

# Доклад

---

*По проучване за състоянието и бариерите пред достъпа до здравни услуги на уязвими групи - деца от 0 до 3 г., техните семейства и бременни жени*

УВОД.....	2
КВАРТАЛ ИЗТОК, ПАЗАРДЖИК .....	5
СЕЛО ИСПЕРИХОВО, ОБЩИНА БРАЦИГОВО .....	8
ГР. БРАЦИГОВО.....	11
ГР. ПЕЩЕРА.....	14
ОБЩИНА ЛЕСИЧОВО .....	18
СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ .....	23
ОБОБЩЕНИЕ И ПРЕПОРЪКИ.....	28

## УВОД

Този доклад е в изпълнение на задание за проучване на състоянието и бариерите пред достъпа до здравни услуги на уязвими групи, техните семейства и бременни жени по проект „За равно начало в ранното детство“ на Фонд за превенция на престъпността – ИГА, финансиран от Фондация „Тръст за социална алтернатива“ (ТСА).

### 1. Обхват, задачи и хипотези на проучването

**Тематичният обхват** на проучването е съсредоточен върху:

- 1) Майчино и детско здраве и по-конкретно върху здравето на деца от нула до три години и подобрения изход от бременността.
- 2) Местната институционална среда, включително капацитета на доставчиците на здравни и социални услуги, местните власти и на общностните организации, както и степента на координация с националните институции.

**Изпълненият териториалният обхват** на проучването е:

1. с. Исперихово, община Брацигово
2. Ромска махала, гр. Брацигово
3. Ромска махала, район Изток, гр. Пазарджик
4. с. Динката, община Лесичово
5. с. Боримечково, община Лесичово, където са съсредоточени ромите на с. Калугерово
6. Ромска махала, гр. Пещера
7. с. Калугерово
8. с. Лесичово

Изследователските задачи и хипотези на проучването бяха както следва:

**Изследователска задача 1:** „Здравна грижа за детето и подобрен изход от бременността“

**Хипотеза:** Най-големите рискове произтичат от случаите на нежелана бременност, несистемното проследяване на бременността и ниската здравна култура.

**Изследователска задача 2:** „Доставчици на здравни услуги и институционална и общностна среда“

**Хипотеза:** Водещият проблем е изолацията на ромските общности от националната здравноосигурителната система, както от страна на търсенето - липса на здравни осигуровки, така и от страна на предлагането - липса на достатъчно и добре мотивирани системни доставчици на здравни услуги в целевите общности, каквито са ОПЛ, ДКЦ докато подкрепата върви по паралелни направления.

### 2. Методология

За изпълнение на изследователските задачи със заложените по горе показатели беше приложен методически подход, съчетаващ събирането и анализирането на количествени институционални данни и качествени наблюдения. Изпълнената методология бе както следва:

1. Количествени данни:

Беше събрана и анализирана количествена информация (картографиране) за заболяванията от регистрите на ОПЛ, работещи в целевите общности. Извадката от

данни от регистрите на ОПЛ бе разработена по показатели, които бяха съгласувани със здравен експерт на поръчителя. Подбраните 36 показателя включват всички групи заболявания, характерни за възрастовата група (Вж. Приложение 1). Формата на разработените въпросници и бланки съответстват на регистрите на ОПЛ и позволяват данните да се изведат директно от отчетите на ОПЛ до РЗИ по системата от кодове МКБ-10. Беше събрана и анализирана информация за два периода – съответно за 2014 г. и 2017 г., което позволи да се проследи динамиката на болестността. Данните са анализирани като е изчислена болестността за всеки един от показателите за двата периода. Болестността на хиляда души беше изчислена на база всички регистрирани случаи от съответната възрастова група, включително предишно и новорегистрирани заболявания, разделени на броя на лицата от тази възрастова група, умножено по 1000. В допълнение на данните за болестност бе разработен въпросник за провежданите профилактични прегледи.

Данните от регистрите на целевите общности бяха съпоставени с данни от „българска“ практика на ППЛ, работещ извън ромските квартали в центъра на Пазарджик.

На базата на събраните данни бе произведена матрица със сурови данни (честоти) и болестност (относителни дялове на 1000) за всяка една от 6-те ОПЛ-практики. Количествените данни бях анализирани в няколко посоки (Вж. Приложение 2 и Приложение 3):

- 1) Сравнения между различните показатели, като са изведени водещите групи заболявания за всяка една локация;
- 2) Анализ на промените във време, сравнявайки данните от 2014 и 2017 г.;
- 3) Обобщени сравнения между локациите, включително сравнения с контролна практика от ОПЛ, който не работи с ромската общност и специализирана практика по детски болести от гр. Пазарджик.

Анализите на количествените данни бяха съпоставени с годишния доклад на РЗИ / НЦОЗА за област Пазарджик.

## 2. Качествени данни: Дълбочинни интервюта с ключови информанти.

Във всяка една от целевите общности, описани в териториалния обхват на това техническо задание бяха проведени дълбочинни интервюта с отговорни представители на доставчици на здравни услуги, местната власт, общностни организации и други лица, включително ОПЛ, медицински специалисти, представители на ОЗД/Детски ясли, представители на РЗИ, местната власт (кметове, зам. Кметове), здравни медиатори, НПО, и родители. (Вж. Приложение 4 и Приложение 5)

## 3. Консултативна среща с местните общности

Проведена бе среща с представители на всички локации за консултация с местните общности, на която бяха верифицирани и задълбочени данните, получени от картографирането и дълбочинните интервюта с ключовите информанти.

## 3. Трудности и ограничения

По време на проучването бяха идентифицирани трудности, които изискваха частични промени в методологията, и които могат да снижат надеждността на направените изводи.

В хода на събирането на количествените данни беше установено, че информацията за деца от групата от 0 г. до 3 г в регистрите на ОПЛ е оскъдна като количество и може да бъде с ненадеждно качество:

1. Първо, структурата и разбивките в софтуера на регистрите не съответстват на зададената целева група 0 – 3 г.. В регистрите е налице разбивка в данните за регистрираните заболявания за възрастовата група 0 – 1 г. и съответно за регистрираните профилактични прегледи за групите 0-1 г. и 1-2 г..
2. Второ, наличните данни за тези ниски възрастови групи са оскъдни по обективни причини, тъй като някои от ОПЛ практиките са малки. Изчисляването на коефициенти на болестност при малки съвкупности може да бъде подвеждащо и да доведе до грешни интерпретации.
3. Трето, данните за знаменателя във формулата за болестност, т.е. за общия брой деца също се оказаха не навсякъде надеждни. Така например, в няколко регистри се оказа, че броят на обхванатите от профилактични прегледи деца е по-голям (на места в пъти) от регистрираните деца в ОПЛ-практиките. Ако няма техническа грешка или друго разумно обяснение, това може да означава, че са правени допълнителни профилактични прегледи на деца, извън регистрираните в практиката. Така или иначе, това разминаване подлага на съмнение точния брой на децата в практиката, което от своя страна променя болестността на 1000 лица и води до обхват на профилактичните прегледи над 100%.
4. Четвърто, докато някои от регистрите са водени много добре, други изглеждат, че са водени формално. (Например, изглежда нереалистично, броят на регистрираните заболявания в дадена практика да е абсолютно идентичен по повечето заболявания и за двата изследвани периода, при това с многократно по-ниска болестност от останалите практики).

Поради тези причини в диалог с поръчителя бе преценено основният анализ да бъде направен върху следните два вида количествени данни: 1) на база разширена възрастова група 0-17 г., където данните са най-многобройни, най-пълни и изглеждат най-достоверни и 2) на база наличните данни за групата 0-1 г., но като се отчита само честотата на случаите, без да се изчислява болестността, тъй като малките числа могат да доведат до нереалистични разлики в сравняваните коефициенти. Използването на по-широка, но по-надеждна информация дава по-добра възможност за макар и косвени изводи за под-извадката от 0-3 г., вместо да се изчислява болестност на базата на ненадеждни и оскъдни данни.

Въпреки направения опит за повишаване на надеждността на количествените данни чрез разширяване на обхвата, следва да се има предвид, че действителната болестност при ромите по-всяка вероятност е значително по-висока. Това се дължи на обстоятелството, че много от ромите не посещават ОПЛ при всяко оплакване на детето. Така голяма част от заболяванията преминават без да бъдат изобщо регистрирани.

Както бе посочено по-горе, избраният методически подход е да се анализират здравните услуги в маргинализираните и ромските общности като се стъпи върху регистрите на ОПЛ, работещи в тези общности, и като се сравняват с друга, изцяло „българска“ ОПЛ практика. Следва да се има пред вид обаче, че тези ОПЛ обслужват и други лица извън целевите общности, въпреки, че концентрацията на ромско население в тези практики е висока. Именно по тази причина не беше използвана информация от АГ регистри, тъй като няхахме достъп до АГ специалисти, които да работят преимуществено с целевите общности.

Всички тези ограничения предполагат, че изводите, особено по количествените данни следва да се интерпретират внимателно като индикативни или като характерни за ромското население, а не като изцяло представителни за ромите.

В отделни документи са поместени следните приложения към този доклад: В Приложение 1 са представени показателите за събиране на количествените данни. В Приложение 2 е представен сравнителен анализ между различните локации, а в Приложение 3 са поместени подробните данни за всички изследвани практики. В Приложение 4 е поместен списък на интервюираните лица, а в Приложение 5 са поместени кратки резюмета от всяко дълбочинно интервю.

Данните са събирани през Ноември – Декември 2018 г.

## КВАРТАЛ ИЗТОК, ПАЗАРДЖИК

### 1. Институционална и общностна среда

**Ромската общност** в квартал Изток в Пазарджик е сред големите в България. Според представители на НПО избирателите в квартала наброяват около 17 000 души. По външни белези като инфраструктура, улици, сгради, чистота кварталът изглежда сравнително добре благоустроен. Изключение прави гетото (Токайто), в което живеят крайно бедни роми. Общностната среда е белязана от увеличаващата се миграция. Според НПО млади хора в квартала вече почти няма – всички са в Германия или Англия. Според местната легенда в Германия те получавали по 7 000 евро на месец за работа в земеделието и дори държавата им предлагала кредити от по 50,000 евро за да си построят къщи и да останат там за постоянно. Интервюираните потвърждават това, че кварталът не страда от крайна бедност. Това е най-вече заради паричните преводи от мигрантите. Това обаче не се отнася за крайно бедните, живеещи в т.нар гето „Токайто“.

