

РЕЗЮМЕ на ДОКЛАД

ПРОУЧВАНЕ НА ОПИТА НА ДЪРЖАВИ ЧЛЕНКИ НА ЕС - ФРАНЦИЯ И ИТАЛИЯ, КОИТО ПРИЛАГАТ ICF СТАНДАРТИТЕ НА СВЕТОВНАТА ЗДРАВНА ОРГАНИЗАЦИЯ



ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ
ЕВРОПЕЙСКИ
СОЦИАЛЕН ФОНД

МИНИСТЕРСТВО НА ТРУДА И СОЦИАЛНАТА ПОЛИТИКА
BG05M9OP001-3.010

Проект „Експертиза на работоспособността“



РАЗВИТИЕ НА
ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ



БАЛКАНСКИ ИНСТИТУТ
ПО ТРУДА И СОЦИАЛНАТА
ПОЛИТИКА

2018

СОФИЯ

Докладът е изготвен в рамките на обществена поръчка „Проучване на опита на държави членки на ЕС, които прилагат ICF стандартите на Световната здравна организация“, част от дейност № 1 от проект на Министерство на труда и социалната политика BG05M9OP001-3.010 „Експертиза на работоспособността“ по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014 – 2020.“

Настоящият документ е резюме на финален доклад за целите на поръчка „Проучване на опита на държави членки на ЕС, които прилагат Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето на Световната здравна организация“, част от дейност № 1 от проект BG05M9OP001-3.010 „Експертиза на работоспособността“ по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014 – 2020, изпълняван от Министерство на труда и социалната политика.

Поръчката е изпълнена от сдружение Балкански институт по труда и социалната политика в периода март – май 2018г.

Непосредствената цел на поръчката е да се проучи международния опит и да се осигури актуална информация за най-малко два модела за експертиза на работоспособността (EP), основани на стандартите на Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето /ICF/ на Световната здравна организация (СЗО).

Основаната идея зад тази цел, че наред с интегрирани медицински и социален аспект на ICF, приоритетно фокус трябва да се даде на неговото използване като концепция и инструмент за експертиза на работоспособността. В този смисъл целевите групи на бъдещото прилагане на подобни практики могат да бъдат лица в работоспособна възраст, които имат определени увреждания или други дефицити.

Резултатите от проучването могат да се използват първоначално за основа на обществена дискусия, а в последствие и за въвеждане и прилагане на подобен, адаптиран модел за експертиза на работоспособността в България.

Акцентът на доклада и резюмето към него е проучване на моделите и практиките на действие на законодателство, компетентни органи за извършване на експертиза на работоспособността, методология, контрол и/или контролни механизми и др.

Проучване се фокусира върху опита на Франция и Италия, като активни страни, които използват ICF като международен стандарт за описване и измерване на здравето и уврежданията и, които полагат целенасочени мерки по внедряване на класификатора в системите си за здравеопазване и социално подпомагане на хора с увреждане.

Приложението на ICF в световен мащаб е основно посредством разнообразни пилотни проекти и към момента е основно ориентирано към диагностика и рехабилитация на специфични заболявания. Към момента в Европа редица държави проучват приложимостта на ICF или пилотират внедряването ѝ в различни сфери на работа – от интерактивни игри за оценка на специфични групи с интелектуални проблеми (Исландия), внедряване на класификатора в университетски учебни програми (Германия) през определяне на специални нужди от образование на деца и младежи (Англия), пилотни оценки на прогреса на пациенти в сферата на клиничната рехабилитация в някои университетски болници (Чехия), използване на класификатора за целите на националната статистика (Ирландия) до прилагане на класификатора при определяне на инвалидните пенсии (Швейцария и Германия) и политиките за хора с увреждания (Кипър, Франция, Италия). Допълнително за оценка на работоспособността само няколко страни като Германия, Франция, Италия, Белгия и Холандия пилотират на проектно ниво целенасоченото приложение на класификатора към трудоустрояването на хора с увреждания.

Изборът на настоящия анализ върху Италия и Франция се дължи на това, че и двете страни използват класификатора – Франция на национално ниво след реформите през 2005 г. и Италия на регионално след започнало пилотиране от 2007 насам.

В същото време и при двете описани системи ICF не се прилага за определяне на инвалидни пенсии, а за определяне на адекватни и по-целенасочени услуги и грижи за лицата с увреждане в рамките на личностни жизнени проекти. За определяне на право на инвалидни пенсии би било интересно да се разгледа опита на Германия, която експериментира в тази посока, но която не е предмет на изследване в този доклад.

Франция

Законодателна рамка, свързана с ЕР на хората с увреждания

Вносът на социалния модел на увреждане във Франция чрез наднационални (ООН) и европейски институции не довежда до пълна подмяна на предишни политики с изцяло нов режим, а по-скоро добавяне на нови мерки към вече установените норми.

