

Ключови показатели за социално включване и основни права в България

Тематичен доклад за хората с увреждания

Този доклад обобщава резултатите от мащабно изследване, проведено в рамките на проект „Нови подходи за генериране на данни за трудно достижими групи от населението, изложени на риск от нарушаване на техните права“. Проектът е финансиран по Програмата на Европейското икономическо пространство и Норвежкия финансов механизъм по покана BGLD-3.001, Програма „Местно развитие, намаляване на бедността и подобро включване на уязвими групи“.

Този доклад е разработен в рамките на проект „Нови подходи за генериране на данни за трудно достижими групи от населението, изложени на риск от нарушаване на техните права“, финансиран от Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство 2014 – 2021 (ФМ на ЕИП) по програмата „Местно развитие, намаляване на бедността и подобро включване на уязвими групи“. Националният статистически институт (НСИ) и Агенцията на Европейския съюз за основни Права (FRA) разработиха инструментариума за изследване и определиха списъка с индикатори. НСИ проведе мащабното представително проучване, обработи резултатите и изчисли индикаторите, използвани в доклада. Центърът за изследване на демокрацията (партньор на изследователската мрежа на ФРА в България) анализира данните и състави първия вариант на аналитичния доклад. ФРА провери индикаторите, предостави коментари и редакции на различни етапи на неговото финализиране.

Съдържание

Списък на графиките	4
Въведение	7
За изследването накратко.....	10
Връзка между данните от проучването и административните данни	11
1. Заетост и квалификация.....	18
2. Здраве.....	27
3. Жилищни условия.....	35
4. Бедност и социално изключване.....	44
5. Дискриминация и социална изолация	58
Изводи и препоръки.....	65
Заетост и квалификация	65
Здраве.....	66
Жилищни условия.....	67
Бедност и социално изключване.....	68
Дискриминация и социална изолация	69

Списък на графиките

Графика 1: Дял на лицата на 16 и повече години, декларирали наличие на ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем	13
Графика 2: Дял на лицата на 16 и повече години, декларирали наличие на ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, по възраст, пол, етнос по самоопределяне, риск от бедност, местоживеене и интензитет на незаетост	14
Графика 3: Дял на децата на възраст 5-14 години с наличие на ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем	15
Графика 4: Разпределение на лицата на 16 и повече години, декларирали наличие на ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, според трудовия им статус	20
Графика 5: Разпределение на лицата на 16 и повече години, декларирали наличие на ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, според степента на завършено образование	22
Графика 6: Дял на лицата на възраст 20-64 години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които са декларирали, че техния основен статус в заетостта е „работа срещу заплащане или друг доход“ (включително самостоятелно зает, работещ в семейния бизнес без заплащане, стаж или участие във форми на обучение, за които се получава заплащане; отсъстващ поради отпуск по майчинство, болнични, годишен отпуск или работил срещу заплащане през последните четири седмици)	23
Графика 7: Дял на лицата на възраст 20-64 години, декларирали наличие на силно или не толкова силно ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които са декларирали, че техния основен статус в заетостта е „работа срещу заплащане или друг доход“ (включително самостоятелно зает, работещ в семейния бизнес без заплащане, стаж или участие във форми на обучение, за които се получава заплащане; отсъстващ поради отпуск по майчинство, болнични, годишен отпуск или работил срещу заплащане през последните четири седмици) (%), по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживеене и завършено образование на индивидуално ниво	24
Графика 8: Дял от населението на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които са декларирали непосредствени нужди от медицинска помощ поради някоя от следните причини: „Финансови причини“, „Твърде дълго се чака за преглед и лечение“ и „Прекалено отдалечено“ (всички три категории кумулативно)	29
Графика 9: Дял от населението на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно или не толкова силно ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които са декларирали непосредствени нужди от медицинска помощ поради някоя от следните причини: „Финансови причини“, „Твърде дълго се чака за преглед и лечение“ и „Прекалено отдалечено“ (всички три категории кумулативно), по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживеене, интензитет на незаетост и завършено образование на индивидуално ниво	30

Графика 10: Обръщаемост към стоматолог: последно посещение при стоматолог на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем.....	31
Графика 11: Обръщаемост към личен лекар: последна консултация с личен лекар на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем.....	32
Графика 12: Обръщаемост към лекар специалист или стоматолог - хирург: последно посещение при лекар специалист или стоматолог - хирург на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем.....	33
Графика 13: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, живеещи в лоши жилищни условия (в прекалено тъмно жилище или жилище с течащ покрив/мокри стени, под или без баня/душ или без тоалетна в жилището).....	37
Графика 14: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно или не толкова силно ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, живеещи в лоши жилищни условия (в прекалено тъмно жилище или жилище с течащ покрив/мокри стени, под или без баня/душ или без тоалетна в жилището), по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживеене, интензитет на незааетост и завършено образование на индивидуално ниво	39
Графика 15: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, живеещи в домакинство, което не разполага с минималния брой стай съгласно Европейската дефиниция за пренаселеност	40
Графика 16: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно или не толкова силно ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, живеещи в домакинство, което не разполага с минималния брой стай съгласно Европейската дефиниция за пренаселеност, по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживеене, интензитет на незааетост и завършено образование на индивидуално ниво	42
Графика 17: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, в риск от бедност (под 60% от медианния еквивалентен доход след социални трансфери)	46
Графика 18: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно или не толкова силно ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, в риск от бедност (под 60% от медианния еквивалентен доход след социални трансфери), по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживеене, интензитет на незааетост и завършено образование на индивидуално ниво.....	48
Графика 19: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече	

месеца поради здравен проблем, живеещи в домакинства, в които поне едно лице от домакинството си е лягало гладно поради липса на достатъчно средства за храна	49
Графика 20: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, живеещи в домакинства, в които поне едно лице от домакинството си е лягало гладно поради липса на достатъчно средства за храна, по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживеене, интензитет на незаеетост и завършено образование на индивидуално ниво	50
Графика 21: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които нямат банкова сметка	51
Figure 22: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно или не толкова силно ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които нямат банкова сметка, по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживеене, интензитет на незаеетост и завършено образование на индивидуално ниво	52
Графика 23: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, живеещи в домакинства, които не притежават автомобил по финансови причини.....	53
Графика 24: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, живеещи в домакинства, които не използват основни комуникационни услуги по финансови причини.....	55
Графика 25: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, чувствали се дискриминирани през последните 12 месеца, поради каквато и да е причина, в която и да е от областите, обект на изследване	59
Графика 26: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, чувствали се дискриминирани през последните 12 месеца, поради каквато и да е причина, в която и да е от областите, обект на изследване, по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживеене, интензитет на незаеетост и завършено образование на индивидуално ниво.....	61
Графика 27: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които са чували за поне един орган за равно третиране, национална институция за защита на правата на човека или омбудсман	62
Графика 28: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които са удовлетворени от личните си връзки със семейството, приятелите, съседите и други хора, които познават.....	63
Графика 29: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече	

месеца поради здравен проблем, които смятат, че ако се нуждаят от нематериална помощ, не могат да я получат от роднини, приятели, съседи или други лица, които познават 64

Въведение

Този доклад е част от поредица от пет тематични доклада¹ в рамките на проект BGLD-3.001-0001 „Нови подходи за генериране на данни за трудно достижими групи от населението, изложени на риск от нарушаване на техните права“. Проектът се финансира от Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство 2014-2021 г. (ФМ на ЕИП) по програма „Местно развитие, намаляване на бедността и подобро включване на уязвимите групи“ и се изпълнява в партньорство между Националния статистически институт (НСИ) и Агенцията на Европейския съюз за основните права (FRA). Основната цел на проекта е да предостави данни за ключови индикатори на национално, международно и ЕС ниво за социалното приобщаване и свързаните с тях основни права, обхващащи населението и специфичните уязвими групи в риск от социално изключване и нарушаване на основните права.

В рамките на проекта бяха събрани данни от широкомащабно проучване. Въз основа на тези данни настоящият доклад очертава някои от основните предизвикателства, пред които са изправени хората с увреждания в България, свързани със социално-икономическите характеристики и други рискове.

През 2012 г. България ратифицира Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания (КПХУ) и се ангажира да прилага принципите на зачитане на достойнството и индивидуалната автономия, равенство на възможностите, недискриминация и ефективно включване в обществото, достъпност, уважение и приемане и др.

На равнище ЕС Европейският стълб на социалните права² потвърждава тези принципи, като признава правото на хората с увреждания на равен достъп във всички сфери на живота. По-специално, Принцип 17 утвърждава правото на достъп до подпомагане на доходите, до услуги и адаптирана среда, които ще им позволят пълноценно участие в пазара на труда и социалния живот. Стратегията на ЕС за правата на хората с увреждания за периода 2021-2030 г.³ превръща тези принципи в ангажименти, които Съюзът и всички държави членки следва да изпълняват. В нея се подчертава значението на националните политики в области като здравеопазването и образованието за подобряване на живота на хората в уязвимо положение.

В отражение на задълженията си по КПХУ и по съответните инструменти на ЕС България проведе мащабна реформа на своята стратегическа и правна рамка. Целта ѝ беше те да бъдат приведени в съответствие с концепцията за уврежданията, ориентирана към правата на човека и заложена в КПХУ. Като част от тази реформа основният правен инструмент, гарантиращ правата на хората с увреждания в България, стана Законът за хората с увреждания⁴ и подзаконовите нормативни актове по неговото прилагане.⁵ Те уреждат обществените отношения в много сфери на обществения и социалния живот, в които участват хората с увреждания, за да се гарантират техните човешки права и достойнство съгласно четири от принципите на КПХУ: личен избор и независимост, равенство и недискриминация, социално включване и участие в обществения живот и достъпност. Други инструменти⁶ регламентират схемите за социално или материално подпомагане и лична помощ; определят функционирането на услугите от резидентен тип и в общността; и определят правилата за определяне и оценка на вида и степента на увреждане.

Освен това редица стратегически документи посочват националните ангажименти и мерки за гарантиране на правата на хората с увреждания:

- План за действие за изпълнение на заключителните препоръки към Република България, отправени от Комитета на ООН за правата на хората с увреждания 2021 – 2026;⁷

- Национална стратегия за хората с увреждания 2021 – 2030 г.;⁸
- Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2030;⁹
- Национална стратегия за дългосрочна грижа¹⁰ и планът за прилагането ѝ за периода 2018–2021 г.;¹¹
- Национална програма за заетост на хората с увреждания¹² и Национална програма за заетост и обучение на хора с трайни увреждания;¹³
- Национална програма за достъпна жилищна среда и лична мобилност.¹⁴

Въпреки политическия ангажимент и проведената реформата, хората с увреждания все още са изправени пред редица предизвикателства при упражняването на правата си. Четири от тях са ключови: (1) правото на независим живот е ограничено; (2) медицинският модел е в основата на определението за "увреждане"; (3) достъпната среда не е налична на много обществени места; и (4) запрещението ограничава хората да упражняват много права. Тези проблеми се отразяват на всички основни сфери на живота и политиките все още предстои да се справят с тях.

Едно от тях е ограниченото право на независим живот. България е поела ангажимент да закрие институциите си за хора с увреждания до 2035 г., но към август 2020 г. все още 9 431 възрастни хора и хора с увреждания живеят в 161 специализирани институции¹⁵, които ги лишават от избор и самостоятелност. Липсата на достатъчна подкрепа в общността, от друга страна, все още принуждава много хора да кандидатстват да живеят в институции¹⁶.

Медицинският модел продължава да е в основата на определението за "увреждане", а оттам и на политиките по отношение на хората с увреждания. Националната система за признаване на намалена работоспособност често се приема като общо признаване на увреждането в много други области, като здравеопазване, социална сфера и др. Тя е дългогодишен обект на спорове и обществени дебати. Основана е на принципа, че националната експертна лекарска комисия (НЕЛК) и териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК) разглеждат здравословното състояние на дадено лице и издават решение за официално признаване на неговия статут на човек с увреждане. Тази система е обект на критика заради дългите и тромави процедури и корупцията.¹⁷ Правени са различни опити за реформирането и подобряването ѝ.

Липсата на достъпна среда е една от основните причини, поради които хората с увреждания често са изложени на бедност и социално изключване.¹⁸ Тя възпрепятства достъпа до много сфери на живота, като например здравеопазване, жилищно настаняване или правосъдие. Освен това България не е признала законово правото на предоставяне на разумни улеснения на работното място. Това продължава да пречи на хората с увреждания да имат равен достъп до заетост.¹⁹

Освен това към 2018 г. повече от 7000 души²⁰ са били поставени под пълно или частично запрещение, така че да не могат сами да вземат решения за собствения си живот. Законът за лицата и семейството,²¹ който регулира институтът на запрещението, е в сила от 1949 г. и неговите принципи са остарели. Той позволява на настойниците или попечителите да управляват или одобряват решенията на хората с увреждания относно личния им живот и имущество. Хората, поставени под пълно запрещение, не могат да сключват брак.²²

Освен реформи в националната правна и стратегическа рамка, Комитетът на ООН за правата на хората с увреждания очертава редица области, които изискват допълнителни усилия. За да се реализира правото на независим живот и реалното включване в общността, Комитетът препоръчва на България да ускори деинституционализацията и да развие индивидуализирана и самостоятелно управлявана помощ и услуги.

По отношение на защитата от дискриминация законодателството и процедурите не признават изрично отказа на разумни улеснения като дискриминационен акт. Този пропуск означава, че

те не защитават напълно правото на хората с увреждания на равно третиране в различни области. Комитетът също така призова за допълнителни усилия за осигуряване на среда без бариери, включително в селските райони, в транспорта и при предоставянето на информация в електронен вид.²³

ЕС също призова България да положи повече усилия и да подобри икономическите си политики в редица области. Една от тях е социалната система. Тя се нуждае от по-нататъшни реформи, за да може да реагира ефективно на основните социални проблеми, да гарантира равен достъп до социални услуги, здравеопазване и дългосрочни грижи за хората с увреждания, както и да насърчава включването им в пазара на труда.²⁴

От голямо значение е всички законодателни и политически мерки да се основават на систематични, висококачествени и своевременни данни, съобразени с международните статистически стандарти.²⁵ Общ недостатък на националната рамка е, че тя рядко използва или се позовава на статистически данни.

Европейската статистическа система е възприела Глобалния инструмент за измерване на ограничена активност (GALI) като едностепенен измерител на функционалното състояние. Той иска от лицата да оценят дългосрочните си ограничения в обичайните дейности, дължащи се на здравословен проблем²⁶. От 2015 г. насам европейските изследвания, като например Статистиката на ЕС за доходите и условията на живот (EU-SILC), Проучването на здравето, остаряването и пенсионирането в Европа и Европейското здравно интервю използват широко този инструмент. Същото правят и много национални статистически системи. Те идентифицират респондентите с "ограничения в активността" чрез въпрос за това дали респондентите имат "ограничения при извършване на обичайните за хората дейности в личния живот или работата" поради здравословен проблем. Респондентите могат също да оценят ограниченията като "силни" и "не толкова силни".

В рамките на този проект се събират данни с помощта на GALI, като се следва социалната концепция за увреждането. Въпреки това, медицинската концепция все още е в основата на официалната дефиниция на България за „увреждане“ и тя се възприема при изготвяне на политиките за хората с увреждания. Като цяло българските власти не събират изчерпателни и редовно актуализирани данни за равнопоставеността на хората с увреждания,²⁷ които могат да послужат като ориентир за вземане на решения, основани на доказателства.

В тази ситуация данните, които най-често се използват при изготвянето на политики, са официалните данни на Националния статистически институт, а за международно сравнение - данните, които публикува Евростат. НСИ събира както административни данни, така и данни, основани на проучвания, на национално равнище. Той също така изготвя националната статистическа информация за Евростат и други международни органи.

На европейско равнище НСИ събира национални данни за няколко широкомащабни и редовно прилагани статистически инструменти, които натрупват сравнима и надеждна информация за различни групи от населението, включително за хората с увреждания. Най-важните от тях са EU-SILC и Европейското здравно интервю. Всички те обаче изследват по-широки групи от населението, така че предлагат ограничени данни конкретно за хората с увреждания. Освен това те не са обвързани с националния контекст и не предлагат множество показатели за уязвимост, които да служат като единен източник за изготвяне на политики, мониторинг и оценка, основани на доказателства.

Друго предизвикателство е липсата на консенсус между заинтересованите страни по отношение на определението за „увреждане“. Различни институции събират различни данни както на национално, така и на местно ниво.²⁸ Всяка от тях използва свои собствени административни данни, събрани по различни критерии, като например право на социално

подпомагане или призната намалена работоспособност. По този начин информацията от различните източници не е интегрирана в обща база данни, нито се анализира цялостно.

Унифицираното дефиниране и разбиране за увреждане сред националните институции и международните организации може да бъде от ключово значение за съпоставимостта на данните. От 2019 г. насам в българското законодателство се използват две определения за хора с увреждания в опит да се разграничат хората с различна степен на увреждане. Първото определение за „хора с увреждания“ повтаря директно дефиницията, заложена в член 1 от КПУХ. Второто определение се отнася до "хора с трайни увреждания" и добавя медицински показател за степента/тежестта на увреждането: „лица с трайна физическа, психическа, интелектуална и сетивна недостатъчност, която при взаимодействие с обкръжаващата ги среда би могла да възпрепятства тяхното пълноценно и ефективно участие в обществения живот, и на които медицинската експертиза е установила вид и степен на увреждане или степен на трайно намалена работоспособност 50 и над 50 на сто“.²⁹

Двете определения имат за цел да отразят разликата между хората с тежки и не толкова тежки увреждания, за да се предложи ясен критерий за разграничаване на политиките, насочени към двете групи. Това разграничение обаче се основава на традиционната медицинска оценка на уврежданията. Въпреки това тя продължава да бъде фактор за допустимост по различните политики и програми за всяка от двете групи - например в Национална програма за заетост и обучение на хора с трайни увреждания.³⁰ Освен това обикновено се събират данни само за хората с трайни увреждания.

Освен данните на НСИ, съществуват и редица вторични бази данни, поддържани от различни институции.

Агенцията за хората с увреждания (АХУ) трябва по закон да поддържа информационна система с профили на всички хора с увреждания. В базата данни трябва да постъпват административни данни за техните демографски характеристики, здравен статус, образователно ниво и квалификация, финансова подкрепа и ползване на социални услуги, както и за статуса на заетост и други данни.³¹ Към средата на 2021 г. няма публично достъпна информация за въвеждането на такава система и нейните параметри. Агенцията води и регистър на специализираните предприятия и кооперации на хора с увреждания и друг – на помощните средства и оборудването за хора с увреждания.

АСП събира данни за хората, които получават помощи, свързани с увреждания, или ползват социални услуги, делегирани от държавата. От октомври 2020 г. Министерството на здравеопазването управлява Информационната система за контрол на медицинската експертиза,³² която съхранява пълен запис на процедурата за оценяване на степента на увреждане или намалената работоспособност, която е критерий за допустимост за повечето от предоставяните от държавата и общините помощи.

За изследването накратко

Представителното проучване, разработено и приложено специално в рамките на проекта, е проведено между 19 май и 17 септември 2020 г. Събрана е информация за положението на над 26 600 лица на възраст 15 и повече години и 3600 деца на възраст до 14 години. Участието в проучването е доброволно и въпреки сложната ситуация в страната поради противоепидемичните мерки в отговор на епидемията от COVID-19, е регистриран висок процент на получени отговори от 80,6%.

За проектиране на извадката е използван подходът на двустепенен стратифициран случаен подбор с вероятност, пропорционална на размера на населението. Тя се състои от 15 000 домакинства в 2500 гнезда, представляващи населението на България, което живее в частни домакинства. Интервюта от името на друго лице не са допустими. Информацията за деца под

15 г.е събрана чрез интервю с майката; ако това не е възможно – с друг техен законен представител (родител или настойник). Данните са събрани посредством интервюта лице-в-лице с помощта на компютър (Computer-assisted personal interviewing, CAPI).

Специално се акцентира върху четири групи, които често се определят като изложени на висок риск от бедност, социално изключване и нарушаване на правата:

- роми (респонденти, самоопределили се като такива),
- деца (лица под 18-годишна възраст),
- възрастни хора (лица на 65 години и повече),
- хора с увреждания (лица, заявили, че са били ограничени или силно ограничени в обичайните си дейности през последните 6 месеца поради здравословни проблеми).

Положението на тези четири групи ще бъде предмет на четири тематични доклада, които ще бъдат изготвени в рамките на проекта. Конкретните критерии, използвани за определянето на тези четири групи като изправени пред дадени рискове от уязвимост, са установени от експертен преглед на съществуващите правни и политически рамки, отнасящи се до уязвимите групи и от оперативните критерии, прилагани за определяне на концепцията за „уязвимост“, разработени на първия етап от проекта³³.

Връзка между данните от проучването и административните данни

Данните от проучването в рамките на проекта „Нови подходи за генериране на данни за трудно достижими групи от населението, изложени на риск от нарушаване на техните права“, използват GALI за измерване на дела на хората в България с дълготрайни ограничения, дължащи се на здравословни проблеми.

От друга страна, статистическите данни за хората с увреждания в България се основават на регистрите на националната и териториалните експертни лекарски комисии и не обхващат лицата, които нямат документ за призната намалена работоспособност (степен на увреждане, когато става дума за хора в неработоспособна възраст). Тази система издава документи, които представят намалената работоспособност на хората в проценти. Хората с намалена работоспособност над 50 % се считат за хора с тежки увреждания или „хора с трайни увреждания“ (вж. определението по-горе).

По този начин социалната система и статистика не обхващат лицата, които се сблъскват с пречки в ежедневието си, но по някаква причина не са преминали официалната процедура за признаване на статут на лице с увреждане. Тъй като тази група хора също може да се сблъска с бариери, предизвикателства и нарушения на правата, процесът на създаване на политики трябва да ги има предвид като потенциални бенефициенти на социална подкрепа.

Двата вида данни имат своите предимства и недостатъци. Ако се отнасят за едни и същи периоди и обхващат едни и същи целеви групи, те могат да се тълкуват заедно, макар и с повишено внимание.

Националният център по общественото здраве и анализи към Министерството на здравеопазването публикува данни за броя на хората с призната намалена работоспособност или степен на увреждане, преминали през системата на ТЕЛК/НЕЛК всяка година. През 2020 г. общо 3 079 деца до 16-годишна възраст (0,3 % от населението в тази възрастова група) и 52 879 души на 16 и повече години (0,9 % от населението в тази възрастова група) са били официално признати за лица със степен на увреждане или намалена работоспособност (

Таблица 1).

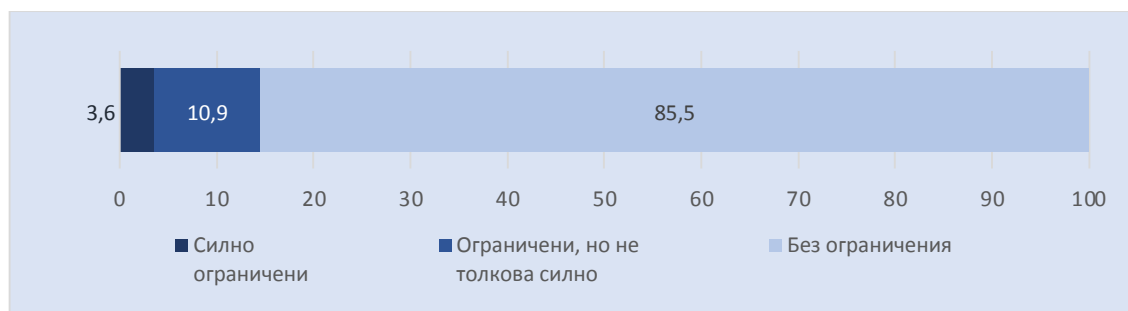
Таблица 1: Лица с призната трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане през 2020 г.

		до 16-годишна възраст	16 и повече годишна възраст
Общо	Брой лица	3 079	52 879
	Дял от всички лица в съответната възрастова група	0.3 %	0.9 %
Трайно намалена работоспособност/ вид и степен на увреждане над 90 %	Брой лица	546	13 751
	Дял от всички лица с увреждания в съответната възрастова група	17,7 %	26,0 %
Трайно намалена работоспособност/ вид и степен на увреждане между 71% и 90 %	Брой лица	815	13 527
	Дял от всички лица с увреждания в съответната възрастова група	26,5 %	25,6 %
Трайно намалена работоспособност/ вид и степен на увреждане между 50% и 70 %	Брой лица	1 238	17 765
	Дял от всички лица с увреждания в съответната възрастова група	40,2 %	33,6 %
Трайно намалена работоспособност/ вид и степен на увреждане по-малко от 50 %	Брой лица	480	7 836
	Дял от всички лица с увреждания в съответната възрастова група	15,6 %	14,8 %

Източник: Национален център по общественото здраве и анализи³⁴

Данните от проучването, използващо инструмента GALL, показват, че 14,5 % от населението в България (на възраст 16 или повече години) съобщава за (поне едно) дълготрайно (поне шест месеца) затруднение в обичайните си дейности поради здравословни проблеми. Докато 10,9 % от цялото население не смятат въздействието му за силно, 3,6 % заявяват, че здравословното им състояние им причинява сериозни ограничения (Графика 1).³⁵ Тези данни потвърждават данните на СЗО, според които разпространението на уврежданията е 15 % от световното население, като около 2-4 % от тях са сериозни³⁶. По-новите данни на EU-SILC сочат още по-голямо разпространение на уврежданията в ЕС: една четвърт (24,7 %) от всички граждани на Съюза на възраст 16 и повече години съобщават, че имат някаква форма на увреждане, а 7 % – силна форма³⁷.

Графика 1: Дял на лицата на 16 и повече години, декларирали наличие на ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години ($n = 26,249$); претеглени резултати.

