

ОБЩНОСТЕН МОНИТОРИНГ
НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ
в общините Велико Търново и Павликени

януари 2012 г.

© Любомир Лазаров – автор, 2012
© Деян Колев – автор, 2012
© АСТАРТА – графично оформление, 2012

ISBN 978-954-350-131-2



Център за междуетнически диалог и толерантност
“Амалипе” – В. Търново

Любомир Лазаров, Деян Колев

**ОБЩНОСТЕН МОНИТОРИНГ
НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ
в общините
Велико Търново и Павликени**

януари 2012 г.



АСТАРТА
Пловдив
2012

**Настоящият доклад е издаден
с финансовата подкрепа
на Програмата за обществено здраве
на Фондация „Отворено общество“ – Ню Йорк**

Съдържание

Увод	7
ГЛАВА ПЪРВА. Използвана методология и подход на работа	12
1.1. Цели и задачи на изследването	12
1.2. Методология на изследването	13
1.3. Хипотези на изследването	14
1.4. Екип на изследването	15
ГЛАВА ВТОРА. Базова информация за проектните населени места	16
2.1. Обща характеристика на общините Велико Търново и Павликени	16
2.2. Карти на проектните населени места	17
2.3. Състояние на системата за медицинска помощ във Великотърновска област (по данни от РЗОК – Велико Търново)	22
ГЛАВА ТРЕТА. Резултати от първия етап на изследването	32
3.1. Достъп до първична медицинска помощ	32
3.2. Достъп до спешна и болнична медицинска помощ	38
3.3. Детско здравеопазване	41
3.4. Женско здравеопазване	45
ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. Оценка на достъпа до здравеопазване след първия етап на изследването	49
ГЛАВА ПЕТА. Изводи и насоки след първото анкетиране. Кампания “Здраве за всеки”	53
ГЛАВА ШЕСТА. Сравнение на резултатите от първия и втория етап на изследването	57
6.1. Достъп до първична медицинска помощ	57
6.2. Достъп до спешна и болнична медицинска помощ	64
6.3. Детско здравеопазване	67
6.4. Женско здравеопазване	72

ГЛАВА СЕДМА. Оценка на достъпа до здравеопазване след втория етап на изследването	77
ГЛАВА ОСМА. Изводи и препоръки	80
Легенда	85

Увод

Състоянието и тенденциите на здравното състояние на нацията, включително на лицата, принадлежащи към малцинствените етнически общности, се оценяват в зависимост от демографските процеси, заболяемостта, рисковите фактори, физическото развитие и дееспособност и самооценката на здравето. Основните причини за влошаване на здравето на българските граждани, особено на ромите, са бедността, нездравословният начин на живот, свързан с непълноценното хранене, постоянният дистрес, съчетани и с други рискови фактори, като тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, употреба на наркотични вещества, ниска двигателна активност и др. Към тях се прибавят различни проблеми, свързани с провеждането на здравната реформа. Тези неблагоприятни процеси се задълбочават в момент, когато държавата не може да увеличи средствата за здравеопазване, а ниската покупателна способност на преобладаващата част от ромските и турските домакинства прави платените медицински услуги и медикаменти недостъпни за тях. Бедността при лицата от турски и ромски произход се оказва допълнителна пречка за предоставяне на необходимите здравни грижи и за социалната им адаптация.¹

Здравният статус на ромската общност в България е значително по-нисък, в сравнение с този на мнозинството от българското население. Например, националните данни показват, че продължителността на живота на ромите е 10 години по-кратка в сравнение с етническите българи. Няколко проучвания, проведени от Институт “Отворено общество” – София, Световната здравна организация, Световната банка, Център за междуетнически диалог и толерантност “Амалипе” и др. разкриват сериозни проблеми, които влошават здравния статус на ромите.

¹ Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства

В допълнение, предоставянето на здравни услуги в ромската общност в самите населени места също среща сериозни проблеми, особено в селските райони (в които живеят около 66% от ромите в България), както и в най-големите ромски градски квартали (гета). Недостатъчният брой на общопрактикуващи лекари в населените места с ромско население ограничава възможността на ромите да получат постоянни здравни грижи близо до местата, където живеят: например в някои села, населени предимно от роми, общопрактикуващите лекари работят два дни в седмицата и т.н. Дискриминацията спрямо ромите е честа практика сред медицинския персонал. В допълнение, тъй като много роми не са здравноосигурени, те не могат да ползват здравни услуги, освен в спешни случаи.

Съществуват няколко политически документа, насочени към решаването на здравните проблеми на ромите. Например през 2005 г. българското правителство прие Здравна стратегия за интеграция на лица в неравностойно положение, принадлежащи към уязвими етнически малцинства. Всички документи за интеграция (като например Рамковата програма за интегриране на ромите в българското общество, Плана за действие за Десетилетието на ромското включване, както и наскоро приетата Национална стратегия за интеграция на ромите²) съдържат глава “Здравеопазване”.

Въпреки това като цяло политическата решимост за конкретни действия за осигуряването на равен достъп на ромите до здравни грижи остава ниска. Макар че известно подобрение в тази насока бе постигнато през 2011 г. (освен всичко друго и поради активността на Център “Амалипе” и други ромски неправителствени организации), здравеопазването е все още слаба част от цялостната политика за интеграция на ромите. Изпълнението на документите, изброени по-горе, е по-скоро формално и незначително: очевидна е липсата на достатъчно финансови средства и административна “инфраструктура“, както и липсата на механизми за участие на ромската общност и гражданското

² Одобрена от Министерски съвет на 21.12.2011 г.

общество в изпълнението на документите за интеграция на ромите. В резултат, дейностите, насочени към подобряване на здравния статус на ромите, се извършват само формално или не се изпълняват изобщо³.

Една от основните причини за това е липсата на подходящи мониторинг и оценка (М&О). Досега “официалните” М&О на всички политики за интеграция на ромите, (включително тези в областта на здравеопазването) се провеждаха в рамките на т. нар. “административен мониторинг”, което означава, че това бе правено от същите институции, които трябва да изпълняват дейностите. Ромската общност не е ангажирана по никакъв начин в този процес и той не достига до нивото на отделното населено място. Налице е ясна необходимост от въвеждане на различен подход за М&О, който позволява на ромската общност да бъде активна част от този процес.

Накрая, нивото на здравна култура на ромите – осведоменост, осъзнаване на проблемите, правата и задълженията в областта на здравеопазването към момента е ниска, особено на местно ниво. Голямата част от ромите нямат познания за своите права и задължения в областта на здравеопазването: опитът от изпълнението на проекта през 2011 г. показва, че дори сред средната класа роми такива познания често липсват. В резултат, ромите не са наясно какви здравни услуги трябва да получат и с какво качество. Не са наясно също така за много аспекти на здравната култура, свързани с ваксинации, заразни болести, детско хранене, идентифициране на проблеми и грижи, свързани със здравето. Това ограничава възможностите за общностен мо-

³ През юли 27, 2011 г. Планът за действие за изпълнение на здравната стратегия 2011–2014 г. е одобрен от Министерски съвет. Тя е финансово подкрепена с 5 млн. лв., което е силно положителен факт. В същото време обаче планът не беше консултиран предварително с ромски неправителствени организации и не съдържа никакви механизми за мониторинг и оценка. Твърде рано е да се прецени дали Планът за действие ще промени значително изпълнението на здравната стратегия. Въпреки това, дейностите за общностен мониторинг и застъпничество ще улеснят този процес.

ниторинг и застъпничество, а така също и за подобряване на качеството на предоставянето на здравни грижи по този начин.

Имайки предвид всички тези предизвикателства, през 2011 г. Център “Амалипе” реализира проект “Общностен мониторинг на здравните услуги в ромска общност: Засилване на общностната мобилизация и застъпничество, подкрепен финансово от Програмата за обществено здраве на Фондация “Отворено общество” – Ню Йорк. Главната цел на проекта бе да въведе общностния мониторинг на здравните услуги сред ромската и други уязвими етнически групи в България, да засили застъпничеството отдолу нагоре, което ще даде възможност на местните общности да участват в политиките и процесите на управление на местно ниво, подобряване на предоставянето на здравни услуги и подобряване на здравните резултати в дългосрочен план.

Съществена част от проекта бе въвеждането на общностно базиран мониторинг по метода на “общностното допитване”, разработен от професор Абхижит Дас от Института за обществено здраве в Индия. Настоящият доклад представя основните етапи, констатации и заключения от двуетапно допитване до общността, проведено през 2011 г.

Друга важна част от проекта бе въвеждането на подходящи механизми за извършване на общностно базиран мониторинг, а така също и за засилване на мобилизацията на общността и нейната самоорганизация. Тази част бе толкова важна, колкото самото допитване до общността, тъй като общностния мониторинг не би трябвало да се принуди до социологическо изследване. Той има за цел овластяването на общността, това тя да вземе собствеността върху процеса. Ето защо в рамките на проекта ние създадохме, структури на две нива за подкрепа на изпълнението на общностния мониторинг:

- Във всяка пилотна общност бе създаден местен клуб за развитие на общността: това бяха клубове на доброволци, които събираха млади хора, жени и неформални лидери за обсъждане на проблеми от местно значение и заедно с местния общностен модератор се провеждаха доброволчески дейности в интерес на местната общност;

- На общинско ниво бяха създадени Центрове за подкрепа от Общността, в които бяха базирани общинските координатори, които подпомагаха работата на клубовете за развитие на общността в четирите населени места.

Тези структури се оказаха ефективна рамка за прилагане на допитването до общността, проучване и на дейностите за подобряване на достъпа до здравни услуги на общностно ниво.

Настоящото двуетапно изследване беше проведено от екип на Център “Амалипе”, общностните модератори и доброволците от местните клубове за развитие на общността в селата Върбовка, Батак (община Павликени), Балван и Водолей (община Велико Търново). Информацията, представена в доклада обобщава мненията, нагласите и оценките на респондентите относно достъпа на общността до първична медицинска помощ, спешна и болнична помощ, както и детско и женско здравеопазване, а така също и регистрира промяната в параметрите на достъпа до здравни грижи, вследствие на предприетата междинна проектна интервенция.

Целта на доклада е да представи обективното състояние и да даде оценка на достъпа до здравни услуги на уязвимите етнически групи в проектните населени места, което впоследствие ще даде възможност на местните общности да изискват по-нататъшното му подобряване в дългосрочен план. Докладът съдържа базова информация за населените места, включително и състоянието на ромската общност. Регистрирани са възможни човешки ресурси на място, които изразяват готовност за партньорство при работа на терен.

Докладът дава отговор на въпросите, свързани с достъпа до здравни услуги и същевременно формулира изводи и препоръки, които е необходимо да инициират промяна по отношение на съществуващата практика на предоставянето им в национален мащаб. Финалният резултат от доклада ще представлява предложение за застъпническа кампания на всички нива, базирана на претенциите на общността в отстояването на правото за достъп до здравни грижи.

ГЛАВА ПЪРВА

Използвана методология и подход на работа

1.1. Цели и задачи на изследването

Основната цел на изследването бе да се направи оценка на достъпа до здравни услуги на уязвимите етнически общности в проектните населени места по метода „допитване до общността”, което позволява да се разработят ефективни стратегии за подобряване на практиките на предоставяне на тези услуги в дългосрочен план.

Специфични цели на изследването бяха:

- Да се проучат мненията, нагласите и оценките на респондентите относно проблемите в здравеопазването в техните общности;
- Да се опише реалната ситуация в населените места, което ще позволи на екипа да разработи възможни нови стратегии за интервенция в общността;
- Да се даде своеобразна обратна връзка на здравните институции на всички нива, за да бъдат информирани за нуждата от разработване и прилагане на нови политики и практики на работа с уязвими общности, водещи към повишаване на достъпа и качеството на здравеопазване.

Основни задачи на изследването се състояха в:

- Разработване на необходимата методология, включваща подход, график за провеждане на теренната работа и анкетни карти за респондентите, както и количествени и качествени параметри на изследването. На специално обучение на общинските координатори, общностните модератори и местните активисти от проектните населени места бе разработен вариант на анкетата, който съдържа въпроси, главно в три основни сектора –

детско здравеопазване, женско здравеопазване и достъп до болнична помощ. Това определи и профила на потенциалните респонденти – **екипът реши да се анкетира само жени над 18-годишна възраст от четирите села.**

- Провеждане на теренна работа / анкетиране в проектните населени места. Първото анкетиране на респондентите се реализира през периода 26 юли – 02 август 2011 г. То бе осъществено от доброволци от клубовете за местно развитие в четирите села, подпомогнати от екипа на проекта и общностните модератори. Структурата на анкетата предполагаше получаването предимно на количествена информация, тъй като въпросниците бяха стандартизирани, въпросите – затворени, а респондентите избираха отговор от няколко възможни варианта и позицията на респондентите по отделните въпроси се получава като резултат директно. Анализът на данните от първото анкетиране бе осъществен през август – септември;
- Дейности за подобряване на достъпа до здравни услуги в четирите проектни населени места: на базата на първото анкетиране, местните клубове за развитие на общността, общностните модератори и екипът на проекта осъществиха информационна кампания “Здраве за всеки”, както и застъпнически дейности пред местните и областните институции, отговарящи за предоставянето и контрола на здравните услуги.
- Второ анкетиране в общността: то бе проведено през периода 14-18 ноември 2011 г. в четирите пилотни населени места, ползвайки същата методология и въпросник. Анализът на данните от второто анкетиране и сравненията на резултатите от двата етапа на анкетиране се проведе през декември 2011 г.

1.2. Методология на изследването

При реализирането на настоящото изследване използвахме предимно количествени методи. За целите на **количественото изследване** през първия етап на анкетирането екипът събра и обработи общо 515 стандартизирани анкетни карти, а през втория етап – 500 анкети.

Стандартизираните *анкетни карти* бяха попълнени от доброволците при анкетирането на респондентите. Близко 50 местни доброволци бяха ангажирани с провеждането на двуетапното анкетирание, като броя на анкетирания респонденти по населени места е както следва:

Първи етап Населено място	Брой анкетирани респонденти	Втори етап Населено място	Брой анкетирани респонденти
с. Върбовка	310	с. Върбовка	297
с. Водолей	66	с. Водолей	62
с. Батак	120	с. Батак	124
с. Балван	19	с. Балван	17

Общият брой анкетирани – 515 през първия етап и съответно 500 през втория етап, спрямо общия брой на жените от етническите малцинства над 18 г. в четирите села е над 90%, което е напълно достатъчен от гледна точка на представителността на извадката.

Типът на анкетата имаше за цел не само да регистрира съответни отговори на въпросите, но и да провери доколко респондентите разбират въпросите и могат да отговорят адекватно. Всички анкети бяха анонимни.

Получените количествени данни от двуетапното анкетирание екипът **кодира** и представи в доклада в графичен вид.

1.3. Хипотези на изследването

- Високата безработица и бедността обуславят висок процент на здравнонеосигурени лица в проектните населени места.
- Здравнонеосигурените лица не са посещавали профилактични медицински и дентални прегледи.
- Хората не могат да си позволят закупуването на лекарства.
- Платените медицински услуги са недостъпни за респондентите.
- Съсредоточени върху оцеляването, представителите на ромската общност като цяло не полагат грижи за здравеопазването си.

