

7 септември 2006 г.

***НАЦИОНАЛЕН ДОКЛАД ПО СТРАТЕГИИТЕ ЗА СОЦИАЛНА
ЗАКРИЛА И СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ НА РЕПУБЛИКА
БЪЛГАРИЯ ЗА ПЕРИОДА 2006-2008 ГОДИНА***

НАЦИОНАЛЕН ДОКЛАД ПО СТРАТЕГИИТЕ ЗА СОЦИАЛНА ЗАКРИЛА И СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ ЗА ПЕРИОДА 2006-2008 ГОДИНА

Съдържание

I. Общ преглед	3
1.1. Оценка на социалната ситуация	3
1.2. Общ стратегически подход	6
1.3. Ключови послания	9
II. Национален план за действие по социално включване	10
2.1. Ключови предизвикателства, приоритетни цели и резултати	10
2.2. Равноправно участие на пазара на труда на групите в риск от изпадане в бедност и социално изключване	12
2.3. Осигуряване на равен достъп до услуги с цел превенция на социалното изключване и преодоляване на неговите последици	14
2.4. Социално включване на най-уязвимите етнически малцинства	16
2.5. Намалване на бедността сред групите в извън трудоспособна възраст	18
2.6. По-добро управление	20
III. Национален стратегически доклад по пенсиите	22
3.1. Основни характеристики на пенсионната система	22
3.2. Анализ на пенсионната система	23
IV. Национална стратегия за здравна и дългосрочна грижа	26
4.1. Здравна грижа	26
4.2. Дългосрочна грижа	29
V. Статистически анекси	32
Таблица 1: Социални разходи като % от БВП в периода 1996-2005 г.	32
Таблица 2: Тенденции в динамиката на публичните разходи като % от общите публични разходи в периода 1996 – 2005 г.	32
Таблица 3: Структура на лицата в домакинствата по икономическа активност и децилни групи (2005 г.).....	33
Таблица 4: Структура на общия доход на домакинствата – средно на лице (2005 г.)	33
Таблица 5: Равнище на бедност по пол и възрастови групи (2003-2005 г.)	34
Таблица 6: Равнище на бедност според икономически статус	34
Таблица 7: Равнище на бедност преди и след социалните трансфери за населението над 65 г.	35
Таблица 8: Общ доход на домакинствата по компоненти (в проценти)	35
Таблица 9: Средногодишен праг на бедност по еквивалентни единици и обхват на бедността (1995 - 2005 г.)	36
Таблица 10: Лаекенски индикатори за парична бедност	37
Таблица 11: Равнище на ранно напускащи училище	40
Таблица 12 Детска смъртност на 1000 живородени в България	41
Таблица 13 Средна продължителност на живота на населението по пол през отделни периоди ..	41
Таблица 14 Очаквана продължителност на живота в добро здраве в България – 2001 г.	42
Таблица 15 Болнични легла и персонал в лечебните и здравни заведения по региони за планиране на 100 000	43
Таблицы 16 Самооценка на здравето	44
VI. Примери за добра практика в областта на социалното включване	46
6.1. “Заетост за ромите” – пилотна инициатива по Проект “Заетост чрез подкрепа на бизнеса” ..	46
6.2. Национална програма за заетост и професионално обучение на хора с трайни увреждания...50	
6.3. „Проект за професионална реализация и социална интеграция на младежите, напускащи домовете за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителски грижи”	53
6.4. Пилотен проект ”Реформа за повишаване благосъстоянието на децата в България”	58
6.5. Социални инвестиции в децата	64
VII. Примери за добра практика в областта на здравната и дългосрочната грижа	67
7.1. Национална система на осигуряване на безплатно лечение на пациенти със злокачествени заболявания със средства от държавния бюджет	67
7.2. Национална система за диализно лечение	70
7.3. Превенция и контрол на ХИВ/СПИН и полово предавани инфекции	73

I. ОБЩ ПРЕГЛЕД

1.1. Оценка на социалната ситуация

През 2005 г. България регистрира реално нарастване на БВП от 5.5 %, продължавайки тенденцията на високи темпове на икономически растеж от над 4 % годишно, наблюдаван през предходните пет години. Съответно, отчита се изпреварващо нарастване на индивидуалното потребление на населението, като през 2005 г. е отчетен 7.4 % растеж спрямо 2004 г. Жизненият стандарт, измерен чрез паритета на покупателната способност като БВП на глава от населението, се е покачил с 21 % за периода 2000-2005 г., достигайки до 32.1 % от средното равнище за държавите-членки на Европейския съюз.

Коефициентът на икономическа активност (15-64 г.) през 2005 г. е 62.1 %, като през първата половина на 2006 г. нарасна с 2.5 процентни пункта и достигна 65 %, което е най-високото равнище от 1994 г. насам. През 2005 г. икономическата активност сред жените е 57.3 %, което е близо 10 процентни пункта под равнището за мъжете - 67 %. През първото полугодие на 2006 г. тази тенденция се запазва, като разликата в икономическата активност на жените и мъжете е близо 9 процентни пункта (жени – 60.6 %, мъже – 69.4 %). Положителна тенденция се наблюдава във връзка с равнището на безработица. Коефициентът на безработица за възрастовата група 15 и повече навършени години през 2005 г. е 10.1 % (съответно 10.3 % при мъжете и 9.8 % при жените). Наблюдаваното намаление е от 1.8 процентни пункта спрямо 2004 г. През месец юли 2006 г. регистрираната безработица намаля до 8.96 %. Коефициентът на заетост се увеличава. През 2005 г. е 55.8 %, което представлява нарастване с 1.6 процентни пункта спрямо 2004 г. Коефициентът на заетост сред жените е значително по-нисък от този на мъжете (51.7 % спрямо 60 %). Коефициентът на заетост сред младежите (15-24 г.) е 21.6 %, съответно 23.9 % при мъжете и 19.3 % при жените; сред лицата на възраст 55-64 г. - 34.7 % (мъже – 45.5 %, жени – 25.5 %). През първото полугодие на 2006 г. коефициентът на заетост достигна 59.1 %, което показва нарастване с 3.3 процентни пункта в сравнение с 2005 г. Това е най-високото равнище от 1993 г. насам. За жените и мъжете коефициентът на заетост е съответно 55 % и 63.3 %. Основна роля за тези положителни тенденции играе активната политика на пазара на труда, изразходваните средства за която възлизат на 0.49 % от БВП на страната за 2005 г. Независимо, че активните мерки на пазара на труда отчитат потребностите от трудова реализация и професионално обучение на всички групи в неравностойно положение, все още не се наблюдава значително повишаване на активността и личната инициатива сред определени групи, като например ромското малцинство, голяма част от което е сред продължително безработните лица.

Въпреки намалението на безработицата остава висок дялът на населението, живеещо в домакинства, където никой не работи. Такава е ситуацията за 14.5 % от всички лица във възрастовата група 0-17 г., и 13 % от тези на възраст между 18-59 години. В допълнение, макар и да намалява, през 2005 г. дялът на едночленните безработни домакинства без зависими деца остава значителен и е 39.5 % от всички домакинства при 2.6 % за домакинствата със зависими деца. Имайки предвид, че основният източник на доходи за домакинствата в България е този от трудови доходи, достъпът на групите в неравностойно положение до пазара на труда и системата за учене през целия живот е от основно значение за тяхното социално включване.

Освен доходите от труд сред факторите, определящи социално-икономическата картина в страната, следва да бъдат посочени и доходите от пенсии. И двата вида доходи за периода 2000-2005 г. отчитат сериозно нарастване. Средната годишна работна заплата през 2005 г. нарасна в номинално изражение с 9.3 % спрямо 2004 г., а средният размер на пенсията - със 7.9 %. Това са доходите с най-висок дял в общия домакински доход, който през 2005 г. нараства с около 4.6 % спрямо 2004 г. Наред с нарастването на доходите е налице и намаляване на равнището на бедност в България (през 2005 г. - 14.2 %, докато през 2004 г. е 15.3 %). Рискът от бедност при жените (15.4 %) е с 2.6 пункта по-висок от този при мъжете. Налице са и различия в риска на бедност в зависимост от възрастта, трудовия статус и семейното положение (за групата 0-15 г. - 17.8 %; за групата над 65 г. - 17.5 %; за младежите между 15-24 г. - 16.4 %; за работещите бедни - 5.6 %; за самонаетите - 8.7 %; за безработните - 34.2 %, 37.4% за мъжете и 30.9 % за жените; за самотните

родители с поне едно дете – 25.1 %). Линията на бедност продължава да се увеличава, като през 2005 г. е 936 евро годишно на лице или 78 евро месечно. Покачването спрямо 2001 г. е с 46 %, като средногодишното нарастване е с над 11.5 %. Социалните разходи имат сериозно значение за повишаване материалния статус на българските граждани. Без тях бедността в страната би била 39.1 % през 2005 г., като с най-голяма тежест сред трансферите са пенсиите. Те са снизили дела на бедните с близо 22 процентни пункта. На останалите социални трансфери се падат само 3 пункта. В тази връзка, през 2005 г. разходите за социално осигуряване, подпомагане и грижи съставляват 13.4 % от БВП или 33.7 % от общите разходи на бюджета.

Въпреки общата тенденция за намаляване на равнището на бедност сред населението, все още рискът от бедност е по-силен за някои рискови групи. Общото за тях е изолираността им от пазара на труда и липсата на регулярни доходи от труд поради обективни причини като възраст, безработица и ниско образование и квалификация. Три основни групи следва да бъдат посочени – децата и най-вече живеещите в домакинства на самотен родител и живеещите в многодетни домакинства (като рискът от бедност съответно е 25.1 % и 31.5 %) и децата от уязвимите етнически малцинства, в частност ромското и турското; хората с влошен статус на пазара на труда – заетите с ниски трудови възнаграждения и безработните (работещите бедни заедно с безработните са групата, която представлява над 55 % от живеещите в бедност в страната); възрастните хора, за които рискът от бедност се покачва, и най-вече най-възрастните (над 75 г., сред които бедните са 23 %) и самотно живеещите възрастни хора, най-вече жените (над 65 г. – 39 %, 19 % за мъжете и 43 % за жените; над 75 г. – 50 %, 30 % за мъжете и 55 % за жените).

Във връзка с увеличаването на риска и дълбочината на бедност сред пенсионерите са необходими целенасочени усилия за повишаване адекватността в българската пенсионна система. Към 31 декември 2005 г. пенсионерите в България са били 2 301 669. Равнището на бедност сред тях през 2005 г. е 16.4 %, като през 2003 г. е било 14.1 %. Проведените реформи в българската пенсионна система доведоха до изплащането на по-високи пенсии, насърчаване на формалната заетост и по-дългия трудов живот и по-тясно обвързване на обезщетенията с вноските. Повишаването на възрастта за пенсиониране ще повиши дългосрочната устойчивост. Остава въпросът за адекватността на пенсиите. Ниските нива на заместимост в българската система се предвижда да бъдат допълнени от значително участие в доброволното осигуряване и по-благоприятна възвращаемост на инвестициите. Развитието на капиталовите стълбове представлява добър стимул за работа и за по-дълъг трудов живот. Повишаването на заетостта подобрява и адекватността и трябва да продължи, за да достигне средните нива за ЕС и целите от Лисабон.

Повишаването на заетостта и участието в активните мерки на пазара на труда се отразява положително и върху намаляването на зависимостта на определени рискови групи от получаването на социални помощи. Сравнявайки първото тримесечие на 2005 г. и първото тримесечие на 2006 г., намалението в средномесечния брой на подпомаганите лица и семейства е около 15 %. Устойчивото намаляване на зависимостта от социални помощи на определени рискови групи е положителна тенденция, която е свързана с прилагане на активен подход в областта на социалното подпомагане и приоритизирането на предоставянето на социални услуги. От друга страна, с цел гарантиране на възможността за получаване на някои категории социални плащания от страна на лицата в извън трудоспособна възраст беше увеличен гарантирания минимален доход през 2005 г. Увеличение претърпяха и всички видове пенсии. През 2005 г. с 65.1 % бяха увеличени и средствата за подкрепа на една от най-уязвимите групи в българското общество – хората с увреждания.

Осигуряването на равен достъп до услуги несъмнено е едно от основните предизвикателства в борбата със социалното изключване в България. В тази връзка в България се изпълняват редица мерки, които макар, че се нуждаят от концентрация на повече ресурси, могат да бъдат приети като успешни. Пример за това са мерките за осигуряване на равен достъп до образование – интегриране на деца със специални образователни потребности в общообразователна среда и подпомагане на тяхното обучение и мерките за намаляване на броя на отпадащите ученици от училище (през учебната 2004/2005 г. - 1.99 %, за първия срок на учебната 2005/2006 г. - 1.23 %,)

процентът на ранно напускащите училище е 20 % през 2005 г.); мерките за адаптиране на средата към нуждите на хората с увреждания и осигуряването на достъпен транспорт и други. Независимо от постигнатите резултати проблеми съществуват. В образованието е необходимо разширяване на обхвата на мерките, насочени специално към децата от групи в неравностойно положение. Реформата в системата на помощните училища все още не е проведена до край. В адаптирането на транспорта не се наблюдава активно участие на общините в тези дейности. Друго предизвикателство в областта на услугите, което изисква концентрация на голям финансов ресурс, е осигуряването на достъп до подходящи жилища, и най-вече за социално слаби семейства и най-уязвимите семейства от ромски произход. В тази връзка са предприети и специални мерки за осигуряване с жилища на ромското малцинство и семействата с ниски доходи. Изпълнява се и дългосрочна Национална програма за подобряване жилищните условия на ромите. Цялостното ѝ изпълнение ще доведе до трайно решаване на жилищните им проблеми.

Огромно значение за преодоляване на социалната изолация имат здравните и социалните услуги. Достъпът до здравни услуги е гарантиран от законодателството. Разработен е механизъм за осигуряване на достъп до качествено здравеопазване на лица с ниски доходи и представители на уязвими групи. С цел ползването на качествени здравни услуги от определени рискови групи, и специално от ромското етническо малцинство, е оценена необходимостта от прилагането на по-концентрирани мерки за здравно образование, полова култура и превенция на заболяванията. Особено внимание в политиката по социални услуги се отделя на деинституционализацията. Развитието на социални услуги в общността ясно показва, че те са основното средство за постигане на реална деинституционализация (броят на децата в специализирани институции намаля с 18.3 %). Недостатъчно развитата мрежа от алтернативни социални услуги за хората с ментални увреждания пък е причина за по-бавния процес на реинтегриране на тези хора в общността. В последните няколко години протича процес на закриване, преместване и намаляване на капацитета на специализираните институции, реализиране на проекти и програми на неправителствени организации и обучение на персонала. Проведените национални мониторинга в домове за възрастни с умствена изостаналост и за възрастни с психични разстройства също се отразиха положително на този процес. Бюджетът за финансиране на социални услуги, делегирани от държавата дейности, беше увеличен с 18.5 % през 2006 г., което позволи подобряване качеството на предоставяните услуги. Положителен е и фактът, че се увеличава броя на частните доставчици на социални услуги (към 30.04.2006 г. – 631). В тази връзка е необходимо засилване на мерките за насърчаване на участието на неправителствените организации в прякото предоставяне на услуги на хората в неравностойно положение и в частност на уязвимите етнически малцинства и хората с ментални увреждания, както и за насърчаване на партньорството им с държавата и общините.

Една от рисковите групи в българското общество, за чието социално включване е необходимо мобилизирането на всички политики, поради многостранния характер на проблемите, с които се сблъсква, е ромската общност. Много мерки са предприети за социалното включване на ромите. На 8 април 2005 г. беше даден и национален старт на Десетилетието на ромското включване 2005-2015 г. В Националния план за действие по Десетилетието на ромското включване са предвидени дейности в изпълнение на 4-те основни приоритета на Десетилетието: образование, здравеопазване, заетост, подобряване на жилищните условия. Като специфични за България са включени и приоритетите: култура и защита от дискриминация и осигуряване на равни условия. За ефективното изпълнение на политиката по отношение на ромската общност основните предизвикателства са: по-добри координация и сътрудничество между заинтересованите институции и гражданското общество, укрепване на административния капацитет на органите, провеждащи политиката за ромите, активно включване на ромската общност при провеждане на политиките, насочени към нейната социална интеграция, повишаване на чувствителността на българското общество относно проблемите на ромите, използване на всички възможни източници за финансиране на ромското включване и други.

1.2. Общ стратегически подход

В основата на българската система за социална закрила и социално включване е осигуряването на възможност на всички да се ползват от благата вследствие на икономическия напредък. Основните елементи на тази система, които допринасят за постигане на целите за по-добра и по-широка социална закрила, са: гарантирани права; осигурен достъп за ползване на тези права; солидарност и социална отговорност в обществото; диференциран и индивидуален подход към всеки; гарантирани ресурси; ясно дефинирани отговорности. Един от водещите принципи е осигуряване на равни възможности за всички. За постигането му, без да се нарушава принципа за равенство, се предвиждат специфични права и мерки, които подобряват и изравняват шансовете на различни групи за пълноценно участие в живота на обществото и ползването на неговите ресурси и блага. Сред тях са хората с увреждания, децата, младежите, възрастните хора и други.

В последните години като област, в която се наложи да се предлагат специфични мерки, се открие осигуряването на равни възможности на жените и мъжете. Провеждането на политиката за равни възможности на жените и мъжете е основен компонент от общата държавна политика за равни възможности на всички. Предстоящото приемане на Закон за равните възможности на жените и мъжете ще насърчи процесите за постигане на реална равнопоставеност на жените и мъжете. Държавната статистика ще се допълни с индикатори, групирани по пол, за мониторинг и оценка на политиките. Извършването на социална оценка на инициативите за намаляване на бедността за групи, изключени от инициативите за развитие, ще бъде улеснено от въвеждане на оценка на въздействието на политиката за равно третиране на мъжете и жените на инициативите за развитие за насърчаване на социалното включване. Интегрирането на оценката на въздействието на политиката за равнопоставеност на половете в социалната оценка ще доведе до избор на адекватни инициативи за социално включване на уязвимите групи. Бедността има различни последици върху жените и мъжете. Тези последици увеличават уязвимостта на жените и мъжете в резултат и на други структурни разлики (възраст, етническа принадлежност, увреждане и др.). Поради това оценката на въздействието на политиката за равнопоставеност на половете ще подобри насочеността на политиките за социално включване за различните целеви групи. Въвеждане на джендър бюджетиранието като средство за подобряване на достъпа на жените и мъжете до ресурсите на обществото също ще допринесе за постигането на реална равнопоставеност на половете.

Усилията за създаване на устойчива и ефикасна система за социална закрила и социално включване са предизвикателство пред България. Българският социален модел е в процес на усъвършенстване с цел привеждането му в съответствие с достиженията на европейското законодателство, политика и социални практики. В тази връзка се предприеха мерки за: базирането на системите за социална сигурност и защита на населението на обективни принципи, критерии и регулатори; създаване на подходящите за пазарното стопанство регулатори на доходите от труд; усъвършенстване на пенсионния модел; адресиране на демографските проблеми чрез целенасочена демографска политика; подобряване на достъпа на гражданите до гарантирани от законодателството права, ресурси, блага и услуги; премахване на дискриминацията; създаване на равни възможности за всички, включително и равенство на половете.

Политиката за социална закрила и социално включване в България се разглежда като неразделна част от общата държавна политика. В отделните сфери на тази политика се изпълняват специфични стратегии, програми и мерки (например: в областта на заетостта, образованието и професионалното обучение, жилищата, транспорта, здравеопазването и достъпа до здравни услуги, деинституционализацията, закрилата на децата, интеграцията на уязвимите етнически малцинства и др.). Всяка от тях има своя принос за постигане на целите за по-добра социална закрила на гражданите и социално включване на уязвимите групи в обществото. Многостранныят характер на социалната закрила и социалното включване наложи да бъде възприет нов стратегически подход, обединяващ ресурсите и средствата на различни политически сфери. Този подход беше използван в Националната стратегия за борба с бедността и социалната изолация

2003-2006 г. и плановете за действие за борба с бедността и социалната изолация, Националната стратегия по заетостта до 2010 г. и ежегодно приеманите плановете за действие по заетостта. Интегрирането на всички политики, имащи отношение към въпросите на социалната закрила и социалното включване, позволява по-добро отчитане на всеобхватността на проблемите при планиране на приоритетите, мерките, необходимите ресурси, разпределението на отговорностите и др. Обединяването на средствата от различни политически сфери за постигане на общите цели, води и до подобряване на мониторинга и оценката на провежданите политики, което е в основата на планирането и подобряването на мерките в областта на социалната закрила и борбата с бедността и социалното изключване.

Новият стратегически подход беше подсилен и от Съвместния меморандум по социално включване на Република България, подписан на 3 февруари 2005 г. Поставяйки акцентите в областта на социалното включване, Меморандумът мобилизира ресурсите и политическите инструменти на държавните институции, социалните партньори, неправителствените организации. Съвместното разработване, изпълнение и наблюдение на политиките от всички заинтересовани страни също е елемент на новия модел в социалната политика. Предизвикателствата в Меморандума ясно показват многостранния характер на политиката по социална закрила и социално включване и необходимостта от мобилизиране на всички заинтересовани страни за нейното реализиране. Те са следните: развитие на пазар на труда с възможности за социално включване и насърчаване на заетостта, като право и възможност за всички; справяне с проблемите в образованието; жилища; осигуряване на равен достъп до висококачествени здравни услуги и подобряване на предоставянето на тези услуги и формите за осигуряването им; достъп до социална защита; подобряване предоставянето на социални услуги и осигуряване на равен достъп до висококачествени социални услуги за всички и конкретно – за хората с увреждания и хората с ментални увреждания; подпомагане осигуряването на достъп до транспортни услуги за всички; възстановяване на райони с многостранни проблеми; осигуряване на социална и образователна интеграция на уязвимите етнически малцинства.

В последните няколко години България постигна напредък по проблемите на бедността и социалното изключване чрез прилагането на нововъзприетия модел в социалната политика, а именно - обвързване на социалната политика с останалите държавни политики, което допринесе за преход от пасивна към активна социална закрила с цел създаване на човешки, физически и социален капитал, включително и активно включване на уязвимите групи за повишаване на собственото си социално благосъстояние; фокусиране не върху последствията, а върху причините, пораждащи негативните тенденции в обществото, най-вече бедността и социалното изключване и други. Този стратегически подход е в основата на държавната политика в областта на социалната закрила и социалното включване и ще продължи да бъде прилаган с цел постигане на основните приоритети, идентифицирани в настоящия доклад и заложили в националната политика за подобряване качеството на живот на българските граждани чрез осигуряване на заетост, доходи за достойно съществуване, социална сигурност и грижа и социална интеграция.

Чрез въведения нов модел за програмно бюджетиране също се цели по-добро интегриране на политиките в зависимост от поставените цели на общата политика. Въвеждането на подхода на програмно бюджетиране доведе до по-ефективното разпределение на наличните бюджетни ресурси, както и до тяхното ефикасно разходване. Основно предимство на този подход в сравнение с традиционния е възможността политическите намерения на правителството да бъдат ясно отразени в структурата на бюджета. В бюджетната структура намеренията придобиват формата на конкретни елементи, т.е. това са програмите. Чрез програмното бюджетиране ясно се открие връзката между активната политика на пазара на труда, политиката за повишаване на жизнения стандарт и доходите на населението, включително и политиката по социално подпомагане. Програмите се идентифицират в зависимост от стратегическите цели на правителството. Разработените по този начин бюджетни документи вече могат да бъдат оценявани по това дали са постигнати заявените цели и резултати, а не само според това дали средствата са изразходвани целесъобразно и законосъобразно.

Взаимовръзката между политиките по социално включване, пенсиите, здравните и дългосрочните грижи и политиката за икономически растеж и повече и по-добри работни места се отчита не само при програмирането на държавния бюджет и средствата, но и във всички политически програми и планове, които се приемат. Неминуемо тези сфери, както и техните цели, са взаимно свързани и напредъкът по всяка една самостоятелна политическа сфера се отразява и върху останалите. Постигането на по-висок икономически растеж, намаляването на безработицата в страната, създаването на нови и трайни работни места и повишаването на нивото на образованието и квалификацията на човешките ресурси не може да бъде осъществено без модернизиранието и усъвършенстването на системите за социална закрила и социално включване, които допринасят за постигането на тези цели. В контекста на цялостната политика на България за постигане на целите на Лисабонската стратегия целенасочената политика за социална закрила и социално включване все повече изпъква като един от двигателите на икономическото развитие. Чрез нея се подпомага включването на повече хора от уязвимите групи на пазара на труда посредством осигуряване на заетост, социална сигурност, квалификация, образование и обучение, отчитащи спецификите на различните групи в неравностойно положение. Осигуряването на достъп до здравна грижа и разширяването на кръга на здравните услуги неминуемо се отразява на общото здравно състояние на гражданите, увеличавайки тяхната трудоспособност, а от тук на престоя на пазара на труда, качеството и производителността на труда. Във връзка с демографските предизвикателства, пред които е изправена България, все по-силно се налага необходимостта от създаване на условия за по-дълъг трудов живот на работната сила, която е основен двигател на икономическото развитие на страната. Една от целите на реформата в пенсионната система е да отговори на това предизвикателство чрез стимулиране на личната инициатива и отговорност, повишаване на заетостта сред възрастните, създаване на условия за балансирано развитие между отделните стълбове на пенсионната система, намаляване на сериозната демографска тежест върху заетите и създаване на законови и икономически стимули за удължаване на трудовия живот.

Икономическият преход, който България извършва, се отрази на цялото население, но с по-голяма сила на по-уязвимите групи в обществото. Резултатите от икономическия растеж са предназначени за цялото общество. В тази връзка политиките за увеличаване на производителността на труда, създаването на повече работни места, отчитащи нуждите на пазара на труда, въвеждането на нови и модерни технологии, реформите в сферата на образованието и обслужването на гражданите и т.н. дават своя принос към политиката за социална закрила и социално включване.