Франция показва твърдо решение да защитава правата на хората с увреждания. Страната ратифицира Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания и нейния факултативен протокол през декември 2009 г., двете от които влизат в сила през 2010 г. Стратегическото обръщение „Хората с увреждания: петгодишен приоритет“, който определя наемането на хора с увреждания като възможност да се създаде общество на работа за всички, както е наредено от президента на Републиката.

Политиката за хората с увреждания, има силен междуведомствен характер и се определя от Междуведомствен комитет по въпросите на хората с увреждания, който *"отговаря за определянето, координирането и оценката на държавните политики за хората с увреждания"*. Правителството се ангажира също така да включва компонент за ХУ във всеки проектозакон. Инструмент на правителството е и Националната конференция по въпросите на хората с увреждания, която цел е да обсъжда и дефинира основните и бъдещи насоки на правителствената политика за хората с увреждания. Одобрената тригодишна пътна карта поставя редица стратегически цели. Що се отнася до оценката на увреждането и работоспособността, както и на предоставянето на помощи следните специфични цели са поставени от правителството: Подобряване на услугата, предоставяна от Окръжните ведомства на хора с увреждане(MDPH) и пилотирането на ААН (помощ за хора с увреждане).

През 2017 Междуведомственият комитет по въпросите на хората с увреждания заседава за новия петгодишен програмен период с тема *"Да живееш с увреждания в ежедневието"*. Правителството започва задълбочена работа, която би трябвало да доведе до изготвяне на правителствени планове за действие в началото на 2018 г. като сред големите цели за следващите пет години е опростяване на функционирането на MDPH - модернизиране на инструментите за обработка на заявления посредством нова информационна система, хармонизиране до 2020 на стандартите за качество на решенията на MDPH. Регионални планове за интеграция на работници с увреждания, въведени през 2009 г. имат за цел преместване на действията за наемане на работници с увреждания на регионално равнище в една по-стратегическа визия с количествени цели, описание на свързаните с тях

средства и индикатори за мониторинг и сравнимост. Сътрудничеството е най-важния елемент за ефективността на регионалните планове.

Основополагащите закони, имащи отношение към хората с увреждане и ЕР са Закон № 2004-626 относно солидарността за възрастните хора и хората с увреждания, който създава нови механизми за финансиране на дейности към ХУ и Националния фонд за солидарност за автономия; Закон № 2005-102 за равни права и възможности, участие и гражданство на хората с увреждания, установяващ "достъп до всичко за всички" по отношение на училищното образование, заетостта, здравеопазването, жизнената среда и дейностите на обществения живот, като дава оперативен характер на повечето общи задължения на Конвенцията на ООН. Законът създава Окръжните ведомства за хора с увреждания, Мултидисциплинарни екипи за оценка и Комисии за правата и автономност на хората с увреждания; Закон № 2016-1088 относно заетостта, модернизацията на социалния диалог и осигуряването на кариерно развитие и Закон № 2016-41 за модернизация на здравна система.

Във Франция се използват три вида понятия, отнасящи се до права на хора с увреждане – хандикап, инвалидност и неспособност. Различните състояния дават право на различни ползи и права. Хандикапът е определен в Кодекса за социални и семейни дейности. Правата на хората със статут на хандикап включват задължение за наемане и запазване на работа, подкрепена заетост в нормална работна среда с адаптиране на работните процеси, адаптирана среда или защитена заетост, да получават финансово обезщетени за минимален доход (ААН). Този статут също така дава право за ориентиране и обучения за придобиване на професионални квалификации, професионална рехабилитация и преквалификация. Допълнителни придобивки включват карта за приобщаваща мобилност, която дава следните ползи - приоритет в местата за обществен транспорт за лицето с увреждане и придружаващото го лице, приоритет на местата за сядане в чакалните, приоритет в опашки на обществени места; отстъпки, предлагани от някои превозвачи като SNCF и RATP, възможност за освобождаване от данък жилищно настаняване, данъчни облекчения.

Инвалидността е въпрос на социално-осигурителното право и води до осигуряване на инвалидна пенсия и се определя от медицинския консултант на здравноосигурителния фонд, където лицето е осигурено. Пенсията за инвалидност се активизира само в контекста на професионалните дейности, ако не е резултат на трудова злополука и зависи от продължителността на внасяне на социални и здравни осигуровки, както и отработени часове преди отпуск по болест за инвалидност. Инвалидността се дели на три категории, всяка от която определя дадена стойност на пенсия за инвалидност. Пенсията е заместващ доход, който компенсира загубата на заплата или доходи от труд в резултат на загубата на работоспособност поради заболяване или извън-работно увреждане. Допълнителни придобивки при този статут са 100% покритие на разходите за лечение на някои заболявания и надбавка за помощник. Признаването на процента на инвалидност се извършва от съответния здравноосигурителен фонд СРАМ (всеки от които разполага с медицински съветник), както и от съответната пенсионна каса. Дори и с припозната инвалидност от 2-ра и 3-та категория, лицето не става автоматично нетрудоспособно за работа. Неспособността е предвидена в Кодекса на труда и има последствия от гледна точка на трудоустрояване или при тази невъзможност, уволнение за неработоспособност. Тя се определя от трудов лекар. Работодателят трябва да вземе предвид становището и указанията или предложенията на лекаря по трудова медицина. Ако откаже, трябва да

обоснове пред лицето и професионалния лекар в писмен вид причините за това противопоставяне. При липса на преустрояване или прекратяване на договора след едномесечен период, работодателят трябва да плаща заплата, съответстваща на работата, която лицето е заемало преди настъпването на неработоспособността. Плащането продължава до трудоустрояването или прекратяването на договора. Лицето може да бъде уволнено поради неспособност като неговия трудов договор се прекрати, при специфични условия.