- Бедността предопределя висок процент на хората, които се самолечат.
- Висок процент здравнонеосигурени жени не са посещавали гинеколог дълго време.
- Бременните здравнонеосигурени жени са лишени от грижи по време на бремеността.

1.4. Екип на изследването

Настоящото изследване беше реализирано от екип в състав:

- Любомир Лазаров – Координатор на проекта и Ръководител на изследването;
- Анка Андреева – Технически сътрудник по проекта;
- Таня Андреева – Общностен модератор, община В. Търново;
- Валентин Василев – Общностен модератор, община Павликени.

Екипът, осъществил това изследване изразява своята искрена благодарност на всички местни активисти и доброволци-анкетори от местните клубове за развитие на общността в четирите населени места за отделеното време и активното участие в провеждането на анкетите. Благодарим също така на Теодора Крумова, Деян Колев и Явор Христов за оказаната навременна техническа помощ и цялостна подкрепа на екипа за успешното осъществяване на тази задача. Специална благодарност дължим на проф. Абхижит Дас и Сунита Сингх от Института за обществено здраве в Индия и на Ерин Хоу от Институт Отворено общество – Ню Йорк за предоставените теоретични материали и оказаната съществена методическа подкрепа на проекта.

ГЛАВА ВТОРА

Базова информация за проектните населени места

2.1. Обща характеристика на общините Велико Търново и Павликени

Проектните населени места попадат в две съседни общини на Великотърновска област: община Велико Търново – селата Балван и Водолей, и община Павликени – селата Батак и Върбовка.

Община Велико Търново се намира в Централна Северна България и е включена в териториално-административните граници на област Велико Търново. Велико Търново се намира на почти равни разстояния от най-големите градове в страната – София, Пловдив, Варна и Бургас. Община Велико Търново е най-голямата община в областта и се простира на площ от 885 кв. км. Общината заема южната част на област Велико Търново, като в административно отношение община Велико Търново граничи със следните общини – Павликени, Полски Тръмбеш, Лясковец, Горна Оряховица, Златарица, Елена, Гурково, Трявна, Дряново, Севлиево.

По данни от последното преброяване от 2011 г. населението на община Велико Търново е 88 670 души. Общината е съставена от 3 града и 74 села.

Община Павликени е разположена в Централна Северна България и е от трети функционален тип. Разположена е в Северния централен район на страната. Заема западната централна част на Великотърновска област и граничи с общините Велико Търново, Свищов, Полски Тръмбеш, Севлиево, Сухиндол и Левски. Площта ѝ е 622,569 кв. км, което представлява 13.1% от

територията на областта. Градът е важен железопътен център по ЖП маршрут София – Варна. През града минават няколко важни пътища, които го свързват с градовете Велико Търново, Севлиево, Плевен, Свищов, Полски Тръмбеш и Русе.

По данни от последното преброяване от 2011 г. населението на община Павликени е 23 869 души. Общината е съставена от 2 града и 18 села.

2.2. Карти на проектните населени места

“Картите” на проектните населени места бяха изготвени от събраната информация от две анкети, проведени в началото на проекта и дават една по-широка представа за характера на местните общности, проблемите на хората, техния поминък, както и готовността им да делегират права на лидерите на общността за решаването на местни проблеми и повишаване на качеството на живот. Събраната информация ще продължава да се актуализира, но на този етап тя е в работен вариант и достатъчна за целите на доклада.

Село Балван, община Велико Търново

- **Население** – в населеното място живеят около 700 души, като 20% от населението се самоопределят като миллет – мюсюлмани, които празнуват както мюсюлманските празници – Курбан байрам и Шекер байрам, така и част от християнските празници като Едерлези, Великден и т.н. В селото има и неголяма група ромскоезични роми – около 10% от населението – дървари, които са трайно отседнали, както и малък процент самоопределили се като турски цигани.
- **Жилищни квартали** – хората от етнически малцинствените общности в Балван живеят разпръснато сред българите и нямат обособен квартал.
- **Най-важни проблеми** – безспорно най-големия проблем на местните хора е безработицата. Според местните хора не се наблюдава проблем с ранните бракове, тъй като повечето деца са самостоятелни и по-отговорни, защото родителите им са в

чужбина. В същото време ранни бракове все още се срещат, макар и като изключения.

- **Говорим език** – общността на миллета говори предимно на турски език, а дърварите – на ромски.
- **Представителство на общността в местните институции** – няма представители на местните етнически малцинства, назначени в някоя от местните институции, но хората искат да имат свои представители в кметството и в училището, освен чистачките
- **Образователен статус, състояние на местното училище** – повечето от хората са със основно образование, има и малък брой среднисти. В местното училище учат около 70 деца, повечето от които са от етническите малцинства. От години училището работи по проекти на Център Амалипе. Не се наблюдава процес на отпадане на ученици. След учебните занимания децата посещават Кризисния център “Отвори очи” с уредник Румяна Христова – детска учителка. Центърът е оборудван с няколко компютъра, масички и столове за най-малките ученици и отделни помещения, оборудвани с фитнес уреди. Няколко пъти месечно се изнасят здравни беседи за подрастващите. След като завършат основно образование в селото, част от децата продължават да учат във Велико Търново или в Севлиево. Средношколците са 6 деца.
- **Поминък** – липсата на поминък е тласнала голям брой семейства в търсене на работа извън страната, предимно в Белгия, Италия и Германия. Мъжете работят предимно като строители, а жените чистят къщи. Както стана ясно, в селото има много деца, чиито родители са в чужбина, децата стоят сами в къщи, или за тях се грижат баби и дядовци, а в случаите, в които цели семейства заминали на работа в чужбина, къщите стоят празни. Само около 10 човека са регистрирани в бюрото по труда и са на социално подпомагане.
- **На кого хората се доверяват да защитава интересите им** – липсва ясно обособено лидерство.

Село Водолей, община Велико Търново

- **Население** – в селото живеят около 800 души, като близо половината от населението се самоопределят като роми миллет – мюсюлмани. Празнуват както мюсюлманските, така и християнските празници – напр. Банго Васил, Великден, Гергьовден и др.
- **Жилищни квартали** – в селото има 2 обособени ромски махали, които обаче се сливат с останалата част на селото, като не се наблюдава драстична разлика в достъпа до инфраструктура. Хората са с високо чувство за общностна идентичност и не се делят на подгрупи.
- **Най-важни проблеми**– безработицата е основния проблем на общността, но хората са трудолюбиви и успяват да осигуряват на семействата си препитание – чрез сезонна работа в сферите на строителството. Другите два проблема са свързани с достъпа до здравеопазване и социално подпомагане. Регистриран е проблем с ранните бракове.
- **Говорим език** – говори се предимно на ромски, турски и български език.
- **Представителство на общността в местните институции** – кметът на селото е приета от общността, тя е омъжена за местен ром. От селото е и единствения ром – общински съветник във Великотърновския общински съвет. Няма роми, които да са наети на работа в някоя от местните институции и досега никой не се е ангажирал да поставя проблеми на общността за разрешаване пред местните институции. Декларира се желание за повече роми в местната администрация.
- **Образователен статус, състояние на местното училище** – в селото има достатъчен брой хора, завършили средно образование. Има и един висшист, но дори за хората с образование е почти невъзможно да се намери работа. В селото има основно училище, в което се учат 90 деца. Училището е 100% ромско. От години то работи по проекти на Център Амалипе и е първото училище, в което от 2002 г. до днес се изучава СИП “Фолклор на етносите – ромски фолклор”. Процентът на отпаднали деца е много нисък. Отпадат предимно тези, които излизат заедно с

родителите си в чужбина и след това се връщат без документи, че са продължили образованието си в чуждата страна. В такъв случай се налага повтаряне на класа. Местното училище прави опити за работа с родители, като родителите се канят на подготовката и провеждането на открити уроци. След като завършат основното си образование в местното училище, децата отиват да учат предимно във Велико Търново. Има 4 деца, които учат в с. Боруш. Сериозен проблем пред образованието на момичетата в гимназиална степен са ранните бракове.

- **Поминок** – високо ниво на безработица. На пръсти се броят хората, които работят и получават редовна заплата. В бюрото по труда са регистрирани около 30 човека. Една част от хората изкарват прехраната си с бране на билки. Обикновено младите семейства са на работа в чужбина, а възрастните гледат внуците. Предпочитаните дестинации за търсене на работа от местната общност са Гърция, Португалия, Германия и Холандия.
- **На кого хората се доверяват да защитава интересите им** – липсва ясно лидерство. Местната общност е разделена на родове, които често са в противоречие. Въпреки че се посочва конкретен човек – А. Я., който има висок образователен ценз и би могъл да защитава интересите на местните хора, респондентите казват, че трудно може да се разчита на него.

Село Батак, община Павликени

- **Население** – в населеното място живеят около 1000 души, като половината от населението се самоопределят като миллет – мюсюлмани и малка част като турски цигани. Празнуват се както мюсюлманските, така и християнските празници.
- **Жилищни квартали** – в селото има обособена ромска махала, която от своя страна се разделя на две по-малки, но те са в границите на селото и няма разлики в достъпа до инфраструктура.
- **Най-важни проблеми** – безработицата се посочва като най-наболял проблем сред общността. Не повече от 10 човека са

регистрирани в Бюрото по труда. Съществува проблем с ранните бракове.

- **Говорим език** – в общността се говори и на трите езика – ромски, турски и български.
- **Представителство на общността в местните институции** – в местните институции няма назначени роми.
- **Образователен статус, състояние на местното училище** – преобладават хората с основно и средно образование. Местното училище е почти 100% сегрегирано. В него се учат 79 деца от малцинствата и 1 българче. В училището липсват извънкласни занимания с децата. Процентът на отпаднали деца от училище е относително малък. След завършване на основно образование в местното училище, децата отиват да учат в Павликени, като процентът на продължаващите средно образование е около 80%.
- **Поминок** – работещите на постоянна работа са малко. Преобладаващата част от хората се занимават със земеделие – отглеждане на разсад на рози и плодни дръвчета. Част от хората работят в малки частни фирми. Местните услуги са добре развити. Както навсякъде, така и тук се наблюдават засилени процеси на миграция на хората в чужбина за търсене на работа, предимно в Гърция и Германия.
- **На кого хората се доверяват да защитава интересите им** – липсва ясно обособено лидерство.

Село Върбовка, община Павликени

- **Население** – в населеното място живеят около 1300 души, като близо половината от населението се самоопределят като миллет и близо 10%, които се самоопределят като роми-калдараши. В селото се празнуват всички празници.
- **Жилищни квартали** – обособени са 2 махали – турска и ромска, но в границите на самото село. Независимо от това хората имат чувство за общностна идентичност. Не са рядкост и браковете между местни роми и роми от други населени места.
- **Най-важни проблеми** – безработицата и ниското ниво на здравните услуги, както и новите заселници са трите най-важни проблема, установени от местната общност.

- **Говорим език** – говори се предимно на турски и български или на ромски и български език.
- **Представителство на общността в местните институции** – посочен е един ром, който работи в кметството, но хората искат да имат повече представители в местната администрация. Кметът на селото също е от ромски произход и е изявен лидер, който подкрепя местния клуб за общностно развитие.
- **Образователен статус, състояние на местното училище** – почти всички хора от общността под 50 г. възраст са с основно и средно образование, има и 5-ма висшисти. В местното училище учат около 180 деца. Училището е с преобладаващ процент ромски деца. Училището не работи с родителите, не са регистрирани и извънкласни форми на работа, не се изучава СИП “Фолклор на етносите – ромски фолклор”. Има проблем с отпадането на ученици, поради финансови причини, но процентът е малък.
- **Поминък** – високата безработица е причината за доста интензивен процес на миграция на по-младите в чужбина в търсене на работа, предимно Германия и Холандия. Тези, които остават във Върбовка, се занимават с бране на билки или работа в малки частни фирми. В бюрото по труда са регистрирани около 15 души.
- **На кого хората се доверяват да защитава интересите им** – хората посочват няколко души лидери, на които биха делегирали права да представляват техните интереси – кметът на селото и трима други.

2.3. Състояние на системата за медицинска помощ във Великотърновска област (по данни от РЗОК – Велико Търново)

А. Първична извънболнична медицинска помощ

Първичната извънболнична медицинска помощ се осъществява от амбулатории – индивидуални и групови практики за медицинска и дентална помощ, които за област Велико Търново са отразени в Таблица 1.

Преобладават индивидуалните практики като форма на организация на работа. По този начин работят около 70% както от общопрактикуващите лекари (ОПЛ) (122 ОПЛ са отчетели дейността си за 2010 г.), така и от лекарите по дентална медицина. Наблюдава се тенденция на нарастване броя на груповите практики. Най-голям е броят им в община Велико Търново – 9 групови практики за първична медицинска помощ (ПМП), в които работят 56 ОПЛ, което дава възможност за 24-часово обслужване на обхванатото от тях население и оказване на неотложна помощ.

Табл. 1. Лечебни заведения за първична медицинска помощ в област В. Търново към 31.12.2010 г.

Видове ЛЗ	2010 г.	2009 г.	2008 г.	2007 г.	2006 г.
Индивидуални практики медицинска помощ	150	150	151	149	157
Индивидуални практики дентална помощ	183	180	180	188	187
Групови практики медицинска помощ	17	16	14	14	14
Групови практики дентална помощ	12	12	10	7	6

Броят на регистрираните в лечебните заведения за първична извънболнична медицинска и дентална помощ ОПЛ и лекари по дентална медицина общо за областта надвишава определения по Здравна карта брой на лекарите и лекари по дентална медицина в първичната извънболнична помощ (Табл. 2), но трябва да се има предвид, че част от регистрираните лекари или не осъществяват дейност, или работят основно в болничната или спешната помощ и дейността им в първичната медицинска помощ е минимална. Броят на регистрираните ОПЛ е по-нисък от заложенения за областта само в общините Елена и Стражица. Разпределението на лекарите по дентална медицина е по-неравномерно.

Същите са концентрирани основно в двата големи общински центъра – Велико Търново и Горна Оряховица, докато за всички останали общини броят им е по-нисък от определения по здравна карта.

Табл. 2. *Лечебни заведения за първична медицинска и дентална извънболнична помощ по общини в област Велико Търново през 2010 г.*

По данни от РЗОК призната специалност “Обща медицина” имат 74 общопрактикуващи лекари, 48 са зачислени за специализация по Обща медицина. Общият брой ОПЛ (титуляри на практика) на територията на областта е **195**, т.е. 37% имат специалност обща медицина, 25% са зачислени. 27 имат специалност “Вътрешни болести” и “Педиатрия”. Незачислените за специализация по “Обща медицина”, които нямат нито специалност “Вътрешни болести”, нито “Педиатрия”, са **46**. От тях 30 не осъществяват дейност.

