

**“ПОДОБРЯВАНЕ НА СЪСТОЯНИЕТО И ИНТЕГРАЦИЯ НА
МАЛЦИНСТВЕНИ ГРУПИ В НЕРАВНОСТОЙНО ПОЛОЖЕНИЕ СЪС
СПЕЦИАЛЕН ФОКУС ВЪРХУ РОМИТЕ” - КОМПОНЕНТ
„ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ”**

Europe Aid/122904/D/SER/BG

АНАЛИТИЧЕН ДОКЛАД

**ПО СЪЩЕСТВУВАЩАТА ИНФОРМАЦИОННА СИСТЕМА В
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ И НА ВЪЗМОЖНОСТИТЕ ЗА НЕЙНОТО
НАДГРАЖДАНЕ ОТ ГЛЕДНА ТОЧКА НА МОНИТОРИНГА НА
ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА
„Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към
етнически малцинства”**

Декември 2008 - Февруари 2009

СПИСЪК НА СЪКРАЩЕНИЯТА

ДЕДВ	Дирекция по етнически и демографски въпроси към Министерски съвет
ЕДВ	Етнически и демографски въпроси
ЗЗОЛ	Задължително здравноосигурени лица
ЗМ	Здравен медиатор
МЗ	Министерство на здравеопазването
МОН	Министерство на образованието и науката
МРРБ	Министерство на регионалното развитие и благоустройството
МС	Министерски съвет
МТСП,	Министерство на труда и социалната политика
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НПО	Неправителствена организация
НРД	Национален рамков договор
НССЕДВ	Национален съвет за сътрудничество по етническите и демографските въпроси
НЦЗИ	Национален център за здравна информация към МЗ
ОПЛ	Общо практикуващ лекар
РИОКОЗ	Регионална инспекция за опазване и контрол на общественото здраве
РЗОК	Регионална здравноосигурителна каса
РЦЗ	Регионален център по здравеопазване
СЗО	Световна здравна организация

Съдържание

1. ВЪВЕДЕНИЕ	4
1.1. Техническото задание	4
1.2. Офертата на консорциума	5
1.3. Начален доклад на консорциума	6
1.4. Дейностите по настоящия доклад	7
1.5. Целите на настоящия доклад	7
2. ОСНОВНИ РЕЗУЛТАТИ И ИЗВОДИ	8
2.1. Относно „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”, плановете за действие към нея и предвидената мониторингова система за наблюдаване на изпълнението ѝ	8
2.2. Относно съществуващата система за мониторинг и оценка в ДЕДВ	21
2.3. Относно съществуващите в България здравни информационни системи	27
2.4. Относно съществуващите в някои европейски страни здравни информационни системи	38
3. ПРЕПОРЪКИ	44
3.1. За включване на България в някои международни/европейски информационни системи	44
3.2. За употребата на данните от здравния компонент в Допълнението към съществуващата в ДЕДВ мониторингова система	46
3.3. За планираното в рамките на настоящия проект изследване	49
4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	53

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1 – Списък на използваните документи

Приложение 2 – Доклад на проф. Лазер и д-р Вейнхара – неключови експерти по информационни системи в здравеопазването по настоящия проект

Приложение 3 – Доклад на д-р Димитър Георгиев – неключов експерт по информационни системи в здравеопазването по настоящия проект

Приложение 4 – Проект за „План за действие към Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” (2008-2009)

Приложение 5 – Писмо до министъра на здравеопазването относно достъп до документи

Приложение 6 – „Пълен текст” - Проект „Здравно-информационни стандарти”

Приложение 7 – Въпросници на MICS

Приложение 8 – Въпросници към Системата за мониторинг на ДЕДВ – област Здравеопазване

Приложение 9 – Въпросници по първия етап на изследването в рамките на настоящия проект

1. ВЪВЕДЕНИЕ

1.1. Техническото задание

В Техническото задание относно задача 4 е записано:

„2.2. Цел

.....

- Да се оценят потребностите и възможностите за надстройване на съществуващата Система за здравна информация и мониториране, с оглед спецификата на здравния статус на етническите малцинства в неравностойно положение с фокус върху ромите (с. 8-9 ToR)

2.3. Резултати от работата на Консултанта

.....

Анализ и оценка на потребностите и проучване за приложимост за усъвършенстване на разработената Национална здравно-информационна и мониторираща система (с. 9 ToR).

4. ОБХВАТ НА ДЕЙНОСТТА

4.1. Общи дейности

4.1.1. Описание на проекта

.....

Задача 4. Във връзка с Анализа и оценката на потребностите и проучването за приложимост за усъвършенстване на Националната здравно-информационна и мониторираща система, с оглед спецификата на здравния статус на етническите малцинства в неравностойно положение с фокус върху ромите.

В рамките на Анализа и оценката на потребностите и проучването за приложимост Консултантът ще идентифицира потребностите и възможностите за проектиране на Национална здравно-информационна и мониторираща система с цел да се произведат релевантни задания за следващата фаза 3 на проекта. Тази задача ще бъде подготвителна фаза за по-нататъшното проектиране на Обща информационна и мониторираща система по проблемите на етническите малцинства в неравностойно положение със специален фокус върху ромите през третата фаза на проекта.

При анализа Консултантът трябва да вземе под внимание съществуващата Информационна система на Министерството на здравеопазването, съответните действащи индикатори, източниците на данни, и начините на събиране и обработване на информацията. Консултантът трябва да идентифицира възможни индикатори, нови източници на данни и начини на събиране и обработване на информация на локално, регионално и национално равнище във връзка с мониторирането на провеждането на настоящия проект, на други релевантни проекти и на релевантни национални програми за здравеопазване. От Консултанта се очаква да предостави експертиза, основаваща се на най-добрите европейски практики и на трансфер на ноухау относно етнически чувствителни подходи за събиране и обработване на данни (с. 14 ToR).

4.2. Специални дейности

.....

Във връзка със Задача 4.

Консултантът трябва да извърши Анализ и оценка на потребностите и проучване за приложимост за усъвършенстване на Националната здравно-информационна и мониторираща система с оглед спецификата на здравния статус на етническите малцинства в неравностойно положение със специален фокус върху ромите. При изпълняването на тази задача Консултантът трябва да проучи съществуващата Информационна система на Министерството на здравеопазването, съответните действащи индикатори, източниците на данни, и начини на събиране и обработване на информация и да идентифицира възможните нови индикатори, източници на данни и начини на събиране и обработване на информация на локално, регионално и национално равнище във връзка с мониторирането на провеждането на настоящия проект, на други релевантни проекти и на релевантни национални програми за здравеопазване. Ще се осъществи обмен на ноухау и на най-добрите европейски практики в областта на етнически чувствителните подходи за събирането и обработването на данни.

Първоначалният вариант на Анализ и оценка на потребностите и проучване за приложимост ще бъде представен на СПР за одобрение” (с. 17-18 ToR).

1.2. Офертата на консорциума

В офертата на консорциума относно задача 4 е записано:

ДЕЙНОСТИ ПО TOR ВЪВ ВРЪЗКА СЪС ЗАДАЧА 4:	Разработване на Анализ и оценка на потребностите и проучване за приложимост за усъвършенстване на Националната здравно-информационна и мониторираща система
---	--

❖ Проучване на съществуващите механизми за събиране, обработване и анализ на информация

Нашият ключов експерт № 4 (Наука и изследвания) ще започне тази дейност като събере релевантната информация относно съществуващата/ите информационна/и система/и. След консултации с представители на МЗ тя ще извърши анализ на документите, предоставени от релевантните институции и/или звена, работещи със статистически данни и анализи. В допълнение към работата по анализа на документи ще бъдат извършени теренни проучвания в избраните целеви области с цел проучване на място на прилаганите мониториращи практики и на механизмите за обработване на информацията. Експертът ще бъде подпомаган от местните здравни медиатори и – когато това е възможно – от членове на учредените Координационни екипи. Като имаме предвид ролята на местната общинска администрация и институциите, осигуряващи здравни услуги, ние ще търсим тяхното съдействие и мнение по изследователските дейности.

Паралелно с гореизброените изследователски дейности нашият ключов експерт ще изготви – с помощта на неключови експерти – детайлна схема на най-добрите европейски практики в областта. Това ще бъде компендиум, съдържащ избрани модели и практики, които са приложими в българския контекст, а не просто обикновен „сборник” с такива модели/практики. Тяхната приложимост и потенциална осъществимост в страната ще бъде задълбочено обсъдена с Бенефициента на проекта и със съответните ключови фигури. Ще бъде направено представяне на изводите и на препоръките от изследователската работа пред представители на Бенефициента на проекта и техните мнения и препоръки ще бъдат

отразени в следващия етап на създаването на Доклад върху анализа и оценката на потребностите и проучването за приложимост.

❖ **Доклад върху анализа и оценката на потребностите и проучването за приложимост**

Крайният продукт на тази дейност ще бъде изработен при консултиране с различните ключови фигури, участващи в процеса на събиране, обработване и анализ на информация. Ще се проведат дълбочинни теренни изследвания в целевите райони с цел да се организират срещи с местните институции, осигуряващи услуги, и с потребителите на тези услуги, и така да се набави съдържателен принос за структурирането на първоначалния вариант на Доклада. Това предполага и оползотворяване на междинните материали от мониторирането, създадени при осъществяването на дейностите по Задача 1, 2 и 3. Окончателният Доклад върху анализа и оценката на потребностите и проучването за приложимост ще бъде готов за предаване на Бенефициента в края на фазата на осъществяване на проекта. Препоръките и коментарите ще бъдат отразени в окончателната версия на този Доклад.

1.3. Начален доклад на консорциума

В Началния доклад на консорциума относно задача 4 е записано:

- „Да се оценят потребностите и възможностите за надстройване на съществуващата Система за здравна информация и мониториране, с оглед спецификата на здравния статус на етническите малцинства в неравностойно положение с фокус върху ромите” (с. 5 НД).
- „Анализ и оценка на потребностите и проучване за приложимост за усъвършенстване на разработената Национална здравно-информационна и мониторираща система” (с. 6 НД).

Дейностите в изпълнение на задача 4 са описани по следния начин:

- „4.1. Провеждане на координиращи срещи с представители на МЗ
- 4.2. Събиране на съответните документи за съществуващата информационна система
- 4.3. Преглед на източниците на данни, индикатори и начини на събиране на информацията
- 4.4. Провеждане на теренни проучвания за изучаване на съществуващите практики на място
- 4.5. Анализ и подготовка за представяне на най-добрите европейски практики
- 4.6. Представяне на резултатите и препоръките към съществуващата информационна система за мониторинг
- 4.7. Консултиране с МЗ на бъдещите подобрения на информационната система
- 4.8. Събиране на информацията от проведените теренни проучвания
- 4.9. Изготвяне на доклад за анализ и оценка на потребностите и проучване на приложимостта
- 4.10. Предаване на доклад за анализ и оценка на потребностите и проучване на приложимостта” (с. 21-22 НД)

Двата **продукта**, които трябва да бъдат предадени в изпълнение на **задача 4** са:

- Представяне на резултатите и препоръките към съществуващата информационна система за мониторинг

- Предаване на доклад за анализ и оценка на потребностите и проучване на приложимостта

1.4. Дейностите по настоящия доклад са:

Настоящият доклад, който по същество е изпълнение на задача „4.6. Представяне на резултатите и препоръките към съществуващата информационна система за мониторинг”, е изработен на основата на следните дейности, описани в Началния доклад:

- „4.1. Провеждане на координиращи срещи с представители на МЗ
- 4.2. Събиране на съответните документи за съществуващата информационна система
- 4.3. Преглед на източниците на данни, индикатори и начини на събиране на информацията
- 4.5. Анализ и подготовка за представяне на най-добрите европейски практики”

В изпълнение на посочените дейности са изготвени два доклада на неключовите експерти по информационни системи в здравеопазването:

- доклад на проф. Лазер и д-р Вейнхара - 46 стр., с 16 приложения в общ обем около 1000 стр., представен на 21 октомври 2008 година (Вж. Приложение 2);
- доклад на д-р Димитър Георгиев – 17 стр., с 45 приложения в общ обем над 1000 стр., представен на 20 декември 2008 година (Вж. Приложение 3).

1.5. Целите на настоящия доклад са:

- Да направи анализ на набираната информация от съществуващите системи в областта на здравеопазването в РБългария от гледна точка на възможностите тя да обслужва процеса на мониторинг на изпълнението на „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” и на плановете за действие към нея.
- Да направи анализ на съществуващи практики в други страни, в това число страни членки на Европейския съюз, и да препоръча прилагането на някои от тях в България от гледна точка на обслужване на процеса на мониторинг на изпълнението на „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” и на плановете за действие към нея.
- Да направи препоръки за формулиране на индикатори и за изработване на мониторингова система, наблюдаваща изпълнението на „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства, 2005” и на плановете за действие към нея.

2. ОСНОВНИ РЕЗУЛТАТИ И ИЗВОДИ

2.1. Относно „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”, плановете за действие към нея и предвидената мониторингова система за наблюдаване на изпълнението ѝ

Към настоящия момент – 20 декември 2008 г. – няма данни за съществуваща мониторингова система за наблюдаване на изпълнението на „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” (приета през 2005 г.) и на плановете за действие към нея.

В заключителната част на „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” има раздел „МОНИТОРИНГ И

ОЦЕНЯВАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ”, в който ясно се заявява необходимостта от

„създаването на национална информационна система. Чрез нея ще се осъществява набиране и анализ на достоверна и навременна статистическа информация по широк кръг от социални, демографски и здравни индикатори, включително за лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства. Данните за здравето следва да бъдат дезагрегирани (доколкото е допустимо в съответствие с действащото българско законодателство) по пол, икономически статус, доходи, местоживееене и етническа група, за да се идентифицира специфичния здравен профил и нуждите на хората от уязвимите общности, за да се насочат ресурси и субсидии към тези, които се нуждаят най-много от тях.

Тъй като показателите на детската и майчината смъртност, на заболяемостта и смъртността в активна възраст и трайно намалената работоспособност сред лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства са по-високи, отколкото средните за страната, трябва да се предприемат специални мерки за събиране на здравна и демографска информация, необходима за анализиране на причините за тези по-високи стойности и за изработване на конкретни политики за решаване на здравните проблеми, съобразени със спецификите на различните общности.”