За целите на по-доброто управление на политиката за социална закрила и социално включване се прилага всеобхватен и съгласуван управленски подход. Основните му елементи са: прозрачност при вземането на решенията и включване на заинтересованите страни, включително и лицата, към които са насочени политиките, при тяхното разработване, консултиране, провеждане и мониторинг; съгласуваност на действията на ангажираните с изпълнението на мерките институции; координация на дейностите; провеждане на постоянен контрол в процеса на изпълнение; информиране на гражданите; връзка между действията на централните държавни органи и органите на местното самоуправление и други. Консултативната със заинтересованите страни е определена като задължителна в българското законодателство. За тази цел са създадени редица консултативни органи, без чието консултиране е невъзможно да се приемат определени документи, като например Националният съвет за тристранно сътрудничество, Националният съвет за интеграция на хората с увреждания, Националният съвет за сътрудничество по етнически и демографски въпроси и други. Голямо значение в консултативния процес има и участието на Националното сдружение на общините в Република България. Подходът, който се следва в България, позволява на всички заинтересувани страни (социални партньори, неправителствени организации, представляващи интересите на различни уязвими групи в обществото, местни органи и др.) да участват не само при консултирането и контрола на изпълнението на политиките, но и при самото им формиране. Всички нормативни и стратегически документи в областта на социалната закрила и социалното включване са

разработени, следвайки този подход, включително и Съвместният меморандум по социално включване и настоящия Национален доклад.

1.3. Ключови послания

Основните политически приоритети на България в областта на социалната закрила и социалното включване са:

- Намаляване на риска от бедност и социално изключване;
- Създаване на модерна, устойчива и адекватна пенсионна система;
- Подобряване на достъпа до здравни грижи и качествено здравеопазване;
- Развитие на системата за дългосрочна грижа.

В тяхното изпълнение ще продължи да бъде прилаган вече възприетия стратегически подход. Във връзка с поставените цели политиката ще се провежда в контекста на:

- засилване на ролята на системите за социална закрила и социално включване за постигане на целите на Лисабонската стратегия за икономически растеж и повече и по-добри работни места;
- концентриране на усилията в борбата със социалното изключване чрез приоритетно изпълнение на най-големите предизвикателства пред България;
- подобряване на координацията между ангажираните в процеса на социалната закрила и социалното включване институции и организации;
- подобряване на процеса на проследяване на напредъка в постигането на поставените цели в областта на социалната закрила и социалното включване;
- активно включване на всички заинтересовани страни.

II. НАЦИОНАЛЕН ПЛАН ЗА ДЕЙСТВИЕ ПО СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ

2.1. Ключови предизвикателства, приоритетни цели и резултати

Основните политически цели, които България ще преследва чрез изпълнението на този план в периода 2006-2008 г. са:

- Равноправно участие на пазара на труда на групите в риск от изпадане в бедност и социално изключване;
- Осигуряване на равен достъп до услуги с цел превенция на социалното изключване и преодоляване на неговите последици;
- Социално включване на най-уязвимите етнически малцинства;
- Намаляване на бедността сред групите в извън трудоспособна възраст.

Посочените по-горе цели не са нови за политиката по социално включване на България. Те са и основните предизвикателства, идентифицирани в Съвместния меморандум по социално включване на Република България, като е налице дългосрочен политически и обществен консенсус за тяхното изпълнение. Ограниченият достъп до пазара на труда и до ресурсите на обществото, невъзможността за преодоляване на бедността, пречките пред реализирането на гарантирани от закона права и пред ползването на основни услуги, дискриминацията, най-вече на ромската общност, както и в някои отношения на хората с увреждания, са проблеми, пред които са изправени хората в неравностойно положение в България. За съжаление, те съпътстват развитието на българското общество и водят до значителни различия в него, които следва да бъдат преодоляни. Това налага мобилизиране на всички политики и възможни ресурси.

Политическите цели, които България си поставя за периода 2006-2008 г., са свързани с редуциране на причините, които пораждат бедността и социалното изключване, както и преодоляване на техните последици:

- Липсата на заетост е една от основните причини за бедност и социална изолация. Независимо от намаляването на безработицата и многобройните мерки, предприети за насърчаване на участието на рисковите групи на пазара на труда, все още е висок броят на безработните лица сред продължително безработните, младежите, възрастните работници, лицата с ниска степен на образование и без специалност и професия, обезкуражените работници, хората с увреждания и други. Ниски са и нивата на икономическа активност и на включването на тези групи в различни форми на учене през целия живот. Подкрепата на най-неравнопоставените групи на пазара на труда ще допринесе не само за тяхното социално включване, но и ще доведе до един по-траен ефект, свързан с бъдещите поколения. Подобряването на възможностите за квалификация и преход към устойчива интеграция на първичния пазар на труда ще бъдат в основата на успешното социално включване чрез осигуряване на достъп до пазара на труда.

- Равният достъп до услуги за уязвимите групи е решаващ за тяхното ефективно социално включване и участие в живота на обществото. Макар и правото на достъп до различните услуги да е законово гарантирано, реализирането му за най-уязвимите групи остава практически затруднено. Причините са комплексни, като включват и непознаване от уязвимите групи на част от техните права. Причините са и взаимосвързани. Ограниченият достъп на безработните и други уязвими групи до системата за социално осигуряване води до увеличаване на риска от включването им в схемите за социално подпомагане и в повечето случаи и изпадане в зависимост от получаваните социални помощи. Достъпът до услуги е свързан и с превенцията на изпадането в бедност и социално изключване. В отделните сектори на услугите проблемите на уязвимите групи са различни. В системата на социалните услуги липсата на разгърната мрежа от услуги в общността и доставчици в цялата страна затруднява достъпа до качествени грижи за голяма част от българските граждани, както и процеса на деинституционализация най-вече на хората с увреждания и децата; лошото качество и недобре подготвения персонал на някои от предлаганите услуги също нарушава правата на гражданите. В сектора на здравните грижи затрудненият достъп на групите в най-голям риск от социално изключване при ползване на здравни услуги води до влошаване на общото им здравословно състояние и увеличаване на смъртността сред тях. Не са напълно разгърнати и не се осъществяват непрекъснато дейностите по промоция, профилактика, лечение, рехабилитация. Ниското равнище на образование е един от

основните фактори, определящи бедността и социалната изолация. Високо е равнището на безработица при лицата с начално и по-ниско образование - през 2005 г. то е 32.6 %. В тази връзка въпросите, които следва да се адресират са: намаляването на равнището на отпадане от образователната система; осигуряване на достъп на уязвимите групи, включително и на уязвимите етнически малцинства и децата с увреждания, до образование в общообразователна среда; стимулиране и развиване на образователните възможности за групите в неравностойно положение. В тази връзка улесняването на достъпа на деца, живеещи в селски райони, до образователни институции е едно от предизвикателствата в транспортните услуги. Осигуряването на достъпен транспорт, адаптиран към нуждите на хората с увреждания, все още не е характерно за цялата страна, в повечето от малките населени места такъв транспорт почти липсва.

- Предприетите мерки за намаляване на бедността и социалната изолация сред уязвимите етнически малцинства, и по-специално ромското, все още не са довели до значителни резултати. Проблемите, които налагат да бъдат бързо и спешно решени, са в сферата на образованието, жилищните условия, заетостта, здравеопазването, антидискриминацията и преодоляване на културните различия. Разрешаването на проблемите на уязвимите етнически малцинствени групи в България все още се нуждае от прилагане на един траен и дългосрочен подход. Една от основните причини за икономическите проблеми на ромската общност в настоящия момент е ниската квалификация, обусловена от своя страна от ниското образователно ниво и съществуващи все още дискриминационни нагласи на мнозинството към ромите. В особено незавидно положение са младите хора до 30 години, които дори нямат трудови навици – повече от 80 % от тях никога не са работили. Голяма част от ромите са трайно безработни. Самоинициативността на ромските семейства е ниска и се затвърждава унаследената култура на зависимост, която затруднява реализацията на програми за развитие. Нормативните документи в областта на образованието у нас не идентифицират учениците по етнически признак, но с приблизителна точност се предполага, че значителен процент от всички ученици, които отпадат от образователната система, са от ромски произход. Осигуряването на достъпни жилища за по-голямата част от ромите все още е значително предизвикателство. Следва да се адресира проблема с подобряване качеството на жилищата, осигуряване на подходящи жилища и инфраструктура за ромите.

- За намаляването на бедността сред уязвимите групи неминуемо ще допринесат мерките, които се изпълняват за постигане на по-горе описаните цели. Следва да се постави акцент върху две групи, за които рискът от бедност е по-силен и постоянен. На първо място – децата и особено децата в домакинства с ниски доходи, децата със самотен родител, както и децата от многодетни семейства. Децата са специфична уязвима група, в много по-голяма степен застрашени от риск от бедност и социално изключване отколкото възрастните. Те са силно зависими от възрастните, с които живеят и не могат сами да осигурят своето съществуване. Отчитайки факторите, пораждащи бедност – безработица, ниско образование, ниски доходи и т.н., е от особена важност да се предотврати предаване на бедността между поколенията, да се ограничи възможността ограниченият достъп до пазара на труда и ниският образователен статус на родителите да се предаде на техните деца. На второ място, особено силно зависима и уязвима група в българското общество са пенсионерите и най-вече пенсионерите с ниски доходи. Съществуват съществени различия в размерите на пенсиите на възрастните пенсионери и тези на по-младите пенсионери, както и между техните пенсии и новоотпуснатите. Средномесечният размер на личните пенсии за осигурителен стаж и възраст, отпуснати до 2000 г. включително, значително изостава от новоотпуснатите пенсии от същия вид през следващите години. Размерите на пенсиите, отпуснати през 2006 г. са с 24.9 % по-високи от тези отпуснати до 2000 г. включително и индексирани със съответните проценти всяка година. Това е едно от най-сериозните предизвикателства пред политиката за социално включване и пенсионната политика в България, отчитайки че по-възрастните пенсионери над 75 г. съставляват близо една четвърт от всички пенсионери, а следствие неблагоприятните демографски тенденции техният брой ще продължава да расте.

Най-основните резултати, които очакваме да постигнем чрез изпълнението на гореописаните политически цели до 2008 г., са:

- Коефициент на икономическа активност (15-64 г.) от 65.6 %;
- Коефициент на безработица под 9 %;
- Увеличение на коефициента на заетост (15-64 г.) до 59.2 %;
- Увеличение на броя на лицата от уязвимите групи, участващи в програми за професионална квалификация, с 20 %;
- Намаление на броя на отпадащите ученици в задължителна училищна възраст спрямо броя им за 2005 г. с 10 %;
- Увеличаване на броя на децата със специални образователни потребности, интегрирани в общообразователни и професионални училища, с 15 %;
- Увеличаване на броя на учениците от ромски произход, изведени от сегрегирани училища с 10 %;
- Намаление на броя на лицата, зависими от социално подпомагане с 5 %;
- Намаление на броя на лицата, ползващи социални услуги в специализирани институции, с 10 %;
- Увеличение на броя на лицата от уязвимите групи, ползващи социални и здравни услуги, с 20 %;
- Осигуряване на поне 15 процента нарастване на общия доход на домакинствата;
- Осигуряване на номинален ръст на доходите от пенсии с над 5 на сто годишно.

2.2. Равноправно участие на пазара на труда на групите в риск от изпадане в бедност и социално изключване

Политически мерки:

За постигане на тази политическа цел и в съответствие с целите на обновената Лисабонска стратегия България въведе редица мерки за увеличаване на заетостта, включително и сред уязвимите групи на пазара на труда. Основните мерки, които се реализират са: осигуряване на професионална квалификация и ограмотяване, програми за заетост за определени категории в неравностойно положение (дълготрайно безработните, младежите без трудов опит или без образование и професия, сираците, безработни с ниско или без образование и без квалификация, хората с увреждания, възрастните работници, уязвимите етнически малцинства и други), субсидирана заетост, насърчаване на работодателите да наемат лица от уязвимите групи на пазара на труда, изграждане на достъпна работна среда за увеличаване на възможностите за заетост на хората с увреждания, насърчаване на инвестициите, преференции и стимули за частното предприемачество, данъчни облекчения, включително и преотстъпване на данъка за фирми-производители, инвестиращи в райони с висока безработица и преотстъпване на данъка за земеделски производители, оптимизиране на координацията между системата за социално подпомагане и активните мерки на пазара на труда, контрол върху неформалната заетост и други. Във връзка с повишаването на пригодността за заетост на работната сила, което означава непрекъснато повишаване на нейното качество и насърчаване на развитието на човешкия капитал и ученето през целия живот, се изпълняват следните мерки: осигуряване на подходящо обучение за придобиване на професионално-квалификационни характеристики, съобразени с новите изисквания на икономиката и работодателите; осигуряване на стажуване и чиракуване; повишаване качеството на обучението; повишаване на контрола и мотивацията на безработните лица за по-добри резултати от обучението, ефективното изразходване на средствата за обучение и контрол върху обучаващите организации; провеждане на обучение с цел превенция на безработицата и постигане на адаптивност на работната сила, включително в предприятията и фирми с реструктуриращи се дейности и други.

Част от мерките, които България ще предприеме, за да гарантира по-добро включване на пазара на труда на групите в неравностойно положение включват:

- Осъществяване на редовен мониторинг на търсенето и предлагането на работната сила на трудовия пазар;
- Повишаване на ефективността на програмите за заетост на национално и местно равнище чрез реализиране на програми и мерки за създаване на трайни работни места с осигуряване на постоянна заетост за уязвими групи на пазара на труда;

- Подобряване насочеността на насърчителните мерки за работодателите за осигуряване на по-дългосрочна и качествена заетост; подобряване на предлаганите на работодателите услуги от бюрата по труда за повишаване на броя на заявените работни места от реалния сектор;
- Стимулиране на активното поведение на пазара на труда на дългосрочно безработните лица (чрез изплащане на “бонус” за срок до една година при самостоятелно намиране на работа);
- Идентифициране на основните причини за неактивност и обезкураженост на лицата извън работната сила (вкл. на обезкуражените лица) и разработване на пакет от мерки за тяхното активно включване в трудовия живот;
- Приемане на допълнителни мерки за стимулиране на професионалното обучение и квалификация;
- Промяна на нагласите на работодателите по отношение наемаването на работа на лицата в неравностойно положение на пазара на труда чрез различни медийни прояви и публикации, семинари, дискусии и др.;
- Развитие на устойчив модел за оказване на услуги, насърчаващи развитието на бизнеса в отдалечени селски райони и в райони със смесено етническо население в рамките на бизнес мрежата от центрове по проект JOBS;
- Развитие на модела за предлагане на ограмотяване, обучение, трудов опит и последваща заетост на продължително безработните лица, вкл. тези без образование и квалификация за трайно интегриране в пазара на труда;
- Предоставяне на подходящи форми на обучение, като ограмотяване, специализирано мотивационно обучение, обучение за придобиване на професионална квалификация, както и наемане на работа чрез използване на гъвкави форми на заетост и насърчаване на предприемачеството сред ромското население;
- Насърчаване създаването на заетост и доходи от труд в ромски общности чрез прилагане на пилотен модел за: обучение за професионална квалификация, промяна в нагласите на работодателите, консултантски услуги за стартиране/развиване на собствен бизнес, достъп до микрокредитиране и грантове за започване на самостоятелна стопанска дейност;
- Насърчаване стартирането на самостоятелна стопанска земеделска дейност;
- Разширяване на преференциите при наемане на безработни в региони с висока безработица и за инвеститорите;
- Подпомагане създаването на устойчив модел за развитие на социални предприятия;
- Развитие на политиката за активното стареене, насърчаваща работодателите да наемат на работа по-възрастни работници, но и работниците да участват по-дълго в трудовия процес;
- Създаване на защитени работни места.

Индикатори и уредба на мониторинга:

Чрез осъществяването на политиката за осигуряване на равноправно участие на пазара на труда на групите в риск от изпадане в бедност и социално изключване се цели нарастване на икономическата активност и нивата на заетост сред рисковите групи на пазара на труда. Основните индикатори, които ще бъдат използвани за мониторинг и оценка на напредъка в постигането на тази цел са: нивата на заетост, на безработица, включително и на продължителната безработица и на икономическа активност сред уязвимите групи (по възраст, пол и степени на образование), брой на лицата от уязвимите групи, включени в програми и мерки за обучение и заетост, брой на отпадналите от социално подпомагане лица и семейства, брой на създадените трайни работни места, брой на новостартиралите средни и малки предприятия от представители на уязвимите групи на пазара на труда, брой на новоразкритите социални предприятия и други. Мониторингът по изпълнението на поставените цели ще се осъществява от Министерството на труда и социалната политика. Основните източници на информация по горепосочените индикатори са данните на Националния статистически институт, Агенцията по заетостта, Агенцията за социално подпомагане, Агенцията за хората с увреждания, Националният съвет за сътрудничество по етнически и демографски въпроси с административната подкрепа на Дирекция „Етнически и демографски въпроси” на Министерски съвет и други.

Разпределение на ресурси:

Политиката за интеграция на пазара на труда на хората в неравностойно положение се финансира главно със средства от държавния бюджет. Допълнителен източник на финансиране са различни програми и проекти на международни организации, включително и предприсъединителните инструменти на ЕС. Средствата за активна политика на пазара на труда се залагат ежегодно в Националните планове за действие по заетостта, приемани от Министерски съвет. Най-големият допълнителен източник за финансиране на политиката за интеграция на пазара на труда на хората в неравностойно положение ще бъде Европейския социален фонд, чрез който ще се съфинансира изпълнението на Оперативната програма за развитие на човешките ресурси. Основните институции, отговорни за изпълнението на мерките за осигуряване на равнопоставено участие на пазара на труда на групите в риск от изпадане в бедност и социално изключване, са Министерството на труда и социалната политика с изпълнителните агенции – Агенция по заетостта, Агенция за социално подпомагане и Агенция за хората с увреждания, Министерството на образованието и науката и Министерството на икономиката и енергетиката.

2.3. Осигуряване на равен достъп до услуги с цел превенция на социалното изключване и преодоляване на неговите последици

Политически мерки:

Политиките, които се провеждат в България във връзка с осигуряването на равен достъп до услуги са разнообразни: усъвършенстват се програмите за социално подпомагане с оглед по-добра целенасоченост на средствата за социални помощи и прилагане на диференциран подход и насърчаване на трудовата заетост на подпомаганите лица; развиват се социални услуги в общността с цел деинституционализация; предлага се правна, консултативна, психологическа, социална и друга подкрепа на уязвимите групи; прилагат се мерки за подобряване на живота на хората, настанени в специализирани институции; реализират се програми за закрила на децата, най-вече във връзка с гарантиране на правата им и намаляване на броя на децата, живеещи в специализирани институции; реализират се мерки и програми за по-пълно обхващане на децата от образователната система, както и за интегрирано образование на децата със специални образователни потребности; адаптира се жизнената среда и транспорта за нуждите на хората с увреждания; осигурява се финансова подкрепа на децата и възрастните с увреждания и техните семейства; реализират се програми за подобряване на жилищните условия на семействата с ниски доходи и на ромската общност; осигуряват се здравни услуги на рисковите групи, включително и на тези, които не участват с вноски в системата за здравно осигуряване; реализират се програми за изграждане и подобряване на инфраструктурата. Горепосоченото в много общи линии описва изпълняваните мерки в България, насочени към социалното включване на уязвимите групи чрез осигуряване на практическия достъп до права, които са вече гарантирани от българската Конституция и доразвити в законодателството.

Част от мерките, които ще се предприемат с цел усъвършенстване на политиката за социално включване в областта на социалното подпомагане и социалните услуги, образованието, здравеопазването, жилищата, транспорта и други, са:

- Подобряване на сътрудничеството и взаимодействието с областните администрации, органите на местното самоуправление и юридическите лица с нестопанска цел, създаващи условия и съдействащи за реализирането на програми и проекти в областта на социалното включване с оглед постигане на трайни и ефективни резултати;
- Осигуряване на по-високо и устойчиво финансиране на социални услуги в общността, насочени към подкрепа на лица от рискови групи и техните семейства и създаване на мрежа от такива услуги в цялата страна;
- Ускоряване на процеса на деинституционализация чрез услуги за реинтеграция в семейна среда и услуги в общността;
- Подобряване на условията на живот в специализираните институции и включване на бенефициентите на техните услуги в живота на местните общности;
- Подобряване на контрола, включително и чрез засилване на гражданския контрол, в областта на предоставянето на услуги;

- Осигуряване на качествено образование на всички лица със специални образователни потребности за постигане на по-високи образователни резултати, придобиване на по-висока степен на образование и на професионална квалификация;
- Повишаване на грамотността на лица, за които българският език не е майчин;
- Разработване и въвеждане на иновативни програми и специализиран образователен софтуер за образование и обучение на лицата със специални образователни потребности;
- Инициативи за прилагане на принципите на интеркултурното образование, толерантност и солидарност между участниците в образователния и обучителния процес от различните етнически групи и др.;
- Осигуряване на условия за развитие на целодневна организация на учебния процес в началния и прогимназиалния етап на основното образование; разширяване на системата от социални мерки насочени към осигуряване на безплатни учебници и учебни помагала, безплатен транспорт и пр.; дейности насочени към учители, родители и местните общности за повишаване на обхвата на учениците в училищното образование и намаляване на отпадащите;
- Осигуряване на условия децата от селските райони да се обучават в училища, които са във възможно най-голяма близост до тяхното място на живеене и повишаване на нивото на образование в селските училища;
- Непрекъснато провеждане на дейности по промоция, профилактика, лечение, рехабилитация и други, както и за повишаване на здравната култура сред уязвимите групи;
- Укрепване на механизмите за ползване на висококачествени здравни услуги от групите в най-голям риск от социално изключване;
- Подобряване на жилищните условия на уязвими групи, като ромите, семействата с ниски доходи и лица, напускащи специализирани институции за предоставяне на социални услуги;
- Провеждане на дейности за създаване на достъпна среда за хората с увреждания и достъпен транспорт и активно включване на общините в тези дейности;
- Подобряване на административното обслужване на лицата от уязвимите групи, включително и достъпа до електронни услуги;
- Мерки за промяна на обществените нагласи и борба с дискриминацията, най-вече спрямо ромската общност.

Индикатори и уредба на мониторинга:

Целта на провежданите мерки е да се увеличи броят на ползвателите от уязвимите групи на основни услуги, необходими за тяхното социално включване. Основните индикатори, които ще бъдат използвани за мониторинг и оценка на напредъка в постигането на тази цел са: брой на бенефициентите на социални помощи; брой на бенефициентите на социални услуги; брой новоразкрити социални услуги в общността; брой на лицата, изведени от специализирани институции; дял на частните доставчици на услуги; брой на бенефициентите на здравни услуги; брой на децата със специални образователни потребности, интегрирани в общообразователна среда; ниво на участие във всички форми на образование; равнище на ранно отпадналите от образователната система; брой на лицата, осигурени с подходящи жилища; изразходвани средства за адаптиране на жизнената среда и транспорта към нуждите на хората с увреждания и други. Цялостният мониторинг по изпълнението на поставените цели ще се осъществява от Министерството на труда и социалната политика.

Разпределение на ресурси:

Основният източник на финансиране е държавния бюджет. Средствата, предоставяни от бюджетите на общините, също имат значение за провеждането на тези политики. Допълнителен национален източник на финансиране е Социално-инвестиционният фонд. Допълнителни източници на финансиране са и различни програми и проекти на международни организации (ПРООН, УНИЦЕФ, МОТ и други) и най-вече пред-присъединителните инструменти на ЕС. С Решение на Министерски съвет № 574 от 31.07.2006 г. бяха одобрени и допълнителни средства за финансиране на политиката по социално включване чрез одобрение на проект за социално включване на стойност 40 млн. евро, който ще бъде финансиран чрез държавен заем от Международната банка за възстановяване и развитие (СБ). Най-големият допълнителен източник

за финансиране на тези политики ще бъдат Структурните фондове на ЕС – Европейския социален фонд и Европейския фонд за регионално развитие. Основните институции, отговорни за изпълнението на мерките за осигуряване на равен достъп до услуги, са: Министерството на труда и социалната политика чрез изпълнителните агенции – Агенция по заетостта, Агенция за социално подпомагане и Агенция за хората с увреждания, Министерството на образованието и науката, Министерството на здравеопазването, Министерството на регионалното развитие и благоустройството, Министерството на транспорта, Министерството на държавната администрация и административната реформа, Дирекция „Етнически и демографски въпроси” на Министерски съвет, Държавната агенция за закрила на детето, Националната здравно-осигурителна каса, областните и общинските администрации.

2.4. Социално включване на най-уязвимите етнически малцинства

Политически мерки:

Създаването на условия за намаляване на бедността и социалното изключване сред уязвимите етнически малцинства, особено сред ромската общност, и насърчаване за включването им в живота на обществото се осъществява чрез програми за разрешаване на въпроси, свързани с жилищните условия и инфраструктурното развитие, образованието, преквалификацията и заетостта, здравеопазването и социалните услуги. Предприето е мащабно социологическо проучване за проблемите на ромската интеграция, чиято основна цел е разработване на нови управленски подходи и механизми за по-активно участие и по-голяма съпричастност на ромите в процесите на собствената им интеграция и социално приобщаване.