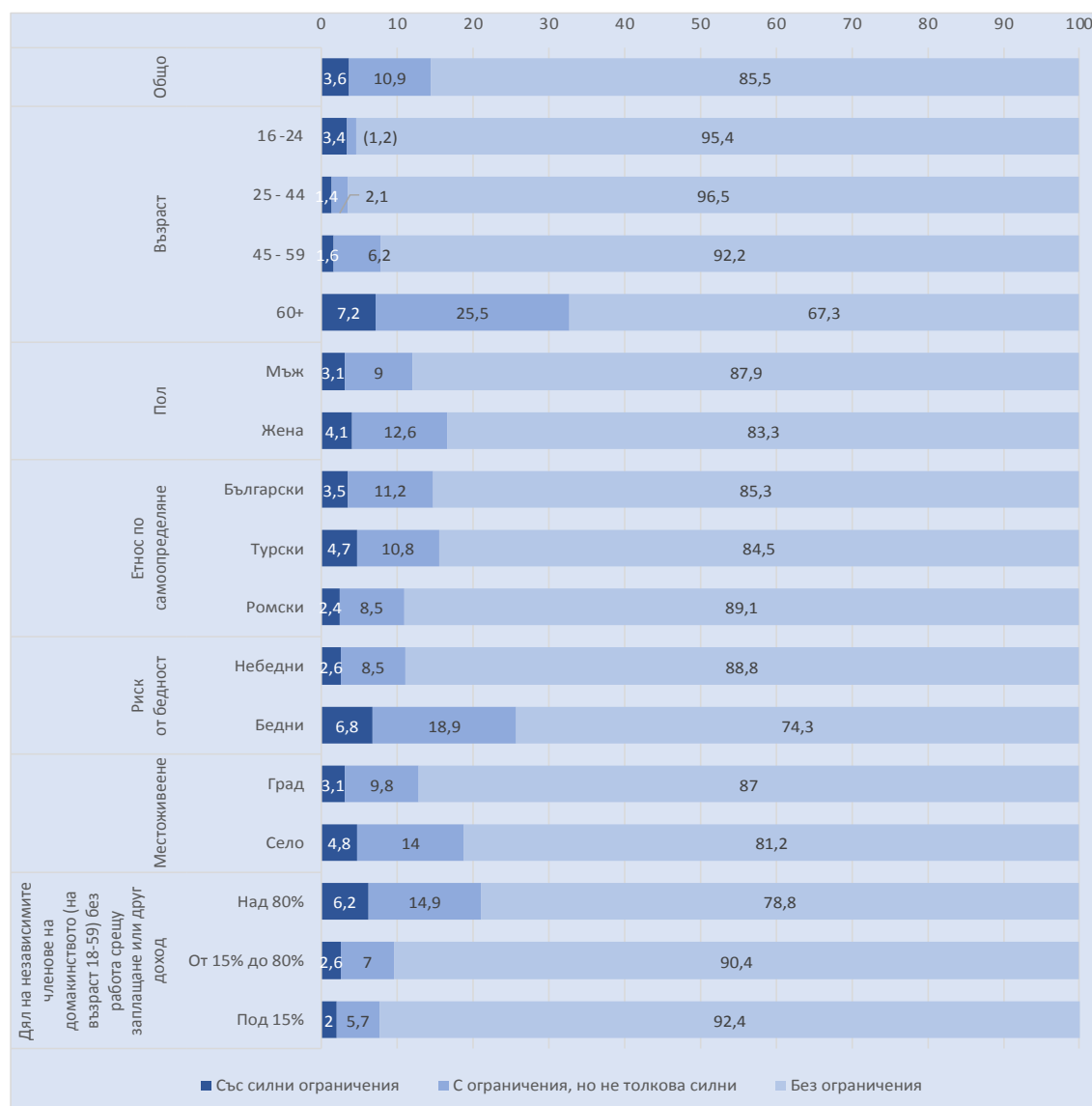
^b Въпрос от изследването: „През последните 6 и повече месеца били ли сте ограничени при извършване на обичайните за хората дейности, поради здравословен проблем?“.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Изпитването на дълготрайни ограничения в обичайните дейности поради здравословни проблеми е свързано с възрастта. Един от всеки трима души на възраст 60 или повече години съобщава за такива ограничения, като 7,2 % са силни, а 25,5 % – не толкова силни. Хората в селските райони обикновено са по-възрастни от живеещите в градовете, поради което делът на хората с ограничения е по-висок. Този дял е по-висок и в домакинствата, живеещи в бедност, и в тези, в които над 80 % от активните членове нямат платена работа. Делът на хората с увреждания не се различава съществено по отношение на пол и етническа принадлежност (Графика 2).

Данните за характеристиките на лицата могат да послужат на създателите на стратегически документи за прецизиране на мерките, насочени към групите с по-висок риск от уязвимост.

Графика 2: Дял на лицата на 16 и повече години, декларирали наличие на ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, по възраст, пол, етнос по самоопределяне, риск от бедност, местоживее и интензитет на незааетост (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години (n = 26,249); претеглени резултати.

^b Въпрос от изследването: „През последните 6 и повече месеца били ли сте ограничени при извършване на обичайните за хората дейности, поради здравословен проблем?“.

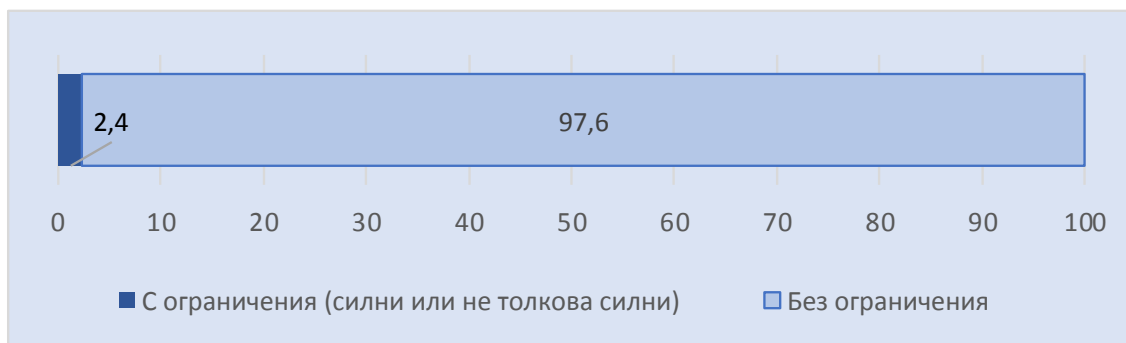
^c Оценки, базирани на малък брой случаи, са статистически по-малко надеждни. Поради това резултатите, базирани на 20 до 49 реално анкетирувани лица в цялата група – или базирани на клетки с по-малко от 20 лица – са отбелязани (стойността е публикувана в скоби). Оценки, базирани на по-малко от 20 реално анкетирувани лица в цялата група не се публикуват.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Децата с увреждания се нуждаят от особено внимание, тъй като са уязвими на много рискове. Според данните от проучването около 2,4 % от децата на възраст между 5 и 14 години имат някакво (силно или не толкова силно) дълготрайно ограничение (Графика 3). Броят на отговорите, отнасящи се до такива деца, в проучването обаче е малък и по-нататъшното разбиване на данните би направило тълкуването на резултатите статистически по-малко

надеждно. Поради това анализът в настоящия доклад се базира на отговорите на хората с увреждания на възраст над 16 години.

Графика 3: Дял на децата на възраст 5-14 години с наличие на ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 5-14 години ($n = 2,635$); претеглени резултати.

^b Въпрос от изследването: „В продължение на последните 6 и повече месеца беше ли ограничен/а (името на детето) при извършване на обичайните за неговата/нейната възраст дейности, поради здравословен проблем?“.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Сравнението на официалните данни и данните от проучванията показва, че значителна част от хората с увреждания остават извън обхвата на националните институции и политики. Според официалните данни 0,3 % от децата до 16-годишна възраст са били в контакт с органите за признаване на увреждания през 2020 г. (Таблица 1). Резултатите от проучването сред децата на възраст между 5 и 14 години показват, че 2,4 % от децата в тази група всъщност имат някаква степен на увреждане. Данните на EU-SILC за 2017 г. дават още по-високи стойности: около 4,9 % от децата в България са имали ограничения в дейността поради здравословни проблеми (3,7 % са имали умерени ограничения, а 1,2 % – силни).³⁸

Хората с увреждания, имали контакт с комисиите през 2020 г., са 0,9 % от населението на възраст 16 и повече години. Данните от проучването показват, че общо 14,5 % от хората в тази възрастова група имат ограничения в ежедневните дейности, силни или не.

В този контекст данните от настоящия доклад са ценен източник на информация за различни процеси – от информирано изготвяне на конкретни програми или схеми за финансиране, например в областта на заетостта или жилищното настаняване, до подпомагане на изготвянето на закони, например при предварителни оценки на въздействието на проектозакони и нормативни актове.³⁹

Използването на GALI може да подпомогне с информация процеса на изготвяне на политики в България. Този подход може да съчетае различните разбирания за увреждането. По-важното е, че инструментът може да определи процента на хората, които имат някакви ограничения и може да се нуждаят от подкрепа, но не са включени в официалната статистика, защото не отговарят на официалните (медицински) критерии.

В същото време проучването има някои ограничения, които трябва да се имат предвид при тълкуването на данните.

- Работата на терен беше проведена между 19 май и 17 септември 2020 г., в разгара на епидемията от COVID-19 в България. Въпреки пандемията и ограниченията, които правителството наложи, проучването регистрира достатъчен брой отговори. Но пандемичната ситуация може да е повлияла на някои от отговорите на респондентите.

- Проучването не обхваща институционални домакинства. В резултат на това изследваната съвкупност не включва хора с увреждания, живеещи в резидентни услуги, като например институции или резидентни услуги в общността. Поради това при тълкуването на резултатите следва да се има предвид, че данните се отнасят само за хора с ограничения, живеещи в частни домакинства. Това означава, че резултатите от проучването не отразяват опита на около 11 000 възрастни хора и хора с увреждания, които живеят в институции, и на около 3500 души, които според официалните данни от 2018 г.⁴⁰ живеят в резидентни социални услуги.
- В проучването не са използвани пълномощници, така че то не отразява опита на хората с увреждания със сериозни затруднения в общуването, например сензорни или интелектуални, които живеят в изследваните домакинства.
- Малкият брой на децата с ограничения в изследваните домакинства не позволява по-нататъшно дезагрегиране на данните и не дава възможност за задълбочен анализ на тяхното положение.

Докладът и залегналите в него показатели правят преглед на рисковете от уязвимост, на които са изложени хората с увреждания, в пет тематични области:

- заетост и квалификация
- здраве
- жилищни условия
- бедност и социално изключване
- дискриминация и социална изолация.

Тематичните области съответстват на националната политическа рамка за хората с увреждания за периода 2021-2030 г. По този начин те могат да послужат като базови показатели и съответно да послужат за мониторинг и оценка. Където е възможно, за да се даде възможност за по-задълбочен анализ, резултатите са дезагрегирани по различни социално-демографски характеристики въз основа на критерии като възраст, пол, етническа принадлежност, местоживеене, образование и риск от бедност.

¹ Петте тематични доклади обхващат положението на ромите, на децата, на възрастните хора и на хората с увреждания, както и преглед на ключовите индикатори по Целите за устойчиво развитие.

² За повече информация виж [Европейският стълб на социалните права в 20 принципа](#).

³ Европейска комисия (2021), [Съюз на равенство: Стратегия за правата на хората с увреждания за периода 2021 – 2030 г.](#), COM (2021) 101 final, 3 Март 2021 г.

⁴ България, [Закон за хората с увреждания](#), 18 декември 2018 г. (последно изменение от 11 декември 2020 г.).

⁵ България, [Правилник за прилагане на закона за хората с увреждания](#), 2 април 2019 г. (последно изменение от 6 април 2021 г.).

⁶ България, [Закон за социално подпомагане](#), 19 май 1998 г. (последно изменение от 11 август 2020 г.); България, [Закон за социалните услуги](#), 1 юли 2020 г. (последно изменение от 17 февруари 2021 г.); България, [Закон за личната помощ](#), 1 януари 2019 г. (последно изменение от 4 декември 2020 г.); България, [Наредба за медицинската експертиза](#), 27 юни 2017 г. (последно изменение от 16 юли 2021 г.).

⁷ Министерски съвет (2021), [План за действие за изпълнение на заключителните препоръки към Република България, отправени от Комитета на ООН за правата на хората с увреждания 2021 – 2026](#), 12 февруари 2021 г.

⁸ Министерски съвет (2020), [Национална стратегия за хората с увреждания 2021 – 2030 г.](#), 23 декември 2020 г.

⁹ Министерски съвет (2020), [Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020 – 2030](#), 31 декември 2020 г.

¹⁰ Министерски съвет (2014), [Национална стратегия за дългосрочна грижа](#), 7 януари 2014 г.

- ¹¹ Министерски съвет (2018), [План за действие за периода 2018-2021 г. за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа](#), 19 януари 2018 г.
- ¹² Министерство на труда и социалната политика (2021), [Национална програма за заетост на хората с увреждания, съгласно чл.44, ал.1 от Закона за хората с увреждания](#)), 29 януари 2021 г.
- ¹³ Министерство на труда и социалната политика, [Национална програма за заетост и обучение на хора с трайни увреждания](#).
- ¹⁴ Министерство на труда и социалната политика (2019), [Национална програма за достъпна жилищна среда и лична мобилност](#), 20 август 2019 г.
- ¹⁵ Министерски съвет (2020), [Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020 – 2030](#), 31 декември 2020 г., стр. 89.
- ¹⁶ Doichinova, M. (2018), [The right to independent living of persons with disabilities - Case study report - Bulgaria](#), 16 ноември 2018 г.
- ¹⁷ Виж например Омбудсман на Република България (2014), [Доклад за дейността на Омбудсмана на Република България за 2013 г.](#)
- ¹⁸ Министерски съвет (2021), [План за действие за изпълнение на заключителните препоръки към Република България, отправени от Комитета на ООН за правата на хората с увреждания 2021 – 2026](#), 12 февруари 2021 г.
- ¹⁹ Министерски съвет (2021), [План за действие за изпълнение на заключителните препоръки към Република България, отправени от Комитета на ООН за правата на хората с увреждания 2021 – 2026](#), 12 февруари 2021 г.
- ²⁰ European Parliament (2018), [People under judicial disability in Bulgaria](#), Писмен отговор на въпрос P-003179-18 към Комисията, 13 юли 2018 г.
- ²¹ България, [Закон за лицата и семейството](#), 10 септември 1949 г. (последно изменение от 29 декември 2002 г.).
- ²² България, [Семеен кодекс](#), 1 октомври 2009 г. (последно изменение от 4 декември 2020), чл. 7.
- ²³ CRPD (2018), [Committee on the Rights of Persons with Disabilities examines the situation of persons with disabilities in Bulgaria](#), 4 септември 2018 г., прессъобщение.
- ²⁴ Съвет на Европейския съюз (2019), [Препоръка на съвета относно националната програма за реформи на България за 2019 г. и съдържаща становище на Съвета относно конвергентната програма на България за 2019 г.](#), COM(2019) 502 final, 5 юни 2019 г.
- ²⁵ Министерски съвет (2021), [План за действие за изпълнение на заключителните препоръки към Република България, отправени от Комитета на ООН за правата на хората с увреждания 2021 – 2026](#), 12 февруари 2021 г.
- ²⁶ Verbrugge, L. M. (1997), 'A global disability indicator', Journal of Aging Studies, Vol. 11, No. 4, pp. 337-362.
- ²⁷ Makkonen, T. (2016), [European Handbook on Equality Data](#), декември 2016 г.
- ²⁸ Това са, наред с други, Министерството на труда и социалната политика, Агенцията за социално подпомагане, Агенцията за хората с увреждания, Агенцията по заетостта, Националната експертна лекарска комисия и Националният осигурителен институт.
- ²⁹ България, [Закон за хората с увреждания](#), 18 декември 2018 г. (последно изменение от 11 декември 2020 г.), допълнителни разпоредби, пар. 1.
- ³⁰ За повече информация виж [интернет страницата на Агенция по заетостта](#).
- ³¹ България, [Правилник за прилагане на Закона за хората с увреждания](#), 1 януари 2019 г. (последно изменение от 11 декември 2020 г.), чл. 87.
- ³² Министерство на здравеопазването (2020), ['Информационната система за контрол на медицинската експертиза'](#), прессъобщение, 15 октомври 2020 г.
- ³³ Марков, Д. и Кунева, Л. (2019), [Преглед на данните и индикаторите за мониторинг на „уязвимостта“ на рисковите групи в България](#), София, НСИ (докладът е изготвен в рамките на Проект BGLD-3.001-0001 „Нови подходи за генериране на данни за трудно достижими групи от населението, изложени на риск от нарушаване на техните права“).
- ³⁴ Национален център по обществено здраве и анализи (2021), [Освидетелствани лица с призната трайно намалена работоспособност / вид и степен на увреждане](#).
- ³⁵ Виж също Eurostat (2020), [Self-perceived long-standing limitations in usual activities due to health problems by sex, age and income quantile](#), 17 декември 2020 г.
- ³⁶ WHO (2011) [World Report on Disability 2011](#), 14 декември 2011 г.
- ³⁷ Grammenos, S. and Priestley, M. (2020), [Europe 2020 data & people with disabilities - tables \(EU SILC 2018\)](#), European Disability Expertise, 11 септември 2020 г.
- ³⁸ Eurostat (2019) [Children's health in the EU in 2017: More than 95% of children in the EU considered to be in good or very good health](#), 5 февруари 2019 г., прессъобщение.
- ³⁹ Виж например Министерство на труда и социалната политика (2021), [Частична предварителна оценка на въздействието на Проект на Наредба за условията и реда за осигуряване на безвъзмездна преводаческа услуга на български жестов език](#), 21 юли 2021 г. Оценката отчита липсата на официални данни за точния брой на хората с увреден слух в България.
- ⁴⁰ Министерски съвет (2017), [План за действие за периода 2018-2021 г. за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа](#), 19 януари 2018 г.

1. Заетост и квалификация

Акценти

- Нивото на образование се различава значително между хората със и без увреждания. Делът на хората със завършено средно или висше образование сред хората без увреждания е близо 80 %, докато сред хората с тежки и не толкова тежки увреждания той е респективно 61,5 % и 57,3 %.
- Докато 77,9 % от хората без увреждания на възраст между 20 и 64 години са ангажирани с някакъв вид работа срещу заплащане, сред хората с не толкова тежки увреждания този дял е 48,8 %, а сред хората с тежки увреждания – 42,3 %. По-високото ниво на образование се утвърждава като основен фактор за наличие на заетост.
- Съществува значителна диспропорция между хората със и без увреждания по отношение на трудовия им статус. Хората с ограничения са много по-малко ангажирани с платена работа (16,9 % от хората със силни и 14,1 % от тези с не толкова силни ограничения), като значително по-голям дял са в условията на (ранно) пенсиониране (съответно 62,2 % и 74,1 %) или живеят от помощи за инвалидност (съответно 16,1 % и 6,4 %).
- Равнището на заетост е по-високо сред хората с увреждания на възраст 20-24 години и намалява с напредването на възрастта, което предполага, че реформата, въвела приобщаващото образование, вече е дала резултати.

Достъпът до заетост е от ключово значение за осигуряване на икономическа независимост и намаляване на риска от бедност и социално изключване за всеки човек, включително и за хората с увреждания. В член 27 от КПУХ се признава правото на хората с увреждания да работят наравно с останалите. Това включва правото на възможност за прехрана чрез свободно избрана или приета работа на пазара на труда и в работна среда, която да е отворена, недискриминационна и достъпна за хора с увреждания.

На равнище ЕС Директивата за равнопоставеност в заетостта¹ установява принципа за интегриране на хората с увреждания в заетостта чрез забрана на дискриминацията на работното място. Тя гарантира правото на разумно приспособяване на работните места към техните нужди като важно условие за равно третиране.

Политиките на ЕС също полагат усилия да гарантират равенството на хората с увреждания на пазара на труда. В Стратегията на ЕС за правата на хората с увреждания за периода 2021-2030 г. и в Принцип 17 от Европейския стълб на социалните права също така се признава значението на придобиването на подходящи умения и квалификации за намаляване на разликата в заетостта между хората със и без увреждания.²

Качествената заетост и достойното заплащане са тясно свързани с нивото на образование. В това отношение хората с увреждания в България са били в неравностойно положение в исторически план. Преди реформата от 2016 г. те посещаваха специализирани училища, като обикновено получаваха образование под средното, а над 16-годишна възраст имаха възможност да учат само в професионални интернати за хора с увреждания (социалните учебно-професионални центрове, СУПЦ), където можеха да получат квалификация за ограничен брой професии.

С приемането на Закона за предучилищното и училищното образование³ България въведе принципа на „приобщаващото образование“. Децата с увреждания се присъединиха към общообразователните училища с подкрепата на ресурсни учители.

Резултатите от тази реформа върху образователното равнище на хората с увреждания тепърва ще бъдат оценявани. Понастоящем възрастните хора с увреждания на пазара на труда имат

достъп до редица възможности за квалификация и обучение, но пропуските в основните умения не им позволяват да се възползват от тези възможности. Това, от своя страна, е пречка за намиране и задържане на платена работа на отворения пазар на труда.

На национално ниво Законът за хората с увреждания определя мерките за насърчаване и подкрепа на заетостта сред хората с увреждания. Той класифицира три вида работна среда – „обичайна“, „специализирана“ и „защитена“⁴ и предлага мерки за всеки от тях. Работодателите в „обичайната“ работна среда разполагат с квота, съгласно която 2 % от персонала в предприятия със 100 или повече служители трябва да са хора с трайни увреждания, а в предприятия с 50 до 99 служители – един човек. Програмите за приспособяване на работното място подпомагат работодателите в „специализираната“ среда да адаптират или оборудват работното място или да повишат квалификацията на служител с увреждане. Като част от третия вид среда, законът подкрепя кооперации и предприятия, в които хората с трайни увреждания представляват най-малко 20 % от персонала, и създава „центрове за защитена заетост“ за хора с множество, интелектуални или психосоциални увреждания.

Националната стратегия за хората с увреждания 2021-2030 г.⁵ и Националната стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020-2030 г.⁶ съдържат конкретни мерки за включване на хората с увреждания на пазара на труда. Те са насочени към реформиране на системата за оценка на работоспособността и за подобряване на включването на хората с увреждания в дигиталната икономика и икономиката, основана на знанието.

Основен инструмент за подпомагане на включването на хората с увреждания в пазара на труда е Националната програма за заетост и обучение на хора с трайни увреждания⁷, управлявана от Агенцията по заетостта. Тя предлага на всички хора с увреждания безплатни консултации и квалификационни курсове.

Въпреки всичко това, според последните налични данни към 2017 г., неравните възможности продължават значително да намаляват шансовете на хората с увреждания да участват в образователната система и съответно на пазара на труда.⁸ Според този доклад лошото здравословно състояние е фактор, който увеличава вероятността младите хора в България да не бъдат включени в заетост, образование или обучение със 145 %.

Законодателните и стратегически мерки, с изключение на курсовете за консултиране и обучение в областта на заетостта, се отнасят само за хората с трайни увреждания. Всички хора с намалена работоспособност под 50 % и тези, които се сблъскват с пречки в ежедневните дейности, но не са официално признати за хора с увреждания остават извън тях. Тези усилия изглеждат недостатъчни. Делът на лицата с намалена работоспособност на възраст между 15 и 64 години, които са заети, се е увеличил от 18,3 % през 2016 г. на 25,2 % през 2020 г.,⁹ но все още е значително по-нисък от същия дял сред общото население, който през 2020 г. възлиза на 52,7 %, сочат данните на НСИ.¹⁰

Официалните данни показват също, че броят на безработните лица с трайни увреждания (лица с над 50 % намалена работоспособност) е нараснал от 11 873 през 2019 г. на 12 428 през 2020 г. Те съставляват 5,1 % от всички безработни лица в България.¹¹ Наред с това българските власти признават, че осигуряването на възможности за работа на хората с увреждания е сериозно предизвикателство.¹²

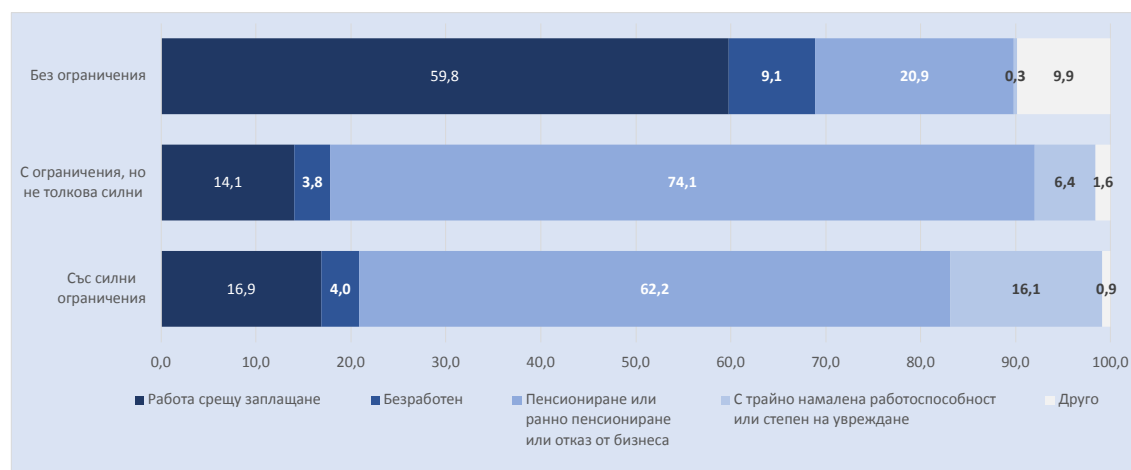
Хората с увреждания също често критикуват наличните програми и мерки като неефективни.¹³ Националните политики са подложени на критика и за небалансирания си подход: те насърчават субсидираната заетост и специализираните предприятия за хора с увреждания, без да предлагат индивидуална подкрепа, основана на оценка на индивидуалните нужди, необходими за практикуване на конкретна професия.¹⁴ Мерките за насърчаване на предприемачеството също не стимулират в достатъчна степен заетостта. Към август 2021 г. има общо 211 такива предприятия и кооперации, които предлагат работа на общо 2 205 служители

(между 20 и 30 % от които следва да са хора с увреждания), според официалните данни от регистъра на специализираните предприятия за хора с увреждания.¹⁵

Въпреки декларираните в националните стратегически документи усилия за активизиране на икономически неактивните лица, броят на хората в България, които са неактивни на пазара на труда поради заболяване или увреждане, но все още искат да работят (около 2800 души), е много по-малък от броя на хората в същото положение, които не искат да работят (около 208 500 души), сочат официалните данни.¹⁶ Необходими са допълнителни изследвания, за да се изясни защо. Неактивността може да бъде резултат от обективни пречки като недостъпна среда или дискриминация.

Проучването показва подобни резултати. То отбелязва значителна разлика в трудовия статус между хората със и без увреждания. Хората с увреждания много по-рядко са ангажирани с работа срещу заплащане (16,9 % от тези с тежки увреждания и 14,1 % от тези с не толкова тежки увреждания), а по-често са пенсионирани, понякога преждевременно пенсионирани (съответно 62,2 % и 74,1 %), или живеят от помощи за инвалидност (съответно 16,1 % и 6,4 %) (Графика 4).

Графика 4: Разпределение на лицата на 16 и повече години, декларирали наличие на ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, според трудовия им статус (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години (n = 26,380); претеглени резултати.

^b Въпрос от изследването: „Как бихте определили своя трудов статус понастоящем“.

^c Категорията „Друго“ включва отговорите „Ученик, студент, следдипломно обучение, неплатена работа“, „Домакин/ я (изпълнява домашни или семейни задължения)“, „Лице, което полага общественополезен труд“ и „Друго неактивно лице“.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Неравностойният достъп до пазара на труда и дискриминацията в заетостта са основни обезкуражаващи фактори, които трябва да се вземат предвид при тълкуването на данните за трудовия статус на хората с увреждания. Малкият брой наблюдения обаче ограничава статистическата надеждност на данните от проучването за дискриминацията на база увреждане при търсене на работа. Поради това те не са включени в анализа.