В документа се заявява намерението „да бъдат използвани основни показатели, характеризиращи състоянието и функционирането на здравната система и състоянието на общественото здраве” (http://www.nccedi.government.bg/upload/docs/zdravna_strategia_prieta.htm)

От приведените цитати става ясно:

- че е планирано да се създаде обхватна информационна система по широк кръг социални, демографски и здравни индикатори,
- в която данните да могат да бъдат дезагрегирани по редица признаци, включително и етнически произход,
- така че да е възможно насочването на финансови и човешки ресурси към местни малцинствени общности, в които показателите по здравните индикатори са значително по-лоши от средните за страната и/или за съответната област,

- както и да е възможно аналитичното открояване на факторите, които са довели/водят до тези значително влошени показатели, за да се формират конкретни (най-вече местни) политики, насочени към преодоляване на тяхното действие.

Трудно е да се отговори на въпроса защо това не се е случило до този момент, след като е било планирано за изпълнение още през 2005 година. Един възможен отговор е, че значителната част от предвидените дейности в „План за действие към Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” (2005-2007) са разписани и съответно финансирани по проекти на ФАР и други програми. Както е известно, отчитането по проектите на ФАР се извършва по сложна схема и вероятно се създава нагласата, че не е необходима постоянно действаща мониторингова система. (По-нататък ще покажем защо една подобна нагласа е неадекватна.)

„Финансирането на отделните дейности от Плана за действие 2005-2007 г. ще се извършва в рамките на ежегодното утвърдените средства по бюджетите на съответните министерства и чрез финансиране на проекти от международни организации и донорски програми. За периода 2005-2007 г. са предвидени 3,5 млн. лв. от държавния бюджет, а като безвъзмездно финансиране по програма ФАР се очакват около 14 млн. евро. Предвидените средства за реализиране на плана за действие по стратегията само от бюджета на Министерството на здравеопазването възлизат на над 1,2 млн. лв.” (http://www.mh.government.bg/7_pressoffice/20_news/1010_article/)

Друг възможен отговор на въпроса защо липсва мониторингова система за изпълнението на Стратегията¹ е, че такава система не е изградена по никоя от приетите стратегии/планове/програми, имащи отношение към интеграцията/социалното включване на малцинствата и в частност на ромите. Няма изградена мониторингова система и по „Национален план за действие – Десетилетие на ромското включване”. Вместо данни от работещи системи за мониторинг и/или доклади, основаващи се на такива данни, на заседание на НССЕДВ, проведено на 17 октомври 2007 г., на което е присъствал и министър-председателят, са представени следните **отчети**²:

- Доклад на Министерството на труда и социалната политика, изнесен от заместник-министъра Баки Хюсеинов
- Доклад на Министерството на регионалното развитие и благоустройство, изнесен от заместник-министъра Савин Ковачев

¹ Оттук нататък „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” ще се назовава накратко Стратегията.

² Такова е наименованието на прикачените файлове.

- Доклад на Министерството на здравеопазването, изнесен от заместник-министъра Матей Матеев
- Доклад на Министерството на образованието и науката, изнесен от заместник-министъра Мукадес Налбант

В информацията за проведеното заседание се казва:

„Отчетени бяха резултати в подобряването на жилищните им условия, на образователното равнище на децата и учениците от етническите малцинства, както и дейности, свързани с повишаване на заетостта и квалификацията на ромите, както и здравното осигуряване на лица в неравностойно положение” (Вж. „НССЕДВ – Единство в многообразието” http://www.nccedi.government.bg/save_pdf.php?id=649).

В „Доклад за извършените дейности във връзка със Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства през 2005-2007” на заместник-министъра на здравеопазването се описва актуалната проблемна ситуация от гледна точка на здравното състояние на роми и турци, „въпреки липсата на конкретни статистически данни”. По-нататък се представят конкретни данни за извършени дейности и постигнати резултати по няколко проекта: брой подготвени и назначени здравни медиатори, обучени общо практикуващи лекари и медицински сестри, проведени профилактични прегледи от различни лекари специалисти по населени места, здравни беседи, и т.н. Прави впечатление както броят на проектите, така и броят на обхванатите от дейностите по тях. Но трябва да забележим – макар че от доклада това не винаги става ясно, че това са все проекти, финансирани по програма ФАР, от Световната банка, MATRA, дейностите по които са подкрепяни от МЗ, в реализацията им са участвали и представители на РИОКОЗ и РЦЗ в съответните, обхванати от проектите, области, но в които финансовото участие на МЗ е незначително на фона на общия обем вложени в тях средства.

Независимо какъв е отговорът на въпроса защо (все още) няма действаща мониторингова система по Стратегията, следствията от нейната липса са:

- **Налице са единствено данни за извършените дейности по проекти и за броя обхванати в тези дейности представители на целевите групи/региони (прегледани пациенти, обучени лекари и медицински сестри, участници в здравни беседи, обучени/назначени здравни медиатори, и т.н.). Броят на обхванатите в съответните дейности се представят като индикатори за резултатите от проектите – това има своите основания когато и доколкото интересът към резултатите ги полага единствено и само в рамките на**

съответния проект, отнасяйки ги към общия брой лица от съответните целеви групи и/или към планирания брой на обхванати в съответните дейности лица.

Проблемът е следствие от факта, че и в План за действие (2005-2007)³

индикаторите са посочени по сходен начин (Вж.

http://www.ncedi.government.bg/ZADRAVNA%20STRATEGIA_AO.htm).

Например:

- „Брой осъществени прегледи и консултации” е индикатор за дейността „1.1.2 Осъществяване на акушеро-гинекологични прегледи и консултации в кабинети, вкл. и мобилни такива, действащи в близост до райони с компактно население, принадлежащо към етнически малцинства”.

Какъв трябва да е броят на осъществените прегледи и консултации, за да се приеме за успешно изпълнението на тази дейност? Кой и как определя този брой? Този брой има ли отношение към общия брой жени, нуждаещи се от такива прегледи? В колко „райони с компактно население, принадлежащо към етнически малцинства” ще се осъществява дейността? (Отговорът на този въпрос е лесен – колкото са заложени в съответния проект по програма ФАР. Но не е убедителен от гледна точка на План за действие (2005-2007) – защото поставя в пряка зависимост изпълнението на този план, който е създаден, за да реализира заложеното в Стратегията, от специфичния обхват на един отделно взет проект пък бил той и по ФАР.)

- Индикаторът „% ранни раждания от тези за общността, % родствени бракове от тези за общността” трябва да измерва успеха на дейността „2.1.1. Провеждане на беседи с подрастващи и млади хора и техните родители за начините за предпазване от нежелана и ранна бременност и за опасностите, които крие ранната бременност за майката и бебето и за рисковете от родствените бракове”.

Оставям настрана важния въпрос доколко е реалистично да се мисли, че провеждането на беседи ще доведе до значима промяна в нагласата за сключване на ранни и родствени бракове в рамките на 2 години. Но за да може индикаторът да е работещ, трябва да са налични данни за общия брой раждания в „общността”, както и за общия брой бракове в „общността” – Коя е „общността”? Как е дефинирана, за да бъде адекватно разпознавана? Кой и как набира данни по тези показатели – брой раждания, брой бракове, брой ранни раждания, брой ранни бракове? И доколкото източникът на

³ Оттук нататък „План за действие към Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства 2005-2007 г.” ще се назовава накратко План за действие (2005-2007).

финансиране отново е проект по програма ФАР, независимо че дейността е планирана на национално равнище, очевидно е, че тя ще се реализира в избраните по проекта целеви региони.

- Индикаторът „Брой заболели от полово предавани инфекции” трябва да измерва успеха на дейността „2.1.3. Провеждане на беседи, разговори, прожекции на филми с ученици от 5-8 клас и младежи, отпаднали от училище, за спецификата на пубертетния период и полово предаваните инфекции”.

И тук оставям настрана важния въпрос доколко е реалистично да се мисли, че провеждането на беседи ще доведе до значима промяна в заболеваемостта от полово предавани болести в рамките на 2 години. Но индикаторът отново се полага на национално равнище по отношение на една неясно колко голяма група лица и неясно как разпределена на територията на страната, а изпълнението на дейността, макар и вменено на МЗ, РИОКОЗ, НПО, ОПЛ, фактически отново е обвързано с изпълнението на проекти, които по определение не обхващат територията на цялата страна, т.е. няма как да покриват неизвестно колко голямата група лица, подлежащи на обхващане от заявената дейност.

Тук не си поставяме задачата да огледаме и проблематизираме всички дейности в План за действие (2005-2007) и коректността на формулираните техни индикатори, както и приложимостта им. Задачата е единствено да илюстрираме начина, по който **План за действие (2005-2007) остава на равнището на проектната дейност, а чрез формулираните индикатори няма как да се измерва напредъка по целите и задачите на Стратегията.**

Същото е валидно и за проекта за „План за действие към Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”⁴, който беше предоставен на екипа на настоящия проект от Дирекция „Национална здравна политика”. Според посочените в него „периоди” би трябвало да заключим, че той е за 2008-2009 г., но към днешна дата – 20 декември 2008 г., нямаме информация дали той е приет и дали са настаняни промени в предоставения ни вариант.

Същевременно разработената от нашия екип „Програма за скрининг и ранна диагностика на туберкулоза, социално значими, онкологични и наследствени заболявания за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически

⁴ Оттук нататък проектът за „План за действие към Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” ще се назовава накратко План за действие (2008-2009). (Вж. Приложение 4.)

малцинства”, включваща и План за действие за периода 2008-2010 г., която трябва да е част от Плана за действие на МЗ, е съгласувана с МЗ и е приета от управляващия комитет на МС. Това, което липсва, е осигурен конкретен бюджет за изпълнението на Плана за действие по тази програма.

Предоставеният ни вариант на „План за действие към Здравната стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” (2008-2009), освен че е типологично сходен на предходния План за действие (2005-2007), съдържа значително по-малко дейности, а формулировките на някои от целите, които присъстват и в двата плана, са симптоматично променени – напр.: „1. Намаляване на детската смъртност” е променено на „Въздействие в посока намаляване на детската смъртност”, „2. Намаляване на майчината смъртност” е променено на „Въздействие в посока намаляване на майчината смъртност” – но индикаторите по задачите и дейностите, предвидени за постигането на тази цел остават същите.

Друга особеност на предоставения ни проект за План за действие (2008-2009) е, че по цел „Осигуряване на равен достъп до здравни услуги” е предвидена една единствена задача „1.1. Утвърждаване длъжността на здравния медиатор като координираща фигура между здравните институции и малцинствените групи и общности”, с една единствена дейност „1.1.1 Осигуряване трудовата реализация на медиаторите”, индикатор за успеха на която е „Брой назначени здравни медиатори”. Няма как да не забележим, че основната фигура, на която се вменява задължението да реализира „равния достъп до здравни услуги” е здравният медиатор, при положение, че на всички са известни ежегодните трудности, свързани с назначаването и преназначаването на здравни медиатори. От друга страна, липсват систематични данни за: къде още е необходимо да се назначи здравен медиатор; колко здравни медиатора е ефективно да бъдат назначени в съответен квартал, обитаван от „лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”; кои точно са тези квартали; и т.н.

Няма никаква предвидена дейност по „Стратегическа цел V: 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”. Сякаш тази цел вече е постигната и няма какво да се планира по нея.

Затова пък в края на План за действие (2008-2009) отново стои задачата „1.

Разработване и внедряване на механизми за наблюдение и оценяване на здравното

състояние на лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”, за изпълнението на която планираните дейности са:

- „1.1.1. Разработване на информационна и мониторинг система” (с индикатор „Създадена система”),
- „1.1.2. Мониториране на здравния статус на лицата в неравностойно положение от етнически малцинства” (с индикатор „Създадена система за мониторинг”),
- „1.1.3. Извършване на оценка на досегашните проекти и анализ на данните” (с индикатор „Изготвен анализ”).

Първите две от тези дейности със същите индикатори за успешната им реализация присъстват и в План за действие (2005-2007) – под номера съответно 1.3., 1.5., наред с още няколко други в заключителната рубрика „Мониторинг на здравното състояние на малцинствата в неравностойно положение”. Според План за действие (2005-2007) дейността по „разработване на информационна и мониторинг система” би трябвало да е завършила през 2006-2007 г., а „мониторирането здравния статус на лицата в неравностойно положение от етническите малцинства” да се провежда през целия период на План за действие – 2005-2007 година. Залагането на същите тези дейности в проекта за План за действие (2008-2009) е категорично доказателство, че не е разработена каквато и да било мониторингова система, независимо от нейното планиране в Стратегията и в План за действие (2005-2007). Трябва обаче да забележим и още нещо много важно: присъстващите в План за действие (2005-2007) и в проекта за План за действие (2008-2009) индикатори няма как да обслужват една все още бъдеща мониторингова система за „мониториране здравния статус на лицата в неравностойно положение от етнически малцинства”, защото – както посочихме по-горе – тези индикатори измерват единствено резултатите от съответните проекти. И накрая, но нещо твърде важно – в този проект за План за действие (2008-2009) липсват каквито и да е предвидени средства. Може би защото е само проект, но пък 2008 година вече отмина.

- **Няма как да се проследява постигането на заложените в Стратегията цели и изпълнението на съответните задачи, защото липсва каквато и да е информация за обема и географското разположение на съответните целеви групи.** Дори да допуснем, че е в ход разработването на мониторингова система за „мониториране здравния статус на лицата в неравностойно положение от етнически малцинства” тя ще се сблъска със сериозната трудност как да бъдат идентифицирани „лицата в неравностойно положение от етнически

малцинства”, за да е възможно проследяването на промяната в/подобряването на техния здравен статус в изпълнение на заложените в Стратегията цели и задачи.