**Неправителственият сектор** е представен само от една действаща организация – Център за социална интеграция и рехабилитация. Това НПО работи по-скоро като доставчик на социални услуги, обслужвайки само клиенти с решение на ТЕЛК. Инцидентно в квартала са действали и други организации, но покрай намаляването на донорите и навлизането на делегираните социални услуги те ограничават действията си върху осигурените лица или такива като хората с ТЕЛК. Най-уязвимите, обитаващи „Токайто“ не са адресирани нито от НПО, нито от държавни или общински програми. Според ОПЛ обаче в града действат други социални услуги като дневни центрове за рехабилитация, към които ОПЛ е насочвал свои пациенти. Според НПО социалния патронаж не се ползва интензивно, защото в квартала няма такава култура – самотни хора почти няма, а който има нужда взема храна от съседи или получава помощ от мигрантите.

**Образователната инфраструктура** е сравнително добра. Действат 3 училища, сред които 1 начално, 1 основно и едно СОУ. Има и 2 целодневни детски градини, но детски ясли няма.

**Здравните институции** са представени от 1 ОПЛ и един АГ специалист. Според практикуващият ОПЛ в квартала, той е оставен да работи изцяло сам. Наемът е висок (410 лв.), здравни

медиатори няма, като за медиаторски услуги той наема сам хора от квартала със свои средства. Иначе кабинетът е сравнително добре оборудван с всичко необходимо, въпреки, че има необходимост от осъвременяване на сървъра. Това би подобрило комуникацията на ОПЛ с останалите здравни институции.

Според ОПЛ степента на **здравното осигуряване** се влошава драматично. Вече почти няма постоянно осигурени лица във възрастовите групи на активното население 18 г. – 60 г., като те не са повече от 1% – 2 % от всички преглеждащи се лица. След като децата навършат 18 г. и държавата престане да ги осигурява, осигурителния статус моментално прекъсва. Както и на други места в страната, осигурителният статус се възстановява само когато ромите се разболеят тежко и най-вече когато се изисква скъпа струваща интервенция. Тогава се вземат бързи кредити или помощ от съседни или помагат мигрантите. Иначе когато става дума за леки заболявания или текущи прегледи ромите заплащат частни прегледи, като ОПЛ поддържа ниска цена (10 лв./преглед). Друг вариант за неосигурените е Бърза помощ. Според местния ОПЛ, бързата помощ, за разлика от спешната помощ, е достъпна в болницата и разполага с финансов ресурс, с който са покрива разходи за прегледи на неосигурени лица. Основната причина за огромният брой неосигурени са миграцията и непостоянната работа без договор и осигуровки. От друга страна, според местния ОПЛ, на национално ниво държавата не заплащала своите вноски в ЗОК за децата и пенсионерите, което утежнявало недофинансирането на здравните услуги.

**Здравни програми** за превенция не са наблюдавани нито от представителите на НПО, нито от ОПЛ с изключение на мобилен кабинет за профилактични прегледи, който е видян от представители на НПО и с изключение на интервенциите и кампаниите за ваксинации срещу морбили през 2018.

Специално внимание в интервютата бе обърнато на дейността на **здравните медиатори**. Интервюираният ОПЛ в кв. Изток в Пазарджик наема медиатори или сътрудници на граждански договор със свои средства, чрез които той осигурява необходимите лица за профилактични прегледи и особено за имунизациите на децата. ОПЛ дава списък, по който наетите от него медиатори издирват децата за имунизация, като той заплаща за услугата на база привлечено дете. Това за ОПЛ е важно, защото иначе ЗОК налага санкции на ОПЛ, ако останат неимунизирани деца. Според интервюираното НПО, здравни медиатори сега в квартала няма – имало е 4-ма, но те сега са в Германия. Според местния ОПЛ, дори и да има те не работят. За ОПЛ е трудно да работи с общинските здравни медиатори, защото той не може да им поставя задачи и да контролира тяхното изпълнение, тъй като те са наети и се отчитат на общината.

## **2. Здравна ситуация по медицински данни на ОПЛ**

Основният ОПЛ в квартал Изток към 31.12.2017 г. обслужва практика с 1640 деца на възраст от 0 до 17 г., от които 76 на възраст до 1 г.. Преди 4 г. към 31.12.2014 г. децата са били малко повече (1699), от които 66 до 1 г..

Най-често регистрираните заболявания за децата в практиката са болестите на дихателната система (702,4%), което представлява почти една трета от всички регистрирани заболявания сред децата. В сравнение с 2014 г. обаче болестността от дихателни болести спада, като през

2014 г. тя е била 792,8‰. През последните 4 години в тази група от заболявания расте регистрацията на астма, която в наблюдаваната практика се покачва от 15,9 на 18,9 на хиляда случаи.

На второ място с почти десетократно по-ниска болестност следват инфекциозните и паразитни болести (84,8‰), които за разлика от дихателните заболявания нарастват с почти десет пункта спрямо 2014 г. (74,7‰). В групата на инфекциозните болести най-разпространени са чревните инфекции (22‰). Особено висок ръст се наблюдава по отношение на вирусния хепатит, който макар и с по-ниска заболеваемост расте повече от 5 пъти, съответно от 2,9 ‰ (5 случая) на 15,2‰ (25 случая) през 2017 г.. Туберкулоза в наблюдаваната практика през 2017 г. не е регистрирана, като през 2014 г. е наблюдаван само един случай.

На трето място с почти същата болестност се нареждат болестите на пикочно-половата система (72,6‰, 2017 г.), които нарастват от 55,3 на 72,6 случая на хиляда. Сред тази група най-значим е ръста на бъбречнокаменната болест, която се регистрира често и на ранна възраст. Тук сред децата болестността расте от 26,5‰ за 2014 г. на 32,3‰ за 2017 г.

На четвърто място със значително по-ниска честота са болестите на нервната система, които също растат от 21,2‰ на 30,5‰ за 2017 г. Тук най-съществен принос има епилепсията, която нараства от 11,8 на 14,0 случая на хиляда. На пето място са болестите на окото и придатъците му, които са с еднаква честота от около 26 на хиляда за двете наблюдавани години.

Следват групи болести със сравнително ниска болестност от около 12 – 15 на хиляда, което съответства на 20 - 25 регистрирани случая в наблюдаваната практика в квартал Изток. Такива заболявания са болестите на костно-мускулната система и на съединителната тъкан, които нарастват от 9,4‰ на 14,6‰; болестите на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм (15,9‰), включително анемията, която расте значително от 8,8‰ на 11,6‰. С подобни честоти са и вродените аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации, които нарастват от 8,2 на 12,8 случая на хиляда.

Данните не потвърдиха хипотезата за случаи на недоимъчно хранене. Като цяло групата на болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата е със сравнително ниска болестност, като сред нея има случаи по-скоро на захарен диабет и затлъстяване (1,2‰), докато случаи на недоимъчно хранене не са открити. Както бе посочено по-горе, налице е сравнително висока болестност на анемиите, които са резултат от неправилно хранене.

Със сравнително ниска болестност са също така болестите от групите на някои състояния, възникващи през перинаталния период (9,8‰), психични и поведенчески разстройства (7,9‰) и бременност, раждане и послеродов период (0,6‰), за които също се предполагаше, че могат да имат висока болестност в квартала.

Данните от профилактичните прегледи в практиката говорят за добър обхват – през 2017 г. са обхванати 93,4% от децата в сравнение с 96,3% през 2014 г. Спадът от около 3 процентни пункта се отчита на увеличената миграция. Иначе профилактичните прегледи през 2017 г. водят до повече открити заболявания. Най-много от откритите заболявания през 2017 г. в резултат от профилактичните прегледи има на астма (21 случая) и на епилепсия (9 случая).

**Тази йерархия на заболяванията се отнася и за децата в ранна възраст.** Макар и оскъдни, наличните данни за деца до 1 г. сочат, че с най-висока болестност са болестите на дихателната система, които от 181 случая нарастват незначително на 184 за 2017 г. На второ място са отново инфекциозните и паразитни болести (15 случая за 2014 г. и 14 за 2017 г.). На трето място поради спецификата на заболяванията са групата на някои състояния, възникващи през перинаталния период, които от 11 случая за 2014 г. нарастват на 14 за 2017 г. Останалите заболявания са с по няколко случая, сред които изпъкват отново болестите на нервната система и болестите на храносмилателната система.

Като цяло данните от извадката на наблюдаваната практика в кв. Изток говорят за ръст по повечето от показателите, макар и на все още ниски нива на болестност. Изключение прави най-често срещаната група от болести - дихателните заболявания, за която има спад в сравнение с 2017 г, но някои специфични заболявания като астмата растат. Останалите често срещани болести са инфекциозните и паразитни болести, болестите на пикочно-половата система и болестите на нервната система. Налице е тревожен ръст на специфични заболявания като анемията, свързана с храненето, вирусния хепатит, астмата и епилепсията, които все още са нива с ниска болестност, както и групата на някои състояния, възникващи през перинаталния период, които нарастват за 2017 г.

## **СЕЛО ИСПЕРИХОВО, ОБЩИНА БРАЦИГОВО**

### **1. Институционална и обществена среда**

Село Исперихово е едно от големите села на община Брацигово с население от около 2300 души, половината от които са роми. Кметът на селото се гордее с това, че хората са работни и практически няма безработица. Кражби и битова престъпност в селото няма – според всички интервюирани ромите са работливи и добре интегрирани. Голяма част от населението, напоследък, включително и ромите, се занимава с отглеждане на праз и зеле, за които има отлични условия – вода на 5 - 6 м. дълбочина. Както и в останалите локации обаче ромите работят инцидентно, без договор или като самонаети в земеделието. Това ги лишава от социални и здравни осигуровки и ограничава достъпа им до здравни грижи. Иначе в района има големи работодатели като Биовет и Новомес, например, които обаче търсят хора за постоянна работа на пълен работен ден. Крайно бедни според всички интервюирани в селото почти няма.

**Социалната инфраструктура** съответства на големината на населеното място – има училище с около 180 деца, детска градина и детска ясла с 90 деца. Социалните служби посещават селото веднъж месечно. НПО няма, но има активно читалище и пенсионерски клубове. Социален патронаж също няма, тъй като няма интерес за регулярно получаване на храна. Интервютата, проведени с персонала на детската градина изведоха проблеми, сходни с останалата част на страната, сред които най-големите трудности са със събирането на таксите, намаляващия брой деца (който съответно води до по-нисък бюджет) и нередовните посещения на някои ромски деца. Иначе от 84 деца, в детската градина, 70 са роми. Според персонала те са добре интегрирани и показват отлични резултати. Ромските деца обаче също намаляват, заради растящата миграция, която както и в останалите населени места се сочи като първостепенен проблем. От Исперихово, освен в Германия напоследък ромите мигрират и във Франция.



