потребление на плодове и зеленчуци не достига препоръчителните нива за дневен прием от 400 г плодове и зеленчуци. Остава висок относителният дял на наднормено тегло сред учениците в България.

Рисковите фактори, свързани с начина на живот у нас, са широко разпространени сред населението. На фона на намаляване на тютюнопушенето в ЕС, броят на пушачите в България се запазва стабилен и страната отново е на водещото второ място след Гърция. Отбелязва се и известно постепенно нарастване на потреблението на цигари средно на лице от домакинство спрямо предходните години. Това налага разработването на научно обоснован алгоритъм и въвеждането на интегрирани подходи към решаването на проблема.

Продължава нарастването на консумацията на алкохолни напитки средно на лице от домакинство в страната (за периода 2001-2018 г. с 12.8 л.), като с най-голям дял е бирата, следвана от виното. Увеличават се значително и разходите за алкохолни напитки. През 2018 г.

средният разход на българското домакинство за алкохолни напитки и тютюневи изделия възлиза на 522 лв. на година (2017 г. – 504 лв.).

България е една от малкото страни, които бележат благоприятно намаляване на процента от населението, което никога не практикува физически упражнения и спорт (от 78% през 2013 г. на 68% през 2017 г.), но делът на редовно спортуващите продължава да бъде нисък – едва 7%. Ходенето пеша е сред предпочитаните форми на физическа активност у нас.

Недостатъчни са знанията, уменията и мотивацията сред населението за превенция и контрол на предотвратимите за социалнозначимите заболявания рискови фактори, включително и ниската физическата активност.

3.2.4. ПРОФИЛАКТИКА НА ЗДРАВНООСИГУРЕНИТЕ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ, ОСЪЩЕСТВЯВАНА ОТ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ

Отчетените профилактични прегледа на здравноосигурените лица (ЗОЛ) над 18-годишна възраст са съответно 2 359 660 броя през 2018 г. Средният брой на отчетените профилактични прегледи е 0,39 прегледа на едно ЗОЛ, при предвиден един преглед годишно. Или средно за страната само 39% от ЗОЛ над 18 години са се обърнали към общопрактикуващите лекари (ОПЛ) за извършване на профилактичен преглед.

С цел профилактика на социалнозначимите заболявания при ЗОЛ над 18 години, ОПЛ формира групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване като отразява резултатите в „Карта за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване“.

През 2018 г. са отчетени 2 350 524 карти за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване, т.е. 99,61% от прегледите. За разглеждания период, при формирането на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване от ОПЛ, 18 776 ЗОЛ над 18 години са с риск от развитие на сърдечно-съдови заболявания, като :

- с много висок риск по SCORE са 1 783 лица (13 са насочени към специалист по кардиология);
- с висок риск по SCORE са 16 993 лица.

За същия период 53 363 ЗОЛ са включени в група с рискови фактори за развитие на захарен диабет тип 2, като:

- 3 833 лица са с много висок риск за развитие на заболяването, от тях 175 са насочени към специалист по ендокринология и болести на обмяната;
- 49 530 лица са с висок риск за развитие на захарен диабет тип 2.

За 2018 г. общо 759 ЗОЛ са насочени към лекар-специалист за задължителна консултация по повод много висок риск за развитие на сърдечно-съдови заболявания, много висок риск за развитие на захарен диабет тип 2 и рискови фактори за развитие на злокачествено новообразувание.

3.2.5. ДИСПАНСЕРНО НАБЛЮДЕНИЕ НА ЗДРАВНООСИГУРЕНИ ЛИЦА, ОСЪЩЕСТВЯВАНО ОТ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР

През 2018 г., при ОПЛ, най-голям брой ЗОЛ са диспансеризирани за следните социално значими заболявания:

- Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата – 419 164 диспансеризирани (2018 г.), т.е. бележат ръст от 5%;
- Болести на органите на кръвообращението – 1 632 014 диспансеризирани (2018г.), т.е. бележат ръст от 3%.

Броят на лицата включени в регистър "Диспансерно наблюдение" при ОПЛ нараства с 3%, в сравнение с 2017 г. Това от своя страна води до увеличение на броя на извършените прегледи на диспансерно наблюдение ЗОЛ с две и повече от две заболявания през 2018 г.

3.2.6. ДИСПАНСЕРНО НАБЛЮДЕНИЕ НА ЗДРАВНООСИГУРЕНИ ЛИЦА, ОСЪЩЕСТВЯВАНО ОТ ЛЕКАР-СПЕЦИАЛИСТ В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА СИМП

Класовите болести по МКБ 10, с най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ от лекар специалист са, както следва:

- Болести на дихателната система – за 2018 г. – 197 184 диспансеризирани ЗОЛ.
- Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата – за 2018 г. – 124 596 диспансеризирани ЗОЛ.

3.2.7. ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Системата на здравеопазване в България разполага с изградени структури и органи за управление и контрол, които осигуряват нейното функционално единство и взаимодействие и задоволяват основните потребности на населението от медицинска помощ.

Разходите за здравеопазване предствляват 8,1% от брутният вътрешен продукт при 9,8% за ЕС. Директните плащания от потребителите (46,6%) са близо три пъти по-високи от тези за ЕС (15,8%).

Финансирането на здравни дейности от МЗ се осъществява чрез програмен бюджет, включващ програми в рамките на 3 основни политики: Политика в областта на „Промоцията, превенцията и контрол на общественото здраве“ (разходите по политиката през 2018 г. – 82.9 млн. лв. при 98,5 млн. лв. за 2017 г.); Политика в областта на „Диагностиката и лечението“ (разходите се увеличават от 340 млн. лв. през 2017 г. на 405 млн. лв.); Политика в областта на „Лекарствените продукти и медицинските изделия“ – 29.3 млн. лв. при 26,06 млн. лв. за 2017 г.

Общият размер на получените в НЗОК приходи и трансфери – всичко към 31.12.2018 г. възлиза на 3 948 069,7 хил. лв., което представлява 100,2% спрямо заложените в годишен план за 2018 г. средства. В сравнение със същия период на 2017 г. се отчита увеличение с 366 574,4

хил. лв. или с 10,2%, което основно се дължи на увеличения размер на здравноосигурителните приходи през 2018 г.

За 2018 г. размерът на здравноосигурителната вноска е в размер на 8%, като не се променя процентното съотношение за внасянето ѝ спрямо 2014 г. – запазва се съотношение 60:40, съответно за сметка на работодателя и работника.

Раздел 4. АНАЛИТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО ОБРЪЩАЕМОСТ ЗА ЗДРАВНА ПОМОЩ ВЪВ ВЪЗРАСТОВА ГРУПА 20-65 Г. ЗА ХИПЕРТОНИЯ, ДИАБЕТ, ХОББ

4.1. ОБРАЩАЕМОСТ И ХОСПИТАЛИЗАЦИИ

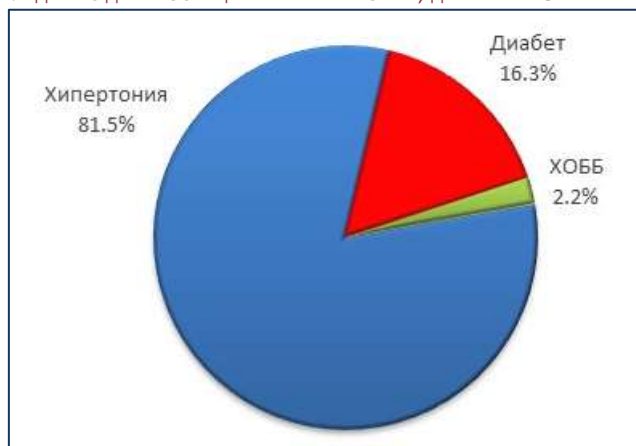
Данните са от изчерпателни изследвания, извършвани от Националния център по обществено здраве и анализи, Националния статистически институт и отчети на НЗОК. Избраните и наблюдавани заболявания са хипертония, диабет и хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ), а възрастовите групи са от диапазона 20–65 години.

Хипертонията, диабетът и хроничната обструктивна белодробна болест са основни социалнозначими заболявания, които оказват силно влияние върху заболеваемостта, трайно намалената работоспособност/вида и степента на увреждане и смъртността на населението.

4.1.1. ПРЕГЛЕДИ ПО ОБРАЩАЕМОСТТА ЗА ЗДРАВНА ПОМОЩ

През 2018 г. са били извършени общо 3 340 618 прегледа при ПИМП (2017 г. – 3 438 546) по повод на тези заболявания, като най-голям е дялът на прегледите по повод на хипертония (81.5%) (2017 г. – 81.1%), следват диабет (16.3%) (2017 г. – 16.7%), ХОББ (2.2%), чийто дял е на нивото на предходната година (Фиг. 7).

ФИГУРА 7. СТРУКТУРА НА ПРЕГЛЕДИТЕ С ДИАГНОСТИЦИРАНИ ХИПЕРТОНИЯ, ДИАБЕТ И ХОББ ПРИ ПИМП



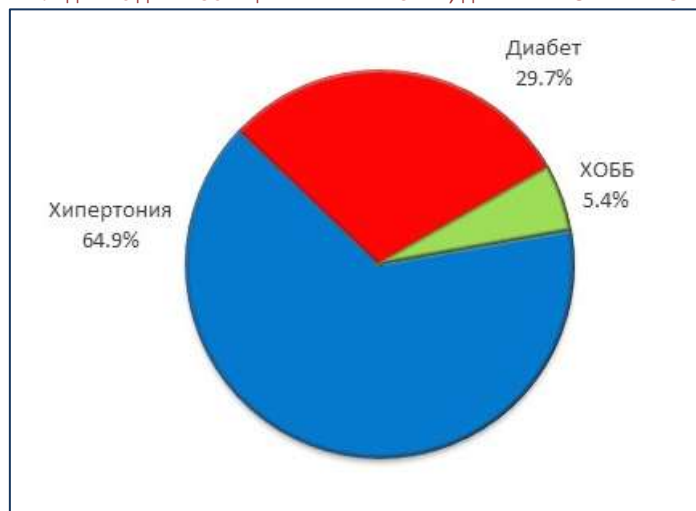
Източник: НЗОК

Общата структура по заболяванията се повтаря във всички възрастови групи, като прегледаните с хипертония във възрастовите групи 55–64 г. имат най-висок дял от общо извършените прегледи по повод на разглежданите три заболявания – 82.6% (2017 г. – 82.1%), следва възрастовата група 45-54 г. – 81.3% (2017 г. – 80.9%), възрастовата група 35-44 г. – 78.3%

(2017 г. – 78.2%) и възрастовата група 25-34 г., където относителният дял на прегледаните с хипертония също е най-голям (67.3%) (2017 г. – 66.8%), но по-малък от този при останалите възрастови групи.

През 2018 г. са били извършени общо 691 661 прегледа при СИМП (2017 г. – 699 074) по повод на тези заболявания, като най-голям е делът на прегледите по повод на хипертония (64.9%) (2017 г. – 64.7%), следват диабет (29.7%) (2017 г. – 30.1%), ХОББ (5.4%) (2017 г. – 5.3%) – Фиг. 8.

ФИГУРА 8. СТРУКТУРА НА ПРЕГЛЕДИТЕ С ДИАГНОСТИЦИРАНИ ХИПЕРТОНИЯ, ДИАБЕТ И ХОББ ПРИ СИМП



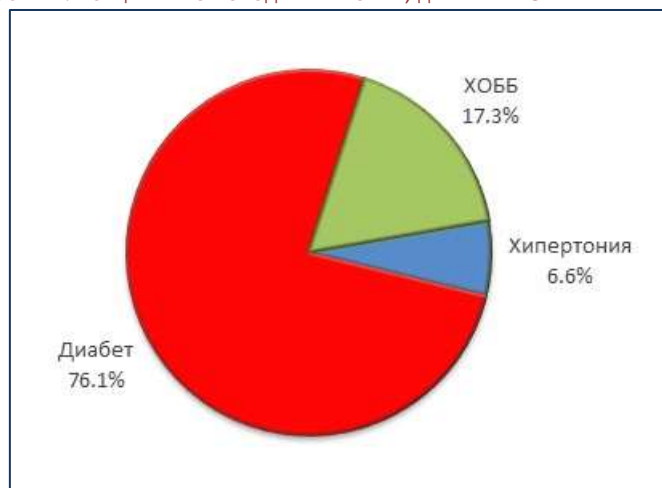
Източник: НЗОК

Общата структура на разглежданите заболявания се повтаря във всички възрастови групи, като във възрастовите групи 35-44 г., 45-54 г. и 55-64 г. прегледаните с хипертония са съответно 68.8% (2017 г. – 68.5%), 66.6% (2017 г. – 66.4%) и 63.7% (2017 г. – 63.4%). В младите възрасти 25-34 г. най-голям през 2018 г. също е относителният дял на прегледаните с хипертония – 60.7% (2017 г. – 60.4%), но той е по-малък от този при останалите възрастови групи.

4.1.2. Хоспитализации

През 2018 г. са били осъществени общо 38 352 хоспитализации (2017 г. – 36 136) по повод на разглежданите три заболявания. Най-голям е делът на хоспитализациите по повод на диабет (76.1%) (2017 г. – 76.7%), следват ХОББ (17.3%) (2017 г. – 17.6%) и хипертония (6.6%) (2017 г. – 5.7%) – Фиг. 9.

Фигура 9. СТРУКТУРА НА ХОСПИТАЛИЗАЦИИТЕ ПО ПОВОД ХИПЕРТОНИЯ, ДИАБЕТ И ХОББ



Източник: НЗОК

Данните по възрастови групи показват, че водещо място в структурата на хоспитализациите има диабетът, като делът на хоспитализациите по повод на него е най-висок в възрастта 25-34 г. – 90.4% (2017 г. – 90.9%), следван от тези на 35-44 г. – 80.8% (2017 г. – 80.9%). Във възрастовите групи 45-54 г. и 55-64 г. е съответно 75.3% (2017 г. – 77.0%) и 74.6% (2017 г. – 74.8%). С нарастване на възрастта се наблюдава намаление дела на хоспитализациите по повод на диабет и нарастване дела на хоспитализациите по повод на ХОББ, като при това заболяване показателят от 3.4% във възрастовата група 25-34 г. (2017 г. – 3.7%) достига до 20.1% във възрастовата група 55-64 г. (2017 г. – 20.7%).

Делът на хоспитализациите по повод на хипертония, сред общия брой на хоспитализациите по повод на разглежданите заболявания, се колебае от 6.3% в младите възрасти 25–34 г. (2017 г. – 5.4%) до 5.2% във възрастовата група 55-64 г. (2017 г. – 4.5%), като най-висок е във възрастовата група 35-44 г. – 10.5% (2017 г. – 10.2%).

4.2. ТРАЙНО НАМАЛЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ/ВИД И СТЕПЕН НА УВРЕЖДАНЕ И УМИРАНИЯ

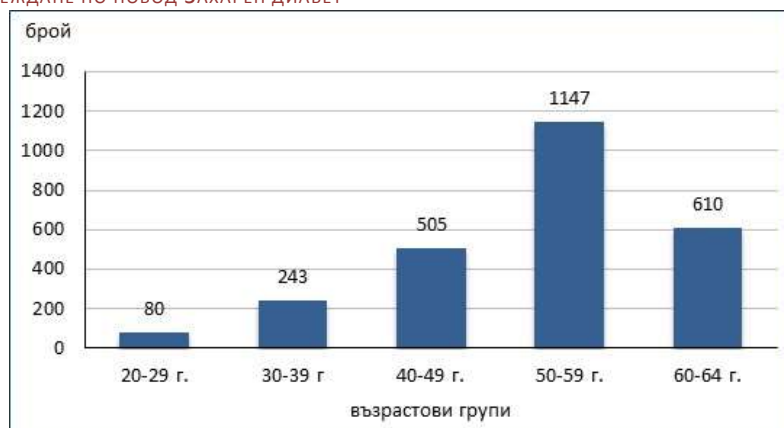
4.2.1. ТРАЙНО НАМАЛЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ/ВИД И СТЕПЕН НА УВРЕЖДАНЕ

През 2018 г. броят на освидетелстваните лица с призната трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане по повод на Захарен диабет, Хипертонични болести и Хронични болести на долните дихателни пътища от възрастовия диапазон 20-64 г. е 5 447, което съставлява 10.3% от броя на всички освидетелствани лица с призната трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане на възраст над 16 години и 15.8% от тези на възраст 20-64 г.

----- www.eufunds.bg -----

Данните за 2018 г. показват, че най-голям е броят на освидетелстваните лица с призната трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане по повод Захарен диабет сред лицата във възрастова група 50-59 г. (1147), следвани от лицата от възрастовите групи 60-64 г. (610), 40-49 г. (505), 30-39 г. (243) и 20-29 г. (80) – Фиг. 10.

ФИГУРА 10. ОСВИДЕТЕЛСТВАНИ ЛИЦА С ПРИЗНАТА ТРАЙНО НАМАЛЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ/ВИД И СТЕПЕН НА УВРЕЖДАНЕ ПО ПОВОД ЗАХАРЕН ДИАБЕТ

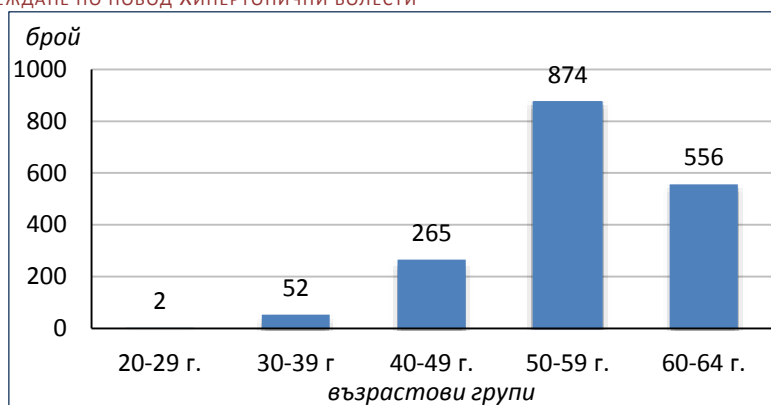


Източник: НЦОЗА

През периода 2014-2018 г. броят на освидетелстваните лица с призната трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане по повод на Захарен диабет, макар и с някои колебания, намалява в разглежданите възрастови групи, а дяловете, които съставляват от общия брой на освидетелстваните лица над 16-годишна възраст с призната трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане се колебаят в известни граници.

За 2018 г. най-голям е броят на освидетелстваните лица с призната трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане по повод Хипертонични болести сред лицата във възрастовата група 50-59 г. (874), следвани от лицата във възрастовата групи 60-64 г. (556), 40-49 г. (265), 30-39 г. (52) и 20-29 г. (2) – Фиг. 11.

ФИГУРА 11. ОСВИДЕТЕЛСТВАНИТЕ ЛИЦА С ПРИЗНАТА ТРАЙНО НАМАЛЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ/ВИД И СТЕПЕН НА УВРЕЖДАНЕ ПО ПОВОД ХИПЕРТОНИЧНИ БОЛЕСТИ

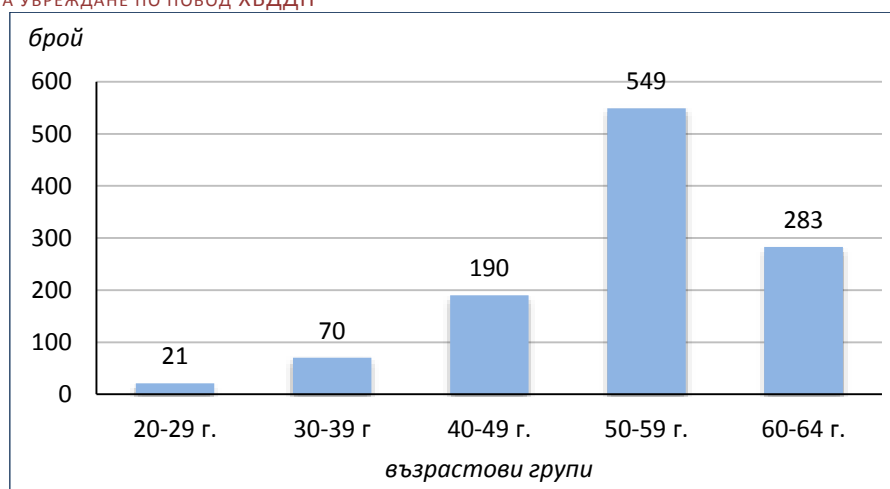


Източник: НЦОЗА

През периода 2014-2018 г. броят на освидетелстваните лица с призната трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане по повод на Хипертонични болести, макар и с някои колебания, намалява при разглежданите възрастови групи, а дяловете, които съставляват от общия брой на освидетелстваните лица над 16-годишна възраст с призната трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане показват известно колебание.

Данните за 2018 г. показват, че най-голям е броят на освидетелстваните лица с призната трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане по повод Хронични болести на долните дихателни пътища (ХБДДП) сред лицата във възрастова група 50-59 г. (549), следвани от лицата от възрастовите групи 60-64 г. (283), 40-49 г. (190), 30-39 г. (70) и 20-29 г. (21) – Фиг. 12.

ФИГУРА 12. ОСВИДЕТЕЛСТВАНИТЕ ЛИЦА С ПРИЗНАТА ТРАЙНО НАМАЛЕНА РАБОТОСПОСОБНОСТ/ВИД И СТЕПЕН НА УВРЕЖДАНЕ ПО ПОВОД ХБДДП



Източник: НЦОЗА

През периода 2014 г.–2018 г. броят на освидетелстваните лица с признати трайно намалена работоспособност/ вид и степен на увреждане по повод на Хронични болести на долните дихателни пътища, макар и с известни колебания, намалява при всяка от разглежданите възрастови групи общо, а дяловете, които съставляват от общия брой на освидетелстваните лица над 16-годишна възраст с призната трайно намалена работоспособност/ вид и степен на увреждане показват колебание в известни граници.

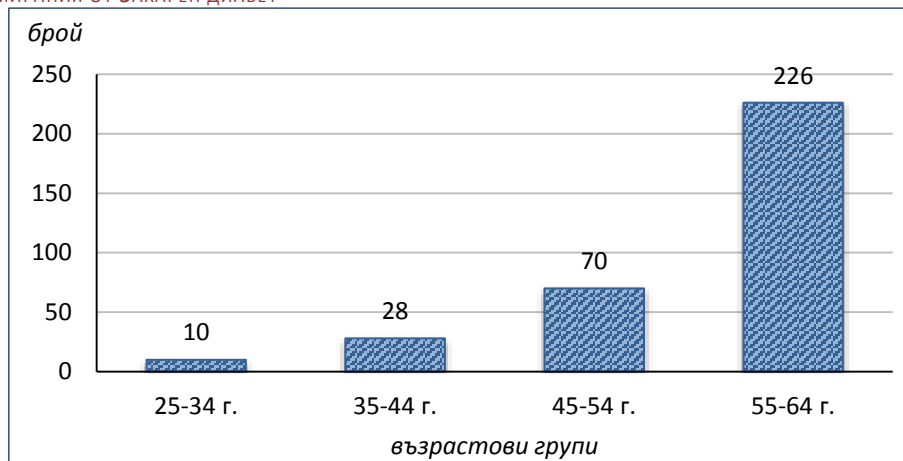
4.2.2. УМИРАНИЯ

През 2018 г. броят на умиранията по причини Захарен диабет, Хипертонични болести и Хронични болести на долните дихателни пътища във възрастовия диапазон от 25 до 64 г. е общо 1326 (Захарен диабет – 334, Хипертонични болести – 791, Хронични болести на долните дихателни пътища – 201) и съставлява 1.2% от общия брой на умиранията по всички причини в

страната, 6.1% от умираенията във възрастта 25-64 г. и 13.4% от общия брой на умираенията по причина тези заболявания за страната.

Данните за 2018 г. показват, че най-голям е броят на умираенията по причина Захарен диабет сред лицата във възрастовата група 55-64 г. (226), следвани от лицата от възрастовите групи 45-54 г. (70), 35-44 г. (28) и 25-34 г. (10) – Фиг. 13.

ФИГУРА 13. УМИРАНИЯ ОТ ЗАХАРЕН ДИАБЕТ

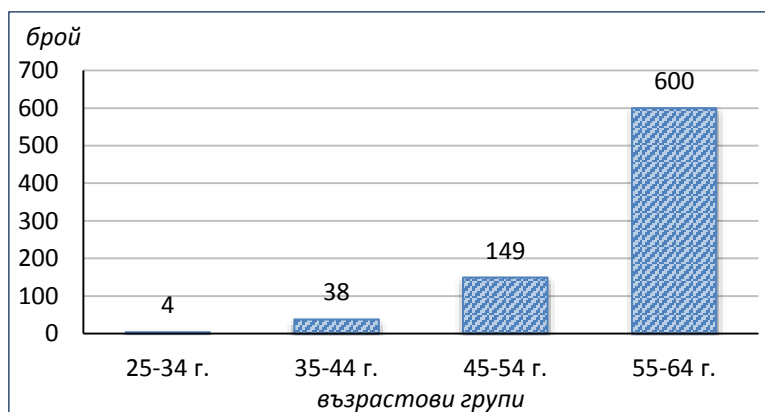


Източник: НЗОК

За периода 2014-2018 г., въпреки колебанията през отделните години, броят на умираенията по причина Захарен диабет показва известно нарастване.

За 2018 г. най-голям е броят на умираенията по причина Хипертонични болести сред лицата във възрастова група 55-64 г. (600), следвани от лицата от възрастовите групи 45-54 г. (149), 35-44 г. (38) и 25-34 г. (4) – Фиг. 14. За периода 2014-2018 г., въпреки колебанията през отделните години, броят на умираенията по причина Хипертонични болести показва намаление.

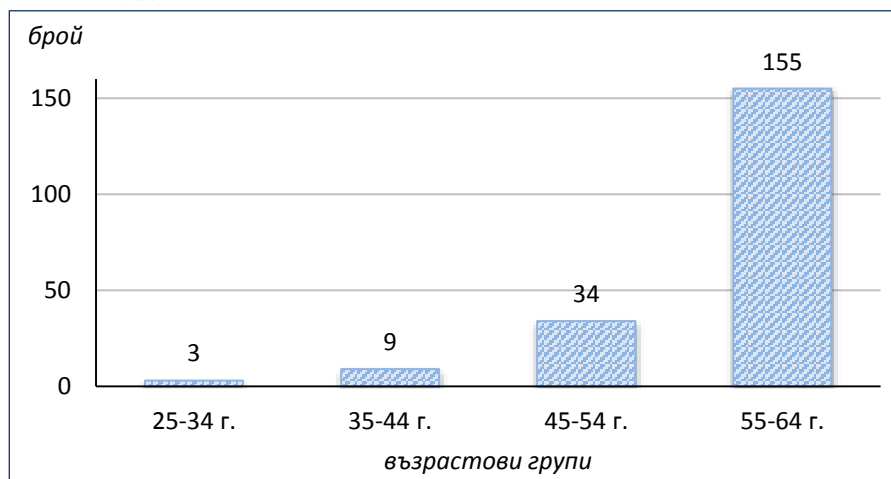
ФИГУРА 14 - УМИРАНИЯ ОТ ХИПЕРТОНИЧНИ БОЛЕСТИ



Източник: .НЗОК.

За 2018 г. най-голям е броят на умиранията по причина Хронични болести на долните дихателни пътища сред лицата във възрастова група 55-64 г. – 155, следвани от лицата от възрастовите групи 45-54 г. (34), 35-44 г. (9) и 25-34 г. (3) – Фиг. 15. За периода 2014-2018 г. броят на умиранията по причина Хронични болести на долните дихателни пътища показва намаление.

Фигура 15 - Умирания от ХБДДП



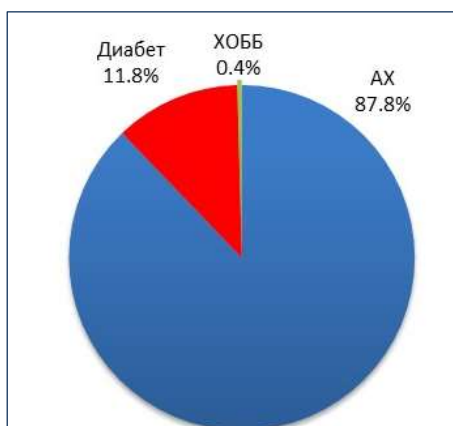
Източник: .НЗОК.

Организацията и действията, насочени към всички фактори, свързани и влияещи върху разгледаните процеси, отнасящи се до тези важни социалнозначими заболявания, значително биха подобрили здравния статус на населението в активна възраст и би спомогнало за осигуряване на добро здраве за пълноценен живот.

Раздел 5. ИЗПЛАТЕНИ СРЕДСТВА НА ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА ПИМП, СИМП И БМП ЗА ПАЦИЕНТИ С ХИПЕРТОНИЯ, ДИАБЕТ И ХОББ ЗА 2017-2018 Г. – ОБЩО И ПО ВЪЗРАСТОВИ ГРУПИ

По официални статистически данни на НЗОК за 2018 г. на изпълнителите на ПИМП за пациенти с хипертония, диабет и ХОББ са изплатени общо 19 239 121.21 лв. при 18 703 408.8 лв. за 2017 г. За 2018 г. най-висок е дялът на изплатените средства за хипертония – 16 401 176.3 лв., което представлява 87.82% от общите разходи. Следват разходите за пациенти с диабет – 2 262 617. 66 лв. (11.76%). Най-ниски са разходите за пациенти с ХОББ – 79 811.55 лв. или 0.41% от общите разходи (Фиг. 16).

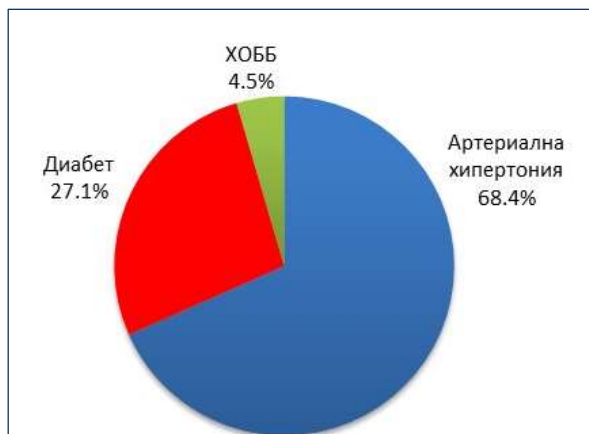
ФИГУРА 16 - СТРУКТУРА НА ИЗПЛАТЕНИТЕ СРЕДСТВА ЗА ХИПЕРТОНИЯ, ДИАБЕТ И ХОББ В ПИМП ЗА 2018 Г. (в %)



Източник: .НЗОК.

На изпълнителите на СИМП за пациенти с трите заболявания са изплатени общо 11 716 553,4 лв. за 2018 г. при 11 318 580.5 лв. за 2017 г. За 2018 г. най-висок е дялът на изплатените средства отново за хипертония – 8 009 322 лв., което представлява 2/3 от общите разходи (68.36%). Следват разходите за пациенти с диабет, които са 2.5 пъти по-малко от тези за хипертония – 3 174 782.1 лв. (21.10%). Най-ниски за разходите за пациенти с ХОББ – 532 449.3 лв. или 4.54% от общите разходи (Фиг. 17).

Фигура 17 - СТРУКТУРА НА ИЗПЛАТЕНИТЕ СРЕДСТВА ЗА ХИПЕРТОНИЯ, ДИАБЕТ И ХОББ В СИМП ЗА 2018 г. (в %)



Източник: НЦОЗА

Изплатените средства на изпълнителите на ПИМП за пациенти с хипертония са два пъти повече от тези, изплатени на изпълнителите на СИМП за това заболяване. За ХОББ на СИМП са изплатени 6.7 пъти повече средства, отколкото на ПИМП. Това има своето логично обяснение – хипертониците се диспансеризират при ОПЛ, а пациентите с ХОББ – при пневмолог.

За изпълнителите на БМП за трите заболявания са изплатени общо 25 670 688.4 лв. за 2018 г. при 22 559 159.6 лв. за 2017 г. За 2018 г. с най-висок относителен дял са изплатените средства за пациенти с диабет – 20 609 654 лв. или 80.28% от всички разходи. Следват разходите за пациенти с ХОББ – 3 478 508 лв. (13.55%) и хипертония – 1 582 526.4 лв. (6.16%) – Фиг.18.

Фигура 18 - СТРУКТУРА НА ИЗПЛАТЕНИТЕ СРЕДСТВА ЗА ХОСПИТАЛИЗИРАНИ ПАЦИЕНТИ С ХИПЕРТОНИЯ, ДИАБЕТ И ХОББ ЗА 2018 г. (в %)

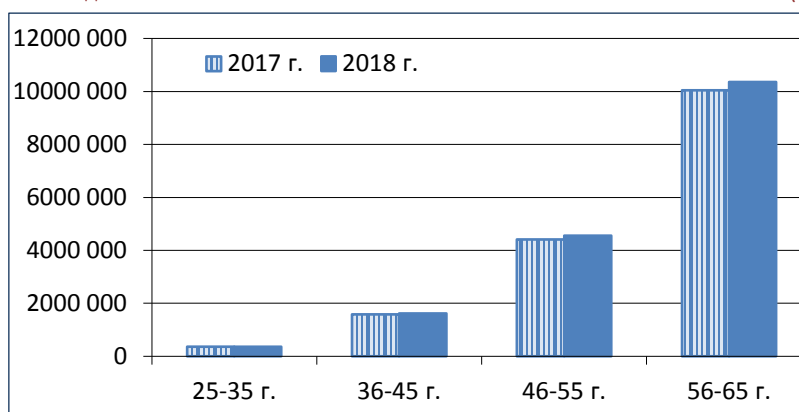


Източник: .НЗОК.

Данните показват съществена разлика в структурата на изразходваните средства за ПИМП, СИМП и БМП за отделните заболявания. За хипертония най-високи са разходите за изпълнителите на ПИМП; за диабет – за изпълнителите на БМП и за ХОББ – за изпълнителите на СИМП.

С увеличаване на възрастта се увеличават изплатените средства на изпълнителите на ПИМП и за трите заболявания. За хипертонията не се установяват съществени различия по години (2017 и 2018 г.) за отделните възрастови групи. За 2018 г. най-ниски са разходите за възрастовата група 25-35 г. – 363 050 лв., които постепенно се увеличават и достигат 10 354 835 лв. за възрастта 56-65 г. Увеличението на 56-65-годишните спрямо най-младата възрастова група е 28.5 пъти (Фиг.19).

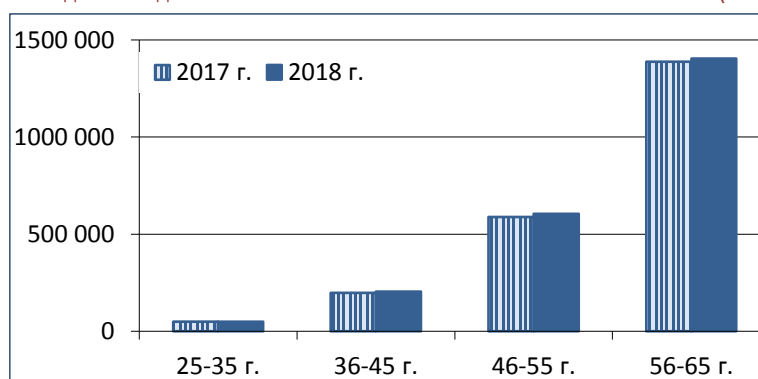
ФИГУРА 19 - Изплатени средства за хипертония в ПИМП за 2017-2018 г. по възрастови групи (в лв.)



Източник: .НЗОК.

Същата тенденция се установява и по отношение на диабета, където разходите през 2018 г. за най-младата възрастова група (25-35 г.) е 49 486.96 лв. и се увеличава 4 пъти за 36-45-годишните, 12 пъти за 46-55-годишните и 28 пъти за пациентите на възраст 56-65 г. За последните разходите са съответно 1 404 504 лв. (Фиг. 20)

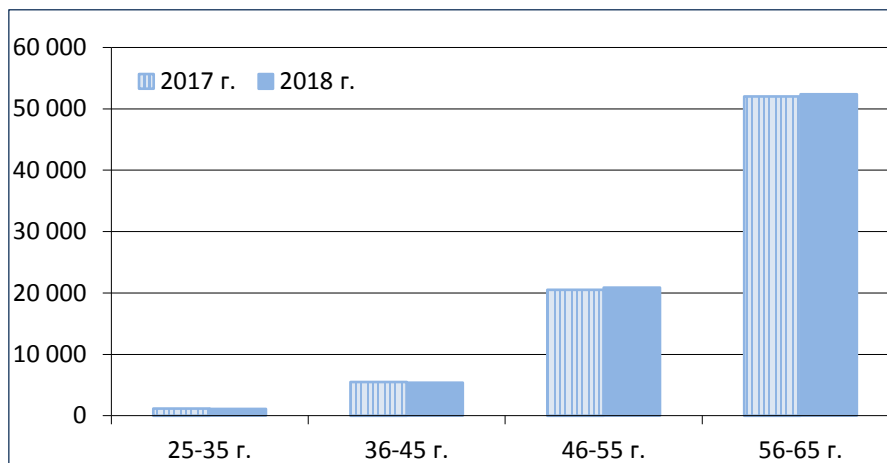
ФИГУРА 20 - Изплатени средства за диабет в ПИМП за 2017-2018 г. по възрастови групи (в лв.)



Източник: НЗОК..

За пациенти с ХОББ увеличението на изплатените средства по възрастови групи е много по-голямо. За пациенти на 25-35 г. разходите са 1134.9 лв., 4.7 пъти се увеличават за възрастовата група 36-45 г., 18 пъти за 46-55-годишните и 46 пъти за 56-65 г. (52 392.44 лв.) – Фиг. 21.

ФИГУРА 21 - Изплатени средства за ХОББ в ПИМП за 2017-2018 г. по възрастови групи (в лв.)