При прекратяване на трудовия договор лицето се ориентира към структурите за подпомагане и грижата на работещите с увреждания, по-специално на регионалните ведомства за хора с увреждания (MDPH). Не съществува пряка връзка между инвалидността, издадена от медицинския консултант и неработоспособността към дадено работно място, издадена от професионалния лекар. Статута за инвалидност не нарушава трудовия договор между служителя и неговия работодател. Ситуациите след това решение на фонда са променливи.

Институционална система за извършване на ЕР на хора с увреждания

Основните институции, имащи отношение към ЕР на хората с увреждане са Окръжни ведомства за хора с увреждания, Национален фонд за солидарност за автономия и Национална здравно-осигурителна каса.

Създадени със Закон № 2005-102 като обединения от обществен интерес Окръжните ведомства за хора с увреждане (MDPH) осъществяват във всеки департамент (общо 102 териториални поделения) услуги за ХУ “на едно гише” - за приемане, информация, съпровождане и съвет на хора с увреждания и техните близки. В рамките на тези ведомства Комисия за правата и автономност на хората с увреждания (CDAPH) взема решения относно всички права на хората с увреждания въз основа на оценка, направена от мултидисциплинарен екип и предложения от тях план за компенсация.

MDPH създава условия и организира работата на мултидисциплинарния екип, който отговаря за оценката на работоспособност и нуждите от обезщетения на лицата с увреждания въз основа на житейския им проект и предлага персонализиран план за обезщетение за инвалидност. В интерес на по-голямата ефективност и съгласуваност на интервенциите към някои MDPH са сформирани цели центрове, посветени на професионалната интеграция и ориентация, като най-често обединяват в допълнение към референта за професионална интеграция лекар, психолог от AFPA, представител на *Rôle emploi*, *Cap emploi* и *Agefiph*.

Процедурата за придобиване на права на хора с хандикап могат да се обобщят както следва: Лицето с увреждане попълва заявление-формуляр и прилага медицинско свидетелство. Попълненият формуляр се завежда в MDPH, Мултидисциплинарния екип разглежда подадените заявления и изгражда персонализиран план за компенсация, който представя на CDAPH, която гласува всеки случай.

Мисията на мултидисциплинарния екип за оценка (ЕРЕ) е да извърши цялостна оценка на нуждите на лицето с увреждане и да предложи личен план за компенсация. Най-голям брой решения, които членовете на ЕРЕ трябва да направят, се отнасят до оценката на процента на неспособност. Персонализираният план се изготвя след диалог с лицето с увреждания. ЕРЕ може да посети лицето по собствена инициатива или по искане на

лицето. Той е съставен от професионалисти с различни и допълващи се умения. Членовете на ЕРЕ са в по-голямата си част служители на MDPH. Съставът на мултидисциплинарния екип може да варира в зависимост от естеството на увреждането на лицето, като може да включва външни експерти, по собствена инициатива или по искане на лицето с увреждане. Директорът на MDPH има власт да избира и определя или дори да назначава членове на мултидисциплинарни екипи. Този избор влияе на ориентацията, която тези екипи ще предприемат.

CDAPH отговаря по-специално за признаване на процента на неспособност на лицето с увреждания, присъждането на обезщетение, признаването на статута на работник с увреждания, вземането на решения за мерки за улесняване на училищната интеграция и т.н. Решението на комисията може да бъде обжалвано. Комисията е съставена от представители на Генералния окръжен съвет, Службите и държавни институции, Агенции за социална защита (CAF, CPAM и т.н.), Профсъюзи, Сдружения на родители, студенти и представителни организации на лица с увреждания и техните семейства, както и на един член на Консултативния съвет на Окръжните ведомства за хора с увреждания. CDAPH е независима при избора и решенията си, а MDPH приема роля на неин секретариат. Комисията заседава пленарно и може да образува секции. При заседание на секции, те трябва да включват сред своите членове една трета от представителите на хората с увреждания и техните семейства. Решенията на комисията се вземат след гласуване на членовете или секциите при 50% кворум.