Изводи: Наблюдава се концентриране на ОПЛ в големите населени места – центрове на общини, като голяма част от тях са избрани от пациенти от отдалечени села, разположени на голяма територия. Това е предпоставка за ненавременен оказване на медицинска помощ и създава неравнопоставеност и затруднен достъп до ОПЛ на селското население в сравнение с градското. Примери в това отношение са общините Елена, Стражица и голяма част от община Свищов, където повечето ОПЛ живеят в общинския център и ходят по график в обслужваните от тях села.

Б. Специализирана извънболнична медицинска помощ

Специализираната извънболнична медицинска помощ в областта се осъществява от 284 лечебни заведения:

- 217 амбулатории (индивидуални и групови практики) за специализирана медицинска и дентална помощ;
- 26 медицински центъра; 1 дентален център;
- 2 ДКЦ;
- 38 медико-диагностични и медико-технически лаборатории.

Изводи: Близо 90% от лечебните заведения за специализирана помощ се намират основно в трите най-големи общини на област Велико Търново (Велико Търново, Горна Оряховица и Свищов), където са и трите най-големи болници (вж. табл. 4).

По здравна карта минималният брой на специалистите (без параклиничните специалности), с които НЗОК сключва договори, е 149, докато сключените за 2008 г. договори с ИМП са 361, за 2009 г. – 377, а за 2010 г. – 364. Данните показват, че за повечето

Табл. 3. *Лечебни заведения за специализирана медицинска помощ по видове*

Табл. 4. *Лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ по общини към 31.12.2010 г.*

специалности броят на сключилите с НЗОК договор специалисти е по-голям от минималния по здравна карта. Изключение правят специалностите “Алергология”, при която изпълнението на здравната карта е на 100%, „Вътрешни болести” – 93%, “Анестезеология” – 57.1%, а за “Клинична токсикология” няма сключен договор.

В. Болнична медицинска помощ

Болничната помощ в областта се е осъществявала от следните лечебни заведения:

- 6 МБАЛ с публична собственост:

МОБАЛ “Д-р Ст. Черкезов” АД Велико Търново – областна болница, обслужва област Велико Търново – население общо 271 400 души;

МБАЛ “Св. Иван Рилски” Горна Оряховица – общинска болница, обслужва пряко общини Горна Оряховица, Лясковец и Стражица – население общо 75 974 души;

МБАЛ “Д-р Д. Моллов” ЕООД Елена – районна болница, обслужва общини Елена и Златарица – население общо 14 829 души;

МБАЛ Павликени – районна болница, обслужва общини Павликени и Сухиндол с население 28 884;

МБАЛ “Д-р М. Миновски” П. Тръмбеш – районна болница, обслужва община П. Тръмбеш с население 14 920. От 01.03.2010 г. болницата не работи;

МБАЛ “Д-р Д. Павлович” Свищов – районна болница, обслужва община Свищов с население 48 351.

- 2 специализирани болници, държавна собственост:

Държавна психиатрична болница – Церова кория – обслужва пациенти от региона, но приема и от други области;

“СБР–НК” ЕАД филиал Овча могила – не е районирана, приема пациенти от цяла България.

- 1 частна специализирана болница

СБАЛ по кардиология, Велико Търново – не е районирана, приема пациенти от област Велико Търново и съседни области (Габрово и Търговище).

• 4 диспансера, които в края на 2010 година в съответствие с изискванията на §70 от Преходните и заключителни разпоредби на Закона за изменение и допълнение на Закона за лечебните заведения са се пререгистрирали:

МОДОЗС ЕООД Велико Търново, с междуобластни функции – обслужва област Велико Търново и област Габрово с общо население 399 150 души. От 06.01.2011 г. пререгистриран като “Комплексен онкологичен център – Велико Търново” ЕООД;

ОДПЗС ЕООД Велико Търново, с областни функции, обслужва област Велико Търново с население общо 271 400 души. От 20.12.2010 г. пререгистриран като “Център за психично здраве – Велико Търново” ЕООД;

ОДПФЗС ЕООД Велико Търново, с областни функции, обслужва област Велико Търново с население общо 271 400 души. От 28.12.2010 г. пререгистриран като “Специализирана болница за активно лечение на пневмо-фтизиатрични заболявания “Д-р Трейман” ЕООД;

ОДКВЗС ЕООД Велико Търново, с областни функции, обслужва област Велико Търново с население общо 271 400 души. От 15.12.2010 г. пререгистриран като “Център за кожно-венерически заболявания – Велико Търново” ЕООД.

През 2008 г. с разкриването на частна кардиологична болница броят на лечебни заведения с болнични легла се увеличи от 12 на 13 (6 многопрофилни болници за активно лечение, 3 специализирани болници, от които 1 частна, и 4 диспансера). През 2009 кардиологичната болница увеличи леглата си от 34 на 52. През 2010 г. с промените в Закона за лечебните заведения и започналата реформа в болничната помощ броят на леглата беше намален, а на практика и броят на болниците в областта. С изключение на болницата в Полски Тръмбеш, всички болници и диспансери в областта се пререгистрираха съгласно изискванията на Закона за лечебните заведения.

Табл. 5. *Лечебни заведения към 31.12.2010 г.*

Многопрофилни болници	6	1033	6	1142	6	1142
МОБАЛ – В. Търново	1	395	1	395	1	395
МБАЛ – Г. Оряховица	1	274	1	274	1	284
МБАЛ – Елена	1	64	1	64	1	54
МБАЛ – Павликени	1	110	1	150	1	150
МБАЛ – П. Тръмбеш			1	50	1	50
МБАЛ – Свищов	1	140	1	209	1	209
Специализирани болници	1	160	1	160	1	160
Специализирана болница за активно лечение						
Специализирана болница за долекуване и продължително лечение						
Специализирана болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация	1	160	1	160	1	160
Специализирана болница за рехабилитация						
Диспансери – бивши	4	351	4	381	4	381
За пневмофтизиатрични заболявания	1	50	1	75	1	75
За кожно-венерически заболявания	1	10	1	15	1	15
За онкологични заболявания	1	206	1	206	1	206
За психични заболявания	1	85	1	85	1	85
Психиатрични болници	1	140	1	150	1	150

Изводи: Общият извод е, че многопрофилните болници за активно лечение осъществяват адекватна на потребностите на населението дейност, за по-нататъшното оптимизиране на която е необходимо вътрешно реструктуриране, ефективен мениджмънт и финансов контрол.

Болниците извършват традиционните дейности за лечение на нуждаещи се от хоспитализация, но често те изпълняват и други функции, които изчерпват финансовите им ресурси. Някои лечебни заведения изпълняват социални функции, като грижи за терминални пациенти, дългосрочни медицински грижи и продължителна рехабилитация, тъй като в областта няма болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация (БДПЛР).

Г. Спешна медицинска помощ

Системата на спешна медицинска помощ в областта обхваща:

- **ЦСМП Велико Търново** с разкрити 7 филиала: Горна Оряховица, Свищов, Елена, Павликени, П. Тръмбеш, Стражица и РКЦ във Велико Търново. Общият персонал на ЦСМП е 243 души, от които 56 лекари и 84 души персонал по здравни грижи. Само филиалите във Велико Търново и Горна Оряховица са с реанимационен екип, а транспортният екип е само един – към филиала във Велико Търново.

- **Спешно отделение**, включено в структурата на МОБАЛ гр. Велико Търново. Персоналът на Спешно отделение е общо 34 човека, от които 7 лекари и 19 души персонал по здравни грижи.

- Спешната помощ в областта разполага с 20 санитарни моторни **превозни средства** в движение (18 линейки и 2 леки автомобила), които са в добро техническо състояние.

През 2010 г. броят на повикванията за спешна медицинска помощ е 26 868 (при 27 243 за 2009 г., 27 750 за 2008г., 27 263 за 2007 г. и 28 270 за 2006 г.), от тях за спешна помощ – 75.02% (73.00% през 2009 г., 68.31% през 2008 г., 69.21% през 2007 и 68.86% през 2006 г.), 3.34% за неотложна помощ (3.13% през 2009, 3.47% през 2008 г., 3.66% през 2007 и 4% през 2006) и 25.35% – за санитарен транспорт (23.87% за 2009 г., 28.22% за 2008 г., 27.13% през 2007 г и 27.17% през 2006 г.).

Показател	Бр. 2010 г.	Бр. 2009 г.	Бр. 2008 г.
Амбулаторни прегледи	38 337	37 659	35 603
Изпълнени повиквания - общо	26 868	27 243	27 750
от тях – за спешна медицинска помощ	20 158	19 888	18 956
– за неотложна медицинска помощ	900	853	964
– за санитарен транспорт	6810	6502	7830
Обслужени пациенти при повиквания	20 738	20 345	19 504
от тях – брой деца 0–17г.	3434	3839	3046
– насочени за хоспитализация		8031	7444
Обслужени пациенти при амбулаторни прегледи	38 337	*	*
от тях – брой деца 0–17г.	4173		
– насочени за хоспитализация	4238		
Персонал – общ брой	243	243	243
от тях – лекари	56	56	56
– фелдшери	75	75	76
– медицински сестри	6	6	5
– акушерки	3	3	3
Транспортни средства	20	21	23

Дейност на спешните отделения към болнични заведения

Амбулаторните прегледи през 2010 г. са били 21 103 (при 20 617 през 2009 г. и 18 911 през 2008 г.). От тях прегледите на деца са били 3961. Насочени за хоспитализации са наброявали 6701 (при 6757 през 2009 г. и 6204 през 2008 г.)

Анализът на състоянието, организацията и дейността на системата за СМП показва редица съществени проблеми, които трябва да бъдат решени. Така например, не е изпълнена целта за ясно дефиниране на функциите и задълженията на системата за спешна медицинска помощ. Поради затруднения в достъпа на пациентите до ОПЛ нараства търсенето на медицинска помощ в ЦСМП и Спешното отделение. Това се наблюдава особено в по-малките и отдалечените населени места. За определен контингент от населението – с нарушени здравноосигурителни права, от етнически малцинства, социално слаби и др. системата на спешната помощ се оказва удобна, а в някои случаи и единствена алтернатива за получаване на медицинска помощ.

* Няма данни по статистически отчети за 2008 и 2009 г.

Резултати от първия етап на изследването

3.1. Достъп до първична медицинска помощ

Първият блок въпроси от анкетата за достъп до здравни услуги в уязвими етнически общности има за цел да разкрие здравноосигурителния статус на респондентите и близките им и произтичащите от това последици; да даде представа доколко изобщо хората от общността комуникират с местните здравни специалисти и здравни институции, както и възможността им да осигуряват за себе си и за своите близки лечение и здравна профилактика.

Както стана ясно в началото на доклада, анкетирани са общо 515 жени над 18-годишна възраст от четирите проектни населени места – селата Балван, Водолей, Батак и Върбовка.

На Фиг. 1 в графичен вид са представени отговорите на респондентите на въпроса “Здравноосигурена ли сте?”

Повече от половината респонденти признават, че са с нарушени здравноосигурителни права, като към този резултат можем да прибавим както тези, които не са отговорили, така и тези, които “не знаят”. Освен това съществува голяма вероятност определен процент от респондентите, които са отговорили, че са здравноосигурени, да твърдят това, без да са наясно, че продължават да са извън здравноосигурителната система или са с нарушени здравноосигурителни права, ако имат неплатени вноски за последните 36 месеца, въпреки че в момента работят и се осигуряват. Последното е често срещано в ромска общност: поради сезонния характер на работата, която много от ромите намират, те рядко поддържат здравна осигуреност за 36 месеца. В същото време, поради това че търсят здравна помощ само в краен случай, те смятат, че са здравно осигурени. Ако предположим, че това

са приблизително до 10% от респондентите (предположение, което вероятно е занижено), в крайна сметка ще получим, че *процентът на здравнонеосигурените жени над 18-годишна възраст в проектните населени места е между 54% и 70%*. Чрез следващите въпроси ще се опитаме по-точно да определим този процент.



Почти същата картина се наблюдава и при регистриране на здравноосигурителния статус на останалите членове на семействата на респондентите.

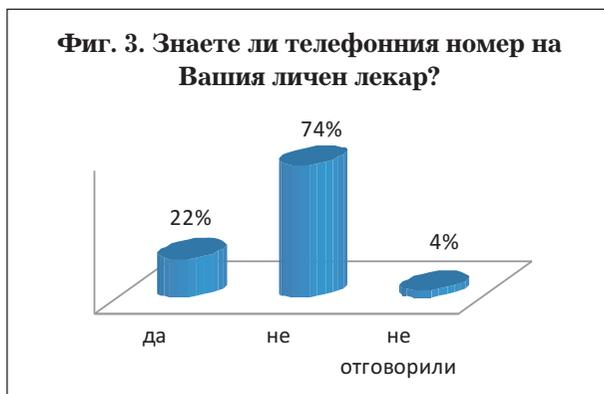
С отговорите “да, някои”, е много вероятно респондентите да са имали предвид възрастните членове от семейството – пенсионери, които по закон наистина са осигурени. Както се вижда от графиката, само сумата от сигурните отрицателни отговори “не”, “не зная” и “не отговорили” е доста обезсърчаващ



– почти 40% здравнонеосигурени, така че в крайна сметка процентът на здравнонеосигурените лица в трудоспособна възраст от семействата на респондентите на практика е много по-голям.

Почти всички респонденти са убедени, че в селото им има здравна служба, но не толкова убедено отговарят на въпросите, свързани с предоставяне на информация за личните им лекари. 83% от респондентите са сигурни, че имат личен лекар, познават го и цитират неговото име, докато останалите 17% откровенно заявяват, че не знаят дали изобщо имат личен лекар, или че нямат такъв.

Притеснителен е фактът, че много голяма част от респондентите не знаят телефонния номер на своя личен лекар и на личния лекар на своите деца – виж Фиг. 3.



Не е ясно каква е съществуващата практика да се търси помощта на личните лекари при необходимост, извън работно време, още повече, че половината от респондентите са информирани, че личните лекари идват само 2 пъти седмично в проектните населени места за прегледи и оказване на първична медицинска помощ. Друг е въпросът какво се случва, след като се позвъни на личния лекар. Едва 40% от респондентите отговарят, че личния им лекар пристига при позвъняване, за да окаже нужната медицинска помощ.

На Фиг. 4 е представена диаграма, която показва процента на онези респонденти, които признават, че заплащат прегледите си при личния лекар. Ако съберем процентите на тези, които са отговорили с “да”, “не зная” и “не отговорили”, ще получим, че *54% от респондентите освен обичайното заплащане на потребителската такса, заплащат прегледите си при личния лекар.* Този процент е идентичен с процента на здравнонеосигурените жени над 18-годишна възраст в проектните населени места, т.е. в случая не можем да говорим за корупция.



Личната преценка за собственото здравно състояние и това на членовете на семейството в ромска общност често е необосновано завишена. Отговорите на респондентите на този въпрос не правят изключение. Често под “болен” човек се разбира единствено “човек на легло” – други състояния, различни от това, не се възприемат насериозно като здравен проблем. От друга страна често в ромска общност не е прието да се говори открито за болните членове в семейството. Наличието на членове на семейството със сериозни, социално значими заболявания се счита за срамен факт и не се допуска дискусия на тази тема – виж процентът на “неотговорилите” от фиг. 5. В този случай няма да е пресилено да смятаме, че премълчаването е знак за наличие на болен човек.

