

**Програма за скрининг и  
ранна диагностика на туберкулоза,  
социалнозначими, онкологични и  
наследствени заболявания  
за лица в неравностойно положение,  
принадлежащи към етнически малцинства**

## Съдържание

	стр
Използвани съкращения.....	3
1. Увод.....	4
2. Обща методология.....	5
3. Здравен статус на ромите.....	8
4. Европейски дейности и права на пациента.....	12
5. Десетилетие на ромите.....	14
6. Национални програми, дейности и документи.....	15
7. Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи на етническите малцинства – равносметката на МЗ за изпълнените дейности през първите три години /2005-2007/.....	25
8. Програма и развитие на здравното медиаторство в България.....	30
9. Достъп до специализирана медицинска помощ .....	32
10. Актуално състояние по отношение на туберкулоза, социалнозначими, онкологични и наследствени заболявания в шестте целеви области по проект „Подобряване на състоянието и интеграция на малцинствени групи в неравностойно положение със специален фокус върху ромите” – Монтана, Видин, Разград, Добрич, Сливен, Ямбол.....	35
11. Стратегически цели на програмата за скрининг и ранна диагностика на туберкулоза, социалнозначими, онкологични и наследствени заболявания за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства.....	44
12. План за действие за скрининг и ранна диагностика на туберкулоза, социално-значими заболявания, онкологични и наследствени заболявания сред лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства за периода 2008 – 2010г.....	45

13. Приложения.....61

## Използвани съкращения

АЕОП	Агенция на Европейския съюз за основните права
АПОЗ	Асоциация на пациентите с онкологични заболявания
БЛС	Български лекарски съюз
ГФ	Глобален фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария
ДКЦ	Диагностичноконсултативен център
ЕС	Европейски съюз
ЗД	Захарен диабет
КПИ	Кърлежовопреносими трансмисивни инфекции
ЛХС	Лабораторията за хипотиреоиден скрининг
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МЗ	Министерство на здравеопазването
НГЛ	Национална генетична лаборатория
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НКК	Национален координиращ комитет
НОЦ	Национален център по онкология
НПО	Неправителствена организация
НЦЗПБ	Национален център по заразни и паразитни болести
НЦООЗ	Национален център по опазване на общественото здраве
НЦН	Национален център по наркомании
НЦХТ	Национален център по хематология и трансфузиология
ОДПФЗС	Областни диспансери по пневмофтизиатрични заболявания със стационар
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
РИОКОЗ	Регионална инспекция по опазване и контрол на общественото здраве
РЦЗ	Регионален център по здравеопазване
СБАЛАГ	Специализирана болница за активно лечение по акушерство и гинекология
СБАЛББ	Специализирана болница за активно лечение на белодробните болести
СБАЛДБ	Специализирана болница за активно лечение на детските болести
СБАЛССЗ	Специализирана болница за активно лечение на сърдечносъдови заболявания
ССЗ	Сърдечносъдови заболявания
СЗО	Световна здравна организация
УМБАЛ	Университетска многопрофилна болница за активно лечение
УСБАЛНП	Университетска специализирана болница за активно лечение на нервни и психични болести

## **Програма за скрининг и ранна диагностика на туберкулоза, социалнозначими, онкологични и наследствени заболявания за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства**

### **1. Увод**

Равният достъп до медицинска помощ е основополагащ елемент в политиката на СЗО и на всяка държава-членка на ЕС. Повишената чувствителност към социалните детерминанти на здравето определя специалното внимание, което се отделя на лицата от уязвими групи, принадлежащи на етническите малцинства.

Отличителни белези на здравния статус на лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства, са по-високата заболяемост и смъртност, както и по-ниската продължителност на живота. Основно това засяга ромската етническа общност. Основните причини за влошения здравен статус на лицата, принадлежащи към етническите малцинствени общности, са *бедността и нездравословният начин на живот*. Бедността сред лицата от ромската и турската етническа общност е съответно 11 и 3 пъти по-изразена, отколкото сред българите.

Достъпът до медицинска помощ за лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства, е ограничен значително и от обстоятелството, че общопрактикуващите лекари не познават и не се съобразяват в необходимата степен с етно-културните особености на тези общности.

Нездравословният начин на живот на лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства, е свързан с високата честота на основни рискови за здравето фактори, като непълноценно хранене, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, употреба на наркотични вещества и др.

Освен това преобладаващата част от лицата, принадлежащи към етническите малцинства, живеят на територии с неизградена инфраструктура, при липса на водоснабдяване и канализация. Това обуславя и високата честота на някои инфекциозни заболявания в тези общности, вкл. и тяхното епидемично разпространение. Заедно с това обхватът с плановете имунизации на децата от тези общности, е по-нисък от този на останалото население.

Една от основните задачи в тази област е прилагането на *защитни мрежи* със съответното им адекватно финансиране по отношение на лицата, принадлежащи към етнически малцинства, както и утвърждаване длъжността на здравния медиатор като координираща фигура между здравните институции и малцинствените групи и общности.

Заедно с това, за да бъде осигурен равен достъп до здравни услуги на тези лица, трябва да бъдат успешно изпълнени следните по-важни задачи:

- Доближаване на практиките за първична и специализирана помощ до кварталите и населените места, с концентрация на общности в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства.
- Включване в учебните програми на медицинските университети и колежите на специализирани модули за изграждане на специфични умения за работа с

лицата в неравностойно положение, принадлежащи на етническите малцинства

- Придобиване на необходимите знания и умения, както и изграждане на мотивация сред общопрактикуващите лекари и медицинските сестри за работа с пациенти, принадлежащи на етническите малцинства, както и запознаване с техните етнокултурни особености.
- Повишаване информираността на лицата в неравностойно положение, принадлежащи на етническите малцинства, относно техните права и задължения като пациенти, видовете медицински услуги, които са им гарантирани безплатно. Повишаване на мотивацията на лицата в неравностойно положение, принадлежащи на етническите малцинства, за потребяване на здравни услуги с фокус върху здравната превенция.

## 2. Обща методология

Методологията на Консултанта се базира на събиране на документи и доклади от предишни проекти, проучване на съществуващи програми, стратегии и документи, провеждане на теренни проучвания в избраните целеви области и анализ на информацията от тях.

Събрана е значителна здравно-демографска информация, както за страната като цяло, така и за отделните области: детска смъртност, болестност от активна туберкулоза, заболяемост от активна туберкулоза, болестност от злокачествени заболявания, заболяемост от злокачествени заболявания, смъртност от злокачествени заболявания, смъртност от болести на органите на кръвообръщението, смъртност от исхемична болест на сърцето, смъртност от мозъчно-съдова болест, смъртност от остър инфаркт на миокарда, смъртност от хипертонична болест. Тези данни са предоставени от Научното дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт.

Проучени и анализирани са всички проведени до сега изследвания на здравното състояние на ромите в България: издание на Фондация “Отворено общество” “Здравните проблеми на ромите – същност, следствия и пътища за тяхното преодоляване”. Търнев и сър., 2001; Изследване за здравното състояние на ромите в 15 големи града на Факт Маркетинг, 2003 г.; Изследване на Фондация “”Кеър” и Фондация “Здравни проблеми на малцинствата”: “Социален и здравен профил на ромите в 16 населени места в България” Търнев И. и М. Грекова. Издание “Изток-Запад, 2007; изданието “Казуси от практиката на здравния медиатор” на Фондация “Екип” и Фондация “Здравни проблеми на малцинствата” , 2008 г.; “Ромите в България”- информационен справочник на Институт “Отворено общество”, 2008 г.

Анализирани са международните проучвания на Програма “Обществено здравеопазване на Институт “Отворено общество” – Ню Йорк: “Mediating Romani Health. Policy and Program Opportunities”, 2005 и “Confronting a Hidden Disease. TB in Roma Communities”, 2007. Последното проучване е с акцент оптимизиране на профилактичните програми за борба срещу туберкулозата сред ромите.

В областта на наследствените заболявания са използвани и анализирани данните от дисертационния труд на Търнев, 2001 г.; заключенията и препоръките от 91 и 125 работни срещи на Европейския невромускулен център, Наарден, Холандия, проведени през 2001 и 2004 г. На тези работни срещи са обсъдени възможностите за диагностика и профилактика на някои тежки наследствени заболявания, чести при ромите. Използван е опитът на екипа на Фондация “Здравни проблеми на малцинствата”, който съвместно с Националната генетична лаборатория и редица международни експерти е иницирал и реализирал пилотна генетична скринингова програма сред някои високо-рискови ромски общности, одобрена от МЗ през 1999 г.

В областта на социалнозначимите заболявания е използвана монографията „Първична и вторична профилактика на социалнозначимите заболявания” под ред. На акад. Илия Томов и д-р Б. Георгиев. Изд. „Хавитис”, 2006 г.

Проведени са теренни проучвания и в шестте целеви области: Ямболска, Сливенска, Добричка, Разградска, Видинска и Монтанска, по време на които са осъществени срещи с представители на РЦЗ, РИОКОЗ, пневмофтизиатрични диспансери или кабинети към МБАЛ, здравни медиатори. По време на тези срещи са обсъдени следните въпроси: каква е заболяемостта и болестността от туберкулоза и социалнозначими заболявания, в кои населени места в тези области са по-разпространени тези заболявания, има ли специфика в протичането на тези заболявания при ромите и други уязвими малцинства, имат ли опит специалистите за провеждане на профилактични дейности съвместно със здравните медиатори, могат ли да дадат препоръки за оптимизиране на профилактичните програми сред етнически малцинства в неравностойно положение.

Проучени и анализирани са дейностите, свързани с подобряване здравето на лицата принадлежащи към етническите малцинства в неравностойно положение, в рамките на на предходни ФАР проекти:

- Проект по Програмата ФАР 2001 – “Проучване здравния профил на малцинства”
- Проект по Програмата ФАР 2001 – “Осигуряване достъп на малцинствата до здравеопазване”
- Проект по Програма ФАР 2003 - "Образователна и медицинска интеграция на уязвими етнически малцинства със специален фокус върху ромите".
- Проект по Програма ФАР 2004 - “Здравна промоция. Оптимизиране на профилактичните програми по майчино и детско здравеопазване”
- Проект по Програма ФАР 2004 – “Преструктуриране на пилотни многопрофилни болници и развитие на спешната медицинска помощ с цел подобряване на достъпа до здравеопазване на уязвими групи със специален фокус върху ромите.

*Осъществено е проучване на редица съществуващи стратегии и документи:*

- Национална здравна стратегия “По-добро здраве за по-добро бъдеще на България, 2001 г.

- Националният план за действие по Декадата за ромското включване, 2005-2015 на Република България, приоритет 2 “Здравеопазване”.
- Националните планове за действие по Декадата за ромското включване на Унгария, Румъния, Словакия, Македония, Хърватска, Сърбия и Черна гора.
- Рамкова програма за пълноправно интегриране на ромите в българското общество
- Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства
- План за действие на МЗ, 2005-2007 г. за изпълнение на Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства
- Проект за план за действие на МЗ, 2008-2010 г. за изпълнение на Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства
- Доклад за извършените дейности на МЗ във връзка със Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства през 2005-2007 г.
- Годишен доклад на Министъра на здравеопазването “Здравето – първостепенна инвестиция в бъдещето на нацията, 2008
- Петата Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България за периода 2007-2011 г.
- Европейска харта за сърдечно здраве
- Ръководство за превенция, лечение и рехабилитация на исхемичния инсулт на Европейската организация за мозъчен инсулт, 2008 г.
- Програма CINDI (Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention Program) на СЗО - международна интервенционна програма за интегрирана профилактика на най-честите хронични неинфекциозни болести.
- Националната програма за профилактиката на наследствените болести, предразположения и вродени аномалии, 2000-2005 г.
- Националната програма за редки болести, 2009-2013 г.
- Национална програма за профилактика на СПИН и половопредавани инфекции
- Програма “Подобряване на контрола на туберкулозата в България”, финансирана от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария
- Споразумението между Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария и Министерство на здравеопазването на Република България
- Национален план за действие по околната среда – здраве. Програма за ограничаване на здравния риск за населението от вредни фактори на средата, 2008-2013



- Програма за скрининг за рака на гърдата
- Доклад на работна група по разработване на предложение за Национална програма за профилактика на рака на маточната шийка
- Национална програма за контрол на колоректалния карцином, 2007-2011
- Национална програма за ограничаване на остеопорозата в Република България, 2006-2010
- Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България, 2007-2010
- Медицински стандарти по нервни болести на МЗ
- Медицински стандарти по ендоркинология и болести на обмяната на МЗ
- Данни от Национален генетичен регистър
- Данни от Национален онкологичен регистър

Анализирани са проведените дейности и събраната здравна информация по време на изпълнението на проекта “Подобряване на достъпа до здравни грижи та ромски жени и деца в селски райони”, 2005-2008 г. Проектът е финансиран по Програмата “МАТРА” и се осъществява от консорциум от три неправителствени организации: CARE – Холандия, Фондация “Екип” и Фондация “Здравни проблеми на малцинствата”.

Анализирани са проведените дейности и събраната здравна информация по време на изпълнението на проектите на Българска асоциация по семейно планиране и сексуално здраве, насочени към ромското население, сред които: „Репродуктивно здраве. Здравно и сексуално образование на ромското население в България” финансиран от Програма Фар-Лиен на ЕС, 1998 – 2000, „Техническа помощ, мониторинг и консултиране на международен проект насочен към подобряване достъпа до здравни грижи и информация на ромското население в Молдова, Словакия и Унгария”, финансирано от фонд „Перспектива 2000”, 2002 - 2007 „Предоставяне на информация и мобилни здравни услуги в областта на сексуалното и репродуктивно здраве за жени от селски райони със затруднен достъп до здравни грижи” финансиран от Фонда за иновации на МФСП, 2007 - 2009

Проучен и анализиран е опитът на някои ромски неправителствени организации :за подобряване достъпа на лицата от ромски произход до здравни услуги: Сдружение „Националната мрежа на здравните медиатори”, Фондация “Рома-Лом”, Фондация “Здравето на ромите” – гр. Сливен; Сдружение “Свят без граници” – гр. Стара Загора, Фондация “Нево Дром” и Фондация “Неви Черхен” – гр. Кюстендил, Фондация “Неве дрома” – гр. Шумен, Сдружение “Надежда” – гр. Видин, Фондация “Рома – Завет 2003” – гр. Завет, Обществен ромски съвет – гр. Бургас, Фондация “Напредък” –гр. Пазарджик, Сдружение “Доверие – РК” – гр. Асеновград и др.

### **3. Здравен статус на ромите**

Демографските процеси сред големите етнически общности в България имат своите специфики. Налице са значителни етно-демографските разлики, които влияят съществено върху самооценката за здравето на българските граждани, особено тези от ромски произход. По-къса е средната продължителност на живота, по-висока е общата и детската смъртност. Делът на най-възрастните - хората над 60 години в ромската общност е около 4 пъти по-нисък, отколкото при българите. В настоящия период на провеждане на здравна реформа се наблюдават изключително негативни тенденции, свързани със здравословното състояние на лицата от ромски произход: висока заболяемост, висока смъртност, ниска продължителност на живот. Средната продължителност на живот на ромите е с повече от 10 години по-ниска в сравнение със средната за страната. Най-високият пик на смъртността при тях е между 40-49 г., като основни причини са сърдечно-съдовите и мозъчно-съдовите заболявания. По данни на Факт Маркетинг (2003) 68 % от ромските домакинства са с хронично болен; 58 % нямат достъп до стоматологична помощ; 55 % посочват, че затрудненият достъп до лекари поради отдалеченост, представлява опасност за тяхното здраве, като жителите на селата много по-често определят отдалечеността на лекарската помощ като рисков фактор; 46 % от лицата от ромски произход не са здравно осигурени. Тези тенденции са с давност от над 15 години, но се задълбочават през последните години.

Основните причини за влошаване на здравето на българските граждани, вкл. принадлежащи към етническите малцинства, 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.

В резултат от специфичното разделение на пазара на труда, лицата от ромски произход сравнително по-често страдат от заболявания на дихателната система (силикоза, туберкулоза, белодробен емфизем, пневмонии, бронхити, бронхиална астма) и на опорно-двигателния апарат. Представителите на етническите малцинства в неравностойно положение се сблъскват с повече трудности при профилактиката и ранното диагностициране на раковите, сърдечно-съдовите и белодробните заболявания.

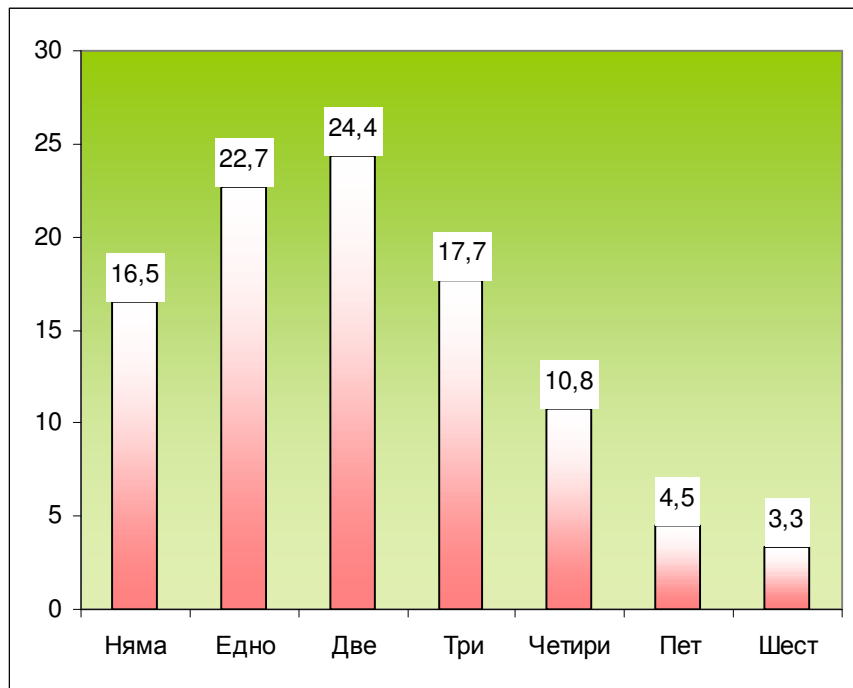
Върху здравното състояние на лицата от ромски и турски произход косвено влияние оказва и по-ниското им образователно равнище. Те по-трудно могат да дадат обективна оценка на здравното си състояние и да обяснят от какво страдат. Около 40% от ромските деца изобщо не са посещавали училище или не са завършили начално образование; други 50% са само със завършено основно образование. Съответващите данни за българите са 0.5% и 5% и за турците – 3.5 % и 11 % (UNDP, Ромите в България. Internet: [www.roma.undp.sk](http://www.roma.undp.sk), стр. 24).

Всички проведени до сега изследвания на здравното състояние на ромите в България показват, че най-често декларираните заболявания при тях, както и при останалата част от населението на страната, са сърдечно-съдовите и мозъчно-съдовите заболявания (Томова, 1995; Томова 1999; Tomova, Vandova, Tomova, 2000; Търнев, 2001; Факт Маркетинг, 2003; Търнев и Грекова, 2007).

Наблюдението върху обективния здравен статус на ромите в 15 големи града на Факт Маркетинг, проведено през 2003 г.; (което ползва като източник на информация не самооценки, а лични медицински документи и оценки на медицински лица) регистрира

човек със заболяване в около 80% от посетените ромски домакинства. В една трета от домакинствата броят на лицата със здравни проблеми е 3 или повече, а в 7-8% от домакинствата със здравни проблеми са 5 или повече лица.

### БРОЙ НА ЛИЦАТА СЪС ЗДРАВНИ ПРОБЛЕМИ В ПОСЕТЕНИТЕ ДОМАКИНСТВА



Общо при около 40% от лицата, чийто здравен статус е регистриран по време на наблюдението, са констатирани **някакви заболявания или здравни проблеми**.

### ДЯЛ НА НАЙ-ЧЕСТИТЕ ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ, РЕГИСТРИРАНИ ОТ МЕДИЦИНСКИТЕ ЕКИПИ

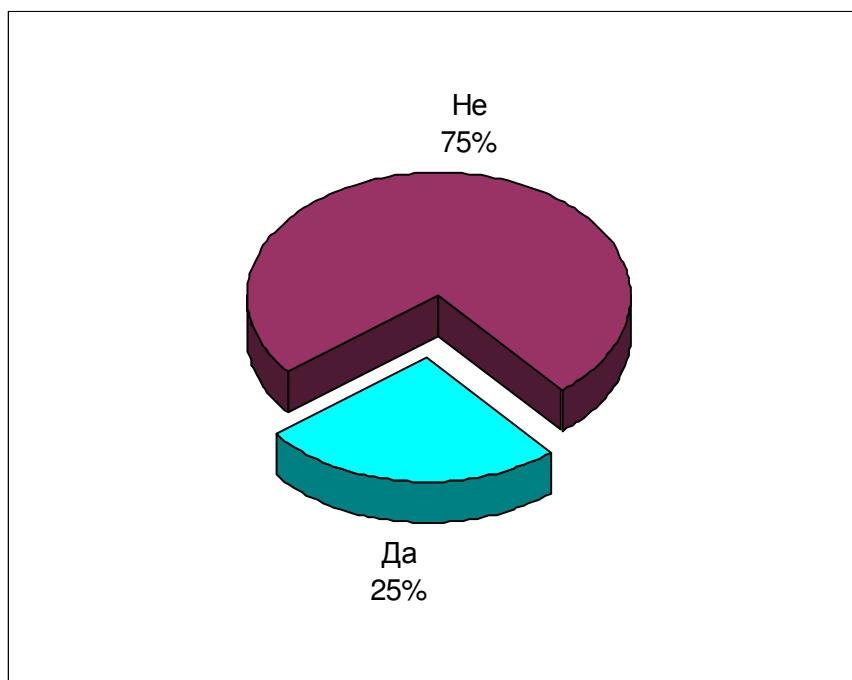
(като % от всички 8210 лица, живеещи в посетените домакинства, вкл. и децата)

Артериална хипертония	7,6
Пневмонии	4,8
Дископатии, дискови хернии	3,8
Пиелонефрит	3,3
Исхемична болест на сърцето	2,8
Бъбречно-каменна болест	2,7
Вирусен хепатит	2,4
Хроничен бронхит	2,4
Бронхиална астма	2,3
Язва на дванадесетопръстника	1,9

Ромите в по-малка степен, отколкото останалите етнически групи в страната, периодично следят състоянието на здравето си. При тях посещенията при лекар са по-редки дори когато са налице сериозни здравни проблеми. Това е типично за всички по-бедни социални групи навсякъде по света. През последните десетина години тази тенденция рязко се засили поради финансовите трудности на ромските семейства. Поради несистемно лечение или липса на контрол и лечение на основните рискови фактори, при тях възникват по-рано усложнения като миокардни инфаркти и мозъчни инсулти.