Този малък брой може да се тълкува по различни начини, напр. ниско ниво на дискриминацията на практика; предполагаема неспособност за разпознаване на дискриминация поради неинформированост; или малък брой хора с увреждания на свободния пазар, тъй като те предпочитат да търсят работа на защитени и субсидирани работни места.¹⁷ Друго възможно обяснение е, че България не е признала официално отказа на разумни улеснения за дискриминационен акт.¹⁸

Сравнението с наличните данни за ЕС показва значителни разлики в резултатите. Проучването на основните права показва, че хората с ограничения съобщават по-често за дискриминация в заетостта: 46 % от хората със силни ограничения съобщават, че са били дискриминирани на каквото и да е основание през петте години преди проучването, както и 34 % от хората с не дотам силни ограничения, което все пак е значително повече в сравнение с хората без ограничения.¹⁹ Това налага провеждането на допълнителни и по-целенасочени изследвания за разпространението на дискриминацията и нейното въздействие върху хората с увреждания в България.

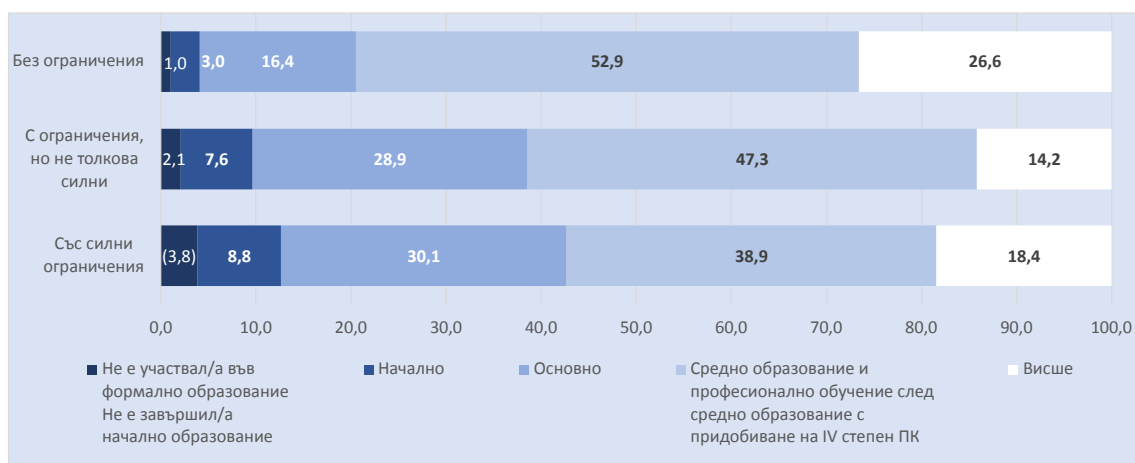
По-високото ниво на образование увеличава шансовете за заетост. Към 2020 г. около 68,5 % от българите в трудоспособна възраст (между 15 и 64 години)²⁰ работят срещу заплащане. Въпреки това делът на заетите лица с висше образование (87,6 %) или средно образование (78,7 %) е много по-висок от този на лицата с основно или по-ниско образование (32,1 %).²¹

През 2018 г. 13,7 % от хората с увреждания на възраст между 30 и 39 години имат висше образование в сравнение с 32,6 % от хората без увреждания.²² И все пак, според проучване, проведено само сред хората с трайни увреждания (хора с намалена работоспособност над 50 %), през 10-годишния период между 2009 г. и 2019 г. делът на тези от тях, които имат висше образование (вкл. степен „професионален бакалавър“), се е увеличил със 7 процентни пункта, а този на хората със средно образование – с 14 процентни пункта.²³ През 2020 г. 8 866 души със и без увреждания са придобили професионална квалификация (в сравнение със 17 192 през 2019 г.), а други 60 862 души са преминали някакво друго професионално обучение (63 319 през 2019 г.), сочат данните на Националната агенция за професионално образование и обучение (НАПОО).²⁴

Данните от проучването закономерно показват, че нивото на образование на хората с увреждания като цяло е по-ниско от това на хората без. Това е резултат подхода за специализирано образование на хората с увреждания в миналото. Докато делът на завършилите средно или висше образование е близо 80 % сред хората без ограничения, той спада съответно до 61,5 % и 57,3 % сред хората с не толкова тежки и тежки ограничения (Графика 5).

Ефектът от реформата на образователната система вероятно ще доведе до по-нататъшно намаляване на неравенствата с течение на времето. Ако проучванията се провеждат редовно, резултатите могат да покажат дали политиката и практиката на приобщаващото образование се нуждаят от по-нататъшно усъвършенстване – ако индикаторът продължава да показва разлики в момента, в който хората с увреждания, получили образованието си след реформата, достигнат пенсионна възраст.

Графика 5: Разпределение на лицата на 16 и повече години, декларирали наличие на ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, според степента на завършено образование (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години ($n = 26,249$); претеглени резултати.

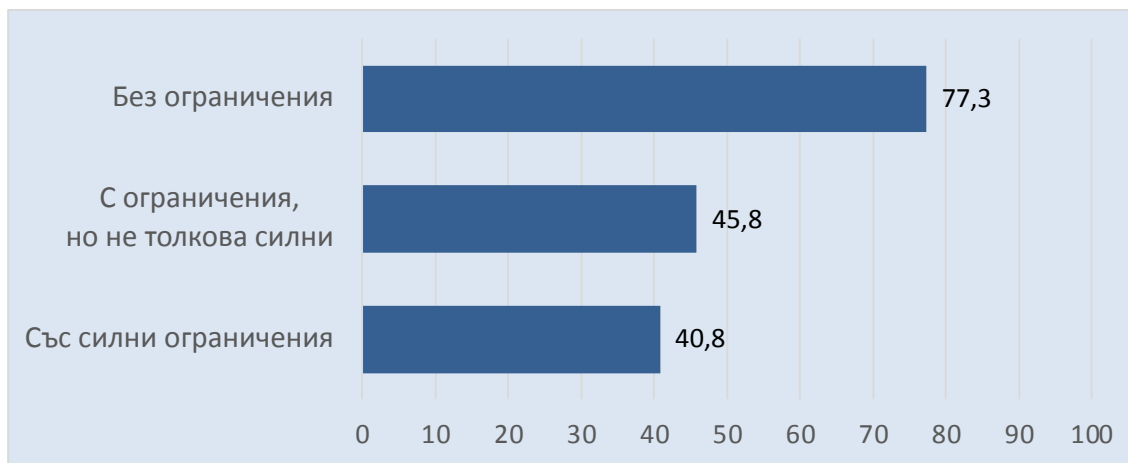
^b Оценки, базирани на малък брой случаи, са статистически по-малко надеждни. Поради това резултатите, базирани на 20 до 49 реално анкетирувани лица в цялата група – или базирани на клетки с по-малко от 20 лица – са отбелязани (стойността е публикувана в скоби). Оценки, базирани на по-малко от 20 реално анкетирувани лица в цялата група не се публикуват.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Повишаването на нивото на образование и квалификация на хората с увреждания води до по-високи нива на заетост. Два пъти повече хора с трайни увреждания са заети сега в сравнение с 2009 г.²⁵ Според настоящото проучване обаче все още съществува значителна разлика между дяловете на хората със и без ограничения, които работят. Докато между 40,8 % от хората със силни ограничения и 45,8 % от хората с не толкова силни ограничения декларират основния си статус като „ангажиран с работа срещу заплащане“, то този дял сред хората без ограничения е 80 % (Графика 6).

Ефективността и обхватът на прилаганите понастоящем политики в областта на заетостта се нуждаят от допълнителна оценка. Принципът на квотите за работодателите за хора с увреждания трябва да бъде преразгледан с оглед на неговата ефективност както за работодателите, така и за работниците. Засилването на мерките за повишаване на квалификацията, за да се постигне конкурентоспособност на общия пазар на труда, както и за подобряване на достъпността на работните места, за сметка на субсидиране и въвеждането на квоти би могъл да бъде устойчив принцип на стратегическо развитие. Това би могло да повиши равнището на заетост сред хората с увреждания в дългосрочен план.

Графика 6: Дял на лицата на възраст 20-64 години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които са декларирали, че техния основен статус в заетостта е „работа срещу заплащане или друг доход“ (включително самостоятелно зает, работещ в семейния бизнес без заплащане, стаж или участие във форми на обучение, за които се получава заплащане; отсъстващ поради отпуск по майчинство, болнични, годишен отпуск или работил срещу заплащане през последните четири седмици) (%)



Бележки: ^a От всички членове на домакинството на възраст между 20 и 64 години (n = 17,308); претеглени резултати.

^b Въпроси от изследването: „Как бихте определили своя трудов статус понастоящем?“; „През последните 4 седмици извършвали ли сте някаква работа срещу заплащане в пари или друг доход?“. Процентът заетост за населението като цяло [Ifsa_ergan] е базиран на концепцията на Международната организация на труда (МОТ). Заетото население на възраст 20-64 години включва тези лица, които през референтната седмица са извършвали някаква работа в продължение най-малко на един час срещу заплащане или облага или не са били на работа, но имат работа, от която временно са отсъствали.

^c Стойността, оставаща до 100%, включва неотговорилите на съответния/те въпрос/и.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

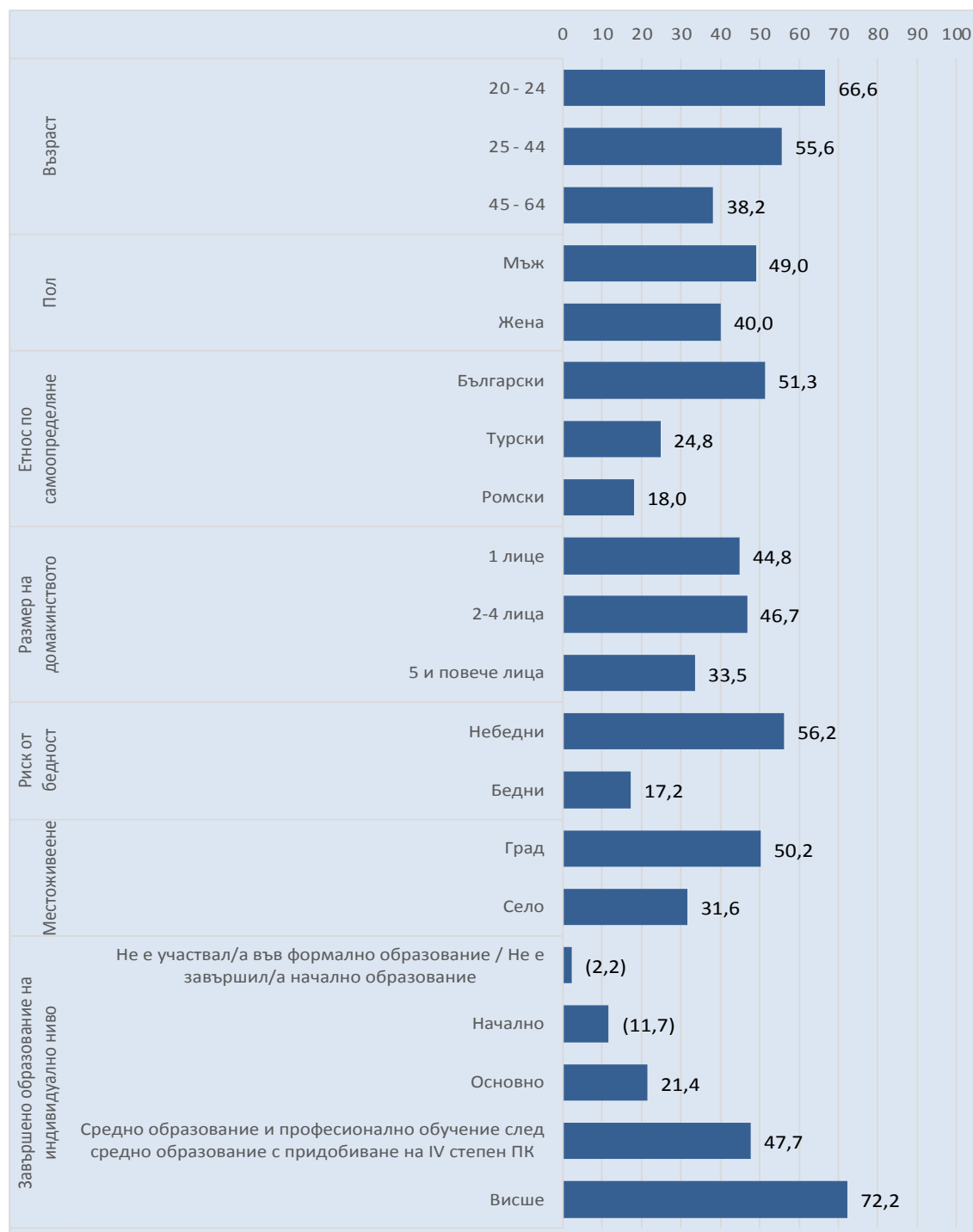
Когато направим разбивка на данните по различни социално-демографски характеристики, няколко групи хора с увреждания се открояват като особено уязвими по отношение на позицията си на пазара на труда. Сред хората с увреждания тези с по-ниско ниво на образование, живеещите в риск от бедност, в селски райони, както и хората, живеещи в по-големи домакинства, съобщават, че по-рядко работят срещу заплащане или друг доход от средното за общото население.

По отношение на образованието основен фактор, който трябва да се вземе предвид при тълкуването на данните, е реформата в образователната система. Съществувалата практика в миналото хора с увреждания да получават специализирано образование вече е изоставена. Така много хора, които по това време са били в училищна възраст, са останали без образование или с образование с по-ниско качество. Понастоящем делът на заетите лица с увреждания на възраст 20-24 години възлиза на 66,6 %, като с напредването на възрастта този дял става все по-малък. Тези наблюдения показват, че реформата на образователната система е довела до по-голям брой квалифицирани работници сред по-младите хора с увреждания.

Резултатите от проучването показват разлики в зависимост от етническа принадлежност по самоопределение. Хората с увреждания, които се самоопределят като българи, е много по-вероятно да имат платена работа (над 50 %), отколкото тези, които се самоопределят като хора от турски (около 25 %) или ромски произход (18 %). Вероятността жените с увреждания да работят е по-малка от тази на мъжете (Графика 7). Тези констатации могат да помогнат на тези,

които определят политиките, да адаптират по-добре различни програми, като например дейностите по консултиране на Агенцията по заетостта, за да отговарят по-добре на индивидуалните нужди на различните групи, включително на местно равнище.

Графика 7: Дял на лицата на възраст 20-64 години, декларирали наличие на силно или не толкова силно ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които са декларирали, че техния основен статус в заетостта е „работа срещу заплащане или друг доход“ (включително самостоятелно зает, работещ в семейния бизнес без заплащане, стаж или участие във форми на обучение, за които се получава заплащане; отсъстващ поради отпуск по майчинство, болнични, годишен отпуск или работил срещу заплащане през последните четири седмици) (%), по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживее и завършено образование на индивидуално ниво (%)



Бележки: ^a От всички членове на домакинството на възраст между 20 и 64 години, декларирали силни и нетолкова силни ограничения в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем (n = 1,200); претеглени резултати.

^b Въпроси от изследването: „Как бихте определили своя трудов статус понастоящем?“; „През последните 4 седмици извършвали ли сте някаква работа срещу заплащане в пари или друг доход?“. Процентът заетост за населението като цяло [Ifsa_ergan] е базиран на концепцията на Международната организация на труда (МОТ). Заетото население на възраст 20-64 години включва тези лица, които през референтната седмица са извършвали някаква работа в продължение най-малко на един час срещу заплащане или облага или не са били на работа, но имат работа, от която временно са отсъствали.

^c Стойността, оставаща до 100%, включва неотговорилите на съответния/те въпрос/и.

^d Оценки, базирани на малък брой случаи, са статистически по-малко надеждни. Поради това резултатите, базирани на 20 до 49 реално анкетирувани лица в цялата група – или базирани на клетки с по-малко от 20 лица – са отбелязани (стойността е публикувана в скоби). Оценки, базирани на по-малко от 20 реално анкетирувани лица в цялата група не се публикуват.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

¹ Директива 2000/78/ЕО на Съвета от 27 ноември 2000 година за създаване на основна рамка за равно третиране в областта на заетостта и професиите, ОВ 2000 L 303.

² Европейска комисия (2021), [Съюз на равенство: Стратегия за правата на хората с увреждания за периода 2021—2030 г.](#), COM(2021) 101 final, 3 март 2021 г. и Европейска комисия (2017), [Европейският стълб на социалните права в 20 принципа](#).

³ България, [Закон за предучилищното и училищното образование](#), 13 октомври 2015 г. (последно изменение от 18 септември 2020 г.).

⁴ България, [Закон за хората с увреждания](#), 18 декември 2018 г. (последно изменение от 11 декември 2020 г.), чл. 35.

⁵ Министерски съвет (2020), [Национална стратегия за хората с увреждания 2021 – 2030 г.](#), 23 декември 2020 г.

⁶ Министерски съвет (2020), [Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020 – 2030](#), 31 декември 2020 г.

⁷ Министерство на труда и социалната политика, [Национална програма за заетост и обучение на хора с трайни увреждания](#).

⁸ European Commission (2019), [Assessment of the people not in employment, education and training \(NEETs\) in Bulgaria and policy measures to effectively address their integration](#), Luxembourg, Publications Office of the European Union.

⁹ Национален статистически институт (2021), [Мониторстат: Коефициент на заетост за лица на възраст 15-64 навършени години с определена от ТЕЛК \(НЕЛК\)](#).

¹⁰ Национален статистически институт (2021), [Заети лица и коефициенти на заетост - национално ниво; статистически райони; области](#).

¹¹ Министерски съвет (2021), [Стратегия по заетостта на Република България 2021 – 2030](#), 15 юли 2021 г.

¹² Министерски съвет (2020), [Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020 – 2030](#) 31 декември 2020 г., стр. 8.

¹³ Doichinova, M. (2018), [The right to independent living of persons with disabilities - Case study report – Bulgaria](#), 16 ноември 2018 г. стр. 34

¹⁴ Kukova, S. (2019), [European Semester 2018/2019 country fiche on disability](#), Academic Network of European Disability Experts.

¹⁵ За повече информация виж пълния списък на предприятията на [интернет страницата](#) на регистъра.

¹⁶ Национален статистически институт (2021), [Лица извън работната сила - национално ниво; статистически райони; области](#). Данните за хората, които не са активни на пазара на труда поради заболяване или увреждане, но искат да работят, са по-малко надеждни, тъй като броят на респондентите е малък.

¹⁷ Виж например Министерство на труда и социалната политика, [Национална програма за заетост и обучение на хора с трайни увреждания](#).

¹⁸ Министерски съвет (2021), [План за действие за изпълнение на заключителните препоръки към Република България, отправени от Комитета на ООН за правата на хората с увреждания 2021 – 2026](#), 12 февруари 2021 г.

¹⁹ FRA (2021) [Equality in the EU 20 years on from the initial implementation of the Equality Directives](#). FRA opinion 1/2021, 30 април 2021 г., стр. 35.

²⁰ НСИ използва определението за трудоспособна възраст, започваща от 15 години и достигащо до пенсионната възраст за съответната година. Настоящите резултати от изследването обхващат населението на възраст 16 и повече години.

²¹ Национален статистически институт (2021), [Заети лица и коефициенти на заетост - национално ниво; статистически райони; области](#), 15 март 2021 г.

²² European Disability Expertise (2020), [Master tables concerning EU 2020: year 2018. Statistics on persons with disabilities](#) (данните се базират на EU-SILC 2018).

²³ Обединение „Инструменти за политики“ (2020), Изследване на промените в социално-икономическия статус на хората с увреждания спрямо 2009 г. и оценка потенциала на хората с увреждания и бизнеса за социална и трудова интеграция, включително гравитационен и мрежови анализ на капацитета на хората с увреждания като работен капитал), София, Обединение „Инструменти за политики“, стр. 33. Изследването се основава на проучване само сред хора с трайни увреждания (хора с намалена работоспособност над 50 %).

²⁴ За повече информация виж подробната статистика на [интернет страницата](#) на Агенцията.

²⁵ Обединение „Инструменти за политики“ (2020), Изследване на промените в социално-икономическия статус на хората с увреждания спрямо 2009 г. и оценка потенциала на хората с увреждания и бизнеса за социална и трудова интеграция, включително гравитационен и мрежови анализ на капацитета на хората с увреждания като работен капитал), София, Обединение „Инструменти за политики“, стр. 34. Изследването се основава на проучване само сред хора с трайни увреждания (хора с намалена работоспособност над 50 %).

2. Здраве

Акценти

- Делът на хората с тежки увреждания с непосредствени нужди от медицинска помощ поради финансови причини, дълги списъци с чакащи или прекомерно разстояние за пътуване надхвърля 20 %, докато същият дял сред хората с не толкова тежки увреждания е 6,6 %, но все пак е много по-висок от този сред хората без увреждания, където той е 1,9 %. По-младите хора с увреждания съобщават за непропорционално по-високо ниво на неудовлетворени нужди от медицинска помощ.
- Няма съществени разлики в честотата на посещенията при стоматолог между хората със и без увреждания. Делът на хората с увреждания (61,3 % сред хората с тежки увреждания и 70,4 % сред хората с не толкова тежки увреждания), които не са посещавали зъболекар повече от една година, е малко по-висок от този сред хората без увреждания (58,8 %).
- Въпреки че хората с увреждания посещават своите общопрактикуващи лекари много по-често от хората без увреждания, има значителен дял от тях, които не са се консултирали със своя общопрактикуващ лекар повече от една година – 9,3 % от хората с тежки и 14,8 % от тези с не толкова тежки увреждания.
- Индикаторът за времето, изминало от последното посещение при лекар специалист или хирург, не регистрира големи неравенства между хората със и без увреждания по отношение на достъпа до специализирано здравеопазване.

Равният достъп до навременни и качествени здравни грижи и рехабилитация е важен за хората с увреждания, за да поддържат добро качество на живот и да могат да участват активно в обществения живот. Член 25 от КПХУ предвижда, че държавите трябва да гарантират, че няма никаква дискриминация или диференциация в качеството и обхвата на здравните услуги на база на увреждане. Специализираните здравни услуги, свързани с уврежданията, също трябва да бъдат достъпни възможно най-близо до общностите на ползващите ги хора.

На равнище ЕС в Стратегията за правата на хората с увреждания за периода 2021-2030 г. се признава нуждата от подобрене за осигуряването на достъп до здравни грижи за хората с увреждания. В нея се заявява, че реформите следва да бъдат специфични за всяка държава, а дефицитите на здравните системи следва да бъдат укрепени на национално ниво с подкрепата на инструменти като Европейския здравен съюз.¹

По време на пандемията от COVID-19 хората с увреждания се оказаха особено уязвима група от гледна точка на човешките им права, тъй като по-високите рискове от усложнения от вируса доведоха до по-строги ограничения, особено в домовете за възрастни хора, а впоследствие и до риск от увеличаване на неудовлетворените медицински нужди. В отговор на това ЕС стартира програмата „ЕС в подкрепа на здравето“.² Тя има за цел да укрепи националните здравни системи за справяне с последиците от пандемията.

Дългогодишните проблеми на здравната система в България станаха особено видими по време на пандемията от COVID-19. Недостигът и неравномерното разпределение на медицинския персонал оказват непропорционално голямо въздействие върху хората с увреждания. Според официалните данни за 2020 г. в България има един лекар на 233 души от населението и един стоматолог – на 946 души.³ В страната има 342 лечебни заведения за болнична помощ, с 54 216 болнични легла, и още 2 098 лечебни заведения за извънболнична помощ.⁴ Както лечебните заведения, така и медицинският персонал, обаче, са неравномерно разпределени в страната.

От икономическа гледна точка достъпът до обществено здравеопазване зависи от редовното плащане на здравноосигурителни вноски. За хората в трудоспособна възраст това обикновено е свързано с наличието на платена работа. Тези разходи, заедно с плащанията в брой и разходите за лекарства, често представляват сериозна финансова бариера за хората с ниски доходи, особено за хората с увреждания, тъй като почти половината от хората със силни ограничения (49,8 %) и 46 % от хората с недотам силни ограничения живеят в риск от бедност. В същото време през 2020 г. центровете за спешна медицинска помощ и спешните отделения в болниците са обслужили общо 2 265 975 души,⁵ тъй като спешната помощ не е свързана със здравноосигурителни вноски и допълнителни парични плащания.

Проблеми като неравномерното разпределение на лекарите и лечебните заведения в страната и високите разходи за здраве засягат цялото население. В добавка липсата на специализирани извънболнични грижи и рехабилитация засяга предимно хората с дългогодишни ограничения, дължащи се на здравословни проблеми. Този проблем е особено актуален за хората с психични заболявания, за които „крайно неравномерното разпределение“⁶ на извънболничната помощ и подкрепата в общността са ключови.

През 2021 г. България въведе цялостна реформа в сектора на психичното здраве. Тя променя парадигмата му от фрагментиран набор неравномерно разпределени заведения за психиатрична помощ към система, функционираща въз основа на подход, който утвърждава правата на човека и е ориентиран към личността.⁷ Очаква се тази реформа да повлияе на живота на 14,5 % от населението на България, които имат чести психични разстройства през целия живот, според данните от 2017 г., цитирани в стратегията.⁸

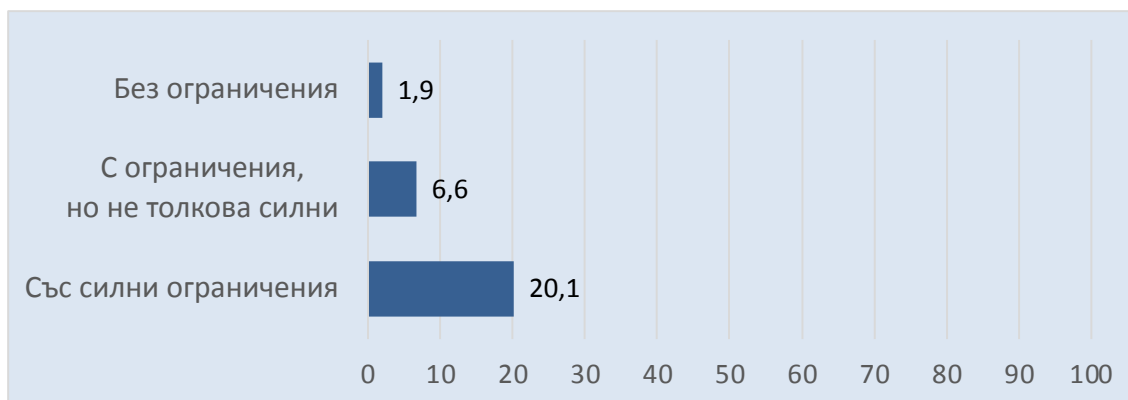
Към 2021 г. България няма национален стратегически документ, който да определя здравната политика. Проектът на Национална здравна стратегия 2021-2030 г. е публикуван за консултации със заинтересованите страни, но към края на 2021 г. не е приет.⁹ В него се изтъква липсата на холистичен подход и лошата координация между различните здравни специалисти при работата с хора с увреждания.