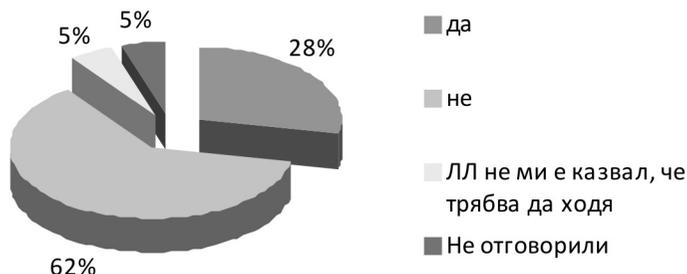
Социално-икономическите промени през годините на прехода и реформирането на основните системи в държавата ли-

пиха българските граждани от едни от най-привлекателните достижения на старата система – безплатното здравеопазване и свързаните с него съпътстващи грижи за наблюдение и профилактика на здравето. Структурите на здравната система по месторабота бяха отговорни за това всеки работник и служител да преминава веднъж годишно задължителни профилактични медицински прегледи, което се явяваше достатъчно ефективна практика за ранна диагностика и лечение на социално значими заболявания. В началото на прехода ромите първи изгубиха работата си и наблюдението и грижите за собственото здраве останаха на заден план, оцеляването се превърна в главна цел.



Следващата графика на Фиг. 6 недвусмислено показва каква е ситуацията с респондентите по отношение на грижите за собственото им здраве, респективно отношението им към годишните профилактични медицински прегледи. *72% от респондентите открито признават, че не преминават профилактични медицински прегледи.* Тук причините за това са много и разнопосочни и смятаме да отделим повече внимание на тази тема в нашите препоръки.

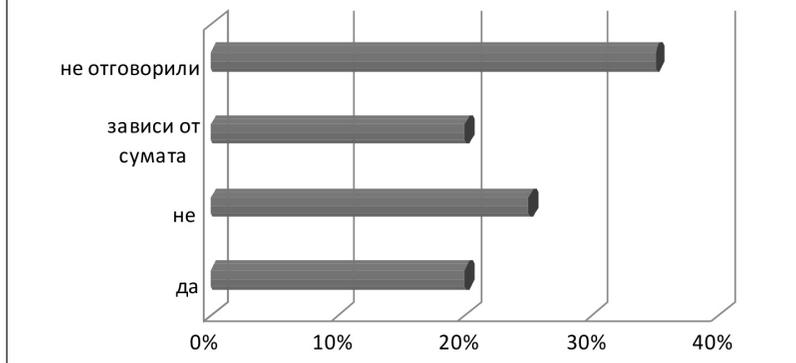
Фиг. 6. Ходите ли на годишен профилактичен преглед?



Бедността сред ромската общност е причината за това хората да не са в състояние да поддържат медикаментозно лечение на вече съществуващи констатирани техни хронични заболявания. Цените на лекарствата се оказват непоносимо висока бариера за голяма част от хората в неравностойно положение, особено за пенсионери и за хора с ниски доходи.

От Фиг. 7 е видно, че огромна част от респондентите не могат да си позволят закупуването на лекарства. Твърде голям е процентът на хората, които не са отговорили на въпроса дали имат възможност да си купуват лекарствата, предписани от лекар за тях, или за друг член на тяхното семейство – 35%. Най-вероятно става дума за респонденти, които не могат да заплатят своите медикаменти, но се притесняват да заявят това: черта, която е типична за много от бедните роми. Така с висока степен на достоверност можем да твърдим, че 60% от респондентите нямат възможност да купуват лекарства. Дори и за тези 20%, за които определяща е цената на лекарствата, не можем да бъдем сигурни, че и при поносима цена, те биха си купили лекарствата, предписани от лекар и биха пристъпили към незабавно медикаментозно лечение. В крайна сметка резултатите показват, че *близо 80% от респондентите под една или друга форма заявяват невъзможност за закупуване на лекарства за себе си и за своите близки.*

Фиг. 7. Имате ли възможност да си купувате лекарствата, които са предписани от лекар за Вас или за друг член на Вашето семейство?



3.2. Достъп до спешна и болнична медицинска помощ

Втората категория въпроси от анкетата има за задача да определи как местните здравни институции реагират при повикване по спешност, как стои въпросът със заплащането на престоя в болницата, както и отношението на медицинския персонал в болницата.

Поради големия брой здравнонеосигурени лица в проектните населени места, системата на спешната помощ се оказва почти единствена алтернатива за получаване на медицинска помощ.⁴ Ето защо респондентите са толкова чувствителни, когато става въпрос за видима проява на дискриминация от страна на местните поделения за спешна помощ, които не реагират адекватно на спешни случаи с хора от местните малцинствени общности. Регистрирани са смъртни случаи на млади хора поради неоснователно забавяне на линейката със спешния екип.

⁴ Посоченото е валидно и в национален мащаб: поради високия процент на здравнонеосигурени лица, за много групи роми, турци, както и за победните слоеве от етническите българи (особено в селските райони) системата на спешната помощ изгълнява и определени социални функции.

От диаграмата на Фиг. 8 е видно, че най-често спешната помощ пристига при повикване от 30 минути до 1 час, като държим да подчертаем, че този времеви интервал не е валиден и за четирите населени места. Най-зле е положението със спешната помощ във Върбовка – там, освен отговори “до 30 минути” и “до 1 час”, регистрираме общо 44% отговори от типа “след 2 часа”, “може и да не дойде”, “не зная” и “не отговорили”. Впрочем, в същото това село са регистрирани и смъртни случаи при забавяне на линейката за спешна помощ. Отговорите “до 1 час” също са неприемливи от гледна точка на съвременна адекватната реакция на екипи за спешна помощ, така че можем да смятаме, че в 59% от случаите спешната помощ не реагира адекватно на повикване. Това е сериозен проблем, който трябва да бъде адресиран по подходящ начин пред съответните здравни институции.



Състоянието на достъпа до болнична помощ може да се каже, че е в рамките на нормалното за страната. Притеснителен е фактът обаче, че 28% от хората заявяват, че са били обект на дискриминационно отношение от страна на медицинските власти в болницата. Други 16% от респондентите не са отговорили, най-вече, за да си спестят допълнителни унижения пред анкетаторите, или с други думи – почти всяка втора анкетирана жена над 18 г.,

принадлежаща към етническо малцинство от четирите проектни населени места, е била обект на дискриминация в една или друга степен от страна на болничните власти – виж Фиг. 9. Този процент е тревожно висок, особено като се има предвид и това, че много от проявите на дискриминация не се възприемат като такива от местните роми: например често срещаната практика родилките от ромски произход да се настаняват в отделни (“цигански”) стаи, в които не се настаняват българки и туркини, обичайно не се възприема като дискриминация, а като даденост.



По закон за престоя си в болницата, *независимо от здравноосигурителния статус*, пациентът би трябвало да заплаща потребителска такса в размер на 2% от минималния осигурителен доход, но за не повече от 10 дни в една календарна година. Това означава, че след 10-тия ден престой в болницата пациентът не плаща за престоя си. Дори и ако в рамките на една календарна година му се наложи да влезе втори път в болница, пациентът не заплаща повече такса за престоя си, стига да представи фактурата за заплатените първи 10 дни от своя първи престой в болницата. От такса за престой в болницата са освободени пациенти със заболявания по специален списък.

Попитахме респондентите дали са заплащали престоя си в болница през последната една година. Резултатите показаха следната картина (Фиг. 10):

- 34% от респондентите смятат, че са заплащали за престоя си в болница, защото са здравнонеосигурени;
- 23% не са заплащали за престоя си, вероятно поради факта, че или са със заболявания от специалния списък, или са постъпили за втори път в рамките на една календарна година;
- 36% от респондентите не са отговорили на този въпрос. По всяка вероятност тези пациенти са платили за престоя си в болницата, но не са сигурни, че това е било редно. Поради неинформираност и са предпочели да не отговорят на този въпрос;
- Само 7% от респондентите заявяват, че са платили за пребиваването си в болницата, въпреки че са здравноосигурени. Това е и реалният процент на хората, които са информирани за правилата при постъпване в болница.



Тези резултати показват острата нужда от информиране на местните общности относно достъпът до болнична помощ и свързаните с това законови изисквания.

3.3. Детско здравеопазване

Третата категория въпроси от анкетата е свързан с детското здравеопазване. Тук като че ли нещата стоят най-добре, доколкото децата до 18-годишна възраст по закон са здравноосигурени

от държавата и личните лекари в общи линии се грижат за спазването на имунизационните календари.

Анализирайки състоянието на детското здравеопазване в четирите проектни населени места, още в началото трябва да направим следното уточнение:

36% от респондентите заявяват, че нямат деца под 18-годишна възраст, следователно предмет на анализа на детското здравеопазване трябва да бъдат само онези 64% от респондентите, които имат деца в тази възрастова граница, или общо 324 майки.

Всички респонденти с деца под 18-годишна възраст декларираат, че децата им имат личен лекар и цитират неговото име.

По отношение на здравословното състояние на децата до 18-годишна възраст картината е следната:

- 30% от анкетираните майки съобщават, че децата им боледуват често;
- 14% от майките имат хронично болни деца;
- 73% от майките твърдят, че децата им ходят на годишен профилактичен медицински преглед.

Когато дете от семейството се разболее, обикновено майката го води на лекар, но са налице допълнителни практики, които будят безпокойство. Напр. значителен процент от майките сами преценяват какво лечение да предприемат, в зависимост от състоянието на детето – виж Фиг. 11. Самолечението е обичайното поведение на 14% от майките.

Личните лекари са поискали пари за преглед на деца на 19% от майките, или общо на 63 майки. И тук най-вероятно не става въпрос за заплащане на обичайната потребителска такса. Този проблем трябва да намери място в застъпническите действия в близко бъдеще – виж Фиг. 12.

40% от майките твърдят, че по принцип водят децата си на профилактичен дентален преглед, като в същото време почти всички майки са единодушни, че през тази календарна година децата им не са посещавали зъболекар, като в случаите, когато

все пак това се е налагало, процедурите са били платени. Само 8 деца са ползвали безплатна процедура през тази година и то само една. В същото време обаче от отговорите на въпроса, свързан с броя на безплатните дентални процедури, става ясно, че реалният процент на децата, които не са посещавали зъболекар през тази година, е 63%, останалите 36% от децата са посещавали зъболекар, но не за профилактичен дентален преглед, а по конкретен проблем, като процедурите са били само платени. Изглежда, че денталната профилактика сред децата е силно занижена.⁵



⁵ Посоченото е проблем и в национален мащаб, като се отнася не само до ромите, но (макар и в значително по-ниска степен) и до по-бедните слоеве на етническите българи.

33% от майките смятат, че децата им се хранят здравословно в детската градина (училище), като на противоположното мнение са почти същия процент майки – 30%, а 36% от тях заявяват, че детето им не посещава учебно заведение. Доколкото ни е известно, става въпрос за непосещение на детска градина и свързаното с това изискване за заплащане на такси, които изглежда са непосилни за родителите.

Близо 80% от майките се стараят да осигуряват на децата си честа консумация на месо, яйца, мляко и млечни продукти, но това се явява проблем за 16% от тях.

Безпокойство будят и отговорите на майките по отношение на редовното посещение на училище; 37% от тях декларират, че децата им не посещават редовно училище поради една или друга причина.

Близо 80% от майките твърдят, че личният лекар ги информира за ваксинациите, които трябва да се направят на децата им, докато 11% съобщават, че личният им лекар не се занимава с това.

Съществува пряка връзка между процента на информираниите родители относно нуждата от задължителни ваксинации на децата и реалния процент на ваксинираните деца. На Фиг. 13 е показан сходния процент на ваксинираните деца с този на информираниите родители от личния им лекар. Проблемът с неваксинираните деца трябва да се отнесе до личните лекари в проектите населени места след разговори с родителите и изясняване



на причините за липсата на информация по този толкова важен въпрос.

3.4. Женско здравеопазване

Последната категория въпроси от анкетата е свързан с проблемите на женското здравеопазване. Важността на тези проблеми в уязвимите етнически общности предопредели и профила на потенциалните респонденти – жени над 18-годишна възраст.

Годишните профилактични прегледи при гинеколог са от изключителна важност за ранното откриване на злокачествени гинекологични заболявания при жените, което, от своя страна, е решаващо за успешното лечение на тези заболявания. На Фиг. 14 е представена графика, която дава отговор на въпроса колко пъти годишно респондентите посещават гинеколог.



От графиката е видно, че само 21% от респондентите имат навика да ходят на профилактични прегледи при гинеколог поне 1 път годишно. Нещо повече – цели 46% заявяват, че не са посещавали гинеколог през последната 1 година, а 10% от жените посещават гинеколог само при нужда. Не е трудно да се констатират сериозни проблеми с женското здравеопазване. Причините за това би могло да се коренят във високия процент здравнонеосигурени и невъзможността на респондентите да платят за прегледа си и този проблем като цяло е довел до

неглижиране на грижите за собственото им здраве. От друга страна съществуват и други причини, които възпрепятстват този вид здравна профилактика при една част от респондентите и те са свързани с етнокултурни особености в местните общности.

На първо място, сред по-консервативните семейства е неприемливо да се говори за този тип проблеми и те се възприемат като “срамни”, поради което е непопулярна идеята да се търси лекар преди проблемът да е станал застрашаващ сериозно здравето. Освен това, макар преобладаващата част от респондентите да декларират, че за тях *няма значение дали гинекологът, който ги преглежда, е мъж или жена, за 16% от респондентите се оказва, че това е проблем, защото изпитват неудобство и срам, а в някои случаи защото съпругът е много ревнив*. По всяка вероятност този процент е дори по-висок

Половината от респондентите определят своето здраве като добро, без наличието на сериозни заболявания, в това число и гинекологични, но безпокойство буди значителният процент – общо 43%, на отговорилите “да”, “не зная” и “не отговорили”. *Това означава, че тези респонденти или не са наясно със състоянието на своето здраве, най-малкото не са преминавали сериозни медицински прегледи в скоро време, или в случая с отговорилите “да” знаят, че имат здравословен проблем, но не е ясно дали вземат необходимите мерки за своето лечение – виж Фиг. 15.*

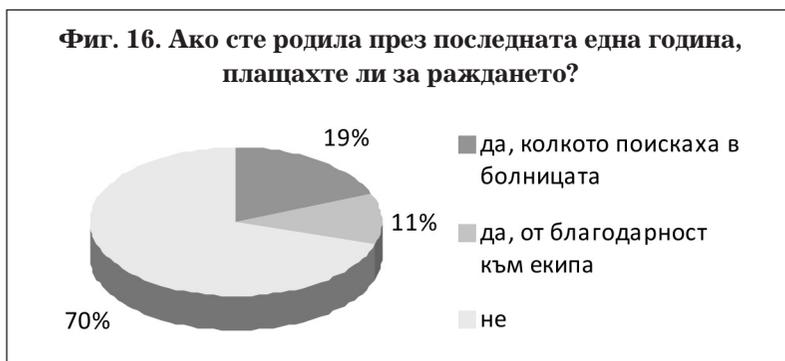
По въпроса с анкетираните жени, които са родили през последната календарна година и вида на медицинските услуги, които са ползвали, картината е следната:

- От всички 515 анкетираните жени, 54 са раждали през последната календарна година. *17% от тях или общо 9 от родилите жени през последната година заявяват, че по време на бременността си не са ползвали медицински услуги, т.е. тяхната бременност не е била наблюдавана от медицинско лице;*
- Вероятно същите тези *17% от родилките, които не са наблюдавали своята бременност, заявяват, че не са пол-*

звали никакви медицински услуги до два месеца след раждането.