Разбира се първата трудност е свързана с необходимостта да се дефинират „лица в неравностойно положение от етнически малцинства”. Независимо че във

Въведението на Стратегията се прави анализ на влошените здравни показатели на „турската и ромската група”, като следствие от множество фактори, сред които най-вече: безработица, ниско образователно равнище, лоша инфраструктура в населяваните от тях квартали, фактически почти всички програми, по които е работено през годините от приемането ѝ, са насочени към роми. Това е свързано с Десетилетието на ромското включване, но не само. Доколкото има данни, те ясно показват, че здравните показатели (но и показателите за трудова заетост, образователно равнище, жилищни условия) при ромските общности са значително по-лоши от средните за страната, а и от същите показатели при турските общности. Т.е. от една страна, има ясни аргументи за това, че голямата част от действията по Стратегията са насочени към ромски общности. От друга страна, има проблем с идентифицирането на един квартал/махала като обитаван/а (предимно) от жители от ромски произход. В много „ромски” квартали в цялата страна (главно в североизточна България и в някои села и големи градове в Южна България) жителите не се идентифицират като роми, не приемат отвън налаганата им идентичност „роми” и реагират (понякога остро) срещу включването им в програми/проекти, насочени към ромската общност.

Но ако не се проведе последователно и аргументирано описание на кварталите и махалите, населявани (предимно) от „лица в неравностойно положение от етнически малцинства” или от „лица от ромски произход”, няма как – дори да допуснем, че се изработи мониторингова система – да се „мониторира здравния статус на лицата в неравностойно положение от етнически малцинства” и съответно изпълнението на Стратегията.

Внимание заслужава още един въпрос: Как се отнася току-що приетата „Национална здравна стратегия 2008-2013 г.” и „План за действие към нея” (ДВ бр. 107 от 16 декември 2008 г. http://www.mh.government.bg/7_pressoffice/20_news/51_article/) към „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” и все още не приетия „План за действие към Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” (2008-2009)? Дали тя като по-общ национален документ в областта на здравеопазването не отменя действието на по-частния документ и тъкмо това да е обяснението за не приемането на

План за действие (2008-2009) към „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”?

Тези въпроси възникват по няколко причини:

- Приетата през 2005 г. „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” (може да се разглежда като конкретизация на приетата през 2001 г. Национална здравна стратегия „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България” за периода 2001-2010 г. по отношение на специфични групи от населението на България, които поради специфичната социално-икономическа ситуация, в която се намират и като следствие от нея – с по-лоши здравни показатели, се нуждаят от целенасочени действия за подобряване на здравния им статус.

Доказателство за това е, че първият от посочените документи, на които се основава „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”, е Национална здравна стратегия „По-добро здраве за по-добро бъдеще на България”, 2001 г. (Вж. Въведение,

http://www.nccedi.government.bg/upload/docs/zdravna_strategia_prieta.htm)

- В току-що приетата „Национална здравна стратегия 2008-2013 г.”, раздел „I. Здравно състояние на населението в република България”, „1. Демографски процеси”, разграниченията, които се правят, по показатели като раждаемост, смъртност, детска и майчина смъртност, средна продължителност на живота, са по отношение на градове-села. Единственото споменаване – макар и по изключително странен начин – на „население, принадлежащо към етнически малцинства”, е в следния абзац:

„В селата детската смъртност продължава да бъде по-висока в сравнение с градовете. Наблюдават се и значими различия по области, особено в тези с по-висока концентрация на етническо население.⁵ Налице е очевидна зависимост между стойностите на детската смъртност и моментното състояние на обществата.” (с. 6 http://www.mh.government.bg/7_pressoffice/20_news/51_article/).

⁵ „Етническо население” имаме предвид, когато по-горе споменаването на „население, принадлежащо към етнически малцинства” е определено като странно. Очевидно е, че с това некоректно от каквато и да е гледна точка определение се избягва препрещането към „етнически малцинства”, ромски/турски групи/общности.

В следващите части от този раздел няма никакво споменаване на специфика в здравното състояние на обособени по етнически признак групи. Това се случва на фона на добре известните факти – и посочени във Въведение на „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” – за значимо различаващо се равнище на заболяемост на „ромски и турски групи” по отношение на средните показатели за страната.

- В „Национална здравна стратегия 2008-2013 г.” единственото споменаване на (действащата) „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” е в „12. Равнопоставеност в здравеопазването” на раздел „II. Функциониране на здравната система”. Там се казва:

„За решаване на проблемите на хората в неравностойно положение правителството предприе редица мерки, които са насочени към специфичните потребности на тези хора. Приети са няколко стратегически документа, между които Стратегия за борба с бедността и Здравна стратегия за лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства и План за действие за периода 2005-2015 г.⁶ и Декада на ромското включване 2005-2015 г.” (Пак там, с. 22).

Но това споменаване на „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” по никакъв начин не изяснява как тя – като вече приет документ – се има предвид в по-общия документ, какъвто е „Национална здравна стратегия 2008-2013 г.”.

- В раздел „III. Стратегически цели” на „Национална здравна стратегия 2008-2013 г.” има няколко задачи към различни стратегически цели, които като че ли имат някакво отношение към „лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” – доколкото в тях се споменават „бедност”, „мобилни медицински екипи” (както се знае мобилната медицинска техника е придобита по проектите по ФАР в изпълнение на „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”), „населението в труднодостъпни” и „отдалечени райони” (което по правило е

⁶ Какъв е този „План за действие за периода 2005-2015 г.”? При всички случаи той не се отнася до „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”. Вероятно се има предвид „Национален план за действие – Десетилетие на ромското включване”.

население от ромски и турски произход) и само при една от тях се споменава етнически признак – отново по твърде особен начин.

„Стратегическа цел I - Осигуряване условия за промоция на здравето и профилактика на болестите...

3. Оптимизиране дейностите по опазване на общественото здраве...

3.3. Предотвратяване на възможните рискове за здравето на нацията

Задачи

- Анализ и оценка на социалните детерминанти на здравето с акцент върху бедността като фактор за влошаване на здравното състояние” (Пак там, с. 26-30).

„Стратегическа цел II - Предоставяне на гарантирани здравни услуги с повишено качество и осигурен достъп до тях...

3. Подобряване достъпа до гарантирани здравни услуги

Задачи:

- Оптимизиране на инфраструктурата от лечебни заведения.
- Създаване на достатъчно на брой мобилни медицински единици за обслужване на населението в отдалечени райони” (Пак там, с. 32-33).

„Стратегическа цел III - Подобряване на извънболничната медицинска помощ...

2. Оптимизиране дейностите на първичната и специализираната медицинска помощ

Задачи:

...

- Създаване на мобилни медицински екипи за първична и специализирана медицинска помощ за труднодостъпните райони...

7. Подобряване здравето на децата

Задачи:

...

- Специфични мерки за добро здраве на определени групи от детското население - такива с етнокултурни особености⁷, с реални или нереални затруднения⁸ в ползването на достъпа до здравни услуги и медицинска помощ” (Пак там, с. 34-38).

В „План за действие към Национална здравна стратегия 2008-2013 г.” като

дейност 4.13. се появява „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства и Плана за действие” в задача „4.

Разработване и изпълнение на програми по социално-значими заболявания и здравни проблеми, представляващи национални приоритети” на „Стратегическа цел 1:

Осигуряване на условия за промоция на здравето и профилактика на болестите” (Пак там, с. 57). Странна е тази поява на Стратегията наред с всички други изброени

⁷ „Етнокултурни особености” може да бъде отнесено към лицата от която и да етническа група, но вероятно тук те се отнасят към роми и турци.

⁸ Как се разбират „реални и нереални затруднения в ползването на достъпа до здравни услуги и медицинска помощ” не е ясно. Все пак, ако човек изпитва затруднения в достъпа – все едно по каква причина, те за него са винаги „реални”. А как „затрудненията” се оценяват от външна гледна точка, няма никакво значение за затруднения човек, особено когато човекът е дете.

национални програми (дейности от 4.1. до 4.35., между „4.12. Национална програма на РБългария за готовност за грипна пандемия – безсрочна” и „4.14. Национална програма за ограничаване на остеопорозата в РБългария 2006-2010”. Странно е и самото разглеждане на „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства” като „дейност”.⁹

И все пак, кой „План за действие” към Стратегията се има предвид? Означава ли, че споменатият по-горе все още не приет „План за действие (2008-2009)” се предполага да се приеме? А той да бъде последван от други до 2013 г.?

Трябва да отбележим още нещо много важно: **почти при всяка задача присъства мониторингова дейност – затова пък няма никакви индикатори за успеха на разписаните дейности. Вероятно защото в края на „Национална здравна стратегия 2008-2013 г.” има раздел „IV. Показатели за оценка изпълнението на Националната здравна стратегия”:**

„Изпълнението на стратегията обхваща не само начина, по който ще се постигнат набелязаните цели, но и мониторинга и оценката на резултатите във времето. Текущото измерване и оценката на постигнатия напредък по набелязаните цели са съществена част от изпълнението на стратегията...¹⁰

В процеса на изпълнение на стратегията е важно да се създаде система за мониторинг на прогреса и оценка на резултатите от интервенциите по всяка една от стратегическите цели...

1. Стандарти за мониторинг

Стандартите за измерване на постигнатия напредък ще бъдат в съответствие с набелязаните цели. Избраните стандарти следва да бъдат постижими. Те ще бъдат определени на базата на конкретни данни и ще предоставят възможност за международни сравнения на базата на установени от Световната здравна организация принципи.¹¹

2. Показатели за оценка

Показателите за оценка на резултатите от постигнатия напредък ще покрият изцяло целите и задачите, съдържащи се в ключовите области на стратегията. Възприета е идеята за прилагането на набор от показатели на национално ниво, систематизирани в следните основни групи:

- ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО
- МАКРОИКОНОМИЧЕСКИ ПОКАЗАТЕЛИ

⁹ Трябва да забележим все пак, че в посочената поредица от дейности присъстват и други „стратегии” – напр. „4.16. Национална стратегия за опазване живота и здравето на децата в пътното движение за периода 2006-2010 г.”, както и „проекти за стратегии”, а и „проекти за програми” (Вж. Пак там, с. 55-59). По-общо казано, има твърде много странности в текстовете на „План за действие”, но задачата ни тук не е да го подлагаме на цялостен критичен анализ.

¹⁰ Което означава, че към момента на стартиране на стратегията би трябвало вече да е изработена и система за мониторинг и оценка, но както става ясно, създаването ѝ отново е отместено някъде в бъдещето.

¹¹ Какви данни, кой, откъде, и как ще ги набира?

- ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ОСИГУРЕНОСТ НА НАСЕЛЕНИЕТО СЪС ЗДРАВНИ РЕСУРСИ
- ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ДОСТЪПНОСТ НА НАСЕЛЕНИЕТО ДО ЗДРАВНА ПОМОЩ
- ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ЕФЕКТИВНОСТ
- ПОКАЗАТЕЛИ ЗА УДОВЛЕТВОРЕНОСТ

Отделните институции и ведомства, участващи в изпълнението на стратегията, ще допълнят този списък със специфични показатели, свързани с управлението на местно ниво. Комбинирани с финансова информация и с информация за дейността, тези показатели ще предоставят възможност за:

- * оценка на ефективността на предоставянето на здравни услуги и навременно откриване на възникващи трудности;
- * оценка и преглед на политиката и действията по отношение на по-нататъшното им развитие;
- * по-добра комуникация по отношение на постигнатото, разбиране на необходимите действия и участие в управлението извън професионалните граници;
- * по-добра информираност на обществеността.

Резултатите от анализа на показателите ще бъдат предоставени на обществеността по начин, който ще даде възможност за нейното участие във формирането на политиката и по-доброто разбиране на свързаните със здравето дейности.

3. Мониторинг и оценка

Министърът на здравеопазването ще осъществява координацията по анализ, мониторинг и оценка на изпълнението на Националната здравна стратегия. За тази цел той създава съответните национални звена и структури и експертни групи. Ежегодно докладва за етапното изпълнение на стратегията пред Министерския съвет¹² (Пак там, с. 49-50).

Ясно е, че като същностно важен компонент на „Национална здравна стратегия 2008-2013 г.” е планирано създаването на широка по обхват мониторингова система, която да осигурява възможност за наблюдение и оценка на всякакви показатели, дейности, резултати, вложени човешки и материални ресурси и т.н. в областта на здравеопазването. Възможно е по нейното създаване вече да се работи. Тук се спираме на тази част от „Национална здравна стратегия 2008-2013 г.” единствено за да подчертаем присъстващото в нея разбиране за **необходимостта от мониторинг**. Ако приемем, че „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етническите малцинства и Плана за действие” се разглеждат като част – макар и определена като „дейност” – от „Национална здравна стратегия 2008-2013 г.”, то няма как да не разглеждаме и тази стратегия/„дейност” като нуждаеща се от мониторингова система, която да служи за „мониторинг на здравния статус на

¹² Първият доклад на основата на анализа на резултатите от въведената мониторингова система, наблюдаваща изпълнението на дейностите по стратегията, би трябвало да стане достъпен на обществеността през 2009 година. Възможно ли е да се случи това при положение, че все още не е изработена такава система и съответно не е набрана базова информация по изведените в нея индикатори?

лицата в неравностойно положение от етнически малцинства”.

2.2. Относно съществуващата система за мониторинг и оценка в ДЕДВ

Единствената известна ни мониторингова система, имаща отношение към политиката на интеграция/включване на ромите, е създадена в рамките на проект „Разработване на методология за оценка и текущ мониторинг на изпълнението на Рамковата програма за равнопоставено интегриране на ромите в българското общество и Плана за действие към нея 2003-2004 г., както и разработване на План за действие до 2007 г.”. (**Възложител:** ДЕДВ. **Изпълнител:** Обединение „Европейски институт – Романи Бахт – Център за модернизиране на политики”).

В рамките на проект по ФАР „Техническа помощ за изпълнение на проектни дейности и институционално изграждане по въпросите, свързани с етническите малцинства в неравностойно положение със специален фокус върху ромите”

(EuropeAid/122330/D/SER/BG), изпълняван от консорциум с водеща организация S.I.C.I DOMINUS, е представен „Доклад Мониторинг и оценка”.

В първата част – „Аналитичен доклад по съществуващата система за мониторинг и оценка на изпълнението на РПРИБО”, се прави оценка на изработената система за мониторинг – **насочена към наблюдаване и оценяване на всеки проект във всяко населено място, което позволява да се получава представа за „проектното развитие на интеграционния процес” в населено място, община, област или по приоритети и населени места** – и се предлага Допълнение към нея.

Във втората част – „Аналитичен доклад: индикатори за мониторинг на политиката на интеграция на ромите в обособени квартали в четири приоритетни области:

образование, трудова заетост, жилищни условия, здравеопазване”, са изведени:

- **основни проблеми на локалните ромски общности във всяка от четирите приоритетни области;**
- **ключовите индикатори, чрез които е възможно да се наблюдава и оценява напредъка в реализацията на политиката на интеграция в съответната приоритетна област.**

Разработени са въпросите, по които се набират данни, описана е методиката за набиране на данни и са изработени въпросниците, с които се набират данните.