В една четвърт от посетените домакинства е регистриран човек с някаква степен на инвалидизация (по правило става дума за инвалидизация от 50% или повече).

### ***НАЛИЧИЕ НА ЛИЦЕ С ИНВАЛИДНОСТ В ДОМАКИНСТВОТО***



Проучването на обективния здравен статус на Факт Маркетинг (2003) фиксира още един косвен индикатор за най-разпространените заболявания в ромската общност. Като болести, които са станали причина за смъртта на член от наблюдаваните домакинства, биват посочвани миокардния инфаркт (24%), мозъчния инсулт (24%), онкологичните заболявания (22%).

Изследването “Социален и здравен профил на ромите в 16 населени места в България” на Търнев И. и М. Грекова (2007) установява, че 36.1% от починалите през последната година в обследваните домакинства са умрели от мозъчно-съдови и сърдечно-съдови заболявания (18.4% от мозъчни инсулти и 17.7% – от сърдечни заболявания), 24.8% - от различни онкологични заболявания (рак на белия дроб, рак на стомаха, рак на гърдата и др.), 14.8% - от различни инциденти, като 3.6% от тях са самоубийства, 9% - инфекциозни заболявания, като 1.8% се дължат на туберкулоза; 5.3% - на друго заболяване. 60% от починалите са в трудоспособна възраст до 60 г.

Същевременно 60.8 % от 1685 интервюирани домакинствата са имали поне едно заболяло през последната година лице. От тях: 477 са с 1 заболяло лице, 357 – с 2 заболяли лица, 133 – с 3 заболяли лица; 46 – с 4 заболяли лица, 12 – с 5 и повече заболяли лица. Най-висока е заболяемостта от сърдечно-съдовите заболявания. В една трета от всички домакинства има случаи на артериална хипертония: 27.7 % имат 1 болен и 5.0 % - 2 болни с артериална хипертония; 5 % са с миокарден инфаркт, 18.3 % имат 1 болен и 2 % - 2 болни с други сърдечни заболявания.

В различните ромски групи и общности се наблюдават големи различия по отношение на заболяемостта от ЗД тип 2. Досегашните изследвания и наблюдения показват, че той е изключително често заболяване в някои ендемични ромски групи, като бургуджиите и копанарите. Напр. по данни на ОПЛ в с. Камен, Великотърновска област, където живее голява бургуджийска общност, около 30 % от ромите са със ЗД тип 2. По данни на Търнев и Грекова (2007) в 10.7 % от обследваните ромски домакинства в 16 населени места в 4 области има болни от ЗД тип 2. Най-висока заболяемост от ЗД2 е установена в гр. Ветово (в 31.4% от домакинствата), където живеят две различни ромски групи – бургуджии и милет.

Ромската общност е сред най-уязвимите за туберкулоза поради социалната изолация, неизградената или лошата инфраструктура в селищата и махалите, липсата на здравно осигуряване, затруднения достъп до здравни услуги, голямата бедност и непълноценното хранене, които създават предпоставки за разпространение на заболяването. Високата мобилност на някои от ромските групи също затруднява достъпа им до медицински грижи. Близо половината от лицата от ромски произход живеят в изостанали селски райони с липса на водоснабдяване и канализация в домовете, много високо равнище на структурна безработица и бедност (достигаща до 80%), много по-нисък от средните стойности за страната достъп до социални и комунални услуги, включително медицински. Изследването на Факт Маркетинг (2003) установява, че 1 % от ромите в изследваните градове са заболяли от туберкулоза.

По данни на д-р М. Димитрова от Специализираната болница за активно лечение на белодробни болести в гр. Сливен, 60% от заболялите от туберкулоза са роми. Лош прогностичен белег е голямото число бацилоотделители (18.72%), което говори за скрита заболяемост. Висок е процентът на късно откритите форми - 50.39%, от тях в разпад - 52.71%. Независимо от това, че на туберкулозно болните им е осигурено безплатно лечение по Националната програма за борба с туберкулозата, липсва друг много важен елемент от комплексното лечение - адекватен хранителен режим.

Поради затруднения достъп до специализирана медицинска помощ и ограничените възможности за лечение, онкологичните заболявания сред малцинствата в неравностойно положение, се откриват по-късно и в напреднал стадий, и много по-често водят до смърт, отколкото сред останалото население.

Провежданите в миналото политики на преследване, изключване, стигматизация и асимилация по отношение на ромите, практикувани в почти всички европейски страни през вековете, както и запазването от тях на някои древни социални традиции са довели до синергия, ендемичия и изолация. Като резултат на традиционно ниския социален статус и ограничения достъп на ромите до здравни грижи, тяхното уникално генетично наследство дълго време е било извън фокуса на вниманието на европейската медицина. През последните 15 години са идентифицирани няколко редки наследствени заболявания, които са по-чести при ромите. През 2001 г. и 2004 г. са проведени две международни работни срещи, организирани от Европейския невромускулен център в Наарден, Холандия. На тези

срещи е обсъдена диагностиката и профилактиката на тези заболявания, както бъдещо сътрудничество за подобряване здравните грижи за болните. Генетичната скринингова програма в България е проведена сред различни ромски групи: калдераши, копанари, решетари, калайджии, музиканти, кошничари, ковачи, милет и др. Навсякъде е осъществявана в партньорство с ромски неправителствени организации: Фондация “Рома-Лом”, Фондация “Здравето на ромите” – гр. Сливен; Фондация “Нево Дром” и Фондация “Неви Черхен” – гр. Кюстендил, Фондация “Неве дрома” – гр. Шумен, Сдружение “Надежда” – гр. Видин, Фондация “Интегро” – Сеново, Фондация “Рома -2003” – гр. Завет, Фондация “Интегро” – Огняново, Обществен ромски съвет – гр. Бургас, Фондация “Напредък” – гр. Пазарджик, Сдружение “Доверие – РК” – гр. Асеновград и др.

Резултатите от проведения селективен генетичен скрининг установяват висок процент на носителство сред някои от изследваните ромски общности и групи. Например в гр. Лом е установено 16 % носителство на Наследствената моторна и сетивна невропатия тип Лом сред решетарите; в гр. Сеново 17 % носителство за мускулната дистрофия, гамасаркигликанопатия сред милета; 7 % е носителството на ККЛДН синдром сред копанарите. Установените високи честоти на носителство определят висок генетичен риск в някои общности и показват практическата стойност на програмата.

#### **4. Европейски дейности и права на пациента**

##### *Европейски дейности по отношение на подобряване на състоянието и достъпа на ромското население до здравеопазване*

През 1997 г. ЕС създаде Европейски център за мониторинг на расизма и ксенофобията, който от 1 март 2007 г. се реструктурира в Агенция на Европейския съюз за основните права (АЕОП)<sup>1</sup>. Нейната основна задача е да предоставя на Общността и на държавите членки обективна, надеждна и сравнима информация и данни относно расизма, ксенофобията, ислямфобията и антисемитизма на европейско равнище, за да помогне на ЕС и държавите-членки да създадат мерки или да формулират насоки за действие срещу расизма и ксенофобията.

Въз основа на събраните данни АЕОП изследва мащабите и развитието на феномена и проявите на расизъм и ксенофобия, както и анализира причините, последствията и ефектите от тях. Също така задача на АЕОП е да изработи стратегии за борба с расизма и ксенофобията и да насочи вниманието върху примери за добри практики по отношение на интеграцията на емигранти и етнически и религиозни малцинствени групи в държавите-членки на ЕС.

Общностното право на Европейския съюз в областта на здравеопазването е ограничено. Член 152 от Амстердамския договор, който е приложимия договор по въпросите, засягащи този документ, описва отговорностите и задачите на Европейския съюз по отношение на общественото здравеопазване. За нашата оценка най-важна е алинея 5 на член 152. Тя посочва, че държавите-членки остават напълно отговорни за своите здравни и медицински услуги.

---

<sup>1</sup> <http://www.eumc.europa.eu/eumc/index.php>

### Съвет на Европа

През 1995 г., Комитета на министрите създаде *Специална група по въпросите на ромите, циганите и чергарите (MG S ROM)*, която бе натоварена със задачата да консултира държавите по въпросите, свързани с ромите, циганите и чергарите и да насърчава международните организации при нужда да предприемат действия. Държавите-членки на Съвета на Европа са представени в този орган.

Дали ромските жени страдат от дискриминация и изключване, що се отнася до достъпа до здравеопазване? Какви политически стъпки трябва да се предприемат, за да се гарантира, че те напълно се ползват от своите социални права? Тези въпроси бяха в основата на конференцията, организирана на 11 и 12 септември 2003 г. в Двореца на Европа в Страсбург. Тя доведе до приемане на: „Препоръка за по-добър достъп до здравеопазването на ромите и чергарите в Европа, проектоверсия от 23 ноември 2005 г.”

Европейският парламент ратифицира Европейска харта за правата на пациентите. Член 35 от нея предоставя правото на здравна защита като „право на достъп до превантивна здравна помощ и правото на ползване на медицинско обслужване според националните правни разпоредби и навици". Член 35 посочва също, че Съюзът трябва да гарантира "високо равнище на здравна защита", като в случая здраве се интерпретира и в индивидуален, и в общностен план. Тази формула е водещият стандарт за националните правителства, като ги стимулира да не се спират на ниво "минимално гарантирани стандарти", а да се целят в най-високото ниво, без оглед на трудностите и използвайки пълноценно капацитета на различните системи за предоставяне на услуги. В Хартата са дефинирани следните права:

- I. *Право на профилактика.* Всеки индивид има правото на достъп до качествени здравни услуги, за да се предпази от болест;
- II. *Право на достъп.* Всеки индивид има правото на достъп до здравни услуги, обусловени от състоянието му. Здравните услуги трябва да бъдат гарантирани при равен достъп за всички, без дискриминация на базата на финансови ресурси, местоживееене, вид болест или време за достъп до услугите.
- III. *Право на информация.* Всеки индивид има правото на достъп до всякакъв вид информация по отношение на здравословното му състояние, здравните услуги и използването им, както и до всички научни изследвания и технологични иновации, които са достъпни.
- IV. *Право на съгласие.* Всеки индивид има правото да участва във вземането на решения свързани с диагностично-лечебния процес, както и да бъде информиран за възможните рискове. Тази информация е предварително условие за всяка процедура и лечение, включително и за участието в научни изследвания.
- V. *Право на свободен избор.* Всеки индивид има право свободно да избира измежду различни процедури и институции за лечение въз основа на адекватна информация.
- VI. *Право на лична свобода и поверителност.* Всеки индивид има правото на поверителност на личната информация, включително и информацията относно здравословното му състояние и потенциалните диагностични или терапевтични

процедури. Неотменна е и защитата на правото му на поверителност по време на извършването на диагностични прегледи, визити на специалисти и медицински или хирургически намеси като цяло.

- VII. *Право на уважение на времето на пациентите.* Всеки индивид има правото да получи необходимото лечение в рамките на кратък и предварително определен период от време. Това право се прилага за всяка фаза от лечението.
- VIII. *Право на съблюдаване на стандартите за качество.* Всеки индивид има правото на достъп до висококачествени здравни услуги на базата на определянето и съблюдаването на точни стандарти.
- IX. *Право на безопасност.* Всеки индивид има правото да не бъде нараняван вследствие на не добро функциониране на здравните услуги, медицинска небрежност или грешки, както и правото на достъп до здравни услуги и лечение, които отговарят на високи стандарти за безопасност.
- X. *Право на иновация.* Всеки индивид има правото на достъп до иновативни процедури, включително диагностични процедури, съгласно международните стандарти и независимо от икономически или финансови съображения.
- XI. *Право на избягване на ненужно страдание и болка.* Всеки индивид има правото да избягва доколкото е възможно болка и страдание по време на всяка фаза от лечението си.
- XII. *Право на индивидуално отношение.* Всеки индивид има правото на диагностични или терапевтични програми, които да са пригодени доколкото е възможно към неговите лични нужди.
- XIII. *Право на оплакване.* Всеки индивид има правото да се оплаче, когато е пострадал и правото да получи отговор или друга информация.
- XIV. *Право на компенсация.* Всеки индивид има правото да получи достатъчна компенсация в разумни срокове, ако е претърпял физическа или морална и психологическа щета, причинена от здравно лечение.

## 5. Десетилетие на ромите

Инициативата „Десетилетие на ромското включване” бе приета от осем държави в Централна и Югоизточна Европа (България, Хърватска, Чехия, Унгария, Македония, Румъния, Сърбия, Черна гора и Словакия) и е подкрепена от международната общност. Тя представлява първото съвместно усилие да се промени начинът на живот на ромите в Европа. Десетилетието е рамка за действие за правителствата в периода между 2005 и 2015 г. Целта на инициативата е да се подобрят икономическия и социалния статут на ромите в региона и да се наблюдава прогресът на тяхното социално приобщаване.

Идеята за десетилетието бе издигната на една конференция на високо равнище „Ромите в разширяваща се Европа: Предизвикателства пред бъдещето<sup>2</sup>,” чиито домакин бе Унгария през юни 2003 г.<sup>3</sup> Конференцията беше организирана от Фондация „Отворено

<sup>2</sup> [http://www.soros.org/initiatives/roma/focus\\_areas/decade](http://www.soros.org/initiatives/roma/focus_areas/decade)

<sup>3</sup> Декларацията е подписана през 2005 г.



Общество”, Световната банка и Европейската комисия с подкрепата на Програмата за развитие на Организацията на обединените нации (UNDP), Банката за развитие на Съвета на Европа и правителствата на Финландия и Швеция. На това събитие министър-председателите и висшите правителствени служители от осемте държави поеха политически ангажимент да преодолеят неравенството в благосъстоянието и условията на живот между ромите и неромите и да прекратят порочния кръг на бедност и изолация. Тяхната подкрепа беше сигнал за драматична промяна в политиките по отношение на ромите и в политическата воля, която е необходима за подобни реформи.

## **6. Национални програми, дейности и документи.**

Националните здравни програми са приети от Министерския съвет по предложение на Министъра на здравеопазването и се финансират от републиканския бюджет като диференцирани разходи от бюджета на Министерството на здравеопазването, като могат да бъдат подпомагани и чрез други финансови източници.

**Програми, насочени към осигуряване на условия за промоция на здравето и профилактика на заболяванията:**

- ***Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България 2007 – 2010г.*** - продължение на приключилата през 2005 г. програма с аналогично название.

Извършена е оценка на ефективността на съществуващите кабинети за отказване от тютюнопушенето; изготвени са анализи на разпространение на тютюнопушенето, динамиката на смъртността от заболявания, свързани с него и за ефективността на извършваните здравно-образователни дейности. Разработен е стандарт и методология за здравно образование по проблемите на тютюнопушенето за младите хора в и извън училище, учебни материали за учители от младежките центрове. Провеждани са кампаниите “Спри и спечели” и за детска рисунка “Не на цигарите”, тематични дни, свързани с 31 май – Световния ден без тютюнопушене. Издадени са информационни материали на национално и областно ниво, разпространявани сред учениците и възрастното население. Със средства на програмата са финансирани малки проекти на училища, неправителствени организации, РИОКОЗ за превенция на тютюнопушенето. Във всяка РИОКОЗ са създадени кабинети за отказване от тютюнопушенето, като работещите в тях бяха предварително обучени. Проведах се обучения и за общопрактикуващи лекари и специалисти по методите за консултиране за отказване. България ратифицира Рамковата конвенция за контрол на тютюна (07.11.2005 г.) и участва в работата на Първата конференция на страните членки през месец февруари 2006 г. в Женева.

В сила е Наредба за условията и реда, при които се допуска по изключение тютюнопушене в обособени зони на закритите обществени места и на закритите работни помещения. Национално изследване показва, че 71.5% от анкетираните одобрява предприетите от правителството мерки за ограничаване на тютюнопушенето на обществени места.

- ***Национален план за действие по околна среда – здраве (НПДОСЗ) 2002-2010г.***

През периода 2002-2006 г. са реализирани дейности в следните приоритетни области: хармонизиране на националното законодателство с правото на ЕС и осигуряване на условия за неговото ефективно прилагане; усъвършенстване на мониторинга на

факторите на околната среда; разработване на мерки и реализация на дейности за подобряване на екологичните, социалните и физическите условия на живот в населените места, с оглед повишаване качеството на живот и предотвратяване на заболяванията; проучвания за оценка на здравния риск, свързан със замърсяването на жизнената среда; определяне на рискови групи от населението, подложени на негативни въздействия на факторите на риска за здравето от околната среда; изграждане на система за комуникация и управление на риска; осигуряване на подходяща информация, необходимост на всички заинтересовани институции и организации.

През 2006 г. стартира втората ревизия на Плана за действие, както и разработване на нов раздел “Детско здраве и околна среда”, което е в изпълнение на решенията, приети на Четвъртата пан-европейска конференция на министрите на здравеопазването и на околната среда, проведена в Будапеща, Унгария през м. юни 2004 г., както и в съответствие със Стратегията и плана за действие по околна среда и здраве на ЕС.

- ***Национална програма за ограничаване на остеопорозата в Република България 2006 – 2010 г.***

Със заповед № РД 09-564 от 11.12.2006 г. на министъра на здравеопазването е определен съставът на Националния съвет за ограничаване на остеопорозата-25 члена, представители на научни медицински дружества, министерства, ведомства, пациентски организации. Утвърден е Правилник за дейността на съвета. С обявен конкурс са определени 53 центрове по остеопороза. Проведено е Пето национално изложение на стоки и услуги с насоченост към профилактиката и лечението на остеопорозата. Реализирани са три семинара за общопрактикуващите лекари и един за представители на РИОКОЗ. Разработена е методика за първоначална и периодична оценка на качеството на измерванията на апаратите за диагностика и скрининг на остеопорозата и проект за Методическо указание за контрол на качеството на апаратите за диагностика и скрининг на остеопорозата. Отпечатани са листовки с “Едноминутния тест за оценка на личния риск от остеопороза”, плакат и брошура “Добър апетит”, учебителен материал по здравословно хранене. Заснет е учебителен филм за остеопорозата за журналисти. Разработено е методично ръководство за нуждите на централите по остеопороза, общопрактикуващите лекари, специалистите от РИОКОЗ, детските и учебните заведения за промоция на костното здраве и профилактика на остеопорозата. Оценено е въздействието на рисковите фактори за разпространение на остеопорозата. Разработен е комплекс от критерии за текуща оценка и анализ на работата с подрастващите по профилактика на остеопорозата.

- ***Национална програма за профилактика и контрол на ХИВ/СПИН и полово предавани болести 2001-2007 г.***

МЗ е основната национална институция, отговорна за изпълнението на Националната програма за борба със СПИН и полово-предавани болести (ППБ), 2001-2007 г. За подпомагане на нейната реализация през 2003 г. МЗ подписа споразумение с Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария за безвъзмездна помощ от 15,7 млн. щат. долара за изпълнение на програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН” за периода 2004-2008 г.

Целта на *Програмата* е да се задържи ниското ниво на разпространение на ХИВ в страната чрез укрепване на инфраструктурата и изграждане на капацитет в националния отговор по проблемите на ХИВ/СПИН; намаляване на рисковото поведение сред уязвимите групи; осигуряване на достъп на целевите групи и хората, живеещи с

ХИВ/СПИН, до грижи и качествено лечение. Партньори на МЗ при изпълнението на Програмата са редица национални и международни институции и неправителствени организации, някои от които са НЦООЗ, НЦЗПБ, НЦН, всички РИОКОЗ в страната, повече от 40 неправителствени организации, UNAIDS, UNFPA, UNICEF и др.

Съгласно Споразумението между МЗ и Глобалния фонд компонентите на Програмата се реализират в 19 общини (областни центрове) в страната. В 9 от общините Програмата обхваща всички или преобладаващата част от уязвимите групи. Финансовата 2006 г. е третата година от реализирането на Програма, в която се отчита висок процент на изпълнение на предварително заложените в Споразумението параметри.<sup>4</sup> Конкретните резултати са свързани с развитието на капацитета на структурите на МЗ на национално и регионално равнище и на местни координационни офиси по СПИН в 10 общини (Благоевград, Бургас, Варна, Видин, Пазарджик, Плевен, Пловдив, Русе, София и Стара Загора).

В рамките на осъществяваното трета година в България второ поколение епидемиологичен надзор са събрани анкетни карти за знанията и поведението и кръвни проби от 4 168 представители на пет уязвими групи – интравенозни наркомани, проситиращи, млади мъже от ромски произход, лица, лишени от свобода и мъже, които правят секс с мъже.

В края на 2006 г. мрежата на КАБКИС се разшири до 18 кабинета. От началото на тяхното разкриване (2003 г.) до края на 2006 г. през тях пълния процес на консултиране и изследване са преминали 30 778 лица, като само през 2006 г. техният брой е 15 043.

Програмата работи със 131 училища от 13 общини за поетапно въвеждане на здравно образование и развитие на политики за сексуално здраве и превенция на ХИВ/СПИН; 4 350 нови ученици са включени в групите по здравно образование (СИП) през учебните 2005/6 и 2006/7 г.