Държавата планира да реорганизира системата на експертиза за признаване на уврежданията. Националната политика не признава хората с хронични заболявания като хора с ограничения в ежедневните дейности. Тя по-скоро счита, че тези заболявания са фактори или причини за увреждането,¹⁰ и предлага превенцията като основна мярка за противодействие срещу тях.

В същото време проучване сред хората с трайни увреждания (хора с призната степен на увреждане над 50 %) показва, че по-голямата част от тази група (64 %) са с увреждания, причинени от хронични заболявания като сърдечносъдови болести, около 40 % са със заболявания, свързани с опорно-двигателния апарат, 26 % са с психични, неврологични и интелектуални заболявания, около 17-18 % са с увреждания на зрението и около 6-7 % са със заболявания на ушите, носа или гърлото. Делът на хората с множество здравословни проблеми се увеличава над 50-годишна възраст и рязко нараства след 60-годишна възраст.¹¹ Една реформа, въвеждаща социалния модел в системата за признаване на инвалидност, би трябвало да признава ограниченията на тези хора при оценката на здравните им нужди.

Резултатите от настоящото проучване показват значителна разлика между хората със и без увреждания по отношение на непосредствени медицински нужди. Сред хората със силни ограничения в ежедневните дейности повече от 20 % съобщават за непосредствени нужди от медицинска помощ поради финансови причини, дълги списъци с чакащи или прекомерно разстояние за пътуване. Сред хората, които имат не толкова силни ограничения или изобщо нямат ограничения, този дял е значително по-малък (съответно 6,6 % и 1,9 %) (Графика 8).

Графика 8: Дял от населението на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които са декларирали непосредствати нужди от медицинска помощ поради някоя от следните причини: „Финансови причини“, „Твърде дълго се чака за преглед и лечение“ и „Прекалено отдалечено“ (всички три категории кумулативно) (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години ($n = 26,380$); претеглени резултати.

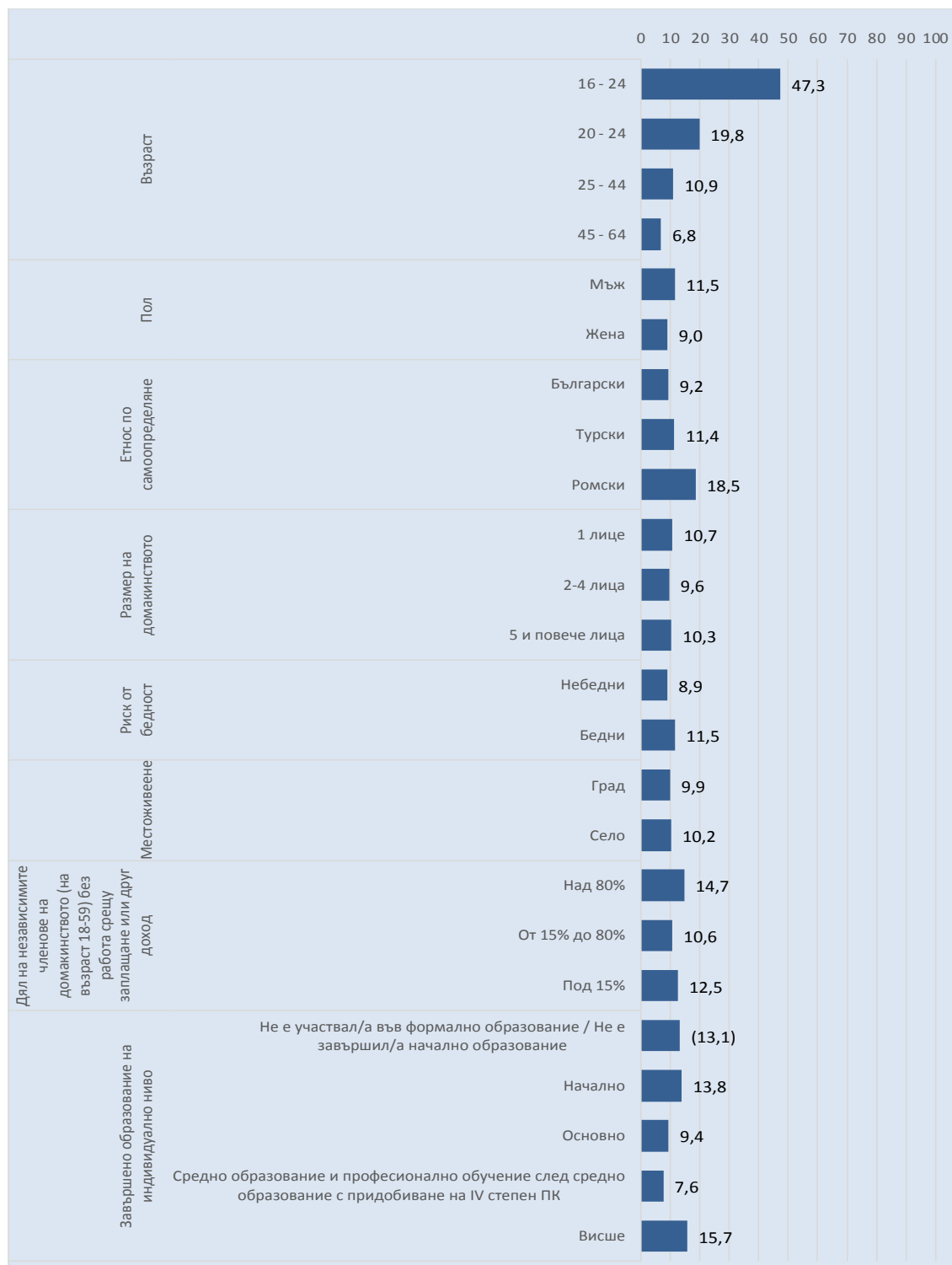
^b Въпрос от изследването: „Имали ли сте през последните 12 месеца случай, когато сте се нуждаели от медицински преглед или лечение, но не сте провели такова?“; ако да: „Коя беше основната причина, поради която не се консултирахте с медицинско лице? – Не мога да си позволя/прекалено скъпо/не се покрива от здравната каса ИЛИ твърде дълго се чака за преглед и лечение/нямам направление от личен лекар ИЛИ прекалено отдалечено/няма удобен транспорт“.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

По-младите хора с увреждания са изложени на по-висок риск от неудовлетворяване на медицинските им нужди. Етническата принадлежност също изглежда е фактор за това, тъй като хората, които се самоопределят като хора от турски или ромски етнос, съобщават за непосредствати медицински нужди много по-често, отколкото хората, които се самоопределят като българи. Мъжете с увреждания съобщават за неудовлетворени медицински нужди по-често (10,9 %), отколкото жените (9,0 %). Местоживеенето не изглежда да е фактор за наличие на непосредствати медицински нужди, тъй като сходни проценти от хората в градските и селските райони съобщават за такива.

По отношение на степента на образование най-високи нива на непосредствати нужди от медицинско обслужване има сред хората с висше образование (15,7 %) и с основно образование (13,8 %). Тези резултати изискват допълнителни изследвания, за да се определят причините за тях (Графика 9).

Графика 9: Дял от населението на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно или не толкова силно ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които са декларирали непосредствени нужди от медицинска помощ поради някоя от следните причини: „Финансови причини“, „Твърде дълго се чака за преглед и лечение“ и „Прекалено отдалечено“ (всички три категории кумулативно), по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживееене, интензитет на незааетост и завършено образование на индивидуално ниво (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години, декларирали силно или не толкова силно ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем (n = 4,250); претеглени резултати.

^b Въпрос от изследването: „Имали ли сте през последните 12 месеца случай, когато сте се нуждаели от медицински преглед или лечение, но не сте провели такова?"; ако да: „Коя беше основната причина, поради която не се консултирахте с медицинско лице? – Не мога да си позволя/прекалено скъпо/не се покрива от здравната каса ИЛИ твърде дълго се чака за преглед и лечение/нямам направление от личен лекар ИЛИ прекалено отдалечено/няма удобен транспорт“.

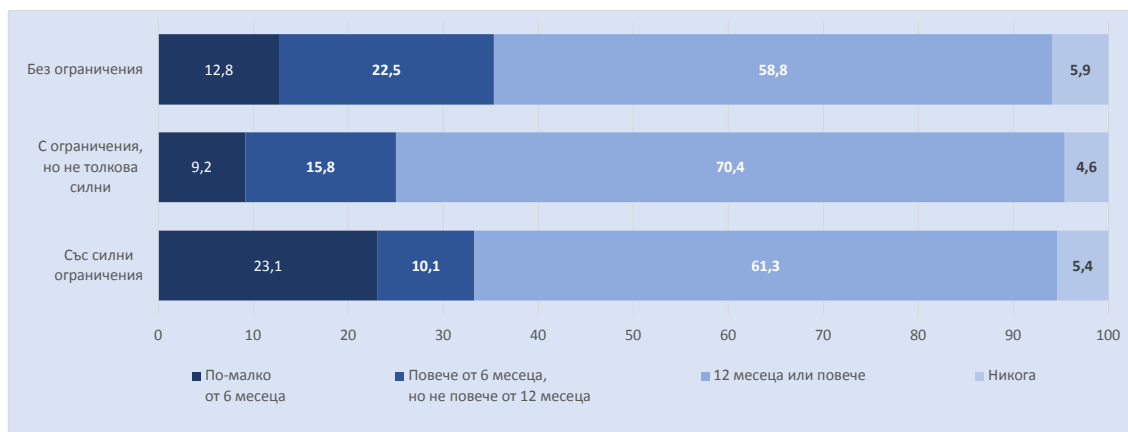
^c Оценки, базирани на малък брой случаи, са статистически по-малко надеждни. Поради това резултатите, базирани на 20 до 49 реално анкетирувани лица в цялата група – или базирани на клетки с по-малко от 20 лица – са отбелязани (стойността е публикувана в скоби). Оценки, базирани на по-малко от 20 реално анкетирувани лица в цялата група не се публикуват.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

В допълнение към дела на хората с непосредствени медицински нужди проучването изследва и честотата на посещенията на хората с увреждания при стоматолог, общопрактикуващ лекар или друг лекар специалист или хирург. Въпреки че няма общоприето разбиране за оптималната честота на стоматологичните прегледи, може да се приеме, че доброто орално здраве е трудно постижимо без редовни стоматологични прегледи поне веднъж годишно.¹² България отразява това разбиране и в правилата за предоставяне на безплатни стоматологични услуги, които Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) въведе. Според тях годишното покритие на стоматологичната помощ включва един обстоен преглед и три медицински процедури.¹³ Все пак това не означава, че всички хора, които се нуждаят от дентална помощ, могат да получат достъп до нея на практика, още повече че стоматологичните практики са предимно частни; те не винаги работят с НЗОК и изискват допълнителни плащания в брой.¹⁴ По този начин резултатите от проучването показват както достъпността на стоматологичната помощ, така и нейната териториална или инфраструктурна достъпност.

В този контекст данните от проучването не показват съществени разлики в честотата на посещенията при лекар по дентална медицина между хората със и без увреждания. Като цяло, според проучването, по-голямата част от населението не е посещавала зъболекар повече от една година. Този процент е малко по-висок сред хората с ограничения (61,3 % сред хората с тежки ограничения и 70,4 % сред хората с не толкова тежки ограничения), отколкото сред хората без ограничения (58,8 %) (Графика 10). Данните по-скоро подсказват, че основните дефицити в сектора на денталните грижи засягат по сходен начин хората със и без увреждания и трябва да се търси достъпност на денталните услуги за цялото население.

Графика 10: Обръщаемост към стоматолог: последно посещение при стоматолог на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години (n = 26,380); претеглени резултати.

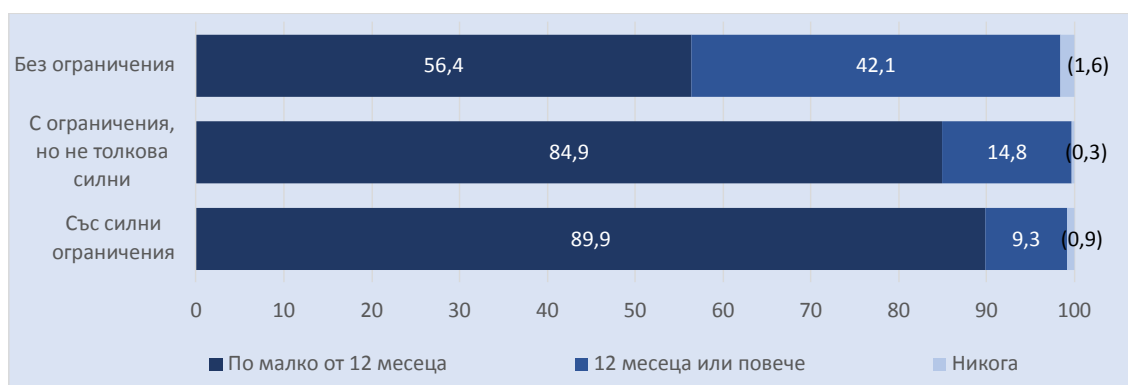
^b Въпрос от изследването: „Кога за последен път посетихте стоматолог или ортодонт (специалист по ортопедична стоматология) за себе си?“.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Хората без увреждания в България обикновено посещават общопрактикуващ лекар по две основни причини: здравословен проблем и профилактичен преглед. Здравните власти в България се опитаха да утвърдят значението на профилактиката за намаляване на разпространението на хроничните заболявания и уврежданията, като въведоха задължителни годишни профилактични прегледи.¹⁵ Много хора с хронични заболявания и дълготрайни здравословни проблеми, каквито са хората с увреждания, трябва да приемат лекарства в дългосрочен план. Те трябва редовно да посещават общопрактикуващите лекари, за да получават рецептите си. Като се има предвид това, се очаква броят на хората, които не са посещавали личния си лекар повече от една година, да бъде незначителен.

Не са изненадващи резултатите от проучването, които показват че хората с увреждания посещават своя общопрактикуващ лекар много по-често, отколкото хората без увреждания (Графика 11). Въпреки това голяма част не са се консултирали с общопрактикуващия си лекар повече от година (9,3 % от хората със силни ограничения и 14,8 % от тези с не толкова силни ограничения). Това налага провеждането на допълнителни изследвания, за да се проучат рисковете от уязвимост, на които могат да бъдат изложени тези хора.

Графика 11: Обръщаемост към личен лекар: последна консултация с личен лекар на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години (n = 26,380); претеглени резултати.

^b Въпрос от изследването: „Кога за последен път се консултирахте с Вашия личен лекар за себе си?“.

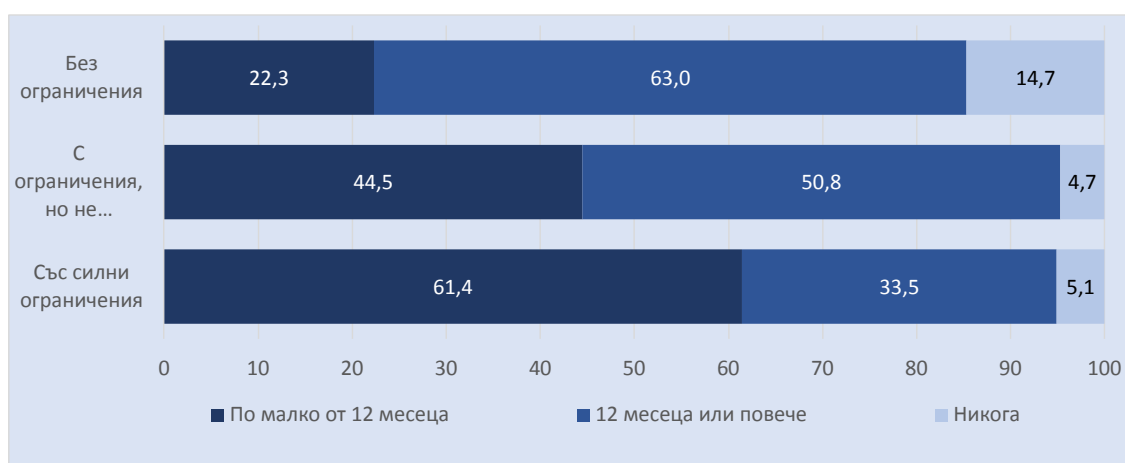
^c Оценки, базирани на малък брой случаи, са статистически по-малко надеждни. Поради това резултатите, базирани на 20 до 49 реално анкетирувани лица в цялата група – или базирани на клетки с по-малко от 20 лица – са отбелязани (стойността е публикувана в скоби). Оценки, базирани на по-малко от 20 реално анкетирувани лица в цялата група не се публикуват.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Хората обикновено се консултират с лекар специалист или хирург, когато здравословните им проблеми изискват специализирана медицинска експертиза или намеса. В рамките на българската здравна система НЗОК покрива изцяло или частично много услуги, които медицинските специалисти или хирурзите предоставят на хората с валиден здравноосигурителен статус, в съответствие с рамковия договор, сключван между Касата и Българския лекарски съюз, който подлежи на редовен преглед и актуализация.¹⁶

Хората с ограничения се консултират с такива специалисти по-често, отколкото хората без ограничения (Графика 12). Делът на хората със силни ограничения, които са се консултирали с медицински или хирургически специалист през последните шест месеца (61,4 %), е около три пъти по-висок от този на хората без ограничения (22,3 %). Като се има предвид неравномерното разпределение на медицинските специалисти и лечебните заведения в страната, както и бариерите пред достъпността, с които често се сблъскват хората с увреждания, тези данни трябва да се вземат предвид при разработването на политики в областта на здравеопазването.

Графика 12: Обръщаемост към лекар специалист или стоматолог - хирург: последно посещение при лекар специалист или стоматолог - хирург на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години (n = 26,380); претеглени резултати.

^b Въпрос от изследването: „Кога за последен път се обърнахте към лекар специалист или стоматолог - хирург за себе си“.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Анализиран като цяло, тези показатели потвърждават заключенията на националните стратегически документи, че разликите в непосредствените нужди от медицинска помощ на хората със и без увреждания се дължат по-скоро на липсата на равен достъп до високоспециализирани здравни грижи (насочени към редки болести и увреждания), рехабилитация и адаптирани социално-медицински услуги, отколкото на лошия достъп до общата здравна система. Комитетът на ООН за правата на хората с увреждания потвърждава тези препоръки.¹⁷

Един от факторите, които трябва да се вземат предвид при тълкуването на данните за здравното обслужване на хората с увреждания, е дискриминацията. Въпреки това, предвид малкия брой наблюдения, резултатите от проучването не са статистически надеждни за оценка на риска от дискриминация, на който хората с дълготрайни ограничения са изложени в действителност. Все пак неравностойното третиране изисква допълнителни изследвания, за да се анализира ефективно достъпът до здравни грижи на хората с увреждания. Анализ изискват и

други проблеми, като недостъпните медицински заведения,¹⁸ липса на удобен транспорт до и от болници и лекарски кабинети,¹⁹ недостатъчен капацитет на лекарите да извършват домашни посещения²⁰ и недостатъчна наличност на специализирана здравна помощ за хората, които се нуждаят от нея.²¹

¹ Европейска комисия (2020), [Съобщение на Комисията до Европейския Парламент, Съвета, Европейския Икономически и Социален Комитет и Комитета на Регионите. Изграждане на Европейски здравен съюз: подсилване на издръжливостта на ЕС на трансгранични заплахи за здравето](#), COM(2020) 724 final, 11 ноември 2020 г.

² [Регламент \(ЕС\) 2021/522 на Европейския Парламент и на Съвета от 24 март 2021 година за създаване на програма за действията на Съюза в областта на здравето \(програма „ЕС в подкрепа на здравето“\) за периода 2021—2027 г. и за отмяна на Регламент \(ЕС\) № 282/2014](#), L 107/1, 24 март 2021 г.

³ Национален статистически институт (2019), [Население на един лекар и на един лекар по дентална медицина по статистически зони, статистически райони и области](#).

⁴ Национален статистически институт (2019), [Лечебни и здравни заведения на 31.12 по статистически райони и области](#).

⁵ Национален център по обществено здраве и анализи (2021), [Обслужени лица от централните за спешна медицинска помощ и спешните отделения на лечебните заведения](#).

⁶ Министерски съвет (2021), [Национална стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030 г.](#), 23 април 2021 г., стр. 11.

⁷ Министерски съвет (2021), [Национална стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030 г.](#), 23 април 2021 г.

⁸ Министерски съвет (2021), [Национална стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030 г.](#), 23 април 2021 г., стр. 5.

⁹ България, [Проект на Национална здравна стратегия 2021-2030](#), 30 декември 2020 г.

¹⁰ Виж например България, [Проект на Национална здравна стратегия 2021-2030](#), 30 декември 2020 г., стр. 47.

¹¹ Обединение „Инструменти за политики“ (2020), Изследване на промените в социално-икономическия статус на хората с увреждания спрямо 2009 г. и оценка потенциала на хората с увреждания и бизнеса за социална и трудова интеграция, включително гравитационен и мрежови анализ на капацитета на хората с увреждания като работен капитал, София, Обединение „Инструменти за политики“, стр. 41. Изследването се основава на проучване само сред хора с трайни увреждания (хора с намалена работоспособност над 50 %).

¹² World Health Organization (2005), [How frequently should children and adults receive routine dental checks? Summary of a HEN network member's report](#), Copenhagen, World Health Organization.

¹³ Национална здравноосигурителна каса (2020), [Национален рамков договор за денталните дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския зъболекарски съюз за 2020 – 2022 г.](#), 1 декември 2020 г. (последно изменение от 23 декември 2020 г.).

¹⁴ България, [Проект на Национална здравна стратегия 2021-2030](#), 30 декември 2020 г. с. 33.

¹⁵ България, [Закон за здравето](#), 10 август 2004 г. (последно изменение от 12 март 2021 г.), чл. 209, ал. 1.

¹⁶ Национална здравноосигурителна каса (2020), [Национален рамков договор за медицинските дейности за 2020 – 2022](#) (последно изменение от 14 септември 2021 г.).

¹⁷ Министерски съвет (2021), [План за действие за изпълнение на заключителните препоръки към Република България, отправени от Комитета на ООН за правата на хората с увреждания 2021 – 2026](#), 12 февруари 2021 г., стр. 14.

¹⁸ България, [Проект на Национална здравна стратегия 2021-2030](#), 30 декември 2020 г. стр. 15.

¹⁹ България, [Проект на Национална здравна стратегия 2021-2030](#), 30 декември 2020 г. стр. 15.

²⁰ България, [Проект на Национална здравна стратегия 2021-2030](#), 30 декември 2020 г. стр. 33.

²¹ България, [Проект на Национална здравна стратегия 2021-2030](#), 30 декември 2020 г. стр. 5

3. Жилищни условия

Акценти

- Хората с увреждания са изложени на по-висок риск да живеят в лоши жилищни условия. 29,8 % от хората с тежки увреждания и 24,1 % от хората с не толкова тежки увреждания живеят в жилище, което е твърде тъмно, с течаш покрив или влажни стени, или без баня/душ или вътрешна тоалетна, докато същият дял сред хората без увреждания е 16,6 %.
- Социодемографските характеристики, които най-често се свързват с по-висок риск за живот в лоши жилищни условия, са етническата принадлежност, рискът от бедност и нивото на образование.
- Делът на хората със силни ограничения, живеещи в домакинства с недостатъчен брой стаи (33,0 %), е малко по-висок от дела на хората без ограничения (29,5 %) и на тези с ограничения, които не са силни (19,6 %).
- Хората с увреждания с по-ниско ниво на образование и тези, които се самоопределят като роми, съобщават, че по-често са изложени на пренаселеност заедно с хората, живеещи в градски райони.

Достъпът до подходящи жилища и технически помощни средства е от решаващо значение за качеството на живот, независимостта и включването в обществото на хората с увреждания. Член 19 от КПХУ предвижда, че държавите следва да гарантират правото на хората с увреждания да избират къде и с кого да живеят, както и да имат достъп до редица услуги в дома и подкрепа в общността. На равнище ЕС се очаква предложената директива на Съвета за прилагане на принципа на равно третиране на лицата без оглед на религиозна принадлежност или убеждения, увреждане, възраст или сексуална ориентация¹ да гарантира равното третиране на хората с увреждания, включително в областта на жилищното настаняване.

Хората с увреждания в България живеят в частни (семейна среда) или институционални домакинства като всеки от двата вида е свързан със специфични предизвикателства.

Към 2018 г. около 11 000 възрастни хора и хора с увреждания живеят в 161 специализирани институции.² През 2014 г. България прие Национална стратегия за дългосрочна грижа,³ с която започна процес на деинституционализация на възрастните хора с увреждания, живеещи в затворени институции, основани на медицинския модел. Националната политика е приела подхода за изграждане на резидентни услуги в общността, предлагащи различна степен на грижа и подкрепа, които се очаква да заменят съществуващите в момента институции.⁴ Този вариант беше предпочетен пред осигуряването на подкрепа в общността за хората, живеещи в собствените си домове.

Националната жилищна политика подкрепя хората с увреждания, живеещи в семейна среда. На национално ниво последната жилищна стратегия, която определяше политическата рамка за осигуряване на достъпни жилища за уязвими групи, изтече през 2018 г. Новата стратегия, изготвена да я замени, все още не е приета. В резултат на това, когато разглежда въпроси, свързани с жилищата, националната политика на България за хората с увреждания се позовава на новата стратегия в нейния проект.

От структурна гледна точка тя поставя жилищата в рамките на общия приоритет за осигуряване на достъпна архитектура за хората с увреждания. Стратегията определя две основни средства за подкрепа: целева помощ за осигуряване на медицински изделия и адаптиране на жилището, заедно с други помощни средства; и предоставяне на социални жилища. На

практика право на такава помощ имат самотно живеещи хора с увреждания и самотни родители на деца с увреждания, които живеят в общински жилища.⁵

Към момента активна програма за жилищно подпомагане е Националната програма за достъпна жилищна среда и лична мобилност. Тя финансира на проектен принцип и има два компонента: финансова подкрепа за закупуване или адаптиране на автомобил и финансова подкрепа за изграждане на рампи или асансьори в общите части на жилищните сгради.⁶ През 2020 г. в рамките на приоритета за адаптация на жилищната среда са подадени 80 проекта, от които 62 проекта на стойност 2,7 млн. лв. са допуснати до оценяване, а 49 (на стойност около 2 млн. лв.) са финансирани, за да обслужват нуждите на 82 души с увреждания.⁷

Кандидатстването по програмата е трудоемка процедура, която представлява значителна тежест за хората с увреждания, като сред затрудняващите условия са представяне на задължително писмо за подкрепа от териториално звено на АСП или подаване на документи за кандидатстване както по електронен път, така и на хартия.⁸ В този контекст един от въпросите, които допълнително трябва да бъдат проучени, е връзката между това колко достъпни са физически и финансово жилищата и доколко липсата на такива жилища в общността мотивира хората да отидат в институции. Към май 2017 г. в списъците на чакащите за социални услуги от резидентен тип са включени около 3 600 души. По-голямата част от тях (около 2 200) са възрастни хора и хора с интелектуални и психосоциални увреждания.⁹

Един от основните жилищни проблеми в България, особено за младите семейства, е финансовата достъпност на жилищата тъй като тя силно зависи от размера на доходите. Погасяването на дългосрочни ипотечни заеми изисква дългосрочни редовни доходи. Според неотдавнашно проучване такива ипотечни кредити на практика са достъпни за всички хора с доходи, близки до средните за страната.¹⁰ Като цяло доходите (обикновено от платена работа) и цените на жилищата остават основните фактори, определящи възможността на хората да придобият жилище.