Да видим каква е картината при родилите през последната календарна година и заплащането на тази медицинска услуга – Фиг. 16.



Интерес тук представляват тези 70% от жените, които заявяват, че не са плащали нищо при раждането, както и онези 11% от жените, които са платили известна сума като благодарност към екипа. Очевидно е, че в общи линии за двете групи жени не е било необходимо заплащане на тази медицинска услуга. В същото време тревога предизвикват 19 % от анкетираните ро-

дилки, които посочват, че са заплащали за раждането. Не е ясно дали става дума за заплащане на престоя в болницата или за друг вид плащане (което би било незаконно). Следователно, можем да твърдим, че:

- Сред част от жените съществува неосведоменост относно правата на болнична помощ, които имат при раждане;
- Има индикации за нерегламентирани плащания сред близо 1/3 от случаите (независимо дали те са доброволни, т.е. “от благодарност” или са поискани);
- 81% от родилките са се възползвали от правото си на безплатна акушерска помощ при раждане, но *почти всички от тях са наблюдавали своята бременност и са заплащали прегледите при гинеколог поради това, че са здравнонеосигурени;*
- 17% от здравнонеосигурените родилки са се възползвали от правото си на безплатна акушерска помощ при раждане, но *тяхната бременност не е била наблюдавана от медицинско лице и след раждането те не са ползвали никакви други медицински услуги.*

Проблемът със здравнонеосигурените родилки в проектните населени места ще продължава да се задълбочава и този въпрос трябва да се постави на обсъждане пред местните и регионалните институции поради рисковете, които крие една ненаблюдавана бременност и въздържането (преди всичко поради липса на средства) от ползването на медицински услуги около и след раждането.

Това е видно от последния въпрос от анкетата, с който респондентите отговарят на въпроса дали имат информация за бременна жена от селото, която няма здравни осигуровки, не е ходила на лекар, а има нужда от това. *15% от респондентите казват, че имат информация за такива жени в селото, следователно отново ще бъдем свидетели на почти същия процент родилки, които няма да бъдат в състояние да осигурят наблюдение на своята бременност от медицински специалист, ще родят безплатно, но няма да ползват никакви медицински услуги след раждането.*

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

Оценка на достъпа до здравеопазване след първия етап на изследването

Методиката, която използваме за оценка на достъпа до здравни услуги се базира на т. нар. “методиката на светофара”, но освен традиционните секции – червено, жълто и зелено, в нашия случай, за по-добро диференциране на резултатите, включихме още една допълнителна секция – оранжева, която е разположена между червената и жълтата секции.

При определянето на оценката вземаме предвид средноаритметичната стойност на всички процентни резултати от изследването, които имат негативно отношение към достъпа до здравеопазване в отделните области. Получената стойност поставяме в “светофара”, който е разделен на 4 секции, характеризиращи нивото на достъп до здравни услуги. Колкото по-голям е средноаритметичният процент на резултата, толкова по-ограничен е достъпът до съответната услуга, по следния начин:

От 0% до 24% – добър достъп		зелено
От 25% до 49% – задоволителен достъп		жълто
От 50% до 74% – слаб достъп		оранжево
От 75% до 100% – лош достъп		червено

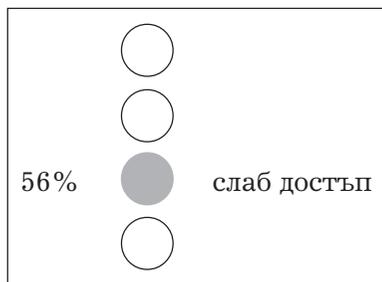
Кратка оценка на достъпа до здравни услуги на уязвимите етнически общности в проектните населени места

Като се има предвид, че:

1. По отношение на достъпа до първична медицинска помощ:

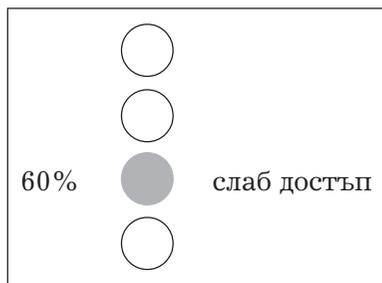
- 54% от респондентите (жени на възраст над 18 г.) в проектните населени места са здравнонеосигурени;
- Над 40% от членовете на семействата на респондентите са също здравнонеосигурени;
- 17% от респондентите не знаят дали изобщо имат личен лекар;
- 74% от анкетираните не знаят телефонния номер на личния си лекар и на личния лекар на техните деца;
- 50% от анкетираните не са информирани за това колко пъти седмично и в кои дни идва личния им лекар в селото за прегледи;
- 72% от респондентите открито признават, че не ходят на профилактични прегледи;
- 80% от анкетираните не са в състояние да си купуват лекарствата предписани от лекар.

Средноаритметичната стойност на горните резултати, които по същество имат негативно отношение към достъпа до здравеопазване в областта на първичната медицинска помощ, е 56% и определя оценка на достъп "слаб".



2. По отношение на достъпа до спешна и болнична медицинска помощ:

- в 59% от случаите спешната помощ не реагира адекватно на повикване;
- почти 50% от анкетираните жени са били обект на дискриминация от страна на болничните власти;
- 70% от респондентите не са информирани дали трябва да заплащат престоя си в болница.



Средноаритметичната стойност на горните резултати, които по същество имат негативно отношение към достъпа до здравеопазване в областта на спешната и болнична медицинска помощ, е 60% и определя оценка на достъп “слаб”.

3. По отношение на достъпа до *детско здравеопазване*:

- 24% от децата в семействата на анкетираните жени не ходят на годишен профилактичен преглед;
- 33% от майките сами преценяват какво лечение да предприемат, в зависимост от състоянието на детето;
- 19% от майките са били принудени да плащат за преглед на детето при лекар;
- 63% от децата не са посещавали тази календарна година зъболекар по конкретен повод – профилактичен преглед, или друга дентална процедура;
- 30% от майките смятат, че децата им не се хранят здравословно в детската градина;
- 16% от майките не могат да осигурят на децата си здравословна храна;
- 11% от майките не са информирани за имунизационния календар на техните деца.

Средноаритметичната стойност на горните резултати, които по същество имат негативно отношение към достъпа до детско здравеопазване, е 28% и определя оценка на достъп “задоволителен”.

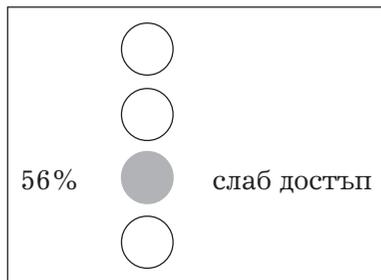


4. По отношение на достъпа до *женско здравеопазване*:

- 79% от респондентите не са ходили на профилактични прегледи при гинеколог;
- 46% от респондентите не са посещавали гинеколог през последната година;

- 43% от анкетираниите не са наясно със здравното си състояние.

Средноаритметичната стойност на горните резултати, които по същество имат негативно отношение към достъпа до женско здравеопазване, е 56% и определя оценка на достъп “слаб”.



ГЛАВА ПЕТА

Изводи и насоки след първото анкетиране. Кампания “Здраве за всеки”

Представената по-горе оценка на достъпа до здравеопазване по метода “допитване до общността” формира обща оценка, която е на границата между “слаб” и “задоволителен” – 50%. Все пак оценката може да бъде определена по-скоро като слаб достъп – не само от чисто формална гледна точка (съгласно методологията слаб е достъпът от 50 до 74%), но и защото в три от четирите изследвани области достъпът е слаб. Задоволително е състоянието единствено на детското здравеопазване, като добрият процент в тази област (28%) опитва да измести оценката на цялостното състояние от “слаб” към “задоволителен”. Редно е също така да посочим, че като цяло всички предварителни хипотези се потвърдиха от изследването.

В първата десетдневка на август, след приключване на първия етап на изследването, организирахме Доброволчески лагер, на който присъстваха общностните модератори и доброволците-анкетъори от четирите населени места. Представихме резултатите от първия етап на изследването и поискахме обратна връзка от анкетъорите за това как е протекъл процесът на анкетиране и какво е тяхното мнение относно получените резултати.

Очертаха се следните констатации:

- Първият етап на изследването е протекъл гладко, без съществени трудности: въпреки първоначалния скептицизъм, местните малцинствени / ромски общности са осъзнали важността от общостен мониторинг на здравните услуги и са се включили активно в допитването до общността;
- За избягване на двойствено тълкуване на някои от предварително зададените възможни отговори бе решено те да

се преформулират преди провеждането на второто допитване до общността;

- Съставен бе план за подобряване на достъпа до здравеопазване в проектните населени места: с оглед на това, че мониторингът на здравните услуги не е самоцелно упражнение, а има като основна цел да предостави ясна картина на състоянието и насоки за подобряването му, общностните модератори, местните активисти и екипът на Център “Амалипе” набелязаха няколко типа дейности, които е необходимо да бъдат реализирани. Те включваха както информационни кампании, така и застъпнически дейности пред местните и областните институции.

Тъй като една част от откритите проблеми, които влошават съществено достъпа до здравеопазване, в основата си се дължат на *лошата информираност на хората*, екипът си постави като краткосрочна цел **повишаването на чувствителността и информираността на ромите от проектните населени места относно законите правила при предоставянето на различните здравни услуги, както и правата и задълженията на пациента**. Планираните дейности за повишаване на информираността на общността в проектните населени места прерасна в информационна кампания под мотото “Здраве за всеки”.

Участниците решиха, че всички останали проблеми на достъпа до здравеопазване, които изискват промяна на поведение и практики в общността и промяна на политики и практики на предоставяне на здравни услуги в регионален и национален мащаб, следва да се формулират като дългосрочни застъпнически цели, които изискват мащабна целенасочена работа. Тези цели обаче следва да бъдат формулирани на по-късен етап, след второто анкетиране в общността, за да е налична по-широка база за тях.

Кампанията “Здраве за всеки” стартира по нетрадиционен начин. Активистите от клубовете за местно развитие във Върбовка, Батак и Балван, с подкрепата на Център “Амалипе” разработиха и изнесоха пред повече от 1000 души в горните три населени места, в три последователни дни – от 7 до 9 септември, театрално-

музикално шоу, озаглавено “Докторе, къде си?”. Постановката бе пропита с много остроумие и хумор, нейният сценарий, костюми, декори и грим бяха изцяло дело на доброволците, а някои от скечове в шоуто отразяваха истински случаи.

Идеята за това шоу възникна спонтанно от самите доброволци, които решиха, че театърът е най-доброто изразно средство, чрез което по достъпен начин ще разяснят на хората проблемите на достъпа до здравни услуги. Многобройната публика (и в трите села салоните бяха препълнени), както и спонтанната реакция на публиката по време на тридневните гастроли на самодейните артисти в трите села показва, че хората разбират и осмислят проблемите в тази сфера, когато те са представени по подходящ начин.

Като втора стъпка през октомври решихме “да влезем” в 4-те местни училища със здравни беседи. За децата от 1 до 4 клас подготвихме беседи, свързани с личната хигиена и болестите на “мръсните ръце”. За всичките 280 деца от 1 до 4 клас от четирите училища закупахме четки и пасти за зъби, а учителите показаха на децата нагледно как правилно трябва да си мият зъбите.

Младежи доброволци от Център “Амалипе” проведоха интерактивни дискусии с юношите от 5 до 8 клас по въпроси, свързани с половото съзряване, отношенията между половете, ранните бракове, нежелана бременост и контрацепция и полови предавани болести. За широката аудитория екипът подготви и разпространи в 600 домакинства в четирите села информационни материали, написани на достъпен език, с които информираме хората за достъпа до спешна и болнична помощ, за техните права и задължения в здравната сфера. Бяха разпространени също така информационни материали с контактна информация за общопрактикуващите лекари в четирите проектни населени места.

Като част от застъпническите дейности проведохме срещи с личните лекари по населени места и ги запознахме с резултатите от първото проведено допитване до общността. На срещите акцентирахме върху мерките, които трябва да бъдат взети неза-

бавно от тяхна страна за повишаване на достъпа до здравни услуги на местните хора.

Заедно с това, проведохме среща с ръководството на РЗИ – В. Търново, РЗОК – В. Търново и с ръководствата на двете поделения за спешна помощ – Павликени и В.Търново за запознаване с резултатите от настоящото изследване. Заедно дискутирахме необходимостта от предприемане на мерки за повишаване качеството на предоставяните медицински услуги и в частност – услугата “Спешна помощ”.

Основните изводи от първото анкетизиране на общността бяха представени и по време на конференция, организирана от Център “Амалипе” и студентите, участващи в Програмата за подкрепа на ромите в медицинските университети на 2 септември. В конференцията се включиха директорите на РЗИ – В. Търново и РЗОК – В. Търново, както и Министърът по управление на средствата от ЕС Томислав Дончев. Участниците дискутираха начините за подобряване на здравните услуги и на качеството на живот на ромите в селските райони на България.⁶

⁶ Информация за конференцията е налична на:
<http://www.amalipe.com/index.php?nav=news&id=896&lang=1>

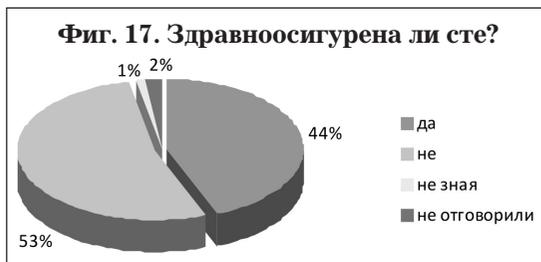
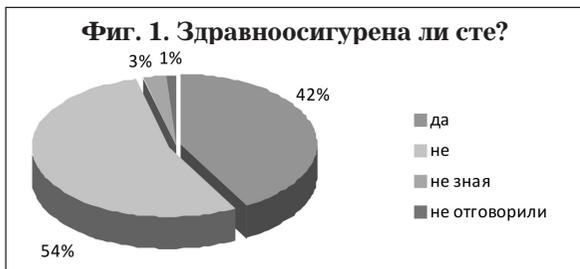
ГЛАВА ШЕСТА

Сравнение на резултатите от първия и втория етап на изследването

6.1. Достъп до първична медицинска помощ

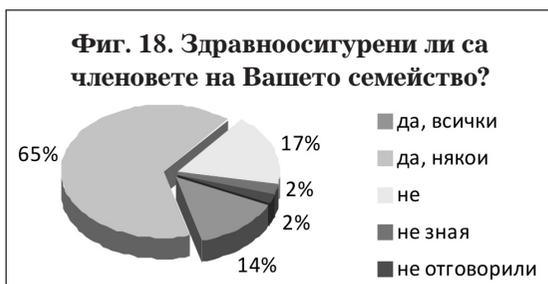
През втория етап на изследването по метода “допитване до общността” анкетирахме общо 500 жени над 18-годишна възраст от четирите проектни населени места – селата Балван, Водолей, Батак и Върбовка, при ползването на същата методика и въпросник.