Безплатно от МЗ се предоставя съвременна антиретровирусна терапия на всички нуждаещи се хора, живеещи с ХИВ/СПИН, както и лечение на опортюнистични инфекции със средства от Глобалния фонд. С финансиране от него бе създаден четиримесечен резерв от антиретровирусни медикаменти за лечение на хора, живеещи с ХИВ/ СПИН, с цел да не се допусне прекъсване на терапията, както и за осигуряване на постекспозиционна терапия на медицински специалисти.

Разкрит е четвърти за страната сектор за лечение на пациенти с ХИВ/СПИН към УМБАЛ-Плевен. Финансово са подкрепени дейностите на три кабинета за психо-социална подкрепа за хората, живеещи с ХИВ/СПИН, техните близки и партньори – два в София и един във Варна.

В допълнение на дейностите, финансирани от Програмата, *UNAIDS* инициира и реализира поредица от обучения, насочени към развитие на капацитета за по-голямо включване на хората, живеещи с ХИВ в процеса на планиране и реализиране на националната политика. Стартира издаването и разпространението на тримесечен бюлетин за ХИВ/СПИН “Позитивно за ХИВ/СПИН”.

- ***Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата за периода 2007-2011 година и Програма “Подобряване на контрола на туберкулозата в***

---

<sup>4</sup> Годишен доклад за изпълнението на програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН за 2006 г., представен пред Националния координационен комитет.

**България”, финансирана от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария**

Разработен е план за действие в съответствие с ръководните насоки на **Глобалния план за спиране на туберкулозата 2006-2015 г.** Приоритетни цели на програмата са : да се укрепи здравната микроструктура и елементите от здравната система, заангажирани с контрола на туберкулоза у нас; да се осъществи добър епидемиологичен контрол, своевременна диагноза и ефективно лечение на болните; да се ограничи трансмисията на туберкулозата в рискови затворени общности (затвори), сред ромската общност и други уязвими групи от населението.

Превенцията и профилактиката се осъществяват чрез два подхода: **идентифициране на заболелите от туберкулоза и техните контактни лица и съответно лечение на заболелите; ваксиниране на децата за предпазване от болестта.**

Очертани са и няколко рискови групи сред населението, които са най-уязвими за развитие и бързо разпространение на туберкулозата:

**А. Затворени колективи и лица, лишени от свобода.** Пренаселеността, лошите битови условия, стресът, непълноценното хранене, липсата на външни контакти и финансови средства водят до повишен риск от заразяване и разпространение на туберкулозата.

**Б. Ромска общност.** Ромската общност е сред уязвимите групи поради социалната изолация, лошите жилищни условия, липсата на здравно осигуряване затруднения достъп до здравни услуги, голямата бедност и непълноценното хранене, които създават предпоставки за разпространение на туберкулозата.

**В. Уязвими групи:** лица с алкохолна и наркотична зависимост, бежанци и търсеци убежище, деца на улицата, лица, живеещи с ХИВ/СПИН

Програмата „Подобряване на контрола на туберкулозата в България”, финансирана от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария, е първата програма с донорски средства, с която ще се реализират дейности в цялата страна. Националният координационен комитет (НКК) за борба със СПИН и туберкулоза – България одобри на работно заседание на 27.06.2008 лечебните заведения в 28-те общини-областни центрове, които ще излъчат кандидати за 28 мениджъри по туберкулоза и 56 медицински сестри за проследяване в продължителната фаза на лечение на пациентите с туберкулоза. Избраните лечебни заведения са оторизирани да извършват лечение, превенция и контрол на туберкулозата. В рамките на програмата ще им бъдат предоставени автомобили за нуждите на пациентите, а лабораториите ще бъдат снабдени с допълнителна апаратура, там където е необходимо. Предстои обучение на персонала, а 28-те региона ще бъдат свързани с информационна система.

Откриването на нови пациенти с туберкулоза, насочването им към подходящите медицински структури, проследяване и документиране на лечението, провеждане на обучения на пациентите и контактните им лица за естеството на заболяването и необходимостта от непрекъснато и продължително лечение са сред основните задължения на 56-те медицински сестри.

Членовете на НКК одобриха и 17 общини-областни центрове, в които да стартират дейностите сред уязвими групи по Програма „Подобряване на контрола на туберкулозата в България“ за периода 2008-2010 г.

За подобряване на откриването на случаи на туберкулоза и успеха от лечението **сред ромска общност ще се работи в 13 общини** – София, Пловдив, Монтана, Видин, Сливен, Враца, Бургас, Кюстендил, Хасково, Стара Загора, Добрич, Варна и Пазарджик.

Дейностите по ограничаване на разпространението на заболяването сред лицата, употребяващи наркотици, ще се реализират в 10 общини – София, Пловдив, Варна, Бургас, Плевен, Перник, Кюстендил, Пазарджик, Благоевград и Русе.

В София град ще се работи по отношение на бежанците и лицата, търсещи закрила, а за ограничаване разпространението на туберкулоза сред децата на улицата ще стартират дейности в София град и в Пловдив.



При изпълнението на Програма „Подобряване на контрола на туберкулозата в България“ за периода ноември 2007 – май 2008 г. и в съответствие с препоръките на СЗО са разработени проекти на медицински стандарти за изграждане на йерархична структура на лабораторната мрежа в България, проект на национално ръководство за събиране, съхранение и анализ на епидемиологичните данни в единна национална информационна система по туберкулоза, както на и национални ръководства и оперативни процедури за микробиологична диагностика и лечение на туберкулозата.

Като напредък в реализирането на Програмата за контрол на туберкулоза могат да бъдат подчертани следните резултати:

- Националната референтна лаборатория по туберкулоза към НЦЗПБ успешно издържа тест за изследване на лекарствената чувствителност на туберкулоза и беше сертифицирана

от Супранационалната лаборатория в Рим

- Проведено е панелно изпитване за качеството на микроскопската диагностика на туберкулозата и сертифициране на регионалните лаборатории
- Регулярно се провежда скрининг за туберкулоза на всички новопостъпили лица, лишени от свобода
- Обучени са 15 пневмофтизиатри за предоставяне на доброволно и анонимно изследване и консултиране за ХИВ
- Подготвени са работни документи за стартиране на процедура за подбор на неправителствени организации – под-получатели по Програмата
- Стартирани са процедурите за доставки на консумативи и услуги за под-изпълнителите по Програмата

Националният координационен комитет за борба със СПИН и туберкулоза одобри и предложение за проект „Укрепване на Националната програма за туберкулоза в България”, с който страната ни да кандидатства пред Глобалния фонд за борба срещу СПИН, туберкулоза и малария за финансиране на дейности за периода 2010-2014 г.

Основната цел на предложението е да се осигури устойчивост в изпълнението на Националната програма по туберкулоза чрез прилагане на висококачествени диагностика и лечение на туберкулозата и подобрен контрол на мултирезистентната туберкулоза. Стратегиите, заложи в проекта, са насочени към намаляване нивото на заболяемостта от туберкулоза в България от 39.1/100,000 през 2006 г. до 27/100,000 през 2014 г., и висококачествена диагностика и лечение на всички пациенти с мултирезистентна туберкулоза.

Специфичните области на предоставяне на услуги и дейности са обособени в и подчинени на 5 оперативни цели:

*Оперативна цел 1:* Осигуряване на ефикасно управление и координация на Националната програма по туберкулоза

*Оперативна цел 2:* Повишаване на ефективността на диагностиката и лечението на туберкулозата в България

*Оперативна цел 3:* Намаляване на разпространението на туберкулозата в затворите в България

*Оперативна цел 4:* Разширяване на достъпа до грижи за туберкулоза за групите във висок риск – бежанци и търсещи убежище; имигранти; млади хора в риск; инжекционно употребяващи наркотици; лица с алкохолна зависимост

*Оперативна цел 5:* Разширяване на обхвата на ромска общност с ефикасни грижи за туберкулоза.

- ***Национална програма за елиминация на морбили и вродена рубеола 2005 – 2010 г.***

Мониторира се имунизационното покритие чрез сероепидемиологични срезове проучвания; осигурява се допълнителна възможност за имунизация срещу морбили и рубеола на възприемчиви групи от населението, вкл. жени в детородна възраст, чрез целеви ваксинални кампании; незабавно се проучва и задължително се потвърждава лабораторно всеки съмнителен случай на морбили.

- ***Национална програма за контрол на ехинококозата при хората и животните 2004 – 2008 г.***

Работи се за установяване честотата на заболяването сред населението на Р България. Изгражда се система от профилактични и скринингови мерки с цел намаляване на заболяемостта от ехинококоза. Актуализират се и синхронизират нормативните документи за контрол на ехинококозата сред хората и животните. Повишава се качеството на диагностично–лечебните възможности чрез приложение на съвременни средства за химиопрофилактика и въвеждане на нови методи за лабораторна диагностика; подобрява се нивото на здравната и ветеринарно–санитарната култура на населението по профилактиката на ехинококозата.

- ***Национална програма за профилактика и борба с кърлежовопреносимите трансмисивни инфекции, 2004-2007 г.***

Извършен е епидемиологичен надзор над КПИ - разкриване, картотекиране и картографиране на природните огнища. Изготвени са кадастър на природните огнища на КПИ в България и анализи за състоянието на профилактиката и борбата с КПИ, с препоръки за своевременно предприемане на съответните мерки. Укрепени са структурите на биологичните, микробиологичните и вирусологичните лаборатории в РИОКОЗ, както и на референтните лаборатории в НЦЗПБ и ВМА, с цел осигуряване на висококачествена референтна лабораторна помощ. Децентрализирана е лабораторната диагностика на КПИ: създадени са възможности за лабораторна диагностика на КПИ в медицинските университети в градовете Пловдив /2004г./, Варна /2004г./, Стара Загора /2005г./, Плевен /2005г./ и в РИОКОЗ Бургас /2004г./ и РИОКОЗ Русе /2005г./. Осигурена е съвременна диагностична апаратура, тестове и консумативи за нуждите на лабораторната диагностика. Въведена е „клинична пътека” за заболели от КПИ пациенти. Проследява се динамиката на числеността, видовия състав, сезонността на кърлежите и са извършени репрезентативни изследвания на кърлежи от природните огнища с цел установяване на тяхната заразеност. Проведена е широка здравно-просветна дейност сред населението: издадени са брошури за здравни кадри, за ветеринарномедицински кадри и за населението – през 2004г.; преиздадени през 2005 г.; създаден е телевизионен клип – през 2004г.

- ***Българо-швейцарска програма „Подобряване на болничната хигиена и превенция на инфекциозните заболявания” 2002 – 2007 г.***

Стандартизирани са методите за определяне на чувствителността към антимикробни средства. Работи се над система за надзор на разпространението, честотата, динамиката и механизмите за разпространение на резистентните микроорганизми; над съвременни стандарти в профилактиката и борбата с ВБИ.

- ***Национален план на Република България за готовност за грипна пандемия.***

Ориентиран е към осигуряване на надеждна диагностика на грипа и острите респираторни заболявания; осигуряване на противогрипни ваксини от пандемичния щам за целевите групи; осигуряване на надеждна информация за целите на епидемиологичния надзор над грипа и острите респираторни заболявания; изработване на стратегия за осигуряване на страната с ваксини и антивирусни препарати в условията на пандемия, когато се очаква възникването на глобален недостиг; създаване на национални запаси от лекарства, ваксини и диагностикуми за работа в условия на грипна пандемия; оборудване със съвременна диагностична апаратура и технологии на референтната лаборатория в

НЦЗПБ и вирусологичните лаборатории в РИОКОЗ; развитие на националната информационна мрежа за грип и остри респираторни заболявания.

- ***Национална програма за изпълнение на Плана за действие към Националната стратегия за борба с наркотиците (2003-2008 г.)***

Дейности и резултати: Развита е система от програми и служби за лечение на зависимости на национално и общинско ниво и улесняване на достъпа до тях. Създадени са и функционират 7 програми за субституиращо и поддържащо лечение на лица, зависими от наркотични вещества. Изградени са и функционират дневни центрове за рехабилитация и реинтеграция на зависими. Внесени са изменения и допълнения на Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (ЗКНВП) и подзаконовите нормативни актове. Осъществява се ефективен контрол на всички дейности с наркотични вещества и техните препарати, използвани за медицински цели. Подобрена е координацията на дейността на звената, ангажирани с контролна дейност. За повишаване професионалната квалификация на лицата, занимаващи се с контрол е осигурено обучение и участие в местни и международни форуми в областта на контрола на наркотиците. Изграден е и функционира Националният център по наркомании (НЦН), Национален фокусен център (Focal point) за събиране на информация по наркотиците и връзка с Европейския мониторинг център по наркотиците и наркоманиите (EMCDDA).

- ***Политика за психично здраве 2004 – 2012 г. и Национален план за действие към нея (актуализиран от МС през 2006 г.)***

Съгласно декларираните приоритети на СЗО за психичното здраве, правителството на Република България прие политика за психично здраве 2006 - 2012 г. и Национален план за действие. Политиката интегрира в себе си постигнатите резултати и насоки за по-нататъшно развитие от предшестващата я Национална програма за психично здраве на гражданите на Република България 2001 - 2005 г.

- ***Национална програма за суицидопрофилактика 2000 – 2006 г.***

Изградена е информационна база данни за самоубийствата и на опитите за самоубийство, която ежегодно се допълва. Ежегодно се изготвя оперативна информация за самоубийствата и опитите за самоубийство на национално и на областно ниво през съответната година. Издадени са методични материали, дигитални, здравно-образователни филми. Проведени са лекции сред ученици, беседи и дискусии с родители, както и дейности с уязвими групи (безработни и социално слаби лица и други) за суицидно поведение.

Анализът на информацията от базата данни към програмата сочи, че през периода 2000 – 2006 г. е налице *снижение на суицидната смъртност* – от 17 на 100 000 души от населението през 2000 г. на 12.7 на 100 000 души през 2005 г. През 2006 г. смъртността поради самоубийства се задържа на 12.0 на 100 000 души. Налице е и *снижение и на честотата на опитите за самоубийство* – от 2935 през 2000 г. на 2144 през 2006 г., т.е. със 27.0%. Показателят на 100 000 души от населението спада до 27.92.

- ***Национална стратегия и работна програма за профилактичен онкологичен скрининг в Република България 2001-2006 г.***



Осигурени са мамографски апарати (закупени са общо 18 мамографи през отчетния период и консумативи мамографски филми за тях); разработват се модули за обучение и провеждане на курсове за семейни лекари, цитотехници, мамографисти и патолози; провеждане на национална кампания за борба с рака.

• ***Национална интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести (СИНДИ)- демонстрационни зони.***

СИНДИ е международна, интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести. Програмата се развива в осем демонстрационни зони на страната с население около 700000 души. Целите и задачите на програмата се базират на точна епидемиологична рамка от изследвания за здравното състояние на населението и носителството на фактори на риска. Има изградена система от показатели за мониторинг на целите и задачите. Фокусът на интервенциите за контрол на хроничните болести е ориентиран към *факторите на риска* (поведенчески, биологични, психосоциални, фактори на околната среда, икономически фактори и др.). При интервенциите се прилага високорисков и популационен подход. Интервенциите се реализират в рамките на следните по-важни стратегии: информирание и здравно образование на населението, изграждане на капацитет у специалистите за добра профилактична практика, мобилизиране на локалните общности в дейности за здраве, разработка на ръководни принципи и ръководства за работа и други.

През 2006 г. в зоните са реализирани около 500 ТВ предавания, 736 радиопредавания, над 600 излъчвания на аудио и видеоклипове, над 500 публикации в пресата, 51 пресконференции, 500 лекции и беседи, около 212 семинара, множество дискусии и др. Много са мероприятията за високорисковите групи – вкл. ТВ училища за хипертоници, диабетици, затлъстели, обучителни семинари и други. Голям е броят на образователните дейности за малки деца, а също и в училищата.

За *изграждането на капацитет у ОПЛ и другите професионалисти* за добра медицинска практика в областта на профилактиката на болестите и промоцията на здраве, диагностиката и добрата терапия на болестите се провеждат средногодишно около 20-22 семинара с тях на различни теми свързани с изпълнението на програмните цели. Общо са проведени над 150 семинара и курсове. На участниците в семинарите са предоставени над 10 ръководства и ръководни принципи за добра практика.

*Мобилизирането на общностите* за дейности по промоция на здравето и профилактиката на болестите се извършва чрез пряко участие на ръководителите на общинските сектори в мероприятията по програмата и чрез тях и структурите, които ръководят. Това се отнася и за други организации-участници, вкл. НПО. Периодичните срещи за обсъждане на развитието на програмата са практика с тези структури в повечето зони. Работи се активно и с отделни сектори в зоните: напр. с производителите на храни, със секторите, отговарящи за транспорта и чистотата на въздуха в градовете, със секторите отговарящи за спорта, безопасността на движението, образованието и други. Особено полезна е работата на *Обществените коалиции за здраве*, които са активни помощници на програмните съвети и работните групи. Те работят със секторите на общините, с медиите, с НПО, отчитат работата си публично в редица зони.

Проведените три мониторинга за оценка на промяната в поведението на населението за здраве – през 2000, 2002 и 2004 г. (вкл. нивото на факторите на риска), показват, че има положителни промени на популационно ниво в поведението на населението за здраве в зоните (от 2000 г. насам), което продължава. В резултат на

интервенционните дейности около 34% от мъжете и 30-40% от жените правят опит за контрол на факторите на риска на които са носители, като успяват в тази насока средно около 30-35% от тях (спиране на цигарите, намаляване консумацията на мазнини и сол, увеличаване на двигателната активност и други). Има положителни промени и в нивото на биологичните фактори на риска, а също и в показателите за смъртност от редица тежки заболявания. Цената на получените резултати е многократно по-голяма от предоставените средства. Нов етап в развитието на програмата е стартът на детската ѝ компонента „Здрави деца в здрави семейства” в зона В. Търново.

- ***Национална стратегия по безопасност на храните***

Транспониране и въвеждане постиженията на европейското право в националното законодателство в областта на храните; повишаване професионалната квалификация на специалистите, извършващи държавния контрол върху храните чрез обучение за прилагане на въведеното европейско законодателство; създаване на Център за координация и подкрепа на обучението по безопасност на храните, разположен в НЦООЗ; оборудване на лабораториите в системата на държавния здравен контрол със съвременна лабораторна техника.

- ***Национален план за действие “Храни и хранене” 2005-2010 г.***

Разработени са Интернет страници на програмата и са разпространени Национални препоръки за хранене и Пирамида на здравословното хранене, нова компютърна програма за оценка на храненето. Проведени са Национална седмица за борба със затлъстяването, Национална седмица в подкрепа на кърменето, организирано е отбелязването на Световния ден на храните, подготвено е Национално проучване на храненето на деца 0-5 г., разработени са методични указания, отпечатани са информационни материали. Извършено е обучение на лидери на групи "Майки обучават майки", създаден е консултативен център по кърмене. Разработена е Национална програма за мониторинг на химични замърсители в хранителните продукти. Създаден е Учебен център по безопасност на храните с база НЦООЗ. Проведени са курсове за обучение, разработени са наръчници; създадена е и оборудвана лаборатория по генномодифицирани храни. Създадена е национална система за бързо съобщаване за наличие на опасни храни на пазара.

- ***Национална стратегия за опазване живота и здравето на децата в пътното движение 2006-2010 г.***

Проведени са конкурси за малки проекти в областта на повишаване безопасността на движението по пътищата и информационни кампании

- ***Проект за Националната програма за редките болести (генетични, вродени малформации и ненаследствени), 2009-2013***

Цел на Програмата е създаване на адекватна институционална рамка и механизми за осигуряване на навременна профилактика, диагностика, оптимално лечение и рехабилитация на пациенти с редки болести (генетични, вродени малформации и ненаследствени заболявания) в България.

Приоритети са:

1. Осигуряване на епидемиологични данни за редките болести в България чрез създаване на Национален регистър

2. Подобряване профилактиката на редките болести с генетична определеност чрез разширяване на скрининговите програми
3. Подобряване профилактиката и диагностиката на редките болести с генетична определеност чрез въвеждане на нови генетични тестове, децентрализация на лабораторната дейност и осигуряване на улеснен достъп до медикогенетична консултация
4. Интегриран подход при прилагането на профилактиката, диагностиката, лечението и социалната интеграция на пациентите и техните семейства.
5. Повишаване на професионалната квалификация на лекарите в областта на ранната диагностика и профилактика на редките болести.
6. Създаване на референтен център за редки болести в България
7. организиране на национална кампания за запознаване на обществото с редките болести и начините за тяхната профилактика.
8. Подкрепа и сътрудничество с НПО и асоциациите на пациенти с редки болести.
9. Тясна колаборация с дрегите членове на Европейския съюз, имащи отношение към целта на Програмата и с експертната група по редки болести към Департамента по обществено здраве и защита на потребителите към Европейската комисия.

**7. Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи на етническите малцинства – равносметката на МЗ за изпълнените дейности през първите три години /2005-2007/**

Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства е интегрална част от Националната здравна стратегия, насочена към осигуряването на по-добро здраве на българското население. Тя цели постигането на високо ниво на здраве на българските граждани в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства и преустановяване на част от негативните тенденции в здравето на нацията.