**Здравната грижа в Исперихово** е представена от един ОПЛ със сирийски произход и двама зъболекари. В детската ясла също има 2 медицински сестри, които обслужват при нужда и децата от детската градина. Лекарите - специалисти в селото няма, въпреки, че има добър сграден фонд за това – налице е бивш здравен център в центъра на Исперихово. На посещенията в селото идва само дерматолог. За останалите специализирани прегледи хората от Исперихово пътуват до Пещера, Пазарджик или Пловдив, което увеличава разходите им. Когато лицето не е осигурено, какъвто е най-често статуса на ромите, пътуването за един специализиран преглед заедно с таксите може да излезе около 30 лв. Амбицията на кмета на селото е здравният център да заработи отново, като след ремонта се привлекат специалисти, които да посещават селото поне два пъти месечно, ако не всяка седмица. Намерението е да се говори с АГ специалист, педиатър и специалист вътрешни болести или кардиолог. Според ОПЛ и акушерката обаче тази идея не е добре издържана от здравна гледна точка, защото пациентите няма да чакат специалистът да дойде и при остри заболявания отново ще търсят медицинска в по-големия близък град. Посещенията на специалистите обаче могат да помогнат за обслужването на лица с хронични заболявания.

**Здравни медиатори** в селото няма, но кметът е планирал за следващата финансова година един здравен медиатор към общината. Намерението на кмета е той да има и социални функции, като му се възлагат задачи по повишаване на осигурителния статус, контрол на чистотата в квартала, както и задачи по училищния обхват. Според ОПЛ сега ролята на здравен медиатор изпълнява акушерката, която работи в здравната служба повече от 40 г. и познава отлично всички свои пациенти в квартала. Иначе ОПЛ също не би отказал помощ от здравен медиатор, стига да работи по здравните задачи, свързани например с обхвата на ваксинирането.

**Здравните проблеми** са доминирани от неосигуряването на ромите. Според кмета те са над 60%. По данни на ОПЛ разпределението на осигурителния статус на цялата практика, която наброява около 2000 души е следното: В активната възрастова група, в която лицата се осигуряват сами, 990 лица са неосигурени и 900 са осигурени, което съответства на данните на кмета за около 60% неосигурени. Всички неосигурени са роми. Останалите лица в практиката са пенсионери и деца, които се осигуряват от държавата.

Според ОПЛ **здравната картина** в селото е благоприятна. Най-честите заболявания за децата са обичайните респираторни заболявания, има няколко случая с гърчове, едно дете с епилепсия и едно дете с астма. Имунизационният обхват е добър. Проведено интервю с пациентка с едномесечно бебе от квартала показва, че доверието към здравната служба е високо. По време на бременността тя е посещавала платени консултации, а имунизационният календар след раждането се спазва. Иначе при възрастните има един заварен случай с туберкулоза. Новооткрити случаи през последните години няма.

Като цяло основните здравни проблеми в селото са липсата на достъп до специализирана помощ и високият дял на неосигурени лица, което оскъпява здравната грижа и натоварва системата.

## 2. Здравна ситуация по медицински данни на ОПЛ

ОПЛ в с. Исперихово управлява практика, в която са регистрирани 470 деца на възраст 0-17 г., които през 2017 г. намаляват до 466 деца. Регистрираните деца до 2 години в практиката са 37 за 2014 г. спрямо 42 за 2017 г.

Данните от извадката от регистрираните заболявания на деца 0-17 г. при ОПЛ в с. Исперихово извежда на първо място отново дихателните заболявания със болестност от 570,8 на хиляда за 2017 г., което е малко по-ниска честота в сравнение с 2014 г. (608,5‰).

Останалите заболявания са с десетократно по-ниска честота. На второ място идват болестите на храносмилателната система, които макар и с ниска болестност нарастват от 51,1‰ през 2014 г. на 60,1‰ през 2017 г. За разлика от предходната практика в Пазарджик тук инфекциозните и паразитни болести са със сравнително ниска болестност 15,0‰ за 2017 г. при 0 регистрирани случаи за 2014 г. Всичките 7 регистрирани случаи на инфекциозни заболявания обаче са за вирусен хепатит (15,0‰ за 2017 г. при 0 за 2014 г.).

На трето място се нарежда групата болести на пикочно-половата система, при която болестността намалява от 53,2‰ за 2014 г. на 21,5‰ за 2017 г. Както и в кв. Изток в Пазарджик бъбречнокаменната болест се регистриран и на ранна възраст.

Следват заболявания с нива от около 10 на хиляда, което съответства на около 5 регистрирани случая в практиката. Такива са групите на болестите на нервната система, при която болестността спада от 17 на 10,7 на хиляда за 2017 г. Тук отново значителен принос има епилепсията, при която обаче болестността също спада от 10,6‰ на 4,3‰ през 2017 г..

С подобна сравнително ниска болестност са и болестите на окото и придатъците му, които поддържат сходна болестност от около 10 на хиляда и за двата наблюдавани периода (10,6‰ за 2014 г. спрямо 10,7‰ за 2014 г.).

През 2017 г. болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан не са регистрирани, докато през 2014 те са били със болестност от 8,5 на хиляда. С обратна динамика са болестите на органите на кръвообращението, при които от 2,1 на хиляда болестността през 2014 г. нараства на 8,6‰ за 2017 г..

В практиката не са регистрирани случаи на заболявания от групите на Бременност, раждане и послеродов период; Някои състояния, възникващи през перинаталния период, докато при групата на вродени аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации има само 2 случая за 2014 г. (4,3‰) и един случай за 2017 г. (2,1‰).

**Информацията за децата в ранна възраст (0-1 г), както и на останалите места е оскъдна** и не позволяват сравнение нито между различните заболявания, нито в динамика. Все пак, наличните данни извеждат отново с най-висока честота дихателните болести (43 случая за 2017 г.). Регистрирани са освен това 2 случая на болести на храносмилателната система и един случай на епилепсия. Случаи на инфекциозни и паразитни болести в тази възрастова група не са регистрирани.

Обхватът с профилактични прегледи сред децата е добър – през 2014 са обхванати 93,8%, като този относителен дял нараства на 97,6% за 2017 г. Отчетът за профилактичните прегледи не съдържа данни за открити заболявания.

Като цяло здравната картина на децата в ОПЛ практиката в с. Исперихово е сравнително добра. Болестността по повечето от наблюдаваните групи спада, включително за тези с най-висока честота на регистрация, каквито са болестите на дихателната система и болестите на храносмилателната система. Намалява болестността и при болестите на нервната система и при болестите на пикочно-половата система. Ръст в регистрациите на заболяванията се наблюдава при болестите на храносмилателната система. Макар и **с ниска честота растат регистрациите на вирусен хепатит.**

## ГР. БРАЦИГОВО

### 1. Институционална и общностна среда

Брацигово е общински център на Община Брацигово с население около 3500 души, 1000 от които роми (по оценка на здравния медиатор и общинската администрация).

**Социалната инфраструктура** е институционално представена от 2 детски градини, 1 начално и 2 средни училища. Налице са добре развити социални услуги, включително КСУДС (комплекс за социални услуги за деца и семейства), ЦОП (център за обществена подкрепа), Дневен център за деца и младежи с увреждания от 3 до 18 г., два Центъра за настаняване от семеен тип, Наблюдавано жилище за 6 лица, Център за работа с деца. Всички социални услуги се изпълняват и управляват от общината, а не от НПО или други договорени изпълнители. Подобно на Исперихово, интервюираните лица, включително здравния медиатор и хора от махалата твърдят, че ромите тук са добре интегрирани, работят, говорят български и не са свързвани с битовата престъпност. Подобно на останалите махали налице е огромна миграция и обезлюдяване. Според здравния медиатор в махалата от 1000 души, 70% са в чужбина, като са мигрирали предимно младите и работливите хора. Според интервюирани лица от ромския квартал, особено добре работи Дневния център, в който се приютяват деца на крайно бедни лица от махалата.

**Здравната мрежа се** състои от 3-ма ОПЛ и Спешна помощ. Въпреки, че е общински център тук също няма стационарни специалисти, които да предоставят специализирани медицински услуги. Налице е наличието на голяма сграда на бивша поликлиника, която обаче днес се обитава само от ОПЛ и наематели извън здравеопазването на горния етаж. Както и в с. Исперихово, хората от Брацигово пътуват до Пещера, Пазарджик или Пловдив, за да ползват специализирана доболнична помощ. Налице са и сравнително силни частни фирми, предлагащи специализирани здравни услуги, базирани в Пазарджик – Хигия и Здраве.

Общинската администрация подкрепя идеята на с. Исперихово за създаването на здравен център, който да е посещаван регулярно от специалисти, като се надява той да се ползва и от Брацигово. Иначе общината не разполага със своя здравна програма, нито има финансиране за

това. Тя е подпомагала само логистично кампания на НПО и частни сдружения, свързани с превенция на ракови заболявания, остеопороза и превенция на кардиологични заболявания.

Общината се надява да намери външно финансиране за превантивни кампании, както и за здравни интервенции свързани с предоставянето на услуги от логопед, и психични заболявания, както и за борба с агресията сред децата.

По отношение на **осигуряването**, картината е идентична като в останалите ромски квартали. Броят на осигурените е не-повече от 10%. Според ОПЛ, дори и да се инвестира в здравен център за специалисти, при текущото ниво на осигуряване ще е трудно той да се финансира и поддържа устойчиво чрез прегледи по здравната каса. Още повече при липсата на достатъчен брой направления се губи напълно смисъла от привличането на лекари - специалисти. При заболявания хората от махалата заплащат частни прегледи, а тези които нямат възможност разчитат на помощ от близки или на доброволна помощ от ОПЛ и лекарите специалисти. Според ОПЛ, при нарастващата миграция в квартала са останали именно тези с по-ниски финансови възможности.

В Брацигово работи един здравен медиатор, който е и пастор на местната евангелистка църква. Според интервюираните лица в ромския квартал здравният медиатор помага не само за по-добър достъп до здравните услуги, но и за всякакви социални проблеми. Той например е водил интервюирана бременна жена до Пещера на консултация със собствения си автомобил. Според ОПЛ обаче здравният медиатор е помагал повече в началото (на ОПЛ-практиката) за привличане на деца за ваксинации, докато това съдействие в последно време е намаляло. **Здравната картина** в града е сходна на тази в останалите локации. Преобладават бронхитите и вирусните заболявания. В практиката на ОПЛ, който покрива ромския квартал, има регистрирано едно дете с церебрална парализа и едно дете с епилепсия. Според ОПЛ, сериозен проблем е **лимита на направленията**. Ресурсът от 60 талона за направления месечно за практика от 2000 души е крайно недостатъчен. Интервюирана бе 41-годишна бременна жена от квартала, която е крайно бедна, има 10 деца и сега чака 11-то. Четири от децата на жената са в дневния център, където се хранят и къпят, някои от тях през деня ходят на училище, а вечер се прибират при майка си. По време на бременността тя е правила 3 консултации, като първата е била с безплатно направление от ОПЛ, а втората и третата – безплатно на доброволни начала от лекар специалист в Пещера. Децата ѝ са ваксинирани.