На двете фигури по-долу са представени отговорите на респондентите на въпроса “Здравноосигурена ли сте?” Оттук нататък за по-добра нагледност ще сравняваме графиките от двата етапа на изследването, като отляво ще поставяме графиката от първия етап, а отдясно – от втория.



Прави впечатление, че процентът на здравноосигурените жени над 18 г. в проектните населени места за краткия период между двете анкетирания бележи ръст от 2%, за сметка на процента на неосигурените жени, които пък намаляват с 1%. Близките резултати очертават стабилна картина на здравноосигурителния статус на респондентите, което означава, че респондентите са давали коректни, информирани отговори, осъзнавайки нюансите около поддържането на непрекъснат здравноосигурителен статус.

Промяна в параметрите се наблюдава обаче при регистриране на здравноосигурителния статус на останалите членове на семействата на респондентите.

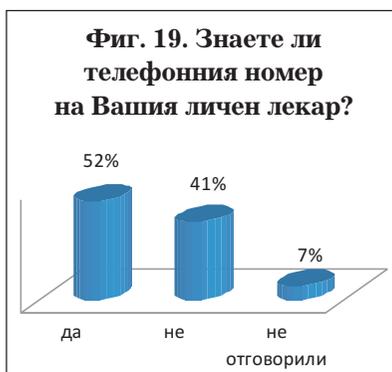
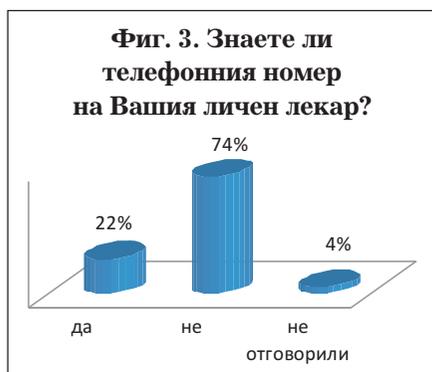


На Фиг. 18 се наблюдава значително нарастване при отговорите “да, някои”, като е много вероятно респондентите да са отчели по-правилно (в сравнение с първото анкетиране) здравноосигурителния статус на възрастните членове от семейството – пенсионерите и децата до 18-годишна възраст: вероятно поради

повишената информираност. Почти наполовина е намалял процентът на отговорилите с “не”, което показва, че хората вече са започнали да се интересуват от здравноосигурителния статус на членовете на своите семейства и със сигурност вече са наясно с реалната ситуация.

Отново почти всички респонденти декларират, че в селото им има здравна служба, като този път вече убедено отговарят на въпросите, свързани с предоставяне на информация за личните им лекари. 94% от респондентите са сигурни, че имат личен лекар, (11% повече, в сравнение с първото анкетиране), познават личния си лекар и цитират неговото име, а само 6% заявяват, че не знаят дали изобщо имат личен лекар.

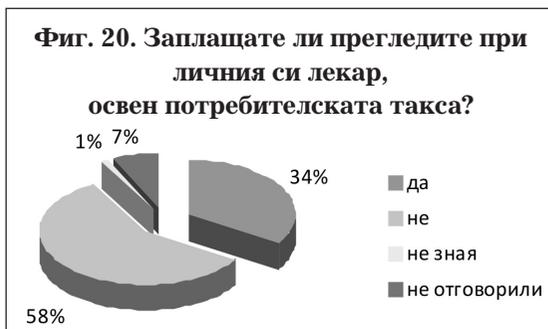
Значителен прогрес се наблюдава и при отговорите на въпросите, свързани с предоставяне на контактната информация за личните лекари на респондентите и личните лекари на техните деца. Вече 52% твърдо заявяват, че знаят телефонния номер на личния си лекар – нарастване с 30% в сравнение с първото анкетиране, което вероятно се дължи на раздадените информационни картончета с контактна информация за всички лични лекари, практикуващи в проектните населени места – виж Фиг. 3 и Фиг. 19.



Наблюдава се нарастване също така и в потенциалната възможност на хората да търсят помощта на личните си лекари при необходимост, извън работно време. Второто анкетиране

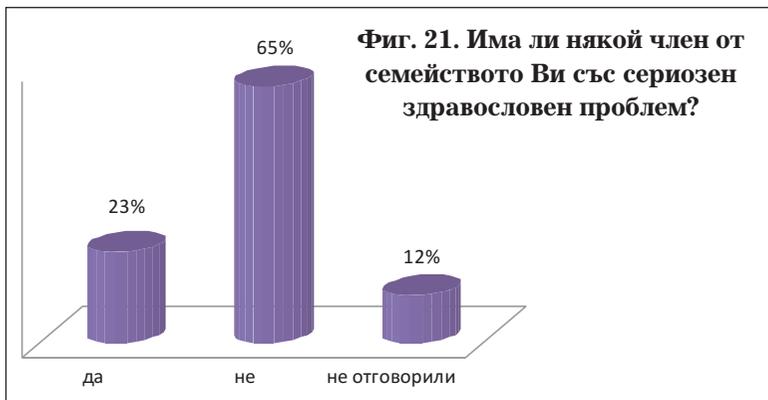
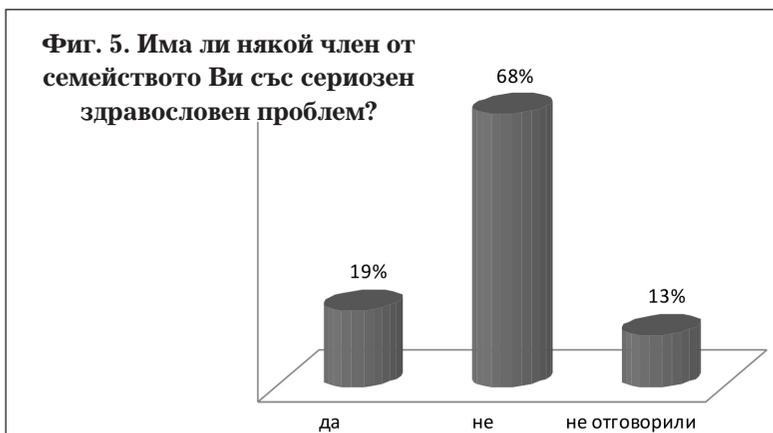
показа, че вече около 2/3 от респондентите са информирани, че личните лекари идват само 2 пъти седмично в проектните населени места за прегледи и оказване на първична медицинска помощ (нарастване с близо 25% спрямо първото анкетирание). За съжаление вече е по-нисък процента на респондентите 38% които отговарят, че личният им лекар пристига при позвъняване, за да окаже нужната медицинска помощ. Т.е. по-високата информираност от страна на ползвателите на здравните услуги, която вероятно е довела и до това, че те търсят личния си лекар по-често, не е довела до по-своевременно оказване на необходимата помощ. Това е една от задачите за последващите застъпнически дейности.

Да видим какво се случва със заплащането на прегледите при личния лекар. На Фиг. 4 и Фиг. 20 са представени диаграмите, показващи процента на онези респонденти, които признават, че заплащат прегледите си при личния лекар. Виждаме, че



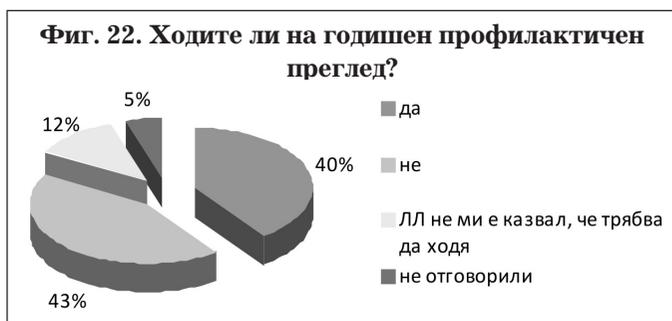
втората графика (ноември 2011) регистрира увеличение с 12% на жените над 18-годишна възраст, които не заплащат за своите прегледи. Регистрираното увеличение се дължи на два фактора: по-високата информираност относно това какво респондентите заплащат (при сравнение между двете таблици се вижда рязко намаление на отговора “не знам”), както и вероятно на намаляване на нерегламентираните плащания (по-високата здравна информираност на пациентите обичайно води до по-висока коректност при събирането на такси от страна на лекарите).

Личната преценка за собственото здравно състояние и това на членовете на семействата продължава да е необосновано завишена. Отговорите на респондентите на този въпрос



почти не регистрират промяна. Леко е завишен процентът на отговорилите утвърдително на въпроса “Има ли някой член от семейството Ви със сериозен здравословен проблем?”, което би могло да се дължи на повишаване на доверието към местните анкетьори и готовност за споделяне на тревогите по един толкова чувствителен проблем в изследваните общности, както е проблемът със социално значимите заболявания на членове от семействата.

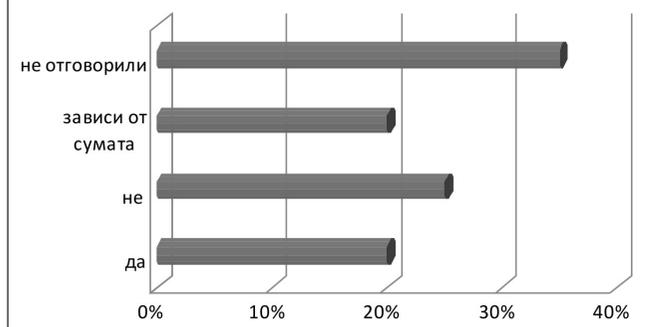
Следващите две графики на Фиг. 6 и Фиг. 22 показват промяната в ситуацията по отношение на посещаването на годишните профилактични медицински прегледи. Първият етап на изследването регистрира 72% респонденти, които признават, че не преминават профилактични медицински прегледи. При втория етап регистрираме намаляване до 60% на респондентите, които не посещават годишните профилактични медицински прегледи. Този резултат може да се обясни с дисциплиниращия ефект, който здравната кампания предизвиква в проектните на-



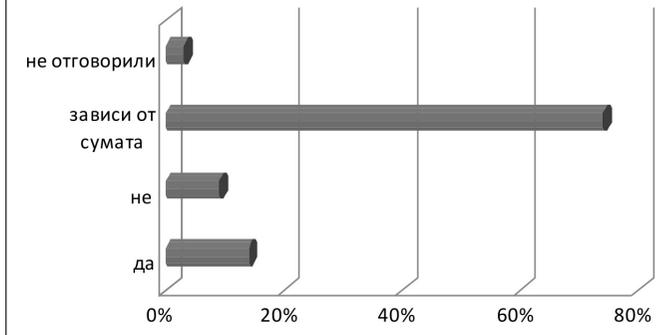
селени места по отношение на задълженията на практикуващите лични лекари и активизиране на тяхната работа по възобновяване на планови годишни профилактични медицински прегледи по места. Разбира се, има още много какво да се направи (близо половината от местните роми не преминават годишен профилактичен преглед), но е важно, че положителната промяна след първата проведена кампания вече е безспорна.

От Фиг. 23 е видно, че огромна част от респондентите могат да си позволят само такова медикаментозно лечение, при което определяща е цената на предписаните лекарства. При първото

Фиг. 7. Имате ли възможност да си купувате лекарствата, които са предписани от лекар за Вас или за друг член на Вашето семейство?



Фиг. 23. Имате ли възможност да си купувате лекарствата, които са предписани от лекар за Вас или за друг член на Вашето семейство?



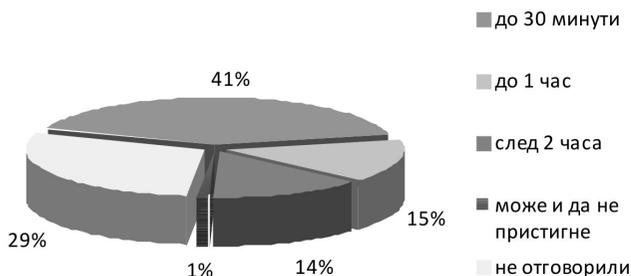
анкетиране стана ясно, че общо 80% от респондентите под една или друга форма заявяват невъзможност за закупуване на лекарства за себе си и за своите близки. При второто анкетиране ясно проличава, че притесненията у респондентите вече отпадат и те ясно декларират своето мнение по въпроса. Икономическата криза е оказала допълнителен натиск върху и без това оскъдните бюджети, с които разполагат семействата и тук вече наблюдаваме *увеличаване до 86% на респондентите, които заявяват под една или друга форма, че не могат да си купуват лекарства.*

6.2. Достъп до спешна и болнична медицинска помощ

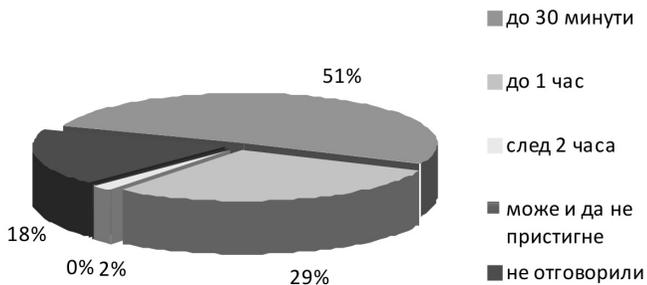
Както стана ясно дотук, системата на спешната помощ се оказва почти единствена алтернатива за получаване на медицинска помощ при здравнонеосигурени лица. През първия етап на изследването беше констатирано, че е налице видима проява на дискриминация от страна на местните отделения за спешна помощ, които не реагират адекватно на спешни случаи с хора от местните общности. Поради забавяне или несвоевременна намеса на екипите за спешна помощ са регистрирани и смъртни случаи в някои от проектните населени места.

От диаграмата на Фиг. 8 (юли 2011) е видно, че в 59% от случаите, спешната помощ не реагира адекватно на повикване. На Фиг. 24 е представен резултата от второто анкетиране, където се регистрира следната промяна: 10% повече респонденти отговарят, че линейката при спешен случай пристига до 30 минути, почти двойно повече респонденти отговарят, че линейката пристига до 1 час след повикване и почти седем пъти по-малко респонденти отговарят, че линейката пристига след 2 часа. Тези резултати несъмнено бележат прогрес спрямо резултатите от първото анкетиране, но все още са далеч от представите ни за съвременна адекватна услуга “спешна помощ”. Като сумарна оценка на отговорите на респондентите, все още в 49% от случаите, спешната помощ не реагира адекватно на повикване.

Фиг. 8. До колко минути пристига линейката при спешен случай?

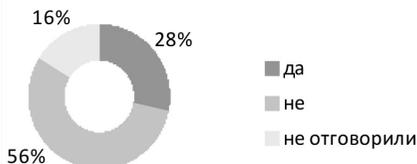


Фиг. 24. До колко минути пристига линейката при спешен случай?