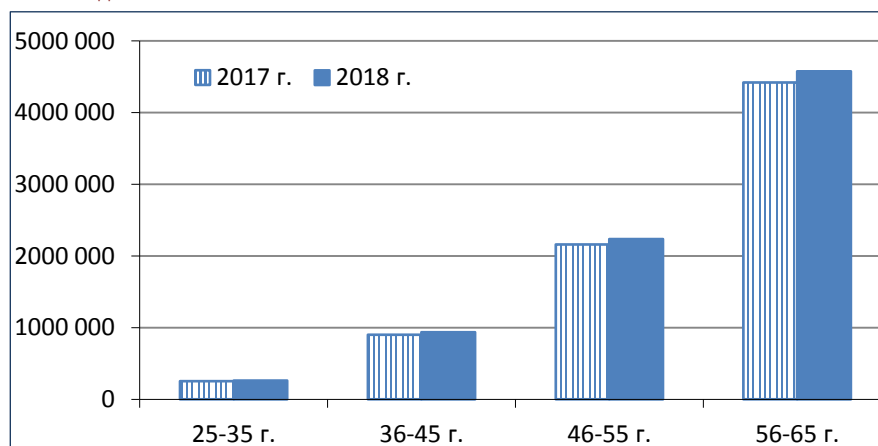


Източник: .НЗОК.

И при изпълнителите на СИМП изплатените средства се увеличават с увеличаване на възрастта и за трите заболявания. Това увеличение е най-голямо при пациентите с ХОББ.

За хипертонията не се установяват съществени различия по години (2017 и 2018 г.) за отделните възрастови групи. За 2018 г., най-ниски са разходите за възрастовата група 25-35 г. – 260 065 лв., които нарастват 3.6 пъти във възрастта 36-45 г., 8.6 пъти за 46-55-годишните и 17.6 пъти за 56-65 –годишните, като достигат 4 576 443 лв. (Фиг. 22).

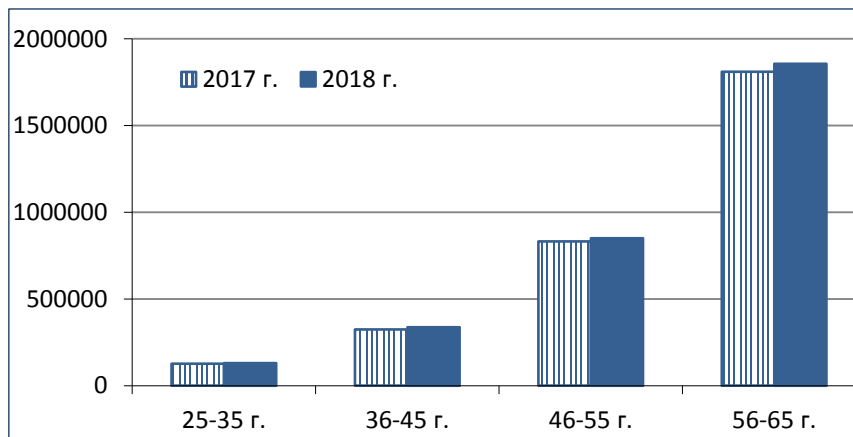
ФИГУРА 22 - Изплатени средства за артериална хипертония в СИМП за 2017-2018 т. по възрастови групи (в лв.)



Източник: .НЗОК.

Същата тенденция се установява и по отношение на диабета – за най-младата възрастова група (25-35 г.) е 130 226.7 лв. и се увеличава 2,6 пъти за 36-45-годишните, 6.5 пъти за 46-55-годишните и 14 пъти за пациентите на възраст 56-65 г. За последните разходите са съответно 1 856 809 лв. (Фиг. 23).

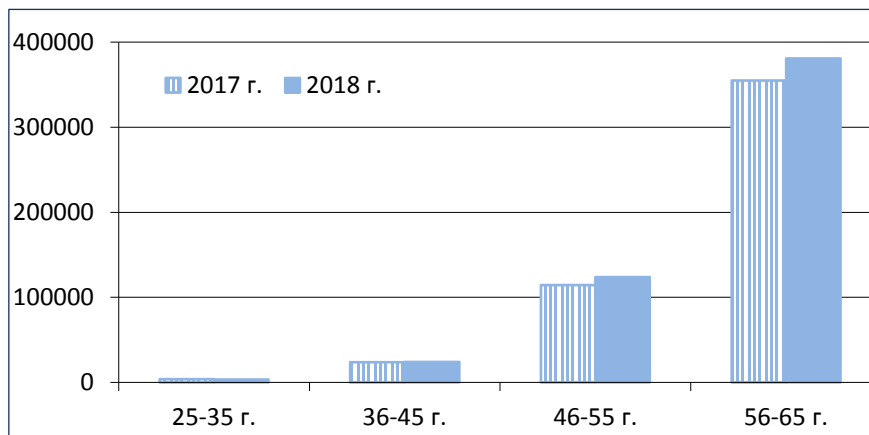
ФИГУРА 23 - Изплатени средства за диабет в СИМП за 2017-2018 г. по възрастови групи (в лв.)



Източник: .НЗОК.

При пациенти с ХОББ е на-голямо увеличението на изплатените средства на изпълнителите на СИМП – за 2018 г. от 3 404.5 лв за възрастта 25-35 г. до 380 916.8 лв. за 56-65-годишните, което е 112 пъти повече средства (Фиг. 24).

ФИГУРА 24 - Изплатени средства за ХОББ в СИМП за 2017-2018 г. по възрастови групи (в лв.)

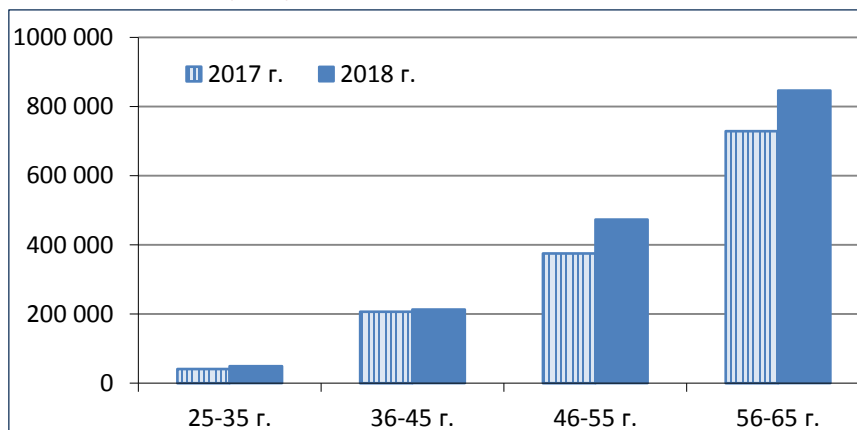


Източник: .НЗОК.

Изплатените средства на изпълнителите на БМП за трите заболявания нараства с 3 млн. лв. през 2018 г. спрямо 2017 г. Разходите за хипертония се увеличават с възрастта – спрямо

възрастовата група 25-35 г. (49 556 лв.) съответно 4.3 пъти за 36-45-годишните, 9.5 пъти за 46-55-годишните и 17 пъти за най-старшата наблюдавана възрастова група (846 146.6 лв.) – Фиг.25.

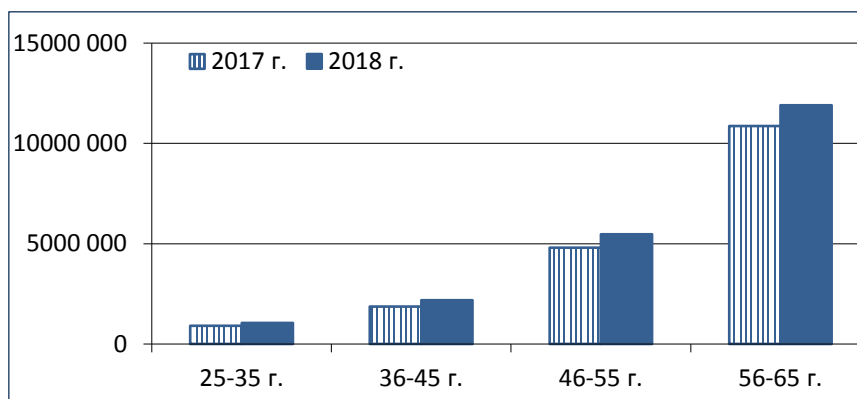
ФИГУРА 25 - ИЗПЛАТЕНИ СРЕДСТВА ЗА ХОСПИТАЛИЗИРАНИ ПАЦИЕНТИ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ ЗА 2017-2018 г. ПО ВЪЗРАСТОВИ ГРУПИ (в лв.)



Източник: .НЗОК.

Най-големи са средствата, изплатени от НЗОК, за хоспитализирани лица с диабет, които се увеличават с 2 млн. лв. през 2018 г. спрямо предходната година – за 25-35-годишните разходите са 1 042 257 лв., които се увеличават два пъти за 36-45-годишните, 5.5 пъти за 46-55-годишните и 11.4 пъти за пациентите от възрастовата група 56-65 г. (11 905 713 лв.) – Фиг. 26.

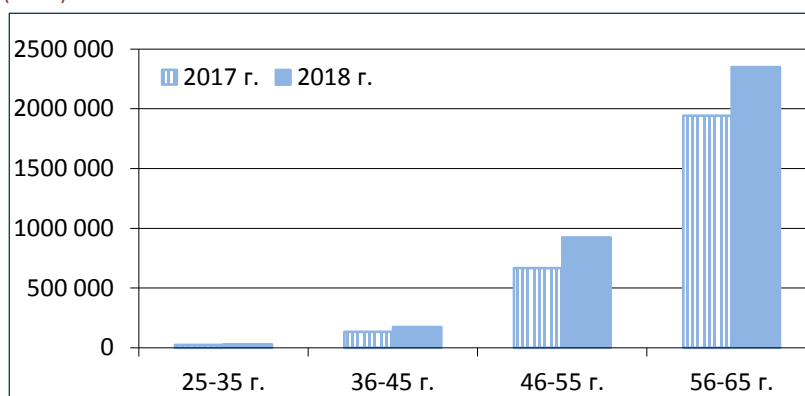
ФИГУРА 26 - ИЗПЛАТЕНИ СРЕДСТВА ЗА ХОСПИТАЛИЗИРАНИ ПАЦИЕНТИ С ДИАБЕТ ЗА 2017-2018 г. ПО ВЪЗРАСТОВИ ГРУПИ (в лв.)



Източник: .НЗОК.

За хоспитализираните пациенти с ХОББ увеличението на изплатените средства при 56-65-годишните (2 349 537 лв.) е 77.6 пъти повече спрямо 25-35-годишните. Близо 1 млн. лв. са разходите за хоспитализираните на 46-55 години. Увеличението на изплатените средства за ХОББ е най-високо в сравнение с тези за хипертония и диабет (Фиг. 27).

Фигура 27 - Изплатени средства за хоспитализирани пациенти с ХОББ за 2017-2018 г. по възрастови групи (в лв.)



Източник: .НЗОК.

Изводи

- Изплатените средства от НЗОК общо на изпълнителите на ПИМП, СИМП и БМП за хипертония, диабет и ХОББ се увеличават от 52.6 млн. лв. за 2017 г. на 56.6 млн. лв. за 2018 г.
- Най-висок е дялът на изплатените средства за хипертония (87.82 % от общите разходи за 2018 г.), следват разходите за пациенти с диабет (11.76%), най-ниски са разходите за пациенти с ХОББ (0.41%).
- При изпълнителите на ПИМП най-висок е дялът на изплатените средства за хипертония (2/3 от общите разходи – 68.36%). Следват разходите за пациенти с диабет, които са 2.5 пъти по-малко от тези за хипертония (21.10%). Най-ниски са разходите за пациенти с ХОББ (4.54%).
- Изплатените средства на изпълнителите на СИМП за пациенти с хипертония са два пъти по-малко от тези, изплатени на изпълнителите на ПИМП за това заболяване. За ХОББ на СИМП са изплатени 6.67 пъти повече средства, отколкото на ПИМП. Това има своето логично обяснение – хипертониците се диспансеризират при ОПЛ, а пациентите с ХОББ – при пневмолог.
- За изпълнителите на БМП с най-висок относителен дял са изплатените средства за пациенти с диабет (80.28% от всички разходи), следват разходите за пациенти с ХОББ (13.55%) и хипертония (6.16%).
- Установява се съществена разлика в структурата на изразходваните средства за ПИМП, СИМП и БМП за отделните заболявания. За хипертония най-високи са разходите за изпълнителите на ПИМП; за диабет – за изпълнителите на БМП и за ХОББ – за изпълнителите на СИМП.
- С увеличаване на възрастта се увеличават изплатените средства на изпълнителите на ПИМП, СИМП и БМП и за трите заболявания.

Раздел 6. ЗАЩО ТЕЗИ ХРОНИЧНИ НЕЗАРАЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ?

Хроничните незаразни болести са основна причина за умирацията и инвалидността в света. Към групата на хроничните незаразни болести експертите на СЗО включват основно болестите на органите на кръвообращението (БОК), злокачествените новообразувания (ЗН), хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ), диабета, психичните болести, болестите на мускулно-скелетната система и травмите, като особено внимание се отделя на първите четири групи болести, предвид високия дял умирация от тях (59%) – над 36 млн. души.

6.1. АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ

Болестите на органите на кръвообращението са една от основните причини за смърт и инвалидност на населението в света. Те обуславят 1/3 от всички случаи на смърт, като 7.3 милиона са по причина на исхемичната болест на сърцето, а 6.2 милиона на инсулт. Над 3 милиона от смъртните случаи са във възрастта до 60 години. Очаква се до 2030 г. смъртността от БОК да достигне 23.3 милиона души⁵.

Преждевременната смъртност от болестите на органите на кръвообращението варира от 4% в страните с високи доходи до 42% в страните с ниски доходи, което показва голямо неравенство между държавите и отделни групи от населението по отношение на честотата на БОК и изхода от тях.

Болестите на органите на кръвообращението продължават да са водеща причина за смърт и у нас. В структурата на умирацията по причини те заемат 2/3 от всички причини за смърт (65.0%) – Фиг. 28. Стандартизираният коефициент за смъртност от болестите на органите на кръвообращението за България (1 094‰) е 3 пъти по-висок от средния за ЕС (358.34‰).

ФИГУРА 28 - СТРУКТУРА НА УМИРАНИЯТА ПО ПРИЧИНИ (%)



Източник: НЦОЗА

⁵ Cardiovascular diseases. Fact sheet N°317, WHO, Updated January 2013. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317>

Повишеното артериално налягане е основен рисков фактор за миокарден инфаркт, мозъчен инсулт, сърдечна и бъбречна недостатъчност. Световната здравна организация съобщава, че то е причина за 62% от мозъчно-съдовите инциденти и за 49% от случаите на исхемична болест на сърцето, което го прави основен рисков фактор за смъртност в глобален мащаб^{6 7} (Фиг. 29).

ФИГУРА 29 - РИСКОВИ ФАКТОРИ ЗА ИНСУЛТ



Източник: Медицински Дайджест, бр. 1, 2013..

Към момента около 1 млрд. души в света страдат от хипертония, ежегодно водеща до 7.1 млн. смъртни случаи. Към 2025 г. се очаква нейното разпространение да нарасне с около 60%. Артериалната хипертония е значително по-разпространена в страните с ниски и средни доходи. Това е обусловено от факторите, свързани с начина на живот като нездравословно хранене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол, наднормено тегло и стрес.⁸ За неблагоприятните за здравето последствия от хипертонията, спомагат и фактори като тютнопушене, затлъстяване и повишено ниво на холестерол в серума.

Неустановяването и нелекуването на хипертонията води до значителни социално-икономически последствия. Ежегодните загуби в резултат на основните незаразни болести съставлява около 500 млрд. долара в САЩ и около 4% от брутния вътрешен продукт в страните

⁶ Артериална хипертония. Медицински Дайджест, бр. 1, 2013. достъпно на: http://spisaniemd.bg/md/2013/1/md_2013_1.pdf

⁷ Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization 2011.

⁸ A global brief on Hypertension. Silent killer, global public health crisis. World Health Organization 2013. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1

с ниски и средни доходи. На сърдечно-съдовите болести, включително хипертонията, се дължат почти половината от тези загуби.

В България, по данни на Националната лига по хипертония, 42.8% от мъжете и 39.7% от жените в активна възраст (между 24 и 65 години) са с артериална хипертония. Всеки трети хипертоник във възрастта 35-44 години не знае за заболяването си. Около половината от тези, които знаят, че имат такова, не се лекуват. Сред приемащите антихипертензивна терапия, контролът на артериалното налягане не е задоволителен (35-40%). Редица проучвания убедително показват, че лечението на хипертонията намалява риска от нежелани сърдечно-съдови инциденти. Затова адекватният контрол на артериалното налягане е от огромно значение за общественото здравеопазване.

Европейското здравно интервю, 2014 г. установява, че в България от хипертония страдат 29,6% от лицата на възраст над 15 години.⁹ В проучването са участвали 8839 души в 4124 обикновени домакинства. Високото артериално налягане е по-разпространено при жените – 33%, отколкото при мъжете – 26%. В сравнение с данните от Европейското здравно интервю от 2008 г.¹⁰ има значително увеличение на лицата с хипертония у нас (над 30%). Сред мъжете увеличението е с 32%, а сред жените – с 30,4%. Сравнението показва и увеличаване на хипертониците на възраст 45-64 години – от 30.3% на 37.3% от 2008 до 2014 г.

В Европейското здравно интервю са включени 15 групи хронични заболявания или здравни проблеми, проявили се през последната година преди провеждане на интервюто. Това означава, че в броя на хората с хронични заболявания са включени и тези, при които заболяването се контролира с медикаменти и съответно не представлява проблем за пациента.

Според данните над 40% от българите страдат от някое от посочените във въпросника хронични заболявания, а близо 14% от българите над 15 години страдат от три или повече хронични заболявания (Фиг. 30).

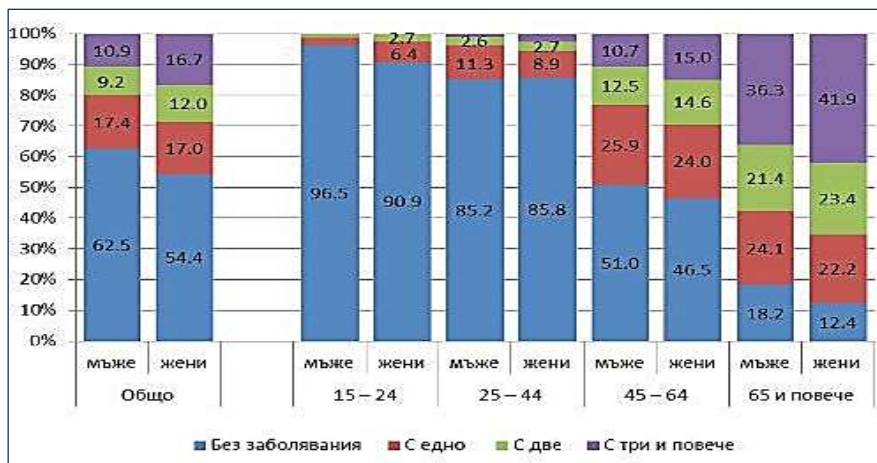
⁹ Европейското здравно интервю, 2014.

<https://www.nsi.bg/bg/content/13664/%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%87%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%BD%D0%B8-%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%B8>

¹⁰ Европейско здравно интервю, 2008.

<https://www.nsi.bg/bg/content/13652/%D0%BF%D1%8A%D1%80%D0%B2%D0%B0-%D0%B2%D1%8A%D0%BB%D0%BD%D0%B0-%E2%80%93-2008-%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0>

Фигура 30 - РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ЛИЦАТА С 1,2,3 И ПОВЕЧЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПО ПОЛ И ВЪЗРАСТОВИ ГРУПИ (%)



Източник: <https://bg.wikipedia.org/wiki/%..>

Основната причина за смърт на възраст 44–65 години сред населението на ЕС са раковите заболявания, а сред лицата на възраст над 65 години – болестите на органите на кръвообращението, сочат още данните Европейското здравни интервю.

Превенцията на артериалната хипертония и факторите, които я обуславят е възможна при реализирането на съответни мерки и промени в начина на живот на хората¹¹. Броят на хората с хипертония, които не съзнават, че имат това заболяване, е значителен. Необходими са мерки, насочени към всички, за да се намалят последствията от високото артериално налягане и да се минимализира нуждата от терапия с антихипертонични лекарства.

Препоръчват се и промени в начина на живот преди се започне лекарствена терапия. Препоръките на Британското общество по хипертония от 2004 г.¹² за промени, съвместими с препоръките на Американската национална образователна програма за високо артериално налягане от 2002 г.¹³, за предотвратяване на хипертонията, включващи:

- Поддържане на нормално телесно тегло (т.е. индекс на телесна маса 20-25 kg/m²).
- Намаляване на хранителния прием на натрий <100 mmol/ ден (<6 g натриев хлорид <2.4 g натрий на ден).
- Редовни физически упражнения, като например енергично ходене (≥30 мин. на ден, през повечето дни от седмицата).

¹¹ Артериална хипертония.

https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D0%BD%D0%B0_%D1%85%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F.

¹² Williams, В и др. Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV.. // *Journal of human hypertension* 18 (3). 2004 Mar. с. 139–85.

¹³ Whelton PK *et al.*. Primary prevention of hypertension. Clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program. // *JAMA* 288 (15). 2002. DOI:[10.1001/jama.288.15.1882](https://doi.org/10.1001/jama.288.15.1882). с. 1882 – 1888.

- Ограничаване на консумацията на алкохол до 3 единици/ден за мъжете и не повече от 2 единици/ден за жените.
- Спазване на хранителен режим, богат на плодове и зеленчуци (поне пет порции на ден).
- Включването в ежедневното меню на малки количества от лечебните гъби – рейши (ганодерма, лингжи), кордицепс, херициум (лъвска грива), както и на някои суперхрани – спинулина, нони. В Азия имат много добри резултати и именно затова рейши е известна като гъба на дълголетието.

Ефективната промяна в начина на живот може да понижи артериалното налягане като индивидуално антихипертонично лекарство. Комбинацията от две или повече промени в начина на живот може да постигне още по-добри резултати.

Препоръчват се различни програми, предназначени за намаляване на физиологичния стрес, като например биофийдбек, релаксация или медитация за намаляване на хипертонията. Научните проучвания обаче не подкрепят тяхната ефикасност.

Промяната в хранителния режим като преминаване на диета с ниско съдържание на натрий е от особена полза. Дълготрайното (повече от 4 седмици) спазване на диета с ниско съдържание на натрий при хората от европеидна раса е ефективно за понижаване на кръвното налягане както при хората с хипертония, така и при хората с нормално кръвно налягане.¹⁴ Освен това DASH диетата, богатата на ядки, пълнозърнести храни, риба, плодове и зеленчуци, която се препоръчва от Националния институт по проблемите на сърцето, белите дробове и кръвта, също понижава кръвното налягане. Основна характеристика на плана е ограничаването на приема на натрий, въпреки че диетата е богата също на калий, магнезий, калций и протеин.¹⁵

За лечението на хипертонията понастоящем се предлагат няколко групи лекарства, наричани общо антихипертонични лекарства. При предписването им се вземат предвид сърдечносъдовият риск на пациента (включително риска от инфаркт на миокарда и инсулт) и отчитанията на кръвното налягане.¹⁶

Препоръките за избора на лекарство и как най-добре да се определи лечението за различните подгрупи са се променяли през годините и са различни в отделните страни. На много хора се налага да вземат повече от едно лекарство за контролиране на хипертонията. Лечението на умерена до тежка хипертония намалява смъртността и сърдечно-съдовите странични ефекти при хората на възраст над 60 години.¹⁷ При хората над 80-годишна възраст

¹⁴ He, FJ и др. [Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure.](#) // Cochrane database of systematic reviews (Online) (3). 2004. с. CD004937.

¹⁵ [Your Guide To Lowering Your Blood Pressure With DASH \(PDF\).](#) // Посетен на 8 юни 2009.

¹⁶ [Your Guide To Lowering Your Blood Pressure With DASH \(PDF\).](#) // Посетен на 8 юни 2009.

¹⁷ Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. // Cochrane Database Syst Rev (4). 2009. DOI:[10.1002/14651858.CD000028.pub2](#). с. CD000028.

лечението не понижава значително общата смъртност, но намалява риска от сърдечно заболяване.

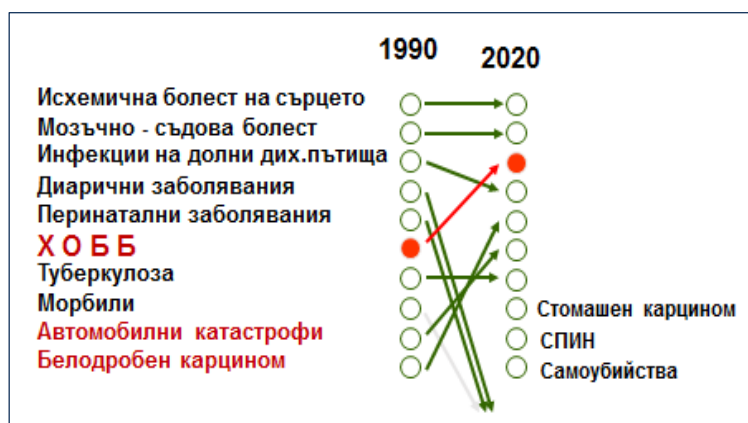
От изключителна важност са извършваните интервенции, насочени към понижаване на артериалното налягане, да са достъпни, надеждни и ефективни. Програмите, насочени към решаването на проблема със сърдечно-съдовия риск, трябва да станат част от националната стратегия за профилактика на незаразните болести и борбата с тях¹⁸.

Според СЗО, във всяка от страните инициативите, насочени към проблема с хипертонията трябва да съдържат шест важни компонента: интегрирана програма за първичната медицинска помощ; финансов разчет за реализация на програмата; основни диагностични методи и лекарства; намаляване нивото на факторите на риска сред населението; програми за укрепване на здравето на работните места; мониторинг и изпълнение на програмите.

6.2. ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ (ХОББ)

Хроничната обструктивна белодробна болест е заболяване с все по-нарастваща социална значимост и според прогнозата на СЗО се очаква до 2030 г. да се превърне в третата водеща причина за смърт в световен мащаб. Бремето, което ХОББ налага на човечеството: 64 милиона страдащи и 3 милиона умиращи годишно (5% от всички причини за смърт)¹⁹ (Фиг. 31).

ФИГУРА 31 - КАКВО НИ ЧАКА?



Източник: Murray & Lopez, Lancet 1997

По официална статистика на Министерството на здравеопазването от 2018 г. между 5-10% от българите са с ХОББ, а едва 75 000 човека се лекуват. По неофициални данни броят на заболелите в страната е не по-малко от 500 000 души.

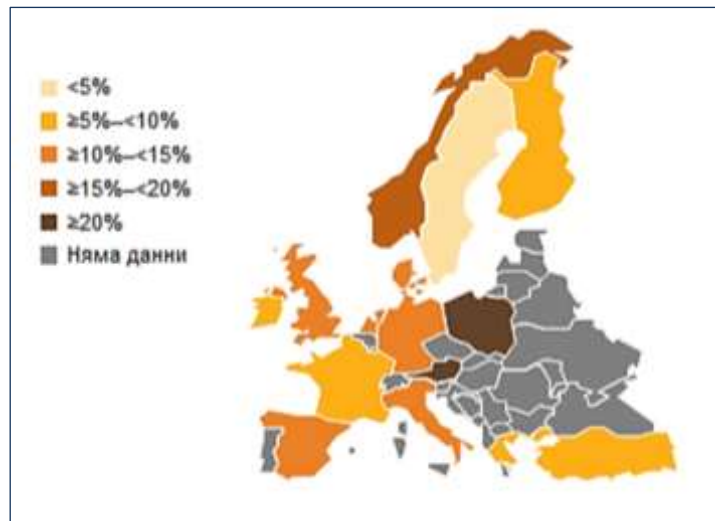
Статистика на Европейското респираторно дружество сочи, че в Европа всяка година от ХОББ умират 300 000 души. Специалистите смятат, че честотата на ХОББ у нас е значително над

¹⁸ Цолова, Г. Програма СИНДИ преди и сега. С., 2015, 100 с.

¹⁹ WHO. COPD FactSheet No 315. 2009. Available from www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/index.html

средната за Европа и обхваща над 10% от населението над 40-годишна възраст. Причини за това са фактори като масовото активно и пасивно тютюнопушене, замърсяването на въздуха, наличието на прах, въглероден диоксид, влага в затворените помещения и генетична предразположеност, които увреждат в значителна степен белодробната функция (Фиг. 32).

ФИГУРА 32 - РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ХОББ В ЕВРОПА



Източник: . Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, 2010

Министерството на здравеопазването (МЗ), Регионалните здравни инспекции (РЗИ), Столична община и Сдружение „Национална асоциация за профилактика на белодробните болести“ иницираха кампания по повод Международния ден без тютюнев дим – 21 ноември 2019 г. под мотото „Спри сега за здраво бъдеще на децата си“.

По данни от доклада на Европейската комисия „Здравен профил за България“ за 2017 г. разпространението на тютюнопушенето сред българското население е най-високо в ЕС и е с почти седем процентни пункта над средното за ЕС. Не по-малко от 28% от възрастното население, включително повече от един на всеки трима (35%) мъже, пуши ежедневно. Равнищата на тютюнопушене сред младежите са сходни: разпространението на тютюнопушенето сред 15-годишните момчета е второто най-високо в ЕС (21%, след Хърватия), а при 15-годишните момичета – 30% са редовни пушачи – най-високото равнище в ЕС.

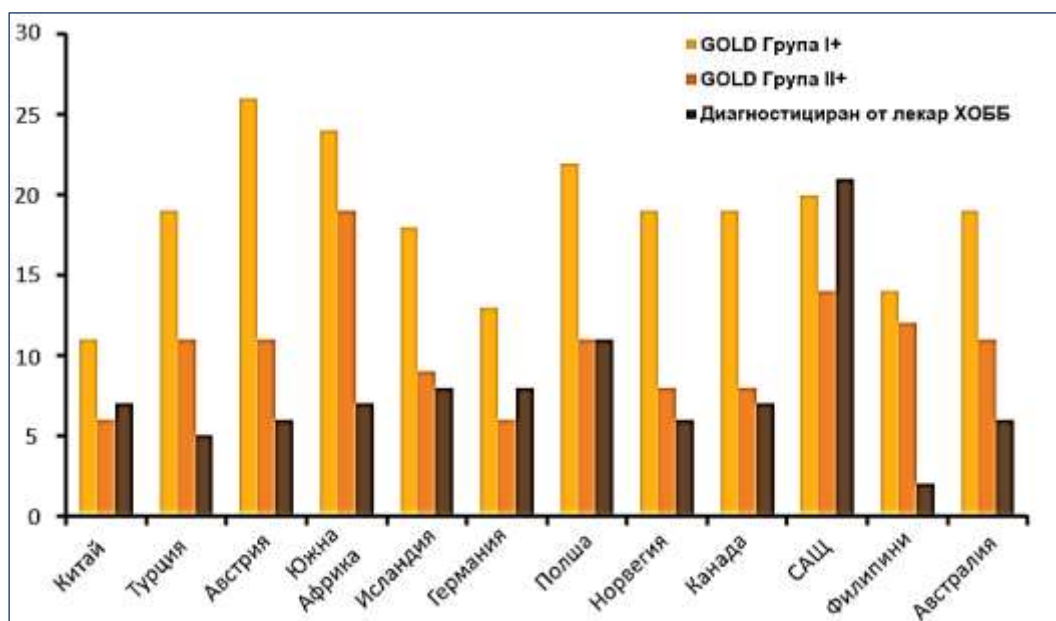
Според оценките на Световната банка цената, която плаща здравната система на дадена държава за последствията за здравето от употребата на тютюневи изделия, съставлява между 0.1% и 1.1% от brutния вътрешен продукт на различните страни. Спирането на тютюневите изделия, съдържащи и несъдържащи тютюн има непосредствени и големи ползи за здравето при мъже и жени на всички възрасти – тези ползи се проявяват, както при лица със свързани с пушенето заболявания, така и при лица без такива заболявания, категорични са експертите.

ХОББ е недостатъчно диагностицирано заболяване по целия свят.²⁰

²⁰ Buist S et al. Lancet 2007;370:741–50.

Проучването GOLD показва, че малка част от пациентите с ХОББ са диагностицирани (Фиг. 33).

ФИГУРА 33 – ДИАГНОСТИЦИРАНИ ПАЦИЕНТИ С ХОББ



Източник: . Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, 2010

Терминът ХОББ е въведен през 60-те години на миналия век. ХОББ е определена като клинична изява на съвместно протичащи хроничен бронхит и белодробен емфизем при наличието на една повече или по-малко непроменяща се обструкция на дихателните пътища.²¹ По-късно Глобалната стратегия за диагностика, лечение и превенция на ХОББ (GOLD-2006-2010) разшири определението за ХОББ като предотвратима и лечима болест, протичаща със значими извънбелодробни прояви, които допринасят за тежестта на болестта. ХОББ се характеризира с ограничение на въздушния поток, което не е напълно обратимо, то е прогресивно и се свързва с патологичен възпалителен отговор на белия дроб спрямо вредни частици или газове.²² През 2011 г. се поставят нови акценти в определението на ХОББ като често срещана предотвратима и лечима болест, характеризираща се с постоянно ограничение на въздушния поток, което обикновено е прогресивно и свързано с усилен възпалителен отговор в дихателните пътища и белия дроб спрямо вредни частици или газове. Сериозно място се отделя на екзацербациите и придружаващите болести, които допринасят за цялостната тежест на болестта при всеки отделен пациент²³.

²¹ Добрев П. „Хронична обструктивна белодробна болест”, 1983, София, 28-52

²² Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, 2010

²³ Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, revised 2011

Специалистите по белодробни болести у нас прилагат в практиката си международните стандарти и изисквания, формулирани от Глобалната стратегия за диагностика, лечение и превенция на ХОББ. Съвременното разбиране на патогенезата на ХОББ определя водещата роля на малките дихателни пътища в основните патогенетични механизми на бронхиалната обструкция: хронично възпаление, наличие на мукус и колапс при емфизем²⁴. ХОББ възниква и се развива под въздействие на комплекс от фактори: клинични и молекулярни (генетични), поради което може да се обясни защо от два индивида, ХОББ се развива само в един. В патогенезата на развитието на заболяването играят изключително важна роля оксидантния стрес и намалената антиоксидантна активност в кръвната плазма, предизвикани от тютюневия дим. Установено е, че в едно всмукване от цигарата, цигареният дим, който прониква в дихателните пътища съдържа 1015 свободни радикала^{25 26}.

Реактивните форми на алдехидите и хиноните играят водеща роля във формиране на оксидантния стрес. Тютюневият дим предизвиква не само остро увреждане на белодробната тъкан, но се явява непосредствена причина за възпалителен процес с миграция в белодробната тъкан на макрофаги, неутрофили, дендритни клетки и CD+8 лимфоцити. В локалните възпалителни огнища се повишава нивото на противовъзпалителните медиатори. Острото увреждане на белодробната тъкан при хронично тютюнопушене се трансформира в хроничен възпалителен процес на дихателните пътища, резултат от който е бавното, но прогресивно намаляване на вентилационната функция на белия дроб.

Други изследвания показват генотоксичността на тютюневия дим и неговата роля в ускоряване процеса на стареене на човешкия организъм. В цялата история на изучаване вредата на тютюневия дим за първи път се описват молекулярни механизми, засягащи механизма на делене на клетките, увреждане на ДНК, нарушение на процеса фосфорилизация, регенерация, пролиферация и апоптоза. Комплексът циклин-циклинзависима киназа контролират деленето на ДНК и хромозомите и тяхното разпределение в делящите се клетки. Тези белтъци играят важна роля в регулацията на пролиферацията на клетките, което се проявява особено при генотоксичен стрес, предизвикан от тютюневия дим²⁷.

Друг важен фактор за развитие на хроничен възпалителен процес в дихателните пътища е дисбаланс в съотношението протеази/антипротеази. Протеазите са ферменти, които участват в разграждането на белтъците, антипротеазите са техните инхибитори. Източник на протеолитични ферменти са неутрофилните левкоцити, моноцити и алвеоларни макрофаги²⁸. При участие във възпалителния процес на белите дробове само на неутрофилни левкоцити не се

²⁴ Noujeim C., Bou-Khalil P. COPD updates: What's new in pathophysiology and management? Expert Rev Resp Med. 2013;7(4):429-437 <http://www.expert-reviews.com/toc/ers/7/4>

²⁵ Чучалин А.Г. Табакокурение и болести на органите на дихателния апарат, РМЖ, 2008, том 16, №22, 44-45,

²⁶ Rahman I., Adcock IM. Oxidative stress and redox regulation of lung inflammation in COPD. Eur Respir J 2006; 28: 219-242.

²⁷ Macrotte R., Wang E., Replicative senescence revisited. J.Gerontolog. A Biol Sci. Med. Sci.2002,57,В 257-69

²⁸ Shapiro, SD. Elastolytic metalloproteinases produced by human mononuclear phagocytes: potential roles in destructive lung disease. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1994, Dec;150(6 Pt 2):S160'4"

разрушава белодробната тъкан, но ако в процеса участвуват и алвеоларни макрофаги и лимфоцити, които отделят протеолитични ферменти се получават емфизематозни промени. Макрофагите в дихателните пътища на пушачите отделят както протеази (металпротеинази), така и техните инхибитори²⁹.