## 2. Здравна ситуация по медицински данни на ОПЛ

Включеният в проучването ОПЛ от Брацигово работи в практика, в която са регистрирани 225 деца на възраст 0-17 г., включително 8 деца до 2 години през 2014 г. и съответно 249 деца през 2017 г., включително 12 деца до 2 г.. Това е сравнително малка практика, в която обаче се наблюдава ръст на регистрираните деца.

Медицинските данни от отчетите на регистрираните заболявания тук извеждат с най-висока болестност болестите от групата на инфекциозните и паразитни болести. Честотата на тези заболявания расте от 373,3‰ през 2014 г. на 578,3‰ за 2017 г., което е значителен ръст от близо 55%. В тази група обаче липсват регистрации на социално значими заболявания като

чревни инфекции, салмонела, туберкулоза и сифилис, докато има само един регистриран случай на вирусен хепатит (4,0‰ за 2017 г.).

Болестите на дихателната система, които са втори по болестност намаляват от 328,9‰ за 2014 г. на 297,2 на хиляда за 2017 г.. Тук се наблюдава обаче ръст на астмата, съответно от 4,4‰ на 12,0‰ за 2017 г..

На трето място в изследваната практика на Брацигово са болестите на окото и придатъците му, които са на сходни нива на болестност от около 80 на хиляда за двете наблюдавани години.

Болестите на пикочно-половата система, включително бъбречнокаменна болест също са били с висока болестност, но те намаляват съществено от 44,4‰ за 2014 г. на 12‰ за 2017 г. Подобен спад със сходно ниво на болестност бележат групите болести на храносмилателната система и болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан, които намаляват от 31,1‰ през 2014 г. на 20,1‰ за 2017 г..

Със сравнително ниска болестност бележи ръст групата психични и поведенчески разстройства, където регистрираните случаи нарастват от 17,8‰ през 2014 г. на 36,1‰ за 2017 г. Тук са болестите на умствената изостаналост, за която има един регистриран случай (4,0‰) за 2017 г., както и специфичните разстройства в развитието с 2 случая.

Болестите от групите при Бременност, раждане и послеродов период са без регистрирани случаи, докато в групите заболявания на Някои състояния, възникващи през перинаталния период и Вродени аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации има по два регистрирани случая, съответно за двата изследвани период (8 на хиляда).

Делът на обхванатите деца с профилактични прегледи е добър, но сравнително по-нисък от повечето изследваните практики - 89,3% за 2014 г. и съответно 89,2% за 2017 г.. В отчета за профилактичните прегледи е отразен само един случай на открито заболяване – придобито плоско стъпало в данните за 2014 г..

**Инфекциозните и паразитни болести и съответно дихателните болести са водещи и за възрастовата група деца до 1 г.** Броят на регистрираните инфекциозни и паразитни болести заболявания расте от 5 случая за 2014 г. на 9 случая за 2017 г. Както и при широката възрастова група, тук при най-малките, заболяванията от дихателни болести намаляват от 17 на 6 случая за 2017 г.. Освен тези заболявания, при възрастта до 1 г. са регистрирани още 1 случай на болести на окото и придатъците му и 1 случай на болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан за 2017 г..

Като цяло здравната картина на децата в изследваната практика в Брацигово е сравнително добра. Наблюдават се обаче ръст при някои групи заболявания, като това е най-видимо при инфекциозните и паразитни болести. Ръст има и при групите на психичните и поведенчески разстройства, докато при болестността за дихателната система, болести на храносмилателната система, болестите на костно-мускулната система и на съединителната тъкан и при болестите на пикочно-половата система има спад на болестността.

## ГР. ПЕЩЕРА

### 1. Институционална и общностна среда

Община Пещера е с население от 17 900 души, около 16 000 от които са в града. По преценка на общинската администрация около 1/3 от тях или около 6 – 7 хиляди души са роми. Само около половината от тях са в града, а останалите са мигрирали и се връщат за кратко през лятото. Тези 3000 – 3500 роми са концентрирани в махалите Луковица и Пирин.

Социалната интегрираност на ромите в Пещера и особено, обитаващите „тепетата на Пирин“ е изключително ниска. Има много роми, които живеят в **крайна бедност и изключително мизерни условия**. Според оценка на общинска администрация това са около 1/3 от живеещите в махалата Пирин. Ромите там обитават полуразрушени сгради или палатки, липсват улици и на места течаща вода. Голяма част от крайно бедните роми са всъщност мигранти от други части на страната, придошли тук заради дърводобива, където мъжете работят без осигуровки. В махалите разбира се има и богати къщи, построени от мигриралите роми, които обаче сега стоят празни. По мнение на почти всички интервюирани в махалите са останали най-слабо квалифицираните и крайно бедните роми, повечето от които са заети в дърводобива или не търсят работа. Тези, които искат да работят според тях са мигрирали в чужбина. Има дори роми, които са продали къщите си в Пещера и са отишли в с. Исперихово да се занимават със земеделие.

Иначе, в града има развита обувна промишленост, голям винзавод и голяма фармацевтична фирма (Биовет), които търсят работници. Според секретаря на Местна комисия за борба с противообществените прояви за малолетни и непълнолетни (МКБППМН) обаче условията на труд и заплатите в тези предприятия са неатрактивни – *ако не е принудена, няма майка, която би дала детето си да работи в Биовет....още на втората седмица започват да получават алергии,.... въпреки, че има хора, които работят за 400 лв. – 500 лв. на месец; в „частните“ обувни фабрики работят и деца*. Жените, с които екипът се срещна обаче били прекъснали работа в една от „частните“ обувни фабрики, според тях, защото са били съкратени. Така или иначе повечето от работещите и естествено неработещите роми останали в Пещера са неосигурени.

Една неизвестна част от тези роми са без документи за самоличност, които според общинската администрация не могат да бъдат издадени заради липсата на собственост и незаконността на имотите, които обитават. Без лични документи ромите не могат да бъдат обхванати нито от социалната, нито от здравната, нито от образователната система. Трудно е да се прецени обаче количественото измерение на този проблем. Ромите, с които екипът се срещна в махалата всъщност имаха документи за самоличност.

**Образователната картина** изглежда по-благоприятна. В града има начално, основно училище и обединено училище, което обаче все още не отговаря напълно на търсената от бизнеса професионална квалификация, въпреки, че има усилия в тази посока. В града има детска градина и детска ясла съответно със 102 и 21 места, чийто капацитет е напълно запълнен. В кв.„Пирин“ екипът се срещна с няколко деца, които вместо в детска градина бяха изпратени да пазаруват цигари и хляб за родителите си.

**Налице са няколко социални услуги.** По европейско финансиране функционира Обществена трапезария, която предоставя безплатна храна за 70 души, половината от които са роми.

Функционират и Домашен социален патронаж, към който в махалите няма интерес, Дневен център за деца с увреждания, Дневен център за възрастни хора с увреждания, Личен асистент, Център за настаняване от семеен тип за деца и младежи, Кризисен център за лица, пострадали от насилие.

За разлика от останалите локации, тук общината си взаимодейства добре с РЗИ по отношение **на националните здравни програми.** В общинската администрация има активна Местна комисия за борба с противообществените прояви за малолетни и непълнолетни (МКБППМН), която заедно със здравния медиатор осъществяват образователни кампании в детската градина, училищата и пряко в ромските общности. Такива са разяснителни програми в училищата и детските градини напр. за деца от 1-ви клас – „Как да си мием зъбите“, за деца от горните курсове- за СПИН и тютюнопушене. В детската градина е действала програма „Как да си мием ръцете“.

Според общинската администрация обаче, тези кампании са инцидентни и не са **регулярни.** **Според интервюираните би било добре, ако те се извършват по график системно и на национално ниво.**

**Здравните услуги** в Пещера са концентрирани в медицинския комплекс „Здраве“, който е част от верига здравни заведения, действащи в Пазарджишка област, София и на други места. Комплексът съчетава доболнична грижа, спешна помощ и болнична помощ. В извънболничната помощ работят 11 ОПЛ, 2 педиатри и 2 АГ специалисти, един от които пътува от Пазарджик.

В ромските квартали няма локални здравни услуги. Няколко ОПЛ обслужват различни части от махалите. Както и в останалите населени места ромите в работоспособна възраст не са осигурени или поне 95% от тях, според оценката на интервюирания ОПЛ. Иначе в цялата негова практика има около 1550 лица, около над 500 от които са неосигурени. Около 30% от практиката са роми.

Според ОПЛ знанията и нагласите по отношение на здравето в ромските общности се подобрява. Според ОПЛ повечето бременни жени от общността посещават консултации по време на бременността като заплащат за това, защото са неосигурени. Ваксинарането също е се следва стриктно, но нагласите за ранните бракове продължават да са проблем.

По отношение на **здравните медиатори**, интервюираният ОПЛ счита, че могат да бъдат полезни, но взаимодействието му с тях досега е било несистематично. Те са помагали само веднъж когато по инициатива на РЗИ е имало кампания за ваксинация срещу морбили. Иначе според ОПЛ те могат да са особено полезни при ваксинарането. Когато определено лице не води детето си за ваксинация, то е трудно да бъде намерено. Според ОПЛ е необходимо поне веднъж седмично здравните медиатори да минават през определени ОПЛ, за да получават задачи, например за издирване на пациенти или други здравни задачи. Иначе в Пещера има назначени 2-ма здравни медиатори. Те обаче считат, че получават задачите си от София, където им е асоциацията.

Здравната картина в града е сходна с останалите населени места. Сред децата преобладават респираторните заболявания, следвани от стомашно-чревни инфекции. Специфика при ромите е, че те не отделят болното лице от малките деца, което най-често е причина за предаване на вируса. Според интервюирания ОПЛ за ромите е характерно едностранното хранене с преобладаващи въглехидрати – сокове, висококалорични сладки храни. Този начин на хранене може да доведе до анемии заради ограничения прием на желязо. Друга особеност при ромите и социално бедните е принудителното хоспитализиране на децата, например при бронхити, които се регистрират като пневмонии заради невъзможността за домашно лечение и липсата на средства за закупуване на лекарства.

## 2. Здравна ситуация по медицински данни на ОПЛ

Медицинските данни от отчетите на ОПЛ потвърждават наблюденията от дълбочинните интервюта. Данните са на база 1137 деца на възраст 0-17 г., включително 66 деца до 2 г. в практиката през 2014 г. и съответно 1082, включително 59 деца до 2 г. възраст през 2017 г.

Както и на повечето места водещо място в йерархията от заболявания имат болестите на дихателната система, като болестността намалява незначително от 447,7‰ през 2014 г. на 396,5‰ през 2017 г. Подобно на други локации обаче болестността на астмата нараства, в случая от 12,3‰ на 17,6‰.