За подобряване здравето на лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства, се поставят следните стратегически цели:

**Стратегическа цел 1: Преодоляване и преустановяване негативните тенденции за здравето на лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства и създаване на условия за неговото подобрене чрез:**

- • **намаляване на детската смъртност** – оптимизиране на детското здравеопазване, подобряване качеството на родилна и неонатологична помощ – превенция на недоносеността; здравно образование на майките за правилно отглеждане на децата, подобряване качеството на детските консултации и педиатричната помощ, повишаване обхвата с имунизации при децата; съвременно здравно образование на децата и на родителите;

- • **намаляване на майчината смъртност** - оптимизиране на майчиното здравеопазване, ранно обхващане на бременните, наблюдение по време на бременността, своевременно хоспитализация на родилките, повишаване на здравната култура и знанията за репродуктивно здраве на младите хора и особено на девойките и жените; предпазване от нежелана бременност;

- • **ограничаване заболяемостта от заразни и паразитни заболявания** – туберкулоза, вирусни хепатити, ехинококоза и др. – провеждане на скринингови програми, ранна диагностика и своевременно лечение, осигуряване на чиста питейна вода до всеки дом; подобряване на инфраструктурата и хигиенните условия на живот;

- • **намаляване заболяемостта, трайната неработоспособност и преждевременната смъртност от някои широко разпространени социално-значими заболявания** – хипертонична болест, сърдечно-съдови и мозъчно-съдови заболявания, което ще доведе до увеличаване средната продължителност на живот сред лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства;

- • **осигуряване по-добро здравно обслужване и по-добро качество на живот** на болни с хронични заболявания и лица с увреждания;

- • **намаляване заболяемостта от наследствени заболявания**, водещи до ранно намаляване на работоспособността и преждевременна смърт сред лица от някои ендегамни малцинствени групи – провеждане на селективни генетични скрининги, неонатални скрининги и дородова диагностика;

- • **подобряване на сексуалното и репродуктивното здраве** – намаляване на абортите, профилактика на полово предаваните инфекции, адекватно семейно планиране;

- • **преодоляване на практиките на насилие срещу жените и осигуряване на пълното им равенство.**

**Стратегическа цел 2: Осигуряване на равенство в достъпа до здравни услуги на лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства чрез:**

- • **утвърждаване длъжността на здравния медиатор** като координираща фигура между здравните институции и лицата от малцинствените групи и общности. Развиване на мрежа от здравни медиатори;

- • **постоянно повишаване на квалификацията и мотивацията на общопрактикуващите лекари и медицинските сестри**, работещи с лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства и обучението им в дух на толерантност. Придобиване на знания и умения за работа с пациенти с различна култура и начин на живот;

- • **подобряване на техническото оборудване на лечебните заведения** за първична извънболнична медицинска помощ;

- • **подобряване качеството на специализирана медицинска помощ** на населението в селските и отдалечени райони;

- • **подобряване достъпа до спешна медицинска помощ** на българските граждани, принадлежащи към етническите малцинства в неравностойно положение

**Стратегическа цел 3: Повишаване на здравните знания и осигуряване на достъп до здравна информация чрез:**

- • повишаване информираността на лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства относно правата и задълженията на пациентите и за видовете медицински услуги;

- • повишаване здравните знания за предпазване от най-честите заболявания и за подобряване на репродуктивното здраве;

- • използване на разнообразни начини за предоставяне на здравна информация: излъчване на видео и аудио клипове на здравна тематика, здравни предавания по радиото и телевизията, беседи от медицински специалисти и здравни медиатори, организиране на здравно-информационни събития по време на празници, здравно образование в училищата, както и използване на извънкласни форми в клубове, спортни секции и др.

**Стратегическа цел 4: Преодоляване на културните бариери в общуването и всякакви форми на дискриминационни нагласи чрез:**

- • провеждане на семинари за запознаване на медицинския персонал с етнокултурните особености на малцинствата;

- • включване в програмите на обучение в медицинските университети и колежи на специализирани часове (модули), създаващи умения за работа с лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства;

- • защита правата на пациентите и сигнализиране за нарушения в здравното обслужване в МЗ, РЗОК, НЗОК, БЛС, Хелзински комитет, Проект “Правата на човека” и др.;

- • противодействие от страна на професионалните организации на лекарите и стоматолозите и правозащитните организации срещу всяка проява на дискриминация при здравното обслужване на представителите на етническите общности в неравностойно положение.

**Стратегическа цел 5: Разширяване обхвата на здравноосигурените лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства чрез предприемане на законодателни инициативи по отношение на здравното осигуряване на социално слабите, в това число и на дълготрайно безработните.**

На заседание на Министерския съвет с Протокол № 36 от 08 септември 2005 г. е приета „Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”, и План за действие 2005-2007 г. Министерството на здравеопазването се включва най-активно по изпълнението на стратегически, програмни и планови документи в областта на интеграцията на етническите малцинства и по-специално на ромите.

В Здравната стратегия на лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства, са залегнали виждания от:

- Декларация на Десетилетието, подписана от правителствените ръководители на осем държави от Югоизточна Европа на 2 февруари 2005 г. в София;

- Декларация на Тридесет и деветото Народно събрание на Република България за ангажираността на държавните институции за постигане на целите на Десетилетието на ромското включване 2005-2015 година;

- Национален план за действие по “Десетилетие на ромското включване 2005-2015 г.”, приет от МС – Протокол № 15 от заседанието на МС на 14.04.2005 г.

Политиката на Министерството на здравеопазването е насочена към създаване на по-добри условия за равен достъп на всички граждани на Р България до здравни услуги. Особено внимание се обръща на подобряване на здравното обслужване на групите в неравностойно положение. Разработени са и осъществени редица проекти по програма ФАР.

Проект Фар 2001 БГ0104.02 «Подобряване достъпа на ромите до здравни грижи» Проектът цели да се осигурят условия за увеличаване на достъпа на лицата от ромски произход до здравни услуги в 15 пилотни града – Пазарджик, Шумен, Казанлък, Ямбол, Асеновград, Ловеч, Дупница, Добрич, Хасково, Пловдив, Стара Загора, Лом, Силистра, Видин и Бургас. Основните дейности са насочени към повишаване на професионалната компетентност на медицинските кадри за работа с ромското население, създаване на добри условия за обслужване на ромите в лекарските практики и въвеждане на новата професия “здравен медиатор”, за подобряване на комуникацията между ромското население и съответните здравни органи.

Разработена е програма и проведено обучение на 30 общопрактикуващи лекари, 30 медицински сестри и 57 здравни медиатори, избрани с конкурс, които да работят в новите здравни центрове в ромските квартали.

С помощта на МЗ, неправителствени организации и подкрепата на Световната банка, е осигурено оборудване за здравни центрове в кв. “Надежда” гр. Сливен, в кв. “Малчо Малчев” гр. Търговище, в кв. “Факултета” гр. София и в кв. “Изток” гр. Кюстендил.

Във връзка с Плана за действие към Здравнатата стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства, са реализирани профилактични гинекологични прегледи посредством мобилни кабинети, на здравно неосигурени ромски жени от областите Бургас, Видин и Монтана. Общо са прегледани 1111 жени, бяха взети и изследвани 968 цитонамазки и направени 968 вторични прегледа.

През месец август 2006 г. в Бургаска област (Царево, Ахтопол, Созопол, Равадиново, Синеморец и Лозенец) са прегледани общо 302 жени, взети 287 цитонамазки и проведени 204 вторични прегледа. През месец септември са проведени прегледи във Видинска област, като са обхванати населените места с преобладаващо ромско население – Белоградчик, Дреновец, Руженци, Бяло поле, Арчар, Дунавци и Видин. Прегледани са общо 385 жени, взети и изследвани са 316 цитонамазки, извършени са 316 вторични прегледа. През месец октомври са проведени прегледи в област Монтана – Вършец, Септемврийци, Медковец и Долни Цибър. Прегледани са 424 жени, взети и изследвани са 393 цитонамазки и извършени 393 вторични прегледи.

През 2006 г. по дейността „Провеждане на беседи с подрастващи и млади хора и техните родители за начините за предпазване от нежелана и ранна бременост и за опасностите, които крие ранната бременост за майката и бебето и за рисковете от родствените бракове” в РИОКОЗ са организирани беседи с млади хора от ромски и турски произход по различни теми, най-честите от които: подобряване на репродуктивното здраве, семейно планиране, контрацепция (Бургас, Видин, Плевен, Силистра, София), СПИН и полово предавани инфекции (Варна, Враца, Пловдив, Софийска област, Хасково, Ямбол), преодоляване въздействието на рискови фактори като тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, употреба на наркотични вещества (В. Търново, Враца, Пазарджик,

Силистра, Стара Загора, Хасково, Шумен), предпазване от най-разпространените заразни болести (Плевен, Силистра, Софийска област), за правилното отглеждане на децата (Търговище). В кв. Горно Езерово в Бургас са изградени зона „Здраве” и „Училище и здраве”.

За предотвратяване разпространението на туберкулозата са проведени беседи в училища в Бургас, Перник, Пловдив, Силистра, Стара Загора, Симеоновград и Стамболово и в домовете за отглеждане и възпитание на деца, лишени от родителски грижи във В.Търново и Враца. В кв. Столипиново в Пловдив е извършено изследване за ранно откриване на туберкулоза. Във Велико Търново е проведена химиопрофилактика на 61 лица от ромски произход. В Русе са обхванати 180 души от кв. Селеметя.

Във връзка с реализиране на дейността „Организиране на консултативни кабинети в кварталите, населени предимно с лица от ромски и турски произход, по въпросите на репродуктивното здраве и семейното планиране, начините за предпазване от полово предавани инфекции” широко се рекламира дейността на кабинетите за анонимно и безплатно консултиране и изследване за СПИН, насочени за изследване 124 души от Пловдив и Стара Загора.

В изпълнение на задачата по своевременно регистриране на новородените и децата при общопрактикуващ лекар и последващо им обхващане, са извършени прегледи и имунизации във Варна, Велико Търново, Добрич, Перник, Пловдив, Разград, Русе, Ямбол и са издадени брошури, а в местните кабелни телевизии са излъчени клипове.

По задачата за повишаване обхвата с ваксинации по Националния имунизационен календар всички инспекции широко са разгласявали дейността на имунизационните кабинети.

По цел „Подобряване на профилактичните дейности сред ромското население” през 2006 г. е извършена подготвителната работа по изпълнение на Пилотна програма за профилактика и диагностика на населението, която се реализира през 2007 г. в пет области: София, Враца, Кюстендил, Пазарджик и Ямбол по компонент „Здравеопазване” на проект BG 2003/004-937.01.13. “Образователна и медицинска интеграция на уязвимите малцинствени групи със специален фокус върху ромите към Програма ФАР. За всяка от областите са разработени месечни планове за обхват на населението от ромски произход с профилактични прегледи и необходимите финансови разчети за осъществяване на прегледите.

На 31 май 2006 г. стартира изпълнението на проект по Програма ФАР ”Преструктуриране на пилотни многопрофилни болници и развитие на спешната медицинска помощ с цел подобряване на достъпа до здравеопазване за уязвими групи от населението със специален фокус към ромското население”, изпълнението му се разделя на два отделни проекта :

- туининг проект с продължителност 18 месеца, изпълняван от консорциум от испански и италиански експерти на стойност 1 милион евро и
- проект за доставка и монтаж на медицинско и немедицинско оборудване на стойност 4.4 милиона евро.

Освен профилактичните гинекологични прегледи през 2006 г. с помощта на медиаторите са организирани профилактични прегледи в Ловеч и Пазарджик. В Славяново е проведен серологичен скрининг на 400 деца от ромски произход за ранно откриване на ехинококоза. В ромската махала на Ботевград е проведено флуорографско изследване на 127 роми.

Във връзка с повишаването на здравните знания и информираност на ромското население са организирани различни по продължителност обучения, с които са обхванати основно медиатори, представители на ромски неправителствени организации, обучители на подрастващи за работа в ромска общност, в градовете Благоевград, Бургас, Велико Търново, Добрич, Кърджали, Ловеч, Пазарджик, Перник, Пловдив, Разград, Сливен, София, Стара Загора и Търговище. Проучвания сред лица от ромски произход са проведени във Варна - за установяване училищната зрялост и готовност за обучение, Кърджали - за здравното състояние на деца и ученици и това на лица от възрастовата група 25-60 години и Ловеч - за установяване нивото на здравни знания.

През 2006 г. са назначени на работа 13 медиатори чрез програмата "От социални помощи към осигуряване на заетост" към общините Дупница, Пазарджик, Асеновград, Пловдив, Добрич, Монтана, Лом и Ямбол. Същата година беше извършена подготвителната дейност по осигуряване на средства и подбор на медиаторите, които да бъдат назначени на работа през 2007 г. През 2007 г. по настояване на МЗ и МТСП Министерство на финансите осигури целеви бюджетни средства за назначаването на 57 медиатори, които работят в 28 общини.

В периода 2005 г. бюджета на Министерство на здравеопазването са определени 25 000 лева за дейности, свързани с повишаване на здравните знания и информираността на ромското население. Одобрени и финансирани са 10 проекта в Шумен, Видин, Бургас, Пазарджик, Стара Загора, Ловеч, Добрич, Враца и Пловдив.

През 2007 г. се извършени превантивни медицински дейности посредством мобилни единици в 5 района: София, Враца, Кюстендил, Пазарджик и Ямбол. Във всеки от посочените региони е създаден координационен екип, в който са включени представители на Регионален център по здравеопазване и РИОКОЗ. Проведени са над 30 000 прегледа

## **8. Програма и развитие на здравното медиаторство в България**

За осигуряването на равен достъп на малцинствата в неравностойно положение до здравни грижи съществено значение има утвърждаването на длъжността на здравния медиатор. Здравният медиатор е ключова фигура в Здравната стратегия за лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства

Целта на медиаторната програма е:

- Преодоляване на културните бариери в общуването между ромските общности и медицинския персонал по места. Преодоляване на съществуващи дискриминационни нагласи в здравното обслужване на ромите по места.
- Оптимизиране провеждането на профилактични програми сред ромското население.
- Здравно образование на ромите и активна социална работа в общността.
- Активна социална работа с уязвими ромски групи

Длъжностната характеристика на здравния медиатор е представена в /Приложение № 6/

Хронологията на българското здравно медиаторство

- 2000 г. Международна среща по здравните проблеми на ромите в Синая, Румъния.



- 2000 г. Обсъждане на български проект за развитие на мрежа от здравни медиатори. Посещение на гр. Кюстендил и гр. Сливен
- 2001 г. Пилотен проект на ФЗПМ и Фондация “Нево дром” за здравни медиатори в гр. Кюстендил, финансиран от Фондация “Партньори- България”
- 2002 г. Проекти на ФЗПМ за здравни медиатори в гр. Кюстендил, община Сандански и община Гърмен, финансирани от Фондация “Отворено общество”
- 2002 г. Представяне на българския опит за здравните медиатори на 30 Конгрес по социално благоденствие, гр. Ротердам
- 2003 г. Обучение на 51 здравни медиатори от Консорциум от 4 организации: Фондация “Отворено общество, ФЗПМ, БАСП, Балканска фондация “Дайвърсити”
- 2004 г. Проект за въвеждане на новата професия “здравен медиатор” в гр. Лом, гр. Сатра Загора и гр. Кюстендил, финансиран от ФОО
- 2005 г. Обучение на 16 здравни медиатори от селските райони на 4 региона: Монтана, Благоевград, Ямбол и Русе-Разград по проект на Фондация “Кеър” и ФЗПМ
- 2005 г. Представяне на румънския, българския и финландския опит за здравните медиатори на международна среща, организирана от ФОО в Букурещ
- 2005 г. Назначени са обучените здравните медиатори в гр. Дупница и гр. Добрич по Програмата «От социални помощи към заетост»
- 2006 г. Обучение на 17 здравни медиатори от Варна, Сливен, София и Стара Загора по проект на Фондация “Инициатива за здраве” и Фондация “Здравето на ромите”
- 2006 г. Назначени са 13 здравни медиатори по Програмата «От социални помощи към заетост»
- 2007 г. Учредяване на Асоциация “Национална мрежа на здравните медиатори” – професионална организация на медиаторите
- 2007 г. Обучение на 45 здравни медиатори от Софийска, Врачанска, Ямболска и Пазарджишка област по проект “Образователна и медицинска интеграция на уязвими малцинствени групи със специален фокус върху ромите” на Центъра за социални практики. Разработена е нова учебна програма с хорариум 150 академична часа, от които 130 аудиторни и 20 часа самостоятелна работа, 9 модула в пет сесии.
- 2007 г. Лицензиране на два медицински колежи за обучение на здравни медиатори в гр. Враца и гр. Пловдив
- 2007 г. Назначени са 57 медиатори в 30 общини
- 2008 г. Осигурени са средства за назначението на 111 здравни медиатори в 54 общини чрез делегиран бюджет. /Приложение № 7/

### Европейският опит

Програмата за здравните медиатори има двадесет годишна история в редица европейски страни. В различните страни те са известни под различни имена:

- Испания, Франция, Словакия – здравни медиатори
- Румъния и Молдова – санитарни медиатори
- Финландия – интеркултурни посредници
- Холандия – образователи на етническите малцинства

- Сърбия – теренни здравни работници

## 9. Достъп до специализирана медицинска помощ

### • Достъп до пневмофтизиатрична помощ

В Република България имаше изградена пневмофтизиатрична мрежа, която претърпя значителни промени при старта на здравната реформа 2000 година. Част от звената се реструктурираха в областни диспансери по пневмофтизиатрични заболявания със стационар (ОДПФЗС), други в специализирани болници за активно лечение по белодробни болести (СБАЛББ). В някои градове функционират специализирани отделения към МБАЛ, а в Добрич няма изградена специализирана мрежа по пневмология и фтизиатрия.

Към 2008 година съществуващата пневмо-фтизиатрична мрежа у нас включва СИМП, пневмофтизиатрични диспансери, белодробни отделения и клиници към МБАЛ, ведомствени и университетски болници, СБАЛББ.

За шестте целеви области на настоящия проект състоянието на пневмофтизиатрична мрежа е следното:

1. Сливен – СБАЛББ с четирима специалисти по пневмология и фтизиатрия;
2. Ямбол – отделение към МБАЛ с трима специалисти по пневмология и фтизиатрия;
3. Добрич – няма оформено отделение по пневмология и фтизиатрия към МБАЛ и работи един специалист по пневмология и фтизиатрия;
4. Разград – отделение към МБАЛ с петима специалисти по пневмология и фтизиатрия;
5. Монтана – отделение към МБАЛ с четирима специалисти по пневмология и фтизиатрия;
6. Видин – отделение към МБАЛ с трима специалисти по пневмология и фтизиатрия;

Националният координационен комитет за борба със СПИН и туберкулоза – България одобри на работно заседание на 27.06.2008 лечебните заведения в 28-те общини-областни центрове.

#### Избраните лечебни заведения включват:

- 6 специализирани болници за активно лечение на белодробни болести – в Бургас, Габрово, Троян, Перник, Пловдив и Сливен
- 13 областни диспансери по пневмо-фтизиатрични заболявания – в Благоевград, Варна, Велико Търново, Враца, Кърджали, Пазарджик, Русе, Смолян, София град, София област, Стара Загора, Хасково и Шумен
- 9 областни многопрофилни болници за активно лечение – във Видин, Добрич, Кюстендил, Монтана, Плевен, Разград, Силистра, Търговище и Ямбол

Областните мениджъри по туберкулоза ще осъществяват координационни дейности на регионално ниво между всички институции и организации, ангажирани с контрола на туберкулозата, ще следят за провеждането на адекватно и непрекъснато лечение на болните в областта в съответствие с утвърдените медицински стандарти и процедури по стратегията на СЗО за пряко наблюдаване на лечението на туберкулозата (DOTS), ще отговарят за събирането и предоставянето на епидемиологична информация,

поддържането на областна информационна система и анализа на нуждите на лечебните заведения от доставка на лекарства и оборудване.

Откриването на нови пациенти с туберкулоза, насочването им към подходящите медицински структури, проследяване и документиране на лечението, провеждане на обучения на пациентите и контактните им лица за естеството на заболяването и необходимостта от непрекъснато и продължително лечение са сред основните задължения на 56-те медицински сестри.

- **Достъп до специализирана медицинска помощ, свързана с най-честите социалнозначими заболявания: сърдечносъдови, мозъчносъдови заболявания, захарен диабет, затлъстяване и дислипидемии.**

Кардиологичната помощ у нас се осъществява от Националната кардиологична болница в София (СБАЛССЗ), Университетската кардиологична помощ в Плевен, кардиологични клиники в УМБАЛ, кардиологични отделения в МБАЛ, кардиологични кабинети към лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ. Специализираната болница за активно лечение на сърдечно-съдови заболявания (СБАЛССЗ) е университетска болница, една от най-големите специализирани болници на Балканския полуостров. В нея се осъществяват високоспециализирана медицинска помощ (диагностика, лечение и рехабилитация) при възрастни и деца, експертиза на работоспособността и консултативна помощ за цялата страна. Първата извън столицата университетска кардиологична болница е открита в Плевен. В нея е осигурено 24-часово дежурство в областта на кардиологичната помощ за Плевен и Северна България.

По утвърдените медицински стандарти диагностиката и лечението на неврологичните заболявания, вкл. на мозъчносъдовите заболявания, се провежда в неврологични кабинети към лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, в неврологични отделения към общински и областни МБАЛ, в неврологични клиники към УМБАЛ и УСБАЛНП.

По утвърдените медицински стандарти “Ендокринология и болести на обмяната” ендокринологичната помощ се осигурява от ендокринологични кабинети към лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, ендокринологични отделения или сектори към МБАЛ и ендокринологични клиники в УМБАЛ.

- **Достъп до онкологична помощ**

Онкологичната помощ у нас се осигурява от Националния онкологичен център и от 13 онкодиспансера, като 2 от тях са в София, а останалите населени места с онкодиспансери са съответно Бургас, Варна, Шумен, Враца, Габрово, Плевен, Пловдив, Русе, Стара Загора и Хасково. Идеите да се открие онкодиспансер в Добрич все още не са финализирани и всички нуждаещи си от услуги в областта на злокачествени заболявания пътуват до най-близкия град (Варна) за оказване на съответна помощ. Според последни данни от февруари 2008г изнесени от АПОЗ – Асоциация на пациентите с онкологични заболявания, има идея на МЗ онкодиспансерите в България да се превърнат в онкологични болници. В момента у нас има и 5 онкологични болници -в София, Варна, Пловдив, Стара Загора и Плевен. Предлаганата промяна е към добро, но за съжаление и тя не е в състояние да предотврати напълно постоянните уморителни пътувания на онкоболни из страната.

Както е видно, на територията на нито една от проектните области няма онкодиспансер, което прави интервенциите по проекта там още по-необходими. При все това е препоръчително сътрудничество с онкодиспансери от съседни области – Варна за Добрич, Шумен за Разград, Враца (открит юни месец след основен ремонт и с нова техника за диагностика) за Монтана и Видин, Стара Загора за Сливен и Бургас за Ямбол, както и с медицинските университети във Варна и Стара Загора.