Някои от мерките, които се изпълняват са: подобряване на пригодността за заетост и трудова интеграция на етническите малцинства; провеждане на семинари, обучения по ограмотяване и квалификация на представители от ромската общност; повишаване на информираността на формални и неформални ромски лидери и на ромската общност в областта на мерки и програми за равен достъп до пазара на труда и социално осигуряване, образование, здравеопазване; провеждане на семинари в населени места с компактно ромско население за насърчаване на социалната роля на ромската жена и отговорното родителство и намаляване на ранно отпадащите деца от образователната система, както и за връщането и задържането им в училище; създаване на трудови борси за роми; обучение на социални работници и педагози за работа в мултиетническа среда; оптимизиране на училищната мрежа; десегрегация на детските градини и училищата в обособените ромски квартали; разработване на едногодишни планове за образователна интеграция на децата от етническите малцинства; интегриране на ученици, живеещи в обособените ромски квартали, в общообразователни училища извън тези квартали; назначаване на помощници на учителя, подпомагащи образователната интеграция на ромските деца в общообразователните училища; обучение на учители за работа в мултиетническа среда; въвеждане на изучаването на “Фолклор на етносите – ромски фолклор”; подготовка и назначаване на здравни медиатори, които посредничат между населението и медицинските заведения; провеждане на кампании за здравно образование, разработване на учебни програми за медицински университети и медицински колежи за работа в мултикултурна среда; провеждане на семинари за обучение на ромското население за разделно събиране и компостиране на отпадъци; организиране на състезания и спортни прояви и създаване на условия за ромските деца за занимания с физически упражнения и спорт; осигуряване на подкрепа за честване на традиционни празници, фестивали и други изяви, свързани с културата на различни етноси в България. Изпълнява се и Национална програма за подобряване жилищните условия на ромите в Република България, част от мерките в която са свързани с изграждането на нови жилища и реновирането на съществуващи.

За по-ефективното изпълнение на реализираните мерки следва да се подобрят:

- Административния капацитет на институциите за осъществяване на интеграционни политики, програми и мерки;
- Капацитета и уменията на представители на ромския етнос за пълноценното им включване във всички сфери на политическия и обществения живот, както и в публични институции (държавна и местна администрация);

- Процеса на доизграждане на ефективна мрежа и модели за институционално сътрудничество и координация, като се ползва натрупания опит;
- Използването на наличната система за мониторинг на Националния съвет за сътрудничество по етнически и демографски въпроси;
- Картографирането на проблемите на ромската интеграция и разработване на база данни;
- Мерките за активиране на уязвимите етнически малцинства и насърчаване на личната им инициатива и отговорност за участие в пазара на труда, образователния процес, опазване на личното им здраве, справяне с различни житейски ситуации и други;
- Устойчивото финансиране на дейностите, свързани със социалното включване на уязвимите етнически малцинства;
- Мерките за повишаване на чувствителността на обществото и преодоляването на създадени предубеждения и стереотипи спрямо някои от етническите малцинства, в частност ромите;
- Качеството на образованието в райони с преобладаващо малцинствено население;
- Инициативите за повишаване на процента на завършващите средно и висше образование младежи от ромското малцинство и от селските райони;
- Условието за съвместно възпитание и обучение на деца и ученици с различен етнически произход в държавните и общинските детски градини и училища и обслужващи звена; осигуряването на допълнителна педагогическа работа с изоставащи ученици; дейностите за връщане на отпадналите ученици в училище и подобряване на образователните им резултати; разработването и въвеждането в детските градини и в училищата на програми за възпитание и обучение, съобразени с културите на различните етнически малцинства; провеждането на квалификационни дейности за учителите; изследователската дейност, свързана с междуетническата интеграция на децата и учениците чрез образование; подготовката на родителите за осъществяване на образователната интеграция на децата и учениците;
- Мерките за намаляване на детската и майчината смъртност, ограничаване заболяемостта от заразни и паразитни болести и от широко разпространени незаразни заболявания, създаване на условия за разкриване на амбулатории за първична медицинска практика и привличане на специалисти за работа в кабинети в квартали, населени предимно с български граждани от ромски и турски произход, повишаване на здравните знания и осигуряване на достъп до здравна информация и за преодоляване на културните бариери в общуването и всякакви форми на дискриминационни нагласи сред медицинските специалисти;
- Мерките за обучение на професионалисти от различни области за работа в мултиетническа среда;
- Социалните услуги в общността, насочени специално към уязвимите етнически малцинства.

Индикатори и уредба на мониторинга:

Наред с индикаторите, които ще бъдат използвани с цел мониторинг на напредъка в интегрирането на уязвимите етнически малцинства на пазара на труда, за мониторинг на изпълняваните мерки за социално включване на най-уязвимите етнически малцинства ще бъдат използвани и следните индикатори: ниво на участие във всички форми на образователния процес; дял на децата от малцинствен произход, интегрирани в училищата извън обособените ромски квартали; дял на сегрегираните училища; ниво на отпадналите ученици от малцинствен произход; брой обучени и назначени помощници на учителя; брой обучени професионалисти от различни области за работа в мултиетническа среда (здравни, социални, общински и други); дял на социалните услуги, насочени към етническите малцинства; дял на лицата от малцинствен произход, ползващи здравни услуги; дял на лицата от малцинствен произход, обхванати от дейности по профилактика, здравно образование, превенция на заболяванията и др.; ниво на детската и майчина смъртност сред уязвимите етнически малцинства; брой проведени информационни кампании за промяна на обществените нагласи и премахване на дискриминацията спрямо етническите малцинствени групи; брой реновирани и изградени нови жилища за представители на ромската общност и други. Мониторингът по изпълнението на мерките, насочени към социалното включване на най-уязвимите етнически малцинства, ще се осъществява от Министерството на труда и социалната политика.

Разпределение на ресурси:

Основният източник на финансиране е държавния бюджет. Допълнителни източници на финансиране са програми и проекти на международни организации и най-вече предприсъединителните инструменти на ЕС. С Решение на Министерски съвет № 574 от 31.07.2006 г. бяха одобрени и допълнителни средства за финансиране на политиката по социално включване чрез одобрение на проект за социално включване на стойност 40 млн. евро, който ще бъде финансиран чрез държавен заем от Международната банка за възстановяване и развитие (СБ). Най-големият допълнителен източник за финансиране на мерките за социално включване на уязвимите етнически малцинства ще бъде Европейския социален фонд. Основните институции, отговорни за изпълнението на мерките за социално включване на уязвимите етнически малцинства, са: Министерството на труда и социалната политика с изпълнителните агенции – Агенция по заетостта и Агенция за социално подпомагане, Министерството на образованието и науката, Министерството на здравеопазването, Министерството на регионалното развитие и благоустройството, Министерството на културата, Министерството на околната среда и водите, Министерство на държавната администрация и административната реформа, Дирекция „Етнически и демографски въпроси” на Министерски съвет, Държавната агенция за закрила на детето, Агенцията за младежта и спорта, областните и общинските администрации и други.

2.5. Намаляване на бедността сред групите извън трудоспособна възраст

Политически мерки:

Двете групи, към които са насочени мерките по тази цел са: децата и възрастните хора. В България все още липсват детайлни проучвания относно мащабите на бедността сред децата. Вече е в ход мащабно изследване, което ще позволи точна оценка на жизнения стандарт и качеството на живот на българските деца. В контекста на предотвратяване на бедността сред децата от уязвими семейства се провежда политика за гарантиране, че децата не са лишавани от базови потребности като храна, облекло, подслон, здравни грижи, образование, шансове за успешно личностно развитие, социализиране и бъдеща реализация като пълноценни членове на обществото. В тази връзка се изпълняват мерки като: социално и семейно подпомагане; осигуряване на педагогическа, психологическа и правна помощ, консултиране, съдействие и информиране на детето и родителите или лицата, на които са възложени родителски функции; предоставяне на социални услуги в общността, включително за превенция на изоставянето на децата, на попадането им на улицата и за реинтеграция в семейството; подобряване условията на живот в специализираните институции за деца; деинституционализация; подпомагане на образователната интеграция на децата от уязвими семейства; предоставяне на социални инвестиции, целящи инвестиране в социалното развитие на децата и семейно подпомагане, насочено преди всичко към развитие и усъвършенстване качествата на децата, към тяхната социализация и успешна социална интеграция; осигуряване на достъп до здравна помощ; защита от всякакви форми на насилие, злоупотреба и други форми на експлоатация; специална закрила на децата с увреждания; укрепване на капацитета на органите по закрила на детето; въвеждане на система за мониторинг на правата на децата и други. По отношение на закрилата на най-уязвимите от възрастните, целите на политиката са: редуциране на риска от бедност и социално изключване чрез изграждане на ефективна система от минимални социални плащания в пенсионната система и поставянето ѝ в тясно взаимодействие с другите сфери на социалната защита; в съответствие с принципа на солидарността, гарантиране на реално нарастване на доходите от пенсии, но и това, че нарастването на пенсиите да не изостава от общото нарастване на благосъстоянието в обществото. За тяхната реализация бяха осъществени няколко мерки, едни от които са: промяна в механизма за осъвременяване на пенсиите и ре-организация на системата от минимални пенсии в пенсионната система. С цел намаляване бедността сред възрастните хора се изпълняват редица мерки в областта на социалното подпомагане, пазара на труда, здравеопазването и други.

Част от мерките, които България ще предприеме за намаляване на бедността сред децата и възрастните хора, са:

- Утвърждаване по нормативен път на официална граница на бедността;
- Развитие и разширяване на обхвата на социалните услуги за деца;

- Осигуряване на по-целенасочена подкрепа на уязвимите семейства чрез програмите за заетост, социално и семейно подпомагане и социални услуги;
- Утвърждаване на модела на социалните инвестиции в децата;
- Укрепване на системата за мониторинг на правата на децата;
- Подобряване на системата за наблюдение, изтегляне и реинтеграция на децата, жертви на трафик и други форми на детски труд;
- Създаване на система за мониторинг на детската бедност;
- Укрепване на капацитета на областно и общинско ниво на системата за закрила на детето;
- Развитие и разширяване на социалните услуги за стари хора;
- Усъвършенстване на съществуващия пенсионен модел;
- Осигуряване на достъп на всички хора до обществените и частните пенсионни схеми;
- Създаване на условия за насърчаване на възрастните работници да останат по-дълго на пазара на труда;
- Въвеждане на ефективна система за мониторинг на пенсионната политика и провежданите реформи в тази област;
- Засилване на сътрудничеството с неправителствения сектор и социалните партньори.

Индикатори и уредба на мониторинга:

Основните индикатори, които ще бъдат използвани, са: равнището на риска от бедност общо за страната, равнище на бедност сред домакинствата с деца, равнище на бедност сред хората над 65 г. и над 75 г., коефициенти на поляризация в групата на възрастните, дял на медианните доходи на хората над 65 г. спрямо медианните доходи на населението под 65 г., равнище на заетост на най-възрастните работници, равнище на бедност за лицата в домакинства с член над 65 г., равнище на бедност сред лицата над 65 г. и над 75 г., живеещи сами и други. За осъществяването на точни оценки на прилаганите мерки България положи значителни усилия да приобщи своята статистическа система към изискванията на Евростат. В ход е преходът към методологията на изследването на доходите и жизненото равнище (EU-SILC), предстои и въвеждането на системата за наблюдение на социалните разходи (ESSPROS). Мониторингът по изпълнението на целите, свързани с намаляване на бедността сред децата и възрастните хора, ще се осъществява от Министерството на труда и социалната политика съвместно с Националния осигурителен институт, Националния статистически институт и Държавната агенция за закрила на детето.

Разпределение на ресурси:

Основните източници на финансиране са държавния бюджет и бюджетът на Държавното обществено осигуряване. Допълнителни източници на финансиране са програми и проекти на международни организации (ПРООН, УНИЦЕФ, МОТ, Световна банка и други) и най-вече предприсъединителните инструменти на ЕС. С Решение на Министерски съвет № 574 от 31.07.2006 г. бяха одобрени и допълнителни средства за финансиране на политиката по социално включване чрез одобрение на проект за социално включване на стойност 40 млн. евро, който ще бъде финансиран чрез държавен заем от Международната банка за възстановяване и развитие (СБ). В бъдеще Европейския социален фонд също се очаква да бъде допълнителен източник на финансиране на политиката за борба с бедността. Основните институции, отговорни за изпълнението на горепосочените мерки са: Министерството на труда и социалната политика с изпълнителните агенции – Агенция по заетостта и Агенция за социално подпомагане, Министерството на образованието и науката, Министерството на здравеопазването, Държавната агенция за закрила на детето, Националния осигурителен институт, областните и общинските администрации и други.

2.6. По-добро управление

Съгласно българското законодателство министърът на труда и социалната политика е централният едноличен орган на изпълнителната власт, който разработва, организира, координира и контролира осъществяването на държавната политика в областта на доходите и жизненото равнище, социалното осигуряване, защитата при безработица и насърчаване на заетостта, пазара на труда, безопасността и здравето при работа, демографската политика, социалните инвестиции, социалната закрила и социалната интеграция на рисковите групи и равните възможности за жените и мъжете. Цялостната координация и мониторинг на изпълнението на политиката в областта на социалното включване се осъществява от министъра на труда и социалната политика. С цел обединяване на мерките от различните политически области в борбата със социалното изключване беше приета и Националната стратегия за борба с бедността и социалната изолация. Стратегията и плановете за действие към нея са тясно свързани с предизвикателствата, идентифицирани и в Съвместния меморандум по социално включване. За изпълнението на заложените мерки ангажираните институции представят доклади, след чието обобщаване се прави и необходимия анализ за по-нататъшното развитие на политиката в областта на борбата с бедността и социалното изключване.

Министерството на труда и социалната политика разполага с обединена база данни, която съдържа набор от показатели, характеризиращи социалните политики. Обединената база данни има за цел да подпомогне вземащите управленски решения при набирането, обработката и анализа на информация на пазара на труда, доходите, социалното подпомагане, социалното осигуряване и трудовите отношения. Системата предоставя възможност за: подобряване на достъпа до оперативна информация по видове политики; обработка на данни според конкретни потребности; анализ на оперативна информация; проследяване на ефекта от социалните политики.

През месец май 2005 г. беше създаден Национален съвет за координиране на политиките и програмите за намаляване на бедността и социалната изолация под председателството на министъра на труда и социалната политика. В съвета участват представители на всички ангажирани в борбата с бедността и социалното изключване министерства и агенции, както и представители на социалните партньори, Националното сдружение на общините в Република България и научни институти. Съветът е консултативен орган към министъра на труда и социалната политика с оглед изпълнението на неговите основни функции по управление, координация и мониторинг на политиката за борба с бедността и насърчаване на социалното включване. С цел подобряване на координацията и мониторинга на изпълнението на мерките за намаляване на бедността и социалното изключване, които засягат различни политически сфери, ролята на Националния съвет за координиране на политиките и програмите за намаляване на бедността и социалната изолация следва да бъде засилена чрез: активно участие в създаването на стратегическите документи, подпомагачи управлението на процесите в обществото, водещи до намаляване на бедността и социалната изключване; приемането на система за мониторинг и контрол по изпълнение на мерките за борба с бедността и социалното изключване и други.

Цялостната координация на изпълнението на Националния план за действие по социално включване ще бъде осъществявана от министъра на труда и социалната политика. В тази връзка практиката от подготовката и изпълнението на Съвместния меморандум по социално включване, Националната стратегия за борба с бедността и социалната изолация и плановете към нея показва, че възлагането на обща координираща функция води до подобряване на планирането на мерките, проследяването на изпълнението, анализа и оценката на резултатите.

С оглед изпълнението на Рамковата програма за равнопоставено интегриране на ромите в българското общество Националният съвет за сътрудничество по етнически и демографски въпроси разработи система за контрол и оценка по изпълнение на програмата, която може да се прилага на ниво местно самоуправление и региони. Предстои обучение на областни и общински експерти, които да прилагат методологията на системата. Разработената методология, базирана на устойчиви количествени и качествени индикатори, установени в хода на проведеното проучване в рамките на проект, финансиран от държавния бюджет, осигурява действащ

механизъм за вътрешно наблюдение. Този механизъм се основава на систематично и постоянно събиране, анализ и използване на информация за проведени мерки по изпълнение на държавната политика за социална сплотеност на обществото. Със създадената система за мониторинг ще се осигури връзка между оценка и наблюдение на политиката за интегриране на ромите.

С цел подобряване на координацията, мониторинга и оценката на политиката за социално включване България ще предприеме мерки в 2 основни направления: Институционална уредба; Активно включване на всички заинтересовани страни.

а) Институционална уредба:

- Активизиране и оптимизиране на дейността на Националния съвет за координиране на политиките и програмите за намаляване на бедността и социалната изолация при формирането на политиката, наблюдението на нейното изпълнение и при нейната оценка.
- Укрепване на капацитета на Министерството на труда и социалната политика чрез създаване на звено със задача предимно координация, мониторинг и оценка на политиката за социално включване, както и отговорно за спазването на изискването социалното включване да бъде елемент във всяка една отделна сфера на държавната политика.
- Подобряване на обмена на информация между институциите и създаване на мрежа от експерти от държавните и местни органи, социалните партньори и неправителствените организации, работещи по въпросите на социалното включване.
- Създаване на механизъм за координация, мониторинг и оценка на политиката за социално включване на регионално ниво.
- Включване на независими институции за мониторинг и оценка на провежданата политика.

б) Активно включване на всички заинтересовани страни:

- Усъвършенстване на критериите за представителност на национално ниво на организациите на уязвимите групи с цел постигане на възможно най-широкото представителство при формирането и проследяването на изпълнението на политиката.
- Подобряване на информираността на гражданите за провежданите мерки в борбата с бедността и социалното изключване.
- Насърчаване на дискусиите в обществото по въпросите на социалното включване.
- Укрепване на капацитета на гражданските организации с оглед пълноценно участие в процеса на формулиране и вземане на решения, включително и на регионално и общинско ниво.
- Подкрепа за директно участие на уязвимите групи в дейностите, насочени към тяхното социално включване.
- Насърчаване на социалния и гражданския диалог на национално и регионално ниво.

III. НАЦИОНАЛЕН СТРАТЕГИЧЕСКИ ДОКЛАД ПО ПЕНСИИТЕ

3.1. Основни характеристики на пенсионната система

Пенсионната система в България претърпя съществени реформи през последното десетилетие. Предишната система с разходопокривен първи стълб беше преобразувана чрез създаване и на задължителен капиталов компонент. Традиционният първи стълб от разходопокривен тип се допълни и се създаде тристълбов пенсионен модел¹ с въвеждане на задължителен и доброволен капиталов компонент. Отделянето на бюджета на държавното обществено осигуряване от този на държавата, изграждането на обособени фондове по социални рискове и въвеждането на трипартитно управление на системата на държавно обществено осигуряване са другите аспекти на пенсионната реформа. Постигна се и заздравяване на връзката между участието в осигурителния процес, от една страна и достъпа до пенсия и размер на пенсията, от друга страна.

Пенсионната политика се формира и провежда от Министерството на труда и социалната политика. Разходопокривният компонент на първия стълб се управлява от Националния осигурителен институт (НОИ), който отговаря за изчисляването и плащането на пенсиите и на други социално осигурителни плащания като тези за неработоспособност, майчинство, безработица и др. Въведена е “точкова система” за придобиване право на пенсия за осигурителен стаж и възраст (основната пенсия, изплащана в България). Точките се изчисляват като сума от осигурителния стаж и възрастта при пенсиониране (Кодексът за социално осигуряване предвижда постепенно покачване на пенсионната възраст и точките докато се достигне 60-годишна възраст и 94 точки за жените, а за мъжете – 63-годишна възраст и 100 точки). Сборът от „точките” и законоустановената пенсионна възраст е различен при жените и мъжете. Когато сборът от продължителността на осигурителния стаж и възрастта е по-малък от определения, право на пенсия се придобива при навършване на 65-годишна възраст за мъжете и жените и поне 15 години осигурителен стаж, от които 12 години действителен (ефективен) стаж.

Размерът на пенсията се базира на продължителността на осигурителния стаж и индивидуалния коефициент на лицето, който отразява осигурителния му принос (изчислява се като съотношение между личния осигурителен доход и средния осигурителен доход за страната). Съществува минимален размер на пенсията за осигурителен стаж и възраст, който от 1 януари 2007 г. ще се установява ежегодно със Закона за бюджета на Държавното обществено осигуряване (ДОО). Въз основа на минималната пенсия за осигурителен стаж и възраст ще се определят и минималните размери на останалите контрибутивни пенсии. На лица над 70 г., на които средният доход за домакинството е по-нисък от гарантирания минимален доход за предходните 12 календарни месеца, се изплаща социална пенсия за старост. Размерът ѝ се определя от правителството за всяка година, а средствата са за сметка на държавния бюджет. Има също и максимална граница на размера на получаваните една или повече пенсии, без добавките към тях, изплащани от разходопокривния стълб – 35 % от максималния осигурителен доход за предходната календарна година. Съществуват и възможности за получаването на повече от една пенсия (каквото е случаят с 16.9 % от пенсиите), както и добавки към личната пенсия.

От 2007 г. пенсиите, изплащани от разходопокривния фонд ще се осъвременяват с процент, равен на 50 % от увеличението на осигурителния доход и 50 % от индекса на потребителските цени за предходната година. Разходопокривният и капиталовият компоненти на пенсионната система (I и II стълб) се финансират чрез вноски от работниците и работодателите. Размерът на вноските за

¹ Първи стълб: задължителен, разходопокривен. Включва пенсиите, изплащани от фондове, финансирани с осигурителни вноски и/или с трансфери от републиканския бюджет. Администрира се от НОИ.

Втори стълб: допълнителен, задължителен, капиталопокривен. Включва пенсии, изплащани със средства, натрупани в универсални и/или професионални пенсионни фондове, управлявани от лицензирани пенсионноосигурителни дружества. Финансирането е от осигурителни вноски от работодатели и работещи.

Трети стълб: допълнителен, доброволен, капиталопокривен. Включва пенсии, изплащани със средства, натрупани в доброволни пенсионни фондове, управлявани от лицензирани пенсионноосигурителни дружества. Финансирането е от осигурителни вноски, определени от волята на страните. Състои се от схеми на базата на колективни трудови договори и от схеми на базата на индивидуалното желание на лицето.

пенсии от разходопокривния компонент бе намален от 29 % от осигурителния доход на 23 % през 2006 г. За тези, родени след 31.12.1959 г., 4 процентни пункта (п.п.) се отклоняват към универсалните фондове на задължителния капиталов компонент от законоустановения стълб, като този процент ще се увеличи на 5 п.п. от началото на 2007 г. Вноските са разделени между работодатели и работници в съотношение 65:35, но това съотношение постепенно ще се изменя, достигайки 50:50 през 2009 г. и за двата законоустановени компонента. Професионалните фондове на капиталовия компонент (предлагащи ранно пенсиониране на работещите във вредни и специфични условия на труд) се финансират от допълнителните вноски, плащани единствено от работодателите (12 % за първа категория труд (миньори, водолази, летци и пр.) и 7 % за втора категория труд (металурзи и др.). Вноските покриват всички контрибутивни пенсии (за възраст, трудова злополука и професионална болест, за инвалидност поради общо заболяване, както и наследствените пенсии). Вноските за пенсии при трудова злополука и професионална болест се изплащат изцяло от работодателите. Другият финансов източник за пенсионната система е републиканският бюджет, от който се покрива разхода за пенсии, несвързани с участие в осигуряването, зачитането на стаж без осигурителни вноски и др. подобни, предвидени в законодателството.

Задължителният капиталов компонент представлява осигуряване с дефинирани вноски, които се натрупват в индивидуални партии, управлявани от лицензирани пенсионно осигурителни дружества (8 лицензирани дружества, управляващи двата вида фондове – задължителен универсален и задължителен професионален), които се регулират от държавна институция - Комисията за финансов надзор. Покритието на универсалните фондове е общо за всички осигурени лица, родени след 1959 г. Обезщетенията от универсалните фондове ще се получават от момента на придобиване право на пенсия за осигурителен стаж и възраст или 5 години по-рано при определени условия. Обезщетенията са във вид на допълнителна пожизнена пенсия, изчислена в момента на пенсионирането или като еднократна сума/разсрочено плащане, когато сумата е относително малка (по-малка от 20 % от социалната пенсия за старост). Натрупаните средства са изцяло наследими по всяко време от съпрузите, родителите и децата. Професионалните фондове покриват работещите при условията на първа и втора категория труд (миньори, металурзи и др. – около 191 000 осигурени). Тези фондове позволяват получаване на пенсия 8 години по-рано от стандартната пенсионна възраст за работещите при условията на първа категория и 3 години по-рано за работещите при условията на втора категория.

Допълнителното доброволно пенсионно осигуряване предоставя възможност на лицата да спестяват на базата на дефинирани вноски в частни пенсионни фондове, управлявани от лицензирани пенсионноосигурителни дружества. Вноските се правят от лицето, работодател, друго физическо или юридическо лице. За вноските се ползват данъчни облекчения. Плащанията могат да бъдат пенсии за старост и инвалидност - пожизнени или срочни, както и наследствени пенсии, а така също под формата на еднократни суми или разсрочено. От 1 януари 2007 г. в рамките на този стълб ще се отграничат професионални и индивидуални схеми, като фондовете, в които ще се натрупват средства ще бъдат два вида.

3.2. Анализ на пенсионната система

а) Настояща ситуация

Адекватност

Нивата на заместимост в солидарния разходопокривен елемент на българската пенсионна система са сравнително ниски. Средният брутен коефициент на заместване, към 31.12.2005 г., е 40.6 %, а нетният – 51.6 %. Съществени различия се наблюдават по признак пол, възраст и категория труд. Така личните пенсии за осигурителен стаж и възраст на жените през 2005 г., са осигурили само 33.9 % заместване на brutния доход, докато процентът за мъжете е 56.6 %. Работещите при условията на първа категория труд могат да очакват равнища на заместимост от 77.1 % от нетния доход и 60.6 % от brutния при пенсия за осигурителен стаж и възраст, докато за работещите при трета категория труд (каквито са повечето работещи) нивата са по-скромни – 50 % от нетния доход и 39.3 % от brutния за същата пенсия.