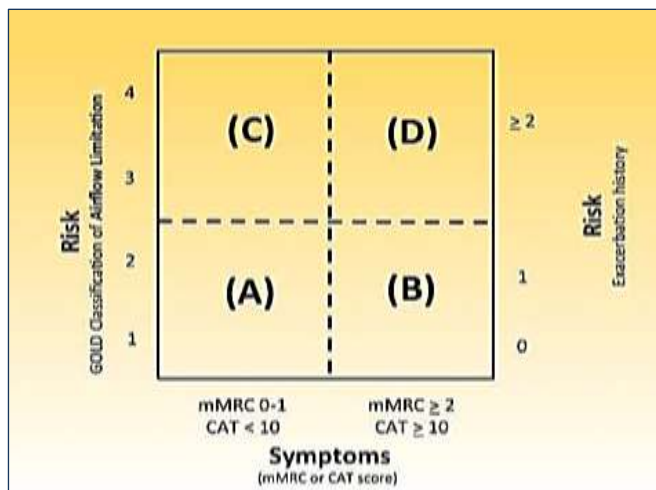
Клиничните прояви на ХОББ, възникващи под въздействие на тютюневия дим имат различен характер. Първият клиничен тип се характеризира с наличие на емфизем (емфиземен тип) и фенотипно се отличава с редуцирано тегло, хипотрофия на мускулите, изразена хиперинфлация на белодробната тъкан. Вторият тип клинично се проявява с кашлица, хрчки, цианоза (бронхитен тип) с относително рано развитие на хронично белодробно сърце. Най-тежко протича клиничният вариант на хроничен облитериращ бронхиолит, при който сравнително рано се формират и прогресират признаците на дихателна недостатъчност. В ранния етап от развитието му болните стават зависими от лечение с кислород и остават резистентни към лекарствата, предназначени за подобряване на вентилационната функция на белия дроб. Има и пациенти със синдром на припокриване (overlap) между бронхиална астма и ХОББ. Те представляват 15-25% от болните с ХОББ и за тях е характерна частично-обратима обструкция на дихателните пътища.

Новостите в класифициране и лечението на ХОББ са отразени в препоръките на Глобалната инициатива за ХОББ (GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), ревизирани през 2014 г. В препоръките на GOLD 2011 пациентите са класифицирани в четири групи А, В, С и D (Фиг. 34), с цел адекватен избор на терапия, но терапевтичният подход трябва да бъде индивидуализиран за всеки пациент³⁰.

²⁹ Finkelstein R, Fraser RS, Ghezzo H, Cosio MG. Alveolar inflammation and its relation to emphysema in smokers. Am J Respir Crit Care Med. 1995 Nov;152(5 Pt 1):1666-72.

³⁰ Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD Updated, 2014, http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report2014_Feb07.pdf

Фигура 34 – Групи пациенти по GOLD



- Група А – пациентите имат малко симптоми и нисък риск за екзацербации.
- Група В – пациентите имат по-изразени симптоми, но нисък риск за екзацербации.
- Група С – пациентите са с малко симптоми, но с висок риск от екзацербации.
- Група D – пациентите са с изразени симптоми и висок риск от екзацербации.

Източник: . http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report2014_Feb07.pdf

Основните цели в лечението на ХОББ са: да се подобри качеството на живот на пациентите, като се намалят симптомите и риска, да се редуцират екзацербациите и се забави прогресията на заболяването, чрез което да се намали смъртността.

В препоръките на GOLD 2011 бяха утвърдени като основна терапия бронходилататорите, затвърдиха се позициите на комбинираните препарати (кортикостероид с дългодействащ бета агонист) и се обсъди предпазливото навлизане на алтернативна терапия с фосфодиестеразните инхибитори (теофилин и рофлумиласт).

Изключително важно е **терапевтичният подход към всеки пациент да е индивидуализиран.**

6.3. ДИАБЕТЪТ КАТО СОЦИАЛНОЗНАЧИМО ЗАБОЛЯВАНЕ

Захарният диабет е първото неинфекциозно заболяване, разпознато като световна заплаха. Проблемът в световен мащаб показва, че:³¹

- 1 от 11 възрастни има захарен диабет или 463 000 000 души по света (9.3%).
- 1 от 10 възрастни ще има захарен диабет (2030 г.) или 578 000 000 души по света (10.2%).
- 1 от 9 възрастни ще има захарен диабет (2045 г.) или 700 000 000 души по света – (10.9%).
- Захарен диабет в Европа – 58 000 000 души (8.9%).
- Всеки втори човек с диабет е недиагностициран или 232 000 000 души по света.

³¹ Цв. Танкова, „Захарният диабет като медицински проблем и решенията в България“ Кръгла маса – Парламент, 06.11. 2019 г

Данните за България към момента показват, че 8,3% на възраст 20-79 години от населението живеят със захарен диабет и 1 768 деца в България. Очакванията са до 2040 г. с диабет да бъде всеки десети българин.

Захарният диабет е хронично социалнозначимо заболяване, свързано с развитието на множество прогресиращи усложнения – слепота, хронична бъбречна недостатъчност, водеща до хемодиализа, съдови увреждания – исхемична болест на сърцето, миокарден инфаркт, мозъчно-съдова болест, мозъчен инсулт др. (Фиг. 35).

Болните от диабет са застрашени 15 пъти повече от останалите хора от ослепяване и хронична бъбречна недостатъчност, 10 пъти повече – от ампутации на долните крайници, 3 пъти повече – от инфаркт на миокарда, инсулт и други.

Въпреки тази тревожна статистика, съществуват данни, че с помощта на достъп до съвременен лечение и контрол, обучение за самоконтрол, промени в начина на живот и ефективно управление на собственото поведение, за много болни от диабет настъпването на диабетните усложнения може да бъде предотвратено или забавено³².

ФИГУРА 35 – ХИПЕРГЛИКЕМИЯ – ВЪРХЪТ НА АЙСБЕРГА ПРИ ЗАХАРЕН ДИАБЕТ



Източник: . Кръгла маса –Парламент, 06.11. 2019 г.

Състоянието в България:

- Честотата нараства – епидемичен характер;

³² С. Захариева, Национална диабетна програма и възможно решение. “ Кръгла маса –Парламент, 06.11. 2019 г.

- Половината от хората с диабет са недиагностицирани;
- Много хора са с повишен риск за захарен диабет;
- Всеки втори е с незадоволителен гликемичен контрол;
- Необходимост от по-точна оценка на гликемичния контрол – оценка на глюкозната вариабилност;
- Сериозни усложнения;
- Повишен риск от смъртност – сърдечно-съдова смъртност (над 50%);

Разходите за лечение на захарния диабет (ЗД) и усложненията са значителни, като в световен мащаб за 2017 г. те са 727 млрд., при възрастни. Тенденцията е бърз и устойчив ръст, като за изминалите 10 години разходите са се утроили.

Разходите за лекарствени продукти в България за лечение на ЗД е значителен, като те представляват ~10% от бюджета на НЗОК за лекарства³³ (Фиг.36).

ФИГУРА 36 - РАЗХОДИ ЗА ЗАХАРЕН ДИАБЕТ В БЪЛГАРИЯ

Динамика на броя болни със ЗД и разходите за лекарствени продукти			
	2015	2016	Ръст
Брой болни със ЗД*	473 192	483 836	2%
Разходи за лекарствени продукти, лв. **	124 859 052	127 61 5365	2%

Източник: *Регистър на болните от захарен диабет, <http://www.usbale.com>; **НЗОК, <http://www.nhif.bg/page/218>

- Разходи хоспитализации: 26 млн. лв.*
- Разходи диспансеризация: 12,3 млн. лв.*
- Разходи лабораторни изследвания: 6,2 млн. лв.*
- Медицински изделия: 7,9 млн. лв.*
- Разходи за съпътстващите усложнения

Разходите за захарния диабет в България са не само за лекарствени продукти. По данни от публикувани проучвания разходите в България свързани с хипогликемиите са ~4 млн, а за сърдечно-съдовите усложнения, съпътстващи ЗД се отделят над 200 млн. годишно.

Няма съмнение за връзката между контрола и усложненията на ЗД, включително на разходите за тях. Нарастването на разходите за лекарствени продукти съответства на ръста на броя пациенти, които се лекуват – 2%. През последните години в България навлязоха всички най-съвременни здравни технологии за лечение на ЗД.

Позитиви:

- Достатъчно ендокринолози;
- Бърз достъп до специалист;

³³ З. Миткова, Захарният диабет през призмата на фармакоикономиката. “Кръгла маса – Парламент, 06.11. 2019 г.

- Достатъчно болници;
- Диспансеризация;
- Съвременни лекарства;
- Тест-ленти, инсулинови помпи, сензори;
- Регистър на диабетно болни.

Негативи:

- Недостатъчно знания сред хората в риск и пациентите;
- Липса на сътрудничество и постоянство при пациентите;
- Като извод от анализите от диабетния регистър за 2016, 2017 г от прегледаните:
 - средно с диабет тип 1 и 2 са около 473 000, новооткрити – средно годишно 61 000;
 - анализирани 38 000 000 амб. листи от 5 000 000 пациенти;
 - най-много са неврологичните усложнения и при двата типа;
 - не повече от 50% от болните имат задоволителна компенсация – тоест са компенсирани през над 50% от времето през годината;
 - компенсацията се подобрява над 60 годишна възраст.

През 2016 г. Европейският парламент прие Декларация, призоваваща ЕК и СЕ „...да дадат приоритет на диабета като европейски здравен, социален и икономически проблем от основно значение; да разработят стратегия на ЕС за превенция, диагностика и контрол на диабета; да насърчават държавите членки да изготвят национални програми за диабета; да разработят стратегия за насърчаване на потреблението и производството на здравословни храни и ефективно да координират и изпълняват всички мерки, разработени до момента”.

Ако се върнем по-назад във времето – на Декларацията за захарен диабет, приета от Европейския парламент на 16.01.2006 г. и на Резолюцията на ООН от 20.12.2006г., както и на приетата на 14 ноември 2008 г. от нашето Народно събрание специална декларация, начертаваща основните мерки, които трябва да осъществи България за справяне с диабетната пандемия, става по-ясно от всякога, че е време да има Национална програма за борба с диабета в България.

Изработването на Национална програма за борба с диабета в България ще бъде важна стъпка за изпълнение горните препоръки, като освен ползите за пациентите ще доведе до по-ефективно използване на ресурсите и ще намали чувствително разходите за лечение.

Добри примери за ползите от внедряването на Национални диабетни програми могат да се видят в САЩ, Индия и Финландия, където само за няколко години след внедряването им честотата на диабета е намаляла с 55% до 58%.

В Европа, в рамките на JA-CHRODIS, бе направено „подробно описание на националните планове за борба с диабета в Европа и бе формирана основа за анализ, насочен към

установяване на факторите, които могат да улеснят разработването, изпълнението и устойчивостта на националните планове за борба с диабета. Не само за хората с диабет в България, а за цялото българско общество е важно държавата да предприеме адекватни мерки за постигане на целите на Дългосрочната програма за борба с диабета, приети от Общото събрание на Международната Диабетна Федерация (IDF) през 2011г. и Декларацията на ЕП от 2016 г.

----- www.eufunds.bg -----

Раздел 7. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ

Едно от основните предизвикателства на 21 век в глобален план и в Европейския съюз е застаряването на населението и съответно застаряването на работната сила. Работещите над 50-годишна възраст са два пъти повече от тези под 25-годишна възраст и очакванията са за увеличаване на броя на застаряващите работещи (27).

В сравнение с останалите държави в ЕС темповете на застаряване на населението в България са много по-високи. По данни на ООН България е на пето място в света по темп на застаряване на населението. Увеличаващата се възраст на работещите е предизвикателство за правителството, работодателите, службите по здраве при работа/трудова медицина (СТМ), работещите и техните семейства, особено по отношение на осигуряването на безопасност и здраве при работа (БЗР). Още повече, че с напредване на възрастта се увеличават хроничните незаразни болести сред населението, в т.ч. и сред работещите (27).

Това е повод да се проведе проучване сред 350 работещи лица в активна възраст (от 25 до 65 години), с артериална хипертония, диабет и ХОББ. За целта е разработен и апробиран въпросник с 30 въпроса, от които 27 закрити, разпределени в 4 основни раздела: лични данни; данни за здравето; данни за работната среда (вид упражняван труд, условия на труд и рискове за здравето) и оценка и препоръки.

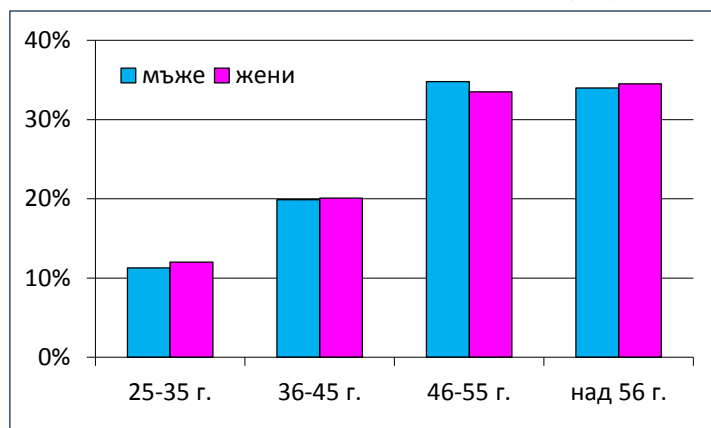
Разпространението на въпросниците се извърши от Сдружение „Българско общество на пациентите с пулмонална хипертония“; Национална асоциация за профилактика на белодробните болести; Асоциация „Диабет и предиабет“; РЗИ – Кърджали, Бургас и София; Варна; РЗОК – Кърджали, Бургас и София; СБАЛББ „Св. София“; СБАЛПФЗ – София област; СБАЛББ-Троян; СБР-НК ЕАД (Баните, Банкя, Баня, Велинград, Вършец, Кюстендил, Момин проход, Наречен, Овча могила, Павел баня, Поморие, Сандански, Хисаря).

Разработен беше и онлайн вариант анкетата, който беше поставен на сайта на БСК (<http://survey.industrymap.bg/index.php?sid=87272&lang=bg>). Данните от анкетата са въведени и обработени с помощта на специализирания пакет SPSS for Windows.

7.1. ЛИЧНИ ДАННИ

От анкетираните 350 лица 141 са мъже (40.3%) и 209 са жени (59.7%). Структурата по възрастови групи показва, че най-висок е дялът на лицата от възрастовите групи 46-55 и 56-65 години – общо 64.6%. Не се установява статистически значима разлика по пол. От анкетираните 1/5 са на възраст 36-45 г. (20.0%), всеки десети е на възраст 25-35 г. (11.7%) – Фиг.37.

Фигура 37 - Разпределение на анкетираниите лица по пол и възрастови групи (в %)



Източник: анкетно проучване.2020 г.

Застаряващите работещи са една специфична група, чиято характеристика изисква специално внимание от трудово-медицинска гледна точка. Условието и организацията на труда допринасят за отрицателните здравни ефекти.

С възрастта се увеличават хроничните заболявания, в т.ч. сърдечно-съдовите и белодробни заболявания, диабет и др. Понижава се функционалният капацитет, особено физическият, което затруднява извършването на тежък физически труд. Застаряващите работещи са с по-малка толерантност към редица физични фактори на работната среда като шум, прегряващ микроклимат, налягане, а също и такива, свързани с организацията на труда, като темп на работа, работни часове и др.

Данни от проучване в ЕС³⁴ (цитат по ³⁵) показва специфика в експозицията на рисковете на работното място и организацията на труда при застаряващите работещи, както следва:

- Понижаване на степента на експозиция на физически рискове на работещите с напредване на възрастта;
- Застаряващите работещи са изложени в по-висока степен на рискове, свързани с положението на тялото и повтарящи се движения, което може да допринесе за развитието на мускулно-скелетни увреждания или да задълбочи налични такива;
- По-възрастните работещи (над 55 години) са особено податливи на сърдечносъдови и респираторни заболявания и проблеми със съня, които са тясно свързани със застаряването;

³⁴ Villosio C., DiPierro D., Giordanengo A., Pasqua P., Richiardi M. Working conditions of an aging workforce. Dublin, Ireland: European Foundation of improvement of living and working conditions, 2008

³⁵ Вангелова, К., С. Евстатиева. Осигуряване на здраве и безопасност при работа за застаряващите работещи. Проект „Укрепване на капацитета на специалистите по здраве при работа за подобряване здравето на застаряващата работна сила (E-CAPACIT8)“. НЦОЗА, С., 2016, 56 с.

- Работещите на възраст над 55 години имат по-висока степен на самостоятелност на работното място и сравнително по-ниски нива на интензивност на труда;
- По-възрастните работещи имат в по-малка степен достъп до обучение от по-младите си колеги;
- С напредване на възрастта нараства броят на работещите, които посочват, че имат известен контрол върху организацията на работното време. Удълженото работно време, както и работата в неделя, обаче, нарастват заедно с напредването на възрастта на работещите, отчасти поради факта, че съществен дял от по-възрастните работещи са самонаети лица и работещи в селскостопанския сектор.

В зависимост от образованието на анкетираните в проучването лица, повече от половината (53.9%) са с висше образование, следват тези със средно образование (37.5%). С основно образование са 7.2% и без образование – 1.4%. Не се наблюдава съществено различие по пол ($P > 0.05$).

Според основната дейност или производство на фирмата/организацията, в която работят, най-висок е дялът на анкетираните от сферата на здравеопазването (20.1%), следват работещите в търговията (18.3%), държавната администрация (13.2%) и строителството (11.1%). Останалите отрасли са представени с по-нисък относителен дял.

7.2. ДАННИ ЗА ЗДРАВЕТО

Опазването на здравето и укрепването на работоспособността изискват оптимизиране на работните процеси и организацията на труда, които да предоставят възможност на работещите да се трудят в зависимост от здравното им състояние и функционалния капацитет.

Съществуват редица добри практики, предотвратяващи неработоспособността, свързана с наличието на заболявания при работещите: Оценка на здравния риск; Редовни профилактични прегледи; Инициативи за укрепване здравето и благополучието; Продължаващо обучение и повишаване на квалификацията; организиране на екипи с лица от различни възрастови групи, което осигурява по-пълното използване на възрастово обусловените ресурси и компетенции на работещите; Подкрепа за съвместяване на работата и личния живот (27).

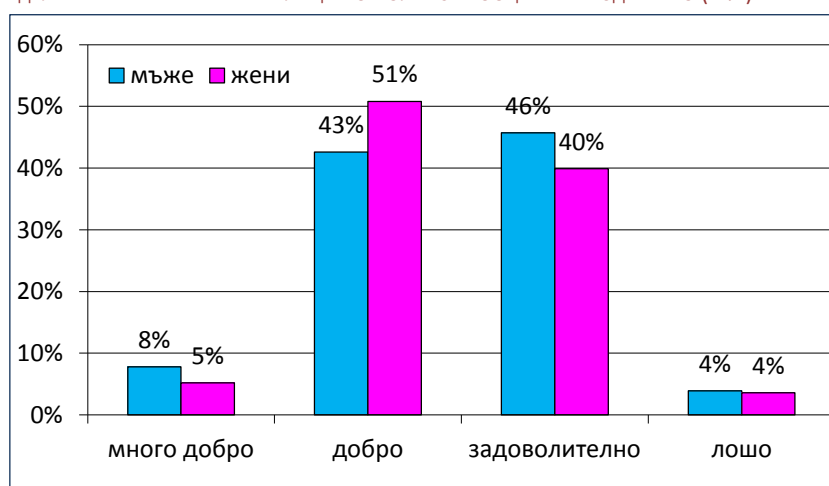
От изключителна важност е провеждането на профилактични прегледи. Резултатите от настоящето проучване показват, че през последната година повече от 3/4 от анкетираните са преминали на профилактичен преглед при ОПЛ (270 лица – 77.8%). Не се установява статистически значима разлика по пол – съответно 80.6% от мъжете и 76.0% от жените. Съществено по-нисък е дялът на преминалите на профилактичен преглед по месторабота – по-малко от ¼ от анкетираните (81 лица или 23.3%), при мъжете – 22.3% и при жените 24.0%. ($P < 0.05$). Трябва да се отбележи, че този вид прегледи е задължение на Службите по трудова медицина (СТМ), съгласно ЗБУТ.

Самооценката на здравето е един от основните, базисни индикатори, получавани чрез здравното интервю. Изследователите от СЗО приемат, че при определянето на здравето си

хората обикновено оценяват комплексно наличието /или отсъствието/ на заболявания, функционални ограничения и проблеми при извършването на дейностите в ежедневието, свързани със здравето. Равнището на субективното здраве се анализира чрез показателя „относителен дял на лицата с влошено здраве”, т. е. на дела на лицата, определили здравето си като „задоволително”, „лошо” или „много лошо”, взети заедно. С увеличението на възрастта относителният дял на лицата с влошено здраве се увеличава, което е естествено и разбираемо.

Данните от проучването показват, че едва 6.2% от анкетираните (20 лица) определят здравето си като „много добро” – 7.8% от мъжете и 5.2% от жените. Като „добро” го оценяват близо половината от анкетираните – 153 лица (47.5%) – 42.6% от мъжете и 50.8% от жените. Като „задоволително” оценяват здравето си 45.7% от мъжете и 39.9% от жените, а като „лошо” – съответно 3.9% и 3.6% от тях. Не се наблюдава съществено различие по пол и възрастови групи. Болшинството от анкетираните оценяват здравето си като „добро” и „задоволително” – Фиг. 38.

ФИГУРА 38 - РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА АНКЕТИРАНИТЕ ЛИЦА ПО ПОЛ И САМООЦЕНКА НА ЗДРАВЕТО (в %)

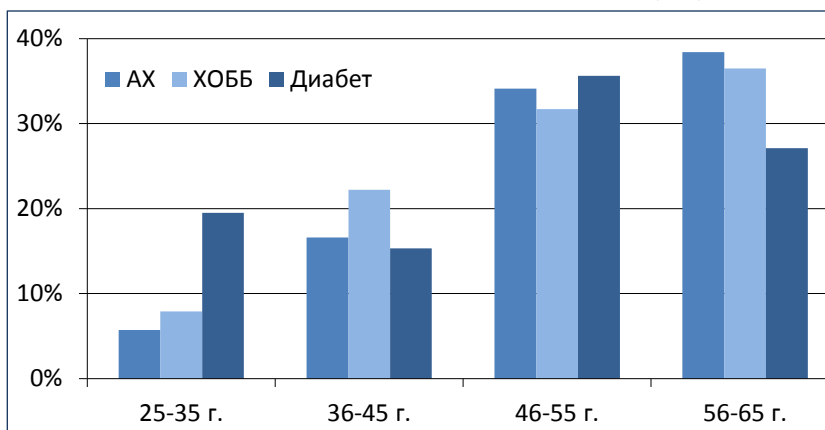


Източник: .анкетно проучване.2020 г.

Предприемането на адекватни мерки за предотвратяване и ограничаване на риска за здравето и безопасността на застаряващите работещи, в т.ч и на тези с хронични заболявания, са свързани с редица икономически и социални ползи вследствие на предотвратяване и ограничаване на трудовите злополуки, професионалните заболявания, свързаните с труда заболявания и съответно намаляване на трудозагубите поради отсъствие по болест, компенсациите и разходите за здравни услуги (27).

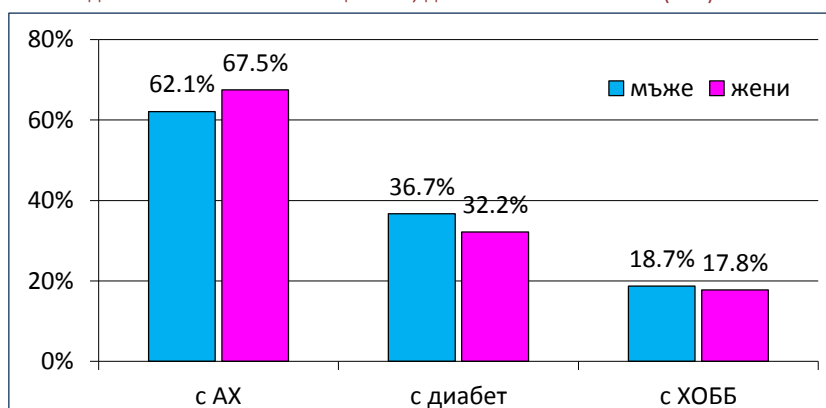
Резултатите от изследването установяват, че с артериална хипертония са 2/3 (65.3%); с диабет – 1/3 (34.0%); 18.2% са с ХОББ. Сумата от процентите е по-голяма от 100, тъй като някои лица са с две заболявания. С напредване на възрастта се увеличава относителният дял на лицата с хипертония от 5.7% на 38.4%; с ХОББ – от 7.9% на 36.5% и с диабет – от 19.5% на 27.1%. Различията са съществени. По пол не се установяват значими разлики – Фиг. 39 и 40.

Фигура 39 - Относителен дял на лицата с АХ, ХОББ и диабет по възрастови групи (в %)



Източник: . анкетно проучване.2020 г.

Фигура 40 - Относителен дял на анкетираните лица с АХ, диабет и ХОББ по пол (в %)



Източник: . анкетно проучване.2020 г.

С възрастта настъпват редица промени в сърдечносъдовата и дихателната система и се увеличават хроничните заболявания. Обикновено намалява капацитетът на човек да извършва физически труд, особено за продължително физическо натоварване. Застаряващите работещи са по-чувствителни към микроклимата на работната среда, особено към високите температури³⁶. Предполага се, че толерантността към горещина се понижава поради свързаните с възрастта промени в сърдечно-съдовата система³⁷. Наличието на сърдечно-съдови заболявания допълнително затруднява адаптацията при работа в условията на високи температури. Особено чувствителни към микроклимата са лицата с диабет тип 2, които по-трудно се адаптират към промени в температурата (Табл. 1).

³⁶ Ilmarinen I. XXIXth International Symposium of the ISSA Construction Section on occupational Health in Construction Industry. Brussels 23-25 November 2009.

³⁷ Shephard R.J. Age and physical work capacity. Exp Aging Res 1999; 25: 331-343.

Таблица 1 - Възрастови промени в сърдечносъдовата и дихателната система и влиянието им върху извършването на трудова дейност (цит. по 27)

Възрастови промени	Влияние на възрастовите промени върху извършването на трудова дейност
<ul style="list-style-type: none"> • С възрастта намалява капацитета за пренасяне на кислород чрез сърдечносъдовата система. • В периода от 30 до 65 г. функционалният дихателен капацитет намалява с 30%. • Кръвносните съдове губят своята гъвкавост. Стените на артериите се удебеляват, увеличава се рискът от високо кръвно налягане и/или удар. • Вследствие на стеснени кръвоносни съдове, кръвният поток към външните части на тялото намалява, съответно и възможността за пренасяне на топлина към кожата. • Необходимо е по-дълго време за възстановяване на пулсовата честота след натоварване. 	<ul style="list-style-type: none"> • Капацитетът за продължителна физическа работа се понижава, промените, обаче, обикновено не засягат трудова дейност^{38 39}. • С намаляване на кръвния поток към външните части на тялото намалява загубата на топлина през повърхността на кожата в условията на прегряващ микроклимат. • Неподходящо облекло при работа може да доведе до хипотермия и измръзване при ниски температури.

Тревожен е фактът, че повече от ¼ от анкетираните не са диспансеризирани по повод на посочените заболявания – съответно 72.2% с артериална хипертония; 75.5% – с диабет и 88.3% с ХОББ. Не се наблюдава съществено различие по пол. С напредване на възрастта постепенно се увеличава дялът на лицата с трите вида заболявания до 55-годишна възраст. В същото време 80.3% от лицата (90.9% от мъжете и 84.8% от жените) приемат лекарства за тези заболявания – съответно 96.8% за хипертония, 86.2% за ХОББ и 94.5% за диабет.

Хроничните заболявания влияят негативно на работоспособността, но обикновено след продължително отсъствие по болест човек се сблъсква със същите условия на труд. Обичайно е болните да се лекуват, но в повечето случаи причините за възникване и развитие на заболяването остават непроменени .

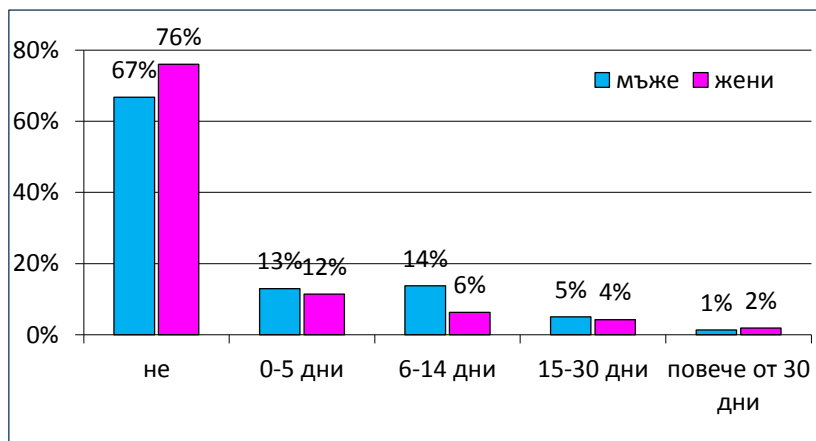
Данните от настоящото изследване показват, че по-голямата част от анкетираните не са ползвали болничен лист за временна неработоспособност през последната година (72.3% от тези с артериална хипертония, 84.7% с диабет и 85.3% с ХОББ). За лицата с хипертония до 55 години продължителността на болничния лист най-често е от 6-14 дни, а след 56 години – до 14 дни (Фиг. 41). При лицата с ХОББ от възрастовите групи 25-35 години и 56-65 години болничният лист е най-често с продължителност до 5 дни; за възрастовата група 36-45 години – от 6 до 30 дни и за 56-65-годишните – от 6 до 14 дни (Фиг. 42). По повод на диабет лицата от 25-

38 Schibye B, Hansen AF, Srgaard K, Christensen H. Aerobic power and muscle strength among young and elderly workers with and without physical demanding work tasks. Appl Ergon 2001;32: 425-431.

39 De Zwart BCH, Frings-Dresen MHW, van Dirk FJH. Physical work load and the aging worker: review of the literature. Int Arch Occup Environm Health 1996; 68:1-12.

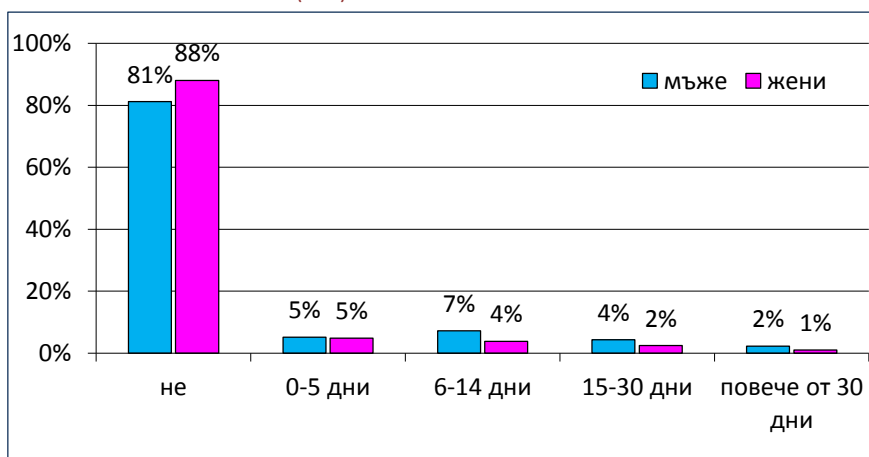
35, 36-45 и 56-65 години са ползвали болничен лист предимно до 5 дни (Фиг. 43). Единствено лицата от възрастовата група 46-55 години болничният лист е с по-голяма продължителност – от 6 до 14 дни.

Фигура 41 - РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА АНКЕТИРАНИТЕ ЛИЦА С АХ СПОРЕД ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТТА НА ВРЕМЕННАТА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ ПО ПОЛ (в %)



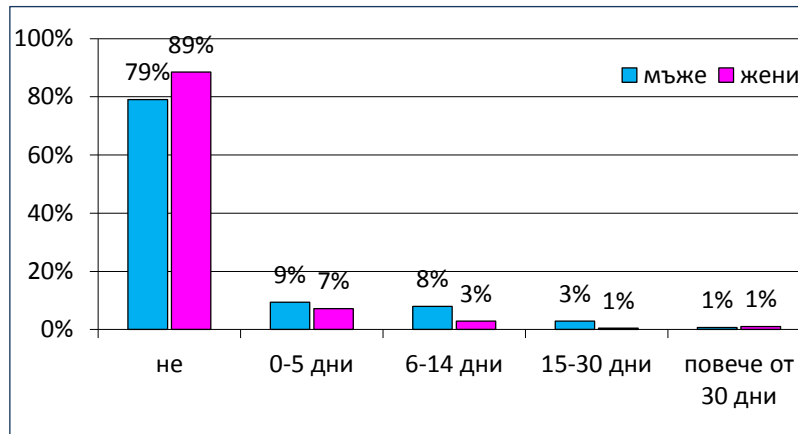
Източник: . анкетно проучване.2020 г.

Фигура 42 - РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА АНКЕТИРАНИТЕ ЛИЦА С ХОББ СПОРЕД ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТТА НА ВРЕМЕННАТА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ ПО ПОЛ (в %)



Източник: . анкетно проучване.2020 г.

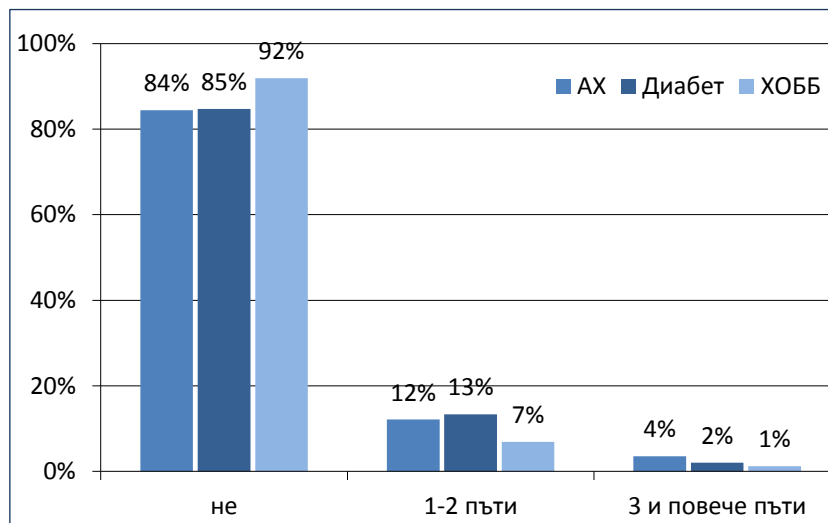
ФИГУРА 43 - РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА АНКЕТИРАНИТЕ ЛИЦА С ДИАБЕТ СПОРЕД ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТТА НА ВРЕМЕННАТА НЕРАБОТОСПОСОБНОСТ ПО ПОЛ (в %)



Източник: . анкетно проучване.2020 г.

Подобна тенденция се наблюдава и по отношение на проведено болнично лечение през последната година (само 15.6% от лицата с артериална хипертония; 15.3% с диабет и 8.1% с ХОББ съобщават за хоспитализации по повод тези заболявания). Най-често са били хоспитализирани 1-2 пъти годишно. С възрастта, макар и незначително, се увеличава необходимостта от болнично лечение (с изключение на лицата с диабет). Различията по пол не са съществени (Фиг. 44).

ФИГУРА 44 - РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА ЛИЦАТА ПО ЗАБОЛЯВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТ ОТ БРОЙ ХОСПИТАЛИЗАЦИИ (в %)



Източник: анкетно проучване.2020 г.

..

Решение на ТЕЛК по повод на артериална хипертония имат 15.8% от лицата, 17.9% с диабет и 11.0% с ХОББ. С възрастта, макар и незначително, се увеличават лицата с ТЕЛК (с изключение на тези с диабет).

7.3. ДАННИ ЗА РАБОТНАТА СРЕДА

Стандартното работно време (5-дневна работна седмица, 8-часов работен ден, редовни почивни дни и малко или никаква работа в нестандартни работни часове) доминира сред работещото население и продължава да бъде предпочитана форма на организация на труда поради положителния ефект върху баланса между работното и свободното време, качеството на живота и състоянието на здравето и работоспособността на работещите⁴⁰.

Сменната и нощна работа е призната като рисков фактор и се определя от Международната организация на труда като "физиологична и ергономична опасност". Сменната и нощна работа може да повиши риска от стомашно-чревни, сърдечносъдови и метаболитни заболявания, диабет, нарушения в репродуктивната система, психични проблеми, инциденти и трудови злополуки, по-голямо текучество, повишена заболяемост, нарушена социална адаптация на индивида.

Според вида на фирмата/организацията проучването установява, че повече от половината от анкетиранията лица (53.7%) работят в частна фирма/организация, в държавна фирма/организация работят 40.2% от тях и самонаемащи се са 6.1%.

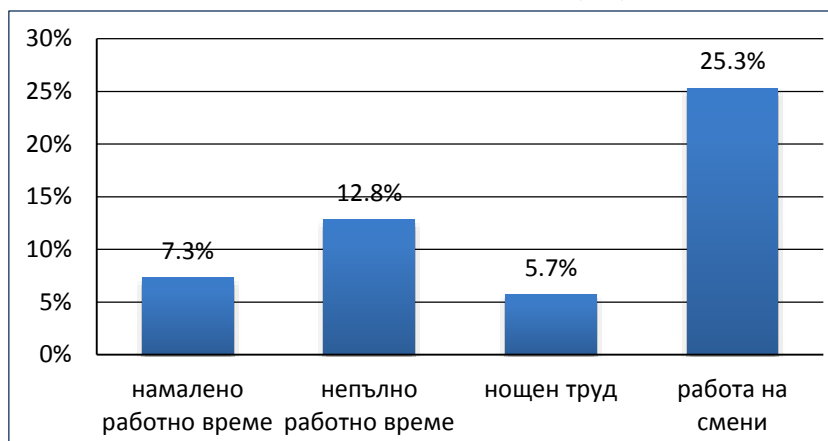
Лек физически труд упражняват 24.2%, средно тежък физически труд – 27% и тежък физически труд – 6.9%. Упражняващите умствен труд представляват 41.9% от всички изследвани. Не се наблюдават съществени различия по вид упражняван труд за лицата с хипертония, ХОББ и диабет.