(Подробности по това предложение относно област „здравеопазване” ще бъдат обсъждани по-нататък в 3.2.)

Тук е необходимо да се очертаят **възможностите за набиране на информация в рамките на съществуващата система за мониторинг и оценка на политиката на интеграция на ромите и за аналитичното ѝ използване:**

- В рамките на проекта „Разработване на методология за оценка и текущ мониторинг...” е изработен **софтуерен продукт**, чрез който е възможно въвеждането на данни по проекти, програми, инициативи. Разработени са т.нар. технически индикатори, чрез които се добива информация за спецификата на всеки проект, програма, инициатива. Този продукт позволява да се наблюдава и оценява всеки проект във всяко населено място, както и да се получава представа за **„проектното развитие на интеграционния процес”**¹³ в населено място, община, област или по приоритети и населени места.

Продуктът позволява обработка на въведените данни и представяне на информацията в различни срезове: по населено място/община/област; по направление; по разходи; по действащи лица; по бенефициенти; и т.н., т.е. по всеки един от изведените технически индикатори. Информацията може да се въвежда от различни субекти/институции, т.е. съществува възможност данните взаимно да се оглеждат, пречупени през оценката на по различен начин заинтересовани субекти/институции.

Данните по разработените индикатори за реализираните и/или реализиращите се проекти, имащи пряко или косвено отношение към политиката за интеграция на ромите, могат да се ползват от всички държавни и местни институции, НПО и експерти за добиване на представа кой, къде, какво, как и с какви ресурси извършва за реализацията на заявената на държавно равнище политика на интеграция на ромите и какви са непосредствените резултати от съответния проект/инициатива.

При съответна обработка, тези данни биха могли да се групират по населено място, по направление, по тип дейност, по тип действащи лица, и т.н. и да се ползват от държавни и местни институции, НПО и експерти, когато се планират целеви региони за съответни интервенции или се търсят населени места/НПО/общини с опит в определена дейност, или се оглежда извършеното в рамките на дадено направление, и т.н.

¹³ Наричаме това „проектно развитие на интеграционния процес”, защото наблюдението и съответно оценяването на постигнатите резултати остава в рамките на проектните дейности, а не се реализира наблюдение и съответно оценка по ключови индикатори на промяната в ситуацията на населението от ромски произход.

Първичните и обработените данни могат да се използват за изработването на аналитични доклади по приоритети на интеграционната политика, както и по различни теми/проблеми/области/общини/населени места.

- В рамките на проекта по ФАР „Техническа помощ за изпълнение на проектни дейности и институционално изграждане по въпросите, свързани с етническите малцинства в неравностойно положение със специален фокус върху ромите “ (EuropeAid/122330/D/SER/BG) е разработено Допълнение към съществуващата Система за мониторинг и оценка. Чрез него става възможно събиране на данни и съответно **мониторинг на реализацията на политиката на интеграция на ромите в населени места с обособени ромски квартали.**

Набирането на данни по ключови индикатори за четирите приоритетни области (образование, трудова заетост, жилищни условия, здравеопазване) за всеки обособен ромски квартал, дава възможност да се формира относително цялостна представа за ситуацията на ромската общност в съответното населено място. Наличието на представа за основни параметри на ситуацията на ромската общност в дадено населено място дава възможност резултатите от проектите и инициативите да се оценяват в зависимост от основни параметри на средата, в която се реализират, както и да се проследява въздействието им върху състоянието на съответната ромска общност. Така формираната представа за ситуацията на ромската общност в съответното населено място би била от полза най-вече на общинската администрация при планиране на местни интервенции в рамките на проекти и/или инициативи, насочени към интеграция на местната ромска общност. Но аналитичната обработка на данните от различни общини е добра основа за планиране на проекти и дейности на областно равнище. Аналитичната обработка на данните от различни области дава възможност за извеждане на приоритети на национално равнище и планиране на мерки, специфични за различните области, съобразно реалните проблеми и нужди на всяка от тях. Оценката на резултатите от проекти и инициативи в зависимост от основни параметри на средата, в която се реализират, дава възможност на местни, областни и национални институции и НПО да получават аналитично изведена контекстуализирана оценка за успешни проекти, за оправдано/неоправдано вложени ресурси, за постигнати резултати, за трайни въздействия, за трудности пред определен вид инициативи, и т.н. Проследяването на въздействието от провежданите проекти и инициативи, за които се предполага да оказват траен положителен ефект върху състоянието на съответната

ромска общност, дава възможност на местни, областни и национални институции и НПО адекватно да формират своите приоритети, както и своята подкрепа за проекти и инициативи, за които с голяма степен на вероятност може да се предполага, че ще имат дълготрайно положително въздействие върху съответни ромски общности или върху която и да е ромска общност.

Аналитичната употреба на двата типа данни – от разработената Система за мониторинг и оценка и от Допълнението към нея – дава възможност за изготвяне на цялостна оценка на промените в ситуацията на съответната ромска общност, съотнасяйки промените по ключовите индикатори по четирите приоритетни области с вложените чрез проектите ресурси и отчетените от тях резултати. Това от своя страна дава възможност на местни, регионални и национални институции да преосмислят своите приоритети, да формулират адекватни на ситуацията цели, да разписват подходящи за постигането им дейности и да планират необходимите за тяхното постигане ресурси.

Възможността да се използват/прилагат аналитично изведените индикатори на интеграционната политика има като предварително условие **идентифицирането на всички обособени ромски квартали** в български градове и села. За да се проведе подобна идентификация, трябва да се изведе индикатор за такъв квартал.

Предложението е:

За **обособен ромски квартал** да се приема всеки квартал (т.е. относително обособено място в пространството на град/село, което има видими или невидими граници и/или собствено наименование), който е трайно населен с български граждани, които се идентифицират като роми и/или които другите жители на населеното място идентифицират като роми.¹⁴

Прилагането на съществуващата мониторингова система по отношение на направеното към нея допълнение има следните ограничения:

¹⁴ Ако се прецени, че е необходимо, обхватът на системата може да се разшири напр. така: „всички обособени квартали/махали, в които живеят предимно български граждани, които се идентифицират като роми, турци, българомохамедани и/или които другите жители на населеното място идентифицират така”. По такъв начин ще се обхванат всички квартали/махали, в които с голяма степен на вероятност живеят „лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”.

- **Първото ограничение се отнася до идентифицираните проблеми във всяка от приоритетните области.**

Възможно е дадена централна институция, пряко отговорна за провеждането на интеграционната политика в съответната приоритетна област (МОН, МТСП, МРРБ, МЗ) да има различен поглед към основните проблеми на местните ромски общности и съответно да дефинира други проблеми като основни. Оттук следва необходимостта да се проведе съгласуване и да се постигне консенсус между ДЕДВ и съответните министерства относно изведените ключови проблеми, при което е възможно преформулиране на някои от тях или извеждане на друг/други проблеми, от което би следвало предефиниране/извеждане на нови ключови индикатори.

- **Второто ограничение е по отношение на реалните проблеми на всяка конкретна ромска общност.**

Добре известен факт е, че в различни общини/местни ромски общности се отдава първостепенно значение на една или друга приоритетна област. Оттук следва, че някой/някои от идентифицираните като основни проблеми на местните ромски общности в България може/могат да се окаже/окажат несъществен/и, неосновен/и проблем/и на една или друга местна ромска общност (съответно – за една или друга община). Това ограничение не трябва да ни притеснява, тъй като индикаторите ще улавят кой проблем и съответно проблемите в коя от приоритетните области са от решаващо значение за всеки от идентифицираните обособени ромски квартали.

- **Третото ограничение е по отношение на броя на индикаторите и съответно на възможността за обхващане на всички значими аспекти на всеки от основните проблеми във всяка от четирите приоритетни области.**

Разработените списъци от индикатори за наблюдаване на интеграционната политика в четирите приоритетни области във всички обособени ромски квартали в България неизбежно включват относително малък брой индикатори. Това е следствие от заложените времеви параметри за набиране на информация по тях (всяка година) и от невъзможността да се осигуряват изследователски екипи, които да покриват провеждането на мониторингови изследвания, навлизащи дълбоко и обхватно във всички измерения на процеса във всяко населено място с обособен ромски квартал. Това неизбежно ограничение на индикаторите във всяка от четирите приоритетни области би могло да се компенсира с провеждането на обхватно мониторингово

изследване в съответната приоритетна област (подготвено и провеждано по поръчка на съответното министерство), която е от ключово значение за съответните ромски квартали напр. на всеки 4 години¹⁵.

➤ **Четвъртото ограничение е свързано със спецификата на самия процес на интеграция.**

Действията, насочени към решаването на проблемите във всяка от приоритетните области би трябвало да са синхронизирани така, че взаимно да усилват ефекта от своята реализация. Но наблюдението и оценката на резултатите от политиката на интеграция неизбежно се основават на индикатори, които са изведени от проблемите във всяка една от приоритетните области.

Доколкото ни е известно, **под ръководството на ДЕДВ се планира създаването на Работна група от оторизирани представители на МОН, МТСП, МРРБ и МЗ** за обсъждане, съгласуване и приемане на разработената Система за мониторинг с направеното към нея Допълнение. Ако в рамките на Работната група се постигне съгласие по формулираните основни проблеми на ромските общности в четирите приоритетни области, както и по изведените ключови индикатори, **няма никакви технически пречки пред въвеждането в действие на Системата за мониторинг на политиката на интеграция на ромите.**

Единственият съществен неразрешен проблем са лицата, които ще набират данните по разработените въпросници. Ако се вземе решение това да са експертите по ЕДВ към общините, каквото е предложението, необходимо е:

- Да се убедят кметовете-работодатели на експертите по ЕДВ да впишат дейността по набавяне на данни за Системата за мониторинг като основна дейност в тяхната длъжностна характеристика, а където няма експерт по ЕДВ – да разкрият такава позиция в общинската администрация (във всяка община, където е идентифициран обособен ромски квартал).

¹⁵ Такава система за Мониторинг и оценка на образователната интеграция на деца и ученици от ромски произход е предложена от фондация С.Е.Г.А. на МОН и е апробирана през ноември 2008 година. Анализът на резултатите ще бъде представен през февруари 2009 година.

- Общинските експерти по ЕДВ да се ползват с доверието на местната ромска общност, тъй като те ще събират данните в непосредствен контакт с жителите на ромските квартали.
- Експертите по ЕДВ да получат съответната подготовка, за да могат да се справят успешно с набирането на данните по разработените въпросници.
- Въпреки ограничения брой индикатори във всяка от четирите области, работата по набиране на данни по тях е непосилна за един човек в големите ромски квартали като „Факултета”, „Столипиново”, „Надежда”, „Изток” и др. Това налага да се убедят кметовете на съответните общини да отделят допълнителни средства за ежегодното захранване на системата с данни или да се отпускат целеви средства от бюджета на ДЕДВ.

2.3. Относно съществуващите в България здравни информационни системи

Забележка:

В началото на април 2008 г. ръководителят на екипа на настоящия проект, д-р Бойко Пенков, с официално писмо до министъра на здравеопазването поиска достъп до следните документи, изработени по проект на Световната банка:

1. Характеристики и съдържание на информационните системи в здравеопазването;
2. Анализ на настоящото съдържание на документацията в здравеопазването;
3. Преглед на класификациите, номенклатурите и индикаторите, използвани в системата за здравна информация;
4. Концептуален модел за здравната информация в България (Вж. *Приложение 5*).

Въпреки многократните официални и неофициални опити да получим достъп до тях, те не ни бяха предоставени. На сайта на НЦЗИ, по повод на проекта, в рамките на който са произведени споменатите документи, е налична следната информация:

„Проектът „Здравно-информационни стандарти” е част от големия проект „Реформата на здравния сектор”, финансиран от Световна банка и Министерството на здравеопазването.

[Пълният текст >>](#) 

Компонентът „Документация и класификации” е разработен от екип на „Научно дружество по социална медицина, информатика и здравен мениджмънт”. Изготвени бяха следните продукти:

1. [Национален речник на здравни данни](#)
2. [Концептуален модел на здравната информация в България](#)
3. [Информационен стандарт за медицинско досие](#)
 - 3.1. [Приложение: медицинското досие в системата „формуляри на първичната медицинска документация”](#)

Компонентът „Информационни технологии и качество” е разработен от екип от консултанти от Международния институт по здравеопазване и здравно осигуряване. Изготвени бяха следните продукти:

1. Електронно здравно досие - [международни стандарти и функционална рамка](#)
2. Местни [указания за внедряване](#) подробно описващи съобщенията, които ще се внедряват” (Вж. <http://www.nchi.government.bg/ZIS.html>)

Така нареченият в това съобщение „Пълен текст” се състои от 3 стр. и в него се описват извършените дейности и изработените продукти, но не дава никаква представа за тяхното съдържание (Вж. *Приложение 6*).

Поради неосигурения достъп до споменатите документи, тяхното съдържание не се има предвид в настоящия анализ.

Аналитичният преглед на съществуващите в България системи за здравна информация (Вж. *Приложение 3*) дава добра представа за събираната здравна информация от гледна точка на следните показатели:

- кой събира здравна информация;
- на кого я предоставя;
- какво е съдържанието на здравната информация;
- кой обработва постъпващата здравна информация;
- как се обработва постъпващата здравна информация;
- на кого и за какво служи здравната информация;
- кой и как има/получава достъп до здравната информация;
- каква е връзката на системата с национални програми.

Информационната система на здравеопазването в България е изградена с цел информационно осигуряване на здравната политика на всички нива на управление - заведение, регион, национално ниво. Тя се характеризира с:

- Унификация и стандартизация на първичната регистрационна и отчетна документация, която е задължителна, както за държавните, така и за частните заведения и амбулатории;
- Единство в организацията и движението на информацията на всички нива;
- Унификация в подходите и методите за обработка на информацията, показателите и критериите за анализ и оценка;
- Минимизиране на сроковете за предоставяне на информацията на потребителите;
- Единни информационни технологии и готови програмни продукти;
- Отговорност, даваща възможност за актуализация на информационния субстрат на системата;
- Йерархичност, даваща възможност за агрегиране на информацията, анализи, прогнози, обосноваване на решения на всички управленски нива;
- Възможности за контрол върху качеството на регистрацията и подаваната информация.