В България цените на жилищата непрекъснато нарастват.¹¹

Когато става въпрос за хора с увреждания, финансовото състояние на домакинствата е повлияно от по-високия риск от бедност и безработица, както показва настоящото проучване. Невъзможността да се покрият разходите за ремонт и поддръжка може да бъде сред факторите, които ги принуждават да кандидатстват да живеят в резидентна грижа.

Освен от достъпна цена, хората с определени увреждания се нуждаят и от допълнителни приспособления както във външната, така и във вътрешната част на жилищата, което често води до още по-високи разходи за жилище. В тази връзка подкрепата на държавно и местно ниво, като например социални жилища и/или финансова помощ за подобрения, е от ключово значение за осигуряване на независимост и социално включване на хората с увреждания. Тежестта на разходите, свързани с жилището, е по-сериозна за хората с увреждания, като процентът на прекомерна тежест на тези разходи (домакинства, в които общите разходи, свързани с жилището, представляват повече от 40 % от разполагаемия доход) е 12,5 % за хората с увреждания в сравнение с 9,9 % за тези без увреждания, сочат данните на равнище ЕС.¹²

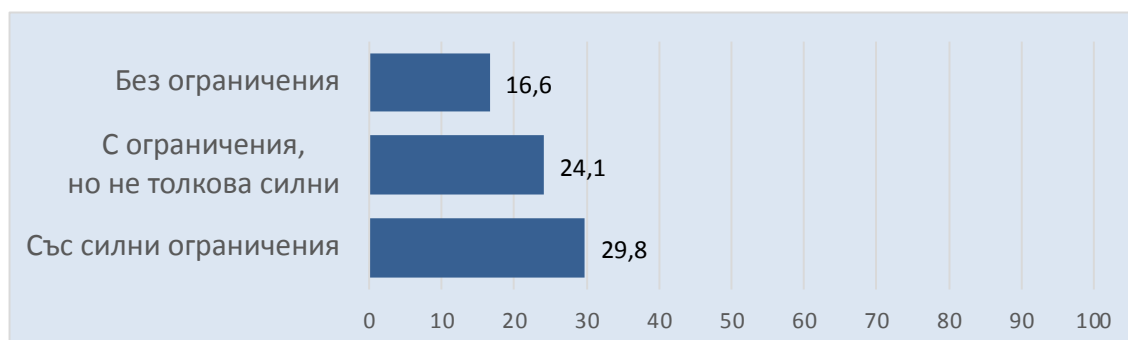
Освен това разходите за обновяване и ремонт на съществуващите сгради са допълнителна тежест за бюджета на домакинствата. Предполага се, че те засягат в най-голяма степен семействата с ниски доходи и в крайна сметка се отразяват отрицателно на условията им на живот. На национално равнище делът на разходите на домакинствата, свързани с жилището, и комунални услуги остава относително стабилен на около 14 % (в диапазона между 14,1 % през

2011 г. и 13,8 % през 2020 г.), но разходите за обзавеждане и ремонт почти се удвояват – от 2,8 % през 2011 г. до 4,2 % през 2020 г.¹³ Освен това през 2019 г. 18,5 % от домакинствата в селските райони са изразходвали повече от 40 % от располагаемия си доход за разходи, свързани с жилището, докато в градските райони този дял е 15,6 %, сочат данните на Евростат.¹⁴

България предлага целева финансова помощ за адаптиране на жилища и за наемане на общинско жилище. Потенциалните бенефициенти на тези програми обаче са ограничени до хора с намалена работоспособност над 90 % – за помощта за адаптиране на жилището и до хора с трайни увреждания (над 50 %) за помощта за наем.¹⁵

На този фон хората с увреждания са по-изложени на риска от това да живеят в лоши жилищни условия, определяни като жилище, което е твърде тъмно, с течащ покрив или влажни стени, или без баня/душ или вътрешна тоалетна. Според резултатите от проучването делът на хората със силни ограничения, живеещи в лоши жилищни условия (29,8 %), е почти два пъти по-висок от този на хората без ограничения (16,6 %). Делът на хората с не толкова силни ограничения, които живеят в лоши условия, също е значително висок (24,1 %) (Графика 13). По-високият риск да живее в лоши условия, ако човек има ограничения, показва, че въпреки усилията на правителството, жилищното настаняване на тази група хора изисква допълнителни мерки.

Графика 13: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, живеещи в лоши жилищни условия (в прекалено тъмно жилище или жилище с течащ покрив/мокри стени, под или без баня/душ или без тоалетна в жилището) (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години (n = 26,380); претеглени резултати.

^b Въпроси от изследването: „Кои от изброените проблеми, свързани с жилището имате?: Тъмно, недостатъчна светлина ИЛИ Течащ покрив, влажни стени, основи и т.н.“; „Има ли в жилището: Баня с душ или вана ИЛИ Тоалетна - Да, вътре в жилището ИЛИ Да, извън жилището“. Съответства на индикатора на Евростат Tessi291.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Дезагрегираните данни по конкретни социо-демографски характеристики показват, че някои групи хора с увреждания са изложени на по-висок риск да живеят в лоши жилищни условия. Разбивката по възраст и пол не показва големи разлики, но разбивките по етнически групи, образователен ценз, тип местоживеене и бедност разкриват съществени различия.

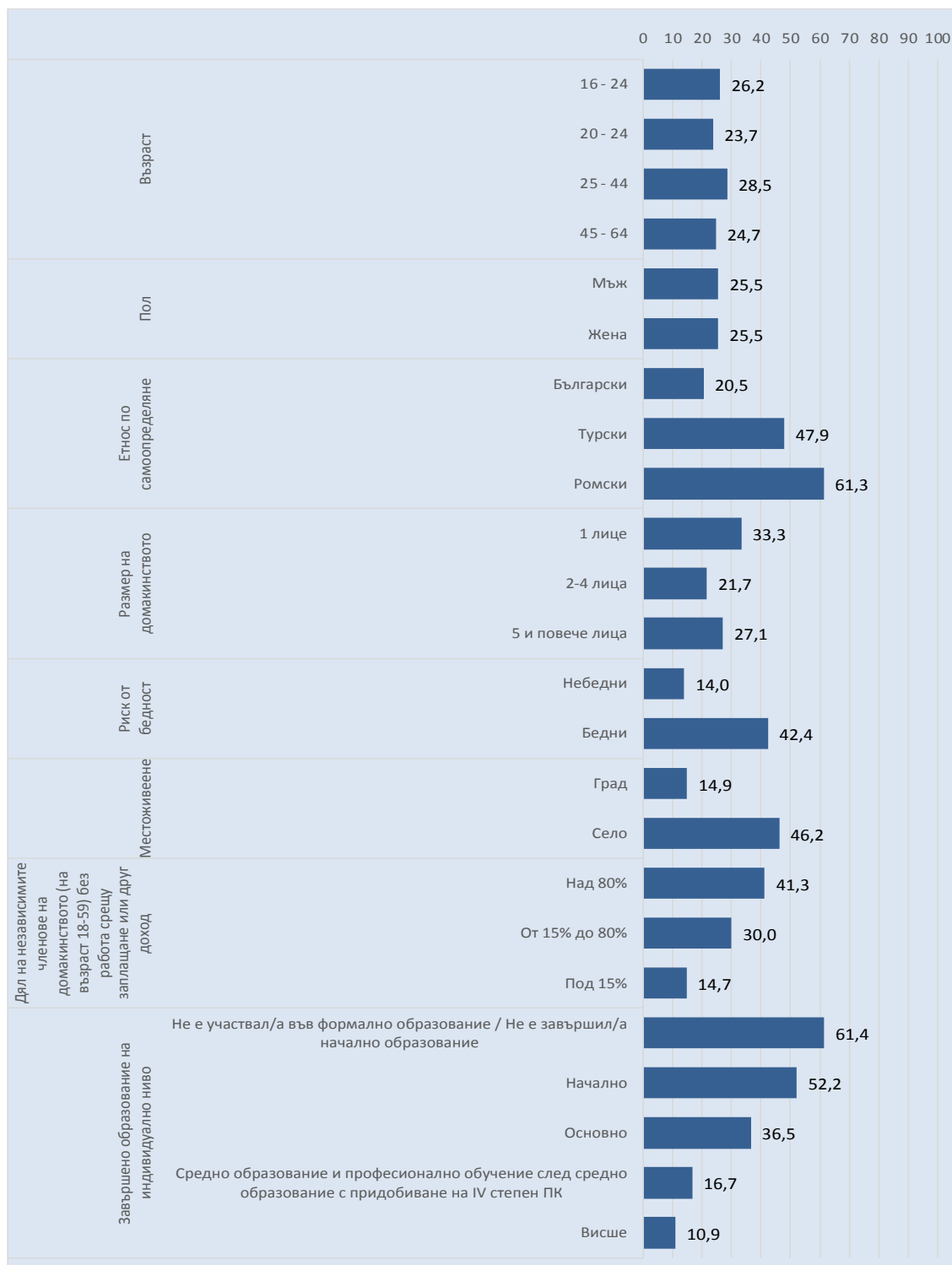
Бедността е основният фактор, свързан с лошите жилищни условия. Делът на хората с ограничения в риск от бедност, които живеят в лоши условия (42,4 %), е много по-висок от този на хората, които не са в риск от бедност (14,0 %). Тези резултати показват влиянието на икономическия статус на домакинствата върху жилищните им условия и показват, че политиките, свързани с жилищното настаняване, трябва да бъдат насочени специално към хората с увреждания.

Разликите, наблюдавани между хората от различни етнически групи, също са значителни: делът на хората с увреждания, живеещи в лоши жилищни условия, е най-висок сред ромското население (61,3 %), по-нисък сред лицата от турски етнос (47,9 %) и най-нисък сред българите (20,5 %).

Съществуват и съществени разлики по отношение на степента на образование и дела на членовете на домакинството, които работят срещу заплащане. Докато 10,9 % от хората с ограничения, които са завършили висше образование, живеят в жилищни лишения, 52,2 % от хората с основно образование са в подобно положение. По същия начин процентът на хората с ограничения, които живеят в лоши жилищни условия, е много по-висок сред тези, които живеят в домакинства, в които повече от 80 % от членовете в трудоспособна възраст нямат платена работа (41,3 %), отколкото сред тези, които живеят в домакинства, в които по-малко от 15 % от членовете в трудоспособна възраст нямат платена работа (14,7 %).

Съществени разлики се наблюдават и в резултатите за хората с увреждания по местоживееене. По-голям дял от хората с ограничения в селските райони (46,2 %) живеят в лоши условия, отколкото в градските райони (14,9 %). Хората с ограничения, които живеят сами, също са изложени на по-голям риск от лоши жилищни условия, отколкото хората, живеещи в по-големи домакинства (Графика 14).

Графика 14: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно или не толкова силно ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, живеещи в лоши жилищни условия (в прекалено тъмно жилище или жилище с течащ покрив/мокри стени, под или без баня/душ или без тоалетна в жилището), по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживееене, интензитет на незааетост и завършено образование на индивидуално ниво (%)



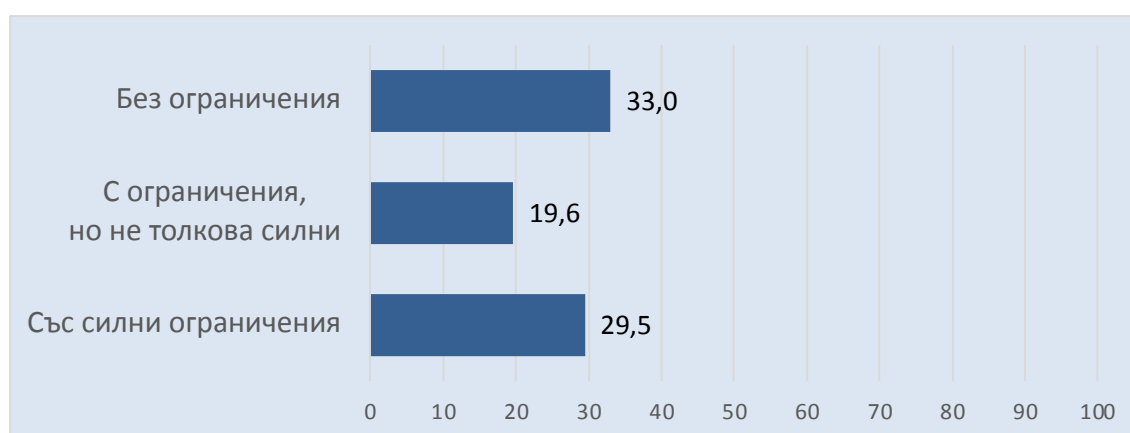
Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години, декларирали силно или не толкова силно ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем (n = 4,250); претеглени резултати.

^b Въпроси от изследването: „Кои от изброените проблеми, свързани с жилището имате?: Тъмно, недостатъчна светлина ИЛИ Течащ покрив, влажни стени, основи и т.н.“; „Има ли в жилището: Баня с душ или вана ИЛИ Тоалетна - Да, вътре в жилището ИЛИ Да, извън жилището“. Съответства на индикатора на Евростат Tessi291.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

За да измери пренаселеността, Евростат определя минимален брой стаи на човек в домакинството.¹⁶ Според тази дефиниция хората с увреждания не са изложени на по-висок риск от тези без ограничения, показват данните от проучването. Процентът на хората със силни ограничения, които живеят в домакинства с твърде малко стаи (33,0 %), е малко по-висок от процентите на хората без ограничения (29,5 %) и тези с ограничения, които не са толкова силни (19,6 %) (Графика 15).

Графика 15: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, живеещи в домакинство, което не разполага с минималния брой стай съгласно Европейската дефиниция за пренаселеност (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години (n = 26,380); претеглени резултати.

^b Въпрос от изследването: „Колко стаи има в жилището? (Включват се всички стаи с площ 4 и повече кв.м, без сервизни помещения (бани, килери, перални помещения и др.))“.

^c Степен на пренаселеност: Счита се, че човек живее в пренаселено домакинство, ако домакинството няма на разположение минимален брой стаи, равен на: една стая за домакинството; една стая на двойка в домакинството; една стая за всеки един човек на възраст 18 или повече години; една стая за всеки двама души от същия пол между 12 и 17 години; една стая за всеки един човек на възраст между 12 и 17 години не включен в предишната категория; една стая за всеки две деца под 12 години. Съответства на индикатора на Евростат ilc_lvho05a.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Дезагрегираните данни (Графика 16) показват, че рискът от живот в пренаселено жилище е по-висок сред младите хора с увреждания: 76 % от лицата на възраст между 16 и 24 години живеят в домакинства без минимален брой стаи.

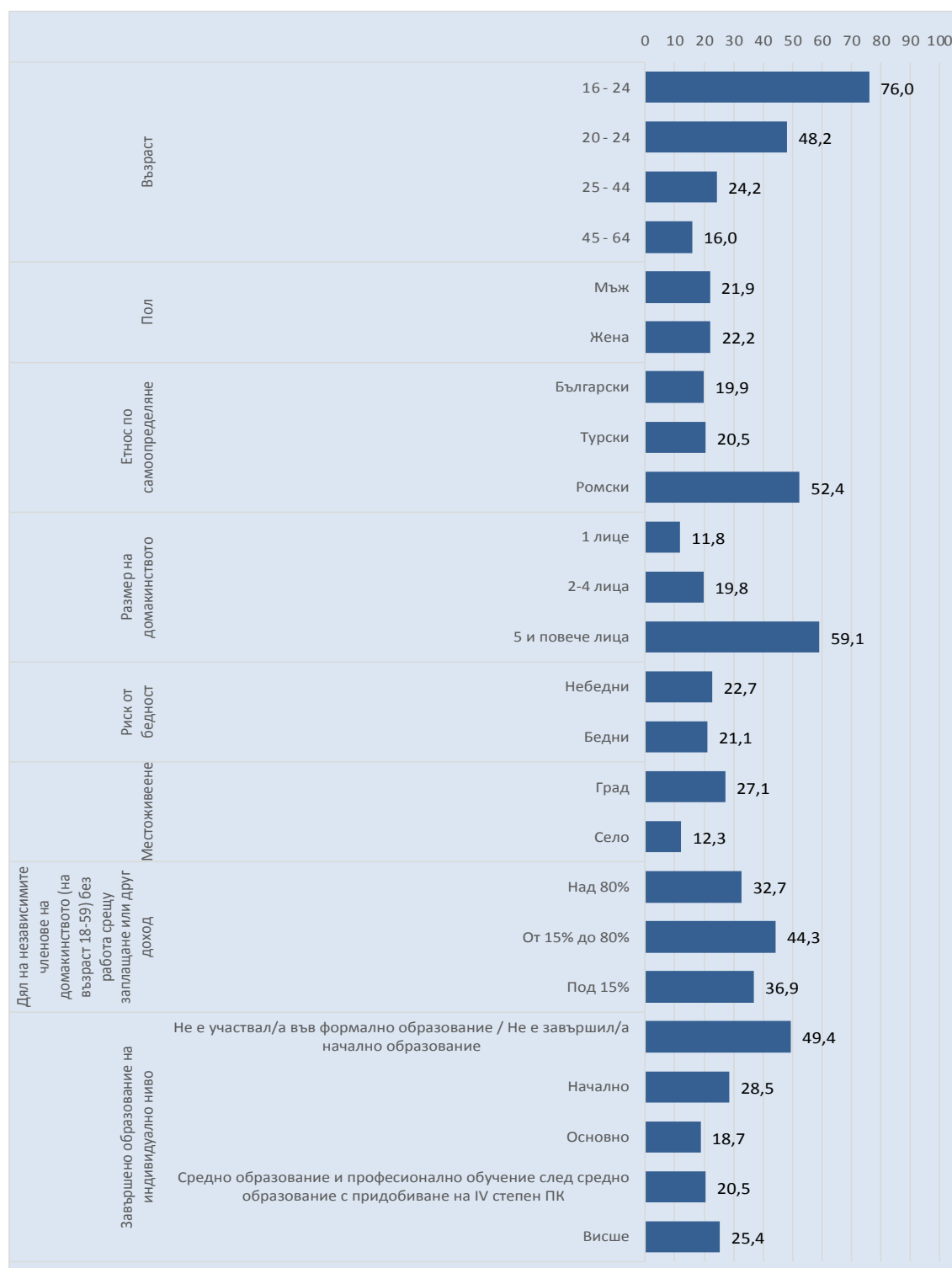
Разпределението по етнически произход показва съществени разлики. Делът на хората с увреждания, които живеят в пренаселени домакинства, е значително по-висок сред самоопределящите се като роми (52,4 %), в сравнение с тези, които се самоопределят като българи или турци (съответно 19,9 % и 20,5 %).

Хората с увреждания, живеещи в по-големи домакинства с пет или повече членове, са изложени на по-голям риск от пренаселеност (59,1 %). Въпреки това 11,8 % от хората с ограничения, които живеят сами, също не разполагат с минималния брой стаи.

Мъжете и жените с увреждания изглеждат еднакво изложени на пренаселеност. Равнището на безработица в домакинството също не личи да оказва влияние върху риска от пренаселеност. Съществува обаче значителна разлика между градските и селските райони: процентът на хората с ограничения, живеещи в пренаселени домакинства, е над два пъти по-висок в градовете (27,1 %), отколкото в селските райони (12,3 %).

По отношение на завършена степен на образование хората с ограничения, които не са завършили основно образование (49,4 %), се открояват като групата, която е най-застрашена да живее в домакинства без минимален брой стаи.

Графика 16: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно или не толкова силно ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, живеещи в домакинство, което не разполага с минималния брой стай съгласно Европейската дефиниция за пренаселеност, по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживее, интензитет на незааетост и завършено образование на индивидуално ниво (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години, декларирали силно или не толкова силно ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем (n = 4,250); претеглени резултати.

^b Въпрос от изследването: „Колко стаи има в жилището? (Включват се всички стаи с площ 4 и повече кв.м, без сервизни помещения (бани, килери, перални помещения и др.))“.
Съответства на индикатора на Евростат *ilc_mdho05*.

^c Степен на пренаселеност: Счита се, че човек живее в пренаселено домакинство, ако домакинството няма на разположение минимален брой стаи, равен на: една стая за домакинството; една стая на двойка в домакинството; една стая за всеки един човек на възраст 18 или повече години; една стая за всеки двама души от същия пол между 12 и 17 години; една стая за всеки един човек на възраст между 12 и 17 години не включен в предишната категория; една стая за всеки две деца под 12 години. Съответства на индикатора на Евростат *ilc_lvho05a*.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

¹ Европейска комисия, [Предложение за директива на Съвета за прилагане на принципа на равно третиране на лицата без оглед на религиозна принадлежност или убеждения, увреждане, възраст или сексуална ориентация](#), COM/2008/0426 final - CNS 2008/0140, 2 юли 2008 г.

² България, [План за действие за периода 2018-2021 г. за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа](#), 19 януари 2018 г.

³ Министерски съвет (2014), [Национална стратегия за дългосрочна грижа](#), 7 януари 2014 г.

⁴ За повече информация относно движещите сили и пречките пред деинституционализацията виж Doichinova, M. (2018), [The right to independent living of persons with disabilities - Case study report - Bulgaria](#), 16 ноември 2018 г.

⁵ За повече информация виж [интернет страницата на АСП](#).

⁶ За повече информация за програмата виж [интернет страницата на МТСП](#).

⁷ Министерство на труда и социалната политика (2021), [Годишен отчет 2020 за изпълнението на дейностите по компонент 1 "Достъпна жилищна среда" на Националната програма за достъпна жилищна среда и лична мобилност](#).

⁸ Министерство на труда и социалната политика (2021), [Обява за кампания 2021 за набиране на проектни предложения по компонент 1 „Достъпна жилищна среда“ на Националната програма за достъпна жилищна среда и лична мобилност](#), 23 ноември 2020 г.

⁹ Министерски съвет (2018), [План за действие за периода 2018-2021 г. за изпълнение на Националната стратегия за дългосрочна грижа](#), 19 януари 2018 г.

¹⁰ Славов, Й. (2021), [‘Накъде ще вървят жилищните цени в София’](#), (анализ), Капитал, 25 юни 2021 г.

¹¹ Индексът на цените на жилищата за първото тримесечие на 2021 г. възлиза на 6,7 % за новите жилища (над средната цена на годишна база) и 8,0 % за съществуващите. В същото време цените се различават значително между отделните региони: докато средната цена на квадратен метър в София се оценява на 1200 евро, в по-малките градове като Видин тя е 350 евро. За повече информация относно цените на жилищата виж Райфайзенбанк (2021), [‘Райфайзенбанк: Пазарът на имоти остава стабилен и по време на пандемията. Цените продължават да растат, но с по-нисък темп’](#), прессъобщение, 29 март 2021 г.

¹² Европейски парламент (2020) [Доклад относно достъпа за всеки до достойни жилища на разумни цени \(2019/2187\(INI\)\)](#), 8 декември 2020 г.

¹³ Национален статистически институт (2021), [Разходи на домакинствата – общ разход: годишни данни](#).

¹⁴ Eurostat (2021), [Is housing affordable? Housing cost overburden in cities and rural areas](#).

¹⁵ Агенция за социално подпомагане, [Право на целеви помощи](#).

¹⁶ Счита се, че дадено лице живее в пренаселено домакинство, ако това домакинство не разполага с минимален брой стаи, равен на: една стая за домакинството; една стая за двойка в домакинството; една стая за всяко лице на възраст 18 или повече години; една стая за две несемейни лица от един и същи пол на възраст между 12 и 17 години; една стая за всяко несемейно лице на възраст между 12 и 17 години, което не е включено в предходната категория; и една стая за две деца на възраст под 12 години. Показателят е представен по вид на домакинството. За повече информация виж Eurostat (2020), [Glossary: Overcrowding rate](#).

4. Бедност и социално изключване

Акценти

- Почти половината от хората със силни ограничения (43.3 %) и малко по-малък дял от тези с не толкова тежки ограничения (39.6%) живеят в риск от бедност в сравнение с 19.9 % от хората без ограничения.
- Възрастта се потвърждава като основен фактор, определящ риска от бедност както сред хората с увреждания, така и сред хората без. Полът също изглежда е фактор, тъй като повече от половината от жените с ограничения живеят в риск от бедност (45.5 %) спрямо 33.2 % от мъжете. Едночленните домакинства от хора с увреждания са три пъти (75,1 %) по-често изложени на риск от бедност в сравнение с домакинствата с от 2 до 4 души (25,5 %).
- Делът на хората, живеещи в домакинства, в които поне един човек си е лягал гладен през последния месец поради липса на достатъчно средства за храна, е два пъти по-висок при хората със силни ограничения (6,0 % и 4,6 % сред хората с недотам силни ограничения), отколкото съответният дял сред населението без ограничения (3,2 %).
- Данните от проучването показват, че делът на хората с дълготрайни ограничения, които нямат банкова сметка (43,5 % сред хората със силни ограничения и 42,3 % сред хората с ограничения, които не са толкова силни), е повече от два пъти по-висок от този сред хората без ограничения (20,7 %).
- Общо 11,8% от хората с тежки увреждания не могат да си позволят да закупят или да поддържат автомобил, докато този дял спада от 10,2% сред домакинствата, в които има хора с не толкова тежки увреждания, и до 8,6% сред домакинствата без членове с увреждания. Делът на хората с тежки увреждания, които не могат да си позволят основни комуникационни услуги, е по-висок от всички останали групи по отношение на интернет, телефон или телевизия.

Бедността и социалното изключване са сложни социални явления, които поставят материални и нематериални пречки, възпрепятстващи хората да живеят достойно и да участват активно в социалния живот.

В член 28 от КПУХ се признава правото на хората с увреждания на адекватен жизнен стандарт за тях и за техните семейства. По-специално, хората с увреждания и техните семейства, живеещи в бедност, следва да имат достъп до държавна помощ за разходите, свързани с уврежданията им, включително подходящо обучение, съвети и консултации, финансова помощ и социален патронаж.

На равнище ЕС в Принцип 17 от Европейския стълб на социалните права се признава правото на хората с увреждания на подпомагане на доходите, което им осигурява достоен живот, на услуги, които им позволяват да участват на пазара на труда и в обществото, както и на работна среда, адаптирана към техните нужди. В Стратегията на ЕС за правата на хората с увреждания за периода 2021-2030 г. се признава, че недостатъчното участие на пазара на труда, недостатъчната социална защита и допълнителните разходи, свързани с увреждането, са основните причини, поради които хората с увреждания и техните семейства са изложени на по-висок риск от финансова бедност. Тя призовава държавите членки да продължат да преодоляват пропуските в социалната защита на хората с увреждания.¹

България трайно е начело на класациите на Евростат за висок относителен дял на домакинствата живеещи с тежки материални лишения. В страната са регистрирани нива между 34,2 % през 2015 г. и 19,9 % през 2019 г., при средни нива за ЕС-27 от 5,6 % през 2019 г.² Според

данните от 2015 г. насам България всяка година е била държавата членка с най-високи нива на тежки материални лишения.