На нормално работно време (8 часа 5 дни в седмицата) работят близо 2/3 от анкетиранията (64.8%). С най-нисък относителен дял са лицата с ХОББ (37.9%) при 68% за тези с хипертония и 63.6% за тези с диабет ($P < 0.01$). На намалено работно време поради специфични условия и рискове за живота и здравето са само 7.3% от анкетиранията (6.6% от лицата с хипертония, 16.9% от тези с ХОББ и 6.7% – с диабет).

На непълно работно време (по-малко от 8 часа работен ден по трудов договор) работят 12.8%. Близо 3 пъти е по-висок делът на работещите с ХОББ на непълно работно време, в сравнение с тези с хипертония и диабет (съответно 10.5% и 11.2% – $P < 0.01$). Нощен труд упражняват само 5.7%, а на смени работят ¼ от анкетиранията (25.3%). Не се наблюдават различия между лицата с трите вида заболявания (Фиг.45).

⁴⁰ Минчева, Л., К.Вангелова. Сменна и нощна работа – трудовомедицински проблеми и решения. Ръководство. МТСП, Фонд „Условия на труд”. С., 2007.

ФИГУРА 45 - Относителен дял на анкетираните при специфични условия (в %)



Източник: анкетно проучване. 2020 г.

Данните от няколко големи проучвания в скандинавските страни (Akerstedt Boggild and Knutsson, 1999; Knutsson, 2003)^{41 42} показват увеличение на сърдечно-съдовия риск с 40% при работещи на сменен нощен режим (Boggild and Knutsson, 1999)⁴³. Проучване на лица с прекаран инфаркт на сърцето установява, че достоверно по-голяма част от тях са били сменни работници. Промяната на посоката на ротация на смените напред (например сутрешна —» следобедна—» нощна) може значително да понижи нивото на някои сърдечно-съдови рискови фактори – триглицериди, кръвна захар, екскреция на катехоламини в урина и др. Най-висок релативен риск от сърдечно-съдови заболявания е установен при сменните работници, особено при онези от тях, преминали към дневна работа по здравословни причини.

За по-висок риск от сърдечно-съдови заболявания допринасят и редица метаболитни отклонения, които определено са по-чести при работещите на сменен нощен режим. Така например няколко проучвания установяват по-високи стойности на серумен холестерол, триглицериди и кръвна захар при работещи сменна нощна работа (Hampton et al., 1996; Ribeiro et al., 1998)^{44 45}.

Редица проучвания сочат по-висока честота на диабет и метаболитни заболявания при сменни работници. Nagaya et al, 2002⁴⁶ установяват по-висока честота на инсулинова резистентност при възрастни сменни работници (над 50 г.) в сравнение със съответна възрастова група дневни работници.

⁴¹ Akerstedt T. Work hours, sleepiness and underlying mechanisms. J. Sleep Res. 1995;4 Suppl.2: 15-22.

⁴² Boggild H., Knutsson A. Shiftwork, risk factors and cardiovascular disease. Scand. J. Work Environ. Health 1999; 25: 85-99.

⁴³ Knutsson A. Health disorders of shift workers. Occup. Med. 2003; 53:103-108.

⁴⁴ Hampton S.M., Morgan L.G., Lawrence N., Anastassiadou T., Norris F., Arendt J. Postprandial hormone and metabolic responses in simulated shiftwork. J. Endocrinol. 1996;151:305-310.

⁴⁵ Ribeiro D.C.O., Hampton S.M., Morgan L., Deacon S. Altered postprandial hormone and metabolic responses in simulated shiftwork environment. J. Endocrinol. 1998; 158: 305-310.

⁴⁶ Nagaya T, Yoshida H, Takahashi H., Kawai M. Markers of insulin resistance in day and shift workers aged 30-59 years. Intern. Arch. Occup. Environ. Health 2002; 75: 562- 568.

Проведено у нас Национално изследване на условията на труд в България по проект „Превенция за безопасност и здраве при работа“⁴⁷ не установява значима възрастова разлика в експозицията на рискове на работното място и организацията на труда. Младите работещи декларират, че са изложени по-често на физични рискове на работната среда и някои специфични ергономични фактори, като стоене прав или вървене, но разликите не са значими.

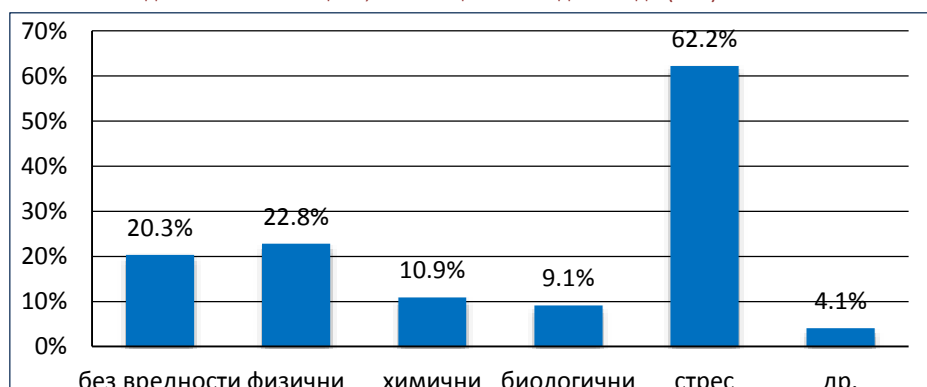
За разлика от проучването на ЕС, проведеното у нас изследване не установява специфика в експозицията на рискове на работното място и организацията на труда при застаряващите работещи. Изследването, обаче, установява наличието на възрастова дискриминация, оценена на 2% общо за страната.

Най-често на дискриминация са подложени работещите на възраст над 51 години (3.9%), следват младите работещи (до 30-годишна възраст – 2.9%, спрямо 1% за възрастовата група от 31 до 50 години.

Застаряващите работещи са с по-малка толерантност към физичните фактори на работната среда като шум, прегряващ микроклимат, налягане и др. Редица фактори, свързани с организацията на труда, като темп на работа, работни часове, съдържание на трудовата задача, са важни за опазване здравето на всички работещи, но с по-голяма тежест на застаряващите работещи и тези с хронични заболявания, поради което те се нуждаят от повече внимание при оценка и управление на риска за здравето при работа.

Настоящото изследване установява, че близо 80.0% от анкетираните работят в трудова среда с наличие на вредности. Най-висок е относителният дял на анкетираните, работещи при психични вредности (стрес) – 62.2%, следват работещите при физични вредности (Фиг. 46). Според анкетираните делът на работещите с ХОББ в условия на стрес (74.6%) е съществено по-висок в сравнение с лицата с хипертония (61.1%) и диабет (65.4%) – $P < 0.05$.

ФИГУРА 46 - Относителен дял на анкетиращите, работещи във вредна среда (в %)



Източник: анкетно проучване.2020 г.

⁴⁷ Доклад Национално изследване на условията на труд в България по проект VC051P0001 „Превенция за безопасност и здраве при работа“. Обединение национално изследване на условията на труд, 2011 г. София <http://www.bilsp.org/index.php?t=186>

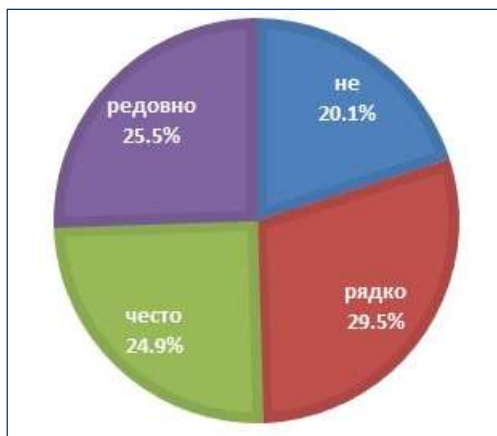
За адаптацията към натоварването при работа от особено значение е работещите да могат да регулират работата си относно: почивките по време на работа; възможността за промяна на реда на извършваните дейности; възможността за промяна на методите на работа; регулиране на скоростта на труда и др.

При промоция на здравето при работа е необходим нов подход за устойчива промяна на начина на живот на работещите. Една част от работещите се стремят да живеят здравословно, повишават физическата си активност, спират тютюнопушенето и се стремят да се хранят здравословно, но друга част пренебрегват препоръките за здравословен живот.

Застаряващите работещи са по-чувствителни към микроклимата на работната среда, особено към високите температури⁴⁸. Предполага се че толерантността към горещина се понижава поради свързаните с възрастта промени в сърдечно-съдовата система⁴⁹. Един друг проблем е, че с възрастта се увеличават сърдечно-съдовите заболявания, което допълнително затруднява адаптацията при работа в условията на високи температури. Освен лицата със сърдечно-съдови заболявания особено чувствителни към микроклимата са индивидите с диабет тип 2, които по-трудно се адаптират към промени в температурата.

От изключителна важност за здравето е спазването на регламентираните в Кодекса на труда почивки. Почти по равно се разпределят анкетираните лица, които не спазват почивките, рядко, често или редовно ги спазват. Лицата с хипертония по-рядко спазват регламентираните почивки в сравнение с тези с диабет (съответно 20.6% и 36.0%) – Фиг. 47.

ФИГУРА 47 - РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА АНКЕТИРАНИТЕ В ЗАВИСИМОСТ ОТ СПАЗВАНЕ НА РЕГЛАМЕНТИРАНИТЕ ПОЧИВКИ (в %)



Източник: . анкетно проучване.2020 г.

⁴⁸ Ilmarinen I. XXIXth International Symposium of the ISSA Construction Section on occupational Health in Construction Industry. Brussels 23-25 November 2009.

⁴⁹ Shephard RJ. Age and physical work capacity. Exp Aging Res 1999; 25: 331-343.

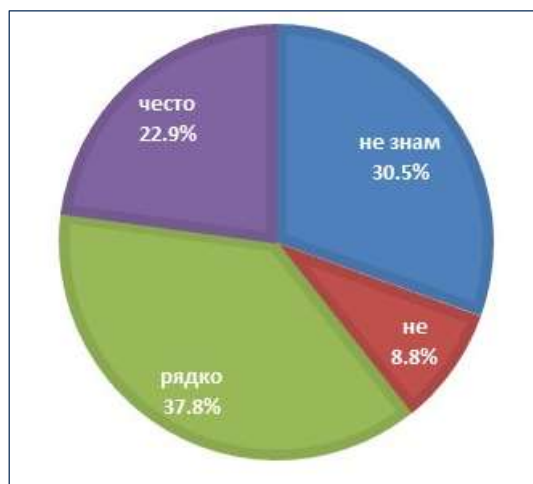
Установява се статистически значима разлика между работещите в държавна и частна фирма/организация по отношение на редовното спазване на почивките – съответно 34.4% и 19.5% ($P < 0.01$). Или работещите в държавна фирма/организация по-често, редовно спазват регламентиранияте почивки в сравнение с частните фирми/организации.

За болшинството анкетираните (93.8%) не е осигурено диетично хранене. Само 7.4% от изследваните, работещи в частна фирма/организация посочват, че е осигурено диетично хранене, съобразено с тяхното заболяване, при 5.5% за работещите в държавна фирма/организация, като различието не е съществено. Повече от 1/3 от анкетираните (38.5%) съобщават за конфликти на работното място с началници, колеги или външни лица.

Обезпокоителен е фактът, че близо 2/3 от анкетираните (64.1%) не знаят или считат, че няма във фирмата/организацията Комитет/група по условията на труд. Това показва, че липсва информираност на работещите от страна на работодателите. Налице е съществено различие между работещите в различните фирми/организации, които съобщават за създаден Комитет/група по условията на труд – съответно 47.3% за работещите в държавна фирма/организация, 32.0% – в частна фирма/организация и 5.6% – самонаемащи се ($P < 0.01$).

Рядко или често се проверяват работните места от фирмата/организацията за съответствие с изискванията за безопасност при работа според 60.7% от анкетираните, не се проверяват според 8.0%, 30.5% не знаят дали се проверяват, което е задължение на работодателите и означава, че лицата или не са информирани, или действително работните места не се проверяват (Фиг. 48).

ФИГУРА 48 - РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА АНКЕТИРАНИТЕ В ЗАВИСИМОСТ ОТ ПРОВЕРКАТА НА РАБОТНИТЕ МЕСТА ЗА БЕЗОПАСНИ И ЗДРАВΟΣЛОВНИ УСЛОВИЯ НА ТРУД (В %)



Източник: анкетно проучване.2020 г.

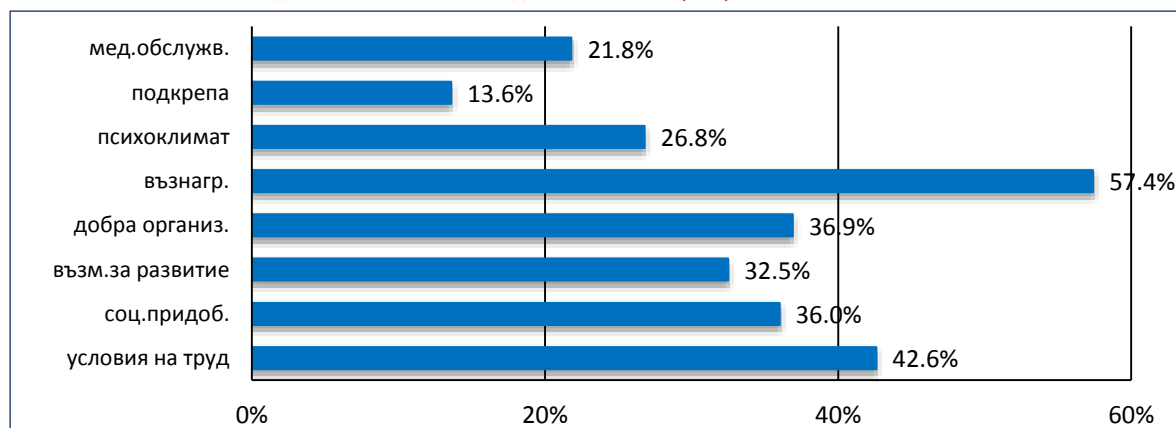
В същото време болшинството анкетираните сочат, че им е проведено обучение за безопасни и здравословни условия на труд. Не е нисък делът на тези, на които не е проведено това задължително обучение – 14.2%.

Ефективната промоция на здравето е свързана с по-високи нива на удовлетворение от труда и мотивацията, добра атмосфера на работното място и по-висока работоспособност. Работоспособността се запазва висока с напредване на възрастта, когато успоредно с промоцията на здравето се предприемат ергономични мерки за оптимизиране на работните места и организацията на труда, провежда се обучение за повишаване на квалификацията на работещите .

Необходимо е контролът на риска да включва: подобряване на условията на труд, организация на работното място, работното време, регламентираните почивки и др., които са важни за всички работещи, но особено за застаряващите и тези с хронични заболявания.

Ранжирането на елементите на работната среда по значимост за здравето показва, че водещо значение според анкетираните има адекватното възнаграждение (57.4%); следват здравословните и безопасни условия на труд (42.6%); социалните придобивки и добрата организация на работа и др. (Фиг. 49). Осигуреното медицинско обслужване на фирмата/организацията има значение само за 21.8% от лицата. В същото време 69.1% от анкетираните са категорични, че има необходимост от такова обслужване.

ФИГУРА 49 - ЗНАЧИМИ ЗА ЗДРАВЕТО ФАКТОРИ СПОРЕД АНКЕТИРАНИТЕ (в %)



Източник: . анкетно проучване.2020 г.

От изключително важно значение за лицата с хронични заболявания са предприетите мерки за подпомагането им за връщане на работа след дълго отсъствие поради болест. Такива мерки се предприемат само според 28.7% от анкетираните.

Дейността на работодателя, насочена към безопасността и здравето при работа се определя като „по-скоро висока“ от 37.4% от анкетираните, като „по-скоро ниска“ – от 28.0%, „много висока“ – 8.7%, „много ниска“ – 6.9%. Много висок е относителният дял на лицата, които не могат да оценят дейността на работодателя – всеки 5-ти (19.0%). От всички анкетираните, работещи в държавна фирма/организация 53.8% дават „много висока“ и „по-скоро висока“ оценка, при 41.7% за работещите в частна фирма/организация (P<0.05).

Като обобщен показател за оценката на работещите, удовлетвореността на работещите от условията на труд и фирмата/организацията, в която работят, се определя като разлика между очакванията им и възможностите на фирмите/организациите и работодателите да отговорят на тях. Резултатите от проучването показват, че половината от анкетираните са удовлетворени от условията на труд предвид здравното им състояние – 8.8% са много удовлетворени и 42.8% – удовлетворени. Висок е делът на лицата, определящи удовлетвореността си като „по-скоро ниска“ – 43.4% и „много ниска“ (5.0%). Не се наблюдава съществено различие между работещите в различните видове фирми/организации и видове заболявания. При така посочената удовлетвореност 62.9% от анкетираните биха останали на работа в същата фирма/организация, при същите условия на труд независимо от здравното им състояние и вида на заболяването, както и 71.5% от работещите в държавна фирма и 59.5% – в частна фирма ($P < 0.05$).

7.4. ИЗВОДИ

- Анкетираните са 350 лица (40.3% мъже и 59.7% жени). Най-висок е делът на лицата от възрастовите групи 46-55 и 56-65 години – общо 64.6%. Не се установява статистически значима разлика по пол.
- Повече от половината изследвани (53.9%) са с висше образование, 37.5% – със средно образование.
- Най-висок е делът на анкетираните от сферата на здравеопазването (20.1%), следват работещите в търговията (18.3%), държавна администрация (13.2%) и строителство (11.1%).
- Повече от 3/4 от изследваните са преминали на профилактичен преглед при ОПЛ през последната година, без статистически значима разлика по пол. Съществено по-нисък е делът на преминалите на профилактичен преглед по месторабота – по-малко от ¼ от анкетираните.
- Болшинството от анкетираните оценяват здравето си като „добро“ и „задоволително“. Като „много добро“ определят здравето си само 6.2%.
- С артериална хипертония са 2/3, с диабет – 1/3, с ХОББ – 18.2%. Сумата от процентите е по-голяма от 100, тъй като някои лица са с две заболявания.
- Повече от ¾ от анкетираните не са диспансеризирани по повод на посочените заболявания, без съществено различие по пол. В същото време 80.3% от лицата приемат лекарства за тези заболявания.
- По-голямата част от анкетираните не са ползвали болничен лист за временна неработоспособност през последната година (72.3% от тези с артериална хипертония; 84.7% с диабет и 85.3% с ХОББ). Само 15.6% от лицата с артериална хипертония; 15.3% с диабет и 8.1% с ХОББ съобщават за хоспитализации по повод тези заболявания). Решение

на ТЕЛК по повод на артериална хипертония имат 15.8% от лицата, 17.9% с диабет и 11.0% с ХОББ.

- В частна фирма/организация работят повече от половината от анкетираните лица, в държавна фирма/организация – 40.2%, самонаемащи се – 6.1%. Лек физически труд упражняват 24.2%, средно тежък – 27% и тежък – 6.9%. Упражняващите умствен труд представляват 41.9% от всички изследвани.
- На нормално работно време работят близо 2/3 от анкетираните, на намалено – 7.3%, на непълно работно време – 12.8%; нощен труд – 5.7%, на смени 25.3%.
- В трудова среда с наличие на вредности работят 80.0% от анкетираните. Най-висок е относителният дял на лицата, работещи при психични вредности (стрес) – 62.2%.
- Работещите в държавна фирма/организация по-често редовно спазват регламентирания почивки в сравнение с частните фирми/организации. За болшинството анкетираните не е осигурено диетично хранене.
- Повече от 1/3 от анкетираните съобщават за конфликти на работното място с началници, колеги или външни лица.
- Близо 2/3 от изследваните не знаят или считат, че няма във фирмата/организацията Комитет/група по условията на труд. Налице е съществено различие между работещите в различните фирми/организации. Рядко или често се проверяват работните места според 60.7% от анкетираните. На болшинството наблюдавани е проведено обучение за безопасни и здравословни условия на труд.
- Водещо значение за здравето според анкетираните има адекватното възнаграждение, следват здравословните и безопасни условия на труд, социалните придобивки и добрата организация на работа.
- Осигуреното медицинско обслужване на фирмата/организацията има значение само за 21.8% от лицата. В същото време 69.1% от анкетираните са категорични, че има необходимост от такова обслужване.
- Мерки за подпомагане на лицата с хронични заболявания за връщането им на работа след дълго отсъствие поради болест се предприемат само според 28.7% от анкетираните.
- Дейността на работодателя, насочена към безопасността и здравето при работа се определя като „по-скоро висока“ от 37.4% от анкетираните, „по-скоро ниска“ – от 28.0%, „много висока“ – 8.7%; „много ниска“ – 6.9%.
- Половината от анкетираните са удовлетворени от условията на труд предвид здравното им състояние – 8.8% са много удовлетворени и 42.8% – удовлетворени. В същото време 62.9% от анкетираните биха останали на работа в същата фирма/организация, при същите условия на труд независимо от здравното им състояние.

Раздел 8. НАЦИОНАЛНА ПОЛИТИКА ПО БЕЗОПАСНОСТ И ЗДРАВЕ ПРИ РАБОТА

8.1. ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА БЕЗОПАСНОСТ И ЗДРАВЕ ПРИ РАБОТА

1. Превенция на професионалните рискове – мерки, които се предприемат или планират на всички етапи на работа в предприятието, за предотвратяване, ограничаване и/или отстраняване на професионалните рискове.

2. Водеща отговорност на работодателя – регламентирана в Директива 89/391/ ЕИО и уредена с разпоредбите на нашия Закон за здравословни и безопасни условия на труд.

3. Йерархия на мерките за безопасност и здраве при работа – най-високо ниво на безопасност и здраве на работните места се постига, когато е възможно да се прилагат такива мерки или методи, че да се избегнат или отстранят всички опасности, пораздащи рискове.

4. Информирание и обучение на работещите и консултиране с тях – Консултирането с работещите и важна стъпка към социален диалог, целящ повишаването на безопасността и здравето при работа. Необходимо е да се постигне култура за безопасност на персонала, като съвкупност от приложени високоефективни мерки за безопасност и здраве, висока квалификация и изградено осъзнато поведение на работещите да спазват правилата и изискванията за безопасност.

5. Отговорност на работещите – всеки работещ е длъжен да се грижи за своето здраве и безопасност, както и за това на лицата, работещи с него.

6. Осигуряване трудово-медицинско обслужване на работещите – работодателите трябва да осигуряват обслужване на работещите от регистрирани служби по трудова медицина. В страната има регистрирани над 600 служби по трудова медицина.

7. Изграждане на ефективна система за контрол на безопасността и здравето при работа – от органи, посочени в съответните закони. Контрол трябва да извършва и от работодателя и органа по безопасност и здраве при работа.

8. Интегриране на мерките за безопасност и здраве с дейностите за предотвратяване на промишлени аварии, за опазване на околната среда и за повишаване качеството на продукцията

9. Управление на безопасността и здравето при работа – като най-успешни системи за управление на безопасността и здравето при работа се смятат:

- BS OHSAS 18001:2007 „Системи за управление на здравето и безопасността при работа – Изисквания“ и BS OHSAS 18002:2008 „Системи за управление на здравето и безопасността при работа – Указания за внедряването на OHSAS 18001“;

- Ръководни принципи относно управлението на безопасността и здравето при работа (ILO-OSH 2001).
- От 2018 г. започва да се прилага международният стандарт ISO 45001-2018; въведен и като български стандарт – БДС ISO 45001-2018 „Системи за управлението на здравето и безопасността при работа. Изисквания с указания за прилагане“.

10. Научно обслужване на дейността по безопасност и здраве при работа – този проблем не е решен засега в България. Необходима е учебно-методическа литература, актуализиране на учебните програми с оглед придобиване на необходимите познания по безопасност и здраве при работа, разпространение на добри европейски практики.

8.2. ПОЛИТИКАТА НА Р БЪЛГАРИЯ В ОБЛАСТТА НА БЕЗОПАСНОСТТА И ЗДРАВЕТО ПРИ РАБОТА

Социалната политика на България в това направление е съобразена с тази на ЕС и е насочена към:⁵⁰

- Широкообхватен подход за насърчаване осигуряването на “благосъстояние при работа;
- Повишаване на културата за предпазване на работещите и по-нататъшно развитие на системата за превенция, чрез: усъвършенстване на законодателството, обучението и образованието, социалния диалог, общата социална отговорност, икономическите инициативи, партньорството между всички участници в труда;
- Развитие на конкурентоспособността на работодателите за провеждане на целенасочена социална политика и качество на дейността за безопасност и здраве при работа;
- Насърчаване и популяризиране на добри практики за подобряване качеството, производителността на работата, здравословните и безопасни условия на труд;
- Осъществяване на ефективен интегриран контрол по спазване на трудовото законодателство;
- Обучение в областта на безопасните и здравословни условия на труд;
- Разширяване на инфраструктурата от служби за консултиране и подпомагане на работодателя.

Развитието на дейността за безопасност и здраве при работа следва основните насоки и принципи на европейското и международното право за превенция на професионалните рискове.

⁵⁰ Здравословни и безопасни условия на труд | част. Програма ЗБУТ за обучение на работодатели и ръководен персонал и фирми по проблемите на осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд, съгласно действащото законодателство в Р България. БСК, МТСП, С., 2019, 116 с.

Политиката на Европейския съюз е съобразена с:

- Лисабонската стратегия за взаимодействието между политиките за постигане на икономически растеж, създаване на качествени работни места, модернизиране на социалната закрила и насърчаване на устойчивото развитие;
- Европейската стратегия за безопасност и здраве при работа, която поставя акцент върху насърчаване към осигуряване на “благосъстояние при работа”;
- Глобалната стратегия на МОТ, която поставя знака на равенство между достойния труд и безопасния труд.

8.3. НАЦИОНАЛНИ СТРАТЕГИИ И ПРОГРАМИ ПО БЕЗОПАСНОСТ И ЗДРАВЕ ПРИ РАБОТА

В съответствие със Стратегическата рамка на Европейския съюз за здравословни и безопасни условия на труд за периода 2014-2020 година и Съобщението на Комисията (COM (2017) 12 final) „По-безопасен и по-здравословен труд за всички – модернизиране на законодателството и политиките в областта на безопасността и здравето при работа” Министерският съвет, с Решение № 801 от 22 декември 2017 г., приема Национална програма за безопасност и здраве при работа 2018-2020 г. (НПБЗР 2018-2020 г.). Тя е стратегически документ, който определя приоритетите за осигуряване на безопасни и здравословни условия на труд.

Мерките и инициативите, предвиждани в НПБЗР 2018-2020 г., целят да намалят честотата на трудовите злополуките и на свързаните с работата заболявания, което ще доведе и до намаляване на социално-икономическите разходи.

Стратегическа цел на Националната програма по безопасност и здраве при работа 2018-2020 г. е подобряване на здравословните и безопасни условия на труд на всеки работещ и на всяко работно място.

За постигане на тази цел на програмата се реализират мерки в три приоритетни области:

Приоритетна област 1: Подобряване на прилагането на законодателството в областта на безопасните и здравословни условия на труд. Налагането и единното прилагане на законодателството е сред най-важните предизвикателства на политиката в областта на БЗР.

Приоритетна област 2: Превенция на професионалните рискове, в т.ч. и на новите и увеличаващи значението си рискове на работното място. Ефективното предотвратяване на свързани с работата заболявания изисква да се предвиждат потенциалните отрицателни ефекти върху здравето и безопасността на работниците на: експозицията на химични агенти; новите технологии; използваните нови продукти и процеси (наноматериалите); развитието на биотехнологиите и „зелените“ технологии; промените в организацията на работата в резултат на развитието на информационните технологии (гъвквите и интерактивни работни процеси);

новите нетипични договорни споразумения и модели на работа; стреса на работното място; ергономичните рискове и др.

Приоритетна област 3: Превенция на свързаните с работата заболявания и трудовите злополуки. Със Закона за здравословни и безопасни условия на труд е осигурена възможност за реализиране на програми за диагностика на професионалните болести. Необходими са мерки за подходящо медицинско наблюдение, реинтеграция и рехабилитация, които да позволяват по-бързото връщане на работа след злополука или заболяване, за да се избегне изключването на работници от пазара на труда за продължителен период от време.

В рамките на определените приоритетни области, чрез НПБЗР 2018-2020 г. ще се реализират мерките, предвидени в разработените нормативни актове.

8.4. НАЦИОНАЛНО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО ПО БЕЗОПАСНОСТ И ЗДРАВЕ ПРИ РАБОТА

Конституция на Република България – върховният закон в държавата, който урежда цялостно обществените отношения и държавното устройство на страната. Осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд е конституционно право на работниците и служителите в България, определено в член 48, ал. 5 на Конституцията на Република България – работниците и служителите имат право на здравословни и безопасни условия на труд при условия и по ред, определени със закон.

Закон за здравословни и безопасни условия на труд (ЗЗБУТ) – поставя основата на новото законодателство. Обнародван е през м.декември 1997 г. С този закон и с поредицата от над 20 подзаконовни нормативни акта стартира реформата в областта на безопасността и здравето при работа. Той осигурява взаимното обвързване на правата, задълженията и отговорностите на страните в трудовия процес в съответствие с изискванията на Рамковата директива 89/391/ЕИО. Заедно с обновения Кодекс на труда и Кодекса за социално осигуряване се създава основата на новото законодателство за осигуряване на безопасност и здраве при работа. По смисъла на закона здравословни и безопасни условия на труд са такива условия на труд, които не водят до професионални заболявания и злополуки при работа и създават предпоставка за пълно физическо, психическо и социално благополучие на работещите лица.

ЗЗБУТ въвежда общи принципи за осигуряване на безопасността и здравето на работещите:

- превенция на професионалните рискове;
- защита на безопасността и здравето;
- отстраняване на рисковете и причините за трудовия травматизъм и професионалната заболеваемост;
- информиране, консултации, обучение;
- балансирано участие.

В ЗБУТ са регламентирани изисквания за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд относно: отговорностите и задълженията на работодателя и работещите; процеса на проектирането, строителството, изграждането, реконструкцията, модернизацията, и въвеждането в експлоатация на обектите; работни места; работно оборудване; лични предпазни средства; физиологични режими на труд и почивка; възникване на сериозна и непосредствена опасност за здравето и живота на работещите; органи за безопасност и здраве при работа; обслужване на работещите от регистрирани служби по трудова медицина; учредяване, функции и задачи на Национален съвет по условия на труд и на отраслови, браншови и регионалните съвети по условия на труд; учредяване на комитети/групи по условия на труд в предприятията; организация и управление на дейността на национално ниво; контрол по спазването на закона.

Кодекс на труда – това е другият основополагащ нормативен акт за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд в Република България. Кодексът урежда трудовите отношения между работника или служителя и работодателя, както и други отношения, непосредствено свързани с тях.

Кодексът цели да осигури свободата и закрилата на труда, справедливи и достойни условия на труд, както и осъществяване на социален диалог между държавата, работниците, служителите, работодателите и техните организации за уреждане на трудовите и непосредствено свързаните с тях отношения. Отношенията при предоставянето на работна сила се уреждат само като трудови правоотношения.

Кодексът хармонизира статистиката за трудови злополуки и професионални болести с тази на Европейския съюз. Законът въвежда диференцирани осигурителни вноски за работодателите във фонд „Трудова злополука и професионална болест“ в зависимост от размера на риска за безопасността и здравето на работещите. По този начин работодателите от високорисковите браншове и дейности внасят по-високи осигуровки. Слабост на тази система е невъзможността да се отчитат и стимулират отделните стопански субекти.

Закон за здравето – урежда обществените отношения, свързани с опазване здравето на гражданите в т.ч. и на работещите. Опазването на здравето е национален приоритет.

Закон за интеграция на хората с увреждания – Съгласно чл.24 работодателят, съответно органът по назначаването, е длъжен да пригоди работното място към нуждите на лице с увреждане при неговото наемане или когато увреждането на лицето настъпи след наемането му на работа, освен когато разходите за това са необосновано големи и биха затруднили сериозно работодателя.

Други закони

Отношение към осигуряването на безопасност и здраве при работа имат Закона за опазване на околната среда, Закона за чистотата на атмосферния въздух, Закона за управление на отпадъците, Закона за водите, Закона за защита от шума в околната среда, Закона за пътищата, Закона за автомобилните превози, Закона за железопътния транспорт, Закона за

морските пространства, вътрешните водни пътища и пристанищата на Република България, Закона за гражданското въздухоплаване и др.

Наредби за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд

Наредбите за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд при осъществяването на различните видове трудови дейности са подзаконовни нормативни актове за прилагане на Закона за здравословни и безопасни условия на труд, Кодекса на труда и други закони.

С Наредба № 3 за задължителните предварителни и периодични медицински прегледи на работниците (Приложение 4 към чл. 5, ал. 2) е приложен списък на медицинските противопоказания за постъпване на работа в производства и професии с вредни за здравето условия и фактори

С Наредба № 7 за минималните изисквания за здравословни и безопасни условия на труд на работните места и при използването на работното оборудване, са въведени общите изисквания за безопасност и здраве, произтичащи от директиви на Европейския съюз.

Правилници по безопасност на труда

От 1967 до 1996 год. са публикувани над 110 правилника по безопасност на труда, издавани от съответните министерства и ведомства на основание Кодекса на труда.

Преобладаващата част от правилниците по безопасност на труда са остарели и непригодни за днешните реалности в икономиката както по отношение на нейната собственост и управление, така и по отношение на новото оборудване и обхвата на видовете трудови дейности. Въпреки това голяма част от конкретните правила и изисквания за осигуряване на безопасност и здраве са актуални.

Длъжностна характеристика, предоставяна на работника/служителя при сключване на трудовия договор (чл. 127 на КТ) – дава изисквания за неговото конкретно и специфично участие (задължения и отговорности) в трудовия процес.

Правила/Инструкции за безопасност и здраве се разработват от предприятието за конкретни дейности, основават се в повечето случаи на разпоредби на нормативни актове, обвързват се с оценката на риска и се използват при инструктажите за безопасност и здраве при работа. Работодателят предоставя на работещите съответна информация и когато е необходимо, писмени инструкции.

8.5. ИНСТИТУЦИОНАЛЕН КАПАЦИТЕТ НА СИСТЕМАТА ПО БЕЗОПАСНОСТ И ЗДРАВЕ ПРИ РАБОТА

Министерският съвет определя и провежда политиката за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд.

----- www.eufunds.bg -----

Министърът на труда и социалната политика разработва, координира и провежда държавната политика в областта на осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд.

Изпълнителна агенция «Главна инспекция по труда» осъществява: цялостен контрол за спазване на трудовото законодателство във всички отрасли и дейности; специализирана контролна дейност по спазването на законодателството, свързано с изпълнението на държавната служба, и на правата и задълженията на страните по служебното правоотношение.

Министърът на здравеопазването ръководи и координира дейността по опазване и укрепване на здравето при работа.

Институции в системата на МЗ: Регионални здравни инспекции (РЗИ), Националният център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА), Национален център по радиобиология и радиационна защита (НЦРПЗ).

Други министерства с функции в областта по безопасност и здраве при работа: Министерство на регионалното развитие и благоустройството, Министерство на икономиката, Министерство на енергетиката, Министерство на транспорта, информационните технологии и съобщенията, Министерство на вътрешните работи и др.

Други специализирани органи и институции по контрол и надзор – Държавна агенция за метрологичен и технически надзор (ДАМТН), Дирекция за национален строителен контрол (ДИСК), Главна дирекция „Пожарна безопасност и защита на населението“ (ГДПБЗН) и др.

Национален осигурителен институт отговаря за: контрол по спазване на осигурителното законодателство във връзка с възложените му дейности; плащане на пенсиите, обезщетенията и помощите при трудови злополуки и професионални болести; създаване и поддържане на информационна система за трудовите злополуки и професионалните болести, съответстващи на Европейската статистическа система за трудови злополуки и на Европейската статистическа система за професионални болести; създаване и поддържане на електронен регистър на болничните листове и решенията по обжалването им; откриване на досие за всяка трудова злополука или професионална болест; разследване на трудовите злополуки; издаване на разпореждане за приемане или за неприемане на злополука за трудова; извършване на проучване за професионална болест, когато практикуващите лекари и лекари по дентална медицина при съмнение за професионална болест изпращат бързо известие.

Териториални експертни лекарски комисии и Национална експертна лекарска комисия – потвърждават или отхвърлят професионалния характер на болестта. Решенията си отразяват в експертно решение.

Структури на тристранното сътрудничество: Политиката за осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд се определя и осъществява след съгласуване в рамките на постоянни или временни структури на тристранното сътрудничество на национално, отраслово и регионално равнище.

Национален съвет по условия на труд (НСУТ) – постоянен орган за осъществяване на координация, консултации и сътрудничество при разработването и осъществяването на политиката за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд на национално равнище. НСУТ работи на обществени начала и се състои от представители на Министерския съвет, Националния осигурителен институт и на национално представителните организации на работодателите и на работещите.

Националният съвет по условия на труд: обсъжда състоянието на условията на труд и дейността за инспектиране на труда и предлага мерки за подобряването им; обсъжда Национална програма за безопасност и здраве при работа и отчет за изпълнението ѝ; обсъжда и изразява становища по проекти на нормативни актове в областта на условията на труд и инспектирането на труда и прави предложения за изменението им; взема решения за създаване на отрасли и браншови структури за тристранно сътрудничество по условията на труд; създава помощни органи към Съвета за решаване на специфични въпроси; координира дейността на органите, на които е възложено упражняването на контрол в областта на условията на труд; проучва и популяризира наш и чужд опит, организира национални конкурси, семинари, акции и други форми за стимулиране на дейността; приема програми за проучване и разработване на проекти за решаване на проблемите по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд, финансирани от фонд "Условия на труд"; взема решения за извършване на съвместни проверки по реда на Закона за инспектиране на труда.