За поддържането на тези нейни характеристики важна роля играят създадените и употребявани класификатори и номенклатури – както по-общите, отнасящи се до социално-демографски характеристики, така и специфичните за областта на здравеопазването:

- Класификации на здравно-медицински и медико-статистически понятия с общо предназначение.
- Класификации и номенклатури, отнасящи се предимно до болничната помощ.
- Класификации и номенклатури, отнасящи се предимно до извън болничната помощ.

Информацията се събира от лечебните и здравните заведения чрез регистрация на данни за:

- здравното състояние на населението;
- ресурсите на лечебните заведения:
 - материални,
 - човешки,
 - финансови;
- дейността на лечебните заведения.

В системата на здравеопазването съществува установена и задължителна за всяко заведение първична медицинска регистрация и отчетна документация.

От първичната документация се формират следните основни информационни потоци:

- Оперативна информация (относно приоритетни проблеми на здравето и здравеопазването).
- Годишни статистически отчети.

Освен чрез тях, информация се събира и чрез:

- Научни изследвания (информация от специализираните епидемиологични проучвания и проучвания относно ресурсите и дейността на лечебните заведения).
- Специализирани информационни системи, проблемно-ориентирани;
- Информационната система за умиранията по причини.
- Информация на база „здравно интервю“.

В системата на здравеопазването се установени и се поддържат следните регистри:

Регистър:	Поддържан от:	Нормативно основание:
Регистър на Районната колегия на Българския лекарски съюз (БЛС), респ. на Съюза на стоматолозите в България (ССБ)	Управителния съвет на Районната колегия на БЛС, респ. на ССБ.	Глава четвърта от Закона за съсловните организации на лекарите и стоматолозите

Регистър:	Поддържан от:	Нормативно основание:
Регистър на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите	Районните центрове по здравеопазване	Наредба за водене на Регистър на лечебните заведения за болнична помощ, диспансерите и домовете за медико-социални грижи
Регистър на дружествата, на които е издадена лицензия за доброволно здравно осигуряване	Управление „Специализиран здравноосигурителен надзор” на Министерството на здравеопазването	Наредба за реда за воденето и съдържанието на регистъра на дружествата, на които е издадена лицензия за доброволно здравно осигуряване
Информационна система на Националната здравноосигурителна каса	Националната здравноосигурителна каса	Член 63 от Закона за здравното осигуряване
Регистър на осигурените лица		
Регистър на изпълнителите на медицинска помощ		
Регистър на производители, вносители и дистрибутори на лекарства, и аптеки, сключили договори с НЗОК		
Информация от дейността на контролните органи		
Административна информация, осигуряваща дейността на НЗОК		

- **Статистическата дейност в системата на здравеопазването е регламентирана от разпоредбите на Закон за статистиката, Национална програма за статистически изследвания и „Наредба № 10 от 5 юли 2000 г. за предоставянето на медико-статистическа информация и информацията за извършваната медицинска дейност от лечебните заведения”.**

Регламентирането на статистическата дейност от **Закон за статистиката** се изчерпва със следните постановки:

„Чл. 3 ... (6) Националният статистически институт и органите на статистиката осъществяват статистическата дейност на държавата, като провеждат периодични и еднократни статистически изследвания, включени в Националната статистическа програма...

Чл. 4. (Доп. - ДВ, бр. 81 от 2005 г., изм. - ДВ, бр. 98 от 2008 г.) (1) Необходимите за статистическото изследване данни, включително индивидуални, се събират непосредствено от статистическите единици, както и от административни източници.

(2) Събирането на индивидуални данни непосредствено от статистическите единици се осъществява на основата на задължително или доброволно участие на физически лица, домакинства, икономически единици или други организации.

(3) Органите на статистиката предоставят на Националния статистически институт данни, включително индивидуални, необходими за разработването и производството на официалната национална или европейска статистическа информация.

(4) За намаляване на административната тежест и разходите при разработването и производството на официалната национална или европейска статистическа информация Националният статистически институт и органите на статистиката получават данни, включително индивидуални, както и обобщена информация от административни източници, създадени и поддържани от други държавни органи...

Чл. 5. (1) (Изм. - ДВ, бр. 42 от 2001 г., изм. - ДВ, бр. 98 от 2008 г.) Резултатите от статистическите изследвания, включени в Националната статистическа програма, са достъпни за всички.

(2) (Изм. и доп. - ДВ, бр. 98 от 2008 г.) Сроковете, формата и видът, в които се предоставят резултатите по ал. 1, се съобразяват с изискванията на Евростат и се определят в Националната статистическа програма” (Вж. <http://www.nsi.bg/LegalBasis/LegalBasis.htm>)

Фактически Националната програма за статистически изследвания регламентира провежданите изследвания през съответната година по: Тема на изследването,

Предмет и обект на изследването, Начин на провеждане на изследването, Източници и форма на събиране на данните, Орган /органи, провеждащи изследването, Задължения по предоставяне на: Данни от респондентите; Статистическа информация от органите на статистиката; Срок; Форма и вид на предоставяне; Бюджет на изследването (в лв.) (когато друг орган на статистиката, провежда изследването, се посочва само органът) (Вж. <http://www.nsi.bg/AboutNSI/p133.htm> и <http://www.nsi.bg/AboutNSI/pII-133.htm>).

В „Национална програма за статистически изследвания през 2008 година” са включени следните теми, които имат отношение към системата на здравеопазването:

„I. ПЛАН ЗА СТАТИСТИЧЕСКИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ НА НСИ ПРЕЗ 2008 ГОДИНА

ПОСТОЯННО ПРОВЕЖДАНИ СТАТИСТИЧЕСКИ ИЗСЛЕДВАНИЯ С УСТАНОВЕНА ОБЩЕСТВЕНА ЗНАЧИМОСТ

1.3.3. Социални дейности и социална инфраструктура...

111. Лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ и здравни заведения - леглови фонд и персонал

112. Дейност на специализираните институции за предоставяне на социални услуги
Брой специализирани институции за предоставяне на социални услуги

113. Домове за медико-социални грижи за деца Брой постъпили деца в домовете за медико-социални грижи за деца

114. Детски ясли

115. Смъртност по причини

116. Мъртва раждания и умирация по причини” (<http://www.nsi.bg/AboutNSI/p133.htm>).

Значително по-пряко свързани със здравеопазването са темите на изследванията, включени в рубриката

**„II. СТАТИСТИЧЕСКИ ИЗСЛЕДВАНИЯ С МЕЖДУВЕДОМСТВЕНО
ЗНАЧЕНИЕ НА ОРГАНИТЕ НА СТАТИСТИКАТА ПРЕЗ 2008 ГОДИНА
1. ПОСТОЯННО ПРОВЕЖДАНИ СТАТИСТИЧЕСКИ ИЗСЛЕДВАНИЯ С
УСТАНОВЕНА ОБЩЕСТВЕНА ЗНАЧИМОСТ**

1.3.3. Социални дейности и социална инфраструктура...

- 285. Лечебни заведения за извънболнична помощ – Персонал; Дейност; Ресурси;
- 286. Лечебни заведения за болнична помощ – Структурни звена; Персонал; Дейност; Ресурси;
- 287. Психиатрични заведения – Структурни звена; Персонал; Дейност;
- 288. Кожно-венерологични заведения – Структурни звена; Персонал; Дейност;
- 289. Центрове за спешна медицинска помощ – Персонал; Дейност;
- 290. Онкологични заведения – Структурни звена; Персонал; Дейност;
- 291. Пневмофтизиатрични заведения – Структурни звена; Персонал; Дейност; Ресурси;
- 292. Центрове за трансфузионна хематология – Структурни звена; Персонал; Дейност;
- 293. Центрове за хемодиализа – Структурни звена; Персонал; Дейност;
- 294. Регистрирани заболявания от активна туберкулоза и хронични неспецифични белодробни заболявания – Заболеваемост и болестност от активна туберкулоза;
- 295. Регистрирани заболявания от венерически болести, трихофития – Заболеваемост и болестност от кожно-венерологични заболявания;
- 296. Регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания – Заболеваемост и болестност от злокачествени новообразувания;
- 297. Регистрирани заразни заболявания – Брой на регистрираните заразни заболявания;
- 298. Хоспитализирани случаи в лечебните заведения по вид на заболяването на деца от 0 до 17 годишна възраст – Брой случаи на хоспитализация;
- 299. Хоспитализирани случаи в лечебните заведения по вид на заболяването на лица от 18 до 64 годишна възраст – Брой случаи на хоспитализация;
- 300. Хоспитализирани случаи в лечебните заведения по вид на заболяването на лица над 64 годишна възраст – Брой случаи на хоспитализация”
(<http://www.nsi.bg/AboutNSI/pII-133.htm>).

Органът, който провежда всички тези изследвания е НЦЗИ (за 294-296 е посочен и РЦЗ) и съответно те се финансират от бюджета на НЦЗИ. Всички изследвания са изчерпателни и годишни (за 298-300 не е посочен периодът), провеждат се по изготвен от НЦЗИ статистически формуляр и са задължителни. В повечето случаи данните се агрегират на областно равнище (изключение: 291-293, където данните са на национално равнище; 298-300, за които не е посочена териториалната единица).

Всъщност органи на статистиката към Министерство на здравеопазването са Национален център по здравна информация и Регионалните центрове по здравеопазване (Вж. Органи на статистиката http://www.nsi.bg/AboutNSI/Stat_org.htm), но РЦЗ фактически се явяват регионални структури на НЦЗИ по отношение на събирането на статистическа информация (<http://www.nchi.government.bg/contacts.html>).

„Наредба № 10 от 5 юли 2000 г. за предоставянето на медико-статистическа информация и информацията за извършваната медицинска дейност от лечебните заведения” фактически регламентира тази дейност на НЦЗИ, доколкото в нея се постановява:

„Чл. 2. Организацията и контролът на медико-статистическата информация се осъществяват от Националния център по здравна информация, районните центрове по здравеопазване и РЗОК.

Чл. 3. Националният център по здравна информация има следните функции:

1. създава, внедрява и поддържа медико-статистическа документация;
2. изработва и актуализира номенклатури, използвани в медико-статистическата отчетност;
3. проектира и изгражда информационни системи и технологии в областта на здравеопазването.

Чл. 4. Районните центрове по здравеопазване организират, ръководят и контролират статистическата дейност на териториално ниво.

Чл. 5.(1) Всички лечебни заведения водят медико-статистическа документация.

(2) В медико-статистическата документация се отразяват основните показатели за финансовите и материалните ресурси и дейностите на лечебните заведения.

(3) Формата и периодиката на медико-статистическата документация се утвърждават ежегодно от министъра на здравеопазването, като:

1. първичните регистрационни форми се предлагат от Националния център по здравна информация след съгласуване с Националната здравноосигурителна каса в съответствие с договореностите на Националния рамков договор;
2. периодичните отчетни форми се предлагат от Националния център по здравна информация след съгласуване с Националния статистически институт”

(<http://www.rczsofob.org/misc/nar10.HTM>).

В „Преходни и Заключителни разпоредби” на Наредба 10, пар. 3 се казва: „Тази наредба се издава на основание чл. 6, ал. 3 от Закона за лечебните заведения”. А в закона е записано:

„Чл. 6. ...

(3) Лечебните заведения предоставят информация за извършваната от тях медицинска дейност, както и медико-статистическа информация съгласно наредба на министъра на здравеопазването, съгласувана с Националния статистически институт” (Вж. www.bsbp-bg.org/download/zakon_lechebni_zavedeviq.doc).

Кръгът е затворен: Законът е постановил, министърът на здравеопазването е издал Наредба 10, НЦЗИ действа на терена на събирането на здравна информация, като първо подготвя съответната медико-статистическа документация. Както се вижда от темите на реализираните от него ежегодни, изчерпателни и задължителни изследвания, обемът на набираната информация е значителен. Трябва да имаме предвид обаче, че тази информация се набира от лечебните заведения, които попълват обемната медико-статистическа документация за тримесечен, шестмесечен и най-вече за едногодишен

период (Вж. формулярите в: <http://www.nchi.government.bg/formulqri.html>), и можем само да гадаем доколко достоверни са данните по множеството показатели.

Данните от лечебните заведения се събират и обработват от РЦЗ или РИОКОЗ – т.е. на областно ниво. Събраната от тях информация, след оценка, контрол и обработка, се изпраща в НЦЗИ за национална обработка на данните.

Възникват няколко въпроса:

1. Защо на сайта на НЦЗИ в рубриката „Здравна статистика” са налични данни единствено на национално равнище¹⁶, а в рубриката „База данни здравни индикатори”, където е възможен достъпът до данни по области, последните данни са от 2004 година (<http://212.122.183.76/dps/index.php?lang=bg>)? Данните по области, които се съдържат в ежегодното издавания от НЦЗИ „Здравеопазване. Кратък статистически справочник”, са единствено по основни демографски показатели (Вж. „2006 Здравеопазване. Кратък статистически справочник”).
2. Какви са пречките да се произвеждат масиви от данни на равнище населено място (или поне община)? Вярно е, че данните се събират по лечебни заведения и е възможно лицата, посетили съответното лечебно заведение да не са жители на съответната община, още по-малко на съответното населено място (особено при специализирани лечебни заведения за извънболнична помощ и болнични заведения), не би трябвало да има технологичен проблем за отразяване на настоящия адрес на пациентите, ако и доколкото информацията, която се подава от лечебните заведения, се натрупва ежедневно, въпреки че се отчита в РЦЗ или РИОКОЗ на съответния времеви период. Това би гарантирало и значително по-голяма достоверност на подаваната от лечебните заведения информация.
3. Във „Формуляри за медико-статистическо отчитане на дейността на лечебни заведения през 2008 г.” (Вж. <http://www.nchi.government.bg/formulqri.html>), не се отбелязва етническият произход на лицата – все едно дали доброволно или по

¹⁶ В рубриките: „Регистрирани заболявания от някои инфекциозни болести, подлежащи на задължително съобщаване”, „регистрирани заболявания от активна туберкулоза по форми на заболяването”, „регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания по локализация”, „Регистрирани заболявания от някои венерически и кожно заразни болести”, „болни под наблюдение на психиатричните заведения, отделения, кабинети и амбулатории по вид на заболяването”, „хоспитализирани случаи в стационарите на лечебните заведения по класове болести”, „хоспитализирани случаи в лечебните заведения по възраст на болелите”, „първично инвалидизирани лица над 16-годишна възраст по тежест на инвалидност” (<http://www.nchi.government.bg/statistika2.html>)

преценка на съответното медицинско лице.¹⁷ И все пак в един от тези формуляри - „Карта за суицидно действие” - има „4а Етническа принадлежност” (Вж. http://www.nchi.government.bg/otcheti/karta_suiz.pdf). Защо точно по отношение на „суицидно действие” е необходимо да се бележи етническата принадлежност? И след като в една от формите се приема за възможно да се отбелязва етническата принадлежност на лицето, каква е пречката това да става във всички „първични регистрационни форми, по които се набира информацията”?