Страната също така неизменно се нарежда сред държавите с най-висок процент на хора, живеещи в риск от бедност в ЕС.³ Според данните делът на хората, изложени на риск от бедност в България, е постоянно по-висок от средния за ЕС от 2007 г. насам, когато България се присъедини към Съюза. Разликата в неравенството на доходите също непрекъснато се увеличава през последните години, като Индексът на Джини на Световната банка нараства от 33,6 през 2008 г. до най-високата стойност в ЕС – 41,3 през 2018 г.⁴

Националните власти признават, че много хора с увреждания живеят в риск от бедност.⁵ Дългосрочната безработица се счита за сериозно предизвикателство както за хората с увреждания, така и за членовете на техните семейства, които ги подкрепят в ежедневните им дейности.⁶

Към 2018 г. приблизително 49,5 % от хората с увреждания са били изложени на риск от бедност или социално изключване, сочат данните на EU-SILC. Това е с 19,5 процентни пункта повече от риска сред хората без увреждания, а също така надвишава с 20,7 процентни пункта средната стойност за хората с увреждания в ЕС. През 2018 г. коефициентът на заетост на хората с увреждания е бил сред най-ниските в ЕС (39,5 % в сравнение със средния за ЕС от 50,7 %), като разликата между тях и хората без увреждания е много голяма (около 34,2 процентни пункта).⁷

Националната стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020-2030 г. обхваща държавните политики, насочени към преодоляване както на последиците от бедността и социалното изключване (чрез системата за социално подпомагане), така и на основните фактори, които водят до тях: високи нива на безработица, продължителна неактивност на пазара на труда и ниско ниво на образование.⁸

Социалните трансфери са компонент на социалната подкрепа, който има пряко въздействие върху финансовото състояние на бенефициентите. На национално ниво хората с увреждания могат да получават пенсии за инвалидност и месечни финансови помощи. И двата вида пряка финансова подкрепа са обвързани с официалното признаване на увреждането и неговата продължителност. Хората, чиято работоспособност е намалена с поне 50 %, имат право да получават някоя от финансовите помощи.⁹

Законът за хората с увреждания урежда месечната финансова подкрепа за хората с увреждания.¹⁰ Нейният размер е функция на националната линия на бедност,¹¹ като нараства от 7 % за хората със степен на увреждане между 50 % и 79,99 %, до 57 % за хората с над 90 % увреждане, които получават „социална пенсия за инвалидност“ (271 лв.). Този доход е недостатъчен за хората, които не са ангажирани с платена работа, за да поддържат адекватен стандарт на живот, потвърждават данните за риска от бедност.

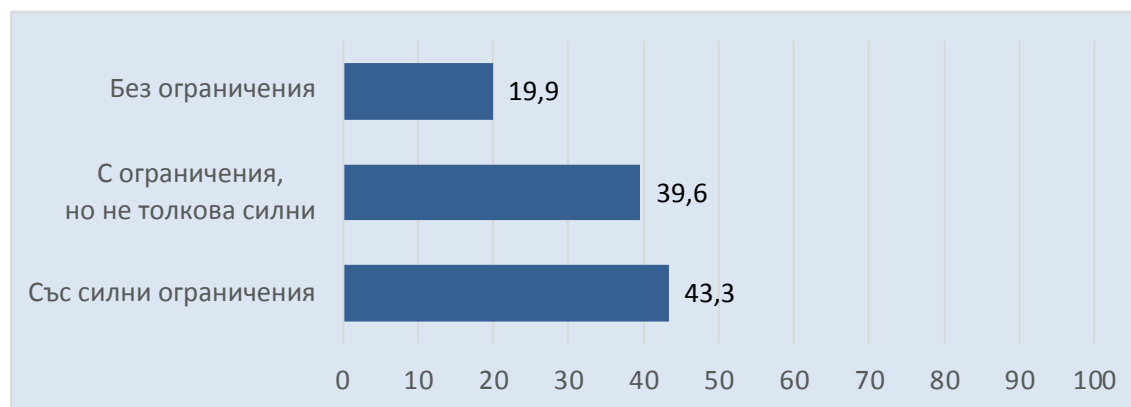
В същото време съществуват два важни параметъра на финансовата помощ съгласно националното законодателство. Единият е "гарантираният минимален доход"¹², който Министерският съвет определя като достатъчен за задоволяване на основните потребности на човека. Другият е „диференцираният минимален доход“, изчисляван на ниво домакинство, който зависи от броя на членовете на домакинството, техните доходи и имущество.¹³

Гарантираният минимален доход е определен за последен път през 2018 г. и е в размер на 75 лева на месец.¹⁴ Разликата между този доход и линията на бедност пречи на много хора, които се нуждаят от финансова помощ, да я получат. Огромното мнозинство от хората с увреждания смятат, че размерът на социалните трансфери е недостатъчен (90,8 %), а 41,9 % смятат, че е и неприемлив.¹⁵

Националната програма за храни е насочена към най-бедните хора. През 2020 г. 153 271 души с увреждания са получили основни хранителни продукти.¹⁶

Според данните от проучването съществува значителна разлика в степента на риск от бедност между хората със и без увреждания. Почти половината от хората със силни ограничения (43.3 %) и малко по-малък процент от тези с не дотам силни ограничения (39.6 %) живеят в риск от бедност, в сравнение с 19.9 % от хората без ограничения (Графика 17).

Графика 17: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, в риск от бедност (под 60% от медианния еквивалентен доход след социални трансфери) (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години (n = 26,380); претеглени резултати.

^b Изложените на риск от бедност са всички лица, които имат еквивалентен текущ месечен разполагаем доход на домакинствата под една дванадесета от националния праг на риска от бедност по данните за доходите и условията на живот (SILC) за 2019 г. (публикувани от Националния статистически институт; 413.04 BGN). Еквивалентният разполагаем доход е общият доход на едно домакинство, след данъчни и други приспадания, разделен на броя на членовете на домакинството, превърнат в приравнени възрастни; използва се така наречената модифицирана скала на ОИСП за еквивалентност (1-0.5-0.3).

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

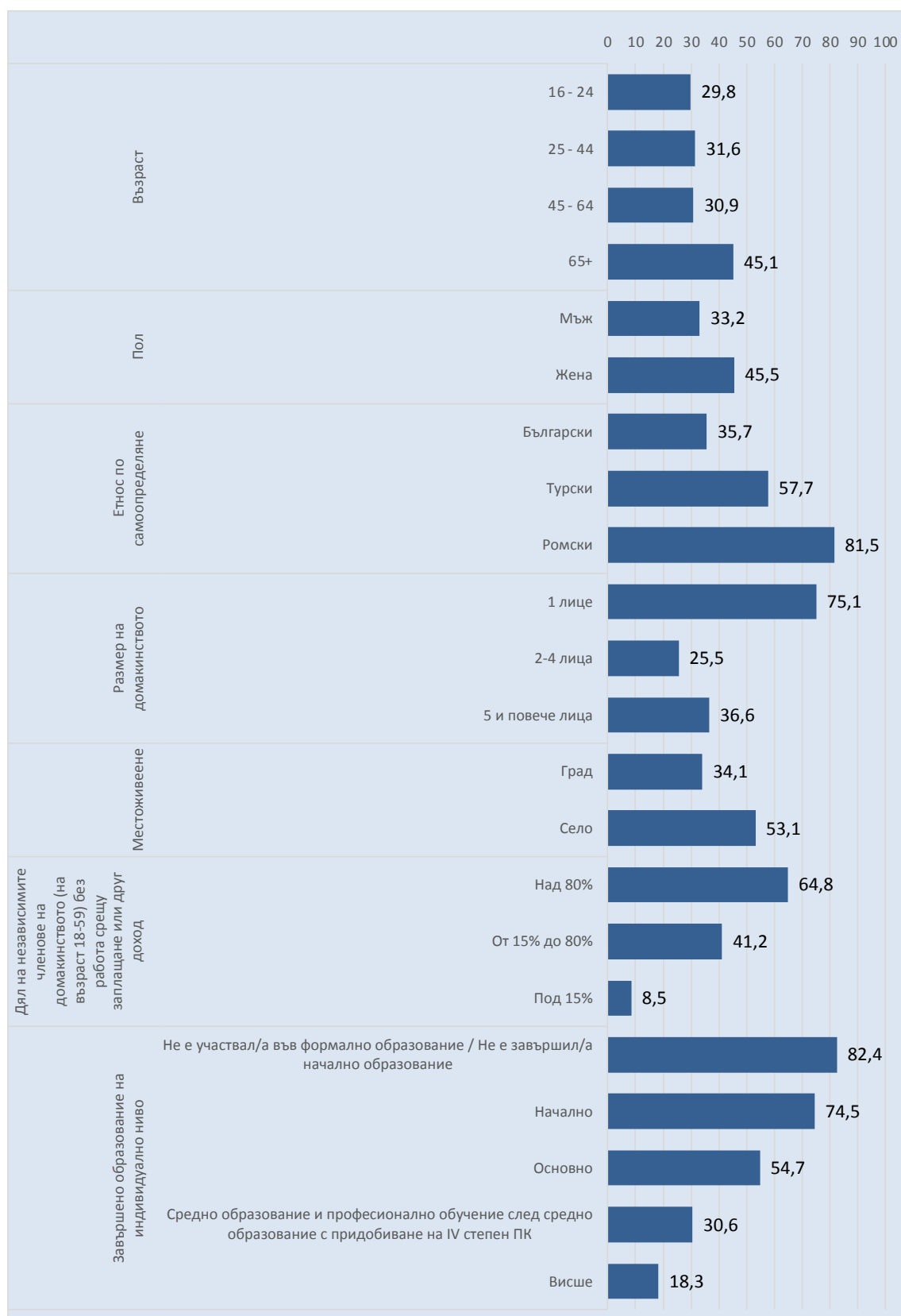
Възрастта е основен фактор, влияещ на риска от бедност както сред хората с увреждания, така и сред тези без увреждания.¹⁷ Почти половината от хората с увреждания над 65-годишна възраст (45,1 %) живеят в риск от бедност. Това е значително по-висок дял, отколкото сред всички останали възрастови групи, за които той варира между 33,9 % и 35,9 %. Същата тенденция се наблюдава и сред хората без увреждания, което показва, че социалните плащания са недостатъчни за поддържане на достоен живот, но хората с увреждания са по-уязвими на бедност.

Полът също изглежда е фактор. Повече от половината жени с увреждания живеят в риск от бедност (45.5 %) в сравнение с 33.2 % от мъжете. Въпреки че същата тенденция се наблюдава и сред населението като цяло (25,3 % от жените срещу 20.4 % от мъжете),¹⁸ разликата между половете е значително по-голяма сред хората с увреждания. Това налага да се обърне специално внимание на политиката за намаляване на бедността сред жените с увреждания.

Едночленните домакинства на хора с увреждания са изложени на три пъти по-голям риск от бедност (75,1 %) в сравнение с дву- до четиричленните домакинства (25,5 %). Липсата на платена работа в домакинството също е свързана с по-висок риск от бедност. Следователно заетостта също предпазва хората с увреждания от бедност, в подобна степен като при населението като цяло.

Степента на образование предпазва хората от бедност в същата степен. Сред хората с увреждания 21 % от тези с висше образование живеят в риск от бедност. Сред общото население само 7 % от живеещите в домакинство, чийто член има висше образование, са изправени пред тази ситуация (Графика 18).¹⁹

Графика 18: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно или не толкова силно ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, в риск от бедност (под 60% от медианния еквивалентен доход след социални трансфери), по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживее, интензитет на незаетост и завършено образование на индивидуално ниво (%)



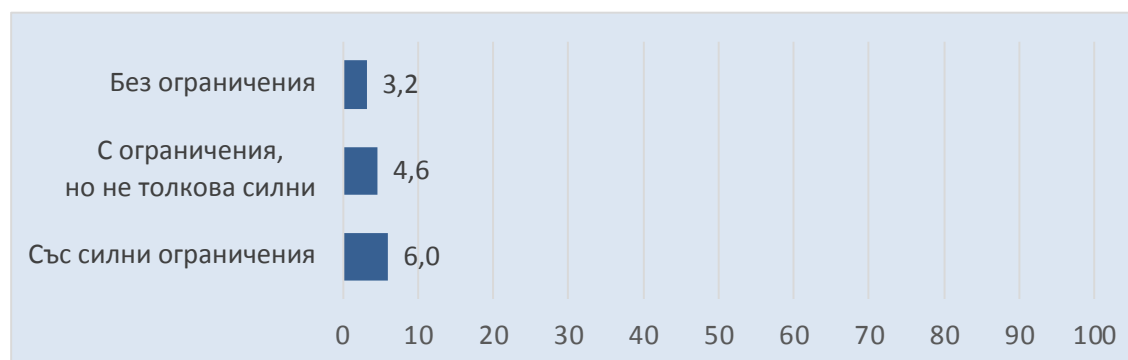
Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години, декларирали силно или не толкова силно ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем (n = 4,250); претеглени резултати.

^b Изложените на риск от бедност са всички лица, които имат еквивалентен текущ месечен разполагаем доход на домакинствата под една дванадесета от националния праг на риска от бедност по данните за доходите и условията на живот (SILC) за 2019 г. (публикувани от Националния статистически институт; 413.04 BGN). Еквивалентният разполагаем доход е общият доход на едно домакинство, след данъчни и други приспадания, разделен на броя на членовете на домакинството, превърнат в приравнени възрастни; използва се така наречената модифицирана скала на ОИСП за еквивалентност (1-0.5-0.3).

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Невъзможността да се осигури храна поради липса на пари е един от показателите за крайна бедност. Данните от проучването показват, че хората с дългогодишни ограничения са изложени на този риск в по-голяма степен, отколкото тези без увреждания. Делът на хората, които живеят в домакинства, в които поне един човек си е лягал гладен през последния месец, защото не е имало достатъчно пари за храна, е два пъти по-висок при хората със силни ограничения (6,0 % и 4,6 % сред хората с недотам силни ограничения), отколкото при хората без ограничения (3,2 %) (Графика 19).

Графика 19: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, живеещи в домакинства, в които поне едно лице от домакинството си е лягало гладно поради липса на достатъчно средства за храна (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години (n = 26,380); претеглени резултати.

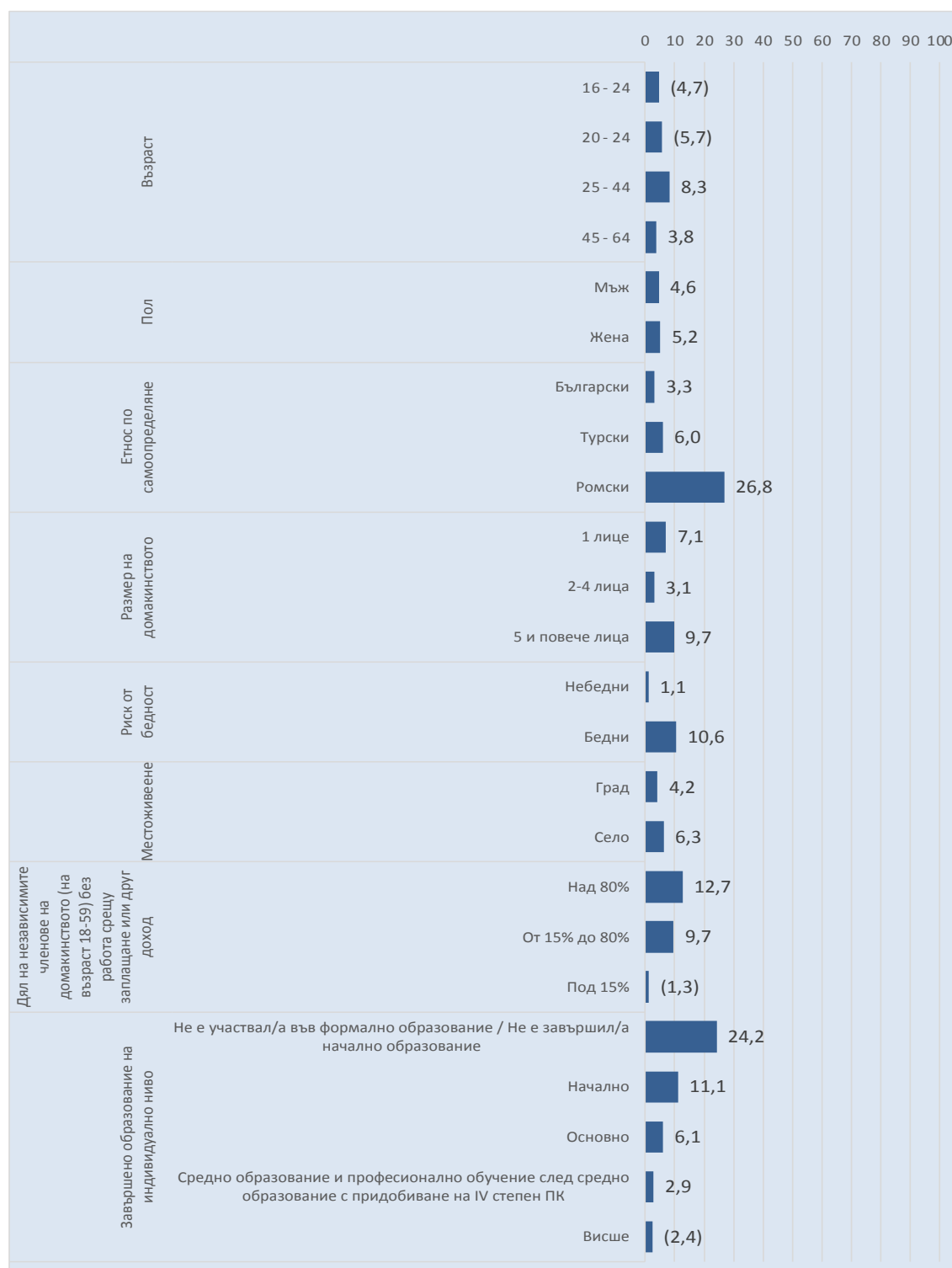
^b Въпрос от изследването: „През последния месец, Вие или някой от Вашето домакинство, лягали ли сте си гладни, защото не сте имали достатъчно пари за храна? Ако да, колко често се е случвало това през последния месец?“.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Данните, разбити по социално-демографски характеристики, потвърждават това, което се наблюдава в данните на национално равнище сред цялото население.²⁰ Ромите с увреждания се открояват като особено уязвими по отношение на риска да си легнат гладни (26,8 %), което е малко по-висок дял от този сред общото население с увреждания (24,1 %). Не е изненада и това, че рискът от глад в семейството се увеличава, когато делът на безработните му членове нараства. Същата зависимост се отнася и за нивото на образование.

Тези наблюдения потвърждават причините за бедността, посочени в стратегията за намаляване на бедността (Графика 20).

Графика 20: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, живеещи в домакинства, в които поне едно лице от домакинството си е лягало гладно поради липса на достатъчно средства за храна, по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживее, интензитет на незаеетост и завършено образование на индивидуално ниво (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години, декларирали силно или не толкова силно ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем (n = 4,250); претеглени резултати.

^b Въпрос от изследването: „През последния месец, Вие или някой от Вашето домакинство, лягали ли сте си гладни, защото не сте имали достатъчно пари за храна? Ако да, колко често се е случвало това през последния месец?“.

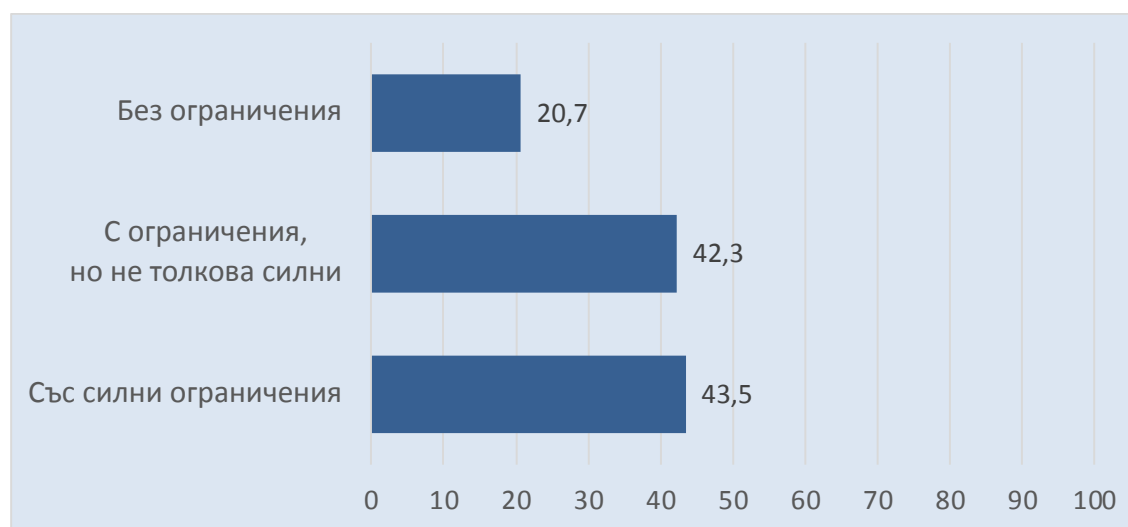
^c Стойността, оставаща до 100%, включва неотговорилите на съответния/те въпрос/и.

^d Оценки, базирани на малък брой случаи, са статистически по-малко надеждни. Поради това резултатите, базирани на 20 до 49 реално анкетирувани лица в цялата група – или базирани на клетки с по-малко от 20 лица – са отбелязани (стойността е публикувана в скоби). Оценки, базирани на по-малко от 20 реално анкетирувани лица в цялата група не се публикуват.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Според данните от проучването делът на хората с дълготрайни ограничения, които нямат банкова сметка (43,5 % сред хората със силни ограничения и 42,3 % сред хората с ограничения, които не са толкова силни), е повече от два пъти по-висок спрямо този на хората без ограничения (20,7 %). (Графика 21).

Графика 21: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които нямат банкова сметка (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години (n = 26,380); претеглени резултати.

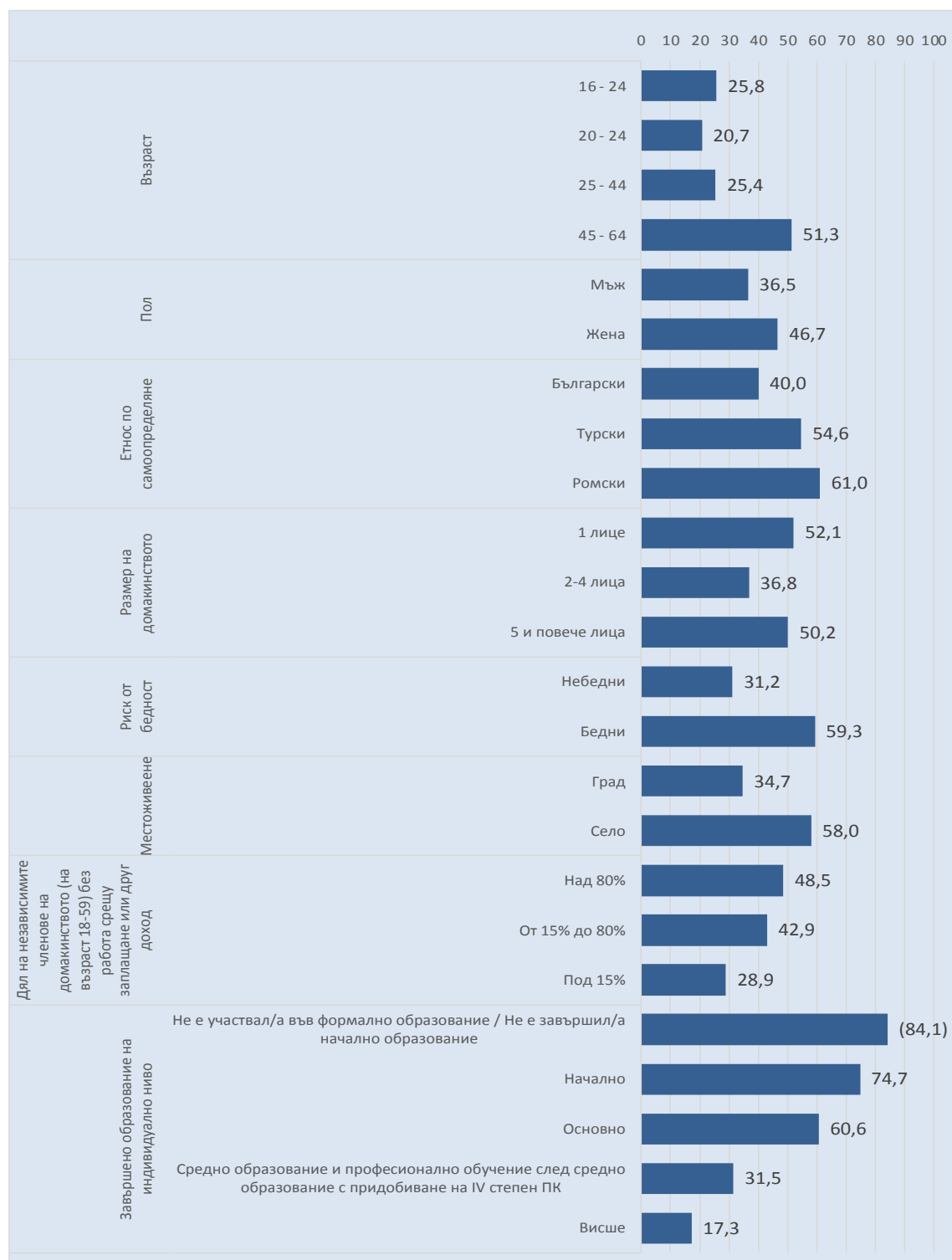
^b Въпрос от изследването: „Имате ли банкова карта (дебитна, кредитна) и/или банкова сметка?“.

^c Стойността, оставаща до 100%, включва неотговорилите на съответния/те въпрос/и.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Дезагрегираните данни показват, че възрастта е основен фактор за това човек с увреждане да няма банкова сметка, както и при общото население. Изглежда, че това засяга по-младите хора с увреждания в по-малка степен, отколкото общото население в същата възрастова група. Хората с увреждания, живеещи в селски райони, са особено засегнати в сравнение с общото население в селата (58 % спрямо 47 %). Безработицата в домакинството не увеличава дела на хората без банкови сметки сред хората с увреждания в същата степен, както и при общото население. По отношение на етническата принадлежност хората с увреждания, които са изложени на най-голям риск да нямат достъп до банкови услуги, са ромите (61,0 %), в сравнение с 54,6 % от етническите турци и 40,0 % от етническите българи (Figure 22).