Отрасловите и браншовите съвети по условия на труд: анализират състоянието на дейността по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд в съответния отрасъл; организират разработването и обсъждат проекти на правила и изисквания за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд, специфични за съответния отрасъл; проучват и популяризират опита, организират конкурси, семинари, акции и други; организират и провеждат обучение по правила, норми и методи, осигуряващи здравословни и безопасни условия на труд, на работодателя, на длъжностни лица и на представителите на работещите.

Регионалните съвети по условия на труд: приемат регионални програми за проучване и разработване на проекти за оптимизиране на условията на труд и ги представят на фонд "Условия на труд" за финансиране; обсъждат състоянието на дейността по осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд в региона или в отделни предприятия; координират дейността на териториалните органи по контрола на условията на труд; оказват съдействие на комитетите и групите по условия на труд за решаване на конкретни проблеми.

Комитетите/групите по условията на труд осъществяват социалния диалог в предприятията.

Фонд „Условия на труд“ – подпомага дейностите за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд; осигурява средства за обучение на работодатели, членове на синдикати, членове на комитети и групи по условия на труд и специалисти по безопасност и здраве при работа в предприятията; финансира проекти за диагностика на професионалните болести и съфинансира проекти, насочени към решаване на конкретни проблеми за

подобряване на условията на труд; финансира изготвянето, отпечатването и разпространението на учебни и други информационни материали.

Изградена е инфраструктура от звена за оказване на помощ на работодателите при осъществяването на изискванията и задълженията за осигуряване на безопасни и здравословни условия на труд – служби по трудова медицина, лаборатории за измервания на условията на труд, центрове за обучение и консултиране по въпроси на безопасността и здравето при работа.

Служби по трудова медицина. Съгласно чл. 25 от Закона за здравословни и безопасни условия на труд, работодателите осигуряват обслужване на работещите от регистрирани служби по трудова медицина. Службите по трудова медицина са звена с предимно превантивни функции и се създават от работодателите самостоятелно или съвместно с други работодатели. Те консултират и подпомагат работодателите, комитетите и групите по условия на труд в планирането и организирането на дейностите по: осигуряване и поддържане на здравословни и безопасни условия на труд; укрепване на здравето и работоспособността на работещите във връзка с извършваната от тях работа; приспособяване на работата към възможностите на работещия, като се отчита неговото физическо и психическо здраве.

Основните дейности на службите по трудова медицина са (чл. 25а): оказване помощ на работодателите за създаване на организация за безопасност и здраве при работа; оценка на професионалните рискове и анализ на здравното състояние на работещите; предлагане на мерки за отстраняване и намаляване на установения риск; наблюдение на здравното състояние на работещите; обучение на работещи и длъжностни лица по правилата за опазване на здравето и безопасността при работа.

Службата по трудова медицина извършва своята дейност в съответствие с утвърдени с наредба от министъра на здравеопазването и министъра на труда и социалната политика стандарти за качество и изискванията на нормативните актове за осигуряване на здраве и безопасност при работа.

Работодателят е длъжен да се консултира с работещите или с техни представители и организации (чл. 26), като създава възможност те да участват при: обсъждането и приемането на всички мерки, които се отнасят до здравето и безопасността на работещите; определянето на работещи, които ще извършват дейности по осигуряването на здравословни и безопасни условия на труд, първа помощ, борбата с пожарите и евакуацията на работещите; планирането и организацията на обучението на работещите по здравословните и безопасни условия на труд.

Работодателят е длъжен да осигури на всеки работещ, включително на работещите по срочно правоотношение или при условията на временна работа, както и на работещите на смени и полагащите нощен труд, подходящо обучение и инструктаж по безопасност и здраве при работа в съответствие със спецификата на индивидуалното му работно място и на професията при: постъпване на работа; преместване на друга работа или промяна на работата; въвеждане на ново или при промяна на работно оборудване и технология;

Комитетите и групите по условия на труд (чл. 29) обсъждат: всяко тримесечие цялостната дейност по опазване на здравето и осигуряване на безопасността и на работещите и предлагат мерки за подобряването и; резултатите от оценката на професионалния риск и анализите на здравното състояние на работещите, докладите на специализираните служби по трудова медицина и други въпроси по осигуряване и опазване на здравето и безопасността на работещите; планираните промени в технологията, организацията на труда и работните места по отношение на последствията от избора на оборудването, условията на труд и работната среда и предлагат решения за опазване на здравето и осигуряване на безопасността на работещите; извършват проверки по спазване на изискванията за здравословни и безопасни условия на труд; следят състоянието на трудовия травматизъм и професионалната заболяемост; участват в разработването на програми за информиране и обучение на работещите по проблемите на здравословните и безопасни условия на труд.

Представителите в комитетите и групите по условия на труд се обучават задължително по програми, ред и изисквания, определени с наредба на министъра на труда и социалната политика и министъра на здравеопазването. Те имат право: на достъп до наличната информация относно условията на труд, анализите на трудовия травматизъм и професионалната заболяемост, констатациите и предписанията на контролните органи; да изискват от работодателя да предприема необходимите мерки и да правят предложения за отстраняване на опасностите или за временно ограничаване на риска за здравето и безопасността; да се обръщат към контролните органи, ако преценят, че взетите от работодателя мерки не са достатъчни да гарантират здравето и безопасността на работещите; да участват в проверките, извършвани от контролните органи.

Заместник-председателят на комитета по условия на труд и представителят на работещите по безопасност и здраве при работа в групата по условия на труд имат право: на достъп до всички работни места в предприятието или поделението; да се осведомяват пряко от работниците и служителите по всички въпроси в областта на здравето и безопасността; да участват в разследването на трудови злополуки и при установяване на причините за професионални болести; да участват при разработването на проектите на вътрешни правилници и наредби в областта на здравословни и безопасни условия на труд, за което работодателят задължително ги поканва; да изискат от работодателя или от органа по безопасност и здраве в предприятието спиране работата на работното оборудване или да забраняват използването на опасни химични вещества и смеси.

Съгласно чл. 32а, в предприятия с по-малко от 5 работещи работодателят обсъжда с работниците и служителите въпросите в областта на безопасността и здравето при работа, включително при възникване на рискове, които създават непосредствена опасност за здравето, безопасността или живота на работещите.

8.6. СИЛНИ СТРАНИ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ДЕЙНОСТТА ПО БЕЗОПАСНОСТИ ЗДРАВЕ ПРИ РАБОТА

8.6.1. СИЛНИ СТРАНИ

- Изградена е система от норми, конкретни изисквания и задължения за осигуряване на безопасност и здраве при работа. Чрез Закона са въведени изцяло всички изисквания на Рамковата Директива S9/391/ЕЕС.
- Създадена е основа за управление и планиране на дейността за осигуряване на безопасност и здраве при работа на основата на оценката на професионалните рискове.
- Задължително е осигуряването на медицинско наблюдение на работниците и служителите, както и предоставянето на необходимата информация и подходящо обучение, съобразени с характера на извършваната работа и квалификацията на работещите.
- Въведени са основните изисквания на Европейския съюз и Международната организация на труда за създаване на единен държавен контрол.
- Разработена е и функционира система за определяне на диференциран размер на осигурителните вноски за трудова злополука и професионална болест, в зависимост от степента на риска в различните сектори от икономиката.
- Голяма част от съдържащите се в ЗЗБУТ изисквания и принципи за осигуряване на безопасност и здраве при работа реално се прилагат.
- Инспекторите по труда отчитат, че са налице доказателства за общо подобряване дейността по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд в страната.
- Европейските стандарти за безопасност и здраве при работа са не само цел, но и постижение за голям брой предприятия.
- Непрекъснато се увеличава броят на предприятията, които инвестират в безопасни технологии и работно оборудване.
- Натрупан е значителен опит в изготвянето на оценки на риска и това се отразява на качество им; разширява се делът на предприятията, които са реализирали програми за отстраняване и минимизиране на производствения риск.
- В голям брой предприятия са разработени и утвърдени вътрешни нормативни актове – правилници за вътрешния трудов ред, правила и инструкции за безопасна работа, правила за организация на работната заплата, и т.н.
- Значително е разширен кръгът на предприятията, осигурили обслужване на своите работници и служители от служби по трудова медицина.

8.6.2. ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА

- Усъвършенстване на дейността на службите за превенция, промяна на съществуващата система за медицинско наблюдение на работещите.
- Повишаване на капацитета на структурите по осигуряване на безопасни и здравословни условия на труд.
- Развитие на системата за проучване на потребностите на работодателите от работна сила с определена квалификация.
- Преструктурирането, несигурността на работните места и интензификацията на труда се очертават като основните рискови фактори, водещи повишена заболеваемост и смъртност.
- Развитието и въвеждането на нови технологии (информационни и комуникационни) води до обездвижване на работното място и повишен здравен риск за исхемична болест на сърцето, някои видове рак и психологически проблеми като депресия и тревожност.
- Наличието на психо-социални и организационни рискови фактори като висока работна натовареност, кратки срокове за изпълнение, дълго и/или нестандартно работно време (работа на смени, нощен труд), несигурна работа или работа в изолация, които могат да действат поотделно или съчетано, допринася за развитието на някои хронични разстройства и заболявания.
- Увеличаване продължителността на активния трудов живот, младежка заетост, по-голяма роля и участие на жените, работниците-мигранти.
- Повишаване на здравната информираност на работниците по въпросите на здравето и безопасността при работа.
- Промяна в законодателството с включване на текстове, касаещи лица със заболявания.

Мерките за постигане на безопасни и здравословни условия на труд на работниците да бъдат част от системата за управление на качеството.

Раздел 9. НЕ/ВЪЗМОЖНО ВРЪЩАНЕ НА „ПАЗАРА НА ТРУДА“ НА ХОРА С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Твърде много пациенти в ЕС са изправени пред финансови затруднения в резултат на разходи за здравни грижи, водещи до увеличаване на неравнопоставеността в здравеопазването. Пациентите с хронични заболявания и хората, които неформално полагат грижи за тях, се сблъскват със сериозни затруднения с достъпа до и в оставането на работа. Като резултат от това – социалното изключване често води до влошаване на здравето и нарастваща нужда от медицинско обслужване.

Превантивната и трудово-професионалната функции на териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК) в момента са основните лостове за социалната интеграция на хората с увреждания. Проблемът с безработицата на хронично болните е огромен и правата им продължават да бъдат нарушавани, заради ограниченият им достъп до пазара на труда. SWOT-анализите на системата показват, че в действителност те не се осъществяват.

Експертното решение от ТЕЛК съдейства за социализацията на хората с увреждания само в частта инвалидна пенсия, технически помощни средства, чужда помощ. Законът не предвижда трудоустрояването и възстановяването на работоспособността да се осъществява чрез индивидуална рехабилитационна програма, определена в експертното заключение на ТЕЛК. Нейното съставяне съобразно персоналните потребности на лицето с увреждане е в професионалните компетенции на трудотерапевт/ерготерапевт.

Целта е да представи идеята за въвеждане на европейския принцип „интеграция, връщане на пазара на труда“ вместо инвалидна пенсия в български условия. Действията на ТЕЛК следва да са с насоченост към медицинска профилактика, комплексна рехабилитация, преквалификация и връщане на пазара на труда.

9.1. АЛТЕРНАТИВИ НА ТРУДОВОТО УЧАСТИЕ НА ХОРАТА С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ КАТО ПРЕХОД КЪМ СОЦИАЛНА ИНТЕГРАЦИЯ

Хроничните заболявания, които са обект на настоящото проучване представляват един от главните фактори, които допринасят за глобалните и регионални разходи, свързани с инвалидността в системите на здравеопазване.

В последните години основната тенденция в грижите за болните от артериална хипертония, ХОББ и диабет се промени към окуражаване на засегнатите индивиди да живеят и да бъдат активни на пазара на труда. Проблемът с безработицата на хронично болните е огромен и правата им продължават да бъдат нарушавани от ограничения им достъп до пазара на труда. Доказано е, че започването на работа е първична цел на около 75% от хората с хронични заболявания, но начините, по които те разчитат да постигнат тази си цел, са

различни. Начините, които обичайно се практикуват са два: постъпване при намалено работно време или „преходно работно място“.

Целта е по този начин хората с хронични заболявания, да се подготвят за влизане на конкурентния пазар на труда. На практика, обаче, тежко инвалидизираните пациенти по-трудно преминават от переходно работно място към конкурентно, много от тях се задържат на переходната работа.

9.2. ОПИСАНИЕ НА МОДЕЛА “ПРЕХОДНО РАБОТНО МЯСТО”

Моделът “Преходно работно място” се грижи за това да премахне бариерата, която кара хората да не започнат работа. Той позволява осигуряването на възможност хората с хронични заболявания да натрупат опит на множество работни места, да подобрят работните си навици, да преценят способността си да работят на конкурентно работно място.

Моделът включва нормално място на работа, стандартното за страната възнаграждение, работа на половин работен ден, индивидуална или групова работа, също така и временна работа.

Преходните работни места обикновено са на непълно работно време. За работата си човекът получава заплащане, което би получил всеки друг на това работно място – минимално възнаграждение, без отчитане на индивидуалните нива на продуктивност. Минималните заплащания, предлагани при преходното работно място окуражават хората да продължават работното си участие, преодолявайки първоначалните трудности и провали. То ги стимулира да полагат усилия за постигане на позитивни резултати в работата си. Работните места са осигурени от местни работодатели за конкретни неправителствени организации, които се занимават със социално предприемачество и обикновено се финансират по програми на ЕС. За съжаление този вид заетост трае за времето на конкретния проект.

Социалната харта на Европейската Общност, полага многобройни условия на работа, включително гарантирани минимални заплати, приемлива сигурност на работното място, по-кратко работно време и по-добри условия на работа. За съжаление в България съществуват твърде малко правила и се наблюдава относителната неяснота, с която на пациентите с хронични заболявания би се позволило да влязат на пазара на труда. Парадоксално е, но понякога, при определени обстоятелства, правилата на Социалната харта на Европа могат да откажат един работодател да наеме работник с хронично заболяване, защото отговорностите му към него биха били прекалено обременяващи.

В Обединеното Кралство и Холандия, хората с хронични заболявания често се озовават в тъй наречения “капан на паричните помощи”, който ги възпира финансово да се завърнат на защитени работни места или на конкурентни такива, особено когато са изправени пред възможни бъдещи рецидиви на болестта. Случаят не е такъв в страни като Швейцария, където помощите, които хората с увреждания получават, са по-ниски.

Една трета от размера на тези помощи може да бъде спечелена чрез работа на защитено работно място. Във Великобритания, когато хронично болния се завръща на работа рискува, че един рецидив на заболяването или загуба на работното място ще доведе до период, в който няма да получава помощи поради бюрократична неефективност. В Швейцария, подобна опасност за финансовото състояние на хронично болния е изключително рядка.

Докато в България законът не предвижда трудоустрояването и възстановяването на работоспособността да се осъществява чрез индивидуална рехабилитационна програма, определена в експертното заключение на ТЕЛК. Експертното решение от ТЕЛК съдейства за социализацията на хората с увреждания само в частта инвалидна пенсия, технически помощни средства, чужда помощ.

Много често пациенти съобщават, че най-сигурният начин в българския контекст човек с хронично заболяване да започне работа е да скрие от работодателя, че има сериозни здравословни проблеми. Тогава той ще работи до момента, в който истината не излезе наяве. След това отново е безработен.

9.3. СОЦИАЛНОЗНАЧИМИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И ПАЗАРЪТ НА ТРУДА

Диабетът става все по-често срещано състояние. В България има регистрирани около 600 000 диабетици, а още 300 000 не знаят, че имат диабет или са с предиабет. Доста лекари съобщават, че изключително рядко се е случвало до тях да достигат медицински за постъпване на работа, в които да има информация, че даденият работещ страда от диабет. Диабетът е противопоказание за назначаване на длъжности на пациенти, засегнати от това социално значимо заболяване са свързани със следните видове работа:

- работа с радиоактивни вещества и с източници на йонизиращи лъчения;
- работа, свързана с усилено и системно натоварване на костите, ставите, мускулите, лигаментите, сухожилията и фасциите или казано с други думи – работа, при която има тежко физическо натоварване.

В нормативни актове, свързани с медицински изисквания за определени групи персонал (железопътни превози, авиационни дейности, водачи на моторни превозни средства, морски лица), наличието на диабет води до забрана за работа или до индивидуална преценка според състоянието. Трябва да се отбележи, че работещите с диабет са защитени по чл. 333 КТ съгласно Наредба № 5 от 20.02.1987 г. за болестите, при които работниците, боледуващи от тях, имат особена закрила съгласно чл. 333, ал. 1 от Кодекса на труда. Работодателят има задължение да приспособи работата към лицата със специална закрила.

Тук е мястото и на лекаря от службата по трудова медицина, който може да направи препоръки за работещи с диабет. Обикновено информация, дали едно лице страда от диабет или не, основно се получава по два начина: като резултат от проведен периодичен медицински преглед или като диагноза в експертно решение на ТЕЛК.

Предизвикателство е да се дават насоки на работодател със специфични условия на труд за лица, страдащи от диабет. Лице с диабет да не работи самостоятелно, особено когато работата е на смени и/или има полагане на нощен труд.

Планирането на храненето е основата при управлението на диабета, независимо от вида диабет, използваните лекарства и характера на работата. Основните насоки включват равномерно разпределение на храненето с интервали от 4 до 5 часа и включването на леки закуски. Когато работите следобедна смяна (между 14.00 ч. и 22.00 ч.), единствената промяна в плана за хранене може да бъде включването на по-голяма вечерна закуска, която да отговаря на повишените изисквания към тялото, особено ако използвате инсулин или хапчета за диабет. При диабетици се препоръчва смените да се променят на всеки два до три дни и да не забравяме, че е правилно да се движат „напред“ (сутрин, следобед, нощем), а не обратното.

Диабетикът, трябва да се подготвя за работа, като проверява кръвната си захар и има под ръка чанта или органайзер със следните неща:

- глюкомер;
- храна, ако не сте сигурни, че ще спазите режима;
- храна за аварийни ситуации (това може да са сушени без захар плодове, пакетче несолени ядки и др.);
- бутилка с вода;
- бучки или пакетчета захар;
- необходимите лекарства.

Когато има работещи с диабет, е добре колегите им да бъдат подготвени и могат да разпознават признаците на хипогликемията. Когато работата е свързана повече със седене, признаците на хипогликемия са намалено внимание, трудна концентрация, често прозяване, замъглено зрение, покачване на телесната температура. Важно е тези признаци да се следят както от самия диабетик, така и от неговите колеги. В техните очи той може да изглежда неадекватен, объркан, трудно да разбира какво му се казва.

В настоящия момент работодателите са длъжници на болните от диабет, тъй като работните почивки и диетичното хранене не са организирани добре. Липсва медицинското обслужване на работното място и работниците не получават допълнителната отпуската, предвижданата от здравословното си състояние.

ХОББ е третата водеща причина за смъртност в световен мащаб. В момента засяга около 329 милиона души в цял свят – това е увеличение от 65% от 1990 г. насам. В България болните са около 500 000 души. Елементарни движения като изкачване на стълби или наклон, са ежедневна битка за живеещи с ХОББ. Повечето хора не прекарват времето си, мислейки за своето дишане, но ежедневието на други е изпълнено с това. Ето какво споделя пациент с ХОББ: “Откакто ми поставиха диагноза ХОББ, трябваше да се адаптирам към друг начин на живот. С течение на времето, разбрах какви са моите граници. Основните симптоми, които имам са недостиг на въздух, чувство на умора и кашлица – особено сутрин. Коства ми усилия

да се изкачвам стълби или да ходя по наклон, без това изречение не ми достига въздух. Дори кратките ежедневни притичвания ме изморяват, като да хвана влак или автобус. Живеейки с ХОББ, аз правя нещата по различен начин. Налага ми се да извършвам всичко по-бавно. Не трябва да бързам. Не трябва да изпадам в паника, а да се опитвам да контролирам дишането си и да запазя спокойствие. Усещането за безпомощност най-точно описва състоянието на недостиг на въздух. Това заболяване те прави нетрудоспособен, защото се чувстваш безсилен.”

Пациентите с ХОББ са уязвими по време на работа. Първичната превенция се постига чрез елиминиране или намаляване на излагане на различни вредни вещества на работното място. Важна е също така и вторичната превенция, която се постига чрез наблюдение и ранно установяване. Битовото и външно замърсяване на въздуха влияят на индивидуалното състояние на болните от ХОББ.

Необходимо е прилагането на мерки за намаляване или избягване на битово замърсяване на въздуха от био-горива, използвани за готвене и отопление в помещения с лоша вентилация. Пациентите трябва да наблюдават публичните съобщения за качеството на въздуха, и в зависимост от тежестта на заболяването им, да избягват голямо физическо натоварване навън или да стоят в затворени помещения при замърсяване на въздуха. Работодателите са длъжници на хората с ХОББ, защото обикновено такива пациенти отпадат от пазара на труда и започват да живеят в изолация, предвид спецификата на тяхното заболяване.

Артериалната хипертония е най-важната причина за преждевременна смърт (най-често под формата на миокарден инфаркт и мозъчен инсулт). Повече от половината от българите смятат, че са подложени на стрес на работното си място. Едва 9 на сто от работодателите са създали условия на труд без стрес. Артериалната хипертония може да се усложни с инфаркт, сърдечна недостатъчност, инсулт, бъбречна недостатъчност, деменция, увреждане на очите и еректилна дисфункция.

В настоящия момент работодателите са длъжници на болните от артериална хипертония, тъй като не се полагат нужните мерки за намаляване на стреса на работното място. Липсва медицинското обслужване на голяма част от работните места, липсва диетично хранене, и освен това работниците не получават допълнителната отпускат, предвид здравословното си състояние.

9.4. ПРОБЛЕМЪТ „ИНВАЛИДНОСТ“ И СОЦИАЛНАТА ИНТЕГРАЦИЯ НА ХОРАТА С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Инвалидността поражда социална уязвимост на засегнатите групи от населението. Прегледът на нормативните актове и стратегическите документи разкрива, от една страна, волята на законодателя да гарантира особената закрила на държавата и обществото към хората с увреждания. От друга страна – съществува криза в публичните политики в сферата на инвалидността.

Законодателното редуциране на социално-икономическите и други права не е решението на проблема. За съжаление акцентиранието върху множество „помощи и облекчения“ за хората с увреждания внушава представата за привилегирована социална категория. Към нея изтича значим социален и финансов ресурс, срещу който нищо не се получава и който може да бъде редуциран в условия на криза. Сравнението с практиката на останалите държави-членки на Европейския съюз показва системи за социално подпомагане в подкрепа на хората с увреждания, кореспондиращи с нивото на икономически растеж.

Европейският принцип „рехабилитация-интеграция-връщане на пазара на труда“ е насочен към човека и възстановяване на неговата способност за труд. Схемите за социално подпомагане имат решаващата роля на „гаранция“, че основните човешки права, сред които и правото на труд, са задоволени⁵¹.

Връщането на способността за труд, съгласно определението на Експертния комитет по рехабилитация при СЗО (1958), цели „профилактика на преодолимата инвалидност в периода на лечение на заболяването и подпомагане на инвалидите за постигане на максимална физическа, психическа, професионална и социо-икономическа пълноценност в рамките на съществуващото заболяване или недъг“⁵².

Необходимите действия на социалната политика в тази посока могат да се сведат най-общо до две основни сфери: действия, които са насочени непосредствено към човека с инвалидност/увреждане и неговото най-близко социално обкръжение и действия, формиращи физическата и социалната среда. Първата сфера би трябвало да обхваща система за рехабилитация, разбрана в най-широкия смисъл, а именно медицинска, психологическа, професионална и социална, както и в съответните случаи, необходимите социални грижи, ориентирани не само към инвалида, но и към цялото му семейство.

Втората сфера би трябвало да е насочена към изменението и приспособяването на физическата и социалната среда към възможностите и потребностите на инвалидите, като тук влизат: отстраняването на архитектурните и транспортните препятствия, осигуряването на достъпност до комуникациите, създаването на нови или приспособяването на съществуващи вече работни места, създаване на условия и въвеждане на интегрирано образование за децата с увреждания и не на последно място формирането на позитивно отношение в обществото към инвалидите.

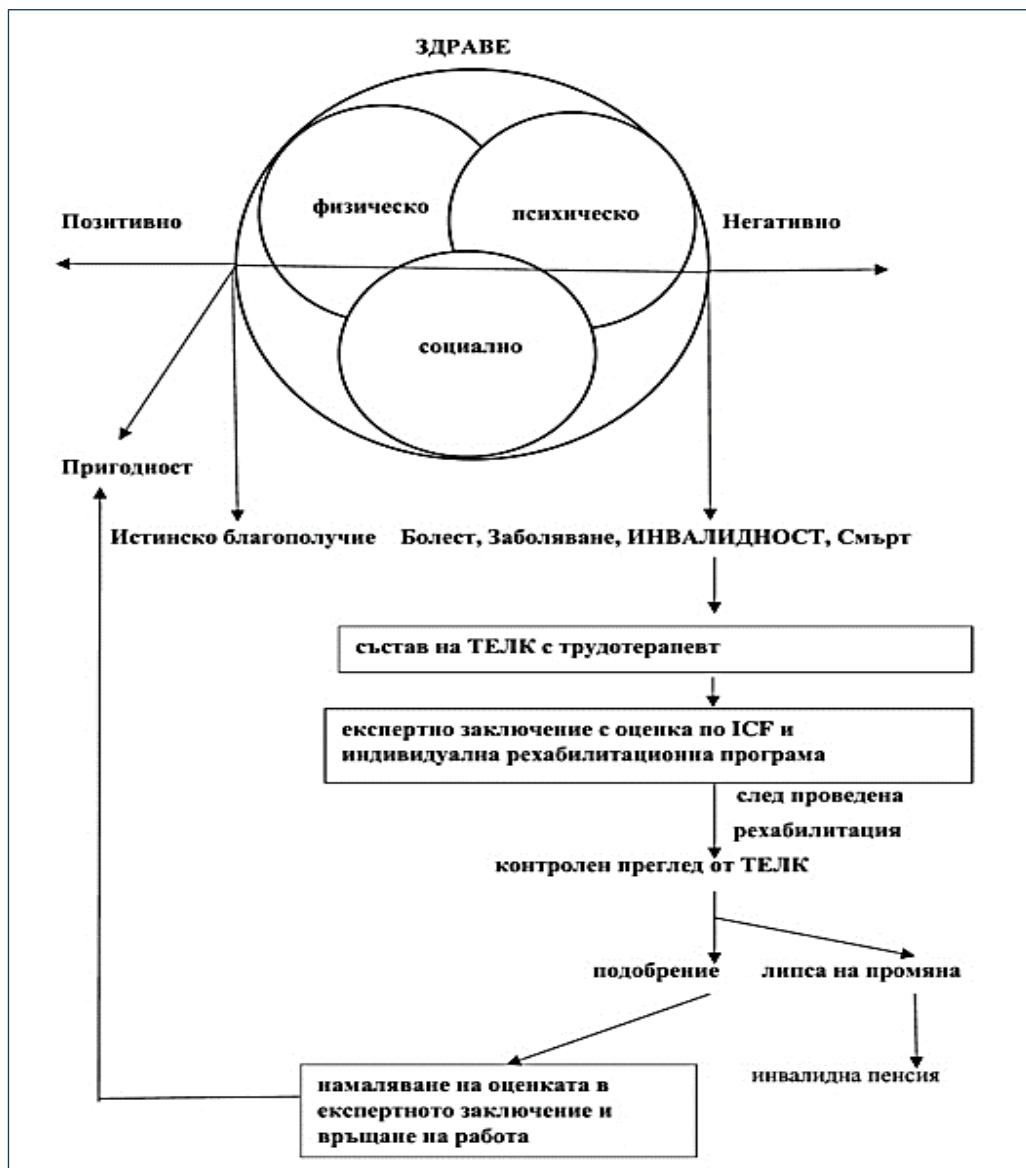
Съвременният научен биопсихосоциален подход към рехабилитацията на инвалидността изисква диагностиката, лечението и превенцията да са интегративни и синкретични и да се съчетават с рехабилитацията и социалната интеграция и връщане на пазара на труда (Фиг. 50). Дълбокото разбиране на понятието здраве във всички негови аспекти – биологични,

⁵¹ Лоусън А, Финкелстайн В. Уврежданията и европейският подход на базата на правата – някои стратегии за изграждане на приобщаващо общество. Връщане назад към социалния модел на инвалидността. София: Център за независим живот; 2005. Available from: [http:// www.cil-bg.org/05.11.2018](http://www.cil-bg.org/05.11.2018).

⁵² World Health Organization. Technical Report Series. 1958; 158.

психически и социални, от всички институции и нива на здравната и социалната системи е сигурна гаранция за успешното решаване на въпросите за съхраняване на общественото здраве и индивидуалното здраве на всеки гражданин.

ФИГУРА 50 - КОМПЛЕКСНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ, СОЦИАЛНА ИНТЕГРАЦИЯ И ВРЪЩАНЕ НА ПАЗАРА НА ТРУДА



Източник: Available from: <http://www.cil-bg.org/05.11.2018>.

Ролята на пациентското движение

Националната пациентска организация, която е пълноправен член на Европейски пациентски форум (EPF), още през 2018 г. в нарочен Меморандум приет по време на 7-мия Конгрес на НПО, прикани институциите да признаят, че всички пациенти имат право на

справедлив достъп до висококачествени грижи. НПО апелира, политиците и гражданското общество да предприемат следните действия, насочени към:

- Осигуряване на дългосрочни устойчиви инвестиции в насърчаването и превенцията на здравето и осигуряването на качествени първични и дългосрочни грижи за всички пациенти, за насърчаване на приобщаващо и здраво общество, което да се възползва от повишената пригодност за заетост, производителност и икономически растеж;
- Разработване на трудова политика, която отчита спецификата на уязвимостите на пациентите с хронични заболявания и лицата, полагащи грижи за тях, осигуряващи им равни възможности за наемане на работа, подходящи и гъвкави условия на труд и разумни условия за настаняване;
- Гарантиране, че лицата с хронични заболявания са защитени от пряка или непряка дискриминация въз основа на здравословен статус, подобно на хората с увреждания;
- Гарантиране, че последиците от наличието на здравно увреждане са признати от официалните системи за оценка на уврежданията и че пациентите с хронични заболявания получават адекватна подкрепа в контекста на социалната закрила и заетостта и признаването на техните права.
- В контекста на Целите за устойчиво развитие на ООН, призоваващи за Универсално здравно покритие, политиките на Европейския съюз, според които достъпът до здравни услуги и терапии е основополагащо човешко право, и ръководени от концепцията за поставяне на пациента в центъра на системата на здравеопазването, НПО застава зад следните принципни позиции и приоритети:
- Нефинансираните здравни услуги, недостатъчните и/или неадекватните инвестиции са вредни за навременния достъп до качествени грижи и здравни резултати.
- Твърде много пациенти в ЕС са изправени пред финансови затруднения в резултат на разходи за здравни грижи, водещи до увеличаване на неравнопоставеността в здравеопазването. Недостъпността до здравните грижи, особено до някои лекарства, се превърна в неотложен приоритет за пациентите и лицата, които полагат грижа за тях.
- Пациентите с хронични заболявания и хората, които неформално полагат грижи за тях, се сблъскват със сериозни затруднения с достъпа до и в оставането на работа. Като резултат от това – социалното изключване често води до влошаване на здравето и нарастваща нужда от медицинско обслужване.

Раздел 10. ПРЕГЛЕД И АНАЛИЗ НА ДИРЕКТИВИ И ПОЛИТИКИ НА ЕС В ЦЕЛЕВАТА СФЕРА, ДОБРИ И ИНОВАТИВНИ ПРАКТИКИ И ПОЛИТИКИ ЗА АДАПТИРАНЕ НА РАБОТНАТА СРЕДА ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА ПО-ДЪЛЪГ ТРУДОВ ЖИВОТ НА ХОРАТА С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Заетостта/ работата е важен фактор за лицата с хронични заболявания. Карлиер и съв. демонстрират, че лицата, които са започнали отново платена работа, е три пъти по-вероятно да подобрят здравето си и два пъти по-вероятно повишат качеството си на живот в сравнение с тези, които остават безработни. Други проучвания потвърждават, че започването на платена работа има положителен ефект върху физическото и психическото здраве. Освен това, насърчаването на бързото завръщане на работа за лицата с хронични заболявания носи ползи за всяка икономика и всеки контекст. В тази връзка, специалните политики и финансиране за професионална интеграция или реинтеграция на лицата с хронични заболявания е инвестиция.

Проект PATHWAYS е проведен в рамките на финансирането от ЕС проект (Работа в здравословни условия на труд и интегриращи стратегии в трудовия сектор). Проектът е тригодишен, в който участват 12 партньори от 10 различни европейски държави, а именно Австрия (AT), Белгия (BE), Чехия (Чехия), Германия (DE), Гърция (EL), Италия (IT), Норвегия (NO), Полша (PL), Словения (SI) и Испания (ES), с цел да разработване на иновативни подходи за насърчаване на професионалната интеграция и реинтеграция на хора с хронични заболявания и подобряване на тяхната работоспособност (www.path-ways.eu)⁵³. (857 участника от 12 европейски страни).

10.1. ЕВРОПЕЙСКИ ПОЛИТИКИ

Преглед на Европейската политика и законодателство показва, че до голяма степен включването и участието на хората с хронични заболявания се регламентира чрез:

Директивата 2000/78/ЕО, основна рамка за равно третиране в областта на заетостта и професиите⁵⁴ и Европейската стратегия за хората с увреждания 2010-2020⁵⁵.

Рамкови политики за стимулиране на заетостта и включването в трудовия пазар като : Европа 2020, Стратегията на ЕС за растеж и заетост, Препоръка на Съвета относно интеграцията на дълготрайно безработните лица на пазара на труда, Препоръка на Комисията 2008/867/ЕО

⁵³ www.path-ways.eu).

⁵⁴ EU Directive on Employment Equality 2000/78/EC

⁵⁵ European Disability Strategy 2010-2020

относно активното включване на хора, изключени от пазара на труда⁵⁶. Специално, мерките насочени към професионална (ре-)интеграция на лицата с хронични заболявания са често част от по-общите законодателни мерки.

Европейската стратегическа рамка за здраве и безопасност на работното място 2014-2020 специално отбелязва нуждата от подкрепа при завръщането на работа на лица с хронични, психични или редки заболявания и увреждания и необходимостта за въвеждане на интегрирани мерки за заетост като индивидуална подкрепа, насоки, съвети и достъп до професионално обучение и други. Също така са разработени няколко доклада и дейности за хроничните заболявания и/или за специфично хронично заболяване. Например, Reflection Process on Chronic diseases: Final Report, Joint Action on Chronic Diseases (JA-CHRODIS), Green Paper on Improving the mental health of the population, Joint Action Mental health and Well-being, CANCON Joint Action 2014-2017).

Съобщението на Комисията за прилагането на Директива 2000/78/ЕО е иновативна в много отношения. В нея се забранява дискриминацията въз основа на нови основания като религия, сексуална ориентация, възраст и увреждания. По отношение на дискриминацията въз основа на увреждания се въвежда задължение за осигуряване на подходяща работна среда за лицата с увреждания. Въпреки че някои от основните концепции вече съществуват в националното законодателство, когато държавите-членки транспонират директивата, транспонирането, свързано с някои основания като възраст и сексуална ориентация, се оказва чувствителна област. По-долу са посочени някои специфични въпроси, които възникнаха при транспонирането на директивата по отношение на четирите основания за дискриминация, които тя касае: сексуална ориентация, религия или убеждение, възраст и увреждания.

Увреждания

Забраната на дискриминация на основание увреждания има два аспекта. Първият е забрана за дискриминация на основание увреждания (подобна на другите основания, включени в директивата). Вторият и най-важен аспект е положителното задължение за осигуряване на подходяща работна среда за лицата с увреждания като неразделна част от принципа за равно третиране. Първата част е транспонирана във всички държави-членки. Единственият проблем, който е възникнал, е дефиницията на увреждания. Директивата не определя уврежданията и около половината от държавите-членки не са включили дадено специфично определение (въпреки че в повечето има определение за целите на социалното осигуряване). Въпросът дали човек, който прекарал заболяване, може да разчита на защита срещу дискриминация на основание увреждания е отправен до Съда на Европейските общности от испански съд по делото *Chacón Navas*⁵⁷. Съдът заявява, че „болест“ не е същото като „увреждания“, и обясни, че „увреждания“ по смисъла на директивата трябва да получи еднакво тълкуване. Съдът заявява, че „концепцията за увреждане трябва да бъде разбрана

⁵⁶ Препоръка на Комисията 2008/867 / ЕО относно активното включване на хора, изключени от пазара на труда.

⁵⁷ Делото *Chacón Navas*

като касаеща ограничение в резултат от влошено физическо, умствено или психологическо състояние, което възпрепятства участието на засегнатото лице в професионалния живот“.

Едно от най-значимите нововъведения на директивата е задължението работодателите да осигурят подходяща работна среда за лицата с увреждания. Задължението за осигуряване на подходяща работна среда означава, че работодателят трябва да предприеме мерки, които дават възможност на подходящо квалифицирано за работата лице, като се изключат неговите или нейните увреждания, да е в състояние да започне работата, да напредва в нея и да преминава обучение.

От работодателя обаче не се очаква да поема необоснована тежест. Такава тежест не се счита за необоснована, когато държавите-членки предоставят безвъзмездни финансова помощ или субсидии на работодателите за скъпи приспособления. Въпреки че концепцията за осигуряване на подходяща работна среда често е била нещо ново, повечето държави-членки са транспонирали това задължение.

Редица държави-членки продължават да регулират наемането на работа на хора с увреждания чрез квотна система или запазени работни места. Това обаче не трябва да е в ущърб на личното право на недискриминация и осигуряване на подходяща работна среда. Някои държави-членки не са включили концепцията в своето национално законодателство или са го направили по неадекватен начин (например като са ограничили задължението за осигуряване на работна среда само до работници, които вече са сключили договор или до лица с тежки увреждания).

