

# ЗДРАВЕТО И РОМСКАТА ОБЩНОСТ, АНАЛИЗ НА СИТУАЦИЯТА В ЕВРОПА ПРЕДВАРИТЕЛЕН НАЦИОНАЛЕН ДОКЛАД - БЪЛГАРИЯ -

ЗДРАВЕТО И РОМСКАТА ОБЩНОСТ, АНАЛИЗ НА СИТУАЦИЯТА В ЕВРОПА ПРЕДВАРИТЕЛЕН НАЦИОНАЛЕН ДОКЛАД - БЪЛГАРИЯ -



Financed by:



**ЗДРАВЕТО И РОМСКАТА ОБЩНОСТ,  
АНАЛИЗ НА СИТУАЦИЯТА В ЕВРОПА  
ПРЕДВАРИТЕЛЕН НАЦИОНАЛЕН ДОКЛАД  
– БЪЛГАРИЯ –**

**Заглавие:**

ЗДРАВЕТО И РОМСКАТА ОБЩНОСТ, АНАЛИЗ НА СИТУАЦИЯТА В ЕВРОПА ПРЕДВАРИТЕЛЕН  
НАЦИОНАЛЕН ДОКЛАД – БЪЛГАРИЯ -

**Публикувано от:**

Фондация "Здравето на ромите"  
Сливен 8800, ул. "Сан Стефано" 62  
Тел. 044/623056; 044/663001  
www.romanyhealth.hit.bg

**Автор:**

Д-р Илона Томова - старши научен сътрудник в Института за изследване на населението при БАН

Сравнително социологическо проучване сред седем европейски държави – България, Гърция, Испания, Португалия, Румъния, Словакия и Чехия

**Обработка на данните и предварителен доклад:** Equipo de Investigación Sociológica S.A. (EDIS).  
Raúl Ruiz (управител) Cristina Villar, Ángel L. Garcerán, Carmen Guerrero, Prados Fernández, Carla Martínez, M<sup>a</sup> Nieves Moral (Екип)

**Редактиране:**

Fundación Secretariado Gitano  
C/ Ahijones s/n  
28018 Madrid (Мадрид/Испания/)  
Tel: 0034914220960; тел. 0034914220960  
www.gitanos.org  
fsg@gitanos.org

**дизайн и печат:** A.D.I.

ISBN: 978-84-692-5537-7  
DP: GU-345/2009

©FSG

Madrid 2009

Cuaderno Técnico Nº 95

*This document arises from the project HEALTH AND THE ROMA COMMUNITY: ANALYSIS OF THE SITUATION IN EUROPE which received funding from the European Union, in the framework of the Public Health Programme. The views expressed herein are those of individual authors and can therefore in no way be taken to reflect the official opinion of the Executive Agency for Health and Consumers.*

# СЪДЪРЖАНИЕ

<b>Увод</b> . . . . .	<b>4</b>
<b>1. Методология</b> . . . . .	<b>7</b>
1.1. Методологически подход . . . . .	7
1.2. Теренна работа . . . . .	15
1.3. Въпросник . . . . .	16
<b>2. Макроикономическа рамка и отражението ѝ върху здравната система и достъпа до здравеопазване при ромите</b> . . . . .	<b>17</b>
<b>3. Характеристики на ромското население в България</b> . . . . .	<b>27</b>
3.1. Основни данни: . . . . .	27
3.2. Местоживеее на ромското население . . . . .	29
3.3. Демографски характеристики . . . . .	32
3.4. Ромското домакинство . . . . .	41
3.5. Грижи за децата . . . . .	45
3.6. Здравно осигуряване на ромите . . . . .	47
3.7. Население, което има трудности при осъществяването на всекидневните си дейности. . . . .	49
<b>4. Здравен статус. Заболявания</b> . . . . .	<b>53</b>
4.1. Оценка на собственото здраве. . . . .	53
4.2. Болести и здравни проблеми. . . . .	56
4.3. Инвалидност и хронични болести . . . . .	61
<b>5. Злополуки</b> . . . . .	<b>65</b>
<b>6. Здравни ограничения, осуетяващи активността</b> . . . . .	<b>71</b>
<b>7. Употреба на лекарства</b> . . . . .	<b>75</b>
7.1. Начини на лечение . . . . .	75
7.2. Приемане на лекарства . . . . .	80
7.3. Самолечение . . . . .	81
<b>8. Медицински прегледи и консултации</b> . . . . .	<b>83</b>
8.1. Изминало време след последното посещение при лекар . . . . .	83
8.2. Място на последния преглед/посещение на лекар . . . . .	83
8.3. Основна причина за последния преглед/посещение на лекар . . . . .	84
8.4. Афилиация на последния посетен лекар . . . . .	85
8.5. Отдалеченост от здравното заведение или лекарския кабинет . . . . .	86
8.6. Предоставени медицински услуги . . . . .	87
8.7. Програмата за детските имунизации. . . . .	89
<b>9. Посещения при зъболекар</b> . . . . .	<b>93</b>
9.1. Честота на посещенията при зъболекар. . . . .	93
9.2. Здравен статус на зъбите и венците . . . . .	94