Figure 22: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно или не толкова силно ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които нямат банкова сметка, по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживеене, интензитет на незааетост и завършено образование на индивидуално ниво (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години, декларирали силно или не толкова силно ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем (n = 4,250); претеглени резултати.

^b Въпрос от изследването: „Имате ли банкова карта (дебитна, кредитна) и/или банкова сметка?“.

^c Стойността, оставаща до 100%, включва неотговорилите на съответния/те въпрос/и.

^d Оценки, базирани на малък брой случаи, са статистически по-малко надеждни. Поради това резултатите, базирани на 20 до 49 реално анкетирувани лица в цялата група – или базирани на клетки с по-малко от 20 лица – са отбелязани (стойността е публикувана в скоби). Оценки, базирани на по-малко от 20 реално анкетирувани лица в цялата група не се публикуват.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Липсата на достъпен транспорт често пречи на хората с увреждания да извършват самостоятелно ежедневните си дейности и да участват в обществения живот. Ето защо достъпът им до личен транспорт показва тяхната независимост по отношение на мобилността.

Достъпността на личния транспорт е свързана и с допълнителна административна тежест и разходи за хората с увреждания, които искат да шофират. Те се нуждаят от специализирано разрешение да шофират, получавано от транспортна областна лекарска експертна комисия (ТОЛЕК). Такива комисии има само на пет места в страната: София, Пловдив, Варна, Бургас и Горна Оряховица.²¹

Националната програма за достъпна жилищна среда и лична мобилност²² предлага целева помощ за закупуване или адаптиране на превозно средство за хора с увреждания. Подобно на компонента си за достъпност (виж раздел „

¹ Европейска комисия (2021), [Съюз на равенство: Стратегия за правата на хората с увреждания за периода 2021 – 2030 г.](#), COM (2021) 101 final, 3 Март 2021 г., стр. 16.

² Eurostat (2020), [Severe material deprivation rate, 2015-2019](#), 22 април 2020 г.

³ Eurostat (2020), [At-risk-of-poverty rate by poverty threshold, age and sex](#), 17 декември 2020 г.

⁴ The World Bank (2020), [GINI Index \(World Bank Estimate\) – Bulgaria, European Union](#).

⁵ Министерски съвет (2020), [Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020 – 2030](#), 31 декември 2020 г., стр. 24.

⁶ За повече информация виж глава „Заетост и квалификация“.

⁷ Министерски съвет (2020), [Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020 – 2030](#), 31 декември 2020 г., стр. 24.

⁸ Министерски съвет (2020), [Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020 – 2030](#), 31 декември 2020 г.

⁹ За повече информация виж [интернет страницата на НОИ](#).

¹⁰ България, [Закон за хората с увреждания](#), 18 декември 2018 г. (последно изменение от 11 декември 2020 г.).

¹¹ До 2021 г. всяка година се публикуваха две различни линии на бедност. От една страна, НСИ публикуваше линия на бедност, изчислена съгласно правилата на Евростат като 60% от медианния еквивалентен доход след социалните трансфери въз основа на данните на EU-SILC за предходната година. От друга страна, правителството публикува своя собствена линия на бедност, която също се основава на данни от EU-SILC, но е изчислена по различна формула. Така за 2020 г. линията на бедност възлизаше на 363 лева според правителството и на 451 лева според НСИ. От 2021 г. правителството измени своята методология и я приведе в съответствие използваната от Евростат. Така от 2021 г. ще има официална линия на бедността, изчислена по методологията на Евростат, но използваща данни за предходна година като базови. За повече информация виж Министерски съвет (2019), [Методика за определяне на линията на бедност за страната](#), 27 септември 2019 г. (последно изменение от 17 август 2021 г.); България, Министерски съвет (2019), [Постановление № 275 от 1 ноември 2019 г. за определяне на размера на линията на бедност за страната за 2020 г.](#), 5 ноември 2019 г.

¹² България, [Закон за социалното подпомагане](#), 19 май 1998 г. (последно изменение от 11 август 2020 г.), чл. 12.

¹³ България, [Правилник за прилагане на Закона за социално подпомагане](#), 5 ноември 1998 г., чл. 9.

¹⁴ Министерски съвет (2017), [Постановление № 305 от 19 декември 2017 г. за определяне на нов месечен размер на гарантирания минимален доход](#).

¹⁵ Обединение „Инструменти за политики“ (2020), Част 2 от Окончателен доклад Мониторинг, анализ и оценка на ефективността, ефикасността и въздействието на стратегиите и политиките за правата на хората с увреждания, октомври 2020, стр. 28.

¹⁶ Агенция за социално подпомагане, [Програма за храни 2021-2027 г.](#)

¹⁷ Национален статистически институт, Агенция на ЕС за основните права и Център за изследване на демокрацията (2020), Ключови показатели за социално включване и основни права в България, София, Национален статистически институт (работен вариант на доклад, подготвен в рамките на проект BGLD-3.001-0001 „Нови подходи за генериране на данни за трудно достижими групи от населението, изложени на риск от нарушаване на техните права“), Глава 3.

¹⁸ Национален статистически институт, Агенция на ЕС за основните права и Център за изследване на демокрацията (2020), Ключови показатели за социално включване и основни права в България, София, Национален статистически институт (работен вариант на доклад, подготвен в рамките на проект BGLD-3.001-0001 „Нови подходи за генериране на данни за трудно достижими групи от населението, изложени на риск от нарушаване на техните права“), Глава 3.

¹⁹ Национален статистически институт, Агенция на ЕС за основните права и Център за изследване на демокрацията (2020), Ключови показатели за социално включване и основни права в България, София, Национален статистически институт (работен вариант на доклад, подготвен в рамките на проект BGLD-3.001-0001 „Нови подходи за генериране на данни за трудно достижими групи от населението, изложени на риск от нарушаване на техните права“), Глава 3.

²⁰ Национален статистически институт, Агенция на ЕС за основните права и Център за изследване на демокрацията (2020), Ключови показатели за социално включване и основни права в България, София, Национален статистически институт (работен вариант на доклад, подготвен в рамките на проект BGLD-3.001-0001 „Нови подходи за генериране на данни за трудно достижими групи от населението, изложени на риск от нарушаване на техните права“), Глава 3.

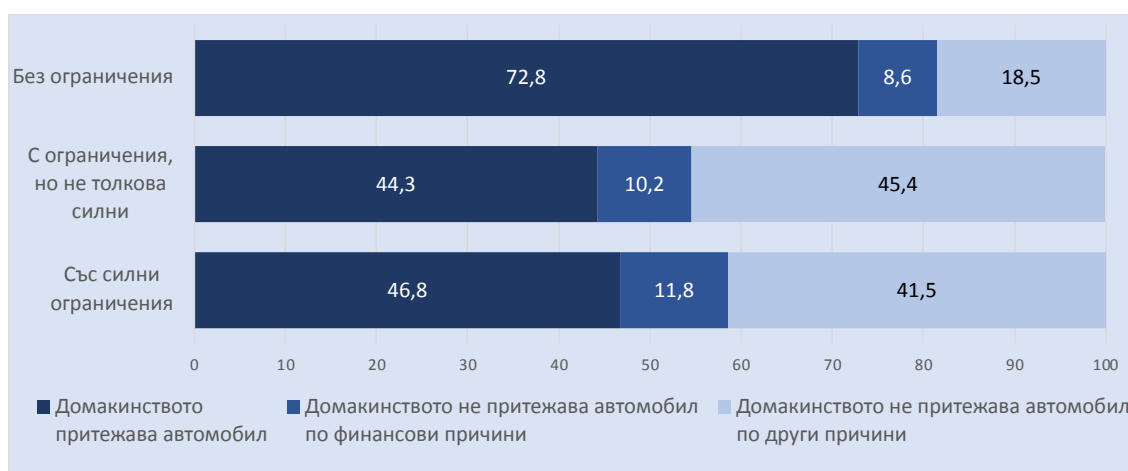
²¹ Народно събрание (2017), [Отговор на въпрос относно транспортните областни лекарски експертни комисии](#), 13 юли 2017 г. Комисията във Варна съществува от 2021 г.

²² За повече информация за програмата виж [интернет страницата на МТСП](#).

3. Жилищни условия“ по-горе), тя е рестриктивна както по отношение на критериите за допустимост, така и по отношение на размера на помощта. Също така представлява значителна административна тежест: изисква писма за подкрепа от териториалното звено на АСП, а проектните предложения трябва да се подават както по електронен път, така и на хартия. През 2020 г. са подадени 13 проектни предложения, от които шест не са допуснати до оценяване.¹

Домакинствата, в които има хора с увреждания, по-рядко разполагат с моторно превозно средство: 44,3 % от домакинствата с поне един член с недотам тежко увреждане и 46,8 % – с тежко увреждане, в сравнение със 72,8 % от домакинствата, в които няма членове с увреждания. Закупуването на автомобил и покриването на текущите му разходи не е по силите на 11,8 % от хората с тежки увреждания. Този дял спада от 10,2 % сред домакинствата с член с не толкова тежко увреждане до 8,6 % сред домакинствата без членове с увреждания (Графика 23).

Графика 23: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, живеещи в домакинства, които не притежават автомобил по финансови причини (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години (n = 26,380); претеглени резултати.

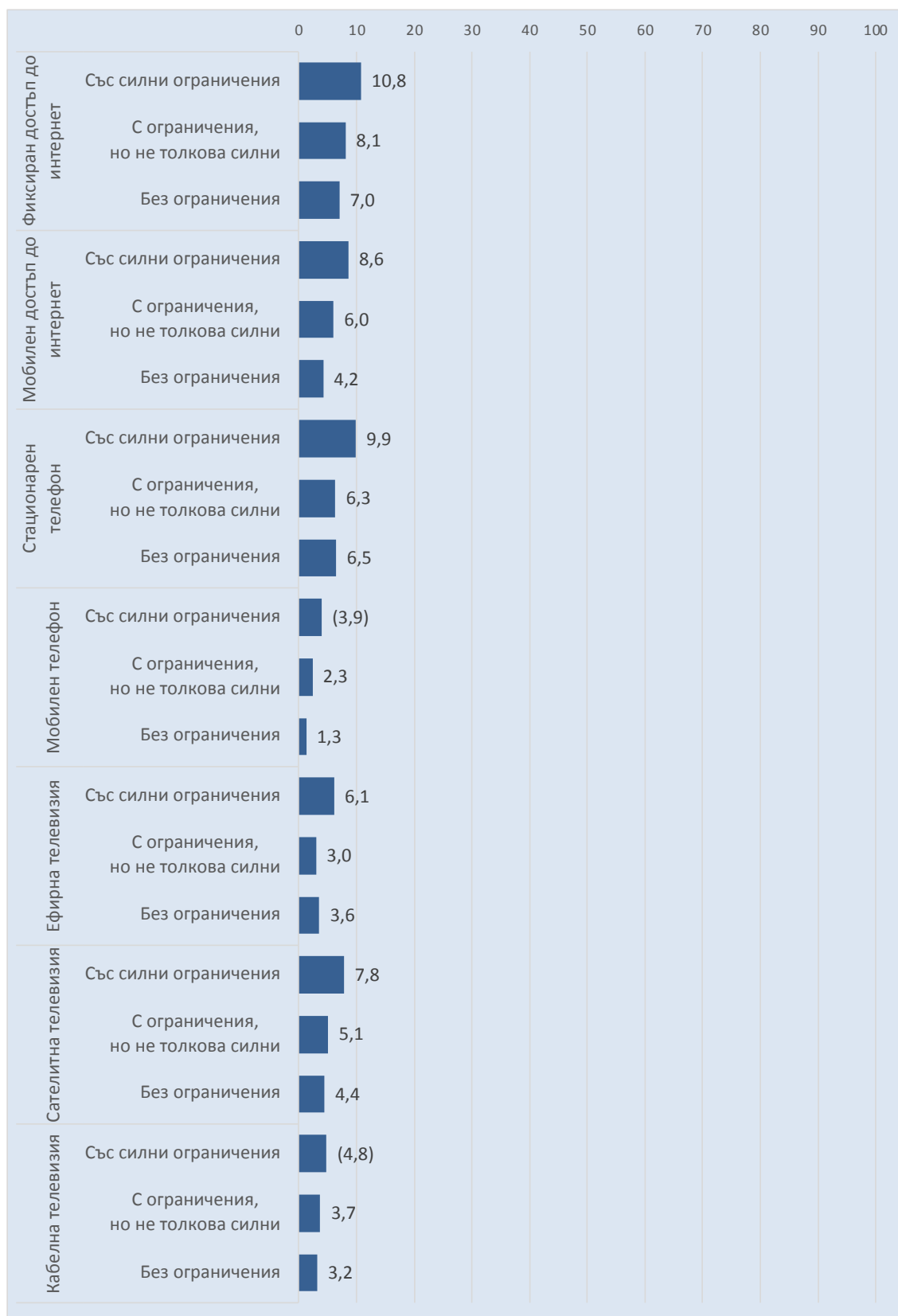
^b Въпрос от изследването: „Притежава ли домакинството ви?: „Автомобил (вкл. служебен, който се ползва и за лични нужди)“.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Достъпните информационни и комуникационни технологии могат да играят важна роля за осигуряване на независимост и мобилност. Интернет и цифровизацията като цяло могат да бъдат инструмент за преодоляване на бариерите пред достъпа на хората с увреждания до пазара на труда. По официални данни почти една трета от всички заети лица в България използват интернет (33,7 %),² а 10,9 % от предприятията продават стоки или услуги онлайн.³ През 2019 г. 33,8 % от компаниите са използвали социални мрежи.⁴

Що се отнася до цифровите умения обаче, според официалните данни двете основни причини домакинствата да нямат интернет въкъси са липсата на умения за използването му (10,4 %) и липсата на нужда от него (защото не е полезен, не е интересен и т.н.) (12,5 %).⁵ Резултатите от проучването показват, че делът на хората с тежки увреждания, които не могат да си позволят основни комуникационни услуги, е по-висок, отколкото във всички останали групи по отношение на интернет, телефон или телевизия. Стационарните интернет и телефон, както и сателитната телевизия като цяло са по-трудно достъпни, като се предполага, че се считат за несъществени услуги (Графика 24).

Графика 24: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, живеещи в домакинства, които не използват основни комуникационни услуги по финансови причини (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години (n = 26,380); претеглени резултати.

^b Въпрос от изследването: „Услуги използвани от домакинството: „Фиксиран достъп до интернет“, „Мобилен достъп до интернет“, „Фиксирана телефонна услуга (стационарен телефон)“, „Мобилна телефонна услуга (мобилен телефон)“, „Ефирна телевизия“, „Сателитна телевизия“ и „Кабелна телевизия“,“ кдето един от възможните отговори е „Не, по финансови причини“.

^c Стойността, оставаща до 100%, включва неотговорилите на съответния/те въпрос/и.

^d Оценки, базирани на малък брой случаи, са статистически по-малко надеждни. Поради това резултатите, базирани на 20 до 49 реално анкетирувани лица в цялата група – или базирани на клетки с по-малко от 20 лица – са отбелязани (стойността е публикувана в скоби). Оценки, базирани на по-малко от 20 реално анкетирувани лица в цялата група не се публикуват.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

¹ Министерство на труда и социалната политика (2021), [Годишен отчет 2020 за изпълнението на дейностите по компонент 2 "Лична мобилност" на Националната програма за достъпна жилищна среда и лична мобилност](#).

² Национален статистически институт (2020), [Заети лица в предприятията, които използват интернет](#), 11 декември 2020 г.

³ Национален статистически институт (2020), [Предприятия, които продават стоки и услуги по интернет](#), 11 декември 2020 г.

⁴ Национален статистически институт (2019), [Предприятия, които използват социални медии](#), 6 декември 2019 г.

⁵ Национален статистически институт (2020), [Причини, поради които домакинствата нямат достъп до интернет](#), 11 декември 2020 г.

5. Дискриминация и социална изолация

Акценти

- Резултатите от проучването разкриват значителна разлика между хората със и без увреждания при измерването на нивата на дискриминация. Почти един на всеки четири човека със силни ограничения (24,1 %) е преживял дискриминация в областта на заетостта, здравеопазването, жилищното настаняване, образованието и/или обществения живот през 12-те месеца преди проучването. Делът на лицата с недотам силни ограничения, които също са се чувствали дискриминирани, е много по-малък (7,7 %), но все пак е над два пъти по-висок в сравнение с хората без ограничения (3,8 %).
- Делът на по-младите хора с ограничения (25-44 г.), които се чувстват дискриминирани (32,8 %), е много по-висок в сравнение с другите възрастови групи. По отношение на образованието делът на хората, които са се чувствали дискриминирани, нараства с увеличаване на образователното ниво, което предполага, че хората с по-високо образование са по-информирани за процедурите за борба с дискриминацията.
- Хората с увреждания са много по-малко удовлетворени от личните си взаимоотношения. Докато делът на лицата, които са доволни от личните си отношения, е 90 % сред хората без увреждания и 80 % сред тези с ограничения, които не са силни, при хората с тежки увреждания той спада до около 62 %.
- Хората с увреждания също така могат да разчитат по-малко на своите роднини, приятели, съседы и други познати, когато имат нужда от помощ, в сравнение с хората без увреждания. Докато делът на хората без увреждания, които смятат, че не могат да разчитат на подобна помощ, е около 12 %, той достига 18,2 % сред хората с не толкова тежки увреждания и почти 25 % сред тези с тежки.

Хората с увреждания са особено уязвими на дискриминация и социално изключване. Ето защо равенството и недискриминацията са сред общите принципи в Хартата на основните права на Европейския съюз.¹ Член 21 забранява всяка форма на дискриминация, основана на какъвто и да е признак.

Член 5 от КПУХ също забранява всякаква дискриминация по признак увреждане. Той изисква от държавите да гарантират на хората с увреждания равна и ефективна правна защита срещу дискриминация на всякакви основания. Освен това предвижда и осигуряването на разумни улеснения като способ за премахване на дискриминацията и насърчаване на равенството.

Равенството е и сред принципите на Европейския стълб на социалните права и приоритетите на Стратегията на ЕС за правата на хората с увреждания 2021-2030 г.

На национално ниво антидискриминационното законодателство на България, Законът за защита от дискриминация, има за цел да „осигури на всяко лице правото на равенство пред закона; равенство в третирането и във възможностите за участие в обществения живот; и ефективна защита срещу дискриминация“.² В него се заявява, че ако обществените пространства не са достъпни за хора с увреждания, това е акт на дискриминация, и се задължават работодателите да адаптират работните места за работниците, които имат нужда от това.

С него се урежда и дейността на националния орган по въпросите на равенството – Комисията за защита от дискриминация (КЗД). По данни на Комисията броят на жалбите за неравно третиране непрекъснато нараства през годините, като през 2019 г. достига общо 921. По-

голямата част от тези жалби се отнасят до дискриминация въз основа на увреждане. Те най-често са свързани с недостъпна инфраструктура на различни видове обществени места.³

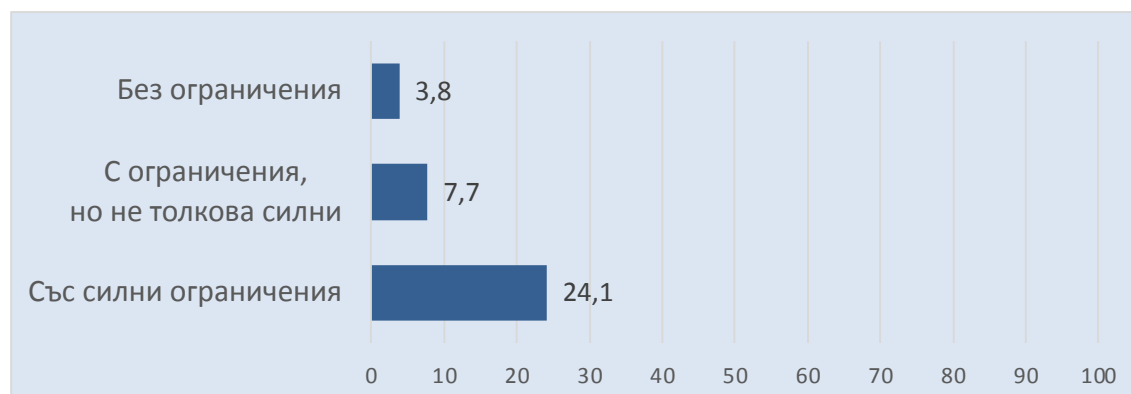
Въпреки това българската система за борба с дискриминацията многократно е била критикувана за необходимостта от укрепване на капацитета на органа по въпросите на равенството да изпълнява мандата си и за недостатъчното прилагане на неговите решения. Освен това националното законодателство се нуждае от изменение, за да се признае, че отказът на разумни улеснения представлява дискриминационен акт.⁴

Омбудсманът на Република България е другата институция, която приема жалби, свързани с увреждания. Тя също отчита увеличение на броя на жалбите за нарушаване на правата на хората с увреждания, от 395 през 2018 г. на 458 през 2020 г. От получените през 2020 г. жалби 221 са свързани с нарушаване на политически и граждански права (достъпна среда – 29; достъп до здравеопазване и рехабилитация – 21). Общо 87 жалби са свързани със социалната и икономическата защита, 75 са в областта на социалните услуги и личната мобилност, 11 се отнасят до заетостта и предприемачеството и 9 са свързани с жилищното настаняване.⁵

За да се оцени разпространението на дискриминацията, проучването събира субективните възприятия на хората за това дали са били обект на дискриминирани или не. Собственото възприятие на човека за дискриминация - независимо дали тя е била доказана в съда или дори съобщена – влияе върху личните му решения и поведение и може да бъде пречка за социалното му включване.

Резултатите от проучването показват относителните дялове на хората, които се чувстват дискриминирани в сферата на заетостта, здравеопазването, жилищното настаняване, образованието и обществения живот. Те разкриват значителна разлика между хората със и без увреждания. Почти един на всеки четирима души със силни ограничения (24,1 %) е преживял дискриминация в някоя от обхванатите области през последните 12 месеца преди проучването. Много по-малък е процентът на хората с недотам силни ограничения (7,7 %), но все пак той е повече от два пъти по-висок от този на хората без ограничения (3,8 %) (Графика 25).

Графика 25: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, чувствали се дискриминирани през последните 12 месеца, поради каквато и да е причина, в която и да е от областите, обект на изследване (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години, които са били изложени на риск от дискриминация в поне една от областите на ежедневиия живот обект на изследване през последните 12 месеца преди изследването (n = 25,646); претеглени резултати.

^b Области на ежедневиия живот обект на изследване: търсене на работа, по време на работа, образование (лично или като родител), здравеопазване, жилищно настаняване и

други обществени или частни услуги (публична администрация, ресторант или бар, обществен транспорт, магазин).

^c Стойността, оставаща до 100%, включва неотговорилите на съответния/те въпрос/и.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

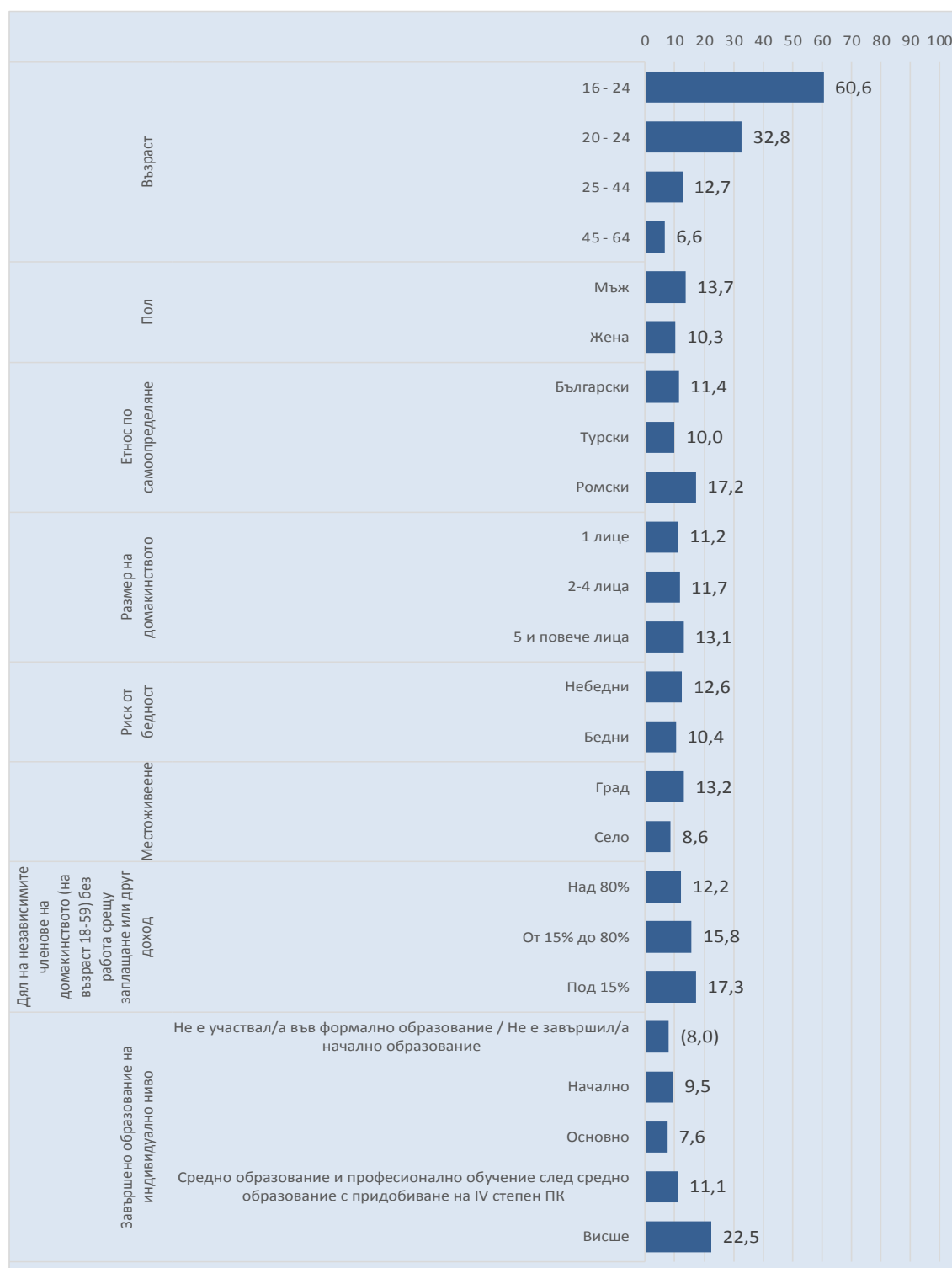
Разпределени по социално-демографски характеристики, данните показват няколко групи, които са особено уязвими към неравно третиране. Възрастта, етническата принадлежност и образованието изглежда са сред факторите, които влияят върху риска човек да бъде обект на дискриминация.

Делът на младите хора (на възраст 16-24 години) с ограничения, които се чувстват дискриминирани (60,6 %), е много по-висок, отколкото в другите възрастови групи. Този резултат може да се обясни или с предполагаемо по-активния живот, който водят, или с по-високата им осведоменост относно дискриминацията и мерките за защита.