Транспонирането на директивата може да се счита за успешно като цяло, тъй като всички държави-членки са въвели антидискриминационно законодателство, което обхваща всички основания на директивата, касаещи области, които са били нови за много страни. В повечето държави-членки правната рамка може да се счита за адекватна, като реалното ѝ прилагане е основното предизвикателство. Комисията също така признава, че само по себе си законодателството не е достатъчно за възпиране на дискриминацията и насърчаване на равенството. Комбинирането на правилно въведено и приложено законодателство с допълнителни политически мерки на национално равнище и на равнище на ЕС е ключът към намаляване на дискриминацията въз основа на религия или убеждение, възраст, увреждания и сексуална ориентация.

Доклад на Комисията до Съвета по препоръките относно интеграцията на дълготрайно безработните лица на пазара на труда (11.4.2019).

С препоръката държавите членки се призовават:

1. Да насърчават регистрацията на дълготрайно безработните лица в службите по заетостта
2. Да увеличат индивидуализираната подкрепа за дълготрайно безработните лица чрез подробна оценка на потребностите и да гарантират сключването на споразумение за работна интеграция най-късно до 18 месеца от началото на безработицата

3. Да подобрят приемствеността на подкрепата чрез координиране на услугите, достъпни за дълготрайно безработните лица, посредством единно звено за контакт
4. Да насърчават и развиват партньорства между работодателите, социалните партньори, службите по заетостта и социалните служби, правителствените органи и доставчиците на образование и обучение, както и да разработят услуги за работодателите.

От приемането на препоръката броят на дълготрайно безработните лица намаля с повече от 2,5 милиона. В рамките на ЕС обаче ситуацията продължава да бъде различна, като в някои държави членки равнищата отпреди кризата все още не са достигнати. Делът на дълготрайно безработните от безработните лица все още е около 45 %. В препоръката се призовава на всички дълготрайно безработни лица да бъдат предложени задълбочена индивидуализирана оценка и споразумение за работна интеграция най-късно при достигане на 18 месеца от началото на безработицата. Споразумението следва да включва индивидуално предлагане на услуги, което обхваща услуги по заетостта, социални и други услуги, ако е целесъобразно, предоставяни от единно звено за контакт.

Тези мерки са България са оценени като нямащи въздействие или с ограничени въздействие. В България няма междуинституционална координация и създаване на единно звено за контакт за периода 2015-2018 г. Препоръката продължава да бъде актуална. Държавите членки са предпочели по-ранните действия и на практика всички държави членки предоставят на регистрираните безработни лица индивидуални оценки и индивидуални планове за действие/ споразумения за работна интеграция на много по-ранен етап, поради което конкретното позоваване на срока от 18 месеца вече не е толкова важно.

Участието на работодателите се увеличава, но финансовите стимули остават най-често използваната форма на участие. Услугите за подкрепа след назначаването и подкрепата за социални предприятия не са така добре развити. Не толкова често срещани са и партньорствата между множество заинтересовани страни за гарантиране на устойчивата интеграция на пазара на труда.

Препоръка на Комисията от 2008 г. относно активното приобщаване на лицата, изключени от пазара на труда⁵⁸

Специално, мерките насочени към професионална (ре-)интеграция на лицата с хронични заболявания са често част от по-общите законодателни мерки. Например, Европейската стратегическа рамка за здраве и безопасност на работното място 2014-2020 специално отбелязва нуждата от подкрепа при завръщането на работа на лица с хронични, психични или редки заболявания и увреждания и необходимостта за въвеждане на интегрирани мерки за заетост като индивидуална подкрепа, насоки, съвети и достъп до професионално обучение и други.

⁵⁸ Препоръка на Комисията от 2008 г. относно активното приобщаване на лицата, изключени от пазара на труда.

Също така са разработени няколко доклада и дейности за хроничните заболявания и/или за специфично хронично заболяване. Например, Reflection Process on Chronic diseases: Final Report, Joint Action on Chronic Diseases (JA-CHRODIS), Green Paper on Improving the mental health of the population, Joint Action Mental health and Well-being, CANCON Joint Action 2014-2017).

Утвърдени са следните общи принципи в контекста на стратегиите за активно приобщаване:

- взимане под внимание на нуждите на лицата, изключени от пазара на труда, за да се улесни постепенното им повторно приобщаване в обществото и на пазара на труда и да се повиши пригодността им за заетост,
- приемане на мерки за утвърждаването на пазари на труда, способстващи приобщаването, за да се гарантира, че достъпът до работни места е възможност, която е на разположение на всички,
- утвърждаване на качествени работни места, включително по отношение на трудово възнаграждение и социални плащания, условия на труд, здраве и сигурност, достъп до обучение през целия живот и перспективи за професионално развитие, по-специално с оглед на предотвратяването на бедността сред трудещите се,
- полагане на усилия за премахване на сегментирането на трудовия пазар посредством насърчаването на запазването на работното място и служебното повишение.

Прилагат тези принципи посредством следните практически насоки:

- увеличаване и подобряване на инвестициите в човешки капитал посредством интегративни политики за образование и обучение, включително ефективни стратегии за обучение през целия живот; приспособяване на системите за образование и обучение в съответствие с новите изисквания по отношение на уменията и необходимостта от умения за работа с цифрови технологии,
- активни и превантивни мерки на пазара на труда, включително специално приспособени, индивидуално съобразени, съответстващи на нуждите услуги и подпомагане, част от които е и ранното установяване на нуждите, съдействие при търсенето на работа, напътстване и обучение, и мотивиране за активно търсене на работа,
- редовно преразглеждане на стимулите и демотивиращите фактори, произтичащи от данъчните и осигурителните системи, включително управлението и условията за предоставянето на социални плащания, както и чувствително намаляване на размера на пределните данъчни ставки, по-специално за лицата с ниски доходи, като същевременно се гарантира подходящо равнище на социална закрила,
- осигуряване на подкрепа за социалната икономика и защитената трудова заетост като важен източник на работни места, на които лицата в неравностойно положение започват трудова дейност, насърчаване на финансовото приобщаване и микрокредитите, финансови стимули за работодателите да наемат лица на работа,

----- www.eufunds.bg -----

развитието на нови източници на работни места в сектора на услугите, по-специално на местно равнище, както и повишаване на съзнанието за приобщаващия характер на пазара на труда,

- насърчаване на адаптивността и осигуряване на подпомагане и благоприятна среда в периодите на заетост, в т.ч. внимание към здравето и доброто самочувствие, достъпни информационни и комуникационни технологии (ИКТ), отсъствие на дискриминация и прилагане на трудовото законодателство наред със социалния диалог.

10.2. НАЦИОНАЛНИ СТРАТЕГИИ

Европейската политика е отразена в националното законодателство. В различна степен в страните-членки, бюджетните ограничения и влиянието на икономическата криза доведоха до намаляването на пасивната политика, насочена към предоставянето на компенсации и/или помощи и увеличаването на политиките за интегриране на хронично болните в трудовия пазар. Трудно е да бъде направен сравнителен анализ, въпреки общата насока на реформите, защото всяка страна-членка има различно културно, историческо и икономическо минало, които са отразени в социално-институционалната рамка и подхода към хроничните заболявания и уврежданията.

Проектът PATHWAYS си поставя цел, въпреки това ограничение, да сравни десет страни-членки⁵⁹ и да извлече най-добрите практики на пазара на труда за хронично болните (Приложение №1). Прегледът на политиките, системите и услугите в тази сфера (улесняване и подпомагане на интеграцията на хронично болните на пазара на труда) разкрива, че в повечето случаи, хронично болните се разглеждат като хора с инвалидност, включително и хората с намалена трудоспособност поради болест.

В много случаи, хронично болните могат да получат специализирана помощ на пазара на труда само, ако тяхното здравно състояние е класифицирано като инвалидност с определена степен или ако болестта повлиява сериозно тяхната възможност да работят, но това зависи изцяло от националната и местна политика. Всяка от проучените държави има разработени политики за подпомагане на участието на пазара на труда на уязвимите групи, но те варират по отношение на философията и практическото прилагане. Например, всички имат стриктна политики срещу дискриминация на хора с увреждания, но политиките или стратегии за хората с хронични заболявания са силно ограничени и са включени във всеобхватни политики за хората с увреждания, уязвимите социални групи, възрастните и т.н.

Повечето политики подчертават важноста от наличието на служби по заетостта, които предлагат широко-обхватни, фокусирани върху отделната личност, интегрирани и достъпни услуги. Въпреки това, прилагането на политиките често не отговаря на първоначалния замисъл и това води до ниската им ефективност.

⁵⁹ www.path-ways.eu

В допълнение, наличието на инициативи за активиране на хронично болните на пазара на труда не е в унисон с общественото мнение и социалното приемане на хронично болните на пазара на труда. По отношение на различните социални системи, държавите се различават по това каква важност придават на помощи, стимули и задължение с цел улесняване на интегрирането на хора с инвалидност или намалена трудоспособност.

Например, Обединеното кралство предоставя по-малко категоризирана помощ, никакви финансови стимули за работодателите (като например субсидирани заплати) и изисква безработните с намалена трудоспособност да се включват активно в програмите за безработни. Норвегия има подобна система, но предоставя субсидии на работодателите и различни услуги за овластяването на служителите със здравни проблеми. Континенталните социални системи имат по-детайлна категоризация на степените на инвалидност, което затруднява достъпа до определени услуги на службите по заетостта. Тези държави предоставят финансови стимули на работодателите и въвеждат квоти за хора с инвалидност, но, от друга страна, не налагат допълнителни условия на безработните. При Средиземноморските страни ситуацията е доста подобна, но със силно ограничени плащания заради икономическата криза (Гърция). Поради бюджетни ограничения, Гърция, както и Пост-комунистическите страни разчитат предимно на финансиране от ЕС за предоставяне на подкрепа на пазара на труда. Специализираните услуги за повечето хронични болести са ограничени.

Хронично болните не се разграничават от службите по заетост и получават същите услуги като безработните и/или като хората с увреждания и намалена трудоспособност. Единствено, за хората с психични болести има повече специализирани програми. Това може да бъде обяснено с факта, че напоследък въпросите за психичното здраве са политически и социален приоритет в света.

Все по-нарастващият брой хронични болести и тяхното влияние върху продуктивността и трудовия пазар изискват разработването на всеобхватни стратегии и политики за (повторното) включване на хронично болните на пазара на труда. Важно е да се отбележи, че няма политики, специфично насочени към нуждите на хронично болните с цел пълноценното им участие на трудовия пазар. Също така, трябва да се има предвид, че политиките за хората с увреждания не винаги, нито изцяло предоставят необходимите мерки за хората с хронични заболявания тъй като нуждите на двете групи не са еднакви:

- В тази връзка е необходимо да бъдат разработени програми, базирани на предварителен анализ на нуждите, както и мерки за подкрепа за (ре-) интеграцията на хората с хронични заболявания.
- Хората с хронични заболявания имат нужда от интегрирани услуги от бюрата по труда, защото техните нужди включват различни сфери като здравеопазване, социална и психологическа подкрепа.
- По-добра координация между здравеопазването и пазара на труда с цел да се подобри разбирането на връзката между работа и хронично заболяване.

- Здравните професионалисти трябва да бъдат обучени да предоставят съвети за начина на живот, свързан с работните задължения на хронично болните с цел да ускорят тяхното завръщане на работа.
- По-добро сътрудничество е също необходимо между работодателите, здравната система и бюрата по труда, тъй като работодателите трябва да са добре информирани относно специфичните здравни нужди на служителите си с оглед на адаптацията на трудовата среда и интегрирането в пазара на труда.
- Хронично болните трябва да имат достъп до адекватни и персонализирани услуги в бюрата по труда във всички региони.
- Трябва да бъдат разработени мерки, които подкрепят сътрудничеството между обществените и частните услуги за трудова заетост като програмите за подкрепа на хронично болните, финансовите стимули и задължения за работодатели трябва да бъдат разглеждани заедно като част от обща стратегия.
- Най-голяма тежест трябва да има свободния пазар тъй като трудът в ‘защитени компании’ е неустойчив, а и по същество, за хронично болните, трябва да бъде краткосрочен, за да се стимулира пълната (ре-) интеграция на пазара на труда.
- Трудовото законодателство трябва да бъде по-гъвкаво по отношение на входа и изхода в пазара на труда на хронично болни, тъй като прекалено строгите изисквания или прекалено протекционистични мерки могат да обезкуражат работодателите да наемат служители със здравословни проблеми.
- Финансиране за промяна на трудовата среда като например премахване на физическите и не-физически бариери трябва да бъдат на разположение и за хора с хронични заболявания.
- Мерките за подкрепа като осигуряване на обучение за подготовка и кандидатстване за работа (job coaching), на ментори и консултации трябва да бъдат на разположение по време на целия трудов цикъл като намиране, наемане и оставане на работа.
- Икономическата устойчивост на социалните предприятия трябва да бъде окуражена чрез мерки, стимулиращи конкурентноспособни и/или търговски дейности и социални инвестиции.
- Защитените работни предприятия трябва да бъдат трансформирани с цел да се премине към свободния пазар.
- По –голямо овластяване за хронично болните.

Работодатели и кандидатите за работа с хронични заболявания трябва да са по-добре информирани за техните трудови права и наличността на мерки за подкрепа. В повечето случаи, наетите лица, които развиват хронични заболявания често не се нуждаят от базисна интеграция на пазара на труда, но, по-скоро, имат нуждата от помощ да разберат своето състояние и начините, по които могат да се справят с бариерите, създадени от заболяването им. В тези случаи, подкрепа от психолози или колеги с подобни заболявания могат да бъдат

изключително полезни. Правната рамка трябва да осигури достъпност на хората с хронични заболявания до съществуващи мерки за подкрепа на трудовия пазар.

Критериите за избор за получаване на подкрепа на пазара на труда трябва да бъде по-гъвкав и да не поставя условия като например ТЕЛК, особено когато, оценката за инвалидността е изцяло медицинска.

Законодателните мерки трябва да се концентрират върху капацитета за работа и задачите, които хората с хронични заболявания могат да изпълняват, а не върху тяхната нетрудоспособност:

- Специализираната подкрепа за хората с намалена трудоспособност, включително за хората с хронични заболявания не бива да е отделена от общите услуги на бюрата по заетост, тъй като това предава грешно послание както на работодателите, така и на хронично болните, че хроничните заболявания и инвалидността превръщат служителите във втора ръка хора.
- Човеко-центрираният подход при предоставянето на услуги в бюрата по заетостта трябва да бъде допълнително поощрен, тъй като, както беше вече споменато, хората с различни хронични заболявания могат да имат различни потребности.
- Също така, подкрепената заетост трябва да бъде изрично предоставена и на хората с хронични заболявания. Те трябва да бъдат стимулирани първо да се включат в програмите за заетост преди да кандидатстват за помощи за инвалидност. Пасивното получаване на помощи трябва да се избягва когато има други възможности, тъй като данните на OECD за 2007 показват, че в държави, в които няма помощи за инвалидност, нивото на заетост на хората с хронични заболявания е значително по-високо.
- Трябва да бъде осигурена финансова подкрепа за хората с хронични заболявания по времето, когато участват в програми за заетост.
- Трябва да бъдат въведени мерки, позволяващи хронично болните да запазят помощите си за инвалидност и/или други помощи докато работят. Причината е, че хронично болните могат да получават по-ниски заплати или други компенсации поради намалената им трудоспособност и следователно, все още биха имали нужда от социални плащания. Комбинирането на работа и финансова помощ е необходимо с цел да се избегне 'капана на социалните плащания'.

Повече участие от страна на работодателите

Политиките и системите трябва да се фокусират върху по-сериозното участие на работодателите, тъй като те са тези, които биха предоставили работни места на хронично болните. Финансовите стимули за работодателите под формата на субсидии за заплатите и намаляване на данъците трябва да бъде възможно за работодатели, които имат служители с хронични заболявания.

Необходимо е да се положат усилия за повишаването на информираността на работодателите за ползите от наемане и задържане на лица с хронични заболявания като,

например: наличие на човешки ресурс с много способности и знания, лоялност към работното място и трудова етика и възможност за разширяване на клиентската мрежа заради разнообразието на служителите, корпоративна социална отговорност, по-висока удовлетвореност на работната сила и тн.

Работодателите често не наемат служители с хронични заболявания, защото асоциират хроничните заболявания с ниска продуктивност, отсъствие от работа и допълнителни разходи за работодателя. Хората с хронични заболявания често изпитват умора, самота и депресия, които ги правят още по-чувствителни към служебни проблеми. Не на последно място, колегите могат да бъдат натоварени с допълнителни задачи, което допринася за влошаване на отношенията на работното място.

Научната литература, разглеждаща нуждите на хронично болните на служебното място предоставя обширна информация, но малко изследвания предлагат изчерпателен списък на нуждите и предпочитанията на хронично болните, така че те да могат да се включат напълно в работната среда. Също така, много от проучванията са фокусирани върху специфични здравни състояния, което не предоставя информация за влиянието на съпътстващите заболявания (коморбидност) при връщането и/или кандидатстването за работа.

Нужди на заетите/наетите лица (employment needs) – няма стандартизирано определение на “нужди на заетите/наетите лица” и поради тази причина се предлага следното определение: “нуждите на заетите/наетите лица са модифициращи се/ променящи се лични фактори или фактори на околната среда, които възпрепятстват (барииери) и/или подпомагат (улесняват) хората с хронични здравни състояния да се включат в работната сила”.

Според СЗО през 2030 година, хроничните заболявания ще са отговорни за смъртта на 52 милиона души, те, също така са директно свързани и със социалното неравенство. Тежестта и рисковете от хроничните заболявания на глобално ниво са дефинирани като едно от ‘големите предизвикателства на 21-ви век’ в Декларацията на ООН за превенция и контрол на незаразните заболявания (UN, 2011: 1).

Според доклад на Академичната мрежа на европейските експерти по въпросите на хората с увреждания, хората с увреждания са изложени на бедност, социално изключване, жестоки материални лишения и ограничени възможности за труд. Същото е потвърдено от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (2010): социално-икономическото влияние на хроничните заболявания върху целите за развитие е видимо като се има предвид, че влошеното здраве не само изисква значителни разходи за здравната система, но също така може да обрече засегнатите лица на безработица, бедност и социално изключване при условие, че системата не отговори на техните специални нужди.

Основни резултати от литературния обзор

Повечето изследвания се фокусират върху: а) трудностите в работния процес, както от здравна гледна точка, така и от гледна точка на културата в екипа, поведение и влияние на заобикалящата среда; б) влиянието на политиките/облекченията за връщане на работното

място (return-to-work). За някои здравни състояния е трудно да бъдат получени „реални нужди на заетите на работното място” от прегледа на литературата. Например:

- Депресия – посочена е нуждата от намалено работно време, но много проучвания се спират на общите затруднения като, например, справяне със стрес.
- Мигрена – не са посочени специфични нужди, но вниманието е насочено към ‘трудности в работния процес’ като по-бавно справяне със задачи или различен подход към работата.
- ХОББ – фокусът отново е към оценка и подобряване на трудовата среда като подобрена вентилация и намаление на аерозолите
- Болка в гърба и врата – няма целенасочено проучване в литературата, но има препоръки като например упражнения за жени в риск от изменения на врата и горните крайници и ограничения на работата на открито при студено време, което усилва болката в гърба и врата.
- Диабет – 4 от 5 болни от диабет имат нужда от повече време и подкрепа за мениджмънт на заболяването в работно време.

Влиянието на политиките/облекченията за връщане на работното място (return-to-work)

- Адаптация на заобикалящата среда на работното място – тази сфера на дейност е насочена към конкретни изменения на физическото пространство или предоставянето на специално оборудване за управление и справяне със специфични здравни нужди на работното място. Дейностите са насочени и към промяна на работните места така че те да стимулират здравословен начин на живот и да предпазват от негативните фактори на околната среда.
- Условия на труд – тази сфера включва теми, които са свързани с ежедневните дейности и работни задачи, които трябва да са гъвкави и да предоставят възможност за работа с ментор, работа от къщи и/или дистанционна работа, адаптиране на задачите и/или работния график при специални обстоятелства и подпомагането на завръщане на работа след период на отсъствие.
- Законодателни нужди – промени в законодателството, които осигуряват възможност на хората с хронични заболявания да се включат в нормалния трудов пазар и предоставят финансова помощ. Законодателните мерки включват и специална защита като например срещу уволнение заради здравно състояние.
- Медицински и здравни нужди – включват дейности за промоция на здравето и специално на психичното здраве на работното място. Например- подобрена комуникация между здравната система, служителите по безопасност на труда, работодателите и социалните служби.
- Обучение (самообучение) – включва организирането на обучения, подобряването на уменията за самоуправление, образование и подкрепа за развитие на кариерата и

професионалния живот, както и за възможността за самонаемане/ започване на самостоятелен бизнес.

- Подобряване на информацията и повишаване на знанието, свързано с обучението на колеги и други служители за това какво да се живее с определено хронично заболяване и как да се действа при специфични спешни състояния. Препоръките също са свързани с идеята 'Човешки ресурси' да бъдат обучени за управление на общото и психично здраве.

От какво се нуждаете, за да можете да работите и да достигнете пълния си потенциал като професионалист:

1. Адаптация на заобикалящата среда на работното място:

- изпълнение на работни задължения в специфична обстановка, например, работа, която не изисква работа навън или намалено излагане на химикали – ХОББ и болки в гърба и врата;
- работно място, което структурно и архитектурно адаптирано, например: лесен достъп и подходяща вентилационна система – ХОББ и болки в гърба и врата;
- осигурен достъп до специално оборудване за лична употреба, във връзка с хроничното заболяване, например: маски за дишане или ергономични столове – ХОББ и Диабет;
- работно място, което стимулира здравословен начин на живот, например: осигурен достъп до здравословна храна и чистота на работно място – ХОББ, Диабет, болки в гърба и врата и исхемична болест на сърцето;
- осигурено пространство/стая за отдих и тишина, и за управление и контрол на симптомите на заболяването – Диабет;
- работно място, което е разположено близо до дома или до обществени услуги като болници, спешни кабинети, терапевтични кабинети и транспорт – Депресия.

2. Условия на труд

- възможност за работа от къщи – болки в гърба и врата;
- намалено работно време, например: 4 –часов работен ден или 4 дневна работна седмица – Депресия и болки в гърба и врата;
- структуриран работен ден, например: ясни крайни срокове, почивки и определени командировки – Диабет;
- гъвкав работен ден, който позволява индивидуално определяне на почивките и графика с цел да се осигури възможност за управление на симптомите (вземане на лекарство, гимнастика, почивка), когато те се появят – Диабет и болки в гърба и врата;

----- www.eufunds.bg -----

- осигуряване на адаптационен период след дълго боледуване, през който работните часове са постепенно увеличавани до достигането на официалния 8-часов работен ден – Депресия;
 - Осигуряване на възможност за посещения при лекар през работния ден – Диабет;
 - Възможност за промяна на работните задачи и място в рамките на същата компания след завръщане от болнични или когато симптомите са остри – ХОББ;
 - Възможност за ментор и наблюдение от мениджър (супервизия) – Депресия;
 - Възможност за по-малко наблюдение (супервизия) от мениджър – болки в гърба и врата;
 - Нисък стрес на работното място – болки в гърба и врата;
 - Сигурност на работното място (job security), гарантирана от трудовия договор – ХОББ.
3. Законодателни промени:
- да бъде разрешено на хора с хронични заболявания или на лечение да изпълняват определени професии, свързани с рискове като хирургия или пилотиране на самолети, при контролирани условия като например: работа в екип и/или с колега или включване в програма за управление на заболяването- ХОББ, Диабет;
 - да бъде разрешено отсъствие от работа, свързано със заболяването, но извън отсъствията за посещаване на лекар. Например: позволение за отсъствие от работа за участие в среща на дадената пациентска организация/ мрежа и/или за оставане въщи, за да се избегне влошаване на симптомите и посещение при лекар – Депресия;
 - да бъде разрешено комбинирането на работа на половин ден със социална помощ/ компенсация, заради невъзможността да се работи на пълно работни време- Диабет и всички други заболявания;
 - да има законова защита срещу уволнение на базата на дискриминация заради заболяването – Депресия и всички други заболявания;
 - компаниите да имат законова база, на която да имат възможност да прекратят трудов договор, ако продуктивността на труда е намалена, поради хронична болест.
4. Медицински и здравни нужди
- предоставяне на медицинско наблюдение на работното място от медицински/ здравен специалист – ХОББ;
 - възможност за ниско интензивни спортни занимания на работното място (като йога) – Диабет и болки в гърба и врата;

- възможност за програми на работното място, стимулиращи психичното здраве като например: медитация, mindfulness или друга релаксация, близка до културата на страната/компанията – болки в гърба и врата;
- възможност за професионална психологическа подкрепа по време на преходния период за адаптиране на новото работно място и/или след дълго отсъствие поради заболяване и/или временна нетрудоспособност – Депресия;
- възможност за ‘калибриране’ на лекарствата, за да се улесни ходенето на работа. Например- намаляване на лекарствата, които имат странични ефекти и/или допълнителни лекарства, които облекчават страничните ефекти – Диабет;
- възможност за получаване на медицински грижи извън типичното работно време – Депресия;
- възможност за придобиване на преносимо медицинско оборудване с цел да се намалят посещенията в лечебни заведения или аптеки. Например: преносимо оборудване за измерване на глюкозата, лития и нивата на FeNU – Диабет;
- възможност за установяване на качествени взаимоотношения с медицинските специалисти, социалните работници или специалистите по ЧР. Например- възможност за индивидуални консултации с експерти и получаване на обратна връзка – Болки в гърба и врата, исхемична болест на сърцето.

5. Обучение и самообучение

- Възможност за обучение за справяне с напрежението на работното място. Например: мениджмънт на симптомите на заболяването, умора, работни задачи и стрес- Болки в гърба и врата, Диабет;
- Достъп до консултации и/или литература, които предоставят съвети за управление на кариерата с оглед на хроничното заболяване – ХОББ, Диабет;
- Възможност за професионално обучение – Депресия, Диабет;
- възможност за сертифициране на специфични умения от рехабилитационен център, университет и/или професионален център – Болки в гърба и врата, всички заболявания;
- възможност за получаване на експертна консултация, обучение и финансови услуги за започване на собствен бизнес.

6. Подобряване на информацията и повишаване на знанието, свързано с обучението на колеги и други служители

- предоставяне на обучение на колегите и другите служители за симптомите, управлението на болестта и предизвикателствата за хронично болните на работното място с цел да се повиши информираността и да се намали стигмата – Диабет, Депресия;

- предоставяне на обучение за мениджърите и висшите служители за симптомите, управлението на болестта и предизвикателствата за хронично болните на работното място с цел да се повиши информираността и да се намали стигмата – Диабет, ХОББ;
- предоставяне на обучение и/или практически инструкции за колеги и мениджъри как да помогнат в работното ежедневие или при спешен случай. Например: как да дадат лекарство при криза или в какъв случай да се обадят на 112 – Диабет;
- предоставяне на обучение по общи здравни въпроси за служителите на ЧР и за екипа за назначаване на нови служители;
- предоставяне на обучение по психично здраве за служителите на ЧР и за екипа за назначаване на нови служители.

Тези промени не са свързани само с адаптация на физическата среда и организацията на работа, но и с образователните програми, здравните услуги и законодателството. Този широк списък от елементи подчертава, че заетостта (ре) интеграцията на хората с хронични здравни състояния изисква различни елементи и организация, както и качествена координация между тях.

10.3. ДОБРИ ПРАКТИКИ

Съвместното действие за хронични заболявания и здравословно стареене през жизнения цикъл (JA-CHRODIS)

Хроничните заболявания представляват основния дял от болестите в Европа и са отговорни за 86% от всички смъртни случаи. Хроничните заболявания засягат повече от 80% от хората на възраст над 65 години и представляват голямо предизвикателство за здравните и социалните системи. Приблизително 700 милиарда евро или 70-80% от бюджетите за здравеопазване се изразходват всяка година за хронични заболявания в Европа.

Съвместното действие за хронични заболявания и здравословно стареене през жизнения цикъл (JA-CHRODIS, 2014-2017) е европейска инициатива за сътрудничество, която се осъществява съвместно от Европейската комисия и 60 партньори⁶⁰ в отговор на общото предизвикателство на хроничните заболявания. Те работят заедно за идентифициране, утвърждаване, обмен и разпространение на добри практики за управление на хроничните заболявания в държавите-членки на ЕС и улесняват прилагането им по места.

Добри практики в „Здраве във всички политики“ (HiAP):

- Обществено здраве Англия обединява специалисти по обществено здраве (медицински специалисти и други специалисти, свързани с общественото здраве, както

⁶⁰ Партньорите включват национални и регионални отдели на здравни и изследователски институции от 26 държави-членки на Европейския съюз

и специалисти по екологично и психичното здраве и развитието на общността) в една мултидисциплинарна услуга.

- Дейности, основани на доказателства, разработени от Кралското дружество за обществено здраве във Великобритания са насочени към маргинализирани групи и предоставят обучение, съсредоточено върху промяна на поведението.
- Италианското министерство на здравеопазването води постоянен конструктивен диалог с хранително-вкусовата промишленост, в резултат на което някои компании доброволно подобряват хранителните качества на продуктите си, намаляват размера на порциите и количеството по-малко здравословните продукти в училищните столове.
- Приета обща етична рамка за законодателството в Норвегия и категорично прилагане на принципа “Здраве във всички политики”.

Институтът по медицина (ИОМ) предлага здравето във всички политики да се разглежда като проява на принципа на предпазливостта: „първо не вреди на здравето чрез политики или закони, приети в други сектори на правителството.“

Вместо да разглежда заболяванията като предизвикателство само за здравния сектор, Здравето във всички политики подчертава факта, че рисковите фактори за основни заболявания се променят чрез мерки, често предприети в други правителствени сектори, и/или части от обществото.

Образованието, заетостта и околната среда влияят върху рисковите фактори и тяхното разпределение сред групите от население, което води до неравенства в здравеопазването. Фокусирането върху здравето във всички политики може да измести акцента от индивидуалния начин на живот и здравния статус към социалните фактори и действия, които оформят жизнената среда и ежедневието. Това обаче не означава, че другите подходи в общественото здраве, като например здравната грамотност или превенцията на заболяванията губят значенето и ролята си.

Изводи и заключение

Лицата със специфични хронични здравни състояния могат да получат подкрепа при търсене и задържане на работа, ако състоянието им е класифицирано като „увреждане“ и в определена степен, съгласно националното законодателство и до колко „увреждането“ има отрицателно въздействие върху тяхната работоспособност.

Законодателството за хората с увреждания не винаги покрива лицата с хронични заболявания в зависимост от дефиницията на „увреждане“. Някои държавите използват тясно определение за увреждане, а други приемат дефиницията на Конвенцията за правата на хората лицата с увреждания^{61 62}, която би могла да бъде интерпретирана в по-широки граници.

⁶¹ The transition from an individual, medical perspective to a structural, social perspective has been described as the shift from a “medical model” to a “social model” in which people are viewed as being disabled by society rather than by their bodies.

По отношение на политиките, всички държави имат законодателни мерки срещу дискриминацията и предоставят подкрепа на лицата с увреждания. Такива политики не съществуват конкретно за лицата с хронични заболявания и те получават подкрепа в рамките на стратегиите за по-широки групи като хора с увреждания, уязвими социални групи, възрастни хора и др.

Всички политики са базирани на разбирането, че услугите за подкрепа за пазара на труда трябва да са общи, човеко-центрирани, интегрирани и достъпни. Някои от малкото съществуващи политики за активирането на пазара на труда на лицата с хронични заболявания не отговарят на промените в отношението към тези лица и тяхната заетост в обществото.

По отношение на подхода, държавите се различават една от друга в зависимост от това колко много акцентират върху подкрепата, стимулите или задълженията, за да улеснят интеграцията на хората с увреждания и намалена работоспособност. Например като страна, ориентирана към политиката на интеграция, Обединеното кралство предоставя по-малко категоризирани услуги за подкрепа, няма финансови стимули за работодателите под формата на субсидии за заплати и изисква безработни лица с намалена работоспособност да участват в дейности и програми за активиране на пазара на труда. В Норвегия политиката е подобна, но предоставя субсидии на работодателите и предоставя широк спектър от услуги, насочени към овластяване на работниците със здравословни проблеми. В Германия и Австрия има по-голяма категоризация по отношение на уврежданията, което затруднява достъпа до определени услуги на бюрата по труда. Тези страни предоставят финансови стимули на работодателите и използват квоти за наемане на работа на лица с увреждания, но не налагат допълнителни изисквания към кандидатите за работа. В средиземноморските държави ситуацията е доста сходна, а в посткомунистическите държави финансирането от ЕС играе важна роля в предоставянето на услугите за подкрепа.

По отношение на услугите, обхватът на специализираните услуги за повечето категории хронични състояния е ограничен. Лицата с хронични заболявания получават същите услуги за подпомагане на заетостта, както тези за лицата с увреждания или с намалена работоспособност. Единствено за лицата с психични заболявания има по-специализирани стратегии и услуги, което е логично, имайки предвид подчертано различните нужди на тези лица.

Важен въпрос, който трябва да бъде взет предвид е амбивалентната функция на социалните помощи, които могат да доведат до „капана на обезщетенията“.

Капанът на обезщетенията прави лицата с недобро здраве по-зависими от пасивни доходи (като обезщетения и помощи) и ги обезкуражава да навлязат или да се върнат на пазара на труда. Намалването на населението в работна възраст, от своя страна, оказва негативно влияние върху икономическия растеж.

⁶² „Дългосрочни физически, умствени, интелектуални или сензорни увреждания, които при взаимодействие с различни бариери могат да възпрепятстват тяхното пълно и ефективно участие в обществото на равна основа с другите“

Според проучване до 2050 г., най-вероятно, ще има недостиг от около 35 милиона работници или около 15% от общото търсене на работна ръка. Поради тази причина е важно да се осигури приобщаващ пазар на труда, който да бъде в състояние да отговори на бъдещето търсенето на работна ръка и да допринесе за устойчив растеж. Такъв приобщаващ пазар може да стане възможен, ако на всеки човек в трудоспособна възраст бъде предоставена възможност да участва в свободния пазар на труда и му/и бъде осигурена адекватна подкрепа за това.

Участието на лицата с хронични заболявания в свободния пазар на труда може да допринесе за справянето със социално-икономическите предизвикателства като използва потенциала на тези лица като, от друга облекчи бедността и социалното изключване, насърчи по-голямото участие на пазара на труда, увеличи предлагането на работна ръка и да намали обществените разходи за обезщетения за инвалидност. Освен това, заетостта има положително въздействие върху благосъстоянието, социалната интеграция и психичното здраве.

Резултатите от проучването на Pathways потвърждават, че в допълнение към затрудненията, свързани със здравословното състояние, има значителни немедицински фактори, които стимулират използването на дългосрочни болнични и не позволяват на лицата с хронични състояния да се върнат на работа. Такива фактори са възрастта, липсата на консултации за професионална рехабилитация и липсата на сътрудничество от страна на работодателите за промяна и адаптиране на условията на труд. От друга страна, възможността за промяна на условията на труд, подкрепа и консултации от страна за здравните служби и бюрата по труда, както положителното отношение на работодателите и колегите значително улесняват връщането на работа.

Следователно, подкрепата, предоставяна на лица с хронични заболявания при връщане или оставане на работа, не трябва да се ограничава само до рехабилитация, а трябва да включват адаптиране на условията на труд като по този начин се възприема био-психосоциален подход към заетостта. Заетостта е един от най-важните компоненти за осигуряване на качеството на живот на лицата с хронични заболявания и за постигането на интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж в рамките на стратегията „Европа 2020“.

Статистиката за Европа ясно показва, че хроничните заболявания представляват сериозно предизвикателство за обществото, като се отразяват отрицателно върху участието на пазара на труда.

До голяма степен съществуващите европейски и национални политики за активиране на заетостта не са конкретно насочени към лицата с хронични заболявания, а обхващат по-широки категории, като например хора с увреждания, дългосрочно безработни, уязвими групи и т.н. Трябва да се наблегне на факта, че стратегиите, насочени към хората с увреждания не винаги посрещат нуждите на пациенти с хронични и психични заболявания, тъй като потребностите от заетост и подкрепа на тези групи не винаги съвпадат.

Разработването на персонализирани програми за реалното включване на пазара на труда са в основата за подпомагането на лицата с хронични заболявания. Те трябва да включват

интегрирани услуги на здравната и социална система, психологическа подкрепа, както и по-голямото участие на работодателите.

Мултидисциплинарните интервенции са обещаващи стратегии, които биха могли да отговорят на сложността на нуждите на хората с хронични заболявания. Проучване на проекта PATHWAYS за нуждите на хората с хронични състояния показва, че връщането или задържането на работа е сложен процес и че нуждите, свързани с професионалния живот са с множество измерения. Тези мултидисциплинарни интервенции биха могли да отговорят на тази сложност като включват участието на различни професионалисти, които оценяват и предлагат конкретни мерки за улесняване на процеса на завръщане и/или запазване на работното място и развитие на професионалния живот.

Едно от възможните обяснения за липсата на категорични резултати по отношение на ефективността на интервенциите за подпомагане на лицата с хронични заболявания може да бъде хетерогенността на популациите, тежестта на заболяването, прогнозата, както и възможностите за модификация на лечението и работата.

Раздел 11. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПРЕПОРЪКИ

Данните от литературата, официалните статистически данни, действащото национално законодателство и резултатите от проведеното проучване недвусмислено показват необходимостта от разработване на конкретни препоръки за подобряване на безопасните и здравословни условия на труд на работещите с хронични заболявания, като се използват добрите практики на други страни.

Ситуационният контекст в нашата страна е различен, затова е невъзможно да пренесем детайлно моделите на работа у нас, тъй като те няма да отговарят на него. Налага се, ползвайки чуждия модел да адаптираме за български условия наш такъв, който може би за разлика от чуждия трябва да е насочен на този етап към стигматизиращото отношение на работодателите, лобиране на работодатели и повлияване на негативните им нагласи, като опосредстване процеса на търсене на работа при хронично болните хора с артериална хипертония, диабет и ХОББ.