<b>10. Хоспитализация</b> . . . . .	<b>97</b>
10.1. Хоспитализация на ромите в сравнение с тази на основното население . . . . .	97
10.2. Продължителност на болничния престой . . . . .	99
10.3. Причина за приемане в болница . . . . .	100
10.4. Период на чакане преди постъпване в болница . . . . .	102
10.5. Типове финансиране за покриване разходите по хоспитализацията. . . . .	102
<b>11. Използване на Бърза помощ</b> . . . . .	<b>105</b>
11.1. Използване на услугите на Бърза помощ . . . . .	105
11.2. Честота на използване на услугите на Бърза помощ . . . . .	106
11.3. Най-често използвани услуги на Бърза помощ . . . . .	107
<b>12. Превантивни мерки взети от жени</b> . . . . .	<b>109</b>
12.1. Раждане . . . . .	109
12.2. Прегледи при гинеколог . . . . .	110
12.3. Гинекологични изследвания . . . . .	111
<b>13. Характеристики на слуха и зрението</b> . . . . .	<b>113</b>
<b>14. Социална подкрепа</b> . . . . .	<b>115</b>
14.1. Ситуации на социална подкрепа. . . . .	115
14.2. Население страдащо от недостиг на социална подкрепа . . . . .	116
<b>15. Начин на живот: употреба на тютюневи изделия и алкохол</b> . . . . .	<b>119</b>
15.1. Пушачи и непушачи . . . . .	119
15.2. Употреба на алкохол. . . . .	119
15.3. Видове алкохол и честота на употребата му . . . . .	120
15.4. Ромско население с алкохолни проблеми и други зависимости . . . . .	120
<b>16. Начин на живот: физическа активност и почивка</b> . . . . .	<b>123</b>
16.1. Сън . . . . .	123
16.2. Физическа активност . . . . .	123
16.3. Гледане на телевизия от децата . . . . .	125
<b>17. Начин на живот: хранене</b> . . . . .	<b>127</b>
17.1. Кърмене на ромските деца . . . . .	127
17.2. Закуска. . . . .	128
17.3. Консумирани храни . . . . .	128
17.4. Индекс на телесната маса . . . . .	129
<b>18. Заключение и препоръки</b> . . . . .	<b>131</b>
<b>19. Библиография</b> . . . . .	<b>143</b>

## Увод

По данни на Европейския Парламент в Европа живеят от 12 до 15 милиона роми. Те са най-голямото европейско малцинство. Срещат се във всички европейски страни. Групата е изключително хетерогенна. Ромите в различните страни и дори в рамките на една и съща страна често се различават по езика, който използват в ежедневието, по религиозната си принадлежност, по признака уседналост/ номадизъм (или полу-номадизъм), по традиционния или модерния занаят на групата, по социалния си статус, по субгруповата си идентичност.

Най-голям дял роми населяват страните от Централна и Източна Европа. Трудностите при прехода от държавна планова към пазарна икономика се отразиха особено тежко върху техния начин на живот. В България преструктурирането на икономиката, свързано със закриването на 1 300 000 работни места, доведе до **спад на заетостта при ромите в размер на 37-66%, запазил се в тези граници в продължение на две десетилетия**. Нито една от другите етнически общности в страната не бе поразена толкова тежко от безработицата.

Продължителното изключване от пазара на труда води до бързо отпадане и от другите социални сфери, особено в условията на рязко съкращаване на средствата за социални услуги. Бедността засегна от две трети до четири пети от ромите в пост-комунистическия период и е многократно по-дълбока, отколкото при останалото население. Хиляди ромски деца отпадат от училищната система още в първите години на обучението си. Пространствената сегрегация в изолирани ромски махали нарасна двойно. Социалните дистанции между ромите и останалото население се увеличиха. Засили се възприемането им не просто като „различни“, а като „чужди“ и „опасни“, което лесно се трансформира в дискриминационно отношение.