➤ **Информация, събирана от Националната здравно-осигурителна каса**

В НРД се определя съставянето на първични медицински и стоматологични документи и финансовоотчетни документи. Първичните медицински документи са описани в „Глава десета Документация и документооборот на изпълнителите на извънболнична дейност”:

„Чл. 29. (1) Здравната документация по НРД включва:

1. първични медицински документи—приложение № 4;
2. медицински документи на МЗ, утвърдени по съответния ред.

(2) Отчетната документация по НРД включва:

1. здравната документация по ал. 1, т. 1;
2. финансови документи—приложение № 5;
3. регистри—за изпълнители на извънболнична медицинска помощ по приложение—приложения № 6, 7, 8 и 9.

(3) С документите по ал. 2 се отчита и заплаща извършената дейност по договора с НЗОК” (с. 9, <http://www.nhif.bg/bg/default.phtml?w=1280&h=770>).

Тук за нас са важни две неща:

¹⁷ Въпросът за правните ограничения за събиране на информация по етнически признак, трябва веднъж завинаги да намери своя адекватен отговор. Защото **ако имаме политики, насочени към една обособена по етнически признак група, няма как да нямаме данни дали, как, доколко тези политики са ефективни и постигат заложените цели.** За да имаме обаче такива данни и за да можем аналитично да аргументираме постиженията и/или неуспехите при провеждането на тези политики по места, трябва да знаем къде и как съществуват обособени ромски групи, какви са техните проблеми, какви мерки се прилагат от местната власт за решаването на тези проблеми и какви са резултатите от тези мерки, т.е. трябва да може да се събира информация „по етнически признак”. Добра аргументация на необходимостта и на възможността да се събира информация по етнически признак се съдържа в *Ръководство (Индикатори за оценка на образователната интеграция на деца от етническите малцинства)*, МОН, Гражданско дружество „Експертни анализи”, С., 2007, с. 5-6.

- Съдържанието на Амбулаторен лист за преглед от общопрактикуващ лекар или лекар специалист (в приложение № 4 към „първични медицински документи“).
- Фактът, че в НЗОК постъпват документи и съответно здравна информация единствено за здравно осигурените лица.¹⁸

В НЗОК е налице огромен масив от здравна информация за всеки гражданин на България, но само ако е здравно осигурен и единствено за времето, когато е бил здравно осигурен. Това разбира се е пряко следствие от основната задача на НЗОК:

„да осъществява и администрира задължителното здравно осигуряване в България, в частта му по управлението на събраните средства и заплащането на използваните здравни дейности и лекарства (в определен обхват и обем) в полза на здравноосигурените лица” (Вж. <http://www.nhif.bg/bg/default.phtml?w=1280&h=770>). Следствието от това е, че дори да допуснем:

- че е възможно да се регламентира обмен на данни между НЗОК и НЦЗИ (какъвто обмен по неофициални сведения не се реализира или се реализира не систематично),
- че е възможно да се въведе по някакъв начин идентификатор на етническата принадлежност/етническото самоопределяне на лицата, или на живеещите в „обособени ромски квартали” или на „квартали, в които живеят предимно лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”,

извън информационния масив ще останат голяма част от гражданите от ромски произход, доколкото те са здравно неосигурени, а и в масива ще има значими липси на здравна информация за времето, през което който и да е гражданин е бил здравно неосигурен.

➤ **Статистически данни от „Здравно интервю”**

Изследванията, наречени „Здравно интервю”, са репрезентативни изследвания на здравното състояние на населението. Провеждането им е приоритет в статистическата практика на европейските страни, както и на всички страни с развита статистическа система.

Целта на здравното интервю е да събере информация относно самооценката на здравния статус, честотата на хроничните заболявания, използването на медицински

¹⁸ „Чл. 70. (1) Изпълнителите на медицинска или стоматологична помощ са задължени да събират, поддържат, съхраняват и предоставят информация на съответната РЗОК за извършената от тях дейност в полза на ЗЗОЛ” (с.18 от НРД, <http://www.nhif.bg/bg/default.phtml?w=1280&h=770>).

услуги, начина на живот от гледна точка на връзката му със здравното състояние – преди всичко тютюнопушене и употреба на алкохол, определени в медицинската литература като влияещи негативно върху здравето, здравната профилактика и други показатели, обвързани с основните социално-демографски характеристики – пол, възраст, образование, семейно положение, икономическа активност, условия на живот и др.

За пръв път в България такава информация е събрана при преброяването на населението през 1965 година. През 1996 г. Националният статистически институт е осъществил репрезентативно проучване на здравето на населението по унифициран въпросник на Европейското бюро на СЗО. По същия въпросник е извършено и паралелно проучване по време на преброяването през 2001 година.

Програмата на изследванията обхваща следните основни тематични области:

- самооценка на здравето;
- болестност от хронични заболявания;
- използване на медицински услуги;
- употреба на медикаменти;
- здравна профилактика;
- тютюнопушене и употреба на алкохол;
- очаквана продължителност на живот в добро здраве.

От гледна точка на набирането на данни с цел мониториране на здравния статус на лица от ромски произход/на лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства, представителните изследвания (дори да допуснем, че биха могли да се проведат такива по отношение на така дефинирана група лица) не са подходящ инструмент. Спецификата на различните ромски общности/„обособени ромски квартали”/„квартали, в които живеят предимно лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” по отношение на множество социално-икономически показатели, жилищни условия, инфраструктура и т.н. не би позволила формирането на адекватна по отношение на тях извадка. А ако се реализира извадка, която не отчита тези специфични особености на общностите/кварталите, резултатите от проведеното изследване не биха могли да се използват за изработването на специфична политика и планирането на специфични действия на местно равнище, съобразно здравния статус и здравните проблеми на съответната общност/жителите на съответния квартал.

2.4. Относно съществуващите в някои европейски страни здравни информационни системи

Докладът на експертите проф. Лазер и д-р Вейнхара (Вж. Приложение 2) съдържа описание на следните бази данни със здравна информация, релевантни за България:

- **The European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (EUMC)**
- **The Open Society Institute** published 2007 a Monitoring Report on “Equal Access to Quality Education for Roma” (Volume 1, Bulgaria)
- **The United Nations Development Programme (UNDP)** with its website on Roma (Human Development Challenges and Opportunities) in Slovakia
- **The UNDP Regional Development Reports (UNDP: Roma Regional Human Development Report 2005 “At Risk: Roma and the Displaced in Southeast Europe”**. Bratislava 2006
http://europeandcis.undp.org/uploads/public/File/rbec_web/vgr/vuln_rep_all.pdf
- **The eight Millennium Development Goals (MDG)** refer especially under Goals 4-6 to health
- **The Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)**, United Nations Economic Commission for Europe (UNECE)
- **International Household Survey Network (IHSN)**
- **The Living Standards Measurement Study (LSMS)**
- **The UNICEF Childinfo**
- **European Commission: First EU Roma Summit**
- **Forum for Public Health in South Eastern Europe (FPH-SEE)**

С оглед на създаването на информационна система и стратегия за мониторинг, от тези бази данни специално внимание заслужават **The UNDP Regional Development Reports** и особено **The Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)**, United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) (чрез това изследване се събират данни за мониторинга на половината от индикаторите по **The eight Millennium Development Goals (MDG)** и данните по **The UNICEF Childinfo**) и **International Household Survey Network (IHSN)**. Експертите препоръчват включването на България и в двете системи. Трябва да се отбележи, че в **International Household Survey Network** има регулярни данни за България по домакинския бюджет, провеждан от НСИ, т.е. България е включена в мрежата, но няма данни за ромските общности, защото такива данни – представителни или изчерпателни на национално ниво – няма. Интерес представлява проучването **Global Youth Tobacco Survey (GYTS)**, проведено от СЗО и Centers for Disease Control and Prevention през 2002 г., което може да се използва за сравнителна база. Основният проблем тук отново е, че данните не могат надеждно да се дезагрегират по етническа група.

От особен интерес е **The Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)**. Изследването е извадково, единицата е домакинството и се провежда с три въпросника: за домакинство; за жени; за деца до 5-годишна възраст (последният въпросник се попълва от майката или от този, който непосредствено се грижи за детето). Изследването включва множество индикатори, които обаче подлежат на адаптиране и опростяване, и може да генерира най-близкото до представителни данни за ромското население при подсилена на базата на експертни оценки извадка.

Осъществимостта на такава изследователска стратегия е демонстрирана от провеждането на изследването в Сърбия през 2005 г. (според сайта – 2005, според приложението на експертния доклад – 2006). Проведено е от националната статистика на Сърбия в сътрудничество с маркетингово-демоскопска агенция. Проблемът е, че сръбският опит е проектен и няма гаранция, че ще бъде повторен.

MICS използва три модулни въпросника, които подлежат на адаптиране, за да отговарят на информационните потребности на дадената страна. Взети заедно, те подпомагат измерването на ключови индикатори по следните теми:

- хранене: хранителен статут, кърмене, йодни соли, витамин А, ниско родилно тегло; детска смъртност;
- детско здраве: имунизации, токсини на тетанус, грижи при заболявания, консумация на твърда храна, малария, източници и разходи на хранителните продукти;
- среда: водоснабдяване и канализация, сигурност и продължителност на обитаването на жилището;
- репродуктивно здраве: контрацепция и невъзможност за набавяне на контрацептиви, здраве на родилките и новородените, смъртност сред родилките; детско развитие;
- образование: грамотност;
- защита на детето: регистрация на раждане, детски труд, детска дисциплина, ранен брак и полигамия, женска кастрация, домашно насилие, инвалидност;
- СПИН, сексуално поведение, сираци и уязвими деца: знание и нагласи, сексуално поведение, подкрепа на сираци и уязвими деца.

Индикаторите са разработени в изследователски инструментариум, удобен за работа и лесен за адаптиране. (Вж. трите основни въпросника в *Приложение 7*).

Докладът на експертите подчертава и значимостта на **ЕВРОСТАТ**. ЕВРОСТАТ е система, която работи основно за хармонизиране на данните, подавани от

националните статистики на страните-членки и кандидат-членки. Т.е. България е включена. НСИ, както и министерствата и агенциите са партньори в ЕВРОСТАТ. Това, което може да се направи повече, е активно участие в рамките на **‘Partnership on Health Statistics’**, което е специална структура, целяща осигуряването на кохерентен и сравнителен набор от здравни статистики на равнището на Общността.

Основният проблем с данните за България от ЕВРОСТАТ е, че не могат да бъдат надеждно дезагрегирани по етническа група. Проблемът има два източника: такава информация не се регистрира при раждане и такава информация, когато се събира от извадкови проучвания и преброявания на населението, не е надеждна, поради отказа на много хора да се самоидентифицират като роми. По-адекватно и ефективно би било дезагрегирането на данни не по етническа принадлежност, а по жилищни условия и по квартална инфраструктура. НСИ, според Закон за преброяване на населението, жилищния фонд и земеделските земи в Република България през 2001 година, работи със следните индикатори:

„**Чл. 7.** За жилищата се събират следните данни:

1. вид на жилището;
2. начин на ползване;
3. размер и брой на помещенията;
4. електроснабденост;
5. наличие на водопровод и канализация;
6. начин на отопление;
7. наличие на баня и тоалетна;
8. дълготрайни предмети с културно и битово предназначение, ползвани от домакинството” (Вж. <http://www.nsi.bg/LegalBasis/LawCensus.htm>).

Трябва да имаме предвид обаче, че това ще даде надежден резултат само за градовете. В обобщение на наблюденията на експертите и на прегледа на базите данни, на които докладът им се базира, се очертава следната картина: има добри методики и мрежи, в част от които България е включена, които генерират данни на национално ниво. Тези данни не могат надеждно да се дезагрегират по етническа група. Причините за това са, че в България при раждането не се регистрира етническа информация, а регистрираната при преброяванията информация, свързана с етническия произход (12. етническа група; 13. вероизповедание; 14. майчин език – чл. 6 от Закон за преброяване на населението, жилищния фонд и земеделските стопанства), според експертните мнения подценява почти двойно броя на ромите. Това се дължи на отказа на много от ромите да се идентифицират като роми, заради негативното социално белязване на произхода им. Броят на тези идентификации вероятно би се покачил, ако имаше – както в Германия и

Унгария, - национално представително или самоуправително тяло или ако ромите имаха статут на национално малцинство.

От друга страна, съществуват изследвания на ромски общности, които обаче не генерират данни на национално, а на регионално ниво. Удачно е в двата типа изследвания да се включва набор от идентични индикатори.

Другият основен пункт, който следва да се открие от доклада на проф. Лазер и д-р Вейнхара, третира законодателното уреждане на достъпа на ромското население до здравеопазване, практическата му ефикасност и сравнението му с три други европейски държави: Германия, Словакия и Унгария. Констатацията е, че:

Съобразно Закона за здравното осигуряване всички членове на ромската общност са осигурени при условия на задължително здравно осигуряване. Здравноосигурителните такси на безработните се заплащат от фонда за безработни (за определен период от време), а на регистрираните като нуждаещи се от социална помощ – от държавния бюджет. Следователно, равенството е законодателно гарантирано. Въпреки това, културните различия и ниското образователно ниво, както и честата миграция, възпрепятстват прилагането на законовите регулации по отношение на ромската общност (Вж. *Приложение 2*).

Към тази констатация трябва да добавим и че практическата липса на информационна система не позволява ефективното насочване на средствата по Закона за здравното осигуряване, пълноценното им усвояване и контрола върху разходването им.