- **Достъп до генетична помощ**

***Национална генетична лаборатория (НГЛ)***

В съответствие с чл.142(2) от Закона за здравето със заповед на Министъра на здравеопазването № РД09-144 от 07.04.2006 г. беше определена Лабораторията по молекулярна патология към СБАЛАГ „Майчин дом” ЕАД за Национална генетична лаборатория. Към лабораторията функционират следните звена: Масов неонатален скрининг, Протеомика и метаболомика – биохимична диагностика, Геномика – ДНК диагностика, Национална ДНК банка и Национален генетичен регистър; Консултиране и биоинформатика. Националната генетична лаборатория:

изпълнява задълженията, определени от съществуващите и нововъведените нормативни актове. (Закон за здравето, Наредба № 26 и др.), развива и въвежда в останалите генетични лаборатории методите, които владее, разработва и внедрява нови методи за диагностика.

*Националната генетична лаборатория – СБАЛАГ „Майчин дом”* разполага с цялата необходима апаратура и квалифицирани кадри за извършване на генетични изследвания на ДНК ниво: еднокапилярен секвенатор и PCR апарати.

*Катедрата по медицинска генетика в МУ -София* разполага с оборудване за извършване на съвременни послеродови и дородови диагностични изследвания в областта на цитогенетиката и молекулярната цитогенетика.

*Отделението по генетика – Пловдив* разполага с оборудване за извършване на съвременни послеродови и дородови диагностични изследвания в областта на цитогенетиката и молекулярната цитогенетика.

*Генетичната лаборатория – Плевен* разполага с оборудване за извършване на послеродови цитогенетични изследвания.

*Генетичната лаборатория – Варна* провежда успешно дородови и послеродови цитогенетични изследвания и масов дородов скрининг за Даун..

*Генетичната лаборатория във Стара Загора* извършва дородова цитогенетична диагностика.

*Цитогенетичната лаборатория към СБАЛДБ – София*, разполага с оборудване за извършване на послеродови цитогенетични изследвания.

*Лаборатория по цитогенетика и молекулярна биология при НЦХТ –София*, разполага със съвременна апаратура и оборудване за хромозомен, молекулярно-цитогенетичен и молекулярно-генетичен анализ при онкохематологични заболявания.

*Лабораторията за хипотиреоиден скрининг (ЛХС) към СБАЛДБ* разполага с модерно оборудване за провеждане на масов неонатален скрининг за вроден хипотиреоидизъм.

**Клинични звена** Успехът на Националната генетична програма зависи изцяло от дейността на клиничните звена, включени в нейното изпълнение. Мрежа от над 120 родилни и над 50 други АГ заведения, детски и неврологични клиники изпращат проби за изследване по масовите и селективни скринингови програми. Без тяхното участие изпълнението на Национална програма е немислимо.

**Специализирани звена.** Световната практика показва, че целите на една генетична програма могат да се постигнат само, ако съществува мрежа от специализирани здравни звена, които решават специфични за конкретното здравеопазване проблеми. Нашият опит също показва, че ефективно обслужване се постига в случаите, за които съществуват специализирани звена като: отделението по „Клинична генетика”, специализирани центровете за: муковисцидоза таласемични синдроми, хемофилии, невро-мускулни заболявания и др.

**10. Актуално състояние по отношение на туберкулоза, социалнозначими, онкологични и наследствени заболявания в шестте целеви области по проект „Подобряване на състоянието и интеграция на малцинствени групи в неравностойно положение със специален фокус върху ромите” – Монтана, Видин, Разград, Добрич, Сливен, Ямбол**

### **1. Монтанска област**

Монтанска област е с общо население 208 198, от които 10.7% се определят като роми. Това е областта с най-висок процент на ромско население в България. В гр. Монтана живеят, както български, така и турски роми йерлии. Голяма част от българските йерлии в региона са с българско преферирано самосъзнание, определят се като българи и говорят само български. В гр. Берковица живеят предимно български роми кошничари, признаващи се за роми. В други населени места при това изцяло с ромско население, като с. Долни Цибър, живеят йерлии и калайджии. Град Лом се населява от две независими ромски групи, живеещи в различни махали: йерлии калайджии и решетари, принадлежащи към Влашката група. Последните са дошли от Сърбия, водили са номадски начин на живот и са уседнали в град Лом в края на миналия век. Ромският диалект на тази група е много близък до този на калдерашите. В последния век обаче те постепенно загубват характерните обичаи за Влашката група роми и се определят като български роми. Живеят в две отделни махали: гетото на гр. Лом -“Хумата” и кв. Младеново. Сключват бракове изключително в групата, рядко се женят за калайджиите. В последните десет години поради социално-икономически причини все по-рядко се женят роми от кв. Младеново за роми от “Хумата”. В Монтанска област в няколко населени места живеят и големи и строго ендегамни копанарски общности – в гр. Бойчиновци, с. Мраморен и с. Дреновец. В с. Портитовци открийме малка група влашки джамбази.

**Туберкулоза:** По данни на ПФО на МБАЛ - гр. Монтана заболеваемостта от туберкулоза в Монтанска област за 2006 г. е 65.36/100 000 и за 2007 г. - 45.12/100 000.

Бацилоотделителите са 46 за 2007 (43 – новооткрити и 3 - рецидиви) и 50 за 2006 г. (46 – новооткрити и 4 - рецидиви). През 2007 г. са починали четири болни от туберкулоза в Монтанска област. Прави впечатление високата заболяемост в община Монтана – 80.8/100 000 за 2006 г. и 52.64/100 000 за 2007 г. Бацилоотделите в община Монтана са 32 през 2006 г и 26 – за 2007 г. По данни на д-р Цветан Петров, завеждащ ПФО, 60 % от болните от туберкулоза са роми. Населени места с най-висока заболяемост са кв. “Огоста” на гр. Монтана, кв. “Младеново” и кв. “Хумата” – гр. Лом и ромската махала в с. Медковец. Екипът на ПФО на МБАЛ – гр. Монтана, директорът на РЦЗ – Монтана, д-р Петров и зам.областният управител на Монтанска област, д-р Крумов изтъкват нуждата от провеждането на флуорографски скрининг в тези населени места. Те също споделят положителния си опит с включването на здравните медиатори в борбата срещу туберкулозата в Монтанска област.

#### **Социалнозначими заболявания:**

Смъртност от болести на кръвообръщението – 1495.0 ‰

Смъртност от исхемична болест на сърцето – 257.5 ‰

Смъртност от мозъчни инсулти – 420.8 ‰

Смъртност от остър инфаркт на миокарда – 85.8 ‰

Смъртност от хипертонична болест – 26.6 ‰<sup>5</sup>

Изследването на здравния статус на ромите в гр. Лом от Факт Маркетинг (2003) установява, че 9.7 % от тях са с артериална хипертония, 3.2 % са с исхемична болест на сърцето, 1.2 % са с миокарден инфаркт, 1.8 % са с мозъчен инсулт, 2.5 % са със захарен диабет.

Проведеното от Търнев и Грекова (2007) изследване на здравния статус на ромите в четири населени места в селските райони на Монтанска област установява, че 76.2 % от 441 интервюирани домакинствата са имали поне едно заболяло през последната година лице. От тях: 133 (30.2 %) са с 1 заболяло лице, 112 (25.4 %) – с 2 заболели лица, 64 (14.5 %) – с 3 заболели лица; 17 (3.9 %) – с 4 заболели лица, 10 (2.3 %) – с 5 и повече заболели лица. Най-висока е заболяемостта от сърдечно-съдови заболявания (в 61.4 % от домакинствата има поне един болен) - в 31.9 % от домакинствата има поне един болен с артериална хипертония: 25.6 % имат 1 болен и 5.1 % - 2 болни с артериална хипертония; 5.7 % са с миокарден инфаркт, 20.8 % имат 1 болен и 3 % - 2 болни с други сърдечни заболявания. На второ място са белодробните заболявания (в 42.6 % от домакинствата) – в 9.2 % - хроничен бронхит, в 15.8 % - 1 болен и в 3.6 % - 2 болни с пневмония, в 12.2 % от домакинствата има 1 болен и в 1.8 % - 2 болни с бронхиална астма. На трето място са гинекологичните заболявания – в 24.7 % от домакинствата. Бъбречните заболявания (общо в 22.4 % от домакинствата) заемат съществен дял в структурата на заболяемостта: в 18.2 % от домакинствата има 1 болен и в 4.2 % - 2 и повече болни с бъбречно заболяване. Висока е заболяемостта от болестите на опорно-двигателния апарат (в общо 17.6 % от домакинствата), като в 12.2 % има 1 болен и в 2.4 % - 2 и повече болни с дископатии и дискови хернии. Следват очните болести – в 13.2 % от домакинствата ; захарният диабет – в 11.3 %; УНГ заболявания – в 11.3 %; язвена болест на стомаха/дванадесетопръстника в 11 %; чернодробните и жлъчни заболявания – в 8.6 %; заболяванията на щитовидната жлеза – в 5.7 %; анемиите – в 5.4 %; мозъчни инсулти – в 5.1 %; травми – в 5.1 %; епилепсията – в 4.2 %; кожни болести – в 3.6 %; злокачествени заболявания – в 2.4 %;

<sup>5</sup> По данни на НДСМИЗМ (Научно дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт)

психични заболявания – респективно в 2.1 % на домакинствата. Внимание заслужава заболяемостта от инфекциозни и паразитни заболявания: в 5.7% от домакинствата има поне един член с вирусен хепатити, в 2.7 % - туберкулоза, в 1.5 % - ехинококоза.

**Онкологични заболявания:** В Монтанска област за 2006 г. общият брой регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания е 6081 (3676,2 на 100 000 души от населението), което е по-високо от средните стойности за страната – 3229 на 100 000. За същата година броят новооткрити заболявания от злокачествени новообразувания е 405,6 на 100 000, а смъртността от онкологични заболявания – респ. 209,2 на 100 000 население. При жените най-разпространетото злокачествено заболяване е ракът на млечната жлеза, като 43% от случаите са диагностицирани за пръв път в 3-4 степен. 40% от случаите с рак на маточната шийка също са диагностицирани за пръв път в 3-4 степен. При мъжете най-разпространен е рака на билте дробове, също на простатата, стомаха и дебелото черво. Над 50% от случаите с рак на простатата се диагностицират още в 1-2 стадий на заболяването. В Монтана няма онкологичен диспансер, а пациентите се насочват към онкодиспансера във Враца.<sup>6</sup>

**Наследствени заболявания:** В Монтанска област са идентифицирани следните наследствени заболявания в три различни ромски групи: Херeditарна моторна и сетивна невропатия тип Лом (ХМСНЛ) и Конгенитален миастенен синдром (КМС) тип Ia. Общото разпространение на тези невромускулни заболявания сред ромите в Монтанска област е 1.043 ‰.<sup>7</sup>

## 2. Видинска област

Видинска област е с общо население 130 074, от които 9 786 (7.6%) се определят като роми. В град Видин ромите живеят в две махали, но по-голямата част от тях населяват квартал “Нов път”. Преобладават българските йерлии християни и калайджии, но също се срещат и турски йерлии. Друго населено място в региона с преобладаване на йерлиите е с. Дунавци. В град Брегово живее калдерашка общност. В с. Арчар се идентифицират две ромски общности – копанари и турски роми йерлии - каладжии, живеещи в различни махали. Копанари живеят и в с. Дреновец.

**Туберкулоза:** По данни на ПФО на МБАЛ “Св. Петка”- гр. Видин през 2007 г. са преминали 86 болни с туберкулоза, 79 – новооткрити и 7 – рецидиви БК (+). От 79<sup>те</sup> новооткрити болни, 5 са били БК (+) на директна микроскопия и 19 - БК (+) на посевка. От 2003 г. се работи по ДОТС.

Установена е следната заболеваемост от туберкулоза за периода 2003-2007: 2003 г – 46.7; 2004 г. – 60.8; 2005 г. – 62.9; 2006 г. -72.3; 2007 – 64.8/100 000. Разпределението по възрастова структура на диспансеризираните показва, че 93 % от болните са на възраст > 17 г., а 7 % < 17 г.

От преминалите през 2007 г.86 болни 27 са роми, 9 са хронични алкохолици, 32 са на възраст под 40 г. Пет са починалите от туберкулоза през 2007 г., четири от които са

<sup>6</sup> По данни на Националния онкологичен регистър и Директора на СБАЛ по Онкология

<sup>7</sup> По данни на Националния генетичен регистър и Национална генетична лаборатория, СБАЛАГ

роми. От 19<sup>те</sup> новооткрити бацилоотделители 5 болни са обезбацилени до 2 месец, 11 болни са обезбацилени след втория месец и 3 болни са трайно БК (+).

През 2007 г. са лекувани 7 болни като рецидиви, което съставлява 8.13 % от преминалите болни. От тук възниква и един от основните проблеми при лечението на тези болни – невъзможността да се осъществят резистограми на територията на гр. Видин. Затруднен е изборът на лечение и преоценката му при неуспех. При по-голямата част от пациентите е невъзможно пътуването за провеждане на контролни прегледи поради финансови проблеми или общото състояние на пациентите. Неуспехът от лечението води до резистентност. Често се наблюдава самоволно прекратяване или липса на съдействие от страна на пациентите по отношение на лечението.

Екипът на ПФО на МБАЛ “Св. Петка”- гр. Видин със завеждащ д-р Ивета Найденова дава следните предложения за подобряване работата с туберкулозно болните: а/ да се осигури чрез Националната програма осъществяването на резистограми на място; б/ да се назначи лекар микробиолог; в/ да се осигури обучение на лаборантите в специализирана лаборатория; г/ чрез РЦЗ и ОПЛ да се оптимизира контрола на амбулаторното лечение; д/ да се осигури флуорограф за провеждане на флуорографски скрининг сред уязвими групи и общности; е/ екип на специализираното заведение да провежда туберкулинова профилактика и диагностика, която да се остойности и поеме от Националната програма; ж/ да се провежда промоция на здравето сред рисковите групи.

#### **Социалнозначими заболявания:**

Смъртност от болести на кръвообръщението – 1585.7 ‰

Смъртност от исхемична болест на сърцето – 383.5 ‰

Смъртност от мозъчни инсулти – 648.4 ‰

Смъртност от остър инфаркт на миокарда – 69.7 ‰

Смъртност от хипертонична болест – 112.7 ‰<sup>8</sup>

Проведеното изследване на здравния статус на ромите в гр. Видин от Факт Маркетинг (2003) установява, че 9.3 % от тях са с артериална хипертония, 4.5 % са с исхемична болест на сърцето, 1.3 % са с миокарден инфаркт, 1.7 % са с мозъчен инсулт, 2.9 % са със захарен диабет.

**Онкологични заболявания:** Във Видинска област за 2006 г. общият брой регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания е 3600 (3095,7 на 100 000 души от населението), което е по-ниско от средните стойности за страната – 3229 на 100 000. За същата година броят новооткрити заболявания от злокачествени новообразувания е 316,5 на 100 000, а смъртността от онкологични заболявания – респ. 254,5 на 100 000 население, доста висок показател в сравнение с общия брой регистрирани случаи. При жените най-разпространетото злокачествено заболяване е ракът на млечната жлеза, като 50% от случаите са диагностицирани за пръв път в 1-2 степен. При мъжете най-разпространен е рака на билте дробове. Над 70% от случаите с рак на простатата се диагностициратхващат още в 1-2 стадий на заболяването. Във Видин няма онкологичен диспансер, а пациентите се насочват към онкодиспансера във Враца (По данни на Националния онкологичен регистър и Директора на СБАЛ по Онкология)

---

<sup>8</sup> По данни на НДСМИЗМ



**Наследствени заболявания:** В област Видин е открит КМС тип Ia с разпространение 0.551‰ (По данни на Националния генетичен регистър).

### 3. Разградска област

Разградска област е с общо население 167410, от които 7464 (4.46%) са се определили като роми. В гр. Разград, гр. Кубрат, гр. Завет и гр. Исперих, както и в повечето села в областта живеят преобладаващо турски роми милет, част от които са с турско самосъзнание (напр. в Разград и Исперих). В кв. Гецово в гр. Разград, с. Осенец, с. Дряновец, с. Хърсово и с. Голям извор живеят големи копанарски общности. Копанари живеят и в гр. Кубрат с. Брестовене, с. Савин и с. Сушево. Характерно за областта е високото ниво на безработица в момента – 22 % от населението. Друг характерен белег на населението е ниският образователен ценз на населението, а именно – с висше образование са 19.1 %, със средно – 47.7 %, основно – 24.9 %, начално – 7.1 %, неграмотни – 1.3 %.<sup>9</sup> От общата характеристика на населението в Разградска област могат да се направят следните изводи за основните рискови фактори за здравето: голям процент на безработица, нисък образователен ценз, злоупотреба с алкохол и никотин, ниска култура на хранене, психосоциален стрес. В този контекст рискови групи са хората с ниски доходи, жителите на селските райони, уязвими етнически общности, продължително безработните, пенсионерите, болните с хронични заболявания.

**Туберкулоза:** Водещ дял в заболяемостта на населението под 18 г. са белодробните заболявания – 54.21 %, докато при лицата над 18 г. водеща е заболяемостта от сърдечносъдови заболявания – 25.11%, следвани от белодробните заболявания – 22.02%. При анализ на смъртността първо място се пада на сърдечносъдовите заболявания, като през 2005 г. те достигат близо 75 %, а на белодробните се падат около 2 %.<sup>10</sup>

Диспансерното пневмофтизиатрично отделение е лечебно заведение, разкрито към МБАЛ “Св. Йоан Рилски”- гр. Разград. Основният проблем, с който се занимава отделението, е туберкулозата. Ежегодно и на всяко тримесечие се следят основните показатели, характеризирани епидемиологичния статус на туберкулозната ендемия и се набелязват конкретни мероприятия за ограничаването ѝ. Макар и нееднозначни по стойност и значение, тези показатели при туберкулозата – инфицираност, заболяемост, болестност и смъртност, са задължителни елементи на всяко програма за контролиране на нейната епидемиология.

От създаването на пневмофтизиатричната мрежа в областта анализът на данните показва, че туберкулозната ендемия в областта обуславя периодичност на заболяемостта. През 2007 г. заболяемостта е 48.16/100 000. Разпределението на заболяемостта от туберкулоза по общини е следното: 91.47/100 000 в община Цар Калиян; 77.27/100 000 в община Самуил; 51.30/100 000 в община Кубрат; 41.42/100 000 в община Исперих; 39.11/100 000 в община Лозница; 36.75/100 000 в община Разград; 16.75/100 000 в община Завет. Относителният дял на бацилоотделителите по общини в Разградска област на 100 000 души е: 45.73 в община Цар Калоян; 35.63 – в община Самуил; 20.71 - в община Исперих; 19.55 – в община Лозница; 15.25 – в община Разград; 14 – в община Кубрат; 8.17 – в община Завет.

<sup>9</sup> По данни на областната управа

<sup>10</sup> По данни на ПФО на МБАЛ - Разград

Новооткритите болни от туберкулоза и бацилоотделителите по общини през 2007 г. са както следва: 21 болни и 7 бацилоотделители в Разград; 11 болни и 3 бацилоотделители – в Кубрат; 10 болни и 5 бацилоотделители - в Исперих; 6 болни и 3 бацилоотделители в Самуил; 6 болни и 3 бацилоотделители в Цар Калоян; 2 болни и 1 бацилоотделител – в община Завет.

Наблюдавайки кривата на заболяемостта в течение на последните седем години и нейния вълнообразен ход, може да се очаква, че навлизаме в период на постепенно покачване. Анализът по общини дава възможност за откриване на огнищата. Увеличаване на заболяемостта в общините Кубрат, Самуил и Цар Калоян е резултат от активното издирване на заболели чрез провеждане на скринингови акции. В провеждането на тези скрининги е важно участието и на ОПЛ и на здравните медиатори.

От месец юли, 2007 в Разградска област е въведен Квантифероновият тест. Изследвани са общо 18 пациенти за периода 07-12.2007 г., от които 15 са с положителен резултат. Този вид изследване дава възможност за подобряване диагностиката на туберкулозата. Тестът е с 98 % чувствителност. От месец март, 2007 г. съвместно с микробиологичната лаборатория към МБАЛ – Разград е въведено изследването на болни от туберкулоза за резистентност на микобактерия на Кох към провежданото лечение. Изследвани са 11 пациенти, които дават различна степен на резистентност към туберкулозостатиците.

Екипът на ПФО на МБАЛ – Разград има позитивен опит при провеждане на скрининги сред малцинствата съвместно със здравните медиатори.

#### **Социалнозначими заболявания:**

Смъртност от болести на кръвообръщението – 1068.8 ‰

Смъртност от исхемична болест на сърцето – 101.8 ‰

Смъртност от мозъчни инсулти – 179.8 ‰

Смъртност от остър инфаркт на миокарда – 89.5 ‰

Смъртност от хипертонична болест – 377.0 ‰<sup>11</sup>

Проведеното от Търнев и Грекова (2007) изследване на здравния статус на ромите в три населени места в селските райони на Разградска област установява, че 39.7 % от 478 интервюирани домакинства са имали поне едно заболяло през последната година лице. От тях: 131 (27.4 %) са с 1 заболяло лице, 52 (10.9 %) – с 2 заболели лица, 4 (0.8 %) – с 3 заболели лица; 3 (0.6 %) – с 4 заболели лица. Най-висока е заболяемостта от сърдечно-съдовите заболявания (общо в 36.2 % има поне един болен със сърдечносъдово заболяване) - в 20 % от домакинствата има поне един болен с артериална хипертония; в 8.9 % - миокарден инфаркт, в 7.3 % - други сърдечни заболявания. На второ място са белодробните заболявания (в общо 17.3 % от домакинствата има поне един болен с белодробно заболяване): в 2.1 % - пневмонии; в 7.3 % - хроничен бронхит; в 7.9 % - бронхиална астма. На трето място е захарният диабет – в 13.7 % от домакинствата. Следват болестите на опорно-двигателния апарат – в 12.1 %; очните заболявания – в 7.9 %; психичните заболявания – в 7.4 %; бъбречните заболявания – в 6.3 %; мозъчните инсулти – в 5.8 %; гинекологичните заболявания - в 5.8 %; УНГ заболявания – в 5.8 %; язвената болест – в 5.3 %; епилепсията – в 4.7 %; травмите – в 4.2 %, болестите на щитовидната жлеза – в 4.2 %; туморите – в 2.1 %, чернодробните и жлъчните заболявания – в 2.1 %, кожните болести – в 2.1 %. Установи се следната заболяемост от инфекциозни и

---

<sup>11</sup> По данни на НДСМИЗМ

паразитни заболявания: в 0.5% от домакинствата има поне един болен с вирусен хепатит, в 1.1 % - туберкулоза, в 1.6 % - сехинококоза.