През 2016 г. оперативните разходи, свързани с функционирането на 102 MDPH, възлизат на 212 млн. евро като 65% от разходите са за вътрешен персонал и 11% за външни партньори (Direccte, DDCSPP, национално образователна система, окръзи, др.) Близко 96% от приходите на MDPH произлизат от трите основни партньора: държавната хазна за 35%, CNSA за 34% и окръзите за 26%. Общият средносписъчен състав на персонала на всички 102 окръжни ведомства възлиза на 5294 еквивалент на пълно работно време. Мисиите за приемане, обучение и оценяване и разработване на персонални планове представляват "основната дейност" на MDPH и съответно заемат 72% от персонала.

Създаден със закон n°2004-626 и считано от януари 2006 г. Национален фонд за солидарност за автономия (CNSA) изпълнява функция на "фонд", който отговаря за разпределението на финансови ресурси, и "агенция" за техническа помощ. Тази институция е отговорна за финансирането на помощите за възрастни хора със загуба на автономия и за хора с увреждания. CNSA поддържа партньорски отношения с асоциации и федерации, представляващи потребители и управителни органи. CNSA е фонд без собствена териториална мрежа. Действа на местно ниво чрез партньори, върху които няма йерархична власт: регионални здравни агенции, окръжни съвети, MDPH, асоциации, федерации. Понастоящем CNSA разполага с над 25 млрд. евро, за функциониране и постигане на мисията си. Средно-списъчният състав за 2017 на Фонда е 123,2 еквивалент на пълно време. Съветът на CNSA е място за обсъждане и размисъл по въпросите на загубата на автономия. Той обединява всички заинтересовани участници: сдружения, профсъюзи, държавни служби, окръжни съвети, парламентаристи, професионалисти. Неговата роля е да дефинира ориентациите и перспективите на действията на CNSA.

CNAM е национална публична институция с административен статут, юридическа правосубектност и финансова автономия. Тя подлежи на двоен надзор: този на Министерството на социалното осигуряване и на Министерството на икономиката и

финансите. Тя определя стратегическите насоки и управлява мрежата от организации, отговарящи за тяхното прилагане. Тя управлява заболяванията (рискове за болест, майчинство, инвалидност, смърт) и трудови злополуки / професионални болести (АТ-МР) на общата схема за социално осигуряване на национално равнище и ръководи органите, отговарящи за прилагането му.

Методика относно ЕР на хора с увреждания

Оценката за вида и степента на увреждането се изготвя по предложение на техническите мултидисциплинарни екипи на Окръжните ведомства на хора с увреждане с помощта на националната референция за оценка на нуждите от обезщетения GEVA (Ръководство със скала за оценка на нуждите на обезщетения на лицето с увреждане - *Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées*), регламентиран с указ от февруари 2008 и постановление от май 2018. Тя се използва от мултидисциплинарния екип за подготовка на предложения в рамките на план за лични компенсации. Тази оценка за признаване на статута на лице с увреждане е глобална. Тя включва различни измерения и адресира по-специално недостатъците, ограниченията на дейностите и техните последици в ежедневието, в социалния, академичния или професионалния живот на лицето, като се вземе предвид и неговата заобикаляща среда.

Методиката на GEVA е разработена, прилагайки ICF, за да опише различните характеристики на хората и контекста, в който се намират (компоненти 1 до 5) и да разгледа в светлината на тези характеристики резултата от дейностите и участието, взаимодействията между човека и средата, които се възприемат като пречки или улеснители (компонент 6). Компонент 7 е тясно свързан с компонент 6 на вече предприетите действия за компенсиране на ограниченията на активността, които са подробно описани като улеснители в групите дейности. Компонент 7 описва като цяло координатите на участниците в тези помощи.

Оценителната карта на Мултидисциплинарния екип съдържа два раздела: обобщение на ситуацията на лицето и първоначална оценка (с осем компонента) и препоръки на екипа.

Екипът оценява и нуждата от компенсации в табличен вид като представя в детайли нуждите и възможни решения. Нуждите се класират в следните видове: нужда от грижи, нужди за автономност (от осъществяване на първични нужди, до водене на социален и професионален живот), хоризонтални нужди от автономност (за комуникация, за сигурност, за облекчение или присъствие на родители и домашни помощници), финансови нужди, и други неидентифицирани от инструмента нужди.

Определянето на степента на инвалидност/неспособност се основава на анализ на взаимодействията между три измерения: Нарушение, Неспособност, Недостатък. Степента на инвалидност /неспособност, над 50% дава достъп до картата за мобилност, финансова помощ за възрастни с увреждания (ААН) и нейните надбавки.

Оценката на работоспособността се извършва в рамките на цялостната оценка която удостоверява статут на "значително (1) и устойчиво (2) ограничаване на достъпа до заетост", което е допълнителен критерий, освен процента на неспособност. За да се прецени дали основните възможности за достъп до заетост са свързани с увреждания, те се сравняват със ситуацията на лице без увреждания, което също има същите характеристики по отношение на достъпа до заетост.