Сериозно предизвикателство пред политиката по адекватност е рискът от бедност сред възрастните и най-вече сред най-възрастните – над 75 г. Сред всички възрастни най-уязвимата група са самотно живеещите на много висока възраст, в частност жените. Пенсионерите от етническите малцинства и хората с увреждания също могат да бъдат съотнесени към групите, сериозно застрашени от бедност и социално изключване. Притежаваната от тях ниска степен на професионална квалификация или липсата на такава, съчетана с големи прекъсвания в осигурителния принос допринасят за по-ниски равнища на заместване на техните доходи.

За да гарантира закрилата на най-уязвимите сред възрастните, в пенсионната система съществува взаимоотношваща система от минимални обезщетения, покриваща широк кръг от рискове. Минималните обезщетения играят важна роля в българската пенсионна система. Те се получават от 22.3 % от всички пенсионери в държавното обществено осигуряване. От републиканския бюджет се отпускат средства за подпомагане на по-възрастните и бедни хора при плащането за отопление.

В контекста на адекватността, допълнителното пенсионно осигуряване все още има несъществено значение. Фондовете за допълнително задължително пенсионно осигуряване все още не са започнали да изплащат пенсии, а получаващите пенсии от доброволния капиталов елемент са твърде ограничен брой. Въпреки това, в страната трайно са се наложили големи очаквания за бъдещата роля на допълнителното пенсионно осигуряване.

Устойчивост

Все още българското законодателство не предлага достатъчно стимули за удължаване на трудовия живот и отлагане на пенсионирането. Съществуващите възможности за ранно пенсиониране в разходопокривния компонент ще бъдат преразгледани. Значителен прогрес бе постигнат в областта на финансовото укрепване. Размерът на задълженията към БВП на правителството намаляха от 73.6 % през 2000 г. до около 32 % през 2005 г. Повече от 2.3 милиарда евро бяха в резервна данъчна сметка в централната банка в края на 2005 г. - повече от 10 % от БВП през 2005 г. Цялостната устойчивост на публичните финанси по този начин се подобри значително. Сериозен проблем е нарастващият дефицит на разходопокривната система, очакван да достигне през 2006 г. 1.4 млрд. лв. Този дефицит текущо се покрива чрез трансфери от държавния бюджет.

Модернизация

Разликите в пенсионните права по признак пол показват, че пред жените все още съществуват ограничения пред достъпа им до осигурителни права. Те са в по-неблагоприятна позиция не само на пазара на труда, но и по отношение на доходите им от труд. За това говорят по-ниските равнища на заетост, по-големите прекъсвания в осигурителната кариера поради безработица, отглеждане на деца, зависими роднини, а така също и равнището на средния индивидуален коефициент за жените.

Въпреки че изпитва известни трудности, България положи необходимите усилия да приобщи съществуващите информационни системи към изискванията на европейските институции. Предстои въвеждането на Европейската система за разходите за социална защита (ESSPROS), в ход е дейността по прилагане на статистиката за доходите и жизненото равнище (EU-SILC). Освен това, за нуждите на пенсионната политика е изготвена дългосрочна (до 2050 г.) макроикономическа и демографска прогноза. Съществува задължението дружествата за допълнително пенсионно осигуряване регулярно да предоставят информация на осигурените лица за техните натрупани права. Съществува и механизъм за информиране на гражданите относно тяхното осигуряване в ДОО за всяка изтекла календарна година, но не и за нивата на очакваните доходи от разходопокривния елемент на първия стълб.

Следва да бъде посочено, че до този момент липсват устойчиви механизми за осведомяване, като например периодично ревизирани демографски прогнози.

б) Перспектива, реформи и дебати за политиката

България се изправя пред значителни демографски предизвикателства, конкретно миграцията – 733 000 лица в момента работят зад граница и затова не правят вноски в социално осигурителната система. Прогресивното намаляване на общия брой на населението, и по-специално на най-младото поколение, предполага, че в бъдеще работната сила в България ще намалява и ще застарява.

По отношение на адекватността, реформите доведоха до прогрес, а продължаващите реформи все още подлежат на дискусия. Новият метод на осъвременяване на пенсиите гарантира на пенсионерите, че ще запазят покупателната си способност. Създадените подробни правила за професионални схеми (в третия стълб), договорени чрез колективен трудов договор или друго колективно споразумение се очаква да подобрят адекватността на пенсиите на лицата с достъп до такива схеми. За периода 1 юли – 31 декември 2006 г. минималният размер на пенсията за осигурителен стаж и възраст се определи еднократно от Министерския съвет, като минималните размери на всички останали пенсии за трудова дейност се определят в процент от него. От 1 януари 2007 г. минималният размер на пенсията за осигурителен стаж и възраст ще се определя ежегодно със Закона за бюджета на ДОО. Дискутира се и възможността този минимален размер да се обвърже към минималната работна заплата за страната. Води се дебат и за необходимостта държавните служители също да участват с лични вноски в осигуряването, както всички останали осигурени лица. Друг въпрос, обект на дебати, е дяловото разпределение между работодател и работещ на осигурителната вноска.

Основно предизвикателство пред българската пенсионна система остават коефициента на зависимост (съотношението работещи-пенсионери) и равнищата на пенсиите за пенсионираните се по-рано, които изостават от нивата на пенсиите за пенсиониращите се в момента. Тревога предизвикват и песимистичните очаквания за динамиката в коефициента на заместване на доходите в бъдеще. Поради ниските равнища на работните заплати и намалението на общата осигурителна вноска, в съчетание с повишения размер на вноската за капиталовия задължителен елемент за сметка на солидарния, размерите на пенсиите в публичното пенсионно осигуряване няма да доведат до съществена промяна на коефициента на заместване в бъдеще. А въпреки увеличението на осигурителната вноска, допълнителното задължително осигуряване ще гарантира не повече от 15-20 на сто заместване на дохода. Друг основен проблем е все още значителният дял на неформалната икономика, което води до по-ниски приходи от данъци и вноски.

Увеличаването на процента на заетост на всички лица и по-специално на тези в предпенсионна възраст е важно с оглед на устойчивостта. По отношение на устойчивостта се предвижда процентът на БВП, който се отделя за пенсии да намалее през следващите години от 9.18 % през 2004 г., 9.0 % през 2005 г. до 7.28 % през 2050 г. Предприеха се действия за създаването на демографски инвестиционен „Сребърен фонд” за стабилизиране на първия стълб на пенсионната система, като в края на юли Правителството одобри законопроект за неговото създаване, който се разглежда в Народното събрание. Основни източници на приходи могат да бъдат: постъпления от приватизацията, приходи от бюджетния излишък, както и собствени приходи, зависещи от конкретните инвестиционни стратегии. В началото на 2006 г. бе създадена нова Национална агенция по приходите за събиране на осигурителните вноски и данъци, с цел да се подобри събираемостта. Това, заедно с въведената през 2003 г. задължителна регистрация на трудовите договори и минимални осигурителни приходи трябва да допринесе за устойчивостта на системата.

България все повече разчита на капиталовите схеми. Все още има въпроси, които не са добре уредени, относно момента на изплащане на средства от задължителния капиталов стълб, като някои положения изглежда влизат в противоречие с основните принципи на пенсионното осигуряване – например възможността за предоставяне на пожизнени плащания без поддържане на средствата на фондовете по признатите от ЕК/МОТ актюерски методи. Има възможност за промени в тази област.

IV. НАЦИОНАЛНА СТРАТЕГИЯ ЗА ЗДРАВНА И ДЪЛГОСРОЧНА ГРИЖА

4.1. Здравна грижа

Населението на Република България намалява и към края на 2004 г. е 7 761 049 души, живеещи предимно в градовете (79 %), с лек превес на жените (51.5 %). През последното десетилетие очерталата се демографска криза у нас се характеризира с тенденции като намалена раждаемост, нарастваща обща смъртност, високо ниво на детската смъртност, въпреки че през последните години намалява, отрицателен естествен прираст и емиграция. Във възрастовата структура се увеличава относителният дял на лицата над 60-годишна възраст (22.8 %) и намалява дялът на децата от 0-17 години (17.8 %). България е със значително по-висок относителен дял на лицата от старшите възрастови групи в сравнение със страните-членки на ЕС.

Очакваната средна продължителност на живота при раждане за 2002-2004 г. е 68.9 г. при мъжете и 76.0 при жените – стойности, които са с около 6.5 години по-ниски от средните за ЕС. Очакваната средна продължителност на живота в добро здраве за 2000 г. при мъжете е 60.8 г., а при жените - 65.2 г. В сравнение със страните от ЕС изгубените години живот в добро здраве у нас при мъжете са около 7, а при жените около 9.6.

Хроничните неинфекциозни заболявания от десетилетия са значим социално-медицински проблем. Най-важни сред тях са болестите на органите на кръвообращението, като те са и водещи причини за смъртността през 2004 г. (67.5 %), представени основно от исхемичната болест на сърцето и мозъчния инсулт. Друг проблем е заболяемостта от злокачествени новообразувания, психичните разстройства и инвалидността. Тенденцията на заболяемостта от тези болести у нас е еднаква с тази в другите европейски страни и се счита, че ще продължава да нараства и през следващите десетилетия. Увеличена е съществено заболяемостта от полово предавани болести, най-вече сифилис при възрастовата група до 17 години. ХИВ/СПИН е все още с ниско разпространение, но епидемиологичните данни ясно сочат, че е възможно страната да се сблъска с епидемия. Тревожни индикатори през 2005 г. са високият процент на употребяващи венозно наркотици, заразени с хепатит С (63.3 %) и процентът проституиращи с активен сифилис (11.6 %), както и високото разпространение на рисковите инжекционни и сексуални практики, които показват опасността от епидемия в тези групи. Поведенческите фактори заемат 50 % от структурата на рисковите фактори за смъртност. Моделът на хранене е нездравословен, физическата активност продължава да е ниска, нараства броя на младите хора които поне веднъж в живота си са опитвали някакъв наркотик.

Пряката връзка между качествено здравеопазване, социална и икономическа среда изискват взаимосвързани мерки в трите сфери за постигане на положителни резултати. Влиянието на бедността върху индивидуалното и обществено здраве е многопосочно. Съществените промени в нормативната уредба, извършени след 1997 г., имаха за цел създаване на адекватно здравно законодателство. През изминалите години беше въведен моделът на задължително здравно осигуряване и беше създадена Националната здравно-осигурителна каса (НЗОК), като до края на 2005 г. финансирането на здравеопазването се споделяше от НЗОК и републиканския бюджет при непрекъснато нарастване дела на касата. Финансирането на здравната система в България към момента се осъществява основно от публични източници при нисък процент на здравната вноска (6 %) и липса на гаранции за пълна събираемост. Участието на доброволните здравноосигурителни фондове е силно ограничено - около 1 % от финансирането на здравната система, поради отсъствие на пазарни условия за разгръщане на дейността им.

Предоставянето на качествена медицинска помощ на населението е една от основните цели в управлението на системата. На всички български граждани без оглед на здравноосигурителния им статус се предоставят безплатно медицински услуги при спешни състояния; при оказване на стационарна психиатрична помощ и в случай на необходимост от задължително лечение и/или прилагане на мерки за временно физическо ограничаване. Държавата осигурява финансирането на трансплантациите на органи, тъкани и клетки; осигуряването на кръв и кръвни продукти и кръвопреливания; на експертните оценки за степен на увреждания и трайна неработоспособност.

От средствата на бюджета се финансира лечението на 18 групи заболявания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. Държавният бюджет поема и разходите по медицинския транспорт.

Всеки български гражданин ползва без заплащане: ваксини за задължителни имунизации и реимунизации, по специални показания и при извънредни обстоятелства, специфични серуми, имуноглобулини и други биопродукти, свързани с профилактиката на заразните болести, както и техническите средства за прилагането им; пълния обем от протиепидемични дейности; достъп до здравни дейности, включени в национални, регионални и общински здравни програми. Децата до завършване на средното си образование на редовно обучение имат право на медицинска помощ, като техните здравни осигуровки са за сметка на републиканския бюджет. Задължителното здравно осигуряване на студентите на редовно обучение до навършване на 26 годишна възраст се поема от съответното висше учебно заведение. Децата в специализирани институции имат право на безплатни медико-социални грижи.

Лечението на българските граждани, които са социално слаби или безработни и са регистрирани в бюрата по труда и социалните служби се осигурява от средства на държавния бюджет. Допълнителни средства в размер до 5 000 000 лв. са определени за диагностика и лечение в лечебни заведения за болнична помощ на български граждани, които нямат доход и/или лично имущество.

Един от основните приоритети пред българското здравеопазване е подобряване на достъпа до здравни услуги. Стратегическите насоки за действие включват:

- повишаване информираността на гражданите относно техните здравни задължения и права, възможностите за достъп до отделните нива на здравната система, както и за отправяне на жалби и запитвания;
- реструктуриране и оптимизиране на спешната и болничната помощ;
- разширяване мрежата от подвижни структури за предоставяне на услуги в труднодостъпни и отдалечени населени места;
- развитие и оптимизиране на инфраструктурата и подобряване на комуникационните и транспортни връзки и взаимодействия между отделните нива на медицинската помощ;
- увеличаване на броя заведения за медико-социални грижи и хосписи, както и създаване на лечебни заведения за социално слаби;
- осигуряване на еднократна социална здравна помощ за лечение в болнично заведение на доказано социално слаби лица;
- предоставяне на специфични здравни услуги за лица и групи в неравностойно положение, включително и на принадлежащите към етнически малцинства и други уязвими групи;
- диспансеризация на хронично болните и провеждане на адекватно лечение;
- разкриване на дневни и здравни центрове, базирани в общността, и предоставянето на здравни услуги в тях;
- насърчаване на партньорството с неправителствени организации и включване на представители от уязвимите групи в изпълнението на превантивни дейности;
- подобряване условията на живот на деца в домове за медико – социални грижи, професионалната компетентност на хората, които се грижат за тях и оказване на качествени медицински грижи
- разширяване на спектъра на услуги, предлагани за децата в домовете за медико – социални грижи.
- развиване на алтернативни на институционалния тип грижи;
- разработване на национална рамкова политика "Социално-здравна защита" чрез дисеминиране на знания и добри практики, профилактика, лечение, рехабилитация и продължителни грижи на уязвими групи и лица в неравностойно положение.

При реализирането на този приоритет, основен акцент се поставя върху работата с лицата и групите в неравностойно положение, принадлежащите към етнически малцинства; хората с увреждания; хората с ментални и физически увреждания; децата в риск и децата, настанени в

домове за медико – социални грижи; лицата, употребяващи наркотични вещества; хората, живеещи с ХИВ/СПИН; социално слаби.

Друг основен приоритет е предоставянето на качествени и гарантирани здравни услуги. Изграждането на модерна, ефективна и обективна система за контрол и оценка на качеството на оказваните здравни услуги е едно от основните предизвикателства пред системата на здравеопазването. Това поставя нови изисквания към здравната система по отношение на структурата, организацията на дейност и отговорността на предоставящите здравни услуги. За постигане на този приоритет в краткосрочен план ще се работи за:

- разработване, въвеждане и усъвършенстване на медицински стандарти и правила за добра медицинска практика;
- разработване и въвеждане на системи за управление на качеството;
- извършване на клиничен одит и мониторинг;
- изграждане на система за безопасност на пациентите, съгласно европейските изисквания;
- усъвършенстване на системата за акредитация на лечебните заведения;
- повишаване на професионалната квалификация на изпълнителите на медицинска помощ.

Предприемането на тези мерки ще повиши ефикасността и ефективността на медицинските услуги, както и удовлетвореността на пациентите от оказваните им здравни услуги при гарантирана равнопоставеност. Държавните институции ще имат по-добра възможност да проследяват актуалното състояние и тенденциите на здравната система, да използват информацията за налагане на корективи за провежданата политика.

Осигуряването на финансова стабилност на националната система на здравеопазване е друг основен приоритет, който изисква прилагането на следните стратегии:

- усъвършенстване на модела на задължително здравно осигуряване чрез увеличаване на публичните средства за здравеопазване;
- оптимизиране на системата за събиране на приходите;
- поддържане на специализиран държавен фонд, гарантиращ здравноосигурителните права на социално слаби лица;
- усъвършенстване формата на Националния рамков договор;
- поетапно увеличаване размера на задължителната здравноосигурителна вноска, без да се увеличава данъчно-осигурителната тежест за населението;
- усъвършенстване и прилагане на принципите на програмното бюджетиране;
- осигуряване на финансовата устойчивост на Националната здравно-осигурителна каса;
- развитие на доброволното здравно осигуряване и въвеждане на регламентирано доплащане на медицинските услуги.

Предвидените действия целят да се балансират интересите на всички участниците в здравноосигурителната система, както и да се осигурят финансови гаранции и мотиви за преобразуване и вътрешно реструктуриране на изпълнителите на здравни услуги, с оглед обезпечаване устойчивостта в дългосрочна перспектива. Стимулирането на развитието на доброволните здравноосигурителни фондове и доплащането, което ще има позитивен ефект не само върху равнището на приходи в системата, но ще стимулира конкуренцията и контрола върху качеството на оказваните здравни дейности за пациентите.

Като важен приоритет за действие се определя предотвратяването на възможните рискове за здравето причинени от вредните фактори на жизнената среда (химични, физични и биологични агенти). В периода 2006-2008 г. се предвижда:

- укрепване на Националната система за надзор на заразните болести, включително опазването на страната от внос на инфекции с висок епидемичен риск и контрол на инфекциите в лечебните заведения;
- усъвършенстване на Националния имунизационен календар и поетапно въвеждане на нови високо ефективни ваксини и биопродукти;

- изпълнение на Националната програма за профилактика и контрол на ХИВ/СПИН и полово-предавани болести чрез прилагане на интегриран и балансиран подход, който обхваща: превенция сред групите в най-висок риск; лечение; грижи и психо-социална подкрепа на хората, живеещи с ХИВ/СПИН; увеличаване на обхвата на предоставяните услуги;
- изпълнение на мерките, залегнали в Националните програми за контрол на заразните заболявания;
- пренасочване на средства към първичната профилактика на болестите с цел минимизиране на разходите за диагностика и лечение;
- провеждане на епидемиологични проучвания и изграждане на система за мониторинг и оценка на здравния риск в следствие на вредните фактори на жизнената среда.

Друг основен приоритет е ограничаване на поведенческите рискови фактори чрез:

- разработване и изпълнение на национални програми за ограничаване на тютюнопушене, злоупотребата с алкохол, употребата на наркотични вещества, нездравословното хранене, ниската двигателна активност, рисковото сексуално поведение;
- изпълнение на Националната програма за профилактика и контрол на ХИВ/СПИН и полово-предавани болести чрез прилагане на интегриран и балансиран подход, който обхваща: превенция сред групите в най-висок риск; лечение; грижи и психо-социална подкрепа на хората, живеещи с ХИВ/СПИН; увеличаване на обхвата на предоставяните услуги;
- укрепване на системата за превенция, лечение, рехабилитация и интеграция на лицата със зависимости (наркомании)
- въвеждане на задължително, съвременно здравно образование в българските училища;
- системно провеждане на кампании за информиране на населението за риска от вредните поведенчески фактори.

Осигуряването на добро психично здраве за населението и подобряването качеството на живот за хората с ментални увреждания е друг приоритет, който ще се осъществи чрез:

- изпълнение на Националната политика за психично здраве;
- обслужване в общността;
- подобряване на условията на живот на хората с ментални увреждания и спазване на човешките им права;
- повишаване качеството на услугите и условията за лечение и живот в специализираните институции;
- деинституционализация и интеграция на психично болните в обществото;
- прилагане на интегрален подход за осигуряване на комплексни услуги при разглеждане на психичната болест като проблем на индивида и неговата общност.

Важен приоритет е подобряване качеството на живот на възрастните и стари хора чрез предоставяне на адекватни здравни услуги и дългосрочни грижи. Стратегическите насоки за действие включват:

- изработване на национална рамкова политика "Остаряване в здраве" чрез дисеминиране на знания и здравословни практики, профилактика, лечение, рехабилитация и продължителни грижи;
- създаване на групи за подкрепа на възрастни и стари хора;
- увеличаване на броя на лечебните заведения за продължително лечение и рехабилитация и на заведения за медико-социални грижи (хосписи, центрове за палиативни грижи за терминално болни, домове за стари хора).

4.2. Дългосрочна грижа

В концепцията за развитие на дългосрочната грижа в България се включва предоставянето на социални услуги. Социалните услуги са дейности, които подпомагат и разширяват възможностите на лицата да водят самостоятелен начин на живот и се извършват в специализирани институции и в общността. Социалните услуги, предоставени в общността, са услуги, предоставяни в семейна среда или в близка до семейната среда. Като примери за такива услуги могат да се посочат: личен асистент, социален асистент, домашен помощник, домашен

социален патронаж, дневен център, център за социална рехабилитация и интеграция и други. Специализираните институции са домове пансионен тип, в които хората са отделени от своята домашна среда и се предоставят след изчерпване на възможностите за извършване на услуги в общността. Специализираните институции в България са традиционна форма за предоставяне на социални услуги. Примери за такива услуги, насочени към хората с увреждания и възрастните хора, са - домовете за хора с увреждания и домовете за стари хора. Независимо, че за периода 2003 – юни 2006 г. общият брой на специализираните институции намалява, е регистрирано нарастване единствено при домовете за стари хора. То обаче е съпроводено с модернизация и реконструкция на съществуващия сграден фонд и разкриване на микродомове с капацитет 20 - 25 места, отговарящи на стандартите и критериите за материална база, регламентирани в законодателството. Това нарастване е демографски предопределено, налице е тенденция към застаряване на населението и увеличаване броя на хората в пенсионна възраст. За периода декември 2003 г. – юни 2006 г. са разкрити 8 дома за стари хора, които отговарят на новите изисквания за изграждане на домове за предоставяне на социални услуги. При домовете за хора с увреждания, най-вече за хората с ментални увреждания, тенденцията е към тяхното закриване или преструктуриране с цел подобряване на условията на живот, както и за създаване на защитени жилища. Тази тенденция е в унисон с принципа за приоритетно развитие на услугите в общността с цел деинституционализация.

В зависимост от източника на финансиране социалните услуги са две големи групи: социални услуги - държавна отговорност (финансирани от държавния бюджет чрез общинските бюджети) и социални услуги – общинска отговорност (финансирани от общинските бюджети). Социалните услуги могат да бъдат финансирани и от частни доставчици. Съгласно Закона за социално подпомагане (ЗСП) социални услуги се извършват от държавата, общините, физическите лица, регистрирани по Търговския закон и юридическите лица. Кръгът на възможните доставчици на социални услуги е широк с оглед насърчаването на социалното предприемачество. За юридическите лица няма ограничения – те могат да бъдат както със стопанска цел така и с нестопанска цел. Държавата не е пряк доставчик на социални услуги, а нейната роля се изчерпва с осигуряване на финансиране от държавния бюджет за определен кръг услуги. Израз на децентрализираното управление на социалните услуги е правото на общините наред с управлението на социалните услуги да могат да инициират откриването на нови социални услуги с оглед потребностите на хората в местната общност. Социални услуги могат да се предоставят при съвместно участие въз основа на договор между държавата, общините, физически лица, регистрирани по Търговския закон, и юридически лица. За разлика от другите два вида доставчици на социални услуги – държавата и общините, частните доставчици на социални услуги, за да могат да ги предоставят, следва да бъдат регистрирани за тази дейност чрез вписване в регистър към Агенцията за социално подпомагане, а за доставчиците на социални услуги за деца има и допълнително изискване за издаване на лиценз от председателя на Държавната агенция за закрила на детето. С последните изменения на ЗСП от началото на 2006 г. се предостави възможност на физически лица, извършващи търговска дейност и на юридически лица, възникнали съгласно законодателството на друга държава-членка на Европейския съюз или на друга държава - страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство, да предоставят социални услуги в България при равни условия с българските доставчици. По този начин след влизане в сила на Договора за присъединяване на Република България към Европейския съюз достъпът до пазара на социални услуги в България ще се разшири.

Социалните услуги се предоставят съобразно желанието и личния избор на лицата. Потребители на социални услуги са всички лица, които поради здравни, възрастни, социални и други независещи от тях причини не могат сами чрез труда си или доходите, реализирани от притежавано имущество, или с помощта на задължените по закон да ги издържат лица да осигуряват задоволяване на основните си жизнени потребности. Това могат да бъдат: българските граждани, семейства и съжителстващи лица; чужденците с разрешение за постоянно пребиваване в Република България; чужденците, на които е предоставено убежище, статут на бежанец или хуманитарен статут; лицата, за които това е предвидено в международен договор, по който Република България е страна. Ползването на социални услуги е доброволно и зависи

единствено от волята на потребителите. В законодателството по никакъв начин не се допуска вмешателство от страна на държавата, общината или друг орган при избора на социални услуги от потребителите. Налице е само едно единствено ограничение, съгласно което социални услуги в специализираните институции се предоставят след изчерпване на възможностите за извършване на услуги в общността. Това ограничение обвързва единствено доставчиците, а не потребителите. Режимът на ползване на социалните услуги за възрастни и за деца е различен. Принципно социалните услуги се извършват срещу заплащане на такси или по договаряне от лицата, които ги ползват. Изцяло за сметка на републиканския бюджет е издръжката в социалните услуги, делегирани от държавата дейности, на следните лица: децата под 16 години; лицата, които нямат доходи и спестявания; лицата, настанени в приюти; лицата от 18 до 21-годишна възраст, настанени в домове за временно настаняване, след напускането на специализирана институция за предоставяне на социални услуги. Независимо какъв е размерът на таксите за отделните лица те не могат да надвишават действителните месечни разходи за издръжка на едно лице.