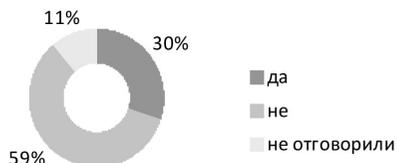


Състоянието на достъпа до болнична помощ продължава да е в рамките на нормалното за страната. Сериозно притеснение обаче се наблюдава с нарастването до 30% (с 2% повече спрямо първото анкетиране) на респондентите, които открито заявяват, че в последно време са били обект на дискриминационно отношение от страна на медицинските власти в болницата. С други думи, след второто анкетиране се затвърди констатацията, че *почти всяка втора анкетирана жена над 18 г., принадлежаща към етническо малцинство от четирите проектни населени места, е била обект на дискриминация в една или друга степен от страна на болничните власти през последната година* – виж Фиг. 9 и Фиг. 25.

Фиг. 9. Чувствате ли се дискриминирана от страна на медицинския персонал в болницата заради Вашия етнически произход?

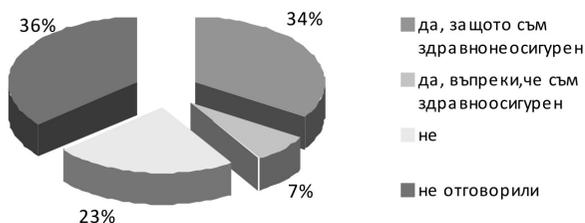


Фиг. 25. Чувствате ли се дискриминирана от страна на медицинския персонал в болницата заради Вашия етнически произход?

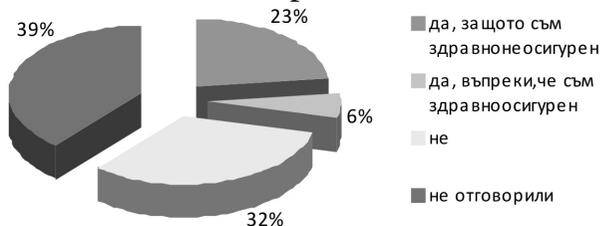


Попитахме отново респондентите дали са заплащали престоя си в болница през последната една година. Резултатите показва следната картина (Фиг. 26):

Фиг. 10. Ако през последната една година сте постъпвали в болница, заплащали ли сте за престоя си?



Фиг. 26. Ако през последната една година сте постъпвали в болница, заплащали ли сте за престоя си?



- 9% по-малко от респондентите смятат, че са заплащали за престоя се в болница, защото са здравнонеосигурени;
- в същото време 9% повече респонденти не са заплащали за престоя си – или са със заболявания от специалния списък, или са постъпили за втори път в рамките на една календарна година;
- 3% повече респонденти не са отговорили на този въпрос;
- 1% по-малко респонденти (6%) съобщават, че са платили за пребиваването си в болницата, въпреки че са здравноосигурени.

Тези резултати показват началото на ясна промяна, като едновременно с това е очевидна и необходимостта от допълнително време, за да могат респондентите да осмислят информацията, предоставена в Наръчника на пациента, който раздадохме във всяка къща в четирите населени места, където подробно и достъпно са описани правилата при постъпване в болница.

6.3. Детско здравеопазване

За анализа на резултатите от този раздел е важно да направим няколко уточнения.

Анкетираните жени над 18-годишна възраст при второто анкетиране са общо 500. Проектният екип не е поставял изискване за анкетиране на едни и същи респонденти на двата етапа, което означава, че регистрираният профил на респондентите от втория етап на изследването е различен спрямо първия. Така че, за разлика от профила на респондентите от първото анкетиране, където имаме следната картина:

36% от респондентите заявяват, че нямат деца под 18-годишна възраст, или общо 324 майки.

Профилът на респондентите от втория етап на изследването е следния:

54% от респондентите заявяват, че нямат деца под 18-годишна възраст, следователно предмет на анализа на детското

здравеопазване трябва да бъдат само онези 46% от респондентите, които имат деца в тази възрастова граница, или общо 229 майки.

Кое то логично идва да покаже, че *не е уместно да се прави сравнителен анализ на резултатите от двете анкетираня* по някои от въпросите, касаещи най-вече лични състояния и статус на респондентите, от този и следващия раздел, защото в крайна сметка става въпрос за различни респонденти.

На втория етап от изследването, както и на първия, всички респонденти с деца под 18-годишна възраст декларират, че децата им имат личен лекар и цитират неговото име.

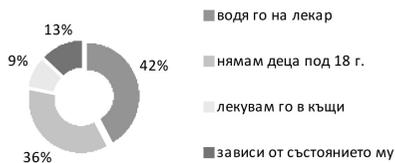
По отношение на здравословното състояние на децата до 18-годишна възраст, картината от второто анкетиране е следната:

- 25% от анкетираните майки съобщават, че децата им боледуват често;
- 8% от майките имат хронично болни деца;
- 84% от майките твърдят, че децата им ходят на годишен профилактичен медицински преглед. Тук се наблюдава нарастване на резултата с 11% спрямо първото анкетиране.

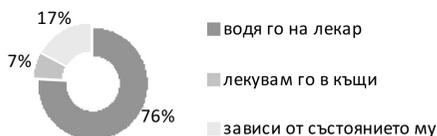
Второто анкетиране потвърди практиката, че когато дете от семейството се разболее, майката обикновено го води на лекар, като тук се наблюдава нарастване от 9% на майките, които постъпват по този начин, но отново са налице практики, които будят безпокойство, макар и вече в по-малка степен (Фиг. 27).

Личните лекари този път са поискали пари за преглед на деца “само” на 6% от майките, или общо на 13 майки. И тук най-вероятно не става въпрос за заплащане на обичайната потребителска такса. Макар и да се вижда намаляване с 13% по този показател, наличието на респонденти, които са отказали да отговорят на този въпрос, наложи вмъкването на опцията “не отговорили”, която подтиква към корекция на резултата, т.е. можем да смятаме, че всъщност намаляването на показателя за плащане на личния лекар за преглед на деца е само със 7%. Тези факти продължават да будят безпокойство и този проблем трябва да се адресира в близко бъдеще към съответните институции.

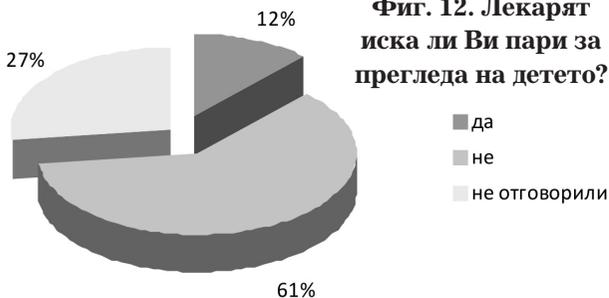
Фиг. 11. Когато се разболеете Вашето дете, как постъпвате?



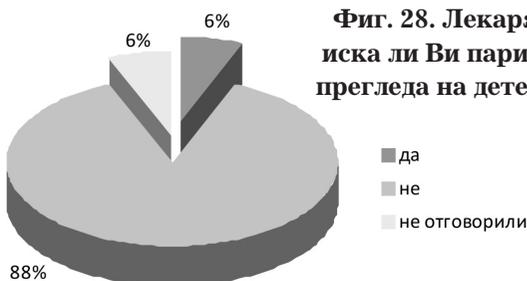
Фиг. 27. Когато се разболеете Вашето дете, как постъпвате?



Фиг. 12. Лекарят иска ли Ви пари за прегледа на детето?



Фиг. 28. Лекарят иска ли Ви пари за прегледа на детето?



Второто анкетиране показва, че само 15% от майките съобщават, че водят децата си на профилактичен дентален преглед – много по-лош резултат в сравнение с първото анкетиране, където процентът на майките, които твърдяха, че водят децата си на профилактичен дентален преглед беше 40%. Този резултат може да се обясни от една страна както с различния профил на респондентите през втория етап на анкетирането, така и с факта, че родителите не се доверяват на личните дентални лекари, на профилактичните прегледи и безплатните процедури, които те предлагат, а предпочитат платените услуги.

В подкрепа на това твърдение идват отговорите на респондентите, свързани с въпроса дали децата им са посещавали зъболекар през тази календарна година. За разлика от първото анкетиране, където 63% от респондентите съобщават, че децата им не са посещавали зъболекар през тази година, то при второто анкетиране се регистрира значително по-висок процент на родителите, които не са водили децата си на зъболекар през настоящата година – 74%. В случаите, когато това се е налагало, процедурите са били само платени.

68% от майките смятат, че децата им се хранят здравословно в детската градина (училище), което регистрира нарастване на този процент повече от 2 пъти. Този път на противоположното мнение са едва 10% от майките.

Само 12% от майките заявяват, че детето им не посещава учебно заведение, което е трикратно намаление на този резултат, в сравнение с първото анкетиране. Вероятно отново става въпрос за непосещение на детска градина и свързаното с това изискване за заплащане на такси.

66% от майките се стараят да осигуряват на децата си честа консумация на месо, яйца, мляко и млечни продукти, което е намаляване на този показател спрямо първото анкетиране с 14%, дължащ се вероятно на икономическата криза. Осигуряването на честа консумация на месо, яйца, мляко и млечни продукти, се явява проблем отново за около 16% от майките.

По отношение на редовното посещение на училище – на този етап регистрираме “само” 12% майки, които декларират, че де-

цата им не посещават редовно училище поради една или друга причина, което представлява намаление с 11% спрямо първия етап на изследването.

Вече 92% от майките твърдят, че личният лекар ги информира за ваксинациите, които трябва да се направят на децата им, което вероятно отново се дължи на по-добрата информираност и подобрената работа на личните лекари след кампанията “Здраве за всеки”. За 8% от майките информираността отново се явява проблем.

Пряката връзка между процента на информирани родители относно нуждата от задължителни ваксинации на децата и реалния процент на ваксинираните деца личи най-добре на Фиг. 13 и Фиг. 29. На двете фигури е показан сходният процент на ваксинираните деца с този на информирани родители.



6.4. Женско здравеопазване

Важността на проблемите на женското здравеопазване предопредели профила на респондентите за двата етапа на изследването, а именно – жени над 18-годишна възраст.

Първото анкетиране регистрира смущаващи данни относно състоянието на женското здравеопазване в проектните населени места. В периода между юли и ноември екипът на проекта реализира дейностите по кампанията “Здраве за всеки”, които включваха и безплатни гинекологични прегледи, осъществени от д-р Мавроди Калейнски. Кампанията доведе до промяна и в показателите за женско здравеопазване, регистрирани по време на второто допитване до общността.

На Фиг. 30 е представена графика, която дава отговор на въпроса колко пъти годишно респондентите са посещавали гинеколог.



От графиката е видно, че се е увеличил процентът на жените, които са посетили тази година гинеколога си – 32%, спрямо 21% при първото анкетирание.

Резултатът от 46% жени, които заявяват, че не са посещавали гинеколог през последната 1 година, се запазва абсолютно същия и при второто анкетирание. Вероятно причините отново се коренят във високия процент здравнонеосигурени жени и невъзможността на по-голяма част от тях да заплатят цената за гинекологичен преглед. Този факт още веднъж ни навежда на мисълта, че предприетите от проектния екип усилия за организиране и провеждане на безплатни гинекологични прегледи в четирите села е била нужна и навременна мярка за една голяма част от респондентите.

От друга страна отново са налице, макар и в по-малка степен, етнокултурни бариери, възпрепятстващи този вид здравна профилактика при една част от респондентите. Така например преобладаващата част от респондентите – 90%, декларират, че за тях няма значение дали гинекологът, който ги преглежда, е мъж или жена, но за 10% от респондентите се оказва, че това продължава да е проблем поради известни вече причини.

И този път повече от половината от респондентите определят своето здраве като добро, без наличието на сериозни заболявания, в това число и гинекологични. Налице е леко увеличение на този процент, което е за сметка на намаляване на процента отговорили с “не зная”. Но безпокойство отново буди значителният процент – общо 40% на отговорилите “да”, “не зная” и “не отговорили” (намаление с 3% спрямо първото анкетирание). Това със сигурност означава, че тези респонденти не са обръщали внимание на своето здраве в скоро време (виж Фиг. 31).

По въпроса с анкетиранияте жени, които са родили през последната календарна година и вида на медицинските услуги, които са ползвали, картината е следната:

- От всички 229 анкетирани жени, които са отговорили, че имат деца под 18-годишна възраст, 26 са раждали през последната календарна година. Близко една трета от тях, или общо 8 от родилите жени през последната година

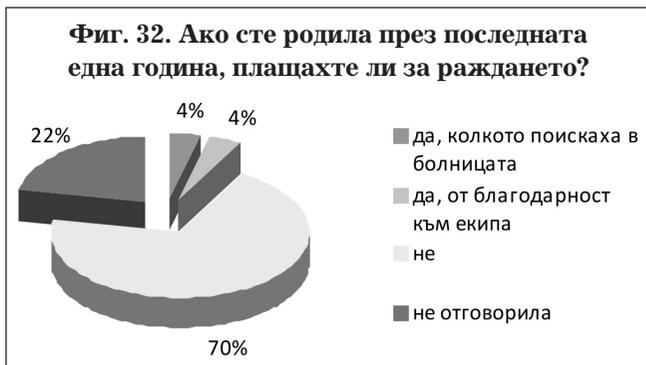
заявяват, че по време на бременността си не са ползвали медицински услуги, т.е. тяхната бременност не е била наблюдавана от медицинско лице. Този процент е твърде тревожен

- Същите 8 от родилките, които не са наблюдавали своята бременност, заявяват, че не са ползвали никакви медицински услуги до два месеца след раждането.



Да видим каква е картината при родилките през последната календарна година и заплащането на тази медицинска услуга (Фиг. 32). Правят впечатление тези стабилни 70% от жените, които заявяват, че не са плащали нищо при раждането: процент, който е напълно идентичен с регистрирания през юли. В същото

време тревога предизвикват 22% от респондентите, които са отказали да дадат отговор на въпроса с плащането на услугата “раждане”. Това ни навежда на мисълта, че вероятно тези респонденти са плащали под една или друга форма, вероятно нерегламентирано, за да си осигурят нормални условия и наблюдение на процеса на раждане – практика, която е придобила широка публичност не само сред представителите на малцинствата, но и на мнозинството.



На базата на получените данни можем да твърдим, че:

- Има индикации за нерегламентирани плащания сред част от родилките (независимо дали те са доброволни, т.е. “от благодарност” или са поискани). По същество, сборът от процентите на отговорилите, че са платили за раждането и на неотговорилите през юли и ноември е подобен, въпреки че става дума за различна съвкупност от анкетирани жени.