Важен акцент е създаване на възможности от страна на работодателите за наемането на работа на такива пациенти, за да се изгради липсващата социална среда, която да позволи формирането на положителна идентичност чрез принадлежност. Друг акцент е включването на близки и роднини в работата поради тяхната изключително важна роля за оцеляването и запазването чувството за принадлежност.

Холистичният подход към здравните проблеми на пациента, семейството и общността изисква обединяване на усилията на различни медицински и немедицински специалисти за поддържане на живот в добро качество. Подобен подход предопределя необходимостта от намаляване на инвалидността посредством ранна и продължителна във времето рехабилитация и трудотерапия до максималното възможно ниво на възвръната работоспособност.

За да се преодолеят проблемите, е необходимо перспективата за развитие на системата на експертизата на работоспособността да следва европейския принцип на „рехабилитация-интеграция-връщане на пазара на труда“ вместо инвалидна пенсия.

Включването в състава на ТЕЛК на рехабилитатор-трудотерапевт ще даде възможност да се въведе този принцип и у нас. Очакваните резултати са бърза и навременна рехабилитация с насоченост към способността за труд чрез изготвяне на индивидуална рехабилитационна програма от ТЕЛК, като неизменна част от експертното заключение. ТЕЛК би могла да извърши нова оценка на трайно намалената работоспособност след приключила рехабилитация и трудотерапия. Осигуряването на навременни и дългосрочни комплексни рехабилитационни грижи, определени в експертното заключение на ТЕЛК, е верният път за връщане към професията и пазара на труда вместо инвалидна пенсия до края на живота.

В настоящия момент връщане на „пазара на труда“ на хора с хронични заболявания, зависи от индивидуалния случай и можем да твърдим, че е почти невъзможно да бъде избегната

стигмата „хронично болен“. Длъжници сме на хората, които живеят в изолация, предвид спецификата на техните хронични заболявания.

Данните от литературата, официалните статистически данни, действащото национално законодателство и резултатите от проведеното проучване недвусмислено показват необходимостта от разработване на конкретни препоръки за подобряване на безопасните и здравословни условия на труд на работещите с хронични заболявания, като се използват добрите практики на другите страни. Същевременно предлагане на форми и инициативи, мерки, политики и методически материали за подпомагане дейността на социалните партньори, мениджърите в предприятията, специалистите по човешки ресурси и синдикалните дейци за подобряване на социалния диалог и управлението на човешките ресурси, с акцент върху осигуряване на работна среда, съобразена със специфичните изисквания и потребности на работещите с хронични заболявания, с цел насърчаване на по-дълъг трудов живот и способност за работа.

Раздел 12. ЛИТЕРАТУРНИ ИЗТОЧНИЦИ

1. Дж. Далгрен и М. Уайтхед, 1993.
2. WHO, 2007.
3. WHO. (2001). Macroeconomics and Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.
4. Годишен доклад на министъра на здравеопазването „Доклад за здравето на гражданите в Р България и изпълнението на Националната здравна стратегия за 2018 г.“
5. НСИ, Евростат, 2018.
6. Доклади НЗОК, 2017,2018 г
7. Диабетен регистър , 2016 г
8. Cardiovascular diseases. Fact sheet N°317, WHO, Updated January 2013. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317>
9. Артериална хипертония. Медицински Дайджест, бр. 1, 2013. достъпно на: http://spisaniemd.bg/md/2013/1/md_2013_1.pdf
10. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization 2011.
11. A global brief on Hypertension. Silent killer, global public health crisis. World Health Organization 2013. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1
12. Европейското здравно интервю, 2014. <https://www.nsi.bg/bg/content/13664/%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%87%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%BD%D0%B8-%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%B8>
13. Европейско здравно интервю, 2008. <https://www.nsi.bg/bg/content/13652/%D0%BF%D1%8A%D1%80%D0%B2%D0%B0-%D0%B2%D1%8A%D0%BB%D0%BD%D0%B0-%E2%80%93-2008-%D0%B3%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0>
14. Артереална хипертония. https://bg.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D0%BD%D0%B0_%D1%85%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F
15. Williams, В и др. Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV.. // Journal of human hypertension 18 (3). 2004 Mar. с. 139 – 85.
16. Whelton PK et al.. Primary prevention of hypertension. Clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program. // JAMA 288 (15). 2002. DOI:10.1001/jama.288.15.1882. с. 1882 – 1888.
17. He, FJ и др. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure.. // Cochrane database of systematic reviews (Online) (3). 2004. с. CD004937.
18. Your Guide To Lowering Your Blood Pressure With DASH (PDF). // Посетен на 8 юни 2009.
19. Nelson, Mark. Drug treatment of elevated blood pressure. // Australian Prescriber (33). с. 108 – 112. Посетен на 11 август 2010.
20. Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. // Cochrane Database Syst Rev (4). 2009. DOI:10.1002/14651858.CD000028.pub2. с. CD000028.
21. Цолова, Г. Програма СИНДИ преди и сега. С., 2015, 100 с.
22. WHO. COPD FactSheet No 315. 2009. Available from www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/index.html
23. Buist S et al. Lancet 2007;370:741–50.

24. Добрев П. „Хронична обструктивна белодробна болест“, 1983, София, 28-52.
25. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, 2010.
26. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, revised 2011.
27. Noujeim C., Bou-Khalil P. COPD updates: What's new in pathophysiology and management? Expert Rev Resp Med. 2013;7(4):429-437 <http://www.expert-reviews.com/toc/ers/7/>
28. Чучалин А.Г. Табакокурение и болезни органов дыхания, РМЖ, 2008, том 16, №22, 44-45.
29. Rahman I., Adcock IM. Oxidative stress and redox regulation of lung inflammation in COPD. Eur Respir J 2006; 28: 219–242.
30. Macrotte R., Wang E., Replicative senescence revisited. J. Gerontol. A Biol Sci. Med. Sci. 2002;57, B 257-69.
31. Shapiro, SD. Elastolytic metalloproteinases produced by human mononuclear phagocytes: potential roles in destructive lung disease. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1994, Dec;150(6 Pt 2):S160'4"
32. Finkelstein R, Fraser RS, Ghezzo H, Cosio MG. Alveolar inflammation and its relation to emphysema in smokers. Am J Respir Crit Care Med. 1995 Nov;152(5 Pt 1):1666'72.
33. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD Updated, 2014, http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report2014_Feb07.pdf
34. Цв. Танкова, „Захарният диабет като медицински проблем и решенията в България“ Кръгла маса – Парламент, 06.11. 2019.
35. С. Захаријева, Национална диабетна програма и възможно решение. “ Кръгла маса – Парламент, 06.11. 2019 г.
36. З. Миткова, Захарният диабет през призмата на фармакоикономиката. “ Кръгла маса – Парламент, 06.11. 2019 г.
37. Villosio C., DiPierro D., Giordanengo A., Pasqua P., Richiardi M. Working conditions of an aging workforce. Dublin, Ireland: European Foundation of improvement of living and working conditions, 2008.
38. Вангелова, К., С. Евстатиева. Осигуряване на здраве и безопасност при работа за застаряващите работещи. Проект „Укрепване на капацитета на специалистите по здраве при работа за подобряване здравето на застаряващата работна сила (E-CAPACIT8)“. НЦОЗА, С., 2016, 56 с.
39. Ilmarinen I. XXIXth International Symposium of the ISSA Construction Section on occupational Health in Construction Industry. Brussels 23-25 November 2009.
40. Shephard RJ. Age and physical work capacity. Exp Aging Res 1999; 25: 331-343.
41. Schibye B, Hansen AF, Srgaard K, Christensen H. Aerobic power and muscle strength among young and elderly workers with and without physical demanding work tasks. Appl Ergon 2001;32: 425-431.
42. De Zwart BCH, Frings-Dresen MHW, van Dirk FJH. Physical work load and the aging worker: review of the literature. Int Arch Occup Environm Health 1996; 68:1-12.
43. Минчева, Л., К. Вангелова. Сменна и нощна работа – трудовомедицински проблеми и решения. Ръководство. МТСП, Фонд „Условия на труд“. С., 2007.
44. Akerstedt T. Work hours, sleepiness and underlying mechanisms. J. Sleep Res. 1995,4 Suppl.2: 15-22.
45. Boggild H., Knutsson A. Shiftwork, risk factors and cardiovascular disease. Scand. J. Work Environ. Health 1999; 25: 85-99.
46. Knutsson A. Health disorders of shift workers. Occup. Med. 2003; 53:103-108.
47. Hampton S.M., Morgan L.G., Lawrence N., Anastassiadou T., Norris F., Arendt J. Postprandial hormone and metabolic responses in simulated shiftwork. J. Endocrinol. 1996;151:305-310.
48. Ribeiro D.C.O., Hampton S.M., Morgan L., Deacon S. Altered postprandial hormone and metabolic responses in simulated shiftwork environment. J. Endocrinol. 1998; 158: 305-310.

49. Nagaya T, Yoshida H, Takahashi H., Kawai M. Markers of insulin resistance in day and shift workers aged 30-59 years. Intern. Arch. Occup. Environ. Health 2002; 75: 562- 568.
50. Доклад Национално изследване на условията на труд в България по проект VC051P0001 „Превенция за безопасност и здраве при работа“. Обединение национално изследване на условията на труд, 2011 г. София. <http://www.bilsp.org/index.php?t=186>
51. Ilmarinen I. XXIXth International Symposium of the ISSA Construction Section on occupational Health in Construction Industry. Brussels 23-25 November 2009.
52. Shephard RJ. Age and physical work capacity. Exp Aging Res 1999; 25: 331-343.
53. Здравословни и безопасни условия на труд I част. Програма ЗБУТ за обучение на работодатели и ръководен персонал и фирми по проблемите на осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд, съгласно действащото законодателство в Р България. БСК, МТСП, С., 2019, 116 с.
54. Лоусън А, Финкелстайн В. Уврежданията и европейският подход на базата на правата – някои стратегии за изграждане на приобщаващо общество. Връщане назад към социалния модел на инвалидността. София: Център за независим живот; 2005. Available from: <http://www.cil-bg.org/05.11.2018>.
55. World Health Organization. Technical Report Series. 1958; 158.
56. www.path-ways.eu.
57. EU Directive on Employment Equality 2000/78/EC
58. European Disability Strategy 2010-2020
59. Препоръка на Комисията 2008/867 / ЕО относно активното включване на хора, изключени от пазара на труда.
60. Делото Chacón Navas
61. Препоръка на Комисията от 2008 г. относно активното приобщаване на лицата, изключени от пазара на труда.
62. www.path-ways.eu

Списък на таблиците и фигурите

Фигура 1. Детерминанти на здравето.....	11
Фигура 2. Възрастова пирамида на населението в България.....	21
Фигура 3. Обща смъртност в България и ЕС (на 100 000 население)	22
Фигура 4. Структура на умиранията по причини в България през 2018 г.....	23
Фигура 5. Показатели за раждаемост, обща смъртност и естествен прираст (на 1000 души)	23
Фигура 6. Средна продължителност на живота на населението в България по пол през отделни времеви периоди.....	24
Фигура 7. Структура на прегледите с диагностицирани хипертония, диабет и ХОББ при ПИМП	31
Фигура 8. Структура на прегледите с диагностицирани хипертония, диабет и ХОББ при СИМП	32
Фигура 9. Структура на хоспитализациите по повод хипертония, диабет и ХОББ.....	33
Фигура 10. Освидетелствани лица с призната трайно намалена работоспособност/ вид и степен на увреждане по повод Захарен диабет	34
Фигура 11. Освидетелстваните лица с призната трайно намалена работоспособност/ вид и степен на увреждане по повод Хипертонични болести.....	34
Фигура 12. Освидетелстваните лица с призната трайно намалена работоспособност/ вид и степен на увреждане по повод ХБДДП.....	35
Фигура 13. Умирания от Захарен диабет.....	36
Фигура 14 - Умирания от Хипертонични болести	36
Фигура 15 - Умирания от ХБДДП	37
Фигура 16 - Структура на изплатените средства за хипертония, диабет и ХОББ в ПИМП за 2018 г. (в %) ...	38
Фигура 17 - Структура на изплатените средства за хипертония, диабет и ХОББ в СИМП за 2018 г. (в %) ...	39
Фигура 18 - Структура на изплатените средства за хоспитализирани пациенти с хипертония, диабет и ХОББ за 2018 г. (в %).....	39
Фигура 19 - Изплатени средства за хипертония в ПИМП за 2017-2018 г. по възрастови групи (в лв.)	40
Фигура 20 - Изплатени средства за диабет в ПИМП за 2017-2018 г. по възрастови групи (в лв.)	40
Фигура 21 - Изплатени средства за ХОББ в ПИМП за 2017-2018 г. по възрастови групи (в лв.)	41
Фигура 22 - Изплатени средства за артериална хипертония в СИМП за 2017-2018 г. по възрастови групи (в лв.)	41
Фигура 23 - Изплатени средства за диабет в СИМП за 2017-2018 г. по възрастови групи (в лв.).....	42
Фигура 24 - Изплатени средства за ХОББ в СИМП за 2017-2018 г. по възрастови групи (в лв.).....	42
Фигура 25 - Изплатени средства за хоспитализирани пациенти с артериална хипертония за 2017-2018 г. по възрастови групи (в лв.)	43
Фигура 26 - Изплатени средства за хоспитализирани пациенти с диабет за 2017-2018 г. по възрастови групи (в лв.).....	43
Фигура 27 - Изплатени средства за хоспитализирани пациенти с ХОББ за 2017-2018 г. по възрастови групи (в лв.).....	44
Фигура 28 - Структура на умиранията по причини (%)	45
Фигура 29 - Рискови фактори за инсулт	46
Фигура 30 - Разпространение на лицата с 1,2,3 и повече заболявания по пол и възрастови групи (%)	48
Фигура 31 - Какво ни чака?	50
Фигура 32 - Разпространение на ХОББ в Европа.....	51

Фигура 33 – Диагностицирани пациенти с ХОББ	52
Фигура 34 – Групи пациенти по GOLD.....	55
Фигура 35 – Хипергликемия – върхът на айсберга при захарен диабет.....	56
Фигура 36 - Разходи за захарен диабет в България.....	57
Фигура 37 - Разпределение на анкетиранията лица по пол и възрастови групи (в %).....	61
Фигура 38 - Разпределение на анкетиранията лица по пол и самооценка на здравето (в %)	63
Фигура 39 - Относителен дял на лицата с АХ, ХОББ и диабет по възрастови групи (в %)	64
Фигура 40 - Относителен дял на анкетиранията лица с АХ, диабет и ХОББ по пол (в %).....	64
Таблица 1 - Възрастови промени в сърдечносъдовата и дихателната система и влиянието им върху извършването на трудова дейност (цит. по 27)	65
Фигура 41 - Разпределение на анкетиранията лица с АХ според продължителността на временната неработоспособност по пол (в %)	66
Фигура 42 - Разпределение на анкетиранията лица с ХОББ според продължителността на временната неработоспособност по пол (в %)	66
Фигура 43 - Разпределение на анкетиранията лица с диабет според продължителността на временната неработоспособност по пол (в %)	67
Фигура 44 - Разпределение на лицата по заболявания в зависимост от брой хоспитализации (в %)	67
Фигура 45 - Относителен дял на анкетиранията при специфични условия (в %)	69
Фигура 46 - Относителен дял на анкетиранията, работещи във вредна среда (в %)	70
Фигура 47 - Разпределение на анкетиранията в зависимост от спазване на регламентираните почивки (в %)	71
Фигура 48 - Разпределение на анкетиранията в зависимост от проверката на работните места за безопасни и здравословни условия на труд (в %)	72
Фигура 49 - Значими за здравето фактори според анкетиранията (в %)	73
Фигура 50 - Комплексна рехабилитация, социална интеграция и връщане на пазара на труда	94

Раздел 13. ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Според проучването на PATHWAYS, в страни, участващи в проучването, няма законови рамки, които да обхващат конкретно заетостта и интеграцията на пазара на труда на лицата с хронични заболявания. В повечето случаи, лицата с хронични заболявания се считат за част от лицата с увреждания и намалена работоспособност. Следователно, те могат да бъдат обхванати от законодателството за хората с увреждания в зависимост от вида на хроничното заболяване и спецификата на националната система за класификация.

Законодателни рамки за психичното здраве и заетост

Изключение прави законодателството за психичното здраве и заболявания, където са на разположение по-конкретни рамки. Например, в Норвегия има национален стратегически план за работа и психично здраве, а във Великобритания е публикувана национална стратегия „Пет годишен план за психично здраве“ за Националната здравна служба в Англия.

Legislative Frameworks on Disability and Employment

Законодателните рамки за хората с увреждания във всички страни осигуряват защита срещу дискриминацията на работното място и осигуряване на равни възможности и в изпълнение и на Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания (UNCRPD). В зависимост от националното законодателство и определението на „физическо и психическо“ увреждане, лицата с хронични заболявания могат да бъдат признати за „инвалид“ и да се ползват от защитата и допълнителните обезщетения на лицата с увреждания.

Във всички страни, Службите по заетостта имат за цел да предоставят услуги на лица с намалена работоспособност и разполагат с отдели и/ или персонал, който може да насочи кандидатите за работа със специфични нужди към специализирани служби. Политиките, позволяващи достъп до подкрепа и рехабилитация за подпомагане на заетостта за лица с хронични заболявания без да се изисква статут на инвалид.

Всички държави предоставят подкрепа на хора с увреждания или лица от уязвими социални групи при намирането, получаването и оставането на работа. Въпреки това в повечето страни тази подкрепа не е достъпна автоматично за лица с хронични заболявания. Във всички страни от средиземноморския социален модел⁶³, инвалидността е изискване за получаване на подкрепа при търсенето на работа. В Гърция, например, хората с хронични заболявания и с инвалидност под 50% не могат да получат достъп до програми за рехабилитация, независимо дали все още се нуждаят от подкрепа. Подобна е ситуацията и в Австрия, но определението за „инвалидност“ е различно в двете страни. В някои случаи, както в Полша, лицата изобщо нямат достъп до пазара на труда, ако бъдат класифицирани като „неспособни да участват на пазара на труда срещу заплащане“. В Испания, обаче, лицата с

⁶³ Гърция, Италия и Испания

хронични заболявания имат възможност да получат помощ при адаптиране към работното място. Във Великобритания и Норвегия лицата със здравословни проблеми имат възможност да получат за включване на пазара на труда. Например, във Великобритания лицата с онкологични заболявания автоматично получават достъп до същите услуги, които са достъпни за хора с увреждания.

Човеко-центрираният подход и индивидуалните услуги са водещият принцип в законодателството на страните –членки, но този принцип трудно се прилага на практика тъй като коректното изпълнение зависи от човешките ресурси в бюрата по труда, тяхната компетентност, мотивация и финансиране. Например в Чешката република, липсата на достатъчно финансиране затруднява бюрата по труда, като по този начин съществува риск нуждите на кандидатите за работа да не бъдат оценени адекватно.

Policy Provisions on Localized and Accessible Employment Service Provision

В Средиземноморските страни като Италия и Испания, различните региони предоставят различни услуги за подкрепа. Това различие може да се разглежда като възможност за предоставяне на по-разнообразни, местни и по-подходящи механизми за подкрепа, но, от друга страна, може да допринесе до предлагане на неравностойни услуги за лицата в зависимост от това къде живеят. Във Великобритания и Норвегия службите по заетостта, които работят чрез местни клонове, и услугите, които предлагат за изцяло унифицирани.

Национални системи:

Подкрепа за заетост на отворения пазар на труда

Политиките във всички страни са насочени към интеграция на лицата в свободния пазар на труда. Ефективността на такива мерки и качеството на тяхното прилагане обаче могат да варират между различните страни.

Employment Support through Social Enterprises or Social Cooperatives

Социалните предприятия имат различни форми в различните страни. Едни от най-разнообразните и насочени към бизнеса форми на социална икономика е тази на Обединеното кралство. Пазарният подход е водещ и се подчертава и от използваната терминология по отношение на социалните предприятия. Например, терминът от държавни „субсидии“ е заместен със социални „инвестиции“.

В повечето страни, защитените работни места/ работилници се считат за последната възможност за работа и трудова рехабилитация за лицата, които не могат да бъдат наети на свободния пазар на труда. Те са насочени към лица с (тежки) физически и интелектуални увреждания, както и за лица с психични заболявания, но не са подходящи за лица с други хронични заболявания.

Стимули за лица с хронични заболявания да участват в програми за активиране.

По принцип се използват два подхода за стимулиране на лицата с хронични заболявания:

- Обезщетения, които са зависими от участието в различни програми и дейности за (ре-) интеграция на пазара на труда свързани с работата⁶⁴;
- Възможност за комбиниране на обезщетения и заплата. Повечето държави дават тази възможност в зависимост от степента на увреждане, например в Германия, Чехия и Испания

Финансови стимули за работодателите да назначават/задържат лица с хронични заболявания: Повечето държави временно субсидират заплатите на наетото лица с изключение на Обединеното кралство.

Нефинансови стимули за работодателите да назначават/задържат лица с хронични заболявания

Нефинансовите стимули са главно под формата на корпоративна социална отговорност (КСО). По-големите компании, които имат специалисти по трудова медицина, имат възможност да предоставят програми за връщане на работа и да управляват успешно дългосрочни болнични с цел да окажат положително въздействие върху служителите и потенциала на компанията си. Във Великобритания и Норвегия, където няма квотни задължения и значителни финансови стимули за работодателите, силно е поставен акцентът върху нефинансовите стимули като подобряване и поддържане на добър имидж на компанията, привлекателно място за работа и подчертаване на ползите от наемането и задържането на лица със здравословни предизвикателства.

Задължения на лицата с хронични заболявания

Има три основни групи държави по отношение на отговорността на хората с увреждания, включително лицата с хронични заболявания за участие в мерки за активиране на пазара на труда:

- Държави, които имат правило за рехабилитация преди обезщетения (Норвегия, Обединеното кралство);
- Държави, които имат разпоредби за рехабилитация преди обезщетения, но не се прилагат адекватно (Германия и Австрия);
- Държави, които нямат правилото за рехабилитация преди обезщетения (Италия, Гърция, Полша, Чехия, Испания и др. в този доклад са разгледани всички средиземноморски и посткомунистически модели).

⁶⁴ Work assessment Allowance, Qualification benefit, and Support when participating in measures in Norway; Employment and support allowance for certain recipients in the UK

Задължения на работодателите

Повечето държави имат квотни системи за лица с увреждания, в които могат да бъдат включени лица с хронични заболявания. Изключение правят Обединеното кралство и Норвегия, където няма квотни изисквания.

Общи и специализирани служби по заетостта за лица с хронични заболявания

Услугите за подкрепа на заетостта за лица с психични заболявания са специфични и специализирани, докато за останалите категории лица с хронични заболявания, услугите не са специализирани и тези лица използват общите услуги, достъпни за лицата с увреждания. Срещат се изключения, когато пациентски организации за специфични заболявания, предоставят услуги на техните целеви потребители. Например, сдружения на онко-болни, с ХОББ и други, които се фокусират върху предоставяне на качествена информация, стратегиите за справяне, подкрепа и т.н.

Примери от държави-членки на ЕС

Австрия

Лицата с хронични заболявания/инвалидност използват всички основни (общи) услуги на Обществените услуги за заетост на Австрия (AMS). През 2011 се изменя Закона за труда и здравето, въвеждайки промени за "Интеграция стъпка по стъпка". В резултат се въвежда програмата "fit2work" ("Във форма за работа"), която предлага съвети и консултации за по-възрастни служители и лица с хронични заболявания/инвалидност.

Сътрудничество между различни институции и интегриране на услугите е една от основните характеристики на програмата "fit2work", която се прилага от регионални партньори⁶⁵. Конкретен успешен пример е компанията "Josef Manner & Comp. AG, която въвежда програмата с цел да предостави условия на труд, подходящи за служителите си. Решението е взето от компанията след направено проучване, открояващо три въпроса-

⁶⁵ Association of Austrian Vocational Training and Rehabilitation Centres (Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum, BBRZ-Gruppe).

⁶⁶ Описание: Fit2work не е програма за компаниите, но за служителите. Те трябва да бъдат активни, защото треньорите от Fit2work са само консултанти, които подпомагат потребителите на програмата да намерят най-адекватните за тях мерки.

Fit2work не може категорично да бъде класифицирана като програма за ранна намеса, защото зависи от това в кой момент заинтересованите служители ще се свържат с консултантите/треньорите.

Не е задължително дейностите на Fit2work да се извършват на работното място. Много често ново работно място трябва да бъде намерено. Много често, специалистите по трудова медицинска на работното място прилагат принципите на Fit2work.

Защо е добра практика? Fit2Work е сътрудничество между много институции и се фокусира върху лицата, които отсъстват дългосрочно от работното място, заради хронични заболявания.

здравословни проблеми (болки в гърба), условия на труд (шум, температура и т.н.) и лидерство и сътрудничество в работата.

На базата на проучването се въвеждат няколко мерки като обучение за овладяване на болката в гърба (комплекс упражнения, промяна на начин на живот), поверителни разговори със служителите, ново оборудване за повдигане на тежести, ергономични столове и семинари за лидери.

Оценката на програмата демонстрира, че след въвеждането ѝ има по-малко здравословни проблеми и че Индексът за работоспособност се е подобрил. Въведените технически мерки също доказват своята ефективност като, например, намаляването на шумовите нива и излагането на течение.

Човечно-центрираният подход и индивидуализираните услуги на Fit2work предоставят безплатни услуги, ако нечие работно място е застрашено или лице е затруднено да си намери работа, заради здравословни проблеми. В рамките на програмата Fit2work трябва да се извърши ранна оценка на последиците от заболяване, за да се открие рано рискът от развитие на хронично заболяване, което може да повлияе на работоспособността.

В допълнение, кейс мениджърите (case managers) на Fit2work предоставят подкрепа и помощ, при нужда. В началото се прави преценка за оценяване на индивидуалните нужди, след това, консултантите изготвят план за действие, съвместно с лицето.

Подкрепената заетост е основна програма за труд в Австрия, започнала през 1992 с два пилотни проекта за индивидуална помощ за лица с физически и психически увреждания. През 1994, тази услуга става достъпна за по-широк кръг лица на национално ниво. Адаптиране на работното време зависи от споразумението между работодателя и заинтересованото лице, може да зависи от колективния договор в различните индустрии или трудовите договори. Работодателят може да бъде консултиран, при нужда, за начините на организиране на гъвкаво работно време.

Управление на инвалидността ('Disability Management') е разработено в някои големи компании като например Австрийската национална банка. Специфични проекти са стимулирани като 'Ракови заболявания и работа', който предоставя консултации на лицата и бизнеса. Някои от допълнителните улеснения са допълнителни дни отпуска или лични асистенти на работното място.

Съществуват различни видове социални предприятия или кооперативи, които предоставят предимно временни места за обучение и консултиране за лицата с хронични заболявания или инвалидност с цел да ги подготви за пазара на труда. "Защитените работни места" се предоставят само на лица с трудоспособност по-малко от 50%. Тези лица нямат трудов договор и заплата, а получават 90 евро джобни пари. Следователно, те не получават ползите от това да са на работа като пенсионни осигуровки. Повечето от 20.000 хиляди лица по тази програма са с интелектуални увреждания.

През 2012 година австрийският социален закон се изменя като заменя временните пенсии за инвалидност (които могат да станат постоянни) с периодични суми за рехабилитация в

период за 12 месеца. Също така, лицата получават подкрепа от кейс мениджър (case manager), който предоставя медицински услуги и професионално обучение с цел по-бързото връщане на пазара на труда.

Работодателите, които наемат/задържат лица с хронични заболявания или инвалидност могат да получат „субсидия за интеграция“⁶⁷. Първите три месеца, субсидията покрива 100% от заплата и 50% от допълнителните разходи като здравни и пенсионни застраховки, а за последващите девет месеца, субсидията покрива 50% от заплата и 25% от допълнителните разходи. След тази първа година, работодателят може да получава постоянна, годишна финансова подкрепа⁶⁸ за служителите с инвалидност с цел промяна и поддръжка на физическата среда.

Задължения на хронично болните – Лицата с хронични заболявания трябва да премина през необходимото медицинско лечение и рехабилитация. Този процес се наблюдава съветници в процеса на рехабилитация, чиито задължения често са ограничени до наблюдение на използването на здравната система и промяната в здравословното състояние.

От 90-те години насам, водещият принцип в Австрия е „рехабилитация преди пенсия“, но приложението му е не толкова категорично, въпреки споменатите по-горе законодателни промени през 2012. Всеки под 50 годишна възраст трябва да премине рехабилитация, първо медицинска и после професионално обучение за преквалификация, но това се оказва невъзможно за множество здравни състояния. Това е причината, поради която само стотици преминават целия процес на рехабилитация, а хиляди получават финансовата сума за рехабилитация.

Задължения на работодателя – Всеки работодател с най-малко 25 служители е задължен да наеме едно регистрирано лице с процент инвалидност за всеки 25 служители (4%).

Някои лица (т.е. хора с увреждания, лица с увреждания на определена възраст) имат по-голяма ‘тежест’ и се отчита за двама. Предприятията, които не спазват изискването, трябва да плащат такси, които не са много високи: месечна глоба от 248 евро (малки фирми) до 370 евро (големи компании). Фактът, че работодателите могат да „изкупуват“ задължението, вместо да наемат хора с увреждания, води до това, че 75% от всички компании избират да платят глобата.

Бюра по труда и услуги за лицата с хронични заболявания

Асоциацията на австрийските центрове за професионално обучение и рехабилитация⁶⁹ предлага преквалификация за различни работни места в различни области.

Достъпът е ограничен и нито едно лице няма абсолютно право да получи образование и (пре-) обучение за получаване на допълнителни умения и квалификации. Преквалифицирането

⁶⁷ “Eingliederungshilfe”

⁶⁸ IBH, Integrationsbeihilfe

⁶⁹ Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum, BBRZ-Gruppe6)

на лица, които са в отпуск по болест или получават помощ за рехабилитация, е възпрепятствано от понятието „защита на заетостта“⁷⁰.

Това означава, че лицето може да бъде назначено само на подходяща работа, свързана с предишния му/ ѝ опит или обучение. Следователно човек, който е извършвал висококвалифицирана работа, се третира различно от човек, който е извършвал работа с ниска квалификация. Висококвалифицираното лице не може да бъде прехвърлено на нискоквалифицирана работа и следователно, може да получи пенсия за инвалидност (ако няма подходяща работа на нейното/неговото ниво), докато нискоквалифицираният служител трябва да приеме всяка оферта за нискоквалифицирана работа и може да не получи инвалидна пенсия.

За служителите в администрацията се прилагат същите принципи, но се основават на нивото на доходите. Върховният съд постанови, че огромната загуба на доходи е неоснователна и следователно може да бъде причина за получаване на пенсия, вместо да бъде задължено лицето да започне работа, която плаща много по-малко от това, което е печелило преди.

Чехия

Професионалната рехабилитация е достъпна за лица с функционални ограничения. Функционалната оценка на хората с увреждания или здравословни проблеми се извършва от (пре-)образователни центрове, в които където се използва обща методология за оценка⁷¹. Оценката е фокусирана върху работния потенциал и индивидуалните ограничения. В цялата страна има 13 (пре-)образователни центрове. Лицата могат да бъдат насочвани към професионални центрове от общопрактикуващи лекари, други лекари или бюрата по труда. (Пред-)професионалните центрове предоставят резултатите от оценката на бюрата по труда, които от своя страна могат да ги предоставят съответните служби по заетостта.

Концепцията за подкрепена заетост не е изрично спомената в чешкото законодателство, но основните ѝ принципи се следват при разработването на други инструменти, използвани за подпомагане при търсенето на заетост на хората с увреждания и лошо здраве.

Основният инструмент, използван в Чешката република за тази цел, е професионалната рехабилитация (Pracovní rehabilitace). Инструментът е въведен в част III на Закона за заетостта № 435/2004 Coll.2 Определя се като непрекъсната дейност, насочена към получаване и поддържане на подходяща заетост за хора с увреждания. Професионалната рехабилитация предвижда заетост на пазара на труда и включва мерки, съобразени с индивидуалните нужди и консултации.

Бюрата по труда осигуряват финансиране за професионална рехабилитация и работи в сътрудничество с работодатели, образователни институции, НПО, лекари и здравни служби. Професионалната рехабилитация е достъпна за хора с увреждания, но и за лица със

⁷⁰ (Berufsschutz).

⁷¹ ICF

здравословни състояния, причиняващи намалена работоспособност в случаите, когато тази интервенция се препоръчва от лекуващ лекар или от органите за социално осигуряване. Следват инструменти, които могат да бъдат използвани като част от професионалната рехабилитация:

Преквалификация (rekvalifikace): Бюрото по труда може да препоръча, подкрепи и улесни преквалификацията на търсещите работа. Финансирането (еквивалент на 60% на средния доход, получен на предишното работно място, но не надвишаващи 65% от средната работна заплата в Чехия) е предвидено за разходи, свързани със задържането на служителя, както и за преквалификацията му/й докато той/тя преминава курсове за преквалификация и получава финансова подкрепа за безработица. Преквалификацията трябва да бъде одобрена от Бюрото по труда и съгласувана с търсещия работа.

Програмите за консултиране (poradenské programy) се организират като групови дейности, насочени към насърчаване на самочувствието и мотивацията на търсещите работа. Тези програми целят да развият и задълбочат комуникативните, компютърните и презентационните умения на участниците, както и да предоставят информация за техниките за търсене на работа и управление на работата и служебните задължения.

Подкрепа за заетост чрез защитена работа: Защитена работна позиция⁷² е длъжност, създадена от работодател за лице с увреждане въз основа на писмено споразумение с Бюрото по труда. Защитена работилница е работна единица, в която минимум 60% от служителите са лица с увреждания. Финансовата подкрепа за защитеното работно място или защитени работилници се предоставя чрез частично възстановяване на оперативни разходи и разходи за труд. По принцип обществените служби по заетостта се опитват да насочат търсещите работа (безработните лица) към свободния пазар на труда чрез професионална рехабилитация, като защитената заетост е последната възможност за лица с тежки увреждания. Некоректното прилагане на програмите за рехабилитация и професионалното обучение, обаче, води до увеличаване на броя на хората с увреждания в защитени работилници/ работни места.

Стимули за лица с хронични заболявания за участие в програми за активизиране:

Частичните обезщетения за инвалидност могат да бъдат съвместими с работата (и получаване на заплата) в определени случаи:

- Ако полученият месечен доход не надвишава 66% от личната база за оценка, върху която е изчислена пенсията, частичната пенсия за инвалидност се изплаща в пълния ѝ размер;
- Ако месечният доход е между 66% и 80% от базата за оценка, частичната пенсия за инвалидност се изплаща на 50%;
- Ако месечният доход надвишава 80%, частичната пенсия за инвалидност не се изплаща. Частичната пенсия за инвалидност се изплаща в пълния ѝ размер, ако общият

⁷² (chráněné pracovní místo)

доход за една календарна година не надвишава сумата от минималния доход x 12 месеца. Частична пенсия за инвалидност също се изплаща независимо от доходите, ако лицето е получило пенсия поради увреждане, което значително утежнява общите й условия на живот. Този вид пенсия се отпуска, дори ако бенефициентът работи в чужбина.

Финансови стимули за работодателите да наемат / задържат лица с хронични заболявания

По закон, работодателите с работна сила, при които над 50% са лица с увреждания, имат право на финансови стимули. Стопанските субекти, които създават работни места за хора с увреждания, могат да получат финансови стимули в размер до осем пъти над средната работна заплата от съответното Бюро по труда. Съгласно Закон № 435/2004 Coll. относно заетостта, част трета, раздел 79, Бюрата по труда също отговарят за предоставянето на информация и съвети по въпроси, свързани с наемането на хора с увреждания, както и финансирането на адаптацията към работните места на свободния пазар на труда.

Работодателите получават отстъпка от данъка върху дохода, както и разходите за обучение на служители с увреждания могат да им бъдат възстановени напълно.

Задължения на работодателите – Съгласно Закон № 435/2004 Coll. Работодателите с работна сила над 25 души са длъжни да наемат лица с увреждания до 4% от общия брой на служителите, подобно на Австрия. Това задължение може да бъде изпълнено от:

- Реално работещи лица с увреждания;
- Закупуване на продукти или услуги от работодатели с работна сила, състояща се за повече от 50% от хората с увреждания;
- Плащане на неустойка на държавата;
- Комбиниране на всички гореспоменати методи.

Съгласно Националния план 2015-2020 за равни възможности за хората с увреждания, държавната и общинската администрация и техните организационни звена трябва да се стремят към пряка заетост на хората с увреждания и да увеличават броя на служителите с увреждания.

Германия

Хроничните заболявания могат да доведат до увреждане или неработоспособност и ако лицето попадне в една от тези две категории, се прилагат всички специфични разпоредби за хора с увреждания/ нетрудоспособност. Съществуват, обаче, някои политики на ниво фирма⁷³, които са насочени към хроничните заболявания.

⁷³ Betriebliches Eingliederungssystem (BEM)

Едно от основните предизвикателства при създаването на политики за хронично болните или при прилагането на политики за хората с увреждания към хронично болните е, че тяхното здравно положение често се променя. Някои лица с хронични заболявания могат да бъдат 100% продуктивни в един ден, но много по-малко или изобщо в друг. Това изисква персонализирани (индивидуални) решения, а не политики за категории или системи, които включват или изключват напълно дадени лица.

Лични бюджети (вижте по-долу), кейс мениджмънт (case management) и други персонализирани (индивидуални) мерки в повечето случаи са добро решение, тъй като позволяват максимум гъвкавост.