Във връзка с качеството на социалните услуги са създадени нормативни критерии и стандарти за предоставянето им, които са задължителни за всички доставчици на социални услуги. Несъблюдаването им от частните доставчици води до заличаване на регистрацията и невъзможност да предоставят социални услуги. При констатирани по съответния ред нарушения на критериите и стандартите за социални услуги в специализираните институции и в услугите в общността, когато са държавна дейност, една от санкциите е тяхното закриване. Основните стандарти и критерии са за: местоположение и материална база, хранене, здравни грижи, образователни услуги и информация, организация на свободното време и личните контакти, обслужващ персонал. Структурното звено, което осъществява специализирания контрол по спазването на стандартите и критериите за предоставяне на социални услуги, е инспекторатът към изпълнителния директор на Агенцията за социално подпомагане. Този контрол обхваща единствено тези социални услуги, чиито потребители са пълнолетни лица. Контролът по спазване на стандартите за качество на социалните услуги за деца се осъществява от Държавната агенция за закрила на детето. Освен на контрол от страна на държавата, социалните услуги са обект и на граждански контрол чрез обществените съвети и съветите на потребителите на социални услуги, на техните настойници или попечители.

Приоритетите на България в областта на социалните услуги като съставна част на политиката за развитие на дългосрочната грижа са:

- Разширяване на кръга на услугите, специално насочени към възрастните хора, самотните хора, хората с увреждания и други и подобряване на качеството на съществуващите;
- Преход от институционални грижи към услуги, които оставят човека в неговата общност и семейна среда;
- Намаляване броя на хората, ползващи услуги в специализираните институции за предоставяне на социални услуги и намаляване броя на самите институции чрез развитие на модерна мрежа от услуги в общността.

V. Статистически анекси

Таблица 1

Социални разходи като % от БВП за периода 1996-2005 г.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Социални разходи като % от БВП, от които:	15.6	17	18.8	20.3	22.1	21.6	22	23.2	22.6	22.5
Образование + резерв	3.2	3.9	3.9	4.1	4.2	4.0	4.2	4.4	4.3	4.3
Здравеопазване + резерв	3.1	3.6	3.6	3.9	3.7	4.0	4.4	4.9	4.6	4.8
Социално осигуряване, социални помощи и грижи + резерв	9.3	9.5	11.3	12.3	14.2	13.6	13.4	13.9	13.7	13.4

Източник: Консолидирана фискална програма – Министерство на финансите

Таблица 2

Тенденции в динамиката на публичните разходи като % от общите публични разходи в периода 1996 – 2005 г.

Тенденции в динамиката на публичните разходи като % от общите публични разходи за периода 1996-2005г.										
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Пенсии + резерв	16.0	16.0	20.8	19.7	22.4	22.4	23.1	22.4	23.2	22.8
Подпомагане и грижи (без пенсии) + резерв	5.5	8.5	8.4	9.8	11.0	11.0	11.0	11.6	11.1	10.9
Здравеопазване + резерв	7.2	9.4	9.3	9.4	8.6	9.9	11.3	12.0	11.6	12.0
Общо	28.7	33.9	38.4	38.9	42.0	43.2	45.4	46.0	45.9	45.7

Източник: Консолидирана фискална програма – Министерство на финансите

Таблица 3

Структура на лицата в домакинствата по икономическа активност и децилни групи (2005 г.)

Структура	Децилни (десет-процентни групи)										
	Общо	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Общо	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Икономически активни	47.0	51.7	43.2	39.8	39.3	40.2	42.3	46.3	51.3	54.4	61.3
Заети	36.4	19.4	25.2	27.6	29.9	32.5	35.7	40.5	45.8	50.1	57.2
Безработни	10.6	32.3	18.0	12.2	9.4	7.7	6.6	5.8	5.5	4.3	4.1
Икономически неактивни	53.0	48.3	56.8	60.2	60.7	59.8	57.7	53.7	48.7	45.6	38.7
Получаващи доход	33.6	17.2	33.5	40.0	41.4	41.9	40.3	36.4	32.3	28.7	24.6
Неполучаващи доход	19.4	31.1	23.3	20.2	19.3	17.9	17.4	17.3	16.4	16.9	14.1

Източник: Национален статистически институт

Таблица 4

Структура на общия доход на домакинствата – средно на лице (2005 г.)

Структура	Процентни групи			
	Общо	20% с най-ниски доходи	20% със средни доходи	20% с най-високи доходи
Работна заплата	43.6	37.3	42.3	44.6
Обезщетения за безработни	0.4	1.2	0.4	0.2
Пенсии	22.2	29.6	30.7	13.0
Семейни добавки за деца	0.8	3.0	0.9	0.2
Други социални помощи	1.9	4.3	1.9	1.7

Източник: Национален статистически институт

Таблица 5

Равнище на бедност по пол и възрастови групи (2003-2005г.)

<i>Равнище на бедност</i>	<i>2003</i>				<i>2004</i>				<i>2005</i>			
	<i>Общо</i>	<i>0-64</i>	<i>65+</i>	<i>75+</i>	<i>Общо</i>	<i>0-64</i>	<i>65+</i>	<i>75+</i>	<i>Общо</i>	<i>0-64</i>	<i>65+</i>	<i>75+</i>
Общо	14	14	1	2	15	15	1	2	14	13	1	2
Мъже	12	13	8	1	13	13	5	7	13	14	9	1
Жени	16	15	1	2	17	17	2	2	15	13	2	3

Таблица 6

Равнище на бедност според икономически статус

<i>Равнище на бедност</i>	<i>2003</i>			<i>2004</i>			<i>2005</i>		
	<i>Пенсионер</i>	<i>Вактивна възраст</i>	<i>Зает</i>	<i>Пенсионер</i>	<i>Вактивна възраст</i>	<i>Зает</i>	<i>Пенсионер</i>	<i>Вактивна възраст</i>	<i>Зает</i>
Общо	14	7	7	15	7	7	16	6	6
Мъже	9	6	6	7	7	7	11	6	6
Жени	17	8	8	20	6	6	20	6	6

Таблица 7

Равнище на бедност преди и след социалните трансфери за населението над 65г.

<i>Равнище на бедност</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>
Преди всички социални трансфери	69,6	74,8	65,4	67,0	71,4	74,7
Преди социалните трансфери, но с пенсии	15,3	15,5	15,2	15,6	16,8	19,5
Настоящо равнище на бедност	14,6	14,6	14,0	14,4	15,7	17,5

Таблица 8

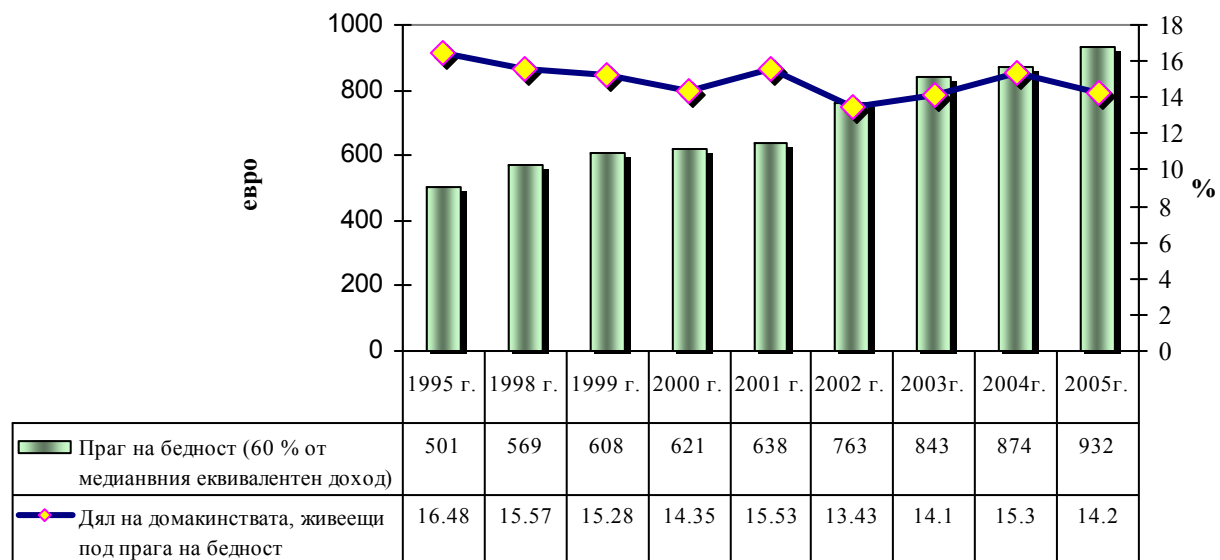
Общ доход на домакинствата по компоненти (в проценти)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Работна заплата	38.0	39.5	37.9	40.1	41.9	38.9	39.7	37.4	40.0	40.2	43.6
Социални плащания (пенсии, обезщетения, семеини помощи, социални помощи)	17.2	19.0	18.7	19.8	20.7	24.5	26.9	23.0	23.0	24.9	25.3
Доходи от обработване на участъци земеделска земя	27.6	22.6	24.9	20.7	17.7	16.7	15.0	19.7	18.2	16.2	13.4
Други доходи и предприемачество	5.9	8.2	6.6	7.5	9.7	9.8	9.2	8.6	8.0	7.8	8.6

Източник: Национален статистически институт

Таблица 9

Средногодишен праг на бедност по еквивалентни единици и обхват на бедността (1995 - 2005 г.)



Източник: Национален статистически институт

Таблица 10

Лаекенски индикатори за парична бедност

			BG									EU15	EU25
			1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2001	
1	Коефициент на поляризация (S80/S20)		3,9	3,8	3,8	3,8	3,8	3,56	3,96	3,66	4,4	4,4	
2	Коефициент на Джини		26	26	25	26	26	24.45	26.40	24.89	28	28	
3	Праг на бедност (иллюстративни стойности)	Едночленно домакинство	ЛЕВА	1120	1189	1209	1244	1495	1647	1706	1825	:	:
		ЕВРО	569	608	621	638	767	844	875	936	8319	7243	
			ППС	1638	2123	1932	1630	1958				8253	7426
	2възрастни с 2 деца	ЛЕВА	2351	2496	2539	2611	3139	3459	2584	3833	:	:	
		ЕВРО	1194	1276	1303	1340	1611	1174	1938	1966	17469	15210	
			ППС	3440	4457	4056	3422	4112				17332	15595
4	Равнище на бедност	Общо	Общо	16	15	14	16	13	14.10	15.30	14.20	15	15
		По възраст	М	13	13	13	14	12	12.0	13.0	12.8	14	14
	По пол	Ж	18	17	15	17	15	16.0	17.4	15.4	17	17	
	0-15	Общо	15	17	19	19	15	17.7	21.5	17.8	19	19	
	16-24	Общо	16	17	18	22	19	14.1	15.2	13.3	19	19	
		М	15	17	19	23	20	12.9	14.7	13.7	19	19	
		Ж	17	18	17	20	18	15.1	15.7	12.9	20	19	
		Общо	12	13	14	16	13	13.5	14.4	13.7	12	12	
	25-49	М	12	12	14	15	12	11.6	11.5	12.0	11	12	
		Ж	13	14	13	16	14	15.1	16.7	15.1	14	14	
	50-64	Общо	12	11	10	11	10	13.3	13.9	12.4	12	12	
		М	9	9	9	10	8	12.7	13.3	12.8	12	12	
		Ж	14	12	11	11	10	13.8	14.4	12.1	13	12	
		Общо	25	21	15	15	14	18.1	20.0	16.4	19	17	
	65+	М	15	11	7	7	7	18.7	17.8	17.6	16	14	
		Ж	31	29	20	20	19	17.5	22.2	15.1	21	19	
5	Равнище на бедност по най-често упражнявана дейност	Заети	Общо	6	6	5	7	6	6.8	6.8	5.9	6	6
			М	6	5	5	6	5	5.5	7.2	5.7	6	6
	По пол	Ж	6	6	6	7	6	8.1	6.3	6.1	5	5	

		Самонаети	Общо	7	4	6	7	6	4.2	6.1	8.7	16	16
			М	8	3	6	7	5	4.8	6.0	8.1	16	16
			Ж	6	5	5	7	9	3.0	6.4	9.9	16	16
		Безработни	Общо	30	32	31	33	31	30.9	33.8	34.2	38	38
			М	30	33	32	35	32	35.1	36.0	37.4	44	43
			Ж	29	32	30	31	29	27.0	31.9	30.9	30	31
		Пенсионери	Общо	21	18	13	14	12	14.1	14.8	16.4	17	16
			М	13	11	8	8	7	8.5	6.6	10.8	16	15
			Ж	26	23	16	17	16	17.3	19.8	19.9	17	16
		Неактивни/други	Общо	16	17	18	19	16	18.3	17.3	14.8	25	24
			М	16	17	19	19	16	17.5	12.9	15.9	23	22
			Ж	15	17	18	19	16	19.0	20.7	13.7	25	24
6	Равнище на бедност		Общо	16	15	14	16	13	12.40	12.70	13.30	15	15
	По тип домакинство	1членно домакинство	Общо	46	43	32	33	29	31.1	33.7	32.7	25	23
			М	24	25	23	20	14	16.9	17.0	22.5	18	18
			Ж	51	46	34	36	33	34.3	38.5	35.5	28	26
		1членно домакинство <30год.		67	45	32	13	20	26.5	24.7	21.8	32	28
		1членно домакинство 30-64		33	28	24	27	19	33.7	38.5	38.7	15	15
		1членно домакинство 65+		52	51	37	36	35	8.2	6.5	7.3	29	26
		2 възрастни без деца	(поне единия 65+)	17	11	6	7	7	7.1	6.0	8.5	16	15
		2 възрастни без деца	(двамата < 65)	9	6	7	7	6	9.0	9.6	9.3	10	10
		друго домакинство без деца		6	6	6	9	6	15.7	17.8	15.1	9	9
		самотен родител	(поне 1 дете)	37	44	31	32	41	33.0	33.3	25.1	35	33
		2 възрастни 1 зав. дете		11	10	8	12	9	10.7	11.5	9.8	10	10
		2 възрастни 2 зав. деца		11	9	14	18	15	14.9	12.8	16.7	13	13
		2 възрастни 3+ зав. деца		38	48	51	54	37	44.0	64.0	31.5	27	27
		друго домакинство със зав. деца		12	15	16	13	13	14.9	19.2	15.3	16	16
7	Равнище на бедност		Общо	16	15	14	16	13	14.10	15.30	14.20	15	15
	По имуществен статус	обитател-собственик		15	15	14	15	13	13.7	14.8	13.7	12	12
		наемател		28	26	20	32	31	26.1	29.6	24.6	24	23
		други		21	31	21	25	23				:	:

8	Разсейване около прага на бедност	40% от медианата		4	4	4	4	3	3.70	4.40	3.70	5	5
		50% от медианата		9	9	8	9	8	7.8	8.6	8.0	9	9
		60% от медианата		16	15	14	16	13	14.10	15.30	14.20	15	15
		70% от медианата		23	22	22	24	22	21.7	22.5	21.6	23	23
9	Равнище на бедност	преди всички трансфери	Общо	35	36	39	43	37	36.70	40.10	39.10	39	40
			М	32	32	37	40	35	32.9	36.4	35.7	36	37
			Ж	37	38	41	45	39	40.0	43.3	42.1	42	43
		екл. пенсиите	Общо	18	17	17	19	17	16.1	17.6	17.2	24	24
			М	15	15	16	18	15	13.9	15.2	15.4	22	23
			Ж	20	19	19	20	18	17.9	19.7	18.7	25	25
		екл. всички трансфери	Общо	16	15	14	16	13	14.10	15.30	14.20	15	15
			М	13	13	13	14	12	12.0	13.0	12.8	14	14
			Ж	18	17	15	17	15	16.0	17.4	15.4	17	17
10	Постоянно равнище на бедност		Общо	:	:	:	:		:	:	:	9	:
	По пол		М	:	:	:	:		:	:	:	9	:
			Ж	:	:	:	:		:	:	:	10	:
11	Равнище на бедност anchored at a point in time		Общо	:	:	:	:		8.40	8.90	11.50	12	:
12	Относителна дълбочина на бедността		Общо	20	21	21	21	20	18.60	18.92	19.78	22	22
	По пол		М	18	21	23	23	20	19.0	20.2	21.4	22	22
			Ж	22	21	20	20	21	18.3	18.1	19.0	22	22

Източник: Национален статистически институт

Таблица 11

Равнище на ранно напускащи училище

	1999			2000			2001			2002			2003			2004			2005		
	EU25	EU15	BG	EU25	EU15	BG	EU25	EU15	BG	EU25	EU15	BG	EU25	EU15	BG	EU25	EU15	BG	EU25	EU15	BG
Рано напускащи училище – общо	:	20.5	:	17.2	19.3	:	16.9	18.8	20.3	16.5	18.5	21	15.9	18.1	22.4	15.9	18	21.4	14.9	16.9	20.0
Рано напускащи училище - жени -	:	18.4	:	15.2	17.1	:	14.7	16.5	19.5	14.2	16.1	19.6	14	15.9	21.6	13.6	15.6	20.7	12.7	14.5	20.6
Рано напускащи училище - мъже -	:	22.5	:	19.3	21.6	:	19	21.1	21.1	18.7	20.9	22.5	17.9	20.2	23.3	18.1	20.4	22.1	17.1	19.4	19.5

Ранно напуснали училище = процент от населението между 18 и 24г., с най-много завършен осми клас, които не посещават образователни или професионални курсове
 Източник: Евростат

Таблица 12

Детска смъртност на 1000 живородени в България

Година	Общо
2000	13.3
2001	14.4
2002	13.3
2003	12.3
2004	11.6
2005	10.4

Източник: Национален статистически институт

Таблица 13

Средна продължителност на живота на населението по пол през отделни периоди (Live expectancy at birth by gender end period)

Пол	1998-2000	2001-2003	2002-2004
Общо	71.7	72.07	72.43
Мъже	68.15	68.68	69.11
Жени	75.34	75.59	76.22

Източник: Публикация "Население и демографски процеси", 2004, НСИ

Таблица 14

Очаквана продължителност на живота в добро здраве в България – 2001 г. 1)

Възрастови групи	Мъже		Жени	
	Средна продължителност на живота	Очаквана продължителност на живота в добро здраве	Средна продължителност на живота	Очаквана продължителност на живота в добро здраве
15-19	54.30	45.38	61.11	47.24
20-24	49.51	40.71	56.23	42.50
25-29	44.80	36.18	51.36	37.83
30-34	40.08	31.65	46.52	33.35
35-39	35.43	27.13	41.71	28.75
40-44	30.91	22.84	36.96	24.46
45-49	26.61	18.78	32.31	20.24
50-54	22.65	14.93	27.77	16.26
55-59	19.01	11.86	23.37	12.54
60-64	15.63	8.83	19.17	9.06
65-69	12.61	6.05	15.20	6.20
70-74	9.80	4.03	11.58	3.72
75-79	7.40	2.37	8.44	1.95
80+	5.49	1.35	5.89	0.97

1)Източник: Извадково изследване на здравето състояние на населението (Health Interview Survey) проведено от НСИ паралелно с Преброяване на населението през март 2001 година. Извадката включва 3810 не-институционализирани домакинства с 10 122 лица. Хармонизирани данни за населението на 15 и повече годишна възраст от изследването са включени в базата данни на Евростат.

Таблица 15

Болнични легла и персонал в лечебните и здравни заведения по региони за планиране на 100 000

Райони за планиране	Болнични легла - общо 1)		в това число: болнични легла за интензивна грижа 2)		Лекари 3)		Медицински сестри и акушерки 3)	
	2000	2005	2000	2004	2000	2005	2000	2005
БЪЛГАРИЯ	743	643	586	438	338	365	437	445
Северозападен район	689	565	569	396	295	315	372	408
Северен централен район	739	625	578	407	322	327	435	432
Североизточен район	619	488	517	380	274	334	363	407
Югозападен район	813	663	640	497	412	419	488	476
Южен централен район	705	631	551	404	305	333	436	425
Югоизточен район	601	492	453	336	275	261	362	344

1) Източник: НСИ Легла в лечебните заведения за болнична помощ към 31.12. Леглата в заведенията към други ведомства не са разпределени по райони за планиране.

Болнични легла – всички болнични легла, разкрити в лечебните заведения за болнична помощ – всички видове болници и диспансери с легла.

Болнични легла за интензивна грижа (acute, curative care) всички видове болнични легла с изключение на психиатричните, за физиотерапия и рехабилитация и тези за долекуване и продължително лечение.

Данните са хармонизирани с методологията на Евростат.

2) Източник: Статистически изследвания на Национален център за здравна информация

3) Източник: НСИ - Статистическите данни за броя на медицинските специалисти - физически лица, се отнасят за практикуващите медицински специалисти на основен трудов договор с лечебното или здравно заведение, а за индивидуалните и групови практики за първична и специализирана медицинска и стоматологична помощ – за тези, сключили договор с Националната здравноосигурителна каса към 31.12.

Таблицы 16

Самооценка на здравето 1)

Таблица 16а:

Разпределение на анкетираните лица на 15 и повече години по отговора на въпроса "Как най-общо оценявате Вашето здраве?" и пол.

	Много добро	Добро	Задоволително	Лошо	Много лошо	Общо
Мъже	12.8	47.1	28.1	9.6	2.4	100.0
Жени	9.1	41.5	34.2	12.2	3.0	100.0
Общо	10.9	44.2	31.2	11.0	2.7	100.0

Таблица 16б:

Разпределение на анкетираните лица на 15 и повече години по отговора на въпроса "Как най-общо оценявате Вашето здраве?" и възрастови групи.

	Много добро	Добро	Задоволително	Лошо	Много лошо	Общо
15-24	28.9	55.7	12.4	2.5	0.5	100
25-34	19.3	60.9	16.1	2.5	1.3	100
35-44	9.1	59.2	24.7	5.9	0.9	100
45-54	4.6	42.5	40.4	10.0	2.5	100
55-64	2.7	29.3	48.6	16.8	2.6	100
65-74	1.4	22.5	46.3	23.6	6.2	100
75-84	1.0	17.9	42.5	29.0	9.7	100
85+	-	11.7	40.4	36.2	11.7	100
Общо	10.9	44.2	31.2	11.0	2.7	100

Таблица 16в:

Разпределение на анкетираните лица на 15 и повече години по отговора на въпроса "Как най-общо оценявате Вашето здраве?" и степен на образование.

	Много добро	Добро	Задоволително	Лошо	Много лошо	Общо
Начално и без начално	6.3	32.3	35.7	19.9	5.8	100
Основно	10.5	40.7	31.2	14.7	2.9	100
Средно	11.6	49.4	29.8	7.3	1.9	100
Висше	13.6	48.6	31.9	4.8	1.0	100
Неграмотен	8.5	30.5	32.5	19.0	9.5	100
Общо	10.9	44.2	31.3	10.9	2.7	100

1)Източник: Извадково изследване на здравето състояние на населението(Health Interview Survey) проведено от НСИ паралелно с Преброяване на населението през март 2001 година. Извадката включва 3 810 неинституционализирани домакинства с 10 122 лица. Хармонизирани данни за населението на 15 и повече годишна възраст от изследването са включени в базата данни на Евростат.

VI. Примери за добра практика в областта на социалното включване

6.1. “Заетост за ромите” – пилотна инициатива по Проект “Заетост чрез подкрепа на бизнеса”

Име на политиката/Проекта	Държава
<p>“Заетост за ромите” – пилотна инициатива в рамките на Проект “Заетост чрез подкрепа на бизнеса” – JOBS на Министерството на труда и социалната политика и Програмата на ООН за развитие (ПРООН). Инициативата “Заетост за ромите” е финансирана от Шведската агенция за развитие и сътрудничество и ПРООН.</p>	<p>България</p>
Крайна цел на инициативата	
<p>- да изпита и демонстрира приложим модел за създаване на възможности за заетост и трудови доходи в ромски общности;</p> <p>- да повиши достъпа на целевите малцинствени общности до консултантски услуги, квалификационни обучения и подкрепа на бизнеса;</p>	
Основни резултати	
<p>- изградени два центъра за заетост и развитие на бизнеса в две малцинствени общности в Бургас и Пазарджик;</p> <p>- разработени дългосрочни стратегии за развитието на центровете до 2010 г.;</p> <p>- 600 роми обучени в мотивационни и квалификационни курсове, “Започнете собствен бизнес”, компютърни и езикови курсове, и др.;</p> <p>- предоставени консултации на 1500 души относно възможности за работа, развитие на бизнеса, възможности за микрофинансиране и др.;</p> <p>- пряко подпомогнати 400 души да намерят работни места и създадени 300 косвени работни места;</p> <p>- създадени и подпомогнати 50 ромски фирми чрез различни механизми, включително по схема за финансов лизинг за закупуване на оборудване;</p> <p>- до 30 предприемачи подпомогнати с безвъзмездно предоставени средства по схема за микрофинансиране;</p>	
Целеви бенефициенти	Фокус на политиката
<p>Общото население <input type="checkbox"/></p> <p>Деца <input type="checkbox"/></p> <p>Семейства от един родител <input type="checkbox"/></p> <p>Безработни <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Стари хора <input type="checkbox"/></p> <p>Млади хора <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Социално изключване <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Здравеопазване <input type="checkbox"/></p> <p>Дългосрочна грижа <input type="checkbox"/></p> <p>Управление <input type="checkbox"/></p>
Географски обсег	

Хора с увреждания	<input type="checkbox"/>	Национален	<input type="checkbox"/>
Имигранти / Бежанци	<input type="checkbox"/>	Регионален	<input checked="" type="checkbox"/>
Етнически малцинства	<input checked="" type="checkbox"/>		
Бездомни	<input type="checkbox"/>		
Специфично болни/заразни	<input type="checkbox"/>	Изпълняващ орган	
Други [моля уточнете:]	<input type="checkbox"/>	МТСП	

Контекст/Обосновка на инициативата

- висока и трайна безработица, ограничени възможности за развитие и висока степен на социално и икономическо изключване в ромските общности;
- труден достъп до съществуващи работни места поради неподходяща квалификация и липса на трудови навици в ромските общности;
- недостатъчни механизми за подкрепа за създаване на заетост, развитие на предприемачеството и самонаемането в ромските общности;

Детайли на инициативата

1. Специфични цели

- повишаване на пригодността за заетост в малцинствени ромски общности;
- насърчаване и подкрепа на предприемачеството;
- активно посредничество за безработните и работодателите за трайно устройване на работа на лица от ромската общност;

2. Как инициативата се отнася към тези цели?