Някои от затрудненията в извършването на експертиза на работоспособността включват интерпретация на текстовете и инструментите, предоставени от CNSA както и ограниченията върху качеството на информацията, съдържаща се в медицинското свидетелство, предоставено за оценка на функционалните ограничения, произтичащи от патологиите на лицата. Екипите на MDPHs посочват и трудностите, възникнали при оценката на определени сложни ситуации (психически увреждания; хора, които са много отдалечени от заетостта; хора, които са бездомни; хора, които никога не са работили или които не виждат заетостта като приоритет ...), както и трудни решения за ориентиране във връзка с "гранични" ситуации (например избор между ориентация към обикновената среда в адаптирани предприятия (EA) или в защитения сектор, и насоки в CRP или в обичайно професионално обучение). Инструментите, които могат да бъдат използвани от MDPH за оценка на пригодността за заетост в сложни ситуации, се смятат за недостатъчни.

През 2015 г. стартира програмата "Обща информационна система за окръжните ведомства за хора с увреждания". Проведена като програма за трансформация, тя се отнася до качеството на обслужване и равнопоставеността на потребителите, модернизация и опростяване на процедурите.

Органи за контрол и контролни механизми

Не съществува стандартизирана информация относно подбора, поддържането на капацитета и независимостта на участниците в мултидисциплинарния екип. Всяко окръжно ведомство за хора с увреждания с решение на изпълнителния съвет може да гласува харта с вътрешни правила, които определят начина на работа и етичните принципи на екипите. Членовете на екипа за мултидисциплинарна оценка (EPE) могат да назначават за срок от 2 години от датата на учредяване на комисията за права и автономия до това те да имат неограничен мандат.

Хората с увреждания могат да обжалват решенията на CDAPH, с които не са съгласни. Когато лице с увреждания смята, че решението на CDAPH пренебрегва правата му, те могат да поискат намесата на квалифицирано лице, отговарящо да предложи помирителни мерки. Това лице трябва да изпълни условията, посочени в Кодекса за социални и семейни дейности, и да изпълнява задълженията си при условията, посочени в същия кодекс. MDPH отговаря за създаването и организирането на тази вътрешна процедура по съгласуване и за създаване на списък на помирителите, който е на разположение на потребителите. При административен отказ на CDAPH първо се сезира приятелска апелативна комисия (CRA). При отхвърляне от CRA може да се обжалва в Съда по социална сигурност (TASS), а след това в апелативния съд и касационния съд.

Координация и сътрудничество с други органи и институции във връзка с ЕР

Други структури, които участват в подкрепата на хората с увреждане включват Национален консултативен съвет по въпросите на хората с увреждане, Окръжни съвети за гражданство и автономия, Асоциация за управление на фондове за професионална интеграция на хора с увреждания, Фонд за включване на хората с увреждания в държавната служба, Асоциация, управляваща, споразумението за задължение за наемане на работници с увреждания, *Cap Emploi* и Медико-социални институции и служби.

Италия

Италия все още е в процес на реформа на своите политики и мерки, свързани с оценката и правата на хората с увреждане. В този контекст тя стартира постепенно тестване и въвеждане на регионално и национално ниво на експертиза на работоспособността, базирана на модела ICF.

Законодателна рамка, свързана с ЕР на хората с увреждания

Законодателно и стратегически се налага подход за разглеждане на състоянието на увреждането в неговата цялост, не само като проблем, свързан с благосъстоянието, ограничен в периметъра на политиките за "благодеяние", но и свързан със защита на права, които да бъдат проследени в цялата политика и администрация.

Във втората Двугодишна програма за действие за насърчаване на правата и интеграцията на хората с увреждания за 2017-2018 г. са потвърдени седем целеви направления от предходната програма и е добавено осмо:

- 1) Признаване / сертифициране на състоянието "увреждане" и многоизмерната оценка, насочена към подпомагане на системата за достъп до персонализиран план за грижи и развитие
- 2) Политики, услуги и организационни модели за независим живот и включване в обществото
- 3) Здраве, право на живот, овластяване и рехабилитация
- 4) Образователни процеси и училищно включване
- 5) Работа и заетост
- 6) Насърчаване и прилагане на принципите за достъпност и мобилност
- 7) Международно сътрудничество
- 8) Разработване на статистическа система и отчитане на изпълнението на политиките

Всички направления имат отношение към експертизата на работоспособността и трудовата интеграция на хора с увреждания, като най-важните са приоритет 1 и 5.