Законодателно е осигурен ресурс за равен достъп на общностите в неравностойно положение, но няма никакви гаранции за насочването на този ресурс към тях, тъй като липсва система от индикатори за ясна идентификация на тези общности и за тяхното разпределение по територията на страната. Освен това, практическият достъп до тези ресурси изисква минимална институционална култура от страна на ползващите ги, която, предвид ниското образователно равнище и високото равнище на неграмотност сред ромите, няма как да се предполага.

При преглед на европейските програми за здравеопазване прави впечатление, че стратегиите на ЕС по отношение на здравето са ориентирани предимно към формиране на индивидуални стратегии за справяне (поддържането на добро здраве в застаряваща Европа; защита на гражданите от здравни заплахи; подкрепа на динамичните здравни програми и на новите технологии; Вж. Health Programme 2008-2013

http://ec.europa.eu/health/ph_programme/pgm2008_2013_en.htm). Акцентът е върху empowerment на европейските граждани, а не върху това да са обект на грижа от страна

на публични структури. При сегашното образователно ниво на ромите в България и високата степен на социална изключеност такава стратегии по отношение на здравето, ако във вътрешен план (национален) не е съпроводена със стратегии за образователна интеграция, повишаване на образоваността, интеграция на ромите в пазара на труда, ще доведе до още по-голямо изпадане от здравни грижи и допълнително понижаване на здравния статус (няма да могат да се справят с гъвкави и динамични системи на здравно осигуряване и здравеопазване).

В заключение:

- **Стратегиите по отношение на здравеопазването могат да са ефективни само като част от комплексна социална програма (образование, трудова заетост, институционална култура).**
- **Здравната информация може да се интерпретира и използва смислено, само ако е комбинирана с информация по други индикатори (образование, трудова заетост, институционална култура; характеристики на домакинствата).**
- **По-адекватният прицел на политики за включване в здравната система са не етническите общности, а определен тип квартали и населени места.**

Оценка на приложимостта на начина на събиране на информация по здравни индикатори в 3 европейски държави (Германия, Словакия, Унгария)

Преди да оценим полезните и приложими страни от опита за събиране на здравна информация и обвързването ѝ с политики на подобряване на здравния статус, ще приведем данни (ненадеждни, както беше споменато, но ориентировъчни за пропорциите) за относителния дял на ромите според националните статистики.

Германия

Информация за относителния дял на ромското население в Германия не може да се намери, тъй като по закон там е забранено събирането на етнически данни.

Според данни от мониторинг на защита на малцинствата на Институт „Отворено общество” от 2002 г. има много малко данни за ромското малцинство, свързани със здравни проблеми (Вж.

http://www.eumap.org/reports/2002/eu/international/sections/germany/2002_m_germany.pdf).

В Германия, въпреки забраната за набиране на етническа информация, ромите имат признат статут на национално малцинство. Това позволява предприемането на законодателни мерки за подобряването на положението им и съществуването на централизирано национално представителство на ромското население по РКЗНМ. Въпреки регулацията на федерално ниво обаче, множество законодателни инициативи са в прерогативите на регионалните парламенти и не са практически предприети. Германската система почива на две структури:

- надеждна информация от здравно-осигурителната система, която обаче не може да регистрира етнически данни;
- централизирано национално представителство на ромското население по рамковата конвенция за националните малцинства.

Словакия

Словашкият опит следва да се оцени по-скоро негативно – не само ефектът, но и дизайнът му са сегрегационни. Има правителствената политика на жилищно строителство, което обаче, както винаги, се оказва недостатъчно. Съпроводено с регулирано сегрегационна образователна система, то която води до усилването на гетоизацията на общностите и нарастване на безработицата в тях.

Негативният извод от словашкия опит е, че политиките на парче водят до обратен ефект (жилищна политика без образователна). Може да се допусне, че същото ще е валидно и за здравната политика – здравна без образователна политика ще доведе по-скоро до негативни ефекти.

Унгария

Ситуацията в Унгария е сходна в генерално демографско отношение с българската: Демографските промени в Унгария се характеризират със застаряване, намаляване на населението; същевременно расте броят на хората от цигански произход и възрастовата структура на циганското население се отличава с по-ниска възраст спрямо средната възраст на целокупното население. Ромското население рязко се урбанизира в последните 5-6 десетилетия. Училища са сегрегирани, въпреки че има политика на десегрегация. Тя обаче води до „white flight” и в крайна сметка до вторична сегрегация. В Будапеща обаче има [Budapest Gypsy Minority Self-Government](#), съставян с непряко гласуване, и е учреден [National Gypsy Minority Self-Government \(NGMS\)](#) с 53

представители. И тук, както и в Германия, има представителни тела на съответните общности на политическо равнище. В Унгария самоуправителното тяло е участвало в изготвянето на формуляра на въпросника за общото преброяване на населението. Може да се предполага, че това увеличава надеждността на данните, като намалява опасенията на ромите, че данните ще бъдат използвани политически в тяхна вреда, и като, от друга страна, отслабва негативните конотации на идентификацията „ром“ („циганин“).

Приложимост в България: ниска, тъй като няма политическо представително тяло, признато от общността. Въвличането на представители на общността в подготовката и в процеса на преброяването ще увеличи надеждността на данните, свързани с етнически признак.

3. ПРЕПОРЪКИ

3.1. За включване на България в някои международни/европейски информационни системи

Прегледът на доклада на проф. Лазер и д-р Вейнхара показва, че България е включена в някои европейски информационни системи – на първо място, в EUROSTAT, на второ – в International Household Survey.

Основният проблем при набирането на данни за здравен статус и достъп до здравеопазване на население в неравностойно положение, когато неравностойното положение се дефинира по етнически признак, обаче не може да се реши от самото включване в тези мрежи. Трябва да се отбележи, че прегледът на тези европейски системи показва, че във всички европейски страни, които не регистрират етническа информация при раждане, дезагрегирането на данни по етнос, особено за ромите, е ненадеждно.

Основните ползи от включеността в тези европейски информационни системи са:

- генерирането на сравнителни данни на национално ниво – един косвен ориентир за провеждането на интеграционни политики;
- интегриране на стандартизирани индикатори в регионалните проучвания.

Като резултат от аналитичния преглед на експертния доклад на проф. Лазер и д-р Вейнхара, препоръчваме:

- Активно участие на България в рамките на **Partnership on Health Statistics**,

което е специална структура, целяща осигуряването на кохерентен и сравнителен набор от здравни статистики на равнището на Общността. Участието трябва да отчита препоръките в т. 2.2. и въпросите по т. 2.3. от настоящия аналитичен доклад.

- Провеждането на **Multiple Indicator Cluster Survey** за България с подсилена извадка за ромските квартали, дефинирани по региони и според експертна оценка. При провеждането на изследването да се има предвид сръбският опит, най-вече от гледна точка на сътрудничеството на националната статистика с демоскопска агенция. Това се налага от факта, че подсилването на извадката за ромските квартали/населени места може да се базира по-надеждно върху експертно знание, отколкото върху преброителните списъци. Демоскопските агенции, които провеждат предизборни проучвания и омнибуси, имат акумулирано такова експертно знание и анкетърска мрежа с достъп до общностите.
- Създаване на предпоставки за регулярно провеждане на **Multiple Indicator Cluster Survey** за България на всеки 3 или 4 години. Набирането на данни по стандартизирани индикатори за домакинства, жени и деца до петгодишна възраст има смисъл само ако се провежда регулярно, за да се отчита трендовете на изменение. Така изследването може да стане част от системата за мониторинг на ефективността на политиките за провеждане на здравна стратегия за лица в неравностойно положение.
- Включването на индикатори от **Multiple Indicator Cluster Survey** в сравнителни изследвания на квартали и селища (ромски и бедни без етническа специфика, за да могат да се открият културно-специфични проблеми, ако има такива). Включването на индикатори от национално представително изследване в проучванията на обособени ромски квартали ще позволи да се контролира надеждността на дезагрегирането на данни на национално равнище и ще е стъпка към обвързването на локални проблеми с политики на национално ниво.
- Включването на България в **International Household Survey** с данни от жилищната статистика, освен данните от домакинския бюджет.
- Дезагрегиране на данните от националната статистика по тип жилище и квартална инфраструктура, което ще даде по-надеждна картина на градското ромско население, отколкото дезагрегирането по етнос. Това е наложително, независимо от стъпките за усилване на надеждността на данните по етнически

признак. Такива евентуални стъпки няма да доведат до незабавни резултати, затова дезагрегирането по етнос трябва да бъде контролирано от дезагрегирането по други променливи.

- Да бъдат включени представители на ромските общности в изработването на индикатори за преброяването с оглед повишаване на надеждността на данните по етнически признак.

3.2. За употребата на данните от здравния компонент в Допълнението към съществуващата в ДЕДВ мониторингова система

Кратко описание на основните компоненти на съществуващата в ДЕДВ система за мониторинг на политиката на интеграция на ромите направихме в 2.3. Ключово важно е съсредоточаването върху данни за всеки обособен ромски квартал, за да се проследява от една страна какви дейности/инициативи, как и с какви ресурси се провеждат, а от друга страна – какъв ефект произвеждат върху цялостното състояние на конкретната ромска общност. Тук вниманието ни е съсредоточено единствено върху онази част от системата, която се отнася до област здравеопазване.

Идентифицираните ключови проблеми на ромите в областта на здравеопазването са:

- значително по-висока от средната за страната детска смъртност – според експертни мнения тя е два пъти по-висока от средната за страната;
- значително по-висока заболяемост от социално значими заболявания от средните стойности за страната – въпреки че не се събират данни за заболяемостта по етнически признак, всички изследвания на здравното състояние на ромите потвърждават това;
- значително по-ниска средна продължителност на живота – според експертни мнения тя е с около 10 години по-ниска от средната за страната.

Тези ключови проблеми в областта на здравеопазването са следствие от взаимно усилващото се въздействие на **разнопосочни фактори**: ниска здравна култура, лоши жилищни и битови условия, безработица и съществуване под прага на бедността, затруднен достъп до здравни услуги (който от своя страна се дължи както на недостиг на ОПЛ, така и на висок процент здравно неосигурени, а и на отдалеченост на здравните услуги от обособените ромски квартали).

Основните планирани дейности по „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” и План за действие за 2005-2007 г. се извършват в рамките на реализацията на проекти по ФАР и са насочени главно към ранна диагностика, профилактика и повишаване на здравната култура. Как точно, с какви средства и върху какви дейности ще се съсредоточи следващият План за действие по Стратегията, както посочихме по-горе, все още не е ясно.

От 2000 г. започва популяризирането и утвърждаването на позицията „здравен медиатор” като съдействащ за подобряване на достъпа на ромите до здравни услуги и подпомагащ комуникацията между ромите и здравните (а и социалните) институции.

От 2007 г. сертифицираните здравни медиатори работят към общините като получават възнагражденията си с целеви делегиран бюджет от Министерството на финансите.

Всички данни доказват смисъла и необходимостта от съществуването на поне един здравен медиатор в обособен ромски квартал.¹⁹

Доколкото твърде разнопосочни фактори обуславят лошите показатели на здравния статус на ромите, няма как да очакваме, че тези показатели биха могли да се подобрят просто чрез подобряване на достъпа до здравеопазване. И все пак, предлагаме следните ключови **индикатори** за проследяване на напредъка в област здравеопазване:

- брой назначени здравни медиатори в общинската администрация към броя обособени ромски квартали (и към броя жители в тях), в които работи всеки от тях;
- брой жители на обособен ромски квартал с личен лекар към общия брой жители на квартала;
- брой здравно осигурени жители на обособен ромски квартал към общия брой жители на квартала;
- брой профилактични прегледи, проведени от личен лекар на лица, живеещи в обособен ромски квартал, към общия брой подлежащи на профилактичен преглед жители на квартала;
- брой регистрирани болни от туберкулоза жители на обособения ромски квартал;
- брой регистрирани болни от онкологични заболявания жители на обособения ромски квартал;

¹⁹ Вж. напр. анализа на данни от проведеното в рамките на тригодишен проект „Подобряване на достъпа до здравни услуги на ромски жени и деца от селски райони” (изпълняван от фондация „ЕКИП” и фондация „Здравни проблеми на малцинствата” по програма МАТРА) в: Търнев, И., М. Грекова. 2008: *Социален и здравен профил на ромите в 16 населени места в България (2 години по-късно)*. София: „Изток-Запад”.

- брой регистрирани болни от сърдечносъдови заболявания жители на обособения ромски квартал;

- брой регистрирани болни от наследствени заболявания жители на обособения ромски квартал.²⁰

Както посочихме по-горе, ДЕДВ е институцията, която организира и контролира целия процес по събиране и обработка на данните, захранващи мониторинговата система. Експертите от ДЕДВ, подготвят ежегодни анализи на ситуацията в обособените ромски квартали на национално равнище. Областните експерти по ЕДВ подготвят ежегодни анализи на ситуацията в обособените ромски квартали на областно равнище, както и по общини и населени места.

Без да се впускаме в подробна аргументация, поддържаме, че данните по индикаторите трябва да се събират от общинските експерти по ЕДВ.²¹ Както посочихме по-горе, това предполага включване на тази дейност в длъжностната им характеристика и вероятно избор на нови експерти в някои общини. В населените места с големи ромски квартали, където дейността по събирането на данни няма да е възможно да се извършва от един човек, ще се наложи да бъдат ангажирани напр. представители на действаща в ромския квартал НПО. Експертите и подпомагащите ги представители на НПО трябва да преминат едnodневно обучение по окончателно изготвените въпросници за мониторинг на реализацията на политиката на интеграция на ромите.

Данните по индикаторите се събират в началото (или в края) на календарната година.

Данните в област здравеопазване се събират с Въпросници типологично сходни на приложените в настоящия доклад (Вж. Приложение 8). Типологично сходни, защото е възможно – в хода на обсъжданията на предложените тук основни проблеми и съответните им индикатори – да се открият друг/други основни проблеми, което

²⁰ Изборът на последните четири индикатора е следствие от фокусираната към тези заболявания скринингова кампания и от изготвената „Програма за скрининг и ранна диагностика на туберкулоза, социалнозначими, онкологични и наследствени заболявания за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” в рамките на проектното задание на настоящия проект.