Второ място, както и в други локации се заема от групата на инфекциозните и паразитни болести. За тази група болестността се покачва значително от 60,7‰ през 2014 г. на 95,2‰ през 2017 г., което представлява ръст от над 56%. Друга специфика на болестността при инфекциозните и паразитни болести в Пещера е наличието на значителен дял чревни инфекции, които също растат – от 32,5‰ на 43,4‰. Вирусният хепатит е също представен в картината на заболяванията – докато през 2014 г. не е регистриран нито един случай, през 2017 г. са новооткрити 9 случая, което съответства на болестност от 8,3 на хиляда.

Пещера не прави изключение по отношение на болестите на пикочно-половата система. Тази група се нарежда на трето място по болестност, при това тя също расте, съответно от 57,2‰ през 2014 г. на 73,0‰ за 2017 г.. С подобен темп тук нараства болестността при бъбречнокаменна болест – от 7,0‰ на 11,1‰.

Както и на други места болестите на окото и придатъците му в Пещера са също със сравнително висока честота, като тук те нарастват от 46,6‰ за 2014 г. на 59,1‰.

Други заболявания с честота на регистрация над 10 на хиляда са от групите на болестите на храносмилателната система, които са на нива от 13 на хиляда и за двата периода и съответно болестите на костно-мускулната система и на съединителната тъкан, където има спад от 14,1‰ на 8,3‰ за 2017 г. Особено съществен тук е спада при дорзопатиите и сколиозата, където през 2017 г. са открити 2 случая от тези заболявания спрямо 9 през 2014 г.

Макар и с нисък интензитет в наблюдаваната ОПЛ-практика в Пещера е регистриран ръст на болестността от болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм, съответно с честота от 1,8‰ за 2014 г., която се покачва на 3,7‰ за 2017 г. Както бе идентифицирано в дълбочинните интервюта една от спецификите на ромската



общност са анемиите, свързани с храненето, които не са открити през 2014 г., а през 2017 г. са вече 3,7 на хиляда.

Налице сред децата са и заболявания от групата на болестите на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата (ръст от 0,9‰ на 6‰), включително захарен диабет, който също расте от 0,9‰ през 2014 г. на 1,8‰ за 2017 г. Налице са и два случая на затлъстяване при децата, регистрирани през 2017 г. спрямо нито един през 2014 г. Недоимъчно хранене не е регистрирано.

За разлика от други практики в Пещера са регистрирани заболявания от няколко групи, които не са открити в другите локации. Налице са сравнително висок брой вродени аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации, като болестността за тази група обаче спада от 23,7 на 17,6 на хиляда за 2017 г.. Макар и малко на брой в Пещера са регистрирани и случаи от групата на някои състояния, възникващи през перинаталния период, въпреки, че тук също има спад от 1,8 през 2014 г. на 0,9 на хиляда за 2017 г..

В тази практика са регистрирани и случаи на заболявания от групата на психичните и поведенчески разстройства, където обаче има спад от 7,0‰ на 4,6‰ за 2017 г. Налице са и 2 случая на умствена изостаналост, регистрирани през 2014 г.

Макар и с ниска болестност растат и болестите на нервната система, съответно от 6,2‰ на 8,3‰ за 2017 г., включително епилепсия, която бе идентифицирана и на други места, тук с ръст от 3,5‰ на 4,6‰.

Наличната информация относно **възрастовата група до 1 г.**, макар и по-оскъдна, потвърждава водещата позиция на дихателните болести. Те, както и при широката възрастова група спадат, тук от 44 за 2014 г. на 24 случая за 2017 г.. Характерното за тази практика е, че има **14 регистрирани случая на вродени аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации**, което съответства на около 200‰ (колкото и условни да са числата за общия брой на децата до 1 г. в знаменателя на формулата за болестност). Тези 14 случая на вродени аномалии намаляват на 6 за 2017 г., което представлява заболяемост от над 130 на хиляда. Случаите на инфекциозни и паразитни болести намаляват съответно от 4 на 3 случая за 2017 г. Освен тези заболявания има регистрирани 2 случая на анемии за деца на възраст до 1 г. и по един случай съответно за болести на храносмилателната система и болести на пикочно-половата система.

**Като цяло, в наблюдаваната практика в ОПЛ повечето от групите заболявания бележат ръст**, което е най-видимо при инфекциозните и паразитни болести, включително при чревните инфекции и вирусния хепатит. Расте болестността при групи с висока болестност като болестите на окото и придатъците му и болести на пикочно-половата система, така и при заболявания със сравнително по-нисък интензитет като психичните и поведенчески разстройства и болестите на ендокринната система, разстройствата на храненето и на обмяната на веществата. От друга страна, в тази ОПЛ-практика намалява болестността сред най-разпространената група на дихателните болести, въпреки че случаите на астма тук също растат. В тази практика са идентифицирани и ред заболявания, които не са открити на други места като например от групите на някои състояния, възникващи през перинаталния период и вродените аномалии

(пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации, които са характерни за ранната детска възраст. Налице са и два случая на анемия сред деца на възраст до 1 г.

По-голямото разнообразие от заболявания тук може да се дължи на сравнително големия размер на практиката и свързаността и с цялостна здравна грижа, включително болнична помощ. Това предполага извършване на повече прегледи, включително на лица от други населени места.

Всъщност, обхватът на профилактичните прегледи потвърждава тази хипотеза, тъй като той е над 100%. И за двете наблюдавани години са прегледани повече деца, отколкото са регистрирани в практиката – по този начин обхвата е 102,6% за 2014 г. , нараствайки още повече през 2017 г. на 107,7%. При профилактичните прегледи тук са открити и значителен брой нови заболявания, особено вродени аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации, като съответно са открити 32 такива заболявания при профилактичните прегледи през 2014 г. и 20 случая през 2017 г.

Като цяло, ръстът на болестността по повечето показатели в наблюдаваната практика в Пещера говори за по-висок риск, сходен с ОПЛ-практиката в кв. Изток, Пазарджик.

## ОБЩИНА ЛЕСИЧОВО

### 1. Институционална и обществена среда

По данни от последното преброяване община Лесичово има 7 населени места с общо население от около 5 400 жители. Най-голяма концентрация на роми има в селата Динката и Боримечково, които по долу са адресирани отделно<sup>1</sup>. В Боримечково живеят около 625 души, 150 от които са роми.

**Образователната мрежа** в общината се състои от 3 училища, сред които 2 основни в с. Динката и с. Церово и едно обединено училище в с. Калугерово с фокус върху готварството. В общината има 2 детски градини. Според кметовете на Динката и Боримечково децата са обхванати в училищата, въпреки че бяха срещнати деца, които не бяха на училище в училищно време. Според кметовете, част от децата не са обхванати заради миграцията. Действително в Динката беше интервюирано дете на около 12 г., което според собствените му обяснения учи и живее с баба си Гърция, но сега е при родителите си в България.

**Социалната интеграция на ромите в общината според Зам. Кмета на община Лесичово е добра.** Почти няма незаети роми. Повечето са самонаети в земеделието или са заети в предприятията в близките по-големи населени места. Това се потвърждава и от интервютата в Боримечково и Динката.

Кметът на Боримечково е запознат детайлно със заетостта на всички свои съжители. Около поливината от населението са деца и пенсионери, а останалата половина са заети, като повечето пътуват извън селото – до шивашки цех в Ихтиман, до фабриката за опаковки в Лесичово; някои са заети в лозарството, а други пътуват ежедневно до други в предприятия в Пазарджик и дори до завод за опаковки в София. Всички тези лица са осигурени на трудови

<sup>1</sup> По този проект са проведени интервюта с лица от Боримечково и Динката

договори и получават добри възнаграждения за местните условия – около 600 лв. – 700 лв. Около 20% от хората в работоспособна възраст. според кмета са заети в земеделието без да се осигуряват и едва 10 – 15 души просто не търсят работа.

Динката е по-голямо село с повече роми. Според кмета в селото живеят около 1500 души (1200 по данни на ГРАО), от които около 1000 са роми. Голяма част от ромите според кмета са в Англия, а тези които са в селото пътуват, за да работят в хлебозавода в Септември, във фабрика за мармалад, в мебелен цех и до други предприятия в Пазарджик. Както и на други места (Пещера, Брацигово, Пазарджик) ромите, които преди са били затворени само в махалата вече са започнали да купуват къщи в селото. Само около 100 души са безработни, а седем са с ТЕЛК.

На общинско ниво функционират многобройни за мащабите на общината **социално услуги** - три Центъра за настаняване от семеен тип за деца без увреждания (почти с пълен капацитет), един Дом за деца с увреждания, финансиран от Фондация „Жулевия дом“ (пълен на 100%), ЦОП, ЦСРИ и домашен социален патронаж. Трите ЦНСТ са изградени в продължение на бившия дом за деца, който след деинституционализацията е бил закрит. От тези услуги в Динката се ползва социалния патронаж и топъл обяд за 12 души, които обаче по частичните наблюдения на екипа се ползват нередовно. В Боримечково се ползва социалния патронаж и услугите за възрастни, но не и за деца. В селото според кмета има само 1-2 социално слаби семейства, с едно от които бе проведено интервю. Всъщност родителите се оказаха на работа (земеделие, лавандула), а 12 годишното момче беше у дома – според обясненията му не било на училище, защото е болно.

ОПЛ в с. Динката не е запознат, че общината (Лесичово) има програма за рехабилитация, където би могъл да насочва свои пациенти; според него комуникацията би могла да бъде по-добра.

По отношение на **здравната инфраструктура и програмите** общината няма преки ангажименти поради ограничения си бюджет. Община Лесичово е отдала 3 помещения за ОПЛ в Лесичово, Боримечково и Лесичово, но не поддържа своя здравна програма, освен че отделя 5000 лв. за подпомагане на скъпо струващи здравни услуги, които обаче според Зам. Кмета се изчерпват още през пролетта. С РЗИ общината не е осъществявала съвместни програми освен програма за диагностика на зрението на своите общински служители. Общината обаче си е сътрудничила със сдружение „Онкоболни“, което с външно финансиране е провеждало профилактика за онкологични заболявания, включително за рак на гърдата и маточната шийка. ОПЛ и кмета на Боримечково потвърждават, че единствената профилактична програма в последно време е била инициативата за профилактика на раковите заболявания и тази за профилактика на зрението на общинските работници. Според кмета на селото обаче би имало интерес към профилактични прегледи, предоставени от мобилен кабинет, например. Подобно на Боримечково, в Динката не са запознати с програмите на РЗИ, освен имунизацията срещу морбили, каквато кампания е имало през април 2018 година.