Хората с ограничения от ромски и турски етнос също изглеждат по-уязвими на неравно третиране. Въпреки това малкият брой респонденти и за двете групи не позволява да се направи по-надеждно статистическо заключение.

Що се отнася до образованието, най-висок е делът на хората с увреждания, които са се чувствали дискриминирани, сред тези със завършено висше образование (22,5 %). Това може да се обясни с предполагаемото им по-високо ниво на осведоменост относно механизмите за борба с дискриминацията (Графика 26).

Графика 26: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, чувствали се дискриминирани през последните 12 месеца, поради каквато и да е причина, в която и да е от областите, обект на изследване, по възраст, пол, етнос по самоопределяне, размер на домакинството, риск от бедност, местоживее, интензитет на незааетост и завършено образование на индивидуално ниво (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години, декларирали силно или не толкова силно ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които са били изложени на риск от дискриминация в поне една от областите на ежедневиия живот обект на изследване през последните 12 месеца преди изследването (n = 4,052); претеглени резултати.

^b Области на ежедневиия живот обект на изследване: търсене на работа, по време на работа, образование (лично или като родител), здравеопазване, жилищно настаняване и други обществени или частни услуги (публична администрация, ресторант или бар, обществен транспорт, магазин).

^c Стойността, оставаща до 100%, включва неотговорилите на съответния/те въпрос/и.

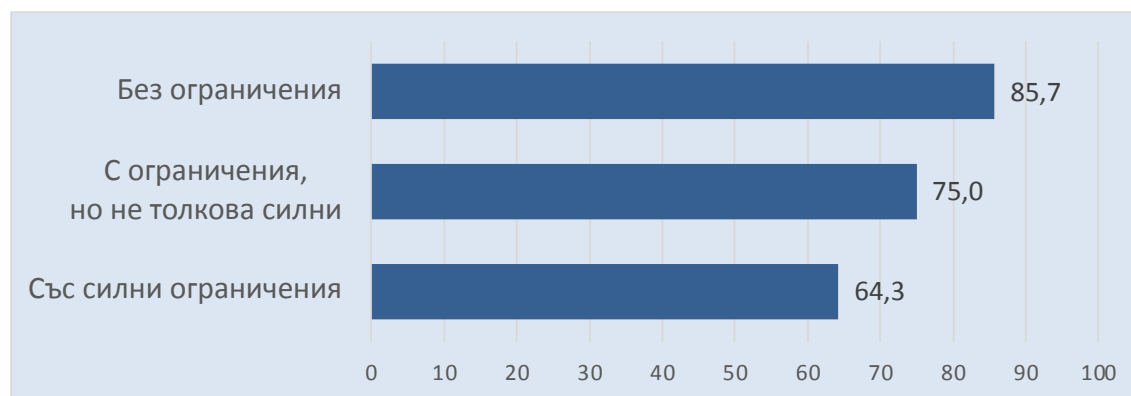
^d Оценки, базирани на малък брой случаи, са статистически по-малко надеждни. Поради това резултатите, базирани на 20 до 49 реално анкетирувани лица в цялата група – или базирани на клетки с по-малко от 20 лица – са отбелязани (стойността е публикувана в скоби). Оценки, базирани на по-малко от 20 реално анкетирувани лица в цялата група не се публикуват.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Въпреки по-високия риск от това да станат обект на дискриминация (Графика 25: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, чувствали се дискриминирани през последните 12 месеца, поради каквато и да е причина, в която и да е от областите, обект на изследване (%) Графика 25), хората с ограничения са по-малко запознати с институциите за защита на техните права, показват резултатите от проучването. Само 64,3 % от хората със силни ограничения и 75 % от тези с недотам силни ограничения са чували за поне една такава институция, докато над 85 % от хората без ограничения са чували за тях (Графика 27). Тази липса на осведоменост, особено сред групите, изложени на по-голям риск от неравно третиране, може да доведе до по-голям брой нерегистрирани инциденти.

Правилното наблюдение на нивото на обществена осведоменост може да открие онези групи от населението, които са по-слабо информирани за начините за защита на техните права, както показва проучването. На свой ред съответните институции могат да използват тази информация, за да насочат по-добре своите информационни кампании.

Графика 27: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневиите дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които са чували за поне един орган за равно третиране, национална институция за защита на правата на човека или омбудсман (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години (n = 26,380); претеглени резултати.

^b Въпрос от изследването: „Чували ли сте някога за следните институции?“, където възможните отговори включват „Комисия за защита от дискриминация“ и „Омбудсман на Република България“.

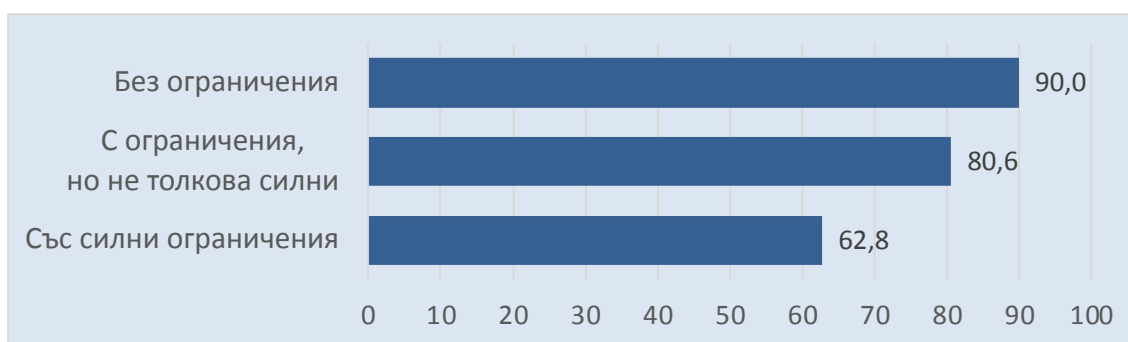
^c Стойността, оставаща до 100%, включва неотговорилите на съответния/те въпрос/и.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Личните взаимоотношения са жизненоважни за здравето и личното благополучие на хората. Поддържането на добри взаимоотношения с приятели намалява стреса и подпомага психическото и емоционалното благосъстояние.⁶

Съществуват много изследвания за факторите на уязвимост, които влияят върху живота на хората с увреждания (като дискриминация, отхвърляне и неприемане), но няма задълбочени проучвания, които да изследват как тези хора възприемат собствения си статус в обществото. Проучването отчасти запълва тази празнина, като изследва доколко хората с ограничения са удовлетворени от личните си взаимоотношения. В него се установява, че особено ако имат силни ограничения, те като цяло са по-малко удовлетворени от връзките си със семейството, приятелите, съседите и други хора. Цели 90 % от хората без ограничения и 80 % от хората с ограничения, които не са толкова силни, са доволни от личните си отношения. Това, обаче, е валидно само за 62 % от хората със силни ограничения (Графика 28).

Графика 28: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които са удовлетворени от личните си връзки със семейството, приятелите, съседите и други хора, които познават (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години (n = 26,380); претеглени резултати.

^b Въпрос от изследването: „Като цяло каква е степеня Ви на удовлетвореност от?: „Личните Ви връзки със семейството, приятелите, съседите и други хора, които познавате“, където „1“ означава „напълно неудовлетворен“ и „10“ означава „напълно удовлетворен“.

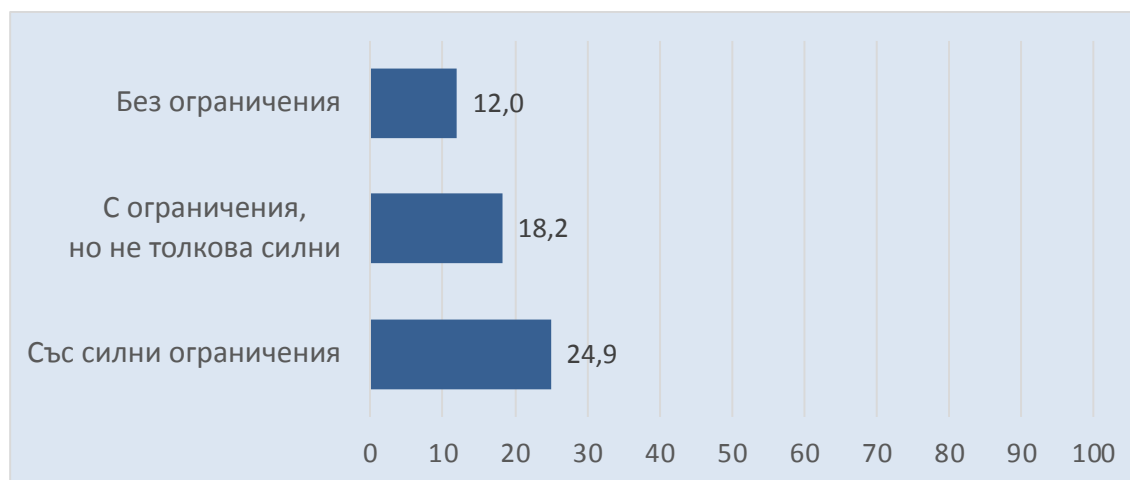
^c Стойността, оставаща до 100%, включва неотговорилите на съответния/те въпрос/и.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

Поддържането на мрежа от социални контакти увеличава обема на практическата и емоционалната подкрепа,⁷ на която човек може да разчита. Размерът на тази мрежа зависи от нивото на социална интеграция на хората, а честите срещи увеличават шансовете на контактуващите да си помагат взаимно.⁸

Проучването ни позволява да изследваме до каква степен хората с ограничения могат да разчитат на подкрепа в рамките на собствените си социални мрежи. Според резултатите обаче те могат да разчитат в по-малка степен от хората без ограничения на своите роднини, приятели, съсед и други познати, когато имат нужда от помощ. Общо 12 % от хората без ограничения, 18,2 % от хората с недотам силни ограничения и почти 25 % от хората със силни ограничения смятат, че не могат да разчитат на такава помощ (Графика 29). Разгледани в контекста на другите показатели, тези резултати потвърждават извода, че хората с ограничения са по-изложени на риск от социално изключване, включително в рамките на собствените си мрежи от роднини и приятели.

Графика 29: Дял на лицата на възраст 16 и повече години, декларирали наличие на силно, не толкова силно или никакво ограничение в ежедневните дейности през последните 6 и повече месеца поради здравен проблем, които смятат, че ако се нуждаят от нематериална помощ, не могат да я получат от роднини, приятели, съседни или други лица, които познават (%)



Бележки: ^a От всички респонденти на възраст 16 и повече години ($n = 26,380$); претеглени резултати.

^b Въпрос от изследването: „Смятате ли, че ако се нуждаете от нематериална помощ (да поговорите с някого, някой да Ви помогне да направите нещо или да Ви даде съвет по личен въпрос) можете да я получите от роднини, приятели, съседни или други лица, които познавате?“.

^c Стойността, оставаща до 100%, включва неотговорилите на съответния/те въпрос/и.

Източник: Изследване на НСИ и FRA от 2020 г.

¹ Харта на основните права на Европейския Съюз, 2012/С 326/02, ОВ С 326, 26 октомври 2012 г, стр. 391–407

² България, [Закон за защита от дискриминацията](#), 30 септември 2003 г., (последно изменение от 19 януари 2018 г.), чл. 2.

³ Комисия за защита от дискриминация (2020), [Годишен отчет за дейността на Комисията за защита от дискриминация през 2019 г.](#), София, КЗД.

⁴ Министерски съвет, [План за действие за изпълнение на заключителните препоръки към Република България, отправени от Комитета на ООН за правата на хората с увреждания 2021 – 2026](#), 12 февруари 2021. стр.3-4 и 26-27.

⁵ Омбудсман на Република България (2021), [Годишен доклад за дейността на омбудсмана 2020](#), март 2021 г.

⁶ Amati, V., Meggiolaro, S., Rivellini, G., Zaccarin, S. (2018), 'Social relations and life satisfaction: the role of friends', *Genus*, No. 74.

⁷ Allan, G. (1998), 'Friendship, sociology and social structure', *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol. 15, No. 5, pp. 685-702.

⁸ Haines, V. A., Hurlbert, J. S., Beggs, J. J. (1996), 'Exploring the determinants of support provision: Provider characteristics, personal networks, community contexts and support following life events', *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 37, No. 3, pp. 252-264.

Изводи и препоръки

Успешните реформи и политики изискват вземане на решения, основани на данни, в етапите на техните предварителен анализ, подготовка, мониторинг и оценка. Настоящият доклад допринася за процеса на изготвяне на качествени политики, като предлага цялостен подход за изготвяне на мерки за защита на правата на хората с увреждания в България в пет области от техния живот: (1) заетост и квалификация, (2) здраве, (3) жилищно настаняване, (4) бедност и социално изключване и (5) дискриминация и социална изолация. По-нататъшното разбиване по ключови характеристики дава възможност да се идентифицират и групите хора, които са особено уязвими към рискове от бедност и нарушения на правата.

Проучването е съобразено както с политиките на ЕС, така и с тези на национално ниво. Това прави резултатите му особено подходящи за оценката на текущите реформи в социалната сфера в България, особено по отношение на хората с увреждания. То предлага моментна картина на състоянието на техните права, сравнени с хората без увреждания. Проучването дава и възможност за анализ на много нива, който по-нататъшни изследвания могат да разширят в областите, в които са необходими подобрения в политиката.

Заетост и квалификация

Заетостта на хората с увреждания и образованието и квалификацията като основните й детерминанти са признати от националните органи за приоритетни области, тъй като са основно средство за интеграция и осигуряване на достоен живот. В стратегическите документи се признава липсата на достатъчни и адекватни професионални умения сред хората с увреждания, а същевременно се признава и значението им като работна сила, която все още не е използвана.

- След реформата в образователната система, която имаше за цел да осигури равен достъп и ниво на образование на хората с увреждания, разликата в образованието на хората със и без увреждания продължава да съществува, показват данните от проучването. Делът на хората със завършено средно или висше образование е близо 80 % сред хората без увреждания, в сравнение с 61,5 % и 57,3 % сред хората с не толкова тежки и тежки увреждания. Националните и местни инициативи за образование и квалификация, особено Националната програма за заетост и квалификация на хора с трайни увреждания, следва да разшири обхвата си, за да запълни образователната празнина на хората с увреждания, които са завършили преди въвеждането на реформата. Критериите за допустимост до тези възможности следва да се разширят, за да се включат не само хората с трайни увреждания (над 50 % намалена работоспособност), които са безработни, но и неактивните хора, независимо от тяхното здравословно състояние или трудов статус. Освен това, по отношение на съдържанието, образователните програми следва да обхващат не само тясно професионално образование, но и да добавят основни умения и знания, включително свързани с технологиите, за да отговорят на нуждите на цифровата икономика.
- По-високото ниво на образование потвърждава, че е основен фактор за намиране на работа, но от съществено значение за осигуряването на равен достъп до заетост са и индивидуализираните услуги за заетост. Понастоящем, докато 77,9 % от хората без увреждания на възраст между 20 и 64 години са ангажирани с някакъв вид заетост, същият дял сред хората с не толкова тежки увреждания е 48,8 %, а сред тези с тежки увреждания спада до 42,3 %. Тези разлики предполагат неефективност на прилаганите мерки като квоти за заетост на хора с увреждания и субсидирани работни места.

Концепцията за оценка на работоспособността, която е условие за ползване на мерките, следва да се съсредоточи върху способностите, а не върху уврежданията, за да може ефективно да изпълнява предназначението си като основен инструмент за определяне на правото на подпомагане. Тя трябва да предлага оценка на потребностите и възможности за индивидуален и интегриран подход при подкрепата на пазара на труда. Въведената през 2019 г. индивидуална оценка, която измерва пречките, с които се сблъсква лицето с увреждане в ежедневните дейности, може да бъде разширена и свързана с оценка на способностите и да се използва като инструмент в областта на заетостта.

- Пасивността на пазара на труда е друга област, в която националните власти трябва да положат повече усилия. Съществува значителна диспропорция между хората със и без увреждания по отношение на статута на заетост. Хората с ограничения са много по-малко ангажирани с платена работа (16,9 % от лицата с тежки и 14,1 % от лицата с не толкова тежки увреждания). По-високото ниво на заетост сред хората с увреждания на възраст 20-24 години предполага, че реформата, въвела приобщаващо образование, и усилията за осигуряване на достъпност на труда са дали видими резултати. Освен разширяването на подкрепата за адаптиране на работното място и възможностите за квалификация, хората с увреждания, включително в пенсионна възраст, следва да бъдат насърчавани да се включат в пазара на труда. Необходими са допълнителни изследвания, за да се установят техните мотиви и нужди за това.

Здраве

В стратегическите документи националните власти признават значението на това да бъде осигурен интегриран социален и медицински подход за предоставяне на достъпни и качествени медицински услуги и рехабилитация, които да намалят отрицателните последици от дългосрочните здравословни проблеми, включително хроничните заболявания.

- Данните от проучването показват, че макар да съществува значителна разлика в непосредствените нужди от медицинска помощ (1,9 % от хората без увреждания спрямо 6,6 % сред хората с не толкова тежки и над 20 % сред хората с тежки увреждания), не се забелязват големи разлики при честотата на посещенията при общопрактикуващи лекари, лекари специалисти и хирурзи, както и при стоматолози, което предполага ограничен достъп до равномерно разпределени високоспециализирани здравни грижи. По-младите хора с увреждания, хората от ромската етническа група, както и хората в напреднала възраст с увреждания изглеждат са особено уязвими на това да останат без навременни и качествени здравни грижи. Това от своя страна предполага, че финансовият фактор е основната причина за затруднения достъп до медицинска помощ, а не толкова физическото разстояние, тъй като разликите между достъпа до лекар в градските и селските райони не са значителни. Следва да бъдат въведени финансово достъпни комбинирани услуги за мобилност и лечение, за да се даде възможност на хората с увреждания да имат достъп до нужните медицински специалисти. Необходимо е и да се засилят посещенията на лекари по домовете в рамките на пакета от безплатни услуги на НЗОК, където съществува такава необходимост.
- Отново излиза на преден план необходимостта от цялостната оценка на нуждите. Изготвените понастоящем оценки обхващат използването на финансова помощ, социални услуги и рехабилитация, но не включват медицинските потребности. Медицинските нужди се задоволяват от общата здравна система. Единствената ѝ

специфична функция, свързана с хората с увреждания, е системата за експертиза на трайно намалената работоспособност. Тя се основава на медицинския подход към уврежданията и не предлага индивидуална оценка на медицинските нужди. Въпреки че се полагат ограничени усилия за намаляване на административната тежест за хората с увреждания, това все още е тежка процедура, която възпрепятства достъпа до нея на много хора. Освен това недостатъчният контрол дава възможност за злоупотреба с финансови и помощни ресурси.¹

- Тревожно висок дял от хората с увреждания не са посещавали общопрактикуващия си лекар повече от една година – 9,3 % от хората с тежки и 14,8 % от хората с не толкова тежки увреждания. Тези дялове са значително по-ниски от този сред общото население (37,9 %), което предполага, че общите недостатъци на националната система за здравеопазване засягат и хората с увреждания. Освен преструктурирането на общата система на здравеопазване, националните органи следва да обмислят въвеждането на цифровизация и нови медицински технологии, за да се увеличи достъпността по отношение на профилактиката и превантивната медицина.

Жилищни условия

Лошите жилищни условия и пренаселеността могат да създадат значителни рискове за здравето на хората с увреждания и да задълбочат социалното изключване поради недостатъчно приспособяване и средства за придвижване. Тежестта на жилищните разходи е по-висока за хората с увреждания.

- Хората с увреждания са изложени на по-висок риск да живеят в лоши жилищни условия (29,8 % от хората с тежки увреждания и 24,1 % от хората с не толкова тежки увреждания живеят в жилище, което е твърде тъмно, с течаш покрив или влажни стени, без баня/душ или вътрешна тоалетна, докато същият дял сред хората без увреждания е 16,6 %). В България няма подходящи мерки, които да неутрализират това неравенство, освен мерките за намаляване на бедността, а това е мощен катализатор за продължаващото високо ниво на постъпване в институции и други резидентни социални услуги.
- Социо-демографските характеристики, които изглежда най-често се свързват с по-висок риск от лоши жилищни условия, са етническата принадлежност, рискът от бедност и по-ниското ниво на образование, което предполага, че хората с увреждания в тези групи се нуждаят от специално внимание по отношение на жилищната политика.
- Настоящите възможности за помощ за жилищно настаняване на хора с увреждания са ограничени до тесен кръг нуждаещи се (с над 90 % намалена работоспособност или самотно живеещи) и представляват значителна административна тежест за потенциалните бенефициенти, така че въздействието им на практика е ограничено. Програмите за подкрепа и схемите за помощ, като например Националната програма за достъпна жилищна среда и лична мобилност, следва да бъдат по-отворени. От финансова гледна точка националните политики следва да приоритизират схемите за подкрепа на частните домакинства за сметка на изграждането на социални услуги от резидентен тип в рамките на процеса на деинституционализация на хората с увреждания, за да се мотивират хората да живеят в домовете си в общността, а не да кандидатстват да живеят в резидентни услуги, когато поради лошите условия на живот нямат друга възможност.

- По отношение на пренаселеността, която като цяло е траен проблем в България, хората с увреждания не се открояват като особено уязвими. Делът на хората със силни ограничения, живеещи в домакинства с недостатъчен брой стаи (33,0 %), е малко по-висок от дела на хората без ограничения (29,5 %) и на тези с ограничения, които не са силни (19,6 %). Данните сочат, че този проблем трябва да бъде разгледан на национално ниво, като се фокусира в групите, които са по-засегнати от останалите (както сред хората с увреждания, така и сред общото население) - хората с по-ниско ниво на образование и тези, които се самоопределят като роми, съобщават, че по-често са изложени на пренаселеност, заедно с хората, живеещи в градските райони.

Бедност и социално изключване

Бедността и социалното изключване представляват друго предизвикателство пред политиките, свързани с хората с увреждания - значително по-голям дял от тази група (40.5%) е изложен на риск от бедност в сравнение с хората без увреждания (19.9%).

- Недостатъчната подкрепа отблъсква други членове на семейството от дългосрочната заетост, тъй като се налага да помагат на своите роднини с увреждания, или в случаите, когато такива хора не са налични, хората с увреждания са принудени да постъпват в институции. Възрастта се утвърждава като основен фактор, определящ риска от бедност както сред хората с увреждания, така и сред хората без увреждания, което предполага, че социалните трансфери като цяло са недостатъчни за поддържане на достоен стандарт на живот. Хората с увреждания са сред приоритетните групи на националните политики за намаляване на бедността, а реформата на политиката за хората с увреждания обвързва социалните им трансфери с линията на бедност. Освен това разшири обхвата на личната помощ и целевото финансиране за компенсиране на разходите, предизвикани от уврежданията,² но тези усилия изглеждат недостатъчни. Националната система за социално подпомагане следва да преразгледа критериите за допустимост за финансова помощ, като актуализира „гарантирания минимален доход“ и „диференцирания минимален доход“, които на практика значително стесняват кръга на хората, които получават финансова помощ, спрямо нуждаещите се от такава. В същото време в стратегическите документи се планира, успоредно с продължаващата деинституционализация на възрастните хора с увреждания, укрепване на социалните услуги от резидентен тип, за да се отговори на дългите списъци от чакащи. Една внимателна оценка на подобен подход, основана на настоящото и на други проучвания, би могла да предложи продуктивни идеи за промяна на тези политики, така че да отговарят по-добре на нуждите на хората, както и да рационализират наличните финансови и нефинансови ресурси.
- Хората, живеещи в крайна бедност, както тези с увреждания, така и тези без, се нуждаят от специално внимание. Делът на хората, живеещи в домакинства, в които поне един човек е легнал гладен през последния месец, защото не е имало достатъчно пари за храна, е два пъти по-висок при хората с тежки увреждания (6,0 % и 4,6 % сред тези с не толкова тежки увреждания), отколкото съответният дял сред населението без увреждания (3,2 %). Програмата за храни и основно материално подпомагане 2021-2027 г.³ е насочена специално към тази група хора. Тя следва да бъде усъвършенствана, за да предложи доставка по домовете на хора с по-ниска мобилност.
- Данните от проучването показват, че делът на хората с увреждания, които нямат банкова сметка (43,5 % сред хората с тежки и 42,3 % сред тези с не толкова тежки увреждания), е значително по-висок от този сред хората без увреждания (20,7 %).

Въпреки че отделни банки предлагат намалени тарифи за хора с увреждания, услугите им като цяло остават по-слабо достъпни за тях.

- По-ниската финансова достъпност до автомобили в домакинствата с членове с увреждания представлява важна пречка за тяхната мобилност и социално приобщаване и в същото време е показател за необходимостта от подобряване на националната програма за подпомагане на мобилността. Националните мерки за намаляване на бедността, предназначени за хората с увреждания и техните семейства, в съчетание с намаляването на административната тежест както при издаването на свидетелства за правоуправление на водачи с увреждания, така и при достъпа до националната програма за подпомагане на мобилността, могат да намалят ефекта от тази бариера.
- Делът на хората с тежки увреждания, които не могат да си позволят основни комуникационни услуги, е по-висок от всички останали групи по отношение на интернет, телефон или телевизия. Мерките за намаляване на бедността и обучението в цифрови умения могат да неутрализират тази разлика, като едновременно намалят тежестта на разходите за комуникации в бюджетите на домакинствата и увеличат степента, в която хората с увреждания могат да се възползват от добавената стойност на тези услуги.

Дискриминация и социална изолация

Хората с увреждания са изложени на по-голям риск да бъдат обект на дискриминация. Равнището на субективното възприятие за дискриминация и степента на осведоменост за органите по правата на човека предполагат, че е необходимо да се обърне повече внимание на тази област.

- По-високото ниво на съобщаване на случаи на дискриминация сред по-младите хора с увреждания и тези с по-високо ниво на образование може да се приеме за сигнал за недостатъчна информираност относно дискриминацията и предпазните мерки срещу нея. Тези наблюдения потвърждават необходимостта от укрепване на националния орган по въпросите на равенството и усилията му за насърчаване на равенството. Въпреки че в националните стратегически документи за хората с увреждания понякога се посочват равенството и обществената солидарност като техни принципи, конкретните мерки за тяхното насърчаване са оскъдни.
- Данните потвърждават, че хората с увреждания живеят в социална изолация, изключени както от своите общности, така и от семействата си. Те могат да разчитат в по-малка степен на своите роднини, приятели и членове на общността за нефинансова помощ, което предполага, че са необходими повече усилия за промяна на общественото възприятие за тяхната обществена роля. Кампаниите за повишаване на осведомеността и посланията за приемане могат да бъдат част от националните политики за хората с увреждания. Данните от проучването и предложените показатели предполагат набор от променливи, които могат да подпомогнат измерването на промени в тези нагласи.

¹ България, [Национална стратегия за хората с увреждания 2021 – 2030 г.](#), 23 декември 2020 г., стр. 22.

² България, [Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване \(2020 – 2030\)](#), 31 декември 2020 г., стр. 24

³ Агенция за социално подпомагане (2021), [Програма за храни 2021-2027 г.](#)