Това е индикатор за относително широко разпространена практика на нерегламентирани плащания, която обхваща между една четвърт и една трета от родилките от ромски произход;

- 74 % от родилките са се възползвали от правото си на безплатна акушерска помощ при раждане, но *почти всички са наблюдавали своята бременност и са заплащали прегледите при гинеколог, поради това че са здравнонеосигурени.*

Помолихме респондентите да отговорят на последния въпрос от анкетата, свързан с това дали имат информация за бременна жена от селото, която няма здравни осигуровки, не е ходила на лекар, а има нужда от това. 25% от респондентите (нарастване с 10% спрямо първото анкетиране) казват, че имат информация за такива жени в селото, следователно отново ще бъдем свидетели на седем пъти повече родилки, които няма да бъдат в състояние да осигурят наблюдение на своята бременност от медицински специалист, ще родят безплатно, но няма да ползват никакви медицински услуги след раждането.

ГЛАВА СЕДМА

Оценка на достъпа до здравеопазване след втория етап на изследването

Настоящият доклад няма претенциите да представлява своего рода “последна инстанция” в анализа и интерпретацията на събраната информация от изследването. Редно е да споменем, че вероятно в някои случаи екипът е подхождал субективно в оценката си за една или друга наблюдавана здравна ситуация, но този подход, на този етап е работен и е подходящ за целите на доклада, а именно: *Да се направи оценка на достъпа до здравни услуги на уязвимите етнически общности в проектните населени места по метода “допитване до общността”, което ще позволи да се разработят ефективни стратегии за подобряване на практиките на предоставяне на тези услуги в дългосрочен план.*

При оценката на резултатите, получени при второто допитване до общността, използвахме отново т. нар. “методиката на светофара”, описана в глава четвърта. Следвайки тази методология, стигнахме до следните изводи:

Кратка оценка на достъпа до здравни услуги на уязвимите етнически общности в проектните населени места

Като се има в предвид, че:

1. По отношение на достъпа до първична медицинска помощ:
 - 53% от респондентите (жени на възраст над 18 г.) в проектите населени места са здравнонеосигурени;
 - 21% от членовете на семействата на респондентите са също здравнонеосигурени;
 - 6% от респондентите не знаят дали имат личен лекар;
 - 41% от анкетираните не знаят телефонния номер на личния си лекар и на личния лекар на техните деца;

- 34% от анкетираните не са информирани за това колко пъти седмично и в кои дни идва личния им лекар в селото за прегледи;
- 60% от респондентите открито признават, че не ходят на профилактични прегледи;
- 86% от анкетираните не са в състояние да си купуват лекарствата предписани от лекар.

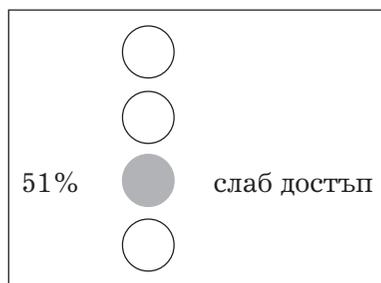
Средноаритметичната стойност на горните резултати, които по същество имат негативно отношение към достъпа до *здравеопазване в областта на първичната медицинска помощ* е 43% и определя оценка на достъп “задоволителен”.



2. По отношение на достъпа до *спешна и болнична медицинска помощ*:

- в 49% от случаите спешната помощ не реагира адекватно на повикване;
- 41% от анкетираните жени са били обект на дискриминация от страна на болничните власти;
- 62% от респондентите не са информирани дали трябва да заплащат престоя си в болница.

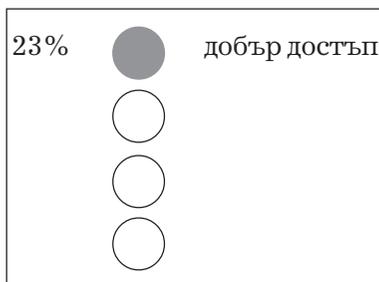
Средноаритметичната стойност на горните резултати, които по същество имат негативно отношение към достъпа до *здравеопазване в областта на спешната и болнична медицинска помощ*, е 51%. Това определя достъпа като *слаб*, но в граничната област между “слаб” и “задоволителен”.



3. По отношение на достъпа до *детско здравеопазване*:

- 16% от децата в семействата на анкетираните жени не ходят на годишен профилактичен преглед;
- 24% от майките сами преценяват какво лечение да предприемат, в зависимост от състоянието на детето;
- 12% от майките са били принудени да плащат за преглед на детето при лекар;
- 74% от децата не са посещавали тази календарна година зъболекар по конкретен повод – профилактичен преглед, или друга дентална процедура;
- 10% от майките смятат, че децата им не се хранят здравословно в детската градина;
- 16% от майките не могат да осигурят на децата си здравословна храна;
- 8% от майките не са информирани за имунизационния календар на техните деца.

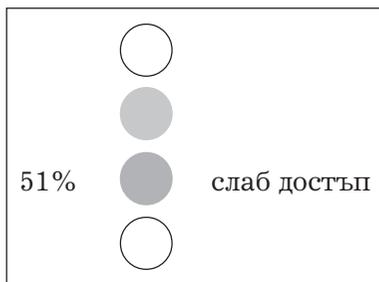
Средноаритметичната стойност на горните резултати, които по същество имат негативно отношение към достъпа до *детско здравеопазване* е 23% и определя оценка на достъп “добър”.



4. По отношение на достъпа до *женско здравеопазване*:

- 68% от респондентите не са ходили на профилактични прегледи при гинеколог;
- 46% от респондентите не са посещавали гинеколог през последната година;
- 40% от анкетираните не са наясно със здравното си състояние.

Средноаритметичната стойност на горните резултати, които по същество имат негативно отношение към достъпа до *женско здравеопазване* е 51%. Това определя достъпа като *слаб*, но в граничната област между “слаб” и “задоволителен”.



ГЛАВА ОСМА

Изводи и препоръки

Извършената оценка на достъпа до здравеопазване след втория етап на изследването индикира няколко важни извода:

1. Регистрира се подобрение в достъпа до здравеопазване в проектните населени места в почти всички области както следва:

- Достъп до първична медицинска помощ – от оценка “слаб” при първото оценяване, достъпът се подобри до оценка “задоволителен”. Основната причина за подобрението тук е поради значително по-високата информираност на пациентите за телефона и начина да се влезе в контакт с личния лекар, както и поради по-големия процент пациенти, които са преминали профилактични прегледи. И двата фактора са резултат от проведената кампания “Здраве за всеки”: с увереност можем да кажем, че тази кампания доведе до сериозно подобряване в достъпа до първична медицинска помощ;
- Достъп до спешна и болнична помощ – от оценка “слаб” при първото оценяване, достъпът се подобри до гранична оценка на достъп между “слаб” и “задоволителен”, макар все още да остава слаб. Подобрението се дължи както на по-високата информираност от страна на местните общности, така и на по-бързата и адекватна реакция на екипите за спешна помощ, т.е. в случая подобрението се дължи както на кампанията “Здраве за всеки”, така и на предприетите от РЗИ и РЗОК действия в резултат от застъпническите дейности на екипа на проекта;
- Достъп до детско здравеопазване – от оценка “задоволителен” при първото оценяване, достъпът се подобри до оценка “добър”. Тревожно тук остава състоянието на зъболекарските услуги: очевидна е необходимостта от спешни мерки за подобряване на денталната профилактика;

- Достъп до женско здравеопазване – в тази област се наблюдава съвсем леко подобрене, което е над статистическата грешка, но цялостната оценка остава “слаб”, макар и вече да е в граничната област със “задоволителен”. Подобрието се дължи най-вече на проведените безплатни гинекологични прегледи, организирани в рамките на проекта. Очевидна е необходимостта от системни и целенасочени действия за подобряване на достъпа до женско здравеопазване сред ромските общности в селските райони.

2. С избора на стратегия на информиране, като първи етап от възможна застъпническа стратегия, проектният екип целеше да осъществи бърза интервенция в отделните населени места, която:

- да отстрани до голяма степен съществуващите субективни причини от информационен характер;
- да доведе до осезаемо подобрене на информационните параметри на достъпа до здравни услуги, което да се регистрира още на второто анкетиране;
- да покаже, че подобни дейности са от компетенциите и са задължение на местните здравни институции.

3. Проведената информационна кампания „Здраве за всеки” между двата етапа на изследването, изигра решаваща роля за регистрирането на подобренията в достъпа до здравеопазване, с което се изпълни и поставената краткосрочна застъпническа цел, а именно: **Повишаване на чувствителността и информираността на хората от проектните населени места относно законите правила при предоставянето на различните здравни услуги, както и правата и задълженията на пациента.**

За постигането на ефективно и устойчиво подобрене на достъпа до здравеопазване в проектните общности обаче е необходимо разработване и провеждане на дългосрочни застъпнически действия на всички нива, които да адресират регистрираните проблеми по подходящ начин.

На местно ниво е необходимо:

- Да се продължи работата за повишаване на информираността на хората по отношение на това как действа здрав-

ната система и какви права и задължения имат пациентите, за да се атакува проблема с високия процент на здравнонеосигурените лица, който се явява крайтъгълния камък на проблемите на общността в достъпа до здравни грижи. Хората от общността не разбират солидарната система и не са съгласни да плащат за неща, които не ползват, а няма как да очакваме осезаемо подобрене в достъпа до здравни грижи, без да засягаме въпроса с неплащането на здравни осигуровки;

- Да се насърчават здравнонеосигурените лица в неравносложно положение да подават молби-декларации за ползване на здравна социална помощ; понастоящем те не са информирани за тази възможност и не се възползват от нея. В рамките на проекта екипът подпомогна жена от с. Балван да ползва здравна социална помощ, като станаха очевидни многобройни административни пречки, както и това, че повечето от потенциалните ползватели се нуждаят от помощ при изготвянето на необходимите документи;
- Да се продължи общностния мониторинг върху работата на общопрактикуващите лекари в посока спазване на професионалните им задължения, подобряване качеството на предлаганите услуги и стриктно изпълнение на календара на задължителните годишни профилактични медицински прегледи при здравноосигурените лица, както и имунизационния календар при децата. Необходимо е да се разследват случаите, в които са искани пари за преглед на деца до 18 г., както и други нерегламентирани плащания и да се потърси отговорност за тези нарушения;
- Да се иницират срещи с личните дентални лекари и да се приложи мониторинг относно провеждането на профилактични дентални прегледи и извършването на безплатни дентални процедури.

На регионално ниво е необходимо:

- Да се адресират проблемите, свързани с неадекватното предоставяне на услугата “спешна помощ” от Центровете за спешна помощ в Павликени и Велико Търново;

- Да се иницират съвместни дейности с ръководствата и на болниците в Павликени и Велико Търново, които да доведат до по-добро разбиране на етнокултурните особености на малцинствените етнически общности и намаляване на нивото на предразсъдъци и дискриминация сред медицинския персонал.

На национално ниво е необходимо:

- Да се иницира застъпническа кампания за цялостно преразглеждане на системата за здравно осигуряване при лицата в неравностойно положение: промени в тази насока биха облагодетелствали широк спектър от български граждани – както от етническите малцинства, така и от мнозинството. Част от възможните промени могат да бъдат в посока създаването и прилагането в национален мащаб на минимален пакет от здравни услуги за лица в неравностойно положение, прилагане на чужд опит във въвеждането на модерни социални мрежи със здравна насоченост за лица в неравностойно положение и др.;
- Да се иницират нормативни и – в случай на необходимост – законови промени, подпомагащи по-доброто качество и достъпа до здравни услуги в селските райони. Почти всички лица, живеещи в селски райони са в неблагоприятно положение относно получаването на качествени здравни услуги. Необходимо е въвеждането на система от стимули за развитие на качествено здравеопазване в селските райони на България;
- По отношение на женското здравеопазване са необходими законови промени, които да изравнят статуса на бременната жена и на жената с дете до 12 месеца след раждането със статуса на здравноосигурен. Това ще позволи по-адекватна медицинска грижа за плода и новороденото, което ще намали рязко детската смъртност и малформациите;
- По отношение на достъпа до спешна и болнична помощ е необходимо да се гарантира, че при оптимизацията на болничната мрежа (в частност – при изготвянето на нова Национална здравна карта) ще бъде отчетена необходимостта

жителите на малките населени места да получават навременна спешна медицинска помощ. Понастоящем това далеч не е така;

- По отношение на достъпа до първична медицинска помощ са необходими законови и нормативни промени, позволяващи ангажирането на повече лични лекари в селските райони и районите с по-голяма концентрация на роми и други етнически малцинства. Необходим е по-сериозен контрол върху дейността на личните лекари, както и национална програма за обучение на личните лекари за работа с представители на ромската общност и останалите етнически малцинства;
- По отношение на цялостното подобряване на здравния статус на ромската общност е необходимо в национален мащаб да бъде разширена мрежата на общностните и на здравно-социалните центрове. Провереният в рамките на проекта модел за създаване на общински Центрове за развитие на общността и на местни Клубове за развитие на общността доказва своята ефективност относно подобряване на показателите и в четирите изследвани области (виж сравнението между резултатите от юли и ноември) дори в рамките на относително кратък времеви период от 5 месеца. Този модел трябва да бъде доразвит и приложен в национален мащаб;
- По отношение на цялостното подобряване на здравния статус на ромската общност е необходимо също така ангажирането на повече роми в здравната система (като лекари, медицински сестри, здравни медиатори). За това е нужна цялостна държавна политика.

Легенда

ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
РЦЗ	Регионален център по здравеопазване
МОДОЗС	Междубластен диспансер за онкологични заболявания със стационар
ОДПЗС	Областен диспансер за психични заболявания със стационар
ОДПФЗС	Областен диспансер за пневмо-фтизиатрични заболявания със стационар
ОДКВЗ	Областен диспансер за кожно-венерически заболявания
МОБАЛ	Многопрофилна областна болница за активно лечение
СБАЛ	Специализирана болница за активно лечение
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
БР	Болница за рехабилитация
БД	Болница за долекуване
БДПЛ	Болница за долекуване и продължително лечение
БДПЛР	Болница за долекуване и продължително лечение и рехабилитация
ПМП	Първична медицинска помощ
СМДП	Специализирана медицинска и дентална помощ
БМП	Болнична медицинска помощ
СИМП	Специализирана извънболнична медицинска помощ
СИДП	Специализирана извънболнична дентална помощ
ПИМП	Първична извънболнична медицинска помощ
ПИДП	Първична извънболнична дентална помощ
ИП	Индивидуална практика
ГП	Групова практика
МЦ	Медицински център
ДЦ	Дентален център
МДЦ	Медико-дентален център
ДКЦ	Диагностично-консултативен център
ЦПЗ	Център за психиатрично здраве
КОЦ	Комплексен онкологичен център
ЦКВЗ	Център по кожно-венерически заболявания

МЦПФЗ	Медицински център за пневмофтизиатрични заболявания
СМДЛ	Самостоятелна медико-диагностична лаборатория
СМТЛ	Самостоятелна медико-техническа лаборатория
ЦСМП	Център за спешна медицинска помощ

Любомир Лазаров, Деян Колев
ОБЩНОСТЕН МОНИТОРИНГ НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ
в общините Велико Търново и Павликени
януари 2012 г.

Българска, първо издание

Предпечатна подготовка и оформление
АСТАРТА, e-mail: astarta_publ@mail.bg

Формат 60/84/16
Печатни коли 5,5

Печат – АСТАРТА, Пловдив