Новата програма за действие предвижда широка и структурна реформа на сегашната система за сертифициране на състоянието на хората с увреждания - система, която в предишната програма широко се описва като остаряла, сложна, което създава възможни неравенства и е далеч от принципите на Конвенцията на ООН. Програмата изисква делегиран закон, който да разглежда въпроса по всеобхватен начин, да унифицира правилата за гражданска инвалидност и хендикап и да създаде условия за взаимодействие между отговорностите за признаване на увреждания, които да останат на национално равнище, и специфичните многомерни оценъчни действия на регионите. Към дейността на регионалните структури трябва да бъде възложена роля за придружаване на хора с увреждания при разработването и изясняването на техния "персонализиран проект" на интервенция с пренасочване на цялата подкрепа, необходима за социалното приобщаване и упражняването на техните права. Две специфични интервенции се посочват в рамките на този приоритет:

Първата е разделянето на оценката на две фази:

- 1) първата фаза е наречена "основна" фаза на оценка-признаване (която също така да гарантира елементи за по-сложната и последваща многомерна оценка на

уврежданията) с цел определяне на структурите и функциите на тялото, които в настоящата система изискват различни оценки (граждански инвалиди, статус на хандикап, увреждане тип намалена работоспособност съгласно Закон № 68/99, увреждане на ученици), които отварят достъпа до обезщетения, индивидуални и специфични здравни услуги или помощни средства;

- 2) втората фаза е така наречената "многомерна оценка", която има за цел да разпознае състоянието на увреждането, с цел да очертае и координира необходимите интервенции в полза на лицето в контекста на конкретен личен проект, разработен с неговото пряко участие. Индивидуалният проект би трябвало да посочи инструментите, ресурсите, услугите, мерките, и разумни условия, необходими за компенсиране на ограниченията на дейностите и участието в различните области на живота и в различните житейски контексти (включително заетост и образование).

Планът също така предлага важна серия от интервенции, целящи своевременното актуализиране на конкретни аспекти на законодателството, за да стане по-ефективно при предлагането на възможности за работа и безопасност на работниците. Специфичните насоки на работа се отнасят до качеството на услугите за целева трудова интеграция/трудоустройство на цялата територия на страната. За големите компании се предлагат инициативи като създаването на корпоративна обсерватория и "мениджър на уврежданията" с цел насърчаване на включването на работниците с увреждания на работното място. Приоритетът предвижда три целенасочени интервенции: Идентифициране на специфични интервенции за подобряване и регулаторна интеграция с цел актуализиране на законовата уредба, и интервенции по отношение на технически и организационни мерки за подобряване дейността по целенасочено трудоустройство.

Понастоящем действията и политиките на Министерството на труда и социалната политика на Италия в областта на уврежданията се развиват в две различни и допълващи се области: Социална политика: защита и насърчаване правата и равните възможности на лицата с увреждания и несамостоятелните лица; и Трудова политика, налагайки общи насоки за прилагане на законодателството за заетостта на хората с увреждания.

Социалните интервенции са насочени към постигане на пълно социално приобщаване на лицата с увреждания и тези, които не са самостоятелни. Целта е да се изгради "общество за всички" и чрез премахване на причините, които възпрепятстват или ограничават достъпа до различните области на живота на хората. Тези инициативи се определят и в изпълнението на националното законодателство и ангажиментите, поети на общностно и международно равнище, особено по отношение на Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания.

Институционална система за извършване на ЕР на хора с увреждания

По-важните институции, които участват в описаните стратегически процеси в Италия за следните:

- Местно здравно-осигурително дружество (ULSS), орган на италианската публична администрация, отговарящ за предоставянето на здравни услуги. То осигурява основните нива на помощ. Това са Услугите които Националната здравна служба трябва да осигури на всички граждани, безплатно или срещу заплащане на такса за участие (билет), с публични средства, събрани чрез общото данъчно облагане:

Колективна здравна помощ в жизнени и работни среди, Областна помощ (колективна превенция и обществено здраве, социално-здравни помощи), Болнична помощ;

- Служба за интеграция на работното място - цели насърчаване и подкрепа за трудова интеграция на хората с увреждания;
- PUA е единната точка на достъп ("едно гише") - услугата, с която се осигурява оценка и подпомагане на хора със сложни здравни и социални проблеми. Специално насочен към възрастните и хората с увреждания, те се управляват от персонал от оператори, които слушат и анализират нуждите на лицето и семейството, идентифицират с тях най-подходящия терапевтичен път, който ги съпровожда във всяка фаза. Единният пункт за достъп представлява нов модел на подпомагане, основан на т.нар. "Поемане на отговорност", резултат от прехода от концепцията за "лекуване" до "полагане на грижи" на човека в сложността и глобалността на потребностите му, със специално внимание към семейството и контекста.
- Интегрирана медицинска комисия се състои от специалист по съдебна медицина, който поема функциите на председател и двама лекари, един от които е избран сред специалистите по трудова медицина. От 2010 комисията се допълва от лекар на INPS. В случай, че лицето е засегнато от психическо, умствено или интелектуално увреждане се включва и специалист по неврологични, психиатрични или психологически дисциплини. В комисията участва и здравен специалист, представляващ представителна асоциация, на категорията, към която принадлежи увреждането. Тя определя и оценява всеки един симптом/увреждане, посочен в удостоверението и заявлението, които чрез конкретно изчисление съставляват окончателния процент на инвалидност на лицето.
- Районно звено за многомерна оценка - Това е орган за многомерна оценка в рамките на ULSS, който се сезира в случай на сложни и по-комплексни случаи, или заявления с цел персонализиране и предоставяне на териториални услуги за лицето с увреждане. Многомерната оценка цели изготвянето на индивидуализиран проект, който представлява модел на достъп до интегрираната система за социални и здравни услуги, които изискват междуинституционална координация и интеграция на ресурсите. Бенефициентите на тази оценка и на териториалните социално-здравни услуги са жители на съответния регион, които са в състояние на сложна социална и здравна потребност: възрастни хора, хора с увреждания, психично болни, имащи зависимости, непълнолетни, които се нуждаят от специални мерки за закрила.
- Областни служби за заетост идентифицират най-добрите стратегии за прилагане на социалните, здравните, образователните и обучителните услуги както и насърчават планирането, изпълнението и проверката на интервенциите, насочени към трудова интеграция на ХУ. Специализираната служба по трудоустройство е структурирана в рамките на услугите за ползване на регионално ниво.
- Национален институт за социално осигуряване (INPS) е една от най-големите и най-сложни организации за социална сигурност. Следните групи дейности, за хора с увреждане се предоставят от института: Обществено осигуряване, Управление на ефективността за подпомагане на доходите, Подпомагане (помощи и пенсии), Инспекция.