- повишаване пригодността за заетост:
 - изготвяне на база данни за квалификацията на работната сила в целевите общности и проучване на потребностите на пазара на труда;
 - провеждане на мотивационни курсове и квалификационни обучения с национален лиценз и сертификат за професионална квалификация;
 - тясно сътрудничество с местните Дирекции "Бюро по труда" за включване на представители на общността в различни програми за обучения, стажуване и др.;
 - повишено разбиране в средите на ромската общност за възможностите за самонаемане и постъпване на работа и повишено разбиране в средите на бизнеса за трудовия потенциал на ромите;
- насърчаване и подкрепа на предприемачеството:
 - информационни и консултантски услуги за стартиращи и действащи предприемачи;
 - обучения "Започнете собствен бизнес" по методология на Международната организация на труда за стартиращи предприемачи и курсове за утвърдени предприемачи;
 - мотивация и съдействие за легализация на фирмите, регистрация, застъпничество пред различни институции;
 - пряк достъп до микрофинансиране (финансов лизинг до 25 000 лв. за закупуване на оборудване и безвъзмездно финансиране до 2000 лв. за

	<p>стартови разходи);</p> <ul style="list-style-type: none"> - съдействие за достъп до други финансиращи институции и програми; - реклама на дейността, бизнес контакти, участие в изложения; <p>- <u>активно посредничество за устройване на работа:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - трудово посредничество, контакти с работодатели, индивидуални консултации; - насърчаване на работодателите при наемане на работници от малцинствената общност;
3.	Каква е/е била времевата скала за изпълнение на инициативата?
	2004 - 2007 г.
Мониторинг и оценка	
	Как е/е бил проекта мониториран/оценен?
	<ul style="list-style-type: none"> - текущи отчети за постигане на очакваните резултати и изпълнение на предвидените дейности - посещения на място - предвидена е заключителна външна оценка в края на 2007 г.
Резултати	
1.	В каква степен са постигнати целите?
	<ul style="list-style-type: none"> - изградени и действащи два центъра за заетост и развитие на бизнеса в две малцинствени общности в Бургас и Пазарджик; - разработени дългосрочни стратегии за развитието на центровете до 2010 г. с активното участие на местната общност; - обучени 358 души в различни курсове за мотивация, професионална квалификация и предприемачество - предоставени над 900 консултантски услуги на клиенти в общността - пряко подпомогнати 177 души да намерят работа - подпомогнати 17 стартиращи фирми, вкл. 6 по схемата за финансов лизинг - стартирана пилотна схема за безвъзмездно финансиране на стартиращи предприемачи (от юни 2006 г.)
2.	Какви пречки/рискове са срещнати при изпълнението на инициативата?
	<ul style="list-style-type: none"> - липса на опит в целевите общности за оптимално използване на механизми

	<p>за заетост и подкрепа на бизнеса;</p> <ul style="list-style-type: none"> - отрицателни нагласи и стереотипи в отношенията между общността, работодателите и институциите; - ниско образователното равнище и квалификация, особено сред младите хора; - висок процент нерегламентирана заетост и стопанска дейност в ромските общности; - силно ограничени ресурси за самонаемане, стартиране и развитие на собствен бизнес;
3.	Как са адресирани тези пречки/рискове?
	<ul style="list-style-type: none"> - проведено проучване в близо 1000 домакинства от целевите общности за проучване на нуждите и нагласите от подкрепа за заетост и развитие на бизнеса; - приспособяване на механизмите за подкрепа спрямо спецификата на целевите общности въз основа на резултатите от проучванията (акцент върху мотивационните обучения, трудово посредничество, застъпничество пред институциите и др.); - активно участие на представители на общността, работодателите и местните институции в създаването и дейността на бизнес центровете; - активни мерки за повишаване на квалификацията, насърчаване на регламентирана заетост и стопанска дейност, представяне на добри практики, тясно взаимодействие с местни организации и с институциите в общността; - предоставяне на допълнителни финансови ресурси за стартиращи предприемачи (лизинг на оборудване и безвъзмездна финансова помощ) като част от цялостен пакет услуги за развитие на бизнеса;
4.	Имало ли е някакви неочаквани ползи или слабости?
	<ul style="list-style-type: none"> - засилена работа с ромската малцинствена общност и разпространение на добри практики в цялата мрежа от бизнес центрове на Проект JOBS; - ниското равнище на развитие в ромските общности изисква специфични усилия и по-дълъг период от време за налагане и пълноценно използване на механизмите за подкрепа.

6.2. Национална програма за заетост и професионално обучение на хора с трайни увреждания

Име на политиката/Проекта Национална програма за заетост и професионално обучение на хора с трайни увреждания	Държава България
Крайна цел на инициативата <ul style="list-style-type: none"> - Повишаване пригодността за заетост и заработване на трудови възнаграждения чрез осигуряване на мотивационно и професионално обучение на хората с трайни увреждания, обект на Програмата; - Създаване на условия за достоен и самостоятелен живот за хората с увреждания; - Изграждане на достъпна среда за хората с увреждания; - Преодоляване на социалната изолация и пълноценно интегриране в обществото на хората с увреждания; - Създаване на условия за заетост на безработни, регистрирани в дирекции „Бюро по труда“, обект на Програмата; - Повишаване степента на информираност на обществото за проблемите и възможностите на лицата с увреждания, с цел промяна на обществените нагласи и премахване на съществуващите стереотипи; - Насърчаване на работодателите да наемат на работа безработните, обект на Програмата; - Развитие на партньорството при прилагане на Програмата; - Създаване на условия за достоен и самостоятелен живот за хората с увреждания. 	
Основни резултати <p>В резултат на реализацията на Програмата се очаква да бъдат включени в обученията за професионална квалификация лица с трайни увреждания, регистрирани в дирекциите „Бюро по труда“, както и да им се даде възможност за трудова заетост, с всички права и задължения по Кодекса на труда. Посредством осигурената работа бенефициентите ще придобият осигурителни права за бъдещ период. Чрез реализацията си Програмата създава условия за достоен и самостоятелен живот на хора с трайни увреждания.</p> <p>В резултат от реализацията на дейностите по програмата през 2006г. се очаква:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Да бъдат включени в обучение за придобиване на професионална квалификация 20 безработни с трайни увреждания. • Да се осигури заетост за 544 безработни с трайни увреждания. <p>В резултат от реализацията на програмата за периода 2003г. – 2005г. са включени общо 930 безработни с трайни увреждания, от които:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в обучение за придобиване на професионална квалификация - 201 човека; - в заетост - 729 човека. <p>Към 31.05.2006г. в обучение за придобиване на професионална квалификация са включени 10 безработни с трайни увреждания и в заетост - 141 лица.</p>	
Целеви бенефициенти <ul style="list-style-type: none"> Общото население <input type="checkbox"/> Деца <input type="checkbox"/> Семейства от един родител <input type="checkbox"/> Безработни <input checked="" type="checkbox"/> Стари хора <input type="checkbox"/> Млади хора <input type="checkbox"/> 	Фокус на политиката <ul style="list-style-type: none"> Социално изключване <input checked="" type="checkbox"/> Здравеопазване <input type="checkbox"/> Дългосрочна грижа <input type="checkbox"/> Управление <input type="checkbox"/> Географски обсег

Хора с увреждания <input checked="" type="checkbox"/>	Национален <input checked="" type="checkbox"/>
Имигранти / Бежанци <input type="checkbox"/>	Регионален <input type="checkbox"/>
Етнически малцинства <input type="checkbox"/>	
Бездомни <input type="checkbox"/>	
Специфично болни/заразни <input type="checkbox"/>	
Други [моля уточнете:] <input type="checkbox"/>	
Изпълняващ орган	
Агенция по заетостта	

Контекст/Обосновка на инициативата

Променящата се социално-икономическа среда в България през периода на прехода оказва значително влияние върху социалния статус на хората с увреждания. Ръстът на безработицата, структурните промени в икономиката, недостъпната архитектурна среда и др. засилиха социалната изолация на тази група хора. Ограниченията на околната среда създават по-големи прегради пред социалното включване, отколкото функционалните увреждания на хората.

Съчетаването на ниска квалификация, недостатъчно образование и здравословни проблеми правят тези лица неконкурентоспособни на пазара на труда. От друга страна, възможностите за устройване на работа на безработните с намалена работоспособност са крайно ограничени. Шансовете им да започнат работа на несубсидирани работни места са минимални, особено на хората с над 70 % изгубена работоспособност.

Към неблагоприятните фактори за увеличаващата се численост на хората с увреждания, като рискова група на пазара на труда се добавят и изградените отрицателни стереотипи в обществото, и липсата на адаптирани работни места и достъпа до тях.

Включването на хора с увреждания в трудовия процес е основна предпоставка за тяхната интеграция в обществото и подобряване качеството на живот. Поради спецификата на някои видове увреждания, рехабилитационният процес поражда необходимост от специални програми за обучение и методи, които включват особеното внимание и подход за разработването и реализирането им.

Необходимостта от разработването и реализирането на програмата е продиктувана от следните конкретни причини:

- Преодоляване на социалната изолация на хората с увреждания в резултат от извършените структурни промени в икономиката, липсата на изградена архитектурна среда и др.
- Трайно нарастване на относителния дял на регистрираните безработни с увреждания.
- Премахване на пречките за пълната интеграция на хората с увреждания.
- Осигуряване на равни шансове за трудово-професионална реализация на хората с увреждания.

Детайли на инициативата

1. Специфични цели

- Осигуряване на подходящо обучение и заетост в обичайна трудова среда за хора с увреждания.
- Създаване на условия за трудовата реализация и професионалното израстване на хората с увреждания.
- Създаване на адаптирани работни места и осигуряване на достъпа до тях.
- Стимулиране на работодателите да наемат безработни с трайни увреждания и приспособяват работните места, съобразно специфичните особености на техните увреждания.
- Промяна на обществените нагласи и премахване на съществуващите отрицателни стереотипи в обществото.

2.	Как инициативата се отнася към тези цели?
	<p>Горепосочените цели се постигат чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • мотивационно обучение за хора с увреждания за придобиване на умения за активно поведение на пазара на труда; • обучение за професионална квалификация в съответствие със специфичните особености на уврежданията на безработните и със заявените потребности на работодателите; • осигуряване на устойчива заетост на безработните с трайни увреждания; • осигуряване на финансова подкрепа на работодателите при наемане на работа и изграждане на подходяща среда за хората с увреждания.
3.	Каква е/е била времевата скала за изпълнение на инициативата?
	<p>Реализацията на Национална програма за заетост и професионално обучение на хора с трайни увреждания стартира през месец май 2003г.</p> <p>През 2004г. и 2005г. програмата бе изменена и допълнена, с което се разшири обхвата на работодателите и се предостави възможността в нея да се включат по-голям брой безработни с увреждания.</p> <p>Програмата продължава своето действие и през 2006г.</p>
Мониторинг и оценка	
	Как е/е бил проекта мониториран/оценен?
	<p>Чрез административната статистика на Агенцията по заетостта ежесечно се наблюдава изпълнението на програмата по определени показатели.</p> <p>Въз основа на събраната информация, в края на всяка година се прави анализ на изпълнението на програмата и се прави предложение до МТСП за включването ѝ в Националния план за действие по заетостта за следващата година, както и за актуализацията на програмата.</p> <p>За мотивиране, постигане на заинтересованост и стимулиране на работодатели, доказали позитивно отношение към проблемите за осигуряване на заетост на хората с увреждания и постигнали значителни резултати в рамките на реализиране на Програмата, е учреден „Символ за позитивно отношение към хората с увреждания”. Той се връчва на работодатели, избрани съгласно Критерии за връчване и Критерии за оценка на достиженията на фирмата/организацията/, желаеща да бъде носител на „Символа”.</p>

6.3. „Проект за професионална реализация и социална интеграция на младежите, напускащи домовете за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителски грижи”

Име на политиката/Проекта	Държава
CLIP – Care leavers integration programme „Проект за професионална реализация и социална интеграция на младежите, напускащи домовете за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителски грижи”	България
Крайна цел на инициативата	
Целенасочена, ускорена и ефективна професионална реализация и социална интеграция на младежите, напускащи специализираните институции за деца.	
Основни резултати	
<ul style="list-style-type: none"> • 122 младежи на възраст 16-18 години от четирите пилотни дома в общините В. Търново, Севлиево и Ловеч са преминали обученията за придобиване на знания и умения за самостоятелен живот. Извършва се проследяване на техния път към интеграция; • Всички членове на персонала на домовете са преминали обученията за работа в екип, разработване и проследяване на планове за грижа на децата, настанени в дома; • Представители на домовете, както и на Дирекции “Социално подпомагане” и Дирекции “Бюро по труда” са преминали обучение за обучители по модулите за подготовка на младежите от домовете за самостоятелен живот; • На територията на домовете в пилотните общини са обособени жилищни пространства “Защитени пространства”, в които се настаняват младежи за период от 2-3 години преди да напуснат институцията с оглед да се научат да се справят сами със всекидневния живот и да поемат отговорност за самите себе си. От началото на учебната 2005/2006г. се настаняват младежи, на които предстои да напуснат съответната институция, както следва: <ul style="list-style-type: none"> ○ Севлиево: 12 души; ○ Ловеч: 8 души; ○ Велико Търново: 6 души. • Изградени са “Защитени жилища за младежи, напуснали домовете и за младежи в риск от общността” в трите пилотни общини, с капацитет за 8 човека всяко; • Изградени са “Центрове за социална рехабилитация и интеграция на деца и младежи в риск” в трите пилотни общини. Във всеки център е назначен персонал, който включва четирима социални работници и двама психолози. Екипът на центровете е преминал въвеждащо, базисно и специализирано обучение за работа с целевата група, деца и семейства в риск. • Изградена е мрежа от доброволци в трите общини. 	
Целеви бенефициенти	Фокус на политиката
Общото население <input type="checkbox"/>	Социално изключване <input checked="" type="checkbox"/>
Деца <input type="checkbox"/>	Здравеопазване <input type="checkbox"/>
Семейства от един родител <input type="checkbox"/>	Дългосрочна грижа <input type="checkbox"/>
Безработни <input type="checkbox"/>	Управление <input type="checkbox"/>
Стари хора <input type="checkbox"/>	
Млади хора <input checked="" type="checkbox"/>	Географски обсег
Хора с увреждания <input type="checkbox"/>	Национален <input type="checkbox"/>
Имигранти / Бежанци <input type="checkbox"/>	Регионален <input checked="" type="checkbox"/>
Етнически малцинства <input type="checkbox"/>	
Бездомни <input type="checkbox"/>	
Специфично болни/заразни <input type="checkbox"/>	Изпълняващ орган

Други [моля уточнете:]



Фондация “Международна социална служба- България” под ръководството на Международна служба – Швейцария на основата на тристранен Меморандум за сътрудничество между българското и швейцарското правителство в лицето на Швейцарската агенция за развитие и сътрудничество, Министерството на образованието и науката и Министерството на труда и социалната политика.

Контекст/Обосновка на инициативата

По данни на ДАЗД общият брой на децата в специализираните институции към 31.12.2005 г. е 9 776, което представлява 0,67% от детското население в България, което по данни на Националния статистически институт (НСИ) за 2005 г. е 1 451 252. Броят на децата между 7 и 18 години в специализираните институции е 5 062. Деца, които са израснали в такива домове често срещат трудности при интегрирането си в обществото и не могат да се реализират успешно в професионален план. Те не успяват да изградят трайни взаимоотношения с възрастен човек, който да стане значим за тях. Единствените трайни взаимоотношения, изградени в домовете, са тези между самите деца. Когато напуснат дома, те се чувстват несигурни и нестабилни. Недостатъчен е персоналят, който да гарантира нормален живот за групата деца и полагането на надеждни грижи в тези домове. Домовете са изградени и управлявани на базата на колективно отглеждане на големи групи деца. Инфраструктурата често е неподходяща, а животът там е насочен към дейности в големи групи, така че за младите хора не са осигурени условия за индивидуално развитие. Липсва целенасочена подготовка за самостоятелен живот, въпреки че в действащата нормативна уредба по отношение качеството на грижата в домовете съществува такова изискване. Много от децата, които имат родители, не поддържат редовен контакт с тях, или изобщо нямат такъв. Възпитателите и родителите не работят съвместно за подобряване условията за социализация на детето. Възможностите пред младежа за избор на професия са много ограничени - в рамките на съответните райони, където се намират домовете. По силата на закона младежите се изпращат обратно в родните им места при навършване на 18 години, независимо че повечето от тях нямат никакъв контакт със семейството си. Въпреки големия брой на НПО, работещи по проблемите на децата, единици са тези, които професионално и последователно развиват политиките за деца и прилагат новото законодателство за превенция на изоставянето на деца в специализирани институции, повишаване качеството на грижата в домове, реинтеграция в биологичното семейство и подготовка за напускане на дома и оказване на подкрепа по пътя към самостоятелен живот.

Детайли на инициативата

1. Специфични цели

- Подкрепа за постигане на обща подготовка за самостоятелен живот на младите хора, напускащи специализираните институции за деца;
- Подкрепа за въвеждане на нови форми за живеене и съдействие на младежите по време на прехода им към самостоятелен живот извън дома;
- Подкрепа за утвърждаване на комплекс от мерки за сътрудничество между съответните институции на местно ниво с цел осигуряване на социална интеграция, професионална ориентация и реализация на младежите, напускащи домовете;
- Подкрепа усилията на Правителството за създаване на законови разпоредби, чрез които да се осигури професионална грижа за младите хора, след напускането на

2. Как инициативата се отнася към тези цели?

Проектът се реализира на три нива, за които са разработени специални подпрограми:

Ниво младежи:

Младежка програма: разработване на индивидуални планове за грижа на младежите между 16 и 18 г. до напускане на институцията с акцент върху подготовката за самостоятелен живот; участие в модулни тренинг-обучения; психологическо консултиране за разрешаване на проблеми, свързани с професионалната реализация и социалната адаптация след напускане на дома.

Програма „ Връстници помагат на връстници”: цели осъществяване на социална интеграция с младежи-доброволци, която се изразява в: споделяне на опит при житейски проблеми, оказване на помощ при кандидатстване за повишаване на образователно-квалификационната степен, прекарване заедно на част от свободното време извън институцията, стимулиране на творческата активност в клубове по интереси, развиване на инициативността при организирането на съвместни дейности – работни срещи, младежки лагер и обучителни екскурзии.

Ниво професионалисти:

Програма за професионалисти: обучение на екипите от възпитатели и психолози от домовете, както и на социални работници от ДСП/ОЗД и ДБТ в посока подкрепа на младите хора в прехода към независим живот чрез участие в семинари, работни срещи, тематични дискусии и др.

Програма за реинтеграция: подпомагане на процеса на социална адаптация (професионална реализация, жилищно устройване и социална интеграция) след напускане на институцията в прехода от “Зависим от институцията живот” към “Отговорен живот на възрастен”.

Директорска програма: създаване на форум за обмен между директора на дома, дирекциите “Социално подпомагане” и “Бюро по труда”, началника на Регионалния инспекторат по образование (РИО) и координатора на проекта в съответната пилотна община и предоставяне на обучение на директорите по различни теми: за разработване на проекти, бюджетиране, формиране и управление на екип и др.

Ниво общини:

Оперативни групи: чрез тях в трите общини се изгражда партньорска мрежа между участващите в проекта държавни институции на местно ниво и се координира тяхната работа за изпълнение целите на проекта.

Подкрепящи програми към Проекта:

Извършени са промени, както в материалната база на домовете, така и в жилищни пространства на ниво община и тяхното функциониране е осигурено в дългосрочен план, както следва:

1. “Защитени пространства” в специализираните институции в общините, които за период от 2-3 години преди напускане на институцията подготвят младежите да се справят със самостоятелния живот и да поемат отговорности;

2. Два апартамента “Защитено жилище ” /ЗЖ/ във всяка от пилотните общини с капацитет 8 човека, в които младежи могат да пребивават по време на преходния период към самостоятелност, ако са готови активно да работят върху собствената си лична, социална и професионална интеграция;

3. Център за социална рехабилитация и интеграция за работа с деца и младежи в риск от общността в трите пилотни общини. В центъра всеки младеж има доверено лице, който лично го подкрепя и подпомага процеса на неговата интеграция.

3. Каква е/е била времевата скала за изпълнение на инициативата?

Проектът се изпълнява за периода 2003-2006 г.

Мониторинг и оценка

Как е бил проекта мониториран/оценен?

1. *Вътрешна - междинна оценка* – октомври 2004 г. с участието на представители на всички участващи в проекта – групи – младежи, професионалисти, оперативни групи, управителен съвет
2. *Външна оценка* – юни 2006 г. – преглед на документацията по проекта, посещение и разговори с ръководителя на проекта от МСС-Швейцария, координатора и екипа от МСС-България, всички участници в отделните пилотни общини, организиране на фокус групи, индивидуални срещи.

След идграждането на новите социални услуги и извършените промени в организацията на работата в специализираните институции, екипът на МСС-България извършва непрекъснат мониторинг върху работата на екипа на услугите, идентифицира нужди от допълнително обучение и предоставя такова, осигурява групова и индивидуална супервизия.

Резултати

1. В каква степен са постигнати целите?

Заложените цели са почти изцяло изпълнени. В процес на създаване е междуправителствена работна група, иницирана от МСС-България и с нейно участие, която трябва да направи преглед на съществуващото законодателство за оказване на професионална подкрепа на младежи в риск и по-специално на напускащите обществената грижа за деца.

МСС- България създаде и поддържа регистър на всички младежи, напуснали пилотните домове за периода 2003-2006 г., в който се извършва проследяване на пътя им към самостоятелен живот. Резултатите показват, че от 106 младежи, напуснали домовете през 2003, 2004 и 2005 г., към края на м. май 2006 г. работят 84 души (81%), като на постоянен трудов договор са 75 души, не работят 6 души (6%), 11 младежи (13%) продължават образованието си във висше учебно заведение. 50 младежи (48%) живеят самостоятелно, 46 (43%) - с близки и роднини и 10 души получават подкрепа от социална услуга – Защитено жилище или Център за настаняване. През Защитеното жилище в трите пилотни общини, където се прилага моделът, разработен по проекта, за една година са преминали 28 младежи, като средният престой е 6 до 8 месеца. Всички напуснали услугата работят на постоянен трудов договор, живеят сами или с приятели и са в състояние да поемат собствената си издръжка и да живеят самостоятелно.

2. Какви пречки/рискове са срещнати при изпълнението на инициативата?

1. Липса на мотивация в екипите на специализираните институции за реорганизиране на дейността на дома, свързано с допълнително обучение и промяна в стереотипите на работа.
2. Брой на персонала в домовете.
2. Проблеми на сътрудничеството на местно ниво между ОЗД и директорите на домовете, както и между ОЗД и новоизградените центрове за социална рехабилитация и интеграция.
3. Слабата подготвеност на общините да управляват алтернативните услуги.

3. Как са адресирани тези пречки/рискове?

Горепосочените проблеми са разглеждани на две нива:
1. В Оперативните групи, където са поети конкретни ангажименти от страна на съответните управляващи органи – регионалният инспекторат по образование и Дирекция “Социално подпомагане”, както и от директорите на домовете и началниците на ОЗД;
2. В Управителния съвет на проекта, в който участват зам. министрите на образованието и науката, на труда и социалната политика, зам. председателят на Държавната агенция за закрила на детето, ръководителят на Бюрото за развитие и сътрудничество към Швейцарското посолство, МСС-Швейцария са дискутирани

	проблеми, свързани с преодоляване на проблеми от организационно–методичен характер. Бяха търсени решения, които да благоприятстват изпълнението на дейностите по проекта.
4.	Имало ли е някакви неочаквани ползи или слабости?
	Като слабост може да се отбележи липсата на финансов стандарт за издръжка на планираната в проекта нова услуга за младежи в риск, която бе разработена на базата на посочената в проекта концепция. Това доведе до разкриването в пилотните общини на две услуги - Защитено жилище и Център за социална рехабилитация и интеграция. Ползата от тези две услуги е свързана с разширяване обхвата на дейността на услугите към деца и семейства в риск. Проблемът, който предстои да бъде разрешен, е свързан с начина на управление на тези услуги, които би трябвало да се възприемат като нещо единно по своята същност, а не да се разделят. Ще бъде търсена нова форма и изработен нов стандарт за продължаване дейността на услугите и тяхното по-нататъшно развитие.