**Здравната служба в Боримечково** има оборудван кабинет, в който работи ОПЛ, базиран още в Калугерово и Пазарджик. В селото идва един път седмично педиатър и един път месечно - кардиолог. Общата практиката на ОПЛ наброява около 2200 души, от които около 600 не са осигурени. ОПЛ потвърждава, че напоследък голяма част от ромите в Боримечково са вече

осигурени, работят на трудови договори, но здравният им статус още не е активиран, защото не са покрити осигуровките за предходните 5 г.. ОПЛ преглежда **неосигурените** лица без заплащане, като при нужда от специализирана помощ те си заплащат прегледите. Според кмета на селото обаче, едва 2 домакинства в селото наистина не могат да си позволят да заплащат прегледите си и ОПЛ ги преглежда безплатно. Обикновено в случаи, когато се изисква специализирана помощ, лицата пътуват до Пазарджик. Според ОПЛ в Боримечково бременните си заплащат осигуровките, защото консултациите и раждането са скъпи услуги - напоследък някои си възстановяват осигурителния статус и на разсрочено плащане.

**Работата на здравната служба в Динката е доста по-трудна.** Това е селото с най-много деца в общината, а неосигурените са доста повече - в практиката на ОПЛ има около 2300 осигурени лица и 1000 неосигурени лица. Тук всеки четвъртък идва педиатър. Преди време един път в месеца е идвал и АГ специалист, но вече ромите могат да си позволят да пътуват до града и вече предпочитат да извършват консултациите си в Пазарджик.

Според и двамата интервюирани ОПЛ в общината ромите са стриктни по отношение на имунизациите и прегледите – те не чакат да се развие заболяването, а идват навреме. В действителност в Боримечково беше интервюирана майка, която беше дошла да посети ОПЛ за преглед на 1-годишно дете.

Здравната картина е подобна като на останалите места. Преобладават инфекциите на горните дихателни пътища, бронхити и чревни инфекции. Според двамата ОПЛ няма големи разлики между заболяванията на ромите и останалите деца. Специфики има по отношение на храненето, подобно на останалите населени места - малнутриции няма, но има неправилно хранене с високо калорични храни, които водят до анемии. Особено остър е този проблем за кърмачетата, които чести се захранват твърде рано още на 2-рия месец с кисело мляко, а след като отраснат минават на майонеза и хляб. Въпреки това според ОПЛ ромските деца имат висок имунитет и са като цяло здрави. Иначе за целия район се наблюдава висока заболеваемост от бъбречни болести поради лошото качество на водата. Същите наблюдения са налице и в Боримечката.

Както и на останалите места наблюдава се позитивна промяна по отношение на **здравната култура и семейните ценности**. Броят на раждани деца в домакинствата намаляват до 1-2 , но ранните бракове продължават да са проблем, като те просто не се регистрират (за да няма санкции). Подобни са и нагласите в Динката. Според ОПЛ рядко са домакинствата с 4 и повече деца, но ранните бракове продължават, което води до отпадането на младите майки от училище. И на двете места ОПЛ споделят, че ромите са стриктни и изпълнителни по отношение на имунизациите. Според ОПЛ в Динката обаче поради миграцията не всички деца могат да бъдат обхванати.

**Здравни медиатори в общината няма.** Според зам. кмета на общината няма нужда от това, защото ОПЛ-тата познават хората си, но по-важната причина е скъпо-струващото обучение от 1500 лв., което общината трябва да заплати сама, за да се активира делегираната дейност. ОПЛ, както и кмета в Боримечково потвърждават, че няма нужда от медиатор, тъй като общността е малка и хората се познават. В Динката обаче, което е доста по-голямо село с повече роми, потребност от медиатори има. Според кмета на селото и ОПЛ, преди в селото е

имало лице, което е сътрудничило на ОПЛ и е играело ролята на медиатор, особено за имунизациите. Тя е напуснала селото, сега работи като лаборант в Панагюрище и всяка сряда идва да прави изследвания на място. Санитарката в практиката на ОПЛ също познава много добре ромската общност. Според ОПЛ е особено важно медиаторът да е местно лице, което да познава общността.

По отношение на **проектни идеи**, това, от което има нужда според Зам. кмета в Лесичово е инвестиции в оборудване и превенции. ОПЛ в Боримечково и Динката потвърждават необходимостта от профилактика. В Боримечково ремонт не е необходим, докато в Динката, сградата и особено покрива има нужда от ремонт. В Динката е налице наскоро ремонтирана сграда на читалище, която би могла да подслони здравната служба, ако има желание за това. В Динката, където хората в риск са повече, има нужда и от оборудване – например ехограф, кардиограф, профилактика на децата и женски консултации, превенция на нежелана бременност и др. ОПЛ на Динката споделя, че мобилен кабинет, който да идва също би бил от полза за по-бедните домакинства, въпреки, че ромите вече пътуват сами.

## **2. Здравна ситуация по медицински данни на ОПЛ**

В община Лесичово са взети медицински данни от регистрите на двама ОПЛ – единият работи в практика, покриваща селата Калугерово и Боримечково, а другият – с. Динката.

### **Медицински данни от с. Калугерово/с. Боримечково / ДКЦ 1 Пазарджик**

Практиката, покриваща селата Калугерово, Боримечково и ДКЦ 1 от гр. Пазарджик обхваща общо 385 деца на възраст 0-17 г., включително 15 деца на възраст до 1 г., които намаляват съществено от 385 през 2014 г. на 298, включително 7 деца до 1 г. през 2017 г.

Както и в повечето наблюдавани практики болестите на дихателната система са с най-висока заболеваемост. В ОПЛ-практиката на Калугерово/Боримечково/ДКЦ1 Пазарджик тя нараства от 849,4‰ за 2014 г. на 1040,3‰, което представлява ръст от над 22%. Особено силно растат регистрираните случаи на астма, която през 2014 г. е била 26,0 на хиляда, докато след 4 години е вече с над 55% повече или 40,3 на хиляда.

На второ място като на повечето места се нарежда групата на инфекциозните и паразитни болести, при която болестността расте още по-стръмно - 168,8‰ за 2014 г. спрямо 379,2‰ за 2017 г., което представлява ръст от над 120%. Тук, както и в други ОПЛ-практики съществен дял имат чревните инфекции, които се запазват на нива от около 60 на хиляда за двата изследвани периода.

На трето място са болестите на окото и придатъците му, при които болестността също бележи съществен ръст, съответно от 36,4‰ на 127,5‰.

Следват болестите на пикочно-половата система с подобен ръст от 28,6‰ през 2014 г. на 73,8‰. Тук особен принос има бъбречнокаменната болест, при която болестността расте от 7,8‰ за 2014 на 23,5‰ за 2017 г. С подобен висок ръст на болестността са болестите на храносмилателната система, при която регистрираните случаи растат от 18,2‰ над 70,5‰ за 2017 г..

С относително по-ниска болестност са болестите на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата, където съществен принос имат регистрираните случаи на затлъстяване сред децата - 20,8‰ за 2014 г. спрямо 23,5‰ за 2017 г. Болестите на нервната система, включително епилепсията, тук също не са изключение като епилептичния статус расте повече от 3 пъти – от 5,2 на хиляда на 16,8 на хиляда за 2017 г.

В тази практика не са регистрирани случаи на вродени аномалии и болести по време на бременността, раждането и послеродовия период. Налице са обаче случаи с болестност от около 7 на хиляда за двата периода при групата Някои състояния, възникващи през перинаталния период.

Обхватът на профилактичните прегледи за 2014 г. е 89,1% като за 2017 г. нараства на 101,0%. В отчета на профилактичните прегледи са регистрирани 13 заболявания както за 2014 г., така и за 2017 г. Половината от тях са на затлъстяване.

**Както и на останалите места данните за децата до 1 г. са по-оскъдни.** Все пак те потвърждават общата картина, при която водят дихателните заболявания, тук с още по-изявен спад от 25 случая за 2014 г. спрямо 11 за 2017 г. Следват инфекциозните и паразитни болести, но тук за разлика от широката възрастова група болестността намалява от 12 случая за 2014 г. спрямо 4 за 2017 г. Освен тези две групи заболявания няма регистрирани други случаи за възрастовата група 0-1 г. за 2017 г.

Като цяло, ОПЛ-практиката в селата Калугерово/Боримечката повтаря йерархията на заболяванията, идентифицирана в повечето практики – водят болестите на дихателната система, следвани със значително по-ниска честота на регистрация заболявания от групите на инфекциозните и паразитни болести, включително чревните инфекции, и след това болестите на окото и придатъците му, болестите на пикочно-половата система, болестите на ендокринната система, като тук особено висока е болестността от затлъстяване. Характерното за тази практика е не толкова високата болестност, а силния ръст на регистрираните случаи по почти всички групи от заболявания.

#### **Медицински данни от с. Динката**

Данните от регистъра на ОПЛ в с. Динката са на база 430 деца през 2014 г., които за 2017 г. намаляват на 416 деца на възраст 0-17 г.

Както и в останалите практики тук отново водят болестите на дихателната система, следвани от инфекциозни и паразитни болести и болестите на храносмилателната система. Останалите заболявания следват с йерархия, подобна на разгледаните по-горе ОПЛ практики.

За разлика от останалите регистри, обаче тук данните за двата изследвани периода напълно съвпадат по повечето показатели, а регистрираната болестност е изненадващо ниска. Например, за 2017 г. за дихателните болести тя е 182,7‰, а за инфекциозните и паразитни болести, съответно 14,4‰, което е няколкократно по-ниска болестност спрямо останалите наблюдавани практики. Друга особеност на данните от с. Динката е, че в отчетите за резултатите от профилактичните прегледи са регистрирани заболявания, които не са отразени в данните за регистрираните заболявания. Така например, за 2017 г. има данни за 84 случая на вродени аномалии, открити при профилактични прегледи през 2017 г., докато в отчета на

регистрираните заболявания те отсъстват. Освен това, в профилактичните прегледи за 2017 г. са обхванати почти три пъти повече деца (1325), отколкото са регистрирани в практиката (416).

**Данните за децата до 1 г. са още по-оскъдни**, като са регистрирани само по 2 случая на болести на дихателната система и за двата периода.

Тези особености на регистрите могат да се дължат не само на здравни фактори, но и на миграция, технически, административни или други причини, които обаче така или иначе затрудняват анализа на данните от с. Динката.

## СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ

### Сравнение на общностната среда

Ромските общности в изследваните локации са с разнообразна и дори контрастиращо социално-икономическо и общностно развитие. На негативния полюс изпъкват квартал Изток в Пазарджик и ромските квартали на Пещера. Квартал Изток е с население около 17 000 души, сред които крайно бедните живеят в гетото „Токайто”. По подобен начин около 1/3 от живеещите роми в Пещера са сегрегирани в махалите Луковица и особено по тепетата на махалата Пирин.

На другия, позитивен полюс, са селата Исперихово и Боримечково. В Исперихово ромите са се включили в отглеждането на праз и зеле и безработица практически няма. Има дори роми, които са продали къщите си в Пещера, за да дойдат в Исперихово и да се занимават със земеделие. По подобен начин, ромите в Боримечково са добре интегрирани. За кмета е трудно да намери кой да работи по общинските социалните програми, тъй като повечето роми работят на трудови договори като пътуват до близките по-големи градове и дори до София.