Методика относно ЕР на хора с увреждания

Също в рамките на протичащите реформи се внедрява нова система за мултидисциплинарна оценка, наречена SVaMDi. Тя се използва за организиране на регионалното планиране на услугите за хора с увреждания и позволява да се направи обективна и надеждна оценка на идеалния или съвместим път за предоставяне на (интегрирани) услуги за хора с увреждания. Това е стандартизиран инструмент за последователно събиране на информация и последващо изготвяне на индивидуалния проект на лицето с увреждания в зряла възраст и отговаря на необходимостта от хомогенизиране на системите за оценка на хората с увреждания. Методология SVaMDi първоначално е инициирана в регион Венето, като постепенно се разширява и в други региони, като очакванията са да прерасне до национално покритие.

Органи за контрол и контролни механизми

Директорът на Отдела за превенция на ULSS, чрез Дирекция Правна медицина по хигиена и услуги по общественото здраве, контролира функционирането на комисиите и е отговорен за координиране на дейностите. Директорът на отдела е отговорен и за наблюдението на всички дейности, включително тези на здравния и административния персонал на комисиите, като се зачита професионалната автономия на членовете на комисията. Секретарите трябва да гарантират предаването на тримесечна база на данни, свързани с дейностите, извършвани от гореспоменатия директор, с конкретен доклад въз основа на изготвените конкретни формуляри. Това не засяга контролната дейност, извършвана от INPS и търговските асоциации по отношение на часовете на изчакване и логистичните ситуации в офисите на Комисията.

Висшата медицинска комисия (CMC) провежда мониторинг на протоколите на местните медицински комисии на случаен извадков принцип или по препоръка на медицинските органи на INPS. Разследванията, организирани от CMC, дори след изпращане на протокола с решението до гражданите, могат да предвидят преглед на здравните досиета или допълнителни посещения.

INPS обикновено провежда ежегодно проверки за инвалидност на извадка между 2% и 5% от протоколите на медицинските комисии на ASL, независимо от факта, дали са довели до одобрени права или не. Освен това се правят и извънредни проверки по отношение на трайността на статута на инвалидност: през 2010 г. например по повод влизането в сила на Декрет-закон №. 78/2009 са извършени 100 000 проверки.

За да се гарантира максимална прозрачност по отношение на административния и здравния процес, гражданите и представителните организации могат да се запознаят с резултатите на комисиите по всяко време, посредством интернет страницата на INPS със персонализиран достъп (ПИК) до *intranet*.

Без да се накърнява правото на заинтересованата страна да започне процедура за преразглеждане за самозащита или на INPS да пристъпи към отбрана, се подава административна жалба срещу протокола и основните оценки, която трябва да бъде активирана в рамките на 60 дни след уведомяването. Административното обжалване се представя пред INPS, чрез персонален код на лицето или чрез представителна организация, която активира Колегиална комисия, учредена във всяка област на INPS

(която няма общо със други контролни комисии или участници в дейността на ASL). Комисията се състои от трима лекари, назначени от INPS. Заинтересованото лице има право да бъде представявано и подпомогнато от лекар от собственото си обкръжение.

Ако лицето счита, че Комисията не е оценила адекватно ситуацията, то може да направи съдебно обжалване (т.е. пред съдия), със съдействието на адвокат, в срок от шест месеца след получаване на доклада. От 1 януари 2012 г. със Закон № 111/2011, всеки, който желае да обжалва дело за инвалидност, трябва да се обърне към компетентния териториален съд (по адрес на пребиваването) и да подаде искане за предварителна техническа оценка за проверка на здравните условия, които легитимират претендираното право.