*Службите за интеграция*⁷⁴ (208 през 2011 г.), целят да подобрят участието на пазара на труда на лица с тежки увреждания в Германия. Службите за интеграция са обществени органи („Behörde“) като услугите им се финансират от данъка за компенсации, които компаниите заплащат, когато не спазват задължителната квота за заетост на хората с увреждания. Службите имат за цел да поддържат връзка между Федералната агенция по заетостта, която отговаря за включването на лицата на пазара на труда и интеграционните услуги, които, от своя страна отговарят за подпомагане на лицата с тежки увреждания като ги подпомагат при наемане на работа и доставчици на рехабилитационни услуги, които също отговарят за реинтеграцията на хората с увреждания на свободния пазар на труда.

Основните задачи на Службите за интеграция включват:

- подкрепа (финансова, информационна, друга) за хора с тежки увреждания и техните работодатели;
- надзор върху прилагането на специалната защита срещу уволнения за хора с тежки увреждания;
- курсове за обучение / информация и връзки с обществеността

Законови разпоредби относно достъпа до подкрепа за заетост:

Има две важни концепции, които определят целевите групи на политиките. И двете се концентрират върху увреждането.

*Определяне на увреждането*⁷⁵ и степента, до която засяга участието в една или повече области на живота, включително професионалния живот.

“Инвалидност” се определя като ограничаване на физическите, интелектуалните или умствените функции в сравнение с нормалното състояние на хора на една и съща възраст, което има вероятност да продължи повече от 6 месеца и затруднява и/или заплашва участието в социалния живот⁷⁶.

⁷⁴ (Integrationsämter)

⁷⁵ (Behinderung)

⁷⁶ Социален кодекс

Лицата с увреждане могат да получат "пропуск за инвалидност"⁷⁷, който може да указва тежестта на ограниченията/степен на увреждане. Този пропуск се издава от службите за социално осигуряване.

Степента на увреждане се определя според насоките и списъка на заболявания и увреждания, разработени от медицински специалисти и правни експерти. Този пропуск е необходим за получаване на данъчни облекчения, допълнителни права и компенсации⁷⁸. Правата, облекченията и подкрепата, които лицето може да получи, зависят от характеристиките и тежестта на увреждането. Лицата със степен на увреждане 50% или повече се категоризират като „тежко инвалидизирани“. Те, обаче, могат бъдат напълно трудоспособни. Степента на увреждане $\geq 50\%$ е задължително условие за получаване на някои обезщетения като например "защита на работното място/ заетостта". Някои лица със степен на увреждане между 30% и 50% получават същите права като "тежко инвалидизирани лица" ($\geq 50\%$), ако без конкретната помощ не биха могли да започнат и/или да запазят работата си.

*Неработоспособност/ нетрудоспособност*⁷⁹ – счита се, че лицето е неработоспособно, ако не може да работи поне 3 часа на ден. Ако това лице може да работи между 3 и 6 часа на ден, се счита, че има частична неработоспособност. Това решение се взема от дадения пенсионен фонд въз основа на представена медицинска документация и/ или собствени медицински доклади⁸⁰.

Решението е задължително за органите за социално подпомагане, професионалните сдружения и агенциите по заетостта⁸¹. Също така, може да бъде взето решение, че лицето не може или все още не може да работи на свободния трудов пазар, поради вида или степента на увреждането. Тези лица имат право да работят на защитено работно място/ защитена работилница.

Счита се, че тези лица имат пълна неработоспособност и получават пълна пенсия за инвалидност и социална защита. Това не означава, че няма политики и практики, фокусирани върху способностите на човека. Професионалната рехабилитация, например, оценява какво може да върши лицето с цел да се подготви индивидуална програма за (ре-)интеграция.

Фокусът върху индивидуалните способности присъства и в няколко програми, които обхващат различни аспекти, включително обучение и насоки за хора с увреждания, схеми за наемане на работа, повишаване на осведомеността, подпомагащи прехода на хората с увреждания от защитена заетост към свободния пазар на труда.

⁷⁷ "disability pass"

⁷⁸ например, една допълнителна седмица платен отпуск, безплатен градски транспорт и пенсия за тежко инвалидизирано лице.

⁷⁹ (Arbeitsunfähigkeit)

⁸⁰ Code of Social Law VI

⁸¹ Code of Social Law II)

Инициативата „Inklusion“ и „Job4000“ са такива примери, те съчетават дейности като повишаване на осведомеността, консултации, осигуряване на стажове и обучение с цел насърчаване участието на лицата с увреждания в свободния пазар на труда. Съществуват множество политики, насърчаващи сътрудничеството между заинтересованите страни и интеграция на услуги с цел да се разработят човеко-центриран подход и персонални (индивидуални) услуги, концентрирани върху индивидуалните нужди на всяко лице с увреждания.

Службата за интеграция⁸² и Офисите за интегрирани услуги⁸³ са длъжни да отчетат индивидуалните нужди на всяко лице с увреждания, с което работят като този ангажимент се изпълнява чрез наемането на професионалисти⁸⁴, които имат опит в работата с хора с увреждания.

Освен това, разпоредбите относно подкрепената заетост гласи, че индивидуалните нужди на хората с увреждания трябва да бъдат удовлетворени и че само професионалисти с подходяща квалификация могат да работят с тях, а именно психо-социални специалисти с допълнителна педагогическа квалификация.

Един от основните принципи на подкрепената заетост е „първо работно място, после квалификация“. Лицето с увреждане започва работа и се обучава на място, като, при необходимост се осигурява подкрепа на работното място и след обучението.

Самостоятелна заетост:

- По-голямата част от финансовата помощ за адаптация на работното място се предоставя и на лицата с увреждания, които са самонаети
- Предлагат се и финансови стимули като кредитни или лихвени субсидии, начален капитал и обучение за лица с увреждания, които искат да започнат собствен бизнес.

Права:

- Служители с тежко увреждане⁸⁵, които работят поне 6 месеца с даден работодател получат права за защита на заетостта.
- Уволнението на такъв служител трябва да бъде одобрено от Службата за интеграция, която трябва да установи дали увреждането не е в основата на предвиденото уволнение и дали може да бъде предотвратено чрез различни мерки за адаптация.
- Служител с тежко увреждане получава 5 допълнителни дни годишен отпуск като работното време се договаря отделно съвместно с работодателя
- Адаптирането на работното място е изцяло индивидуално за всеки отделен случаи като възстановяването на разходите може да достигне до 100%, в зависимост от конкретния

⁸² Integrationsämter

⁸³ Integration Services

⁸⁴ 1400 специалисти на федерално ниво

⁸⁵ „Gleichgestellte“

случай. Офисите за интегрирани услуги оценяват кои мерки са най-подходящи за адаптиране на работното място.

- Възможно е постепенно завръщане на работа след (дългосрочно) отсъствие. Този период може да продължи от няколко седмици до няколко месеца, през които лицето може да работи няколко часа като продължава да получава болнични

Няма постоянни финансови стимули/ субсидии за работодателите да наемат / задържат лица с хронични заболявания. Въпреки това, Федералната агенция по заетостта и други институции като здравното и пенсионно осигуряване предоставят някои временни мерки, като субсидии за интегриране и финансиране изпитателния срок при наемане на работа (3 месеца), които компенсират намалената производителност или ниска ефективност на наетите лица. Финансовите стимули не са стандартни, а се решават след индивидуална оценка. Могат да бъдат предоставени и субсидии, отпускани от различни институции за вътрешно фирмено обучение и специални субсидии за младите хора с увреждания.

Нефинансов стимул за работодателите да наемат/задържат лица с хронични заболявания е годишната федерална награда за добри практики в областта на корпоративната социална отговорност.

Основен принцип в грижата за хронично болните и предоставянето на обезщетения е принципът на „рехабилитация преди обезщетения“.

В компании с повече от 20 служители, най-малко 5% трябва да бъдат със значителна степен на увреждане. В противен случай, работодателят трябва да заплати „изравнителна такса“, чиито размер зависи от общия брой на заетите и от броя на наетите лица с увреждане.

Общи и специализирани служби по заетостта за лица с хронични заболявания:

- Има много възможности за обучение и преквалификация, напр. в центрове за професионално обучение⁸⁶, финансирани от различни агенции за рехабилитация⁸⁷.
- Преквалификацията за друга работа на хора, които са наети, но вече не могат да изпълняват текущата си работа, често е голямо предизвикателство, особено в по-малките фирми, тъй като преквалификацията може да отнеме до 2 години, нито може да бъде гарантирано, че ще има нужда от такова или подобно работно място.
- Мрежи за подкрепа, взаимопомощ и само-помощ за хора със специфични (хронични) здравословни състояния.
- Betriebliches Eingliederungssystem (BEM) е Корпоративна система за управление и интеграция, която задължава работодателите да се свържат със служители, които са били в отпуск по болест най-малко 42 дни в рамките на една година, за да намерят заедно възможност за намаляване на броя болнични дни. Служителите могат да

⁸⁶ Berufsförderungswerke и Berufsbildungswerke)

⁸⁷ Rehabilitationsträger

откажат това предложение, но, ако приемат, това им дава възможност за промяна на работно място и/или задълженията във фирмата, преквалификация, обучение и т.н.

Гърция

Лицата с хронично заболяване и степен на инвалидност над 67% са отделени като отделна категория като една от специалните мерки е, че те могат да продължат обучението си във висши учебни заведения без приемни изпити в отделената квотата от 5% за факултет или катедра.

Програмата ТОРЕКО (Местни действия за социална интеграция на уязвимите групи), съфинансирани от ЕСФ и Министерството на социалното осигуряване и труда предлага интегриран подход за обслужване на нуждите на лица с увреждания и хронично болните като комбинира професионално консултиране, обучение и стаж. Проектите ТОРЕКО са базирани на партньорство между частния и публичния сектор и интегрират усилията на общини, консултантски фирми и центрове за професионално обучение.

Защити и привилегии:

- Хората с увреждания или хронични заболявания не могат да бъдат освободени от работа в публичния сектор в случай на реструктуриране на позицията
- В частния сектор служителите със заболяване, което изисква кръвопреливане и пациентите с ХИВ имат право на допълнителен отпуск. В общественния сектор, служителите с хронични заболявания имат право на платен отпуск по болест и намаляване на работното време.
- Закон 3846/2010 предоставя право на работа от разстояние "teleworking", както и позволява тя да стане постоянна при необходимост.
- Служителите, уволнени поради физическо и / или умствено увреждане, могат да бъдат преназначени в рамките на пет години от уволнението им след оценката на Комитета по здравеопазване, потвърждаваща, че лицето има физическата и / или умствената способност да изпълнява своите задължения.
- Съгласно член 10 от Закон 3304/2005, работодателите трябва да предприемат всички необходими мерки относно адаптиране на работните места и осигуряване на достъп за хора с увреждания, стига това да не представлява непропорционална тежест за работодателите. Финансирането за адаптиране на работното място се предоставя чрез фондове на ЕСФ.

Основният орган, отговорен за координирането, мониторинга и развитието на социалната икономика в Гърция, е *Специалната служба за социално включване и социална икономика*⁸⁸.

88 (ЕУКЕКО)

----- www.eufunds.bg -----

Закон 4019/2011 предвижда обща правна рамка за социалната икономика и социалните кооперативни предприятия⁸⁹ в Гърция.

Във връзка с трудовата интеграция могат да се разграничат две категории на социалните кооперативни предприятия (KoinSEp):

Приобщаваща кооперация (Inclusive KoinSEp) – насочена към социално-икономическото включване на уязвимите групи главно чрез трудова интеграция. В такива приобщаващи кооперации, поне 40% от служителите трябва да са рискови социални групи.

Кооперация за социални грижи (Social Care KoinSEp) KoinSEp – предоставят социални услуги на хора с увреждания или хронични заболявания, деца, възрастни хора и др. Въпреки че тази категория кооперации не е пряко свързана с интеграция на пазара на труда, тя предоставяне консултации и насоки на лицата с увреждания и хронични заболявания.

Социални кооперации (Koinonikos Sineterismos Periorismenis Efthinis, KoiSPE) са предприятия за интеграция на работа за хора с психо-социални проблеми, които предоставят и психично-здравни услуги. Членовете на социалните кооперации (KoiSPE) трябва да включват: най-малко 35% лица с психо-социални увреждания, до 45% специалисти по психично здраве и до 20% други организации или физически лица. Законът освобождава тези социални предприятия от корпоративни данъци с изключение на данъка върху добавената стойност. Работещите в социалните кооперации (KoiSPE) могат да получават надница, без да губят своите обезщетения. В момента в Гърция има 23 KoiSPE.

Стимули за лица с хронични заболявания за участие в програми за активиране

Участието в някои програми за заетост, изпълнявани от ОАЕД като например Програмата за временни стажове в публичния сектор в местните общности или програмата за ваучери за безработни за обучение и работа може да предостави допълнителни точки на безработни лица с увреждания. Съгласно Закон 4331/2015, член 13, лицата с увреждания, които имат право на социални помощи, могат да участват в платени програми за обучение или в програми за насърчаване на заетостта, включително програми за самостоятелна заетост или социални кооперации, предлагащи им редовни доходи, без да губят своите социални помощи.

В Гърция съществува законово задължение частните компании да гарантират, че 8% от техния персонал се състои от лица от уязвимите социални групи, но това изискване се отнася само до компании с над 50 души персонал, които имат и положителни финансови резултати през предходните две години. В общественя сектор, квотата за наемане на лица от уязвими социални групи е 5% като 3/8 от тази квота е за лица с увреждания. 10 %, обаче, е квотата, ако тези субекти предоставят услуги в общественя интерес. Освен това обществените служби, местните власти и публичните органи трябва да наемат „защитени лица“, за да покрият 20% от специфичните работни места като например пазачи, портиери, градинари, чистачи.

89 Kinoniki Sineteristiki Epihirisi, KoinSEp)

Испания

Испания няма законодателни рамки, конкретно насочени към активиране на заетостта на лица с хронични заболявания. Такива мерки са обхванати от по-широкото законодателство за хората с увреждания.

Постоянен договор:

- Покриване на социалните осигуровки на работник, вариращи от 4500 EUR до 6300 EUR годишно за договори на пълен работен ден, в зависимост от тежестта на увреждането, възрастта и пола. За договори за непълно работно време, сумата се основава на договорените работни дни;
- Субсидия в размер на 3 907 евро за наемане на лице с увреждане на пълен работен ден; За договори за непълно работно време сумата е пропорционална на договорените работни дни;
- Приспадане на 6000 евро от пълния размер на корпоративния данък на лице, при условие, че наемането на лице с увреждане води до увеличаване на средния брой на хората с увреждания в колектива.
- Безвъзмездна помощ за адаптиране на работно място до 901,52 EUR.

Временни договори (от 12 месеца до 3 години):

- Покриване на социалните осигуровки на работник, вариращи от 3 500 EUR до 4700 EUR годишно за договори на пълен работен ден, в зависимост от тежестта на увреждането, възрастта и пола. За договори за непълно работно време сумата е пропорционална на договореното работно време;
- Безвъзмездна помощ за адаптиране на работно място до 901,52 EUR.

Договор за обучение (от 6 месеца до 2 години):

- 50% от социалните осигуровки на завършилите, при условие, че са изминали 6 години от завършване на обучението им.

Освен тези финансови стимули, съгласно Закон 30/2007, работодателите, изпълнили законовата квота (2%) за наемане на служители с увреждане, получават предимство при кандидатстване за обществени поръчки.

Нефинансови стимули за работодателите да наемат/задържат лица с хронични заболявания: Програмата *Инкорпора*⁹⁰ предлага на компаниите възможността да бъдат социално активни чрез насърчаване на корпоративната социална отговорност. Incorproga работи в тясно партньорство с бизнеса и им предоставя бизнес съвети и пълна подкрепа за процеса на набиране и интеграция на нови служители като акцентът е поставен върху предимствата на наемането на лица, изложени на риск от социално и икономическо изключване. По този начин, компанията подобрява своя имидж, отчита по-малко отсъствия от работа⁹¹, задържането на

90 www.incorpora.org

91 absenteeism

способни служители и не на последно място, упражнява положителното въздействие върху обществото.

Задълженията на лицата с хронични заболявания: За получаване на обезщетенията за инвалидност не е необходимо участие в програми за активиране на заетостта/ програми за заетост.

Задължения на работодателите: Законът за социална интеграция на хората с увреждания задължава компаниите с над 50 работници да наемат лица с увреждания в изпълнение на квота от 2%.

Друг пример е *Фондация Adecco*⁹², която е фокусирана върху хора, които по различни причини са изправени пред трудности при намирането на работа. За всички потребители фондацията осигурява достъп до базата данни за свободни работни места, позволява регистриране на автобиографии и предоставя помощ в професионалното обучение. В допълнение към това, тя участва в проекти за научноизследователска и развойна дейност, насочени към създаване на помощни технологии, улесняващи заетостта на хората с увреждания. Фондацията е създадена в рамките на корпоративната социална отговорност на Adecco.

Пациентските организации участват активно в процеса за осигуряване на работни места за лица със специфични здравни състояния. Например:

Испанската асоциация срещу рака (AECC) има програма за наемане на работа за лица с рак, които се нуждаят от подкрепа за намиране на работа и са регистрирани като търсеци работа в Службата по заетостта по местоживееене. Услугите са насочени към предоставяне на информация, консултации, обучение и посредничество чрез разработване на индивидуалните качества на кандидата чрез насърчаване и усъвършенстване на неговите/нейните умения. Различните услуги, предлагани на лица, изложени на риск от изключване от пазара на труда, включват:

- Услугите преди започване на работа⁹³ са социални услуги за подпомагане на хора с психични състояния, които нямат възможност за пряк достъп до и интегриране в пазара на труда. Поради тази причина те имат нужда от професионална рехабилитация, който ги подготвя за кандидатстване и получаване на работа. Тя включва основни умения, необходими за работа, както и за обучение и подкрепа на семействата. Тези услугите преди започване на работа се предлагат предимно от НПО.
- Таргетирани (целенасочени) правни, психологически, образователни съвети и напътствия. Например, Испанската група пациенти с рак⁹⁴ предлага на своите потребители следните услуги: правни съвети по въпроси, свързани с достъпа до заетост, образование и обучение; психологически консултации; помощ при намиране

92 Нестопанска подразделение на агенцията по заетостта Adecco

93 servicio prelaboral

94 (Grupo Español de Pacientes con Cáncer, GEPAC)

на работа и осигуряване на интервюта; обучение и овластяване за социално-професионална реинтеграция.

- Професионални рехабилитационни услуги – напр. Центровете за професионална рехабилитация на Fundación Manantial разработват програми за професионална рехабилитация, насочени към подпомагане на лицата в нужда

Италия

В Италия няма законово определение на хронично заболяване. В някои случаи, при изпълнение на изискванията, предвидени от различни закони за хората с увреждания, лицата с хронични заболявания са обхванати от политики по отношение на професионалната интеграция на хората с увреждания.

За някои заболявания, по-специално рака, съществуват специфични разпореждания: Законодателен декрет 276/2003, член 46 дава право служителите с рак на пълен работен ден да преминат на непълно работно време, до подобряване на здравето състояние. Министерско разпореждане 1 от 30 април 2009 г. предоставя възможност за работа от разстояние (teleworking) на служителите с онкологични заболявания, работещи в обществените сектор. Закон 247/2007 предоставя възможност на членовете на семейството да преминат пълно работно време на непълно работно, за да се грижат за своите близки с онкологични заболявания. Също така, Законът 115/87 за предотвратяване и лечение на захарен диабет, членове 1 и 2 гарантира защита срещу дискриминация на работното място.

Например, автономните провинции Тренто и Болцано кодифицират отговорността на обществените органи с цел улесняване интеграцията на лицата с диабет в училище, спортни дейности и на пазара на труда. Важно е да се отбележи, че член 8 -1 от същия закон гласи, че диабетът, без тежки усложнения, не трябва да възпрепятства издаването на медицинско удостоверение, което позволява достъп до пазара на труда.

Изменение в Постановление 81/20151 разширява неговият обхват и освен онкологично болните, включва и всички хронични дегенеративни заболявания. Член 8 от постановлението дава право на хората с гореспоменатите заболявания да преминат на непълно работно време и също така дава право на членове на семейството да преминат на непълно работно време с цел да се грижат за своите близки. По желание на служителите, те отново могат да преминат обратно на пълно работно време.

Регионът Ломбардия е създал регистър на организациите, които действат като посредници между работодателите и кандидати за работа като осигуряват подкрепа за наемане интеграция на работното място. Тези доставчици на услуги създават персонализирани услуги като консултации, насоки, помощ при създаването на автобиографии, подготовка за интервю и др. Провинциите, от своя страна, подкрепят интеграцията на лица с намалена работоспособност чрез различни проекти и сътрудничество с трети страни.

В Италия съществуват множество законови разпоредби, насърчаващи човеко-центрирания подход и целево (индивидуално) предоставяне на услуги за достъп до пазара на труда. Например, член 1 от Декрет 151/2015, специално подчертава осигуряването на целево подпомагане на заетостта и персонализиране на подпомагането на лицата с увреждания. Безработни лица с увреждания могат да се регистрират в целеви служби по заетостта, които са координирани от местните власти.

За всяко регистрирано лице, експертна комисия на службите по заетостта създава профил, в който се отбелязва информация за лицето като квалификация, умения, лични предпочитания и естеството и степен на увреждане. Комисията, която се състои от експерти от социалните служби, службите за здравеопазване и заетостта, анализира данните, свързва работодатели и кандидати за работа, и препоръчват конкретни работни места и/или действия по адаптиране на работното място.

Например общинските власти в Милано са въвели Плана EMERGO – програма за хора с увреждания, насочена към улесняване на участието им на пазара на труда и задържане на работното място чрез подкрепа и услуги. Планът осигурява финансиране на различни инструменти за повишаване на заетостта на хората с увреждания.

Съществуват следните две форми на инструмента:

- DOTE – схема за финансиране, която всъщност представлява пакет от услуги, официално предоставени на лица с увреждания, за да подпомогнат обучението или други дейности за (ре) интеграция на пазара на труда. DOTE се използва за подпомагане намирането на работа (Dote inserimento), но може да се използва и за подпомагане на зетите лица да запазят работното си място (Dote sostegno). DOTE по същество е обезщетение под формата на услуги за лица, нуждаещи се от подкрепа на пазара на труда. Финансирането отива директно на доставчици на услуги, които кандидатстват за DOTE от името на физически лица.
- Финансиране на проекти, които предвиждат участието на компании, а не физически лица, и които са насочени към (ре-) интеграционни дейности за (ре-) интеграция от общ характер. Проектите могат да бъдат насочени към повишаване на осведомеността, адаптиране на работното място, насоки, съвети, обучение за персонал, консултации за ръководители, работещи с лица с увреждания и др. Например, Организацията на слепите може да предложи разработването на специализирани практически насоки или инструменти за компании, в които работят лица с увреждане на зрението.

Друга регионална инициатива в провинция Верона е „SIL 22“, услуга за интеграция на работни места, която се стреми да подпомогне заетостта на хората с увреждания чрез насърчаване на сътрудничеството между здравните и социалните услуги.

Предлаганите услуги са предоставяне на информация, професионално обучение, планиране на кариерата, кейс мениджмънт (индивидуална помощ) и застъпничество, подготовка на потребителите за работни места, подпомагане на започването на работа и подкрепа след назначаването. Планът за заетост в Милано обхваща подкрепа за заетостта на

различни етапи от процеса- преди, по време и след наемане на работа. Фокусът обаче е най-голям върху наемането на работа, а не върху запазването на работното място.

Всъщност италианските компании имат квоти, за които трябва задължително да наемат лица с увреждания от списък с регистрирани кандидати за работа. Съществуват и мерки за задържане на лицата с увреждания или лошо здраве на работното място, които са основно насочени към по-гъвкава организация на работния процес. Например, съгласно Закон 68/99 хората с увреждания имат право да поискат промяна на задълженията си в компанията в случаите, когато вече не могат да изпълняват задачите си. Има и разпоредби, според които лицата с увреждания могат да изберат да работят в най-близкия офис на компанията им и/или да не бъдат включени в разпределението на нощните смени.

В съответствие с параграф 42 от Декрет 81/08, когато лекарят установи, че лицето не бива и/или не може да изпълнява конкретни задължения или задачи, работодателят трябва да възложи на работника, когато това е възможно, еквивалентно работно място, а ако това не е възможно, да намали натовареността или задълженията на служителя, но запазвайки предишното ниво на доходи. Уволнението на служител поради намалена работоспособност в резултат на хронично заболяване изисква доказателство, че работодателят не е бил в състояние да преназначи служителя на друго работно място, съвместимо с неговото здравословно състояние.

Възможността за запазване на обезщетенията за инвалидност при започване на работа, може да се разглежда като стимул за активиране на лица с хронични състояния на пазара на труда.

Декрет 151/2015 определя финансовите стимули за работодателите да наемат / задържат лица с хронични заболявания

- 70% намаление от дължимите социални осигуровки за тридесет и шест месеца за всеки постоянен договор на лице с намалена работоспособност над 79% или с физически увреждания, съгласно изброените към закона за военноинвалидите пенсии.
- 70% намаление от дължимите социални осигуровки за период от 60 месеца за всеки постоянен или временен договор (най-малко 12 месеца) на лице с когнитивни затруднения или затруднения в ученето, което води до намалена работоспособност до 45%.

Нефинансови стимули за работодателите да наемат/задържат лица с хронични заболявания.

Например, Италианското общество за множествена склероза работи с национални профсъюзи, Конфиндустрия (Организацията на производствените компании) и Италианска асоциация за управление на човешките ресурси за повишаване на осведомеността сред предприятията за ползите от разнообразна работна сила. Целта е да се разясни, че управлението на хроничните заболявания не е финансова тежест, а напротив, има добавена стойност за компаниите. Това означава, че ако се прилагат правилно, програмите за

реинтеграция на работни места могат да помогнат на организациите да запазят напускащите работници, и по-специално старши служители, които имат ценен опит и квалификация и носят значителна полза на компанията.

Съгласно Закон 68/1999, компаниите в Италия са задължени да наемат лица с увреждания, но една положителна инициатива е, компаниите да бъдат мотивирани да участват в програми за интеграция на работното място в рамките на тяхната политика корпоративна за социална отговорност. Например, в Милано, компаниите могат да се включат в списъка на етичните компании, ако участват в Регионалната иновативна програма за психично здраве⁹⁵, която подпомага интеграцията на лицата с психични заболявания на работното място.

Отново същия закон постановява всяка компания с повече от 15 служители да наеме поне едно лице със сертифицирано увреждане; фирмите с 30-50 служители са задължени да наемат две лица; компании с над 50 служители са задължени да гарантират, че най-малко 7% от работната им сила се състои от лица със сертифицирано увреждане. Компаниите подписват споразумение с провинцията, в която се намират. Това е особено полезно за големите компании, които трябва да наемат голям брой хора с увреждания. Всяка година съответната провинция проверява процента персонал на дадена компания като през януари, компаниите трябва да изготвят отчет с броя на техния персонал и броя на хората с увреждания. Те съставят план съвместно с провинциалните власти за постигане на задължителния брой хора с увреждания. Провинциите следят прилагането на закона и могат да налагат финансови санкции на компании, които не го спазват. Санкциите след това се насочват към финансирането на интервенции на пазара на труда в подкрепа на трудовата интеграция. Компаниите, които работят в някои специфични области, могат да бъдат освободени от спазването на това изискване, но те все пак трябва да заплатят санкцията, определена от закона.

Общи и специализирани служби по заетостта за лица с хронични заболявания.

В Италия услугите се прилагат на местно ниво и следователно, на територията на Италия съществува широк спектър от услуги по заетостта. Няколко примера са изброени по-долу:

Център за обучение на работа (CELAV) в община Милано предоставя услуги по наемане на работа за хора в неравностойно положение, като лица с умствени или други увреждания, лица, изложени на риск от бедност и социална изолация, бежанци, лица с зависимости и др. Услугите на CELAV включват ориентация, обучение, кариерно консултиране и консултации. Центърът не предоставя финансови помощи, а разработва, съвместно с местни социални служби индивидуални проекти за лицата, които се намират в критична ситуация и имат нужда от помощ.

Друг пример е Регионалната иновативна програма за психично здраве (Programma Innovativo Regionale per la salute mentale – PIR). Програмата е част от проект, включващ региона на Ломбардия, който работи върху разработването на мрежа за подкрепа, която да отговаря на

95 Programma Innovativo Regionale per la salute mentale – PIR

нуждите на лицата с психични разстройства по пътя им към интегриране на работното място, както и да отговаря на нуждите на техните семейства и на работодателите.

Целта на програмата е да подобри достъпността и използването на услугите, предоставяни в Милано, чрез прилагането на организационен модел, улесняващ взаимодействието между различните заинтересовани лица. Програмата управлява уебсайта *Inter @ lavoro*⁹⁶, който включва различни услуги за работодатели и кандидати като анализ на бизнес нуждите и работната среда, пресечна точка между търсене и предлагане на работа, интервюиране на кандидатите и наблюдение на тяхната професионална кариера.

Проектът включва следните услуги за работодатели:

- Избор и обучение на кандидати и започване на работа;
- Съвети и техническа подкрепа за изпълнение на квотното задължение за наемане на хора с увреждания;
- Постоянна подкрепа на компанията при посредничеството с работника.

Услугите, предлагани на кандидатите, включват:

- повишаване на личната и професионална квалификация
- обучение, насочено към успешната интеграция на работното място;
- постоянен диалог с организации, асоциации, фондации и компании, занимаващи се със здраве и работа.

Програмата включва специфични групи за обучение, които са предназначени да помогнат на пациентите с психични заболявания да придобият умения за по-добра интеграция на работното място. Някои от тези групи включват:

“Да се видим ясно” („Vediamoci Chiaro“) – обучение за развиване и укрепване на капацитета на кандидатите чрез среща с различни професии и представители на индустрията;

“Pensa lavoro” (Да се фокусираме върху работата) – обучение за развиване и укрепване на социалните умения и мотивацията. – „Laboratorio teatrale” – е театрална работилница за развитие и укрепване на способностите за адаптация към промените в околната среда и към промените в начина, по който кандидатите виждат себе си.

Италианското общество за множествена склероза (AISM) насочва усилията си за овластяване на лицата с множествена склероза, като предоставя информация за подкрепата и мерките, които те могат да получат в подкрепа на кариерния им път. От своя страна, информирани и овластени пациенти могат да се обърнат към своите лекари с желание за адекватна оценка на техните умения и работоспособност. По този начин, лицата с недобро здраве получават необходимото обучение относно възможностите, които имат да започнат работа и да потърсят подкрепа в тази насока.

Италианското общество за множествена склероза също си сътрудничи с експертите, работещи в Службите по заетостта, за да им помогне да развият нови компетенции. Например,

⁹⁶ <http://www.integralavoro.net/joomla/>

Обществото за множествена склероза обучава експертите в службите по заетостта от Генуа да управляват и проследяват качествено приобщаването на лица с недобро здраве, както и да бъдат успешни посредници между работодатели и кандидати за работа.

www.eufunds.bg

Раздел 14. ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ВЪПРОСНИК

Уважаеми дами и господа,

С настоящата анкета бихме желали да разберем какви са Вашите потребности за адаптиране на работната среда, съобразно здравословното Ви състояние. Крайната ни цел е да се осигури по-дълъг трудов живот и способност за работа на лица с хронични заболявания.

Молим да заградите с кръгче цифрата пред верния отговор на всеки въпрос. Анкетата е анонимна.
Благодарим Ви за отзивчивостта!

ЛИЧНИ ДАННИ

- Пол: 1. Мъж; 2. Жена
- Възраст (навършени години):
- Образование: 1. Без образование; 2. Основно; 3. Средно; 4. Висше
- Каква е основната дейност или производство на фирмата/организацията, в която работите:
1. Не работя; 2. БАММ (Металургия); 3. БТК (Туризм); 4. Пивовари; 5. КСБ (Строителство); 6. Месопреработватели;
7. Химия; 8. Търговия; 9. Култура, спорт и развлечения; 10. Дъресобработваща и мебелна промишленост;
11. Консервна промишленост; 12. Държавна администрация; 13. Селско, горско и рибно стопанство; 14. Здравеопазване;
15. Образование; 16. Други
- Общ трудов стаж: години

ДАНИИ ЗА ЗДРАВЕТО

- Как оценявате Вашето здраве: 1. Много добро; 2. Добро; 3. Задоволително; 4. Лошо

- През последната година извършван ли Ви е профилактичен преглед (Моля, отговорете на всеки ред)

От личен лекар (ОПЛ)	1. Да	2. Не
Организиран по месторабота	1. Да	2. Не

- Имате ли някои от посочените хронични заболявания (Моля, посочете на всеки ред):

Артериална хипертония	1. Да	2. Не
Хронична обструктивна белодробна болест	1. Да	2. Не
Диабет	1. Да	2. Не

- Диспансеризиран ли сте за някои от посочените хронични заболявания

(Моля, посочете на всеки ред):

Артериална хипертония	1. Да	2. Не
Хронична обструктивна белодробна болест	1. Да	2. Не
Диабет	1. Да	2. Не

- Прематете ли лекарства по повод посочените заболявания: 1. Да; 2. Не

- Издаван ли ви е болничен лист за временна неработоспособност през последната година и с каква продължителност?

(Моля, посочете на всеки ред):

Артериална хипертония	1. Не	2. 0-5 дни	3. 6-14 дни	4. 15-30 дни	5. Повече от 30 дни
Хронична обструктивна белодробна болест	1. Не	2. 0-5 дни	3. 6-14 дни	4. 15-30 дни	5. Повече от 30 дни
Диабет	1. Не	2. 0-5 дни	3. 6-14 дни	4. 15-30 дни	5. Повече от 30 дни

- Колко често сте били на болнично лечение през последната година по повод на (Моля, посочете на всеки ред):

Артериална хипертония	1. Не	2. 1-2 пъти	3. 3 и повече пъти
Хронична обструктивна белодробна болест	1. Не	2. 1-2 пъти	3. 3 и повече пъти
Диабет	1. Не	2. 1-2 пъти	3. 3 и повече пъти

- Имате ли решение на ТЕЛК по повод на (Моля, посочете на всеки ред):

Артериална хипертония:	1. Да	2. Не
Хронична обструктивна белодробна болест	1. Да	2. Не
Диабет	1. Да	2. Не

www.eufunds.bg



БЪЛГАРСКА СТОПАНСКА КАМАРА
съюз на българския бизнес

Проектът е финансиран от ОП „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от ЕС чрез Европейския социален фонд

Стр. 145 от 146

**ДАНИИ ЗА РАБОТНАТА СРЕДА (САМО ЗА РАБОТЕЩИ)
Вид упражняван труд**

14. Трудова заетост (*Отбележете верния отговор*):

1. Държавна фирма/организация
2. Частна фирма/организация
3. Самонаемац се

15. Вид упражняван труд: 1. Лек физически; 2. Средно тежък физически; 3. Тежък физически; 4. Умствен

16. Работно време и вид труд (*Моля отговорете на всеки ред*)

Нормално работното време (8 ч.; 5 дни в седмицата)	1. Да	2. Не
Намалено работно време (работа при специфични условия и рискове за живота и здравето)	1. Да	2. Не
Непълно работно време (по-малко от 8 часа на ден, по трудов договор)	1. Да	2. Не
Нощен труд	1. Да	2. Не
Работа на смени	1. Да	2. Не

Условия на труд и рискове за здравето

17. С какви вредности за здравето е свързана Вашата работа:

1. Няма такива; 2. Физични; 3. Химични; 4. Биологични; 5. Психични (стрес); 6. Други

18. Спазвате ли регламентираните в Кодекса на труда почивки: 1. Не; 2. Да, рядко; 3. Да, често; 4. Редовно

19. Организирано ли е във фирмата/организацията диетично хранене, съобразено с Вашето заболяване: 1. Да; 2. Не

20. Имате ли конфликти на работното място (с началници, колеги, външни лица) 1. Не; 2. Да

21. Има ли във фирмата/организацията Комитет/Група по условията на труд (КУТ/ГУТ): 1. Не знам; 2. Не; 3. Да

22. Проверяват ли се редовно работните места във фирмата/организацията за съответствие с изискванията за безопасност и здраве при работа: 1. Не знам; 2. Не; 3. Рядко; 4. Често

23. Проведено ли Ви е обучение за безопасни и здравословни условия на труда: 1. Да; 2. Не

24. Кое от работната среда има най-голямо значение за Вашето здраве (*Моля степенувайте по значимост от 1 до 9*):

Здравословни и безопасни условия на труд	<input type="checkbox"/>
Социални придобивки	<input type="checkbox"/>
Възможности за развитие	<input type="checkbox"/>
Добра организация на работата	<input type="checkbox"/>
Адекватно възнаграждение	<input type="checkbox"/>
Оптимален психоклимат	<input type="checkbox"/>
Подкрепа от колеги и работодател	<input type="checkbox"/>
Осигурено медицинско обслужване във фирмата/организацията	<input type="checkbox"/>
Друго	<input type="checkbox"/>

25. Считате ли, че има необходимост от медицинско обслужване във фирмата/организацията: 1. Да; 2. Не; 3. Не знам

26. Предприемат ли се мерки за подпомагане на работниците и служителите за връщане на работа след дълго отсъствие поради болест: 1. Да; 2. Не; 3. Не знам

Оценка и препоръки

27. Каква е Вашата оценка за дейността на работодателя, насочена към безопасността и здравето при работа:
1. Много висока; 2. По-скоро висока; 3. По-скоро ниска; 4. Много ниска 5. Не мога да преценя

28. Каква е Вашата степен на удовлетвореност от условията на труд, предвид здравословното Ви състояние:
1. Много висока; 2. По-скоро висока; 3. По-скоро ниска; 4. Много ниска

29. Бихте ли останали на работа във фирмата/организацията при настоящите условия на труд, с оглед здравното Ви състояние:
1. Да; 2. Не; 3. Не знам

30. Какви са Вашите препоръки за оптимизиране на условията на труд, предвид здравословното Ви състояние:
.....
.....

www.eufunds.bg



БЪЛГАРСКА СТОПАНСКА КАМАРА
съюз на българския бизнес

Проектът е финансиран от ОП „Развитие на човешките ресурси”,
съфинансирана от ЕС чрез Европейския социален фонд

Стр. 146 от 146