По средата на тези две крайности са с. Динката и гр. Брацигово, където общинските власти не се оплакват от кражби и проблеми с ромските общности, но в същото време тяхната интегрираност изисква подкрепа.

За всички общности е характерна висока външна миграция, която затруднява включването на ромите в образователните, социалните и здравните системи. Налице е и вътрешна миграция - голяма част от крайно бедните в квартал „Пирин” в Пещера роми са всъщност мигранти без лични документи от други части на страната, придошли тук заради дърводобива. Общинската управа не е в състояние да издаде лични документи без лицата да имат регистрация. На този фон в града има обувна и друга индустрии, които търсят работници.

Във всички общини действат многобройни социални услуги, които на повечето места се предоставят пряко от общината. В повечето случаи те заменят функцията на закритите в процеса на деинституционализацията домове за деца и лица с увреждания. Интересът от общностите към социалния патронаж е като цяло слаб, тъй като ромите са нерегулярни в ползването на услугата, но на места функционират безплатни трапезарии за крайно бедните. Някои от лекарите не са в добра комуникация със социалните програми. Така например в с.

Динката ОПЛ не знае, че има програма за рехабилитация, където би могъл да насочва свои пациенти.

Във всички общини има добре развита образователна инфраструктура. На повечето места капацитета на училищата и детските градини е запълнен, но са налице обичайните за ромските общности проблеми като нерегулярното посещение и незаплащането на таксите за детските градини. Няма данни за проблеми с обхващането на ромите в училищата и детските градини с изключение на най-сегрегирани квартали на Пещера и кв. Изток. Специално в Пещера, проблемът с обхвата е свързан с невъзможността за издаване на документи за самоличност. Интерес към детските ясли няма, тъй като ромите предпочитат да отглеждат децата на ранна възраст сами. НПО няма почти никъде, но има активни читалища и пенсионерски клубове.

## Сравнение на здравната ситуация

### Здравна мрежа

Системата от здравни услуги и здравната мрежа като цяло отговарят на потребностите на населението, въпреки, че има нужда от подобряване на пълнотата и качеството на услугите.

**Първичната извънболнична помощ** количествено покрива добре изследваните общности. В практиките на повечето от интервюираните ОПЛ са регистрирани лица не само от една общност, а от две или дори повече населени места. Така например, практиката, която обслужва ромската общност в Боримечково работи също и в Калугерово, като ОПЛ поддържа кабинети и на двете места. Кабинетите, в които работят ОПЛ са отдадени под наем от Общинската администрация, но с това като цяло се изчерпва взаимодействието с местната власт. ОПЛ сами поддържат помещенията, повечето от които се нуждаят от освежаване, а някои като в с. Динката изискват сериозен ремонт.

**Здравни медиатори** в кв. Изток, в с. Исперихово и в с. Лесичово няма. ОПЛ в кв. Изток сам наема медиатори със свои средства, защото счита, че тези които се предоставят от общината не са полезни, тъй като не взаимодействат достатъчно с ОПЛ. В с. Лесичово Общината не е въвела досега услугата, защото трябва да заплати за обучението на медиаторите и защото услугата не е особено необходима. В с. Исперихово също няма спешна нужда от здравен медиатор, но кметът възнамерява да поиска един от община Брацигово за следващата година. В Брацигово и Пещера има медиатори, но и на двете места ОПЛ не са доволни от взаимодействието си с тях. Медиаторите рядко ходят при ОПЛ и работят по свои планове. В Пещера един от медиаторите счита, че планът за неговата работа идва от София (има се предвид Националната мрежа). Като цяло услугата на здравните медиатори е необходима в кв. Изток, Пещера и донякъде в Брацигово. Нейното предоставяне обаче е непълно и е откъснато от потребностите на непосредствената здравните услуги и на ОПЛ конкретно.

**Специализирана извънболнична помощ** в наблюдаваните общности е налична само в Пазарджик извън кв. Изток и в гр. Пещера, където работи комплекс за цялостна здравна грижа, включително първична, специализирана, спешна и болнична помощ. В с. Динката идват инцидентно АГ, педиатри и други специалисти. Като цяло обаче хората от общностите предпочитат да пътуват до Пещера, Пазарджик или Пловдив, където вярват че получават по-добра и навременна специализирана услуга. На някои места като в с. Исперихово например, кметът има идея да направи ремонт на медицинския център и да даде възможност за



регулярни посещения от специалисти. Според здравните работници там обаче, това не е подходящо, тъй като хората имат нужда от навременна специализирана помощ, която не може да се отложи при повечето заболявания. Пътуването до специалисти в по-големите населени места се практикува и по отношение на наблюдаването на бременността, за грижата за най-малките деца до 3 г., както и за раждания. Повечето ОПЛ съобщават за липсата на достатъчен брой направления, което обезсмисля привличането на лекари – специалисти в малките населени места.

**Степента на здравното осигуряване сред ромите** на повечето места се влошава. На повечето места постоянно осигурените лица във възрастовите групи на активното население 18 г. – 60 г. намалява драматично, като на някои места като в кв. Изток те не са повече от 1% – 2 % от всички преглеждащи се лица. След като децата навършат 18 г. и държавата престане да ги осигурява, осигурителния статус на повечето места моментално прекъсва. Осигурителният статус обаче се възстановява когато ромите се разболеят тежко и най-вече когато се изисква скъпо струваща интервенция. Това се отнася и за ражданията, и за проследяване на бременността. В случаи на сериозно заболяване или раждане се вземат бързи кредити или помощ от съседни или от лицата, работещи в чужбина. Иначе когато става дума за леки заболявания или текущи прегледи ромите заплащат частни прегледи или ползват Бърза помощ, която за разлика от Спешна помощ има ресурс за прегледи на неосигурени лица.

Позитивна тенденция при осигуряването има на местата, където ромите започват да се включват в регулярния пазар на труда като наети лица. Такива примери има в Боримечково, Динката и на други места, където ромите пътуват до предприятия извън населеното място, в което живеят. Това обаче не се отнася до самонаетите, включително в земеделието.

**Като цяло взаимодействието между доставчиците на здравни услуги, местните власти и останалите институции в здравната мрежа е незадоволително.** На повечето места ОПЛ не са запознати и не координират профилактичните мерки със социалните услуги на общините. От своя страна взаимодействието с РЗИ е най-често инцидентно по време на кампании, като при случая с разпространението на морбили през 2018 г.. ОПЛ не дават информация да са участвали в планирани инициативи или профилактични програми, организирани на национално ниво. Налице са местни инициативи от НПО в Пазарджик, което с външно финансиране е провеждало профилактика за онкологични заболявания, включително за рак на гърдата и маточната шийка. Липсва обаче планомерна и систематична профилактична дейност на ниво първична извънболнична помощ, координирана с местните власти и РЗИ. Изключение може би донякъде прави администрацията на Пещера, където местната администрация и здравните медиатори са особено активни. Въпреки това, там също се дават препоръки за повече планирани действия и систематични действия на национално ниво.

По отношението на **здравната култура** изследването потвърди позитивната тенденция за намаляване на броя на нежеланите бременности и неконтролираното раждане на висок брой деца. Проблемът с ранните бракове обаче на повечето места е налице.

## Болестност

По-долу са представени основните наблюдения от сравненията между различните локации заедно с данни от контролна практика на ОПЛ, работещ в Пазарджик извън ромската общност. Данните са съпоставени и с наблюдения върху специализирана практика по детски болести в гр. Пазарджик. Тези сравнения дават основания за следните изводи относно здравните специфики на наблюдаваните ромски общности (Вж. Приложение 2):

**Болестите на дихателната система** сред децата са най-разпространени във всички локации с изключение на Брацигово, където са втори. В повечето практики болестността от респираторни заболявания намалява с изключение на Калугерово. Това обаче не се отнася за астмата, при която болестността расте в почти всички населени места с изключение на Исперихово. Дихателните болести са характерни за всички практики, включително за такива с по-малка концентрация на роми. Сравненията с контролната „българска“ практика оказва, че тази група болести е също на първо място, но с по-ниска болестност в сравнение с практиките в кв. Изток, Калугерово и Исперихово. Сравненията със специализирана практика по детски болести в гр. Пазарджик също извеждат дихателните болести на първо място, като там те нарастват с над 50% в сравнение с 2014 г., включително за най-ниските възрастови групи. Според данните от дълбочинните интервюта за ромите е характерно, че често те не отделят болното лице от малките деца, което най-често е причина за предаване на вируса. Друга специфика при ромите е, че често респираторните заболявания протичат без посещение на лекар, което води до усложнения и хоспитализиране, и което обяснява по-ниската болестност в някои практики. Иначе, астмата, за която се наблюдава ръст в няколко ОПЛ практики е по-характерна за българските деца от контролната извадка в сравнение с целевите общности.

**Групата на инфекциозните и паразитни болести**, които са на второ място по болестност нарастват във всички населени места. Чревните инфекции са с висока болестност в местата с висока концентрация на роми, каквито са Пещера, кв. Изток и Калугерово. Макар и с нисък интензитет рязко нарастват регистрациите на вирусен хепатит, което е особено характерно отново за практиките с големи ромските квартали каквито са гр. Пещера и кв. Изток. Сравненията с контролната извадка разкриват, че спецификата на ромските деца е не толкова в по-високата обща болестност на за групата инфекциозни и паразитни болести, като цяло, а високата болестност по някои специфични болести със социална значимост. Такива са **чревните инфекции**, при които в контролната извадка няма нито един случай, а в някои практики с висока концентрация на ромски деца болестността е над 30%, достигайки 43,4% в Пещера и 57,0% за Калугерово за 2017 г. Особено характерни са данните и за **вирусния хепатит**, за който има данни за над 15 на хиляда за кв. Изток и Исперихово за 2017 г., при нула за контролната извадка. Сравненията със специализирана практика по детски болести в Пазарджик показват, че там също е налице значително нарастване на чревните инфекции **над три пъти** за последните 4 години. В тази практика не е регистриран вирусен хепатит, но са регистрирани 5 случая на **деца болни от туберкулоза през 2017 г. спрямо 1 през 2014 г..**

Характерни за целевите общности са и **болестите от групата на ендокринната система, разстройствата на храненето и на обмяната на веществата**. Докато случаите на захарен диабет са по-често срещани сред децата от контролната извадка, то за „ромските“ практики е по-специфично затлъстяването. **Затлъстяване** сред децата е регистрирано в Брацигово, Пещера, кв. Изток е с особено висока болестност практиката, обслужваща

Калугерово/Боримечково/Пазарджик, докато в българската практика тя е нула. В специализираната практика по детски болести са идентифицирани случаи на недоимъчно хранене, каквото не е регистрирано в нито една от целевите ОПЛ практики. Тези случаи на недоимъчно хранене са 6 за 2017 г. спрямо 1 за 2014 г.