Координация и сътрудничество с други органи и институции във връзка с ЕР

- Националната обсерватория за състоянието на хората с увреждания - Обсерваторията има за задача да развива и подобрява информацията за хората с увреждания на територията на Италия и в същото време да допринася за подобряване на съгласуваността и ефективността на политиките.
- Социални кооперации от тип Б - са привилегирован център за експериментиране на професионални пътеки, предназначени за хора със специфични трудности при адаптиране към работна среда.
- Търговско-представителни асоциации - Те сътрудничат с обществените служби по заетостта и SIL за разпространение в техните асоциирани предприятия на информация относно възможностите, предлагани от националното и регионалното законодателство, за да се благоприятстват пътищата за намиране на работа на хора с увреждания (стажове с безвъзмездни средства за работа, вноски за адаптиране на работното място, покриване на места в задължение чрез прехвърляне на поръчки на кооперации от тип Б и др.)
- Синдикални организации - Те участват в регионални и провинциални комисии, които се занимават с активна трудова политика и в областта на колективното териториално и фирмено договаряне, включително за хора с увреждания.
- Асоциации на членове на семействата и асоциация на хора с увреждане - Тези организации защитават правата на хората с увреждане като предоставят наблюдения и предложения относно прилаганите политики на местните здравни звена, общини и регионални и национални органи. Те представляват хората с увреждане в регионалните комисии и работни групи и участват в разработването на планове в на агенциите ULSS в които са представени.
- Полу-жилищните структури посрещат хората с увреждания през деня по специфични начини според вида център:
- Жилищните институции са предназначени за хора с увреждания, които вече нямат възможност да останат в семейството и имат нужда от подкрепа по отношение на самообслужването, управлението на ежедневието, реализирането на житейски опит в автономията, развитието на умения социална и рехабилитация.
- Частни доставчици на здравни и санитарни услуги

Заклучение

Настоящият доклад прави опит за детайлно представяне на политиките и системите за хора с увреждане във Франция и Италия и показва как Международната класификация за функционирането на човека, уврежданията и здравето може да бъде приложена в различни степени и за различни цели. ICF се прилага основно за хармонизиране на практиките, за по-равно третиране на ХУ и за програмиране на политики и определяне на целенасочени услуги и проекти за подобряване на живота на хората с увреждане.

Важно е да се спомене, че и в двете описани системи ICF не се прилага за определяне на инвалидните пенсии, но за определяне на адекватни и по-целенасочени услуги и грижи за лицата с увреждане в рамките на персонализирани жизнени проекти. За определяне на право на инвалидни пенсии би било интересно да се разгледа опита на Германия, която експериментира в тази посока.

След представянето на опита и усилията на двете страни в реформиране и модернизиране своите практики и политики може да се заключи, че за целите на успешното реформиране на системата на ХУ би трябвало да са налични няколко основополагащи елементи. Първият елемент е силна и устойчива политическа воля, която да вижда ползите от една такава реформа, да организира междуведомствени дейности и да намери най-добрия компромис между различни интереси и лобиращи сили. Политически и публично-административен ангажимент е също нужен и за развитието на подкрепящи услуги и мерки за хора с увреждания. Прилагането на ICF за ЕР не би имал реален смисъл, ако не е съпроводен с развитието на целенасочени мерки и развитие на териториални интегрирани и персонализирани услуги за здравна, социална и трудова подкрепа. Друг елемент е инвестиране в целенасочени усилия за обширна информираност и обучения. Потенциалното приложение на ICF и съпроводените нови практики/мерки трябва да бъде подкрепено с подходящи обучения и работни сесии като бъдат обхванати всички заинтересовани страни, по въпросите на хората с увреждане. Това може да бъде направено с обучения от СЗО на обучители, които от своя страна да обучават в различни населени места. Важно е всички заинтересовани страни да могат не само да разберат новите мерки, но и да могат да ги прилагат по унифициран и ефективен начин. Този елемент е и най-вероятно от по-ресурсоемките усилия на реформата. Инвестиции в централизирани информационни системи или свързване на отделните ИС на държавни, общински и акредитирани доставчици на услуги би довело до редица улеснения на работата, прозрачност и ресурсна ефикасност. Не по-малко важно е всяка предвидена промяна да бъде пилотирана на регионално ниво достатъчно дълго време, за да може да се прецени до колко тя е адекватна и реално приложима преди да се признае на системно и национално ниво.

Необходима първоначална стъпка, препоръчана от работните групи на СЗО е ICF да бъде преведен и приложен като единен национален език при дефиниране на уврежданията. За целите на отчетността е необходимо да бъде реализирано национално представително проучване, което да залегне и в практиките на НСИ, което ще позволи да се установи реалната картина на увреждането в страната, така и то да бъде сравнявано на Европейско и международно ниво. Прилагането на разработените от СЗО ICF въпросници и модел на национално изследване ще позволи да се определи не само реалната обстановка в страната, но ще даде нужната информация и аргументиране на по-целенасочено планиране и програмиране на политики за ХУ.