**Онкологични заболявания:** В Разградска област за 2006 г. общият брой регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания е 3488 (2518,9 на 100 000 души от населението), което е по-ниско от средните стойности за страната – 3229 на 100 000. За същата година броят новооткрити заболявания от злокачествени новообразувания е 352,4 на 100 000, а смъртността от онкологични заболявания – респ. 184,2 на 100 000 население. При жените най-разпространетото злокачествено заболяване е ракът на млечната жлеза, като почти поовината от случаите са диагонстицирани за пръв път в 3-4 степен. Също 50% от случаите с рак на маточната шийка също са диагонстицирани за пръв път в 3-4 степен. При мъжете най-разпространен е рака на билте дробове. Високо разпространение има и ракът на простатата, като над 60% от случаите с рак на простатата се хващат в 3-4 стадий на заболяването. В Разград няма онкологичен диспансер, а пациентите се насочват към онкодиспансера в Шумен (По данни на Националния онкологичен регистър и Директора на СБАЛ по Онкология)

**Наследствени заболявания:** В Разградска област са идентифицирани следните невромускулни заболявания: Пояс-крейник мускулна дистрофия - гамасаркогликанопатия (ПКМД 2С), КМС тип Ia и Дистална миопатия тип Нонака. Общото разпространение на тези невромускулни заболявания в Разградска област е 1.540‰ (По данни на Националния генетичен регистър).

#### **4. Добричка област**

Добричка област е с общо население 232780, от които 18449 (7.93%) се определят като роми. В областта живеят различни ромски групи. Калдераши живеят в гр. Генерал Тошево, гр. Каварна, гр. Шабла и с. Карапелит. Копанари населяват селата Оброчище, Безводица, Стожер, Дебрене, Одърци, Батово, Соколово, Росица и гр. Шабла. Най-преобладаващата група в областта е тази на турските роми милет. Големи общности милет живеят в четирите ромски квартала на гр. Добрич, в гр. Каварна, гр. Балчик, гр. Генерал Тошево, гр. Тервел, Крушари и много села в областта.

**Туберкулоза:** В МБАЛ – гр. Добрич функционира само пневмофтизиатричен кабинет. Новооткритите случаи с туберкулоза по години са: 2004 г. – 90; 2005 г. -110; 2006 г. – 76; 2007 г. – 60; 2008 г. до юни – 40. От 60<sup>те</sup> нови случая (11 жени и 48 мъже) през 2007 г. 59 са с белодробна форма на заболяването и един случай на ромка с костна форма. Заболелите роми през последната година са 25 възрастни и 3 деца. Разпределението на новооткритите случаи по общини е следното: Добрич -31; Добричка – 13; Тервел – 7; Крушари – 6; Генерал Тошено – 2; Балчик – 1. Болестност – новооткрити плюс активни са 232 души (159 мъже и 73 жени). Само белодробни 213 (153 мъже и 60 жени) и 17 деца (11 момчета и 6 момичета).

Повечето болни от Добричка област се лекуват в СБАЛББ – гр. Габрово. В Кравуна се лекуват само психично болни, алкохолици и наркомани.

Завеждащ пневмофтизиатричния кабинет, д-р Ганева, познава и е работила със здравните медиатори, доволна е от тях, и смята че има нужда от такава длъжност.

### **Социалнозначими заболявания:**

Смъртност от болести на кръвообръщението – 894.0 ‰

Смъртност от исхемична болест на сърцето – 198.4 ‰

Смъртност от мозъчни инсулти – 362.2 ‰

Смъртност от остър инфаркт на миокарда – 77.5 ‰

Смъртност от хипертонична болест – 67.8 ‰ (По данни на Научно дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт)

Проведеното изследване на здравния статус на ромите в гр. Добрич от Факт Маркетинг (2003) установява, че 10.6 % от тях са с артериална хипертония, 4 % са с исхемична болест на сърцето, 1 % са с миокарден инфаркт, 1.8 % са с мозъчен инсулт, 3.5 % са със захарен диабет.

**Онкологични заболявания:** В Добричка област за 2006 г. общият брой регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания е 4596 (2240,4 на 100 000 души от населението), което е по-ниско от средните стойности за страната – 3229 на 100 000. тези успокояващи цифри обаче се съпътстват от присъствие в челната тройка (след Перник и Велико Търново) по смъртност от онкологични заболявания – 273 на 100 000 при средна цифра за страната 227,9. За същата година броят новооткрити заболявания от злокачествени новообразувания е 363,2 на 100 000 население. При жените отново най-разпространетото злокачествено заболяване е ракът на млечната жлеза. При мъжете най-разпространен е рака на билте дробове, също на простатата, стомаха и дебелото черво. В Добрич няма онкологичен диспансер въпреки активните опити на обществеността да генерират дебат за необходимостта от диспансер в Добрич, а пациентите се насочват към онкодиспансера във Варна (По данни на Националния онкологичен регистър и Директора на СБАЛ по Онкология)

**Наследствени заболявания:** В Добричка област са идентифицирани следните наследствени заболявания: ХМСНЛ, ПКМД 2С, КМС тип Ia и Дистална миопатия тип Нонака. Общото разпространение на изследваните невро-мускулни заболявания в Добричка област е 0.959‰ (По данни на Националния генетичен регистър).

### **5. Сливенска област**

Сливенска област е с общо население 234785, от които 13.5% се определят като роми. В гр. Сливен живеят различни ромски групи. В кв. “Надежда” живеят три различни ромски групи: турчеещи се, с турско преферирано съзнание, музиканти и “голи цигани”. В кв. “Никола Кочев” преобладават български йерлии християни. В гр. Котел преобладават турски роми музиканти. Гр. Нова Загора се населява от турски роми с турско преферирано самосъзнание. Копанари живеят в гр. Твърдица и селата Шивачево, Мечкарево, Злати войвода, Старо село, Брястово, Каменово. Тракийски калайджии населяват селата Трапоклово, Камен, Злати войвода, Блатец. Български йерлии преобладават в с. Сотиря и с. Горно Александрово.

**Туберкулоза:** Диагностиката и лечението на туберкулозно болните в Сливенска област основно се осъществява в СБАЛББ – гр. Сливен. Болницата е в окаяно състояние,

оставена да се руши, без каквато и да е подкрепа от страна на държавата. Персоналът проявява героизъм да диагностицира и лекува пациенти от туберкулоза при липса на елементарни хигиенни условия. Болницата разполага с микробиологична лаборатория, рентгенов апарат, много стар флуорограф, който не може да пътува. В Сливенска област работят десет пневмофтизиатри. Новооткритите случаи с активна туберкулоза за 2006 г. са 40.1/100 000, а за 2007 г. – 28/100 000. Ромите съставляват 70 % от всички болни с туберкулоза. През първите шест месеца на 2008 г. са починали трима пациенти от туберкулоза. Най-висока заболяемост в Сливенска област има в Нова Загора, където само през последните два месеца са регистрирани 13 случая, община Твърдица и кв. Надежда в гр. Сливен. В някои села като Сотиря, Тополчане, Крушаре също има огнища на туберкулоза. Мнението на д-р Димитрова, директор на СБАЛББ, е че в тези населени места трябва да се проведе флуорографски скрининг.

#### **Социалнозначими заболявания:**

Смъртност от болести на кръвообръщението – 885.3 ‰

Смъртност от исхемична болест на сърцето – 239.7 ‰

Смъртност от мозъчни инсулти – 366.7 ‰

Смъртност от остър инфаркт на миокарда – 109.3 ‰

Смъртност от хипертонична болест – 60.2 ‰ (По данни на Научно дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт)

Изследването на здравния статус на ромите в гр. Сливен от Факт Маркетинг (2003) установява, че 9.3 % от тях са с артериална хипертония, 2.4 % са с исхемична болест на сърцето, 1.0 % са с миокарден инфаркт, 1.3 % са с мозъчен инсулт, 3 % са със захарен диабет.

**Онкологични заболявания:** В Сливенска област за 2006 г. общият брой регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания е 5034 (2403,7 на 100 000 души от населението), което е по-ниско от средните стойности за страната – 3229 на 100 000. За същата година броят новооткрити заболявания от злокачествени новообразувания е 384,9 на 100 000, а смъртността от онкологични заболявания – респ. 206,8 на 100 000 население. При жените най-разпространетото злокачествено заболяване е ракът на млечната жлеза, като 65% от случаите са диагностицирани за пръв път в 1-2 степен. 56% от случаите с рак на маточната шийка също са диагностицирани за пръв път в 1-2 степен. При мъжете най-разпространен е ракът на билте дробове, следван от рака на дебелото черво и на простатата. Над 50% от случаите с рак на простатата се диагностицират още в 1-2 стадий на заболяването. В Сливен няма онкологичен диспансер, а пациентите се насочват към онкодиспансера в Стара Загора (По данни на Националния онкологичен регистър и Директора на СБАЛ по Онкология)

**Наследствени заболявания:** В Сливенска област са идентифицирани следните наследствени невромускулни заболявания: ПКМД 2С, ХМСНЛ и Дитална миопатия тип Нонака. Общото разпространение на тези невромускулни изследвания в Сливенска област е 0.890‰ (По данни на Националния генетичен регистър).

## **6. Ямболска област**

Ямболска област е с общо население 176 552, от които 5.8% се определят като роми. В гр. Ямбол, гр. Елхово, гр. Болярово и гр. Стралджа, както и в повечето села в региона преобладават турските роми милет. В гр. Стралджа има български роми християни. В с. Зимница живеят копанари, в с. Завой – калдераши, в някои Ямболски села се откриват други ромски групи: тракийските калайджии, лахоря и др.

**Туберкулоза:** Диагностиката и лечението на туберкулозно болните в **Ямболска област** основно се осъществява в пневмофтизиатричното отделение (ПФО) на областната болница. Пневмофтизиатричното отделение разполага с микробиологична лаборатория. Не разполага с флуорограф. По данни на ПФО на МБАЛ - гр. Ямбол заболяемостта от туберкулоза е 36.64/100 000 за 2006 г. и 33.8/100 000 за 2007 г. В Ямболска област работят четирима пневмофтизиатри. Един от пневмофтизиатрите, д-р Гърдев, посещава гр. Елхово. През 2008 г. имат 55 новооткрити случаи. Около 50 % от болните са роми. Мнението на д-р Петкова, завеждащ пневмофтизиатричното отделение е, че провеждането на флуорографски скрининги сред ромските общности в три общини, Ямбол, Стралджа и Тунджа, би имало важно значение за ограничаване на заболяването.

#### **Социалнозначими заболявания:**

Смъртност от болести на кръвообръщението – 1072.2 ‰

Смъртност от исхемична болест на сърцето – 277.3 ‰

Смъртност от мозъчни инсулти – 443.9 ‰

Смъртност от остър инфаркт на миокарда – 91.5 ‰

Смъртност от хипертонична болест – 148.0 ‰ (По данни на Научно дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт)

Изследването на здравния статус на ромите в гр. Ямбол от Факт Маркетинг (2003) установява, че 8.7 % от тях са с артериална хипертония, 2.7 % са с исхемична болест на сърцето, 0.9 % са с миокарден инфаркт, 1.4 % са с мозъчен инсулт, 2.3 % са със захарен диабет.

Проведеното от Гърнев и Грекова (2007) изследване на здравния статус на ромите в четири населени места в селските райони на Ямболска област установява, че 55 % от 331 интервюирани домакинствата са имали поне едно заболяло през последната година лице. От тях: 79 (23.9 %) са с 1 заболяло лице, 84 (25.4 %) – с 2 заболели лица, 15 (4.5 %) – с 3 заболели лица; 4 (1.2 %) – с 4 заболели лица. Най-висока е заболяемостта от сърдечно-съдовите заболявания (в общо 50 % от домакинствата има поне един болен със сърдечносъдово заболяване) - в 22.5 % има поне един болен с артериална хипертония; в 4.4 % - миокарден инфаркт, в 24.7 % - други сърдечни заболявания. На второ място са болестите на опорно-двигателния апарат (в общо 34.6 % от домакинствата). На трето място са белодробните заболявания (в общо 25 % от домакинствата): в 9.9 % - хроничен бронхит, в 8.2 % - пневмония, в 6.9 % - бронхиална астма. Язвената болест също заема съществен дял в структурата на заболяемостта (в общо 23.1 % от домакинствата). Висока е заболяемостта от бъбречните заболявания (в общо 19.2 % от домакинствата). Следват гинекологичните заболявания - в 12.6 % от домакинствата; чернодробните и жлъчни заболявания – в 10.9 %; очните болести – в 10.4 %; мозъчните инсулти – в 9.3 %; УНГ заболявания – в 8.7 %; епилепсията – в 7.7 %; захарният диабет - в 7.1 %; психичните заболявания – в 6 %; заболяванията на щитовидната жлеза – в 4.9 %; кожните болести – в 2.2 %; анемиите – в 1.6 %; злокачествени заболявания – в 1.1 %. Внимание заслужава

заболеваемостта от инфекциозни и паразитни заболявания: в 2.2% от домакинствата има поне един болен с вирусен хепатит, в 3.8 % - туберкулоза, в 1.1 % - ехинококоза.

**Онкологични заболявания:** В Ямболска област за 2006 г. общият брой регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания е 4170 (2869,7 на 100 000 души от населението), което е по-ниско от средните стойности за страната – 3229 на 100 000. За същата година обаче броят новооткрити заболявания от злокачествени новообразувания е 417 на 100 000, досат по-високо от средната за страната – 393,3, а смъртността от онкологични заболявания – респ. 258,1,2 на 100 000 население – също по-високо от средното за страната – 227,9 на 100 000, което говори за негативни тенденции в кривата на заболеваемостта. При жените най-разпространетото злокачествено заболяване е ракът на млечната жлеза, като 55% от случаите са диагностицирани за пръв път в 1-24 степен. 68% от случаите с рак на маточната шийка също са диагностицирани за пръв път в 1-2 степен. При мъжете най-разпространени са туморите на билте дробове, простатата, стомаха и дебелото черво. 59% от случаите с рак на простатата се диагностицират още в 1-2 стадий на заболяването. В Ямбол няма онкологичен диспансер, а пациентите се насочват към онкодиспансера в Бургас (По данни на Националния онкологичен регистър и Директора на СБАЛ по Онкология).

**Наследствени заболявания:** В Ямболска област са идентифицирани ПКМД 2С и КМС тип Ia с разпространение 0.800‰ (По данни на Националния генетичен регистър).

## **11. Стратегически цели на програмата за скрининг и ранна диагностика на туберкулоза, социалнозначими, онкологични и наследствени заболявания за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства**

**Основна цел** на програмата е подобряването на здравния статус на групи в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства с фокус роми. Тази основна цел следва да се достигне с изпълнението на стратегически подцели:

- Подобряване достъпа на групи в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства до специализирана медицинска помощ
- Подобряване на информираността и мотивираността на групите в неравностойно положение относно здравословен начин на живот и включване в здравно превенционни програми и инициативи
- Оптимизиране и разширяване на обхвата на съществуващите национални профилактични програми и дейности за превенция на туберкулоза, социалнозначими, онкологични и наследствени заболявания за групи в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства
- Подобряване на информираността, капацитета и мотивацията на медицинските специалисти предоставящи здравни услуги на групи в неравностойно положение

### **Стратегически приоритети:**

1. Намаляване на заболеваемостта и болестността от туберкулоза сред лицата в неравностойно положение, принадлежащи на етническите малцинства

2. Намаляване на заболяемостта, трайно намалената работоспособност и преждевременната смъртност от социалнозначими заболявания сред лицата в неравностойно положение, принадлежащи на етническите малцинства
3. Намаляване на заболяемостта от онкологични заболявания сред лицата в неравностойно положение, принадлежащи на етническите малцинства
4. Намаляване честотата и разпространението на тежки и ранно инвалидизиращи наследствени заболявания сред лица и групи в неравностойно положение, принадлежащи на етническите малцинства

## **12. План за действие за скрининг и ранна диагностика на туберкулоза, социално-значими заболявания, онкологични и наследствени заболявания сред лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства за периода 2008 – 2010г.**

### **Цел 1: Подобряване на профилактиката, диагностиката и лечението на туберкулоза сред лицата в неравностойно положение, принадлежащи на етническите малцинства**

#### Задачи:

- Повишаване обхвата с ваксинации по Националния имунизационен календар
- По-пълно обхващане с профилактични прегледи на лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства
- Осигуряване на по-добро здравно обслужване и по-добро качество на живот на болни с туберкулоза включително такива от етнически малцинства
- Обучение на лица и групи в неравностойно положение за предпазване от туберкулоза. Информационни дейности, свързани с мотивиране на лицата в неравностойно положение за включване в инициативи в областта на здравната превенция с фокус туберкулоза
- Всички планирани дейности ще се координират с Дирекция „Превенция и контрол на СПИН, туберкулоза и ППИ” към МЗ, а на областно ниво – с назначените от Министъра на здравеопазването областни DOTS мениджъри / координатори.

#### Дейности:

- Организиране и провеждане на здравноинформационни събития в местата с висока заболяемост от туберкулоза. Провеждане на разяснителни кампании за необходимостта от ваксиниране с БЦЖ ваксината по Националния имунизационен календар. Здравноинформационна кампания, осъществявана от здравни специалисти от РИОКОЗ и здравните медиатори, за същността на заболяването, начините на заразяване и предпазване, лечение и профилактика. Периодично провеждане на беседи на тема туберкулоза.
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:



- РИОКОЗ (информационни материали, организиране и провеждане на здравноинформационни събития)
    - Консултант (информационни материали, по две специални събития на проектна област),
    - ОПЛ, медицински сестри, проследяващи лечението на болните от туберкулоза, здравни медиатори, медии (участие и организиране на беседи, подпомагане на събитията)
  - Индикатори
    - % информирани представители на целевата група
    - % имунизирани от подлежащите на имунизация
    - % обхванати от скринингови изследвания жители на кварталите
  - Необходими финансови средства - 16 000 лв за целия компонент туберкулоза (консултант)
  - Източници на финансиране – Консултант, МЗ, РИОКОЗ
- Идентифициране на населени места и общности със заболяемост и болестност от туберкулоза над средните за страната
  - Срок: 2008 – 2009г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - МЗ (координиране на дейността)
    - пневмофтизиатрични диспансери, специализирани болници за активно лечение на белодробни болести (СБАЛББ), отделения в областни МБАЛ (предоставяне на информация)
    - РИОКОЗ, РЦЗ, общопрактикуващи лекари(ОПЛ), медицински сестри, проследяващи лечението на пациентите с туберкулоза, здравни медиатори (подпомагане събирането на информация)
  - Индикатори:
    - % от идентифицираните населени места и общности, обхванати от програмата
  - Източници на финансиране - МЗ
- Провеждане на лекарски прегледи в гетоизирани квартали и труднодостъпни населени места с повишено внимание при клинична картина, свързана с кашлица, по-продължителна от един месец и неповлияваща се от курс на лечение с широкоспектърни антибиотици. Такива пациенти ще се насочват за директна микроскопия на храчка, рентгеново изследване на бели дробове и изследване с РРД (Манту) от мобилни екипи на пневмофтизиатричните диспансери или отделения в целевите общности
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - МЗ (координиране, мониториране, осигуряване на мобилни услуги, финансиране)
    - Областни DOTC мениджъри/координатори (координиране на дейността на локално ниво)
    - Консултант (обучение на мобилните екипи, подпомагане и мониторинг)

- Мобилни екипи от пневмофтизиатрични диспансери, СБАЛББ, отделения в областни МБАЛ (провеждане на изследванията)
    - ОПЛ, медицински сестри, проследяващи лечението на пациентите с туберкулоза, здравни медиатори (подаване на информация за лица с хронична кашлица; подпомагане провеждането на изследванията)
  - Индикатори
    - % обхванати с лекарски прегледи индивиди с хронична кашлица
    - % обхванати с микробиологично изследване на хрчка, рентгеново изследване и PPD (Манту) с хронична кашлица
  - Необходими финансови средства – общо 79 000 лв  
( лекарски преглед – 8 лв X 1000 души X 6 области = 48 000 лв;  
директна микроскопия, посявка, антибиограма – 16 лв., рентгеново изследване на бели дробове - 12 лв и PPD (Манту) - 3 лв - x 1 000 лица общо за 6 области = 31 000 лв.)
  - Източници на финансиране - МЗ
- Провеждане на флуорографски скринингови изследвания на място в гетоизирани квартали и труднодостъпни населени места с висока заболяемост от туберкулоза с помощта на подвижни флуорографи и мобилни екипи (Съгласно международните стандарти за грижи за туберкулозата)
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - МЗ (координиране, мониториране, осигуряване на мобилни услуги, финансиране)
    - Областни DOTS мениджъри/координатори (координиране на дейността на локално ниво)
    - Консултант (обучение на мобилните екипи, подпомагане и мониторинг)
    - РЦЗ (осигуряване на специалисти, бюджетиране и мониторинг)
    - Мобилни екипи от пневмофтизиатрични диспансери, СБАЛББ, отделения в областни МБАЛ (провеждане на скрининга,)
    - ОПЛ, медицински сестри, проследяващи лечението на пациентите с туберкулоза, здравни медиатори(подпомагане провеждането на скрининга)
  - Индикатори
    - % обхванати от скринингови изследвания жители на кварталите
    - % обхванати контактни лица
    - % обхванати лица, преболедували от туберкулоза
  - Необходими финансови средства: 1200 души X 10 лв. – 12 000 лв.
  - Източници на финансиране - МЗ
- Здравно образование по метода “врата до врата” и активно търсене на нови случаи в общности с висока заболяемост от туберкулоза с помощта на здравните медиатори .
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:

- Областни DOTC мениджъри/координатори (координиране на дейността на локално ниво)
    - Консултант, здравни медиатори (основен акцент в работата по време на проектния период)
    - РИОКОЗ, ОПЛ, НПО (подпомагане на процеса)
  - Индикатори
    - % информирани представители на целевата група
    - % диспансеризирани от подлежащите на диспансеризация
    - Брой обхванати контактни лица на базата на диспансеризираните
  - Необходими финансови средства – осигурени 16 000 лв за целия компонент туберкулоза по проекта от програма PHARE 2005, изпълняван от Консултанта
  - Източници на финансиране – МЗ, Консултант
- Обхващане на всички контактни на заболелите лица и насочване за провеждане на изследвания
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - Областни DOTC мениджъри/координатори (координиране на дейността на локално ниво)
    - ОПЛ, медицински сестри, проследяващи лечението на болните от туберкулоза, здравни медиатори (осъществяване на обхващането на целевата група)
    - Консултант (подпомагане на процеса на обхващане на контактните на заболелите лица)
  - Индикатори
    - % обхванати контактни лица
    - % лица насочени за изследвания от контактните
    - % обхванати от химиопрофилактика от общия брой заразени
    - % диспансеризирани от подлежащите на диспансеризация
  - Източници на финансиране - МЗ
- Обучение за работа в екип и разпределението на роли и отговорности на медицински сестри, проследяващи продължителната фаза на лечението на болните от туберкулоза, и здравните медиатори
  - Срок: 2008 – 2009г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - Областни DOTC мениджъри/координатори (координиране на дейността на локално ниво)
    - Консултант, РИОКОЗ (провеждане на обучението)
    - ОПЛ, медицински сестри, проследяващи лечението на туберкулозно болните, здравни медиатори (участие в обучението)
  - Индикатори
    - Брой обучени и информирани екипи от медицински сестри и здравни медиатори
  - Необходими финансови средства – 4 000 лв за два пълни учебителни дни за 30 участници

- Източници на финансиране – Консултант, МЗ
- Своевременна диспансеризация, проследяване и осигуряване завършването на лечението при заболялите пациенти от специализираните служби, ОПЛ, медицински сестри, проследяващи лечението на болните от туберкулоза, здравните медиатори и чрез социална подкрепа от страна на службите “Социално подпомагане”
  - Срок: 2009 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - НЗОК (осигуряване на финансирането)
    - пневмофтизиатрични диспансери, ОПЛ (осъществяване на диспансеризацията)
    - здравни медиатори, служби “Социално подпомагане” (подпомагане на порцеса)
  - Индикатори
    - % диспансеризирани от подлежащите на диспансеризация
    - % обхванати от химиопрофилактика от общия брой заразени
    - % първична и вторична резистентност
  - Източници на финансиране - НЗОК

Целеви Групи сред малцинствата в неравностойно положение, които ще бъдат идентифицирани основно с помощта на РИОКОЗ, ОПЛ, здравни медиатори

- Деца
- Млади хора в риск
- Лица с алкохолна зависимост
- Лица инжекционно употребяващи наркотици
- Контактни лица в семейства, в които има туберкулозно болни
- Лица, които са били лишени от свобода
- Лица с кашлица по-продължителна от един месец и неповлияваща се от курс на лечение с широкоспектърни антибиотици
- Лица живеещи в незадоволителни нехигиенични жизнени условия
- Лица преболедували туберкулоза в миналото

Целеви населени места с компактни малцинствени общности в неравностойно положение и висока заболяемост с туберкулоза, идентифицирани с помощта на пневмофтизиатрични диспансери или ПФО на МБАЛ

#### **Ямболска област**

Община Ямбол - гр. Ямбол, кв. Райна Княгиня

Община Стралджа - гр. Стралджа

Община Тунджа -с. Завой, с. Хаджидимитрово, с. Веселиново

#### **Сливенска област**

Община Сливен – гр. Сливен - кв. Надежда, с. Тополчане, с. Сотиря, с. Крушаре

Община Нова Загора – гр. Нова Загора, кв. Шести

Община Твърдица – гр. Твърдица, с. Шивачево

### **Монтанска област**

Община Монтана – гр. Монтана, кв. Огоста

Община Лом – гр. Лом, кв. Хумата и кв. Младеново

Община Медковец – с. Медковец

### **Видинска област**

Община Видин – кв. Нов път, гр. Дунавци,

Община Димово – с. Арчар,

### **Добричка област**

Община Добрич – четири ромски квартала

Община Добричка – с. Карапелит, с. Подслон, с. Фелдефебел Дянково, с. Алцек, с.

Сливненци, с. Победа, с. Плачидол

Община Тервел – гр. Тервел, с. Безмер, с. Орляк, с. Градница, с. Каблешково

Община Крушари – гр. Крушари, с. Лозенец, с. Загорци

### **Разградска област**

Община Цар Калоян: гр. Цар Калоян, с. Езерче.

Община Самуил: с. Желязковец, с. Хърсово;

Община Кубрат: гр. Кубрат, с. Сеслав, с. Севар

Община Исперих: гр. Исперих, с. Китанчево, с. Вазово, с. Подайва;

## **Цел 2: Подобряване на профилактиката, диагностиката и лечението на социалнозначими заболявания сред лицата в неравностойно положение, принадлежащи на етническите малцинства**

### **Задачи**

- По-пълно обхващане с първична профилактика на лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства, със съдови рискови фактори
- Осигуряване на по-добро здравно обслужване и възможности за вторична профилактика на болни в неравностойно положение със сърдечно-съдови и мозъчно-съдови заболявания
- Ранна диагностика на захарния диабет и профилактика на неговите усложнения на болни в неравностойно положение
- Ранна диагностика и профилактика на метаболитния синдром, дислипидемията и затлъстяването на лица в неравностойно положение
- Информирание на лица и групи в неравностойно положение за предпазване от социалнозначими заболявания. Информационни дейности, свързани с мотивиране на лицата в неравностойно положение за включване в инициативи в областта на здравната превенция на социалнозначими заболявания
- Координиране на усилията на представителите на различни здравни институции, участващи в борбата срещу сърдечно-съдовите и мозъчно-съдовите заболявания.

## Дейности

- Провеждане на масови скринингови измервания на артериалното налягане, ЕКГ, индекс на телесна маса и обиколка на талията на лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - МЗ (осигуряване мобилни единици и тяхното финансиране)
    - РЦЗ (осигуряване на мобилните екипи и мониториране тяхната дейност)
    - мобилни екипи от интернисти (осъществяване на скрининговите измервания)
    - ОПЛ (участие в скрининговите измервания и осигуряване лечението на пациенти със съдови рискови фактори).
    - Консултант и здравни медиатори (подпомагане провеждането на скрининговите измервания)
  - Индикатори
    - Брой новоткрити случаи на артериална хипертония
    - Брой новоткрити случаи на затлъстяване
    - % диспансеризирани от подлежащите на диспансеризация
    - %обхванати от скрининга жители на кварталите/населените места
  - Необходими финансови средства – 90 000 лв (10 лв на изследван индивид, 1 500 на област, 6 области)
  - Източници на финансиране - МЗ
  
- Провеждане на скринингови биохимични изследвания /кръвна картина, кръвна захар, креатинин, липиден профил/ при лица с повишен риск в гетоизираните квартали и трудно-достъпни населени места чрез мобилни екипи.
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - МЗ (осигуряване мобилни единици и тяхното финансиране)
    - РЦЗ (осигуряване мобилните екипи и мониториране тяхната дейност)
    - мобилни лабораторни екипи (провеждане биохимичните изследвания)
    - ОПЛ (идентифициране и насочване на индивиди с висок съдов риск за биохимични изследвания)
    - Консултант и здравни медиатори (подпомагане работата на мобилните лабораторни екипи)
  - Индикатори
    - % обхванати от скрининга рискови случаи с повишени биохимични показатели
    - Брой новоткрити случаи на лица със захарен диабет
    - Брой новоткрити случаи на лица с метаболитен синдром
  - Необходими финансови средства – 45 000 лв (5 лв на изследван индивид, 1 500 на област, 6 области)
  - Източници на финансиране - МЗ

- Провеждане на профилактични прегледи с мобилни ултразвукови апарати
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - МЗ (осигуряване мобилни единици и тяхното финансиране)
    - РЦЗ (осигуряване мобилните екипи и мониториране тяхната дейност)
    - мобилни екипи (провеждане ултразвукови изследвания)
    - ОПЛ (насочване индивиди с висок съдов риск за ултразвукови изследвания)
    - Консултант и здравни медиатори (подпомагане работата на мобилните екипи)
  - Индикатори
    - % обхванати от прегледите жители на кварталите/населените места
    - % диспансеризирани от подлежащите на диспансеризация
  - Необходими финансови средства – 72 000 лв.(12 лв на изследване, 1000 души на област, 6 области)
  - Източници на финансиране МЗ
  
- Здравноинформационна кампания, осъществявана от здравни специалисти от РИОКОЗ и здравните медиатори, за съдовите рискови фактори и възможностите за първична профилактика на миокардните инфаркти и мозъчните инсулти. Периодично провеждане на беседи на тема профилактика на сърдечно-съдови и мозъчно-съдови заболявания със съдействието и участието на здравните медиатори.
  - Срок: 2008 – 2010г
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - РИОКОЗ (организиране и провеждане на здравноинформационни събития)
    - Консултант (изработване и разпространение на здравноинформационни материали)
    - здравни медиатори (участие в здравноинформационни събития и разпространение на здравноинформационни материали)
  - Индикатори
    - % информирани представители на целевата група
    - % лица с артериална хипертония, обхванати от програмата
    - % лица със захарен диабет, обхванати от програмата
    - % лица със затлъстяване, обхванати от програмата
  - Необходими финансови средства - осигурени 16 000 лв за целия компонент социалнозначими заболявания по проекта от програма PHARE 2005, изпълняван от Консултанта
  - Източници на финансиране – Консултант, РИОКОЗ
  
- Провеждане на здравно образование на лица, преживели миокардни инфаркти и мозъчни инсулти, за възможностите за вторична профилактика и постигане на оптимално поведение спрямо съдовите рискови фактори.
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:

- РИОКОЗ (организиране и провеждане на здравноинформационни събития)
    - Консултант (изработване и разпространение на здравноинформационни материали)
    - здравни медиатори (участие в здравноинформационни събития и разпространението на здравноинформационни материали)
  - Индикатори
    - % информирани представители на целевата група
    - % обхванати от вторична профилактика от общия брой подлежащи на обхващане
  - Необходими финансови средства - осигурени 16 000 лв за целия компонент социалноначими заболявания по проекта от програма PHARE 2005, изпълняван от Консултанта
  - Източници на финансиране - Консултант
- Своевременна диспансеризация, респ. проследяване лечението на лица, преживели миокардни инфаркти и мозъчни инсулти, както и на такива с исхемична болест на сърцето или с преходни нарушения на мозъчното кръвообръщение.
  - Срок: 2009 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - НЗОК и РЗОК (контролиране на диспансеризацията)
    - специалисти кардиолози и невролози към ДКЦ (провеждане на диспансеризацията)
    - здравни медиатори (повишаване мотивацията на болните за грижа на собственото здраве)
  - Индикатори
    - % диспансеризирани от подлежащите на диспансеризация –
    - % обхванати от вторична профилактика подлежащи на обхващане
  - Необходими финансови средства
  - Източници на финансиране - НЗОК
- Своевременна диспансеризация, респ. контрол на лечението на лица със съдови рискови фактори: артериална хипертония, захарен диабет, дислипидемия, затлъстяване, тютюнопушене, системна употреба на алкохол, генетични фактори и др.
  - Срок: 2009 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - НЗОК и РЗОК (контролиране на диспансеризацията)
    - ОПЛ (провеждане на диспансеризацията) и ендокринолози ( за захарен диабет инсулинозависим тип)
    - здравни медиатори (повишаване мотивацията на болните за грижа на собственото здраве)
  - Индикатори
    - % диспансеризирани от подлежащите на диспансеризация
    - % обхванати от вторична профилактика подлежащи на обхващане
  - Необходими финансови средства
  - Източници на финансиране - НЗОК



- Популяризиране на принципите за здравословно хранене и здравословен начин на живот след лица в неравностойно положение
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - РИОКОЗ (организиране и провеждане на здравноинформационни събития)
    - Консултант (изработване и разпространение на здравноинформационни материали)
    - ОПЛ, здравни медиатори и НПО (участие в здравноинформационни събития и разпространение на здравноинформационни материали)
  - Индикатори
    - Брой информирани представители на целевата група
    - Брой лица със затлъстяване, обхванати от програмата
    - % лица с метаболитен синдром, обхванати от програмата от общия брой
  - Необходими финансови средства - осигурени 16 000 лв за целия компонент социалноначими заболявания по проекта от програма PHARE 2005, изпълняван от Консултанта
  - Източници на финансиране – Консултант, РИОКОЗ

#### Целеви Групи сред малцинствата в неравностойно положение

- Лица с артериална хипертония
- Лица, фамилно обременени за инфаркт на миокарда и мозъчни инсулти
- Лица със захарен диабет и намален глюкозен толеранс
- Лица, фамилно обременени за захарен диабет
- Лица със затлъстяване
- Лица с дислипидемии
- Лица с метаболитен синдром
- Лица с алкохолна зависимост
- Лица с никотинова зависимост
- Лица над 30 годишна възраст

#### Целеви населени места с компактни малцинствени общности в неравностойно положение с селектирани по следните критерии:

- Голяма концентрация на етнически малцинства, с фокус роми;
- Затруднен достъп до специализирана здравна помощ;
- Отдалечени от общински център;
- Липса на постоянно действащ общо практикуващ лекар (ОПЛ) – предимно селски райони;
- Наличие на голям брой деца и младежи от 0 до 18 г.

#### Ямболска област

Община Ямбол - гр. Ямбол, кв. Райна Княгиня

Община Стралджа - гр. Стралджа, с. Лозенец, с. Зимница, с. Иречеково, с.Александрово  
Община Тунджа -с. Завой, с. Хаджидимитрово, с. Бояджик, с. Ботево, с. Веселиново, с.  
Кукорево, с. Дражеево,  
Община Елхово - с. Бояново и с. Маломирово, гр. Елхово;  
Община Болярово - с. Стефан Караджово и с. Воден

#### **Сливенска област**

Община Сливен – гр. Сливен - кв. Надежда, кв. Никола Кочев; с. Тополчане, с. Сотиря, с.  
Селиминово, с. Жельо Войвода, с.Камен, с.Калояново, с.Блатец, с.Чинтулово,  
с.Гавраилово, с.Крушаре  
Община Нова Загора – гр. Нова Загора, кв. Шести  
Община Твърдица – гр. Твърдица, с. Шивачево  
Община Котел – гр. Котел, гр. Градец

#### **Монтанска област**

Община Монтана – гр. Монтана, кв. Огоста и кв. Кошарник  
Община Лом – гр. Лом  
Община Вълчедръм – гр. Вълчедръм, с. Долни Цибър, с. Септемврийци  
Община Вършец – гр. Вършец  
Община Медковец – селата Медковец и Расово  
Община Якимово – с.Якимово  
Община Берковица - гр. Берковица, с. Замфирово,  
Община Бойчиновци -с. Владимирово и с. Лехчево,  
Община Брусарци - с. Василовци и с. Крива бара

#### **Видинска област**

Община Видин – кв. Нов път, гр. Дунавци, с. Ново Село  
Община Белоградчик- гр. Белоградчик  
Община Брегово – гр. Брегово  
Община Димово – с. Арчар, с. Септемврийци  
Община Кула – гр. Кула  
Община Ружинци – с. Бело поле, с. Дреновец

#### **Добричка област**

Община Балчик – гр. Балчик, кв. Изток и кв. Левски; с. Бобовец, с. Стражица, с. Тригорци,  
с. Оброчище  
Община Каварна – гр. Каварна, с. Белгун, с. Септемврийци  
Община Шабла – гр Шабла  
Община Генерал Тошево – гр. Генерал Тошево, с. Кардам, с. Спасово, с. Росица, с.  
Пчеларово, с. Присад, с. Люляково, с. Росица  
Община Крушари – гр. Крушари, с. Лозенец, с. Загорци  
Община Тервел – гр. Тервел, с. Безмер, с. Орляк, с. Градница, с. Каблешково  
Община Добричка – с. Карапелит, с. Подслон, с. Фелдефебел Дянково, с. Алцек, с.  
Сливненци, с. Победа, с. Плачидол  
Община Добрич – четири ромски квартала

#### **Разградска област**

Община Разград: с. Дянково, с. Раковски, кв. Стражец, с. Ясновец;  
Община Самуил: с. Желязковец, с. Хърсово;  
Община Лозница: с. Гороцвет, с. Каменар, с. Студенец;  
Община Кубрат: гр. Кубрат, с. Сеслав, с. Севар;  
Община Исперих: гр. Исперих, с. Китанчево, с. Вазово, с. Подайва;  
Община Завет: гр. Завет, с. Острово, с. Брестовени;  
Община Цар Калоян: гр. Цар Калоян, с. Езерче.

### **Цел 3: Подобряване на профилактиката, диагностиката и лечението на онкологични заболявания сред лицата в неравностойно положение, принадлежащи на етнически малцинства.**

#### Задачи:

- Обхващане със скринингови и информационни програми за превенция на рака на маточната шийка на жени от общности в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства
- Обхващане със скринингови и информационни програми за превенция на рака на млечната жлеза на жени от общности в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства
- Обхващане с информационни програми за превенция на рака на простатата на мъже от общности в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства
- Обхващане с информационни програми за превенция на рака на дебелото черво на общности в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства
- Информационни програми за превенция на рака на белите дробове и за отказване от тютюнопушене за лица в неравностойно положение
- Осигуряване на по-добро здравно обслужване и възможности за вторична профилактика на онкоболни включително такива от етнически малцинства
- Подобряване на комуникацията и координиране на усилията на представителите на различни здравни институции, участващи в борбата срещу онкологичните заболявания.- МЗ, Консултант, РЦЗ, СБАЛО, онкологични диспансери, мобилни екипи, специалисти към МБАЛ и ДКЦ, РИОКОЗ, ОПЛ, здравни медиатори, НПО

#### Дейности

- Провеждане на скрининги за профилактика на рака на маточната шийка
  - Срок: 2008 – 2009г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - МЗ (осигуряване на мобилни гинекологични кабинети от програма PHARE 2004 за периода декември 2008 – май 2009 и на финансиране за скринингите),
    - Консултант (организация и мониторинг на скринингите, обработка на информацията, обучение на екипите),
    - РЦЗ (организация и мониторинг, връзка с МЗ, бюджетиране),
    - СБАЛО и онкологични диспансери (методическа помощ),
    - мобилни екипи (провеждане на скринингите по места)

- ОПЛ и здравни медиатори (информация, насочване и мотивация на целевата група за участие в скринингите, изготвяне на графици)
  - Индикатори
    - % жени от целевата група обхванати от програмата за скрининг на маточната шийка
    - % диагностицирани в ранен стадий
    - % диагностицирани и насочени за лечение жени от целевата група
  - Необходими финансови средства – 129 600 лв (15 лв на цитонамазка, 24 прегледа дневно, 20 работни дни месечно, 6 области (Монтана/Видин, Разград/Добрич, Сливен/Ямбол), по 3 месеца на област – 3 мобилни единици)
  - Източници на финансиране - МЗ
- Провеждане на информационни и промоционни дейности за профилактика на рака на маточната шийка
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - Консултант (дизайн, изработване и разпространение на информационни и промоционни материали, специални събития, работа на терен),
    - РИОКОЗ, НПО (информация, дизайн, изработване и разпространение на информационни и промоционни материали, специални събития, работа на терен)
    - ОПЛ и здравни медиатори (информация, разпространение на информационни и промоционни материали)
  - Индикатори
    - % жени от целевата група обхванати от информационните и промоционни дейности
    - проведени специални събития
    - разпространени информационни материали
  - Необходими финансови средства – 3 200 лв (Консултант)
  - Източници на финансиране – Консултант, МЗ, РИОКОЗ, НПО
- Провеждане на скрининги за профилактика на рака на млечната жлеза
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - МЗ (осигуряване на финансиране за скринингите, мобилен ехограф и екип за работа с мобилната техника)),
    - Консултант (организация и мониторинг на скринингите, обработка на информацията, обучение на екипите за работа в мултиетнична среда)
    - мобилни екипи (провеждане на скринингите по места)
    - ОПЛ и здравни медиатори (информация, насочване и мотивация на целевата група за участие в скринингите, изготвяне на графици)
  - Индикатори
    - % жени от целевата група обхванати от програмата за скрининг на млечната жлеза
    - % диагностицирани в ранен стадий