**Болестите на кръвта, засягащи имунитета** са със средна болестност. Особено характерна тук е **анемията**, която расте в сравнение с 2014 г. в повечето населени места с ромски деца, докато в контролната извадка намалява за 2017 г., а в специализираната практика в Пазарджик е регистриран само 1 случай и за двата периода. Анемията е с много висока болестността в кв. Изток, където тя е над-два пъти по-често срещана в сравнение с контролната „българска“ практика. По мнение на няколко ОПЛ тя се причинява от едностранното хранене с преобладаващи въглехидрати – сокове, висококалорично сладки храни. Този начин на хранене може да доведе до анемии заради ограничения прием на желязо.

**Болестите на храносмилателната система, болестите на окото и придатъците, болестите на пикочно-половата система**, включително бъбречнокаменната болест могат да се характеризират със средна болестност. За целия район се наблюдава висока заболяемост от бъбречни болести поради лошото качество на водата. Тези заболявания обаче са характерни за локации с разнообразна общностна среда и трудно може да се направи извода, че са по-характерни за кварталите с висока концентрация на роми. Все пак, в кв. Изток **бъбречнокаменната болест** нараства от 26,5 на 32,3 на хиляда, докато в контролната практика спада от 29,1 на 5,4 на хиляда, съответно за 2014 г. и 2017 г..

Болестите на нервната система са сравнително с по-ниска честота, но някои заболявания като **епилепсията** бележат ръст на болестността отново в гр. Пещера и кв. Изток. Данните от контролната извадка потвърждават, че епилепсията е по-характерна за населените места с повече роми, като тя е по-висока от контролната извадка в четири от шестте целеви практики. Това заболяване обаче расте на повечето места, включително по данните на специализираната практика по детски болести в Пазарджик. Изследването не си е поставяло за цел да проверява дали данните за епилепсията и астмата са свързани с подпомагането по ТЕЛК.

Групите заболявания, категоризирани като **Някои състояния, възникващи през перинаталния период и вродени аномалии** (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации са сравнително с ниска болестност, но са специфични за ранното детско здраве. Сравненията с контролната извадка показват, че макар и с ниска болестност те са около три пъти по-често срещани в практиките с повече ромски деца. Така например болестността за тази група е 2,7% за 2017 г. за контролната извадка спрямо 9,8% в кв. Изток, 8% в Брацигово и 6,7% в Калугерово. Вродените аномалии са отново характерни за кв. Изток, но те са близки до данните от контролната извадка.

В това проучване бяха идентифицирани малко данни за заболявания от групата на **Бременност, раждане и послеродов период**. Според ОПЛ и останалите информанти повечето бременни жени от общността редовно посещават консултации по време на бременността като заплащат осигуровките си назад във времето или ползват частно платени услуги. Събирането на повече данни за бременността обаче изисква достъп до регистрите на АГ специалисти, работещи преимуществено в целевите общности.

## ОБОБЩЕНИЕ И ПРЕПОРЪКИ

### Обобщение

Ромските общности в изследваните локации са с разнообразна и дори контрастиращо социално-икономическо и общностно развитие. На негативния полюс в социално-икономическо отношение изпъкват квартал Изток в Пазарджик и ромските квартали на Пещера, на позитивния полюс са селата Исперихово и Боримечково, а по средата изглеждат да са с. Динката и гр. Брацигово. За всички общности е характерна висока външна миграция, която затруднява включването на ромите в образователните, социалните и здравните системи. Налице са проблеми, предизвикани и от вътрешната миграция от други части на страната. Във всички общности действат многобройни социални услуги, успоредно с добре развита образователна инфраструктура. Ромите като цяло са обхванати в училищата и детските градини при обичайните проблеми с нерегулярни посещения и миграцията. Изключение правят най-сегрегираните квартали на Пещера и кв. Изток, където дефицитите са най-сериозни във всички сфери.

Като цяло взаимодействието между доставчиците на здравни услуги, местните власти и останалите институции в здравната мрежа е незадоволително. ОПЛ не са запознати и не координират профилактичните мерки със социалните услуги на общините. Услугата на здравните медиатори е необходима на повечето места, но е откъсната от потребностите на здравната мрежа и ОПЛ конкретно. Специализирана медицинска се предоставя само в гр. Пещера и гр. Пазарджик, но тя се получава в по-големите центрове, където ромите търсят навременна и квалифицирана услуга.

Степента на здравното осигуряване сред ромите на повечето места се влошава. Постоянно осигурени роми на възраст 18 г. – 60 г. почти няма.

Здравната картина на децата в изследваните практики е доминирана от респираторните заболявания, следвани от стомашно-чревни инфекции. Тези заболявания са характерни за всички изследвани ОПЛ практики с разнообразна общностна среда и различен дял на ромското население. Тези два водещи вида заболявания обаче могат да водят до усложнения при общностите с ниска здравна култура, особено за децата на по-ниска възраст.

Данните предполагат, че ограниченият достъп до здравни услуги, ниската хигиена, нездравословния начин на живот, ниската здравна култура, липсата на редовна профилактика и еднообразното хранене в ромските квартали могат да водят до ръст в болестността на такива специфични заболявания за ромските деца като **чревни инфекции, вирусен хепатит, анемии, затлъстяване, епилепсия, състояния, възникващи през перинаталния период и други.**

Делът на обхванатите деца с профилактични прегледи е добър във всички локации, като на няколко места той е над 100%. Това може да означава, че са правени профилактични прегледи на деца, които не са регистрирани в практиката.

## Препоръки

На основата на събраните данни и направените анализи, отчитайки ограниченията и спецификата на проучването, могат да бъдат направени следните препоръки към местните и националните институции:

- Необходимо е местните власти да излязат извън ролята си на наемодател по отношение на доставчиците на първичната извънболнична помощ и да предоставят систематична подкрепа на ОПЛ, които работят в неразвита общностна среда, разбира се, спрямо възможностите на своите общински бюджети. Необходимо е местните власти да разработят свои **местни програми за здравна профилактика**, особено свързани със здравето на децата в ранна възраст и особено на децата, живеещи в гета на крайна бедност каквито са „Токайто“ в кв. Изток и кв. „Пирин“ в Пещера. Тези програми могат да бъдат съфинансирани с други местни ресурси за здравеопазване като от НПО, едрия местен бизнес и др.
- На някои места като в с. Динката са необходими спешни ремонти на помещенията, в които работят ОПЛ, докато на останалите места е необходимо освежаване и подкрепа за **осъвременяване на медицинското оборудване на ОПЛ-практиките**.
- Малките местни програми за здравна профилактика могат да бъдат ефективни, само ако са координирани с национални здравни програми за здравна профилактика. Необходими са **ежегодни, регулярни и систематични национални програми за здравна профилактика**, включително за детско и майчино здраве, най-които да бъдат целенасочени към най-рисковите групи от населението.
- Резултатите от това проучване не дават основание да се препоръчват инвестиции за предоставяне на **специализирана извънболнична помощ в малките населени места**. Първо, за това няма голяма потребност, защото ромите търсят навременна и висококвалифицирана специализирана услуга в по-големите центрове. Второ, системата не разполага с достатъчно кадри и трето, няма достатъчно направления за това. Вместо да се инвестира в стационарна специализирана услуга, която едва ли ще се ползва, е по-добре да се предприемат регулярни профилактични мерки.
- Необходимо е ролята и управлението на делегираната услуга **„Здравен медиатор“** да бъде изцяло преосмислена и подобрена на национално и местно ниво. В краткосрочен план е необходимо здравните медиатори на местно ниво да бъдат разпределени към ОПЛ като им бъде вменено да получават поне веднъж седмично задачи от тях. Възнаграждението на здравните медиатори от Общината трябва да бъде обвързано с резултатите, които постигат за подобряване на първичната извънболнична помощ. Преди да бъде изобщо въведена, необходимостта от услугата на здравните медиатори следва да се консултира с местните ОПЛ и с местните общности. В дългосрочен план обаче, трябва да се обмисли дали здравните медиатори да не преминат изцяло на управление от ОПЛ и на финансиране от здравната каса на базата на конкретните услуги, които предоставят. От гледна точка на недостига на медицински кадри може да се мисли и за преквалифицирането на здравните медиатори от социални работници в парамедицински специалисти, каквито са длъжностите на лекар-асистента и фелдшера.
- Необходимо е да се предприемат мерки за **подобряване на осигурителния статус** сред ромите. В тази посока усилията на здравните медиатори и местните власти могат да

бъдат ефективни само, ако са координирани в широка национална кампания, която да включва необходимите разяснителни, административни и евентуално, законодателни мерки. Най-ефективният метод за повишаване на осигурителния статус обаче е включването на ромите в регулирания пазар на труда, където те да работят като наети лица. Избягването на осигуряване при самонаемане е често срещано не само при ромите. В тази посока, „интегрираният подход“ следва да се прилага не само и не толкова в краткосрочни проекти с европейско и външно финансиране, а като устойчив принцип в дългосрочна национална политика.

- В гетата продължава да има **хора без документи за самоличност**. Необходимо е да се облекчи издаването на документи за самоличност на лица, живеещи под наем в жилища без нотариален акт. От 2011 г. насам във връзка с издаването на постоянен адрес, необходим за издаването на документите за самоличност се изисква договор за наем и нотариален акт за собственост на наемодателя, каквито в ромските гета често няма. Това пречат издаването на лични карти на родителите и включването на децата, включително най-малките, в каквито и да е социални, образователни и здравни системи<sup>2</sup>.
- Ниската хигиена, нездравословния начин на живот и ниската здравна култура в съчетание с липсата на осигуряване на родителите обострят уязвимостта на ромските деца. Устойчивото повишаване на здравната култура обаче едва ли е възможно на проектен или кампаниен принцип, паралелно на държавата. Проектите могат да са полезни, ако оказват подкрепа за систематичното включване на децата от най-ранна възраст във формалните образователна и социална системи. В тази връзка следва да бъдат продължени усилията за **обхващане на децата в образователните институции**, включително в детските градини и ясли.
- По отношение на болестността усилията следва да се фокусират **върху специфични заболявания**, които са свързани посочените по-горе ограничен достъп до здравни услуги, ниска хигиена, нездравословен начин на живот, ниска здравна култура, липса на редовна профилактика и еднообразно хранене. Такива характерни заболявания са инфекциозните заболявания, включително чревните инфекции и вирусния хепатит, анемиите, затлъстяването, вродените аномалии за децата в най-ранна възраст и други. Иначе най-често срещаните болести, както и във всички общности, са от групите на респираторните и инфекциозните заболявания.

---

<sup>2</sup> Вж. ГРАЖДАНСКАТА РЕГИСТРАЦИЯ В БЪЛГАРИЯ – СЪСТОЯНИЕ НА НЕОПРЕДЕЛЕНОСТ, [http://www.osf.bg/cyeds/downloads/Grajd\\_reg.pdf](http://www.osf.bg/cyeds/downloads/Grajd_reg.pdf)