²¹ Съществува мнение, че е възможно дейността по набирането на данни по индикаторите от мониторинговата система в четирите приоритетни области да се възложи по съответния ред на НСИ и неговите регионални структури. Ние се придържаме към разбирането, че набирането на данни за лица в „обособени ромски квартали” е по-подходящо да се извършва от човек от общността, в който (преобладаващата част от) жителите на квартала имат доверие.

съответно ще доведе до преформулиране на предложените индикатори/формулиране на други индикатори.

Някои от данните в област здравеопазване се събират в разговор със служител в общината, друга част от данните се събират от регистрираните в населеното място/в общината общопрактикуващи лекари. Тези данни не са лични – регистрира се единствено броят на здравно осигурените/неосигурените; броят на имащите/нямащите личен лекар; броят на болните от съответното заболяване; и т.н.

Същественото предимство на общата по отношение на четирите приоритетни области мониторингова система е, че дава възможност в единна база данни да се търсят различни зависимости между съответните променливи/индикатори. Както подчертахме, факторите, оказващи влияние върху здравния статус на жителите на обособени ромски квартали, имат различен характер и вероятно са различни в различните квартали, поради което е изключително важно да се изведат онези фактори, които имат най-силно въздействие във всеки от тях, за да се планират на местно равнище най-адекватни спрямо конкретната ситуация интервенции.

3.3. За планираното в рамките на настоящия проект изследване и възможностите да се мултиплицират сходни изследвания

Планираното в рамките на настоящия проект изследване е пряко обвързано с изготвената от ключов експерт 2 - проф. д-р Ивайло Търнев и неговия екип от неключови експерти „Програма за скрининг и ранна диагностика на туберкулоза, социално значими, онкологични и наследствени заболявания за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” като изпълнение на задача 1 от Техническото задание на настоящия проект. Основно са взети предвид проведените в програмата анализи на:

- достъпа до специализирана медицинска помощ,
- актуалното състояние на заболеваемостта и болестността от туберкулоза, социалнозначими, онкологични и наследствени заболявания в шестте целеви области;

изведените от тях стратегически цели на програмата, както ключови моменти от разработения „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 – 2010 година”.

Доколкото настоящият проект е част от проекта „Подобряване на състоянието и интеграция на малцинствени групи в неравностойно положение със специален фокус върху ромите” (EuropeAid/122904/D/SER/BG), изследването е съсредоточено върху населението от ромски произход/жителите на „обособени ромски квартали” в шестте целеви региона: Видин, Монтана, Добрич, Разград, Сливен и Ямбол.

3.3.1. Обща рамка на изследването

Основната цел на изследването е да събере достоверна и изчерпателна информация относно: техническата и социалната инфраструктура във всеки „обособен ромски квартал” в целевите региони, достъпа до здравни услуги и здравния статус на неговите жители и на тази основа да изведе ключови индикатори за идентифициране на „обособени ромски квартали”, в които е необходимо да се съсредоточат бъдещи действия по обхващане на населението от медицинска помощ с мобилни екипи.

Първият етап на изследването е съсредоточен върху набирането на достоверна и изчерпателна информация (Вж. Въпросниците в *Приложение 9*):

- по ключови показатели на техническата и социална инфраструктура във всеки „обособен ромски квартал” в целевите региони – чрез интервю с представители на общинската администрация на общината, в чиито граници се намира съответния квартал;
- за достъпа до първична медицинска помощ на жителите от всеки „обособен ромски квартал” в целевите региони – чрез интервю с личните лекари, при които са записани жителите на съответния квартал;
- за болестността на жителите на всеки „обособен ромски квартал” в целевите региони от: туберкулоза, вирусен хепатит, наследствени заболявания и вродени аномалии, злокачествени новообразувания, от някои социално значими заболявания – чрез интервю с личните лекари, при които са записани жителите на съответния квартал;
- за заболяемостта на жителите на всеки „обособен ромски квартал” в целевите региони от: инфекции на горните дихателни пътища, други остри респираторни инфекции на долните дихателни пътища, чревни инфекции – чрез интервю с личните лекари, при които са записани жителите на съответния квартал;
- за броя на жителите на всеки „обособен ромски квартал” в целевите региони, употребяващи алкохол и наркотични вещества, които са пушачи, имат

наднормено тегло, страдат от хронично недोхранване – чрез интервю с личните лекари, при които са записани жителите на съответния квартал;

- за изпълнението на имунизационния календар – чрез интервю с личните лекари, при които са записани жителите на съответния квартал;
- за раждаемостта и смъртността във всеки „обособен ромски квартал” в целевите региони – чрез интервю с личните лекари, при които са записани жителите на съответния квартал.

Анализът на двете групи данни: за техническата и социална инфраструктура във всеки „обособен ромски квартал” в целевите региони и за здравния статус на жителите на съответния квартал ще даде възможност да се изведат някои **фактори, съществено влияещи върху здравния статус на жителите на „обособени ромски квартали”**.

Вторият етап на изследването ще ползва анализа на резултатите от първия етап, както и резултатите от скрининговата кампания. Провеждането на скрининговата кампания ще даде възможност да бъдат засечени данните за болестността на жителите на всеки „обособен ромски квартал” в целевите региони от: туберкулоза, вирусен хепатит, наследствени заболявания и вродени аномалии, злокачествени новообразувания, от някои социално значими заболявания, с резултатите от прегледите с мобилните екипи. Ще бъдат подбрани няколко от онези „обособени ромски квартали”, в които:

- показателите за болестност по някои от заболяванията (според резултатите от първия етап на изследването) са значимо надвишаващи средните стойности за съответната област (по данните от НЦЗИ);
- показателите за болестност по някои от заболяванията (според резултатите от първия етап на изследването) са значително по-ниски от средните стойности за съответната област (по данните от НЦЗИ);
- има висок дял новооткрити болни от някои от заболяванията при провеждането на прегледите с мобилните екипи спрямо данните от личните лекари.

В така подбраните „обособени ромски квартали” ще се проведат дълбочинни интервюта с представители на домакинства, за да се изяснят ключови фактори, влияещи върху болестността на жителите им, както и основните причини за „скритата” болестност от някои от заболяванията.

3.3.2. Провеждане на изследването и корекции в предварително планираните параметри

Местните координатори в шестте целеви региона, които събират информацията по първия етап на изследването, бяха обучени на срещата с тях и с представители на РЦЗ, проведена на 10-11 октомври 2008 г. в София. Те започнаха набирането на информацията на 20 октомври и понастоящем голяма част от данните са в процес на въвеждане. Както можеше да се очаква, основните затруднения по набирането на информацията са свързани с:

- нежеланието на някои лични лекари да извършват допълнителна работа по попълването на въпросниците;
- отказа на някои лични лекари да дават данни за „пациенти от ромски произход“ с аргумента, че „не делят пациентите си по произход“;
- отказа на служители в общинска администрация да идентифицират съответния квартал като „ромски“, поради съпротивата на неговите жители да бъдат идентифицирани като „роми“.

Тези трудности, които в известна част останаха непреодолени от местните координатори, въпреки опитите им да убедят съответните респонденти в смисъла на настоящото проучване, ще оставят необхванати от изследването няколко „обособени ромски квартали“.

Обработката на резултатите от първия етап на изследването трябва да завърши до 15 януари 2009 г., след което до края на януари трябва да се изготви анализът на резултатите. По такъв начин към началото на скрининговата кампания – понастоящем планирана да започне от 1 февруари 2009 г. – ще имаме данни за онези „обособени ромски квартали“, в които показателите за болестност по някои от заболяванията са значимо надвишаващи средните стойности или са значително по-ниски от средните стойности за съответната област. Това ще ни позволи така да планираме работата на мобилните екипи по населени места, че първи в техния график да се окажат населените места с „обособени ромски квартали“, в които показателите за болестност по някои от заболяванията са значимо надвишаващи средните стойности или са значително по-ниски от средните стойности за съответната област.

Става ясно, че има известна корекция в първоначално планирания подход по отношение на втория етап от изследването. Тази корекция се налага поради закъснялото стартиране на скрининговата кампания. Ако изчакаме резултатите от прегледите на мобилните екипи по места и след това вземем решение в кои „обособени ромски квартали“ да проведем втория етап на изследването, няма как да се вметим в срока на реализация на проекта.

Заключителният доклад от изследването трябва да бъде завършен на 30 април 2009 година. Той ще бъде съдържателно обвързан с настоящия доклад, което означава, че в него ще бъдат доразработени и конкретизирани направените в настоящия доклад препоръки с оглед на възможностите да се мултиплицира моделът на настоящото изследване.

4. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- **Понастоящем се поддържат две информационни системи в здравеопазването – на НЗОК и на НЦЗИ, които не са синхронизирани и между тях не протича обмен на информация. Нито една от тях не дава възможност данните, които понастоящем се събират и съхраняват, да се използват за мониторинг на изпълнението на „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” и на плановете за действие към нея.**

1. Влагат се ресурси – финансови и човешки – за поддържането на две информационни системи в здравеопазването, всяка от които обслужва специфичните цели и функции на съответната институция – НЗОК и МЗ, и всяка от които сама по себе си не може да обслужва достатъчно добре националната политика в здравеопазването и реализацията на специфичните цели на мониторинга на изпълнението на националните здравни стратегии и в частност на „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” и плановете за действие към тях.

2. Едната система – на НЗОК – обхваща единствено ЗЗОЛ в периода, в който те са здравноосигурени, но за сметка на това съдържа цялата информация за здравния статус, здравните проблеми, предписваните медикаменти, провежданите медицински изследвания и интервенции на тези лица в тези периоди. Т.е. базата данни на НЗОК не съдържа данни тъкмо за онези лица, голяма част от които са без достъп, или с ограничен достъп, или със затруднен достъп до здравни услуги – т.е. голяма част от „лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”. Освен това, и при това ограничение, тази информация остава недостъпна за целите на националната здравна статистика.

3. Провежданите от НЦЗИ изследвания, данните за които се набират чрез РЦЗ и РИОКОЗ по подготвените от НЦЗИ и одобрени от МЗ „Формуляри за медико-статистическо отчитане на дейността на лечебни заведения”, от една страна генерират здравна информация на равнище област, което прави невъзможно да се планират

здравни политики и интервенции, конкретизирани спрямо спецификата на община/населено място/квартал. А такава информация е изключително необходима, особено когато става въпрос за „обособен ромски квартал” или „квартал, в който живеят предимно „лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”. От друга страна, тези формуляри/отчети се попълват от лечебните заведения за 3-6-12 месечен период, което неизбежно крие риск от неточности в данните. Няма как да се очаква, че лечебните заведения ще отчитат напълно коректно всички свои дейности, връщайки се назад във времето, ако и доколкото не се въведе в действие програма, чрез която автоматично – при попълването на всеки амбулаторен лист – да се захранва с информация и съответния формуляр/отчет. Ако такава програма се въведе в действие, формулярите/отчетите могат да съдържат и информация за настоящия адрес на пациента, т.е. става възможно от данните, които постъпват в РЦЗ и РИОКОЗ, да се формират информационни масиви по общини, населени места и „обособени ромски квартали” или „квартали, в които живеят предимно лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”, ако параметрите на такива квартали са въведени като променливи в програмата. Такъв софтуерен продукт би могъл да се разработи от експертите в НЦЗИ, да се въведе в действие със санкцията на МЗ и в рамките на задълженията на НЦЗИ да се включи и подготовката на аналитични доклади по здравето състояние на жителите на „обособени ромски квартали” или „квартали, в които живеят предимно лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”. Тези анализи пряко ще обслужват планирането на конкретните мерки и действия по изпълнение на „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” и на плановете за действие към нея.

4. Изпълнението на „Стратегическа цел VII – Създаване на интегрирана електронна система на здравеопазването” от „Национална здравна стратегия 2008-2013 г.”, и особено следните дейности, заложи в План за действие към нея²²:

- „1.2. Разработване и въвеждане на национални здравни информационни мрежи” (това трябва да се случи до 2013 г., а отговорните институции са МЗ и НЗОК);
- „1.3. Разработване и въвеждане на изисквания за съвместимост на информационните системи в здравеопазването” (това трябва да се случи до 2010 г. и отговорните институции са МЗ и НЗОК);
- „2.4. Създаване на пълно електронно-медицинско пациентско досие” (това трябва да се случи до 2013 г. и отговорните институции отново са МЗ и НЗОК);

²² Сходни „мерки” са заложи и в „Стратегия за внедряване на електронно здравеопазване в България” (с. 9-10, www.mh.government.bg/download/?&id=263)

- „2.5. Изграждане на необходимата инфраструктура за нормално функциониране на системата на здравеопазването – мрежи, свързващи устройства и др.” (това трябва да се случи до 2013 г. и отговорната институция е МЗ) (с. 71-72, http://www.mh.government.bg/7_pressoffice/20_news/51_article/),

би могло да създаде възможност за създаване на предпоставки за реализация на мониторинг както по „Национална здравна стратегия 2008-2013 г.”, така и по други здравни стратегии и в частност по „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”. Разбира се, ако в съответните информационни мрежи и системи бъдат заложен съответни индикатори и се създадат условия за набирането на надеждни данни по тях.

- **Използване на възможностите на съществуващата мониторингова система на ДЕДВ – област Здравеопазване и задълбочаване/обогатяване на набираната чрез нея здравна информация чрез теренни изследвания за мониторинг на изпълнението на „Здравна стратегия за лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства” и на плановете за действие към нея.**

Докато влязат в действие планираните в „Национална здравна стратегия 2008-2013 г.” и в „Стратегия за внедряване на електронно здравеопазване в България” информационни мрежи и системи в здравеопазването, както и „пълното електронно-медицинско пациентско досие”, могат да се използват възможностите за набиране на здравна информация за „лица в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства”/за жители на „обособени ромски квартали”, които предоставя съществуващата в ДЕДВ мониторингова система. Паралелното провеждане на изследвания от типа на подготвяното в рамките на настоящия проект би дало възможност за обогатяване и задълбочаване на набираната чрез тази мониторингова система здравна информация, което от своя страна ще създаде условия за адекватно планиране и провеждане на контекстуализирани спрямо спецификата на здравното състояние и на достъпа до здравни услуги на жителите на съответните населени места/обособени ромски квартали действия за подобряване на техния здравен статус и на достъпа им до здравни услуги.