6.4. Пилотен проект на МТСП "Реформа за повишаване благосъстоянието на децата в България"

Име на политиката/Проекта		Държава	
Пилотен проект на МТСП "Реформа за повишаване благосъстоянието на децата в България"		България	
Крайна цел на инициативата			
Подобряване благосъстоянието и защита правата на децата в България чрез насърчаване на подходи към благосъстояние на децата в общностите, като деинституционализация, услуги за превенция на изоставянето и услуги по закрила на децата на улицата, като икономически ефективни алтернативи на институционализираната грижа за детето.			
Основни резултати			
<p>Развитие на капацитета.</p> <p>Деинституционализация.</p> <p>Превенция на изоставянето и защита правата на децата.</p> <p>Услуги по закрила за децата на улицата.</p>			
Целеви бенефициенти		Фокус на политиката	
Общото население	<input type="checkbox"/>	Социално изключване	<input checked="" type="checkbox"/>
Деца	<input type="checkbox"/>	Здравеопазване	<input type="checkbox"/>
Семейства от един родител	<input type="checkbox"/>	Дългосрочна грижа	<input type="checkbox"/>
Безработни	<input type="checkbox"/>	Управление	<input type="checkbox"/>
Стари хора	<input type="checkbox"/>		
Млади хора	<input type="checkbox"/>	Географски обсег	
Хора с увреждания	<input type="checkbox"/>	Национален	<input checked="" type="checkbox"/>
Имигранти / Бежанци	<input type="checkbox"/>	Регионален	<input type="checkbox"/>
Етнически малцинства	<input type="checkbox"/>	Изпълняващ орган	
Бездомни	<input type="checkbox"/>	МТСП	
Специфично болни/заразни	<input type="checkbox"/>		
Други [моля уточнете:]	<input type="checkbox"/>		
Деца и семейства в риск	<input checked="" type="checkbox"/>		
Контекст/Обосновка на инициативата			
<p>Изграждане на координирана национална политика за грижи и услуги за деца. Повишаване капацитета на институциите на централно и местно ниво за прилагане на услуги за деца в общността. Въвеждане на цялостна програма за наблюдение и оценка.</p> <p>Създаване и развитие на услуги в общността в пилотните общини.</p>			

Насърчаване на развитието на услуги за децата в общностите в неравностойно положение за превенция на изоставянето; подобряване на взаимодействието.

Предоставяне на услуги за децата на улицата и семейства в риск; въвеждане на механизми, осигуряващи равноправен достъп на децата на улицата до обучение и здравеопазване, за пълноценната им социална интеграция.

Детайли на инициативата

1. Специфични цели

Броят на децата, постъпващи в институциите от интернатен тип в пилотните общини да намалее с 20%.

Броят на децата, които напускат институциите в пилотните общини да се увеличи с 20%.

Броят на осиновяванията да се увеличи с 20%.

Броят на децата от високорисковите групи, включени в предучилищната подготовка в пилотните общини, да се увеличи с 30%.

Броят на отпадналите от училище деца от високорисковите групи да намалее с 20%.

40% от персонала, работещ по предучилищната подготовка на децата от високорисковите групи, да бъдат представители на етническите общности.

Персоналът на Полицията в пилотните общини да придобие умения за работа с деца от високорисковите групи.

Детската престъпност в пилотните общини да намалее с 20%.

Да бъдат подобрени условията в Детските педагогически стаи, в помещенията за 24-часово задържане на малолетни и непълнолетни, както и в Домовете за временно настаняване на малолетни и непълнолетни.

20% от общия брой на децата на улицата в пилотните общини да бъдат върнати в семействата им или да бъдат настанени в алтернативни форми на грижа за тях.

30% от децата на улицата в пилотните общини да бъдат включени в алтернативни образователни програми.

80% от децата на улицата в пилотните общини да бъдат осигурени със здравни услуги.

	<p>2. Как инициативата се отнася към тези цели?</p>
	<p>Във връзка с развитие на капацитета:</p> <p>Разработена е програма и е осъществено обучение на отделите за закрила на детето по социална работа.</p> <p>Организирано е обучение по управление на социалните услуги.</p> <p>Разработен е софтуер за интегрирана информационна система по социално подпомагане и закрила на детето и обучение на социални работници.</p> <p>Организирано е обучение за съдии от окръжни и районни съдилища за разглеждане на случаи, свързани със закрила на деца.</p> <p>Реализирани са дейности свързани с обучението на персонала в специализираните институции и предоставянето на техническа помощ за подобряване качеството на грижа за децата.</p> <p>Във връзка с деинституализацията и услуги за деца на улицата:</p> <p>На база оценени нужди на рисковите групи в пилотните общини са изготвени общински стратегии за развиване на социални услуги за деца и семейства. С представени от Общинските власти терени и/или сгради в десет пилотни общини в страната са изградени действащи КСУДС. Комплексите осигуряват богат арсенал от услуги. Почти във всички КСУ функционират:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Център за обществена подкрепа • Център за работа с деца на улицата • Център за спешно настаняване • Звено” Майка и бебе” <p>В структурата на комплексите са обособени направления като:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Деинституализация – развити са дейности и услуги по реинтеграция, приемна грижа и осиновяване, както и работа с деца от специализирани институции • Превенция – в рамките на това направление функционират екипи по «Първична превенция», «Специализирана подкрепа», «Работа с деца с убреждания», Звено” Майка и бебе” и др. <p>Извършена е оценка на специализираните институции за деца в пилотните общини с цел тяхното реструктуриране, т.е. в тях да бъдат развити алтернативни социални услуги. Поради липсата на подкрепа от страна на МЗ и дългите срокове за промяна в нормативните документи на МОН, дейностите по реструктурирането им са силно редуцирани – на ниво обучение и техническа помощ на персонала.</p> <p>Във връзка със превенция на изоставянето и защита правата на децата:</p> <p>Осъществени са дейности за подобряване работата на полицията с децата, които включват: ремонт и обзавеждане на детските педагогически стаи, стаите за 24-часово задържане, домовете за временно настаняване. Обучени са служители на МВР по програмата за работа на полицията в училищата.</p> <p>Във връзка с изпълнение на специфичните цели:</p> <p>Предвидените резултати от реализирането на Проекта са изпълнени в границите на заложените % съотношения.</p>
<p>3.</p>	<p>Каква е/е била времевата скала за изпълнение на инициативата?</p>
	<p>Проектът “Реформа за повишаване благосъстоянието на децата в България” на МТСП стартира през месец май 2001 г. с първоначална дата на</p>

приключване – 30 юни 2004 г.

През месец март 2004 година проектът е удължен с 1 година до 30 юни 2005 г.

По предложението на Правителството крайната дата за приключване на проекта е 30 юни 2006 г.

Времевата скала за изпълнение на целия проект е от месец май 2001г. до края на месец юни 2006 г.

Мониторинг и оценка

Как е/е бил проекта мониториран/оценен?

Във връзка с приключването на проекта "Реформа за повишаване благосъстоянието на децата в България", както и във връзка с изпълнението на цел 3, т. 2 и 3 от Стратегическия план на Дирекция "Стандарти и анализи" към ДАЗД за 2006 г., експерти от дирекцията през месеците май и юни осъществиха наблюдение на практиките и оказаха методическа помощ и професионална подкрепа на ОЗД и КСУДС в десетте пилотни общини, работещи по проекта.

Целта на наблюденията е да се анализира практиката в следните направления:

Моделът на КСУДС - ефективна алтернатива на институционализираната грижа за детето.

Моделът на КСУДС - ефективност по отношение взаимодействие и сътрудничество с ОЗД.

Моделът на КСУДС- ефективност по отношение на клиентите и техните нужди.

Резултати

1. В каква степен са постигнати целите?

Изградена е координирана национална политика за грижи и услуги за деца. Капацитетът на институциите на централно и местно ниво за прилагане на услуги за деца в общността е повишен и е въведена цялостна програма за наблюдение и оценка.

По отношение ефективността на взаимодействие и сътрудничество на КСУДС и ОЗД:

Разпределението на правомощията и задълженията при съвместната работа по закрила на детето между ОЗД и КСУДС се прилага точно според действащата в тази област нормативна уредба (Закона за закрила на детето, Закона за социалното подпомагане и подзаконовите нормативни актове). Най-общо по отношение на случаите на деца в риск социалните работници от ОЗД са водещи на случая, и в тази си функция оценяват, планират, проследяват и взимат решения по управление на случая. Ролята на професионалистите от КСУ се състои в предоставянето на избраните от ОЗД социални услуги. Функциите и отговорностите в това отношение са ясно разграничени. Налице е изграждане на връзка на координираност и

сътрудничество между ОЗД и КСУДС при работа по случаи.

Приемствеността, освен на документално ниво, се осъществява и чрез междуведомствено сътрудничество в различните етапи на работа - предварителна среща при поемане на случая, обмен на информация, междинни срещи, екипни срещи на представители на КСУДС и ОЗД, в които при необходимост участват и други специалисти. Това води до повишаване ефективността на предприетите мерки за закрила.

В хода на работата са разработени собствени организационни *“Вътрешни правила”* на КСУДС, които подпомагат работата по случаите.

Добра практика, използвана в работата по случаи е начинът за въвличане на клиента в процеса на работа: при планиране на дейностите се провежда среща с клиента, водещият случая и ключовият работник – заедно изготвят план за работа, като се определят задълженията и отговорностите на всеки един.

Комплексите за социални услуги поддържат и предоставят на ОЗД месечни отчети за изплатени парични помощи – в тях се посочва видът и размерът на помощите. КСУДС следи и за използването на изплатените помощи.

По отношение ефективността на вложения ресурс - насочени и усвоени база случаи:

За рамките на ограничения срок(5-9 месеца) от стартирането на Комплексите се отчита много добра ефективност в работата по случаите с направления от ОЗД. Съотношението на броя на случаите, за които са издадени направления за предоставяне на социални услуги от ОЗД към КСУДС, спрямо броя на новите случаи постъпили в ОЗД за периода януари – май 2006г. е средно 35%.

Ефективност по отношение на клиентите и техните нужди:

Развитието и предлагането на социални услуги в Комплексите до голяма степен е съобразено с клиентите и техните нужди. КСУДС са сруктурирани така, че да осигуряват пакет от услуги. Почти във всички КСУДС функционират:

- Център за обществена подкрепа
- Център за работа с деца на улицата
- Център за спешно настаняване
- Звено” Майка и бебе”

В структурата на комплексите са обособени направления като:

- Деинституализация – развити са дейности и услуги по реинтеграция, приемна грижа и осиновяване, както и работа с деца от специализирани институции
- Превенция – в рамките на това направление функционират екипи по «Първична превенция», «Специализирана подкрепа», «Подкрепа за детето», «Консултиране и помощ за родители» «Работа с деца с убрeждания», Звено” Майка и бебе” и др.

Налице е по-широка мащабност на предоставяните услуги от предварително заложените такива. В Комплексите са реализирани развити групови форми на работа с рискови и уязвими групи деца.

	Опитът на пилотните общини следва да бъде анализиран, а добрите практики мултиплицирани и в други общини в страната.
2.	Какви пречки/рискове са срещнати при изпълнението на инициативата?
	<p>Трудно се работи с родителите, които често отказват да сътрудничат, не подписват договорите за социални услуги и плана за действие. Това определено създава трудности в работата на социалните работници.</p> <p>Броят на социалните работници от ОЗД не е оптимален с оглед на тяхната натовареност, те нямат капацитет да се справят с проблемите на децата и семействата в риск. Работата на служителите многократно е нараснала, включително и поради факта, че се подготвя огромна по обем документация, която се предоставя на КСУДС. Това бави изготвянето на социалната оценка и плана за действие, на базата на които се предоставя услугата от ОЗД.</p>
3.	Как са адресирани тези пречки/рискове?
	<p>Има какво още да се направи в посока сближаване на интересите на ОЗД и КСУ и подобряване на взаимодействието между тях при работата по конкретни случаи. ДАЗД би могла да посредничи в тази насока.</p> <p>Необходимо е да се провеждат регулярно групови супервизии на съвместните екипи, на които да се представя и обсъжда работата, като се акцентира върху взаимодействието между членовете на екипа.</p> <p>Необходимо е Комплексите да изградят свои мобилни екипи, които да работят на територията на цялата община по откриване на случаи, осъществяване на системна връзка, изграждане на доверие и включване в съответната услуга за оказване на подкрепа.</p> <p>Работата по случай да е инициатива и на самия Комплекс, като не се разчита единствено на издадени направления от ОЗД.</p>
4.	Имало ли е някакви неочаквани ползи или слабости?
	<p>Късното стартиране на КСУДС поради забавяне в графика на изпълнение на строителните работи е неочаквана слабост, която не даде възможност КСУДС да развият изцяло своя капацитет и да реализират още по-висока ефективност до края на проекта.</p> <p>Реализираната по-широка мащабност на предоставяните в Комплексите услугите, като добре развити групови форми на работа с рискови и уязвими групи деца е неочаквана полза, отчитаща спецификата на нуждите.</p>

6.5. Социални инвестиции в децата

Име на политиката/Проекта		Държава	
Социални инвестиции в децата		България	
Крайна цел на инициативата			
Да се подобри защитата и социалното включване на деца от особено уязвими семейства			
Основни резултати			
<ol style="list-style-type: none"> 1. За периода ноември 2005 г. – април 2006 г. в седем пилотни общини (Стара Загора, Мъглиж, Казанлък, Смолян, Разград, Лом и Бяла Слатина), под формата на социални инвестиции в развитието на децата, са предоставени общо 1 752 броя помощи; 2. Средномесечно се работи със 172 семейства с деца в риск; 3. Средномесечно 280 деца са обект на индивидуална социална работа за идентифициране на конкретните потребности на всяко от тях; 4. Средномесечният брой на предоставените помощи под формата на социални инвестиции за шестте месеца на действие на Програмата е 292. 5. Средномесечният брой деца, получаващи полагащите им се месечни помощи под формата на таксите за детски ясли е 109; 6. Средномесечният брой деца, за които се заплащат напълно или частично таксите за детска градина или детска ясла е 17; 7. Средномесечният брой деца, за които се заплаща столовото хранене в училище е 75; 8. Средномесечният брой деца, за които са покрити разходите за столово хранене в училище е 47; 9. Средномесечният брой деца, за които са закупени облекла и обувки е 28 10. Средномесечният брой деца, за които са закупени учебни пособия е 9; 11. Средномесечният брой деца, за които са закупени хранителни продукти е 92. 			
Целеви бенефициенти		Фокус на политиката	
Общото население	<input type="checkbox"/>	Социално изключване	<input checked="" type="checkbox"/>
Деца	<input checked="" type="checkbox"/>	Здравеопазване	<input checked="" type="checkbox"/>
Семейства от един родител	<input type="checkbox"/>	Дългосрочна грижа	<input type="checkbox"/>
Безработни	<input type="checkbox"/>	Управление	<input type="checkbox"/>
Стари хора	<input type="checkbox"/>		
Млади хора	<input type="checkbox"/>	Географски обseg	
Хора с увреждания	<input type="checkbox"/>	Национален	<input type="checkbox"/>
Имигранти / Бежанци	<input type="checkbox"/>	Регионален	<input checked="" type="checkbox"/>
Етнически малцинства	<input checked="" type="checkbox"/>		
Бездомни	<input type="checkbox"/>	Изпълняващ орган	
Специфично болни/заразни	<input type="checkbox"/>	1. Министерство на труда и социалната политика;	
Други [моля уточнете:]	<input type="checkbox"/>	2. Агенция за социално подпомагане	
Контекст/Обосновка на инициативата			
Основната идея на инициативата е да се създадат възможности за качествено нови условия за социално включване на рискови групи, в които процесите на обществена изолация са задълбочени и вече се преекспонират върху следващи поколения.			

Процесите на изолация, особено поради риска “бедност” дават отражение върху децата и оказват трайно влияние върху тяхното нормално развитие. Особено тревожни са случаите, когато въпреки подкрепата, децата продължават да бъдат изложени на неблагоприятни външни въздействия. Ето защо инициативата приоритетно обхваща семейства с деца, за които има данни, че отпусканите месечни и еднократни социални помощи не се използват по предназначение.

Детайли на инициативата

1. Специфични цели

1. Намаляване броя на децата в риск;
2. Намаляване броя на децата на улицата;
3. Увеличаване броя на децата, обхванати в системата на предучилищната и училищната подготовка;
4. Подобряване здравния статус на децата;
5. Намаляване броя на ранно отпадащите ученици от началната степен на образование.

2. Как инициативата се отнася към тези цели?

Програмата има за цел подпомагане на семейства с деца до IV клас. Целенасоченото ѝ прилагане става на база съществуващото законодателство в областта на семейните помощи за деца. Основна характеристика на програмата е, че полагащите се семейни помощи, по оценка на социалния работник и въз основата на индивидуален план, ще бъдат предоставяни под формата на социални инвестиции, вкл.:

1. За пълно или частично заплащане на такса за детска ясла;
2. За пълно или частично заплащане на такса за детска градина;
3. За пълно или частично заплащане на столово хранене;
4. За закупуване на дрехи и обувки;
5. За закупуване на учебни пособия;

Така се цели осигуряване на нормален учебен процес и повишаване достъпа до качествено образование за децата в начална образователна степен от уязвими семейства.

3. Каква е/е била времевата скала за изпълнение на инициативата?

Инициативата стартира в края на 2005 г. за срок от шест месеца, като това е нейната пилотна фаза. Идеята е инициативата да се разпространи на територията на цялата страна и да се изпълнява устойчиво и дългосрочно.

Мониторинг и оценка

Как е/е бил проекта мониториран/оценен?

В началото на 2006 г. е осъществен мониторинг и оценка на програмата. Основен метод в методиката за регистриране на първичната емпирична информация е пряката анкета с: родители, директори и учители в училищата, директори и възпитатели в детски градини, социалните работници, вземащите решение на местно ниво. Въпросникът дава възможност за набиране както на количествена, така и на качествена информация, групирана в следните блокове:

- Оценка на изпълнението на основната цел на програмата;
- Подкрепа на програмата;
- Оценка на въздействие на програмата върху бенефициентите;
- Профили на бенефициентите;
- Оценка на подбора и включването на децата в риск в програмата;
- Форми и честота на предоставяне на социалните инвестиции;
- Оценка на организацията, времевите и човешките ресурси за реализация на програмата;

- Оценка на месечния размер и достатъчност на социалните инвестиции;
- Оценка на достатъчността на нормативната база за реализация на програмата;
- Оценка на риска за успешното и ефективно реализиране на програмата;
- Оценка на силните и слабите страни на програмата с оглед на нейната бъдеща оптимизация;
- Конкретни предложения за оптимизиране на програмата;
- Конкретни предложения за разнообразяване на формите (видовете) социални инвестиции;
- Обективни характеристики на оценяващите програмата;
- Индивидуална информация за включеното семейство;
- Обобщена информация за програмата;
- Финансови показатели за програмата.

Данните са достъпни, като предоставят възможност за:

1. Изработване на профил на бенефициентите и оценка на целенасочеността на програмата;
2. Изработване на оценка за ефикасността ѝ, т.е. дали програмата е постигнала целите си и в каква степен;
3. Изработване на оценка за ефективността ѝ, т.е. какъв е ефектът от изразходваните средства;
4. Изработване на експертни предложения за усъвършенстване на програмата и възможни бъдещи решения за политиката за подпомагане на деца в риск.

Резултати

1.	В каква степен са постигнати целите?
	Виж "Мониторинг и оценка"
2.	Какви пречки/рискове са срещнати при изпълнението на инициативата?
	Виж "Мониторинг и оценка"
3.	Как са адресирани тези пречки/рискове?
	Виж "Мониторинг и оценка"
4.	Имало ли е някакви неочаквани ползи или слабости?
	Виж "Мониторинг и оценка"

VII. Примери за добра практика в областта на здравната и дългосрочната грижа

7.1. Национална система на осигуряване на безплатно лечение на пациенти със злокачествени заболявания със средства от държавния бюджет

Име на политиката/Проекта		Държава	
Национална система на осигуряване на безплатно лечение на пациенти със злокачествени заболявания със средства от държавния бюджет		България	
Крайна цел на инициативата			
Повишаване продължителността и качеството на живот на онкоболните Намаляване на смъртността от онкологични заболявания			
Основни резултати			
Осигуряване лечението на пациенти с онкологични заболявания; Обезпечаване на лекарства за провеждане лечение на пациенти с онкологични заболявания по на съвременни терапевтични схеми; Улесняване достъпа до качествено лечение.			
Целеви бенефициенти		Фокус на политиката	
Общото население	<input type="checkbox"/>	Социално включване	X
Деца	<input type="checkbox"/>	Здравеопазване	X
Семейства от един родител	<input type="checkbox"/>	Дългосрочна грижа	X
Безработни	<input type="checkbox"/>	Управление	<input type="checkbox"/>
Стари хора	<input type="checkbox"/>		
Млади хора	<input type="checkbox"/>	Географски обсег	
Хора с увреждания	<input type="checkbox"/>	Национален	X
Имигранти / Бежанци	<input type="checkbox"/>	Регионален	<input type="checkbox"/>
Етнически малцинства	<input type="checkbox"/>		
Бездомни	<input type="checkbox"/>	Изпълняващ орган	
Специфично болни/заразни	<input type="checkbox"/>	❖ МЗ	
<u>Болни с онкологични заболявания</u>	X	❖ Специализирана болница за активно лечение на онкологични заболявания	
		❖ Диспансери за лечение на онкологични заболявания	
		❖ Университетски болници за активно лечение	
Контекст/Обосновка на инициативата			
Онкологичните заболявания в България са едни от водещите по отношение на заболяемостта. Лечението на тези заболявания е продължително, комплексно и финансовата тежест за отделния индивид и неговото семейство са изключително			

големи. В България системата на онкологична помощ включва дейности по превенция, ранна диагностика, хирургичното и лъчелечението, лечение с химиотерапевтици и палиативните грижи. В тази дейност участват Министерството на здравеопазването, Националната здравно-осигурителна каса, специализираните болници, онкологичните диспансери, общо практикуващите лекари и специалисти и неправителствените организации.

Диагностицираните болни с онкологични заболявания се диспансеризират, като средствата за диспансерното наблюдение на пациентите се осигурява от средства на републиканския бюджет. Общия брой на онкологично болните в страната са над 300000. Отделните компоненти на лечението на тези болни се финансират по различни начини: за сметка на държавния бюджет (закупуване на лекарствата и разпределение до лечебните заведения), общинските и републикански бюджет (заплащане на лечение на преминал болен през диспансерите), НЗОК (лечение по клиничните пътеки за отделните нозологични единици).

Доставката на лекарства за лечението на онкоболните – химиотерапевтици, хормонни препарати, опиоидни аналгетици и други са основен приоритет на държавата и се осигуряват със средства от държавния бюджет. Сумите се определят ежегодно и са заложи в бюджета.

1. Специфични цели

Осигуряване на лекарства за лечение по съвременни терапевтични схеми на пациентите с онкологични заболявания - една от най-големите групи пациенти

2. Как инициативата се отнася към тези цели?

Инициативата е израз на държавна политика и нейното осъществяване е регулирано с нормативни документи

- ❖ Осигуряват се средства от държавния бюджет за закупуване на лекарства;
- ❖ Осигуряват се ежегодно лекарства по закона за обществените поръчки;
- ❖ Заявяват се и се закупуват лекарства за повече от 100 лекарствени позиции;
- ❖ Създадена е система за получаване на заявките от отделните лечебни заведения на базата на брой на пациентите, видове диагнози и необходимите лекарства;
- ❖ Създадена е система на разпределение на лекарствата и контрол на предписването и изразходването им.

3. Каква е/е била времевата скала за изпълнение на инициативата?

- ❖ Закупуването на лекарства по централна доставка със средства на държавния бюджет започва през 1996 година. От тогава постепенно се увеличават финансовите средства отпуснати за закупуване на лекарства и се разширява номенклатурата и броя им.
- ❖ Лечението на отделните онкоболни се провежда в съответствие с диагнозата и медицинските индикации за вид, начин и продължителност на лечение.

Мониторинг и оценка

Как е/е бил проекта мониториран/оценен?

- ❖ Непрекъснат мониторинг и контрол на заявяваните и отпуснати

	<p>лекарства;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Създадени комисии, в лечебните заведения, които определят необходимите лекарства за всеки пациент; ❖ Необходимите количества лекарства се заявяват по определена система; ❖ За част от лекарствата (скъпоструващи) е създадена специална комисия в МЗ съставена от водещи специалисти по химиолечение, които определят отпускането на лекарствата съобразно определени от специалистите критерии; ❖ Заявките и разпределенията са за определен период в зависимост от лекарството (един или два месеца); ❖ Количествата отпускани лекарства покриват времето между доставките; ❖ Регионалните центрове по здравеопазване контролират лечебните заведения извършващи лечението; ❖ Допълнителен контрол на дейността по преценка на МЗ
Резултати	
1.	В каква степен са постигнати целите?
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Провеждане на компетентно и съвременно лечение на онкоболните ❖ Обхващане на нуждаещите се от лечение пациенти ❖ Контрол и проследяване на ефекта от лечението
2.	Какви пречки/рискове са срещнати при изпълнението на инициативата?
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ограниченост на финансовите ресурси ❖ Несъвършена информационна система (невъзможен контрол в реално време) ❖ Особеност на заболяването (динамичност и променливо лечение в зависимост от заболяване стадии и др.) ❖ Недостатъчна информираност на пациентите ❖ Голям брой пациенти
3.	Как са адресирани тези пречки/рискове?
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Увеличаване на средствата от бюджета ❖ Усъвършенстване на системата за контрол и мониторинг ❖ Усъвършенстване на системата на заявки и разпределение
4.	Имало ли е някакви неочаквани ползи или слабости?
	<p>Слабости:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Трудности в организиране на редовността на доставките и разпределенията; ❖ Промени в терапевтичните схеми; ❖ Промени в структурата на здравната система. <p>Ползи:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Активиране дейността на неправителствените организации; ❖ Подобряване информираността на пациентите; ❖ Помени в нормативната уредба и подобряване регулацията на централните доставки на лекарства; ❖ Подобряване качеството на лечението.