- % диагностицирани и насочени за лечение жени от целевата група
  - Необходими финансови средства -72 000 лв (12лв на ехография, 1000 прегледа на област, (Монтана/Видин, Разград/Добрич, Сливен/Ямбол), 6 области)
  - Източници на финансиране - МЗ
- Провеждане на информационни и промоционни дейности за профилактика на рака на млечната жлеза
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - Консултант (дизайн, изработване и разпространение на информационни и промоционни материали, специални събития, работа на терен),
    - РИОКОЗ, НПО (информация, дизайн, изработване и разпространение на информационни и промоционни материали, специални събития, работа на терен)
    - ОПЛ и здравни медиатори (информация, разпространение на информационни и промоционни материали)
  - Индикатори
    - % жени от целевата група обхванати от информационните и промоционни дейности
    - проведени специални събития
    - разпространени информационни материали
  - Необходими финансови средства - 3 200 лв (Консултант)
  - Източници на финансиране – Консултант, МЗ, РИОКОЗ, НПО
- Провеждане на информационни и промоционни дейности за профилактика на рака на простатата
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - МЗ, СБАЛО и онкологични диспансери (методическа помощ)
    - Консултант (дизайн, изработване и разпространение на информационни и промоционни материали, специални събития, работа на терен),
    - РИОКОЗ, НПО (информация, дизайн, изработване и разпространение на информационни и промоционни материали, специални събития, работа на терен)
    - ОПЛ и здравни медиатори (информация, разпространение на информационни и промоционни материали)
  - Индикатори
    - % мъже от целевата група обхванати от информационни и промоционни дейности за профилактика на рака на простатата
    - % потърсили профилактични прегледи и лечение мъже от целевата група
    - % диагностицирани в ранен стадий
  - Необходими финансови средства -3 200 лв (Консултант)
  - Източници на финансиране - Консултант, МЗ, РИОКОЗ, НПО

- Провеждане на информационни и промоционни дейности за профилактика за коло-ректален рак
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - МЗ, СБАЛО и онкологични диспансери (методическа помощ)
    - Консултант (дизайн, изработване и разпространение на информационни и промоционни материали, специални събития, работа на терен),
    - РИОКОЗ, НПО (информация, дизайн, изработване и разпространение на информационни и промоционни материали, специални събития, работа на терен)
    - ОПЛ и здравни медиатори (информация, разпространение на информационни и промоционни материали)
  - Индикатори
    - % лица от целевата група обхванати от информационните и промоционни дейности за профилактика на рака на дебелото черво
    - % потърсили профилактични прегледи и лечение от целевата група
    - % диагностицирани в ранен стадий
  - Необходими финансови средства - 3 200 лв (Консултант)
  - Източници на финансиране - Консултант, МЗ, РИОКОЗ, НПО
  
- Провеждане на информационна кампания за вредата от тютюнопушенето и мотивационни специални събития за отказване от тютюнопушене. Информационни и промоционни дейности за профилактика на рака на белите дробове
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - МЗ, СБАЛО и онкологични диспансери (методическа помощ)
    - Консултант (дизайн, изработване и разпространение на информационни и промоционни материали, специални събития, работа на терен),
    - РИОКОЗ, НПО (информация, дизайн, изработване и разпространение на информационни и промоционни материали, специални събития, работа на терен)
    - ОПЛ и здравни медиатори (информация, разпространение на информационни и промоционни материали)
    - Национални и регионални медии (медийно отразяване, промоции)
  - Индикатори
    - % лица от целевата група обхванати от кампанията срещу тютюнопушенето
    - събрани казуси за лица отказали се от тютюнопушене или променили поведението си вследствие на кампанията
    - % лица от целевата група обхванати от информационните дейности и профилактичната програма за превенция на рака на белите дробове
    - % диагностицирани в ранен стадий
    - % диагностицирани и насочени за лечение лица от целевата група

- Необходими финансови средства - 3 200 лв (Консултант)
  - Източници на финансиране - Консултант, МЗ, РИОКОЗ, НПО
- Популяризиране на принципите на активно отношение към здравето, здравната превенция и профилактиката на онкологични заболявания сред лица в неравностойно положение
    - Срок: 2008 – 2010г,
    - Отговорни институции и изпълнители:
      - МЗ, СБАЛО и онкологични диспансери (методическа помощ)
      - Консултант (дизайн, изработване и разпространение на информационни и промоционни материали, специални събития, работа на терен),
      - РИОКОЗ, НПО (информация, дизайн, изработване и разпространение на информационни и промоционни материали, специални събития, работа на терен)
      - ОПЛ и здравни медиатори (информация, разпространение на информационни и промоционни материали)
    - Индикатори
      - % лица от целевата група, обхванати от дейностите по здравно образование и информация за профилактика на онкологичните заболявания
    - Необходими финансови средства – 16 000 лв (Консултант – сумирано от предишните промоционни дейности)
    - Източници на финансиране - Консултант, МЗ, РИОКОЗ, НПО
- Своевременна диспансеризация, респ. проследяване лечението на лица от групи в неравностойно положение, диагностицирани с онкологични заболявания .
    - Срок: 2009 – 2010г,
    - Отговорни институции и изпълнители:
      - МЗ (методическа помощ)
      - СБАЛО и онкологични диспансери (диспансеризация)
      - РИОКОЗ (информация, мотивиране на целевата група за отговорно отношение към здравните дейности)
      - ОПЛ и здравни медиатори (информация, мотивиране на целевата група)
      - НЗОК (финансиране)
    - Индикатори
      - % диспансеризирани лица от подлежащите на диспансеризация
      - % лица преминали през активно лечение от насочените за активно лечение
    - Необходими финансови средства
    - Източници на финансиране – МЗ, СБАЛО, онкодиспансери, НЗОК

#### Целеви Групи сред малцинствата в неравностойно положение

- Жени над 18 години, започнали сексуален живот (семеен), за цитологичен скрининг за рак на шийката на матката
- Жени във възрастовата група 49 - 65 години за мамографски скрининг за рак на гърдата
- Мъже над 45 години за кампанията за превенция на простатен карцином
- Лица над 50 години за кампанията за превенция на коло-ректален рак
- Активни пушачи за кампанията за превенция на рака на белите дробове
- Лица с фамилна анамнеза за рак на дебелото черво, простатата и млечната жлеза
- Жени, приемали продължително време хормонозаместителна терапия или хормонална контрацепция
- Лица с полипоза и улцерозен колит за кампанията за превенция на коло-ректален рак

Целеви населени места с компактни малцинствени общности в неравностойно положение, селектирани по следните критерии:

- Голяма концентрация на етнически малцинства, с фокус роми;
- Затруднен достъп до специализирана здравна помощ;
- Отдалечени от общински център;
- Липса на постоянно действащ общо практикуващ лекар (ОПЛ) – предимно селски райони;
- Наличие на голям брой деца и младежи от 0 до 18 г.

#### **Ямболска област**

Община Ямбол - гр. Ямбол, кв. Райна Княгиня

Община Стралджа - гр. Стралджа, с. Лозенец, с. Зимница, с. Иречеково, с.Александрово

Община Тунджа -с. Завой, с. Хаджидимитрово, с. Бояджик, с. Ботево, с. Веселиново, с. Кукорево, с. Дражеево,

Община Елхово - с. Бояново и с. Маломирово, гр. Елхово;

Община Болярово - с. Стефан Караджово и с. Воден

#### **Сливенска област**

Община Сливен – гр. Сливен - кв. Надежда, кв. Никола Кочев; с. Тополчане, с. Сотирия, с. Селиминово, с. Жельо Войвода, с.Камен, с.Калояново, с.Блатец, с.Чинтулово, с.Гавраилово, с. Крушаре

Община Нова Загора – гр. Нова Загора, кв. Шести

Община Твърдица – гр. Твърдица, с. Шивачево

Община Котел – гр. Котел, гр. Градец

#### **Монтанска област**

Община Монтана – гр. Монтана, кв. Огоста и кв. Кошарник

Община Лом – гр. Лом

Община Вълчедръм – гр. Вълчедръм, с. Долни Цибър, с. Септемврийци

Община Вършец – гр. Вършец

Община Медковец – селата Медковец и Расово

Община Якимово – с.Якимово



Община Берковица - гр. Берковица, с. Замфирово,  
Община Бойчиновци -с. Владимирово и с. Лехчево,  
Община Брусарци - с. Василевци и с. Крива бара

#### **Видинска област**

Община Видин – кв. Нов път, гр. Дунавци, с. Ново Село  
Община Белоградчик- гр. Белоградчик  
Община Брегово – гр. Брегово  
Община Димово – с. Арчар, с. Септемврийци  
Община Кула – гр. Кула  
Община Ружинци – с. Бело поле, с. Дреновец

#### **Добричка област**

Община Балчик – гр. Балчик, кв. Изток и кв. Левски; с. Бобовец, с. Стражица, с. Тригорци, с. Оброчище  
Община Каварна – гр. Каварна, с. Белгун, с. Септемврийци  
Община Шабла – гр Шабла  
Община Генерал Тошево – гр. Генерал Тошево, с. Кардам, с. Спасово, с. Росица, с. Пчеларово, с. Присад, с. Люляково, с. Росица  
Община Крушари – гр. Крушари, с. Лозенец, с. Загорци  
Община Тервел – гр. Тервел, с. Безмер, с. Орляк, с. Градница, с. Каблешково  
Община Добричка – с. Карапелит, с. Подслон, с. Фелдефебел Дянково, с. Алцек, с. Сливненци, с. Победа, с. Плачидол  
Община Добрич – четири ромски квартала

#### **Разградска област**

Община Разград: с. Дянково, с. Раковски, кв. Стражец, с. Ясновец;  
Община Самуил: с. Желязковец, с. Хърсово;  
Община Лозница: с. Гороцвет, с. Каменар, с. Студенец;  
Община Кубрат: гр. Кубрат, с. Сеслав, с. Севар;  
Община Исперих: гр. Исперих, с. Китанчево, с. Вазово, с. Подайва;  
Община Завет: гр. Завет, с. Острово, с. Брестовени;  
Община Цар Калоян: гр.Цар Калоян, с.Езерче.

**Цел 4: Подобряване на профилактиката, диагностиката и лечението на наследствени заболявания сред лица и групи в неравностойно положение, принадлежащи на етнически малцинства.**

#### **Задачи:**

- Подобряване на диагностиката и профилактиката на наследствените и вродени болести и предразположения сред лица и групи в неравностойно положение чрез усъвършенстване и разширяване на скринингови програми
- Актуализиране, укрепване и разширяване на съществуващите скринингови регистри
- Подобряване контрола на лечението на генетичните и вродените болести

- Повишаване на генетичната осведоменост на лица, групи и общности в неравностойно положение, както и на медицинските специалисти в областта на наследствената патология

#### Дейности:

- Провеждане на селективни генетични скрининги за някои най-чести и тежки наследствени заболявания сред високорискови малцинствени общности и групи:
  1. За Наследствена моторна и сетивна невропатия тип Лом – в областите Монтана, Сливен и Добрич - 1000 души
  2. За Пояс-крайник прогресивна мускулна дистрофия – гамасаркогликанопатия - в областите Разград, Сливен, Ямбол – 1000 души
  3. За Конгенитален миастенен синдром – в областите Монтана, Видин, Добрич и Ямбол- 1000 души
  4. За Дистална миопатия тип Нонака – в областите Добрич, Разград и Сливен- 500 души

Скринингите включват следните етапи:

**Етап 1** - Идентифициране на високорискови общности и групи в шестте области за определените четири наследствени заболявания

- Срок: 2008 г,
- Отговорни институции и изпълнители:
  - Консултант (използване на всички събрани налични данни за определяне местата за провеждане на селективния скрининг)
  - Национална генетична лаборатория (предоставяне на данни от своя регистър)
  - Специализирани звена за диагностика на различни наследствени заболявания (предоставяне на информация за разпространение на наследствените заболявания в шестте целеви области)
  - ОПЛ и здравни медиатори (събиране и подаване на информация за засегнати семейства)

**Етап 2** Запознаване на рисковите групи с целите на програмата. Обхващане със здравно образование всички млади хора, а именно: даване на подробни разяснения *какво представляват наследствените болести, защо се появяват, как могат да се унаследят, какво представлява генетичното изследване, какво следва от това изследване, какъв избор имат двойките от двама носители, какво представлява изследването на бременността.*

- Срок: 2008/2009 г,
- Отговорни институции и изпълнители:
  - Консултант (осигуряване на информационни материали и организиране на здравноинформационна кампания във всяко населено място, където ще се проведе селективен генетичен скрининг)
  - РИОКОЗ (участие в здравноинформационната кампания)
  - здравни медиатори и ромски НПО (подпомагат организирането и провеждането на здравноинформационната кампания)

**Етап 3** Вземане на кръв за генетично изследване от всички желаещи на специални филтърни бланки след даване на писмено съгласие за изследване.

- Срок: 2008/2009 г,
- Отговорни институции и изпълнители:
  - Консултант, съвместно с ОПЛ и здравни медиатори (организира не и осъществяване на вземането на кръв за генетично изследване)

**Етап 4** Изследване на събрания генетичен материал и откриване на носителите на мутантните гени

- Срок: 2008/2009 г,
- Отговорни институции и изпълнители:
  - МЗ (осигуряване на финансиране за консумативи и за провеждането на молекулярногенетичните изследвания)
  - Национална генетична лаборатория (провеждане на генетичните изследвания и получаване на резултатите)

#### **Етап 5** - Генетично консултиране

- Всички изследвани се консултират лично, резултатите им са съобщават устно и писмено и подробно им се разяснява значението на тези резултати.
- На откритите носители подробно и внимателно се обяснява условията, които пораждат риск за раждане на болно потомство, както и възможностите за избягване на този риск.

- На роднините на откритите носители / братя, сестри, братовчеди/ се предлага активно и те да се изследват при проявено желание за това от тяхна страна.

- Насочване на родителски двойки от носители към пренатална диагностика

- Срок: 2008/2009 г,
- Отговорни институции и изпълнители:
  - Експерти на Националната генетична лаборатория, специализираните звена за диагностика на различни наследствени заболявания и Консултанта (осигуряване на генетичното консултиране)

- Индикатори
  - % селективни генетични скрининги от необходимите да се проведат
  - % обхванати лица от целевата група
  - Брой на изследваните с молекулярно-генетични методи
  - % на откритите носители на моногенни заболявания от изследваните лица
  - Брой на включените пациенти и семейства в генетичните регистри
  - % на лицата, с които са проведени медико-генетични консултации от насочените към кабинети за медико-генетично консултиране
  - % обхванати рискови семейства и групи
  - % на насочени към пренатална диагностика съпружески двойки от двама носители
- Необходими финансови средства – 50 000 лв за една година, 3 500 души (вж.стр. 62)
- Източници на финансиране - МЗ

Целеви населени места с компактни малцинствени общности в неравностойно положение с висока заболяемост на наследствени заболявания, идентифицирани с помощта на Националния генетичен регистър и Националната генетична лаборатория

### **Ямболска област**

Община Ямбол - гр. Ямбол, кв. Райна Княгиня

Община Стралджа - гр. Стралджа, с. Лозенец, с.Александрово

Община Тунджа -с. Завой, с. Хаджидимитрово, с. Бояджик, с. Ботево, с. Веселиново, с. Кукорево, с. Дражеево,

### **Сливенска област**

Община Сливен – гр. Сливен - кв. Надежда, с. Тополчане, с. Сотирия, с. Селиминово

Община Твърдица – гр. Твърдица, с. Шивачево

### **Монтанска област**

Община Лом – гр. Лом

Община Вълчедръм – с. Долни Цибър

### **Видинска област**

Община Видин – кв. Нов път, гр. Дунавци, с. Ново Село

Община Димово – с. Арчар

### **Добричка област**

Община Балчик – гр. Балчик, кв. Изток и кв. Левски

Община Каварна – гр. Каварна

Община Добрич – четири ромски квартала

### **Разградска област**

Община Разград: с. Раковски, с. Ясеновец;

Община Кубрат: гр. Кубрат, с. Сеслав, с. Севар;

Община Исперих: гр. Исперих, с. Китанчево, с. Вазово, с. Подайва;

Община Завет: гр. Завет, с. Острово, с. Брестовени;

- Провеждане на масов дородов ултразвуков скрининг за вродени малформации –
  - Срок: 2008 – 2010г,
  - Отговорни институции и изпълнители:
    - МЗ (осигуряване на мобилни ултразвукови апарати и финансиране)
    - РЦЗ (осигуряване на мобилни екипи, мониторинг на профилактичните прегледи)
    - Консултантът (обучение на мобилните екипи за работа в мултиетнична среда и здравните медиатори за повишаване мотивацията на целевата група за участие в профилактични прегледи)
    - мобилни екипи от АГ специалисти (осъществяване на ултразвуковите изследвания)
    - ОПЛ (насочване на жени от целевата група за профилактични прегледи)
    - Здравни медиатори (подпомагане на провеждането на дородовия ултразвуков скрининг)
  - Индикатори

- % на бременните жени, изследвани с пренатален ултразвуков апарат от целевата група
    - % на откритите жени с отклонения от нормата от изследваните
    - % на предотвратени случаи на раждане на деца с вродени малформации
  - Необходими финансови средства – 36 000 лв (500 бременни на област, 6 области, 12лв на ехография)
  - Източници на финансиране - МЗ
- Здравно образование и информиране на лица и групи в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства по отношение на наследствените заболявания. Създаване и разпространение на информационни материали сред населението за същността на наследствените болести и предразположения, за диагностичните възможности у нас и за тяхното лечение и профилактика.
    - Срок: 2008 – 2010г,
    - Отговорни институции и изпълнители:
      - Консултант (разработване на информационни материали, организиране на тяхното разпространение, обучителни семинари)
      - РИОКОЗ (разпространение на информационни материали)
      - ОПЛ, здравни медиатори и НПО (подпомагане на здравноинформационната дейност)
    - Индикатори
      - Брой и видове издадените информационни и образователни материали.
      - % на включените представители на целевата група в обучителни модули
      - % на включените в обучителни семинари ОПЛ и представители на клинични специалности, обслужващи целевата група
      - % лица от целевата група, обхванати от дейностите по здравно образование и информация за неонатален скрининг
    - Необходими финансови средства – 16 000 лв
    - Източници на финансиране - Консултант

#### Целеви Групи сред малцинствата в неравностойно положение

- Младежи в репродуктивна възраст, принадлежащи на ендогамни и инбередни групи и общности с високо разпространение на наследствени заболявания
- Пациенти и семействата им с клинични данни за генетична болест
- Рискови семейства за раждане на дете с генетични проблеми (предишно дете с генетична болест).
- Бременни жени

#### Целеви населени места с компактни малцинствени общности в неравностойно положение

##### Ямболска област

Община Ямбол - гр. Ямбол, кв. Райна Княгиня

Община Стралджа - гр. Стралджа, с. Лозенец, с. Зимница, с. Иречеково, с.Александрово  
Община Тунджа -с. Завой, с. Хаджидимитрово, с. Бояджик, с. Ботево, с. Веселиново, с.  
Кукорево, с. Дражеево,  
Община Елхово - с. Бояново и с. Маломирово, гр. Елхово;  
Община Болярово - с. Стефан Караджово и с. Воден

#### **Сливенска област**

Община Сливен – гр. Сливен - кв. Надежда, кв. Никола Кочев; с. Тополчане, с. Сотирия, с.  
Селиминово, с. Жельо Войвода, с.Камен, с.Калояново, с.Блатец, с.Чинтулово,  
с.Гавраилово, с. Крушаре  
Община Нова Загора – гр. Нова Загора, кв. Шести  
Община Твърдица – гр. Твърдица, с. Шивачево  
Община Котел – гр. Котел, гр. Градец

#### **Монтанска област**

Община Монтана – гр. Монтана, кв. Огоста и кв. Кошарник  
Община Лом – гр. Лом  
Община Вълчедръм – гр. Вълчедръм, с. Долни Цибър, с. Септемврийци  
Община Вършец – гр. Вършец  
Община Медковец – селата Медковец и Расово  
Община Якимово – с.Якимово  
Община Берковица - гр. Берковица, с. Замфирово,  
Община Бойчиновци -с. Владимирово и с. Лехчево,  
Община Брусарци - с. Василевци и с. Крива бара

#### **Видинска област**

Община Видин – кв. Нов път, гр. Дунавци, с. Ново Село  
Община Белоградчик- гр. Белоградчик  
Община Брегово – гр. Брегово  
Община Димово – с. Арчар, с. Септемврийци  
Община Кула – гр. Кула  
Община Ружинци – с. Бело поле, с. Дреновец

#### **Добричка област**

Община Балчик – гр. Балчик, кв. Изток и кв. Левски; с. Бобовец, с. Стражица, с. Тригорци,  
с. Оброчище  
Община Каварна – гр. Каварна, с. Белгун, с. Септемврийци  
Община Шабла – гр Шабла  
Община Генерал Тошево – гр. Генерал Тошево, с. Кардам, с. Спасово, с. Росица, с.  
Пчеларово, с. Присад, с. Люляково, с. Росица  
Община Крушари – гр. Крушари, с. Лозенец, с. Загорци  
Община Тервел – гр. Тервел, с. Безмер, с. Орляк, с. Градница, с. Каблешково  
Община Добричка – с. Карапелит, с. Подслон, с. Фелдефебел Дянково, с. Алцек, с.  
Сливненци, с. Победа, с. Плачидол  
Община Добрич – четири ромски квартала

## **Разградска област**

Община Разград: с. Дянково, с. Раковски, кв. Стражец, с. Ясновец;  
Община Самуил: с. Желязковец, с. Хърсово;  
Община Лозница: с. Гороцвет, с. Каменар, с. Студенец;  
Община Кубрат: гр. Кубрат, с. Сеслав, с. Севар;  
Община Исперих: гр. Исперих, с. Китанчево, с. Вазово, с. Подайва;  
Община Завет: гр. Завет, с. Острово, с. Брестовени;  
Община Цар Калоян: гр. Цар Калоян, с. Езерче.

### **13. Приложения**

**Приложение 1** – Анализ на заболяемостта от туберкулоза

**Приложение 2** – Анализ на заболяемостта от най-честите социалнозначими заболявания: сърдечносъдови, мозъчносъдови и захарен диабет

**Приложение 3** – Анализ на заболяемостта от онкологични заболявания и основни нужди от интервенции

**Приложение 4** – Анализ на заболяемостта от наследствени заболявания и досегашния опит за тяхната превенция

**Приложение 5** – Списък и клинични характеристики на наследствени заболявания, чести сред ромското население

**Приложение 6** – Длъжностна характеристика на здравния медиатор

**Приложение 7** – Разпределение на 111 здравни медиатори в 54 общини, финансово осигурени чрез делегиран бюджет за 2008 г.

**Приложение 8** – Списък на експертите, участвали в подготовката на настоящата Програма и План за действие