7.2. Национална система за диализно лечение на пациенти с хронична бъбречна недостатъчност

Име на политиката/Проекта		Държава	
Национална система за диализно лечение на пациенти с хронична бъбречна недостатъчност		България	
Крайна цел на инициативата			
Осигуряване на безплатно диализно лечение за пациентите с хронична бъбречна недостатъчност			
Подобряване качеството на живот на пациентите на диализно лечение			
Основни резултати			
Равен достъп до качествено лечение на диализни пациенти			
Удължаване продължителността на живот на диализни пациенти			
Осигуряване възможност за социална интеграция на пациентите			
Целеви бенефициенти		Фокус на политиката	
Общото население	<input type="checkbox"/>	Социално включване	X
Деца	X	Здравеопазване	X
Семейства от един родител	<input type="checkbox"/>	Дългосрочна грижа	X
Безработни	<input type="checkbox"/>	Управление	<input type="checkbox"/>
Стари хора	<input type="checkbox"/>	Географски обсег	
Млади хора	<input type="checkbox"/>	Национален	X
Хора с увреждания	<input type="checkbox"/>	Регионален	<input type="checkbox"/>
Имигранти / Бежанци	<input type="checkbox"/>	Изпълняващ орган	
Етнически малцинства	<input type="checkbox"/>	❖ Министерство на здравеопазването	
Бездомни	<input type="checkbox"/>	❖ 62 отделения по хемодиализа към Многопрофилни болници за активно лечение	
Специфично болни/заразни	X		
Други [моля уточнете:]	<input type="checkbox"/>		
Контекст/Обосновка на инициативата			
В България има около 2 600 пациенти с терминална хронична бъбречна недостатъчност, които са на диализно лечение. Прилагането на това лечение за тези болни е животоспасяващо.			
Средствата, необходими за лечение на 1 пациент на диализа са приблизително в размер на 18 000 лв., сума непосилна за отделния индивид. В България преди 10 години започва разработване на национална стратегия и програма за подобряване на лечението на болните с хронична бъбречна недостатъчност и улесняване достъпа на тези болни до диализно лечение. Като материална база е използвана предварително създадената			

мрежа от диализни центрове и апаратура. От 1996 г. започва закупуване по централна доставка със средства от централния бюджет на лекарства за пациенти подлежащи на диализа.

През 2000 г. е приета Национална програма по хемодиализа. Тази програма осигурява допълнително закупуване на консумативи за провеждане на диализа. Извън програмата, при необходимост МЗ закупува апарати за провеждане на диализно лечение.

Детайли на инициативата

1. Специфични цели

- ❖ Провеждане на качествена диализа, чрез изпълнение на изискванията на медицински стандарт по хемодиализа
- ❖ Осигуряване на необходимите лекарства, консумативи и апаратура за лечение на болните с хронична бъбречна недостатъчност
- ❖ Осигуряване на ацетатна диализа в отделенията по диализа.
- ❖ Осигуряване възможност за преминаване на перитонеална диализа на все повече пациенти
- ❖ Осигуряване на информация за пациентите и техните семейства за естеството на заболяването и методите на лечение

2. Как инициативата се отнася към тези цели?

- ❖ Въведени строги правила /методично указание за лечение на ХБН на хемодиализа и медицински стандарт по хемодиализа/ на организация на дейността
- ❖ Създадена е нормативна база за осъществяване на диализното лечение, закупуване и разпределение на лекарствата и консумативите Създадена е система за отчитане и контрол на отпусканите средства и проведеното лечение
- ❖ Изградена система за мониторинг и контрол на лечението, осъществявани от МЗ и регионалните му структури - РЦЗ
- ❖ Създадена е система за транспортиране на тези болни
- ❖ Изграден е механизъм за организация и координация между отделните участници в инициативата
- ❖ Създадена мрежа на сътрудничество между МЗ, регионални структури и неправителствени организации

3. Каква е/е била времевата скала за изпълнение на инициативата?

- ❖ Изграждането на материално техническата база за диализното лечение в страната е започнало преди 1996 година.
- ❖ Инициативата за осигуряване на безплатен и улеснен достъп до здравни грижи в областта на диализата е непрекъснат процес, започнал през 1996 г. През последните години непрекъснато се разширява обхвата на дейност и финансово осигуряване на диализното лечение.
- ❖ Работи се в насока на непрекъснато подобряване качеството на предлаганите здравни услуги в областта на диализното лечение. Това се осъществява чрез изготвяне на методични указания 1999 и въвеждане на медицински стандарт по диализа през 2004 г.
- ❖ Продължителността на инициативата е над 10 години

Мониторинг и оценка

Как е/е бил проекта мониториран/оценен?

- ❖ Ежемесечна информация подавана от лечебните заведения: брой обхванати пациенти, брой проведени диализи, ефекта от проведеното

	<p>лечение.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Периодична заявка на необходимите лекарства и консумативи от 62 отделения по хемодиализа. ❖ Периодично разпределение (на 2 месеца) на заявените консумативи и лекарства за хемодиализа. ❖ Годишна обобщена заявка за провеждане на централната доставка на необходимите лекарства и средства, съобразно установени административни и нормативни правила.
Резултати	
1.	В каква степен са постигнати целите?
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Обхванати са напълно всички нуждаещи се от диализа пациенти ❖ Закупени са необходимите консумативи и лекарства за осъществяване на лечението на регистрираните пациенти ❖ Осигурен транспорта на диализните пациенти
2.	Какви пречки/рискове са срещнати при изпълнението на инициативата?
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ограничени финансови ресурси ❖ Непълно изпълнение на заявени количества лекарства ❖ Амортизиране на диализната апаратура ❖ Отделения, не работещи с пълен капацитет ❖ Недостатъчен административен капацитет ❖ Недостатъчна професионална квалификация на участниците в инициативата ❖ Слабости на нормативната уредба, което позволява различни тълкувания
3.	Как са адресирани тези пречки/рискове?
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Има изготвени заявки и докладни от отделенията по диализа за количеството на доставките и за техническите параметри на използваната апаратура. ❖ Има изготвени искания от отделенията по диализа до МЗ за подмяна на амортизирана апаратура ❖ Предстоящи промени в нормативната база
4.	Имало ли е някакви неочаквани ползи или слабости?
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Получена и систематизирана статистическа информация за диализата като дейност, като основа за подобряване качеството на здравните грижи ❖ Създадена е възможност за установяване на слабости в нормативната уредба, които могат да бъдат променени

7.3. Превенция и контрол на ХИВ/СПИН и полово предавани инфекции

Име на политиката/Проекта	Държава
<p>Превенция и контрол на ХИВ/СПИН и полово предавани инфекции /ППИ/. Понастоящем националната политика се реализира чрез изпълнението на две основни програми: 1) Национална програма за профилактика и контрол на СПИН и полово предавани болести (2001-2007) със средства от бюджета на Министерство на здравеопазването; и 2) Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария.</p>	България
Крайна цел на инициативата	
Ограничаване на разпространението на ХИВ/СПИН и ППИ	
Основни резултати	
<ul style="list-style-type: none"> ● Създаден е отдел «Превенция и контрол на ХИВ/СПИН/ППИ» към Министерство на здравеопазването. ● Изградени са Местни координационни офиси по СПИН в 10 общини. ● Изградени са 1 национално и 8 регионални звена за второ поколение епидемиологичен надзор. ● Подкрепено е функционирането на мрежа от 15 кабинета за анонимно и безплатно консултиране и изследване за СПИН /КАБКИС/. ● От разкриването на първите кабинети през м. април 2003 г. с финансовата подкрепа на СЗО до края на 2005 г., във всички кабинети за ХИВ са се изследвали общо над 15 614 лица. Само през 2005 г. техният брой е 8 585 лица. ● За периода 01.01.2004–31.12.2005 г., мрежите от неправителствени организации: <ul style="list-style-type: none"> - са достигнали 4 280 индивидуални интравенозни наркомани; - са достигнали 11 525 представители на ромска общност; - са достигнали 3 164 индивидуални представители на групата на проституиращите; ● функционират 5 нископрагови центъра за интравенозни наркомани; ● функционират 7 здравно-социални центъра, базирани в ромска общност; ● функционират общо 14 мобилни медицински кабинета към неправителствени организации на територията на страната за достигане на представителите на уязвимите групи; ● Програмата работи със 111 училища от 13 общини за поетапно въвеждане на здравно образование и развитие на политики за сексуално здраве и превенция на ХИВ/СПИН; ● 7 842 ученици бяха обхванати в групите по здравно образование /СИП/ през учебните 2004/2005 и 2005/2006. ● Безплатно от Министерство на здравеопазването се предоставя съвременна антиретровирусна терапия на всички нуждаещи се хора живеещи с ХИВ/СПИН, както и лечение на опортюнистични инфекции от Програма «Превенция и контрол на ХИВ/СПИН»; ● Със средствата на Глобалния фонд, Програмата създаде един двумесечен резерв от антиретровирусни медикаменти за лечение на хора живеещи с ХИВ и СПИН; ● 5 ключови здравни институции за предоставяне на антиретровирусна терапия и мониторинг на лечението бяха реновирани и оборудвани; ● Финансово са подкрепени дейностите на 3 центъра за психо-социална подкрепа за хората живеещи с ХИВ/СПИН, техните близки и партньори; ● Предоставена е съвременна апаратура за диагностика на лабораториите в РИОКОЗ, към които функционират КАБКИС и звена за второ поколение епидемиологичен надзор; във всички тези лаборатории се осъществява регулярен контрол на качеството на извършваните изследвания за ХИВ, хепатит В и С, и сифилис; ● Значително се укрепил човешкият и институционалният капацитет, както и съществуващата инфраструктура в областта на превенцията и лечението на СПИН. 	
Целеви бенефициенти	Фокус на политиката

Общото население <input type="checkbox"/>	Социално изключване <input type="checkbox"/>
Деца <input type="checkbox"/>	Здравеопазване <input checked="" type="checkbox"/>
Семейства от един родител <input type="checkbox"/>	Дългосрочна грижа <input type="checkbox"/>
Безработни <input type="checkbox"/>	Управление <input type="checkbox"/>
Стари хора <input type="checkbox"/>	
Млади хора <input checked="" type="checkbox"/>	Географски обсег
Хора с увреждания <input type="checkbox"/>	Национален <input checked="" type="checkbox"/>
Имигранти / Бежанци <input type="checkbox"/>	Регионален <input type="checkbox"/>
Етнически малцинства <input type="checkbox"/>	
Бездомни <input type="checkbox"/>	Изпълняващ орган
Специфично болни/заразни (хора, живеещи с ХИВ/СПИН) <input checked="" type="checkbox"/>	
Други [моля уточнете:] <input checked="" type="checkbox"/>	Министерство на здравеопазването
<ul style="list-style-type: none"> • Инжектиращи венозно наркотици • Проституиращи жени и мъже • Ромска общност • Мъже, които правят секс с мъже • Затворени групи и лица, лишени от свобода 	
Контекст/Обосновка на инициативата	
<p>Анализът на епидемиологичните данни показва, че България все още е с ниско разпространение на ХИВ/СПИН. Към 10.06.2006 г. официално регистрираните случаи на ХИВ са 640. Въпреки това страната е изправена пред голямо предизвикателство, свързано с възможността за бързо развитие на концентрирани епидемии сред отделните уязвими групи (главно сред интравенозни наркомани и проституиращи), за които вече има биологични и поведенчески индикации. Развитието на такива концентрирани епидемии е обусловено от високо рисковото инжекционно и сексуално поведение на представителите на тези групи. Тревожни индикатори за тези тенденции през 2005 г. са високият процент на употребяващи венозно наркотици, заразени с хепатит С (63.3%) и процентът проституиращи с активен сифилис (11.6%). Освен бързото развитие на епидемиите вътре в тези групи, рискът се свързва също и с възможността за предаване на инфекцията на други социални групи (особено при проституиращите), където основният начин на предаване е хетеросексуалният, при което съществува риск от развитие на генерализирана епидемия.</p> <p>България се намира в регион с една от най-бързо развиващите се епидемии. По данни на Обединената програма на ООН за ХИВ/СПИН (UNAIDS) за 2005 г., 1, 6 млн. души, инфектирани с ХИВ, живеят в региона на Източна Европа и Централна Азия. Това е най-благоприятният момент за успешно реализиране на политика за недопускане на епидемия в страната.</p> <p>Предприети стъпки за организиране на националния отговор по проблемите на ХИВ/СПИН:</p> <ul style="list-style-type: none"> - през 1996 г. с ПМС № 61/26.03.1996 г. е създаден Националният комитет за профилактика на СПИН и полово предавани болести към Министерския съвет като орган отговорен за единната координация и контрол на дейностите на държавните органи на национално ниво; - през 2001 г. с Решение № 58/09.02.2001 г. българското правителство приема Националната стратегия и Националната програма за профилактика и контрол на СПИН и ППБ за периода 2001-2007 г.; - през 2002 г. Националният комитет по профилактика на СПИН и полово предавани болести беше разширен до Националния координационен комитет за борба срещу СПИН за България чрез включване на представители на академични институции, неправителствени организации, международни донори, както и хората засегнати от болестта. От името на Националния координационен комитет (НKK) страната кандидатства пред Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария за отпускане на безвъзмездна помощ; - на 6 юни 2003 г. беше подписано Споразумение за предоставяне на безвъзмездна помощ по Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“ между Министерството на здравеопазването и Глобалния фонд; - в началото на 2004 г. стартира изпълнението на Програма «Превенция и контрол на 	

ИИВ/СПИН» с безвъзмездната помощ от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария за периода 2004-2005 г.

- през м. Септември 2005 г., Глобалният фонд одобри искането на Националния координационен комитет за продължаване на финансирането на Програма «Превенция и контрол на ХИВ/СПИН» за периода 2006-2008 г.

България получава финансова и техническа подкрепа от компетентни международни донорски организации като Обединената програма на ООН за ХИВ/СПИН (UNAIDS), Световната здравна организация (WHO), УНИЦЕФ (UNICEF), Програмата за развитие на ООН (UNDP), Фонда за население на ООН (UNFPA), Американската агенция за международно развитие (USAID), Канадската агенция за обществено здраве и други.

Правителството на Р България предприе няколко важни стъпки за заявяване на своята ангажираност и включване в мобилизацията и обединените усилия на регионално и глобално равнище:

- през м. юни 2001 г. страната се присъедини и подписа Декларацията за ангажираност по проблема ХИВ/СПИН, приета на 26-тата Специална сесия на Генералната асамблея на ООН;

- през 2003 г. беше изготвен и представен първия Национален доклад „Цели на хилядолетието за развитие - България 2003“, който адаптира към българския контекст целите на развитието, определя конкретни цели за периода до 2015 г.;

- през 2004 г. в сътрудничество с Обединената програма на ООН за ХИВ/СПИН (UNAIDS), страната предприе необходимите мерки за удовлетворяване на Трите принципа (“the Three Ones”) за единно действие и осигуряване на ефективен национален отговор по проблема ХИВ/СПИН;

- през 2004 г. в рамките на Проект БУЛ/98/005 „Национална стратегия за ХИВ/СПИН” с активното съдействие на Министерство на здравеопазването, Министерство на правосъдието, ПРООН, УНИЦЕФ и програмата, финансирана от Глобалния фонд, успешно стартира работата в местата за лишаване от свобода;

- в периода 2003-2005 г. страната взе участие в разработването на Комюникето от Комисията към Съвета и Европейския парламент относно борбата с ХИВ/СПИН в Европейския съюз и съседните страни за периода 2006-2009 г.;

- в началото на 2006 г. България проведе широк национален консултативен процес с оглед присъединяването към глобалната инициатива за универсален достъп до услуги по превенция на ХИВ, лечение, грижи и подкрепа.

Детайли на инициативата

1. Специфични цели

- I. Организация на борбата срещу ХИВ/СПИН и ППИ.
- II. Епидемиологичен надзор и политика за тестване на ХИВ/СПИН и ППИ.
- III. Безопасна кръв, кръвни продукти и медицински манипулации.
- III. Превенция и контрол на ХИВ/СПИН сред младите хора и групите с висок риск.
- IV. Достъпно лечение и грижи за хората живеещи с ХИВ/СПИН и ППИ.

2. Как инициативата се отнася към тези цели?

Понастоящем България осигурява интегриран и балансиран подход, който обхваща (1) превенцията; (2) лечението; и (3) грижите и подкрепата за засегнатите хора.

В изпълнение на Националната програма за профилактика и контрол на СПИН и полово предавани болести (2001-2007) през последните пет години, средствата отделяни всяка година от бюджета на Министерство на здравеопазването нараснаха повече от два пъти и половина. Средно 3 млн. щатски долара годишно се изразходват за осигуряване:

- безопасността на всяка единица кръв;
- безплатно изследване за ХИВ в цялата страна;
- безплатно предоставяне на съвременно антиретровирусно лечение и цялостни медицински грижи за всички, които се нуждаят;
- безплатна профилактика за прекъсване на вертикалния път на предаване на ХИВ инфекцията;
- закупуване на апаратура и оборудване за нуждите на НЦЗПБ, Националните референтни лаборатории и лабораториите за диагностика на СПИН в РИОКОЗ и КВД;

	<ul style="list-style-type: none"> регулярно снабдяване и осигуряване на Националните референтни лаборатории със съвременни тестове за диагностика и мониторинг на ХИВ, вирусни хепатити и сифилис. <p>Министерство на здравеопазването успешно изпълнява Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария. Основната цел на Програмата е да се задържи ниското ниво разпространение на заболяването в страната чрез укрепване на инфраструктурата и изграждане на капацитет в националния отговор по проблемите на ХИВ/СПИН; ограничаване на рисковите поведения сред уязвимите групи; и осигуряване на достъп на целевите групи и хората, живеещи с ХИВ/СПИН, до грижи и качествено лечение. Основният фокус на Програмата е превантивната работа сред най-уязвимите групи – инжекционно употребяващи наркотици; проституиращи жени и мъже; ромска общност; хора живеещи с ХИВ/СПИН; млади хора; мъже, които правят секс с мъже; лица, лишени от свобода. Министерство на здравеопазването предоставя значителни средства от безвъзмездната помощ за изпълнение на дейности на повече от 55 неправителствени организации, както и редица здравни, лечебни и академични заведения. По този начин България успя значително да увеличи достъпа до и обхвата на услугите за превенция на ХИВ сред най-уязвимите групи, както и грижите и подкрепата за хората, засегнати от СПИН.</p> <p>Важно е да се отбележи, че страната предоставя универсален достъп до качествено лечение, грижи и подкрепа за хората, живеещи с ХИВ/СПИН.</p>
3.	Каква е/е била времевата скала за изпълнение на инициативата?
	<p>1) Националната програма за профилактика и контрол на СПИН и полово предавани болести е разработена и се изпълнява в периода 2001-2007 г.;</p> <p>2) Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Фаза 1 от изпълнението на Програмата за периода 2004-2005 г.; - Фаза 2 от изпълнението на Програмата за периода 2006- 2008 г. <p>3) Актуализираната Национална програма за профилактика и контрол на СПИН и полово предавани болести ще обхваща периода 2008-2013 г.</p>
Мониторинг и оценка	
	Как е/е бил проекта мониториран/оценен?
	<p>В настоящия момент ключовите роли и функции по отношение на мониторинга и оценката на ситуацията и отговора на страната основно се изпълняват от Отдел „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН” към МЗ, който събира, обобщава и анализира епидемиологичните данни за изследванията за ХИВ и предоставянето на антиретровирусна терапия в страната. Друга част от ключовите роли и функции се изпълняват от Звеното за мониторинг и оценка към Програма “Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд. Това звено събира, обобщава и анализира данните от Системата за епидемиологичен надзор от второ поколение и от Системата за програмно отчитане и мониторинг на организациите -подизпълнители на гранта на Глобалния фонд. За целта е разработен План за мониторинг и оценка, съгласно който се проследяват над 30 основни индикатора по отношение на 1) обхвата на услугите (брой обучени лица да предоставят специфични услуги; брой поддържани места за предоставяне на услуги и брой лица от целевите групи, достигнати с услуги); 2) резултатите по отношение на промяна на поведението; и 3) въздействието на изпълняваната инициатива.</p> <p>За да се гарантира качеството на услугите, предоставяни на целевите групи, основно предизвикателство беше създаване на национални стандарти за работа на терен в прехода от проектно към програмно изпълнение.</p> <p>Осигуряването на качество и ефективност на предоставяните услуги за целевите групи може да се проследи от самото начало на програмата и включва няколко важни стъпки:</p> <ul style="list-style-type: none"> Избор на общини за изпълнение на интервенциите по програмата от гледна точка на потенциалното бързо разпространение на ХИВ. Избор на надеждни неправителствени организации под-получатели за изпълнение на дейности по програмата.

	<ul style="list-style-type: none"> • Подбор и квалификация на персонала на неправителствените организации под-получатели. • Развитие на общински мрежи за партньорство и насочване към грижи. • Развитие на професионални мрежи. • Супервизия на работата на екипа и климата в екипа. • Редовен мониторинг на програмното и финансово изпълнение от страна на под-получателите.
Резултати	
1.	В каква степен са постигнати целите?
	<p>Анализът на постигнатите резултати за първа фаза (2004-2005 г.) от изпълнението на Програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, финансирана от Глобалния фонд, показва, че не са възникнали съществени проблеми, които да окажат негативно влияние напредъка. Като цяло, по 18 индикаторите за обхват на услугите реалните резултати надвишават планираните, предимно по отношение на обучени хора и хора, достигнати с услуги; по 5 от индикаторите - планираните резултати са постигнати на 100%, а само по 2 от индикаторите – изпълнението е под това ниво.</p> <p>Напредъкът по индикаторите за резултатите по отношение на промяна на поведението и въздействието на националния отговор ще бъде отчетен в края на 2006 и началото на 2007 г. През Фаза 1 от изпълнението на Програмата бяха проведени свързани биологични и поведенчески проучвания сред три уязвими групи (в рамките на второ поколение епидемиологичен надзор), които позволиха да се определят изходните данни за тези индикатори.</p> <p>Предварителните резултати от 2004 г. показват, че разпространението на ХИВ в трите групи е съответно: 0.59% сред ИВН, 0.73% сред проституиращите и 0% сред ромското население във възрастовата група 16-45 г. Следва да се отбележи, че голям брой от заразените с ХИВ инжектиращи венозно наркотици и проституиращи са от ромски произход. Данните показват, че в страната все още няма концентрирана епидемия сред уязвимите групи.</p>
2.	Какви пречки/рискове са срещнати при изпълнението на инициативата?
	<p>А. Основно предизвикателство за страната беше осигуряването на многосекторно партньорство и активно включване на гражданския сектор в националния отговор срещу СПИН.</p> <p>Б. Друго основно предизвикателство беше създаването и осигуряването на високо качество на системата за второ поколение епидемиологичен надзор на ХИВ/СПИН.</p> <p>В. Друго основно предизвикателство беше значителното разширяване на обхвата на услугите по доброволно консултиране и изследване за ХИВ.</p> <p>Г. През 2005 година като основен проблем се очерта адаптирането на работата на терен с интравенозните наркомани поради трудните условия, свързани с промени в Наказателния кодекс, чрез които се налагат по-сурови наказания за притежание на наркотици независимо от количеството.</p> <p>Д. Друго основно предизвикателство и успех е процесът на децентрализация при предоставянето на високо активна антиретровирусна терапия /ВААРТ/ в страната.</p>
3.	Как са адресирани тези пречки/рискове?
	<p>А. Координацията на дейностите и реализирането на многосекторно партньорство и активно включване на гражданския сектор в националния отговор срещу СПИН се осъществява на няколко нива:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Националният координационен комитет на България; • Мрежи от неправителствени организации на територията на страната; • Местни координационни офици по СПИН в 10 общини; • Местни общински мрежи. <p>Б. Успешното провеждане на епидемиологичните проучвания е резултат от тясното сътрудничество между Министерството на здравеопазването, Структурата за управление на Програмата, дългосрочните консултанти по отделните компоненти, РИОКОЗ и неправителствените организации под-получатели на безвъзмездната помощ от Глобалния фонд, което позволи да се създаде широк кръг от медицински и немедицински професионалисти.</p> <p>В. Има няколко основни момента, които трябва да се подчертаят при предоставянето</p>

на тези услуги в страната: (1) анализът на данните показва, че има по-висок процент посетители в КАБКИС от целевите групи заради активното насочване към тези кабинети от страна на неправителствените организации под-получатели; (2) услугите за доброволно консултиране и изследване за целевите групи се предоставят чрез различни подходи, включително КАБКИС, нископрагови центрове за интравенозни наркомани и мобилни медицински кабинети; (3) от 2004 и 2005 г., в сътрудничество с Министерство на правосъдието, КАБКИС започнаха редовна работа на терен с лишените от свобода; (4) три от кабинетите започнаха да предоставят разширени услуги, които включват също и безплатно изследване и лечение за полово предавани инфекции, предимно на уязвимите групи; и (5) разкриваемостта на случаи на ХИВ в КАБКИС е 5 до 6 пъти по-голяма от други места за изследване.

Г. Тази тенденция изискваше иновативно мислене и подходи за влизане в контакт и работа с тази скрита сега група. Един важен нов подход за работа с тази група бе чрез ключови представители ("пазачи"/ „гейткийпърс“) на целевата група, които бяха специално обучени за целта и получаваха малки стимули като награда за тяхното сътрудничество. Така бе достигнато до някои скрити групи, които не бяха достъпни по друг начин преди, а също и за промоция на културата за безопасен секс и безопасни инжекционни практики в групата на интравенозните наркомани.

Д. С безвъзмездната помощ от Глобания фонд беше възможно да се осъвремени медицинското оборудване в отделението в София и да се създадат два нови сектора за лечение на пациентите с ХИВ/СПИН във Варна и Пловдив. По този начин всички хора, които отговарят на критериите за включване на антиретровирусна терапия, могат да получат най-съвременна ВААРТ терапия и могат да избират измежду едно от трите заведения, предлагащи терапия.