Бедността, влошените жилищни условия и всекидневния стрес доведоха до нарастване на заболяемостта и преждевременната смъртност в ромската общност. Достъпът до здравеопазване на една значителна част от тях се влоши. Безпомощността, която изпитват хиляди роми, които не са в състояние да осигурят лечение на своите деца и близки, засилва фрустрациите, отчуждението и затвореността на групата и се изживява като болезнена социална несправедливост.

Българските политици, заети с трудните задачи на трансформиране на политическата и икономическата система, приемаха трудностите, които изпитва населението като „естествена и неизбежна цена на прехода“. Усилията им бяха насочени главно към приватизирането и присвояването на държавната собственост и към създаване на благоприятни условия за формирация се български капитал. Ромите бяха твърде неорганизирани и неопитни, за да окажат политически натиск за едно по-справедливо разпределение на ресурсите и за по-равен достъп до работа, блага и услуги. Гражданското общество в страната е твърде слабо и разединено и също подцени значимостта на проблема за етнизиранието на социалното изключване.

Положението на ромите в България не е изолиран случай. Те се оказаха една от най-уязвимите групи в цяла Европа. От средата на 90-те години на XX в. ромските елити се обединиха в изискването ромите да бъдат признати за европейско малцинство и съсредоточиха усилията си за по-активно ангажиране на европейските институции за решаване на общите проблеми на социално неравенство, изключване и дискриминация, с които техните общности се сблъскват (в различна степен) във всички европейски страни.

Европейският съюз и Европейската комисия проявяват нарастващ интерес и загриженост към положението на ромите в Европа. Увеличава се броят на изследванията, посветени на различни проблеми на дискриминацията и социалното изключване на представителите на тази група. Нарастват инициативите, проектите, програмите, международните документи, насочени към равноправната им интеграция. Основните усилия на европейските институции са насочени към създаване на по-добри условия за социално включване на ромите в четири главни социални сфери: заетостта, образованието, здравеопазването и жилищната среда.

Доброто здраве е ценност сама по себе си. То по правило е необходимо условие за успешна трудова реализация и за пълноценна интеграция в останалите социални структури. Здравният статус на ромите, както на всички бедни групи по света, е нисък, а достъпът до здравеопазване – ограничен, което води до висока детска и майчина смъртност, ниска продължителност на живота, висока инвалидност и лошо качество на живот за болните и техните семейства. Облекчаването на достъпа до медицински услуги, повишаването на здравната култура и информираност, подобряването на здравето на милиони роми е важен индикатор за способността на европейските институции да поставят за решение и да постигнат позитивна промяна при решаването на остър транс-национален социален проблем. Това е предизвикателство пред способността на европейските политици да препотвърдят, че приемат, утвърждават и защитават ценността на живота и равенството на хората като основни нравствени, хуманитарни и социални ценности.

Международният проект *Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа*, е инициуиран от Фондация *Секретариат на Хитаните* в Испания и е финансиран от Европейската Комисия в рамките на Програма „Обществено Здраве“. Основната му цел е на базата на сравнима, представителна и надеждна информация да предостави анализ на здравното състояние на ромската общност, която по-късно да послужи като информационна основа за изработването на действени политики, насочени към подобряване на здравния статус и достъпа на ромите до медицински услуги. Методологията на изследването е изработена от испански изследователи, които са я апробирали през 2006 г. в Испания. През 2008 г. по същата методика бе проведено международно сравнително изследване на здравния статус и достъпа на ромите до здравни услуги в седем европейски страни: България, Гърция, Испания, Португалия, Румъния, Словакия и Чехия.

Първият етап на проекта приключва с предварителни доклади за здравния статус на ромите във всяка една от страните-участнички и с препоръки за здравни програми и политики на национално ниво. Едва след приключването на този етап ще се осъществи сравнителният анализ и ще се изработят общи препоръки за мерки, дейности и политики на международно ниво, насочени към намаляване на здравните неблагоприятия на представителите на тази етническа група.

Резултатите от проекта ще бъдат представени пред заинтересованите страни, пред отговорните национални, европейски и международни институции, пред академичните среди и медиите.

Международното сравнително изследване за здравето и достъпа на ромите до медицински услуги може да послужи като модел за изследване и акумулиране на достоверна и сравнима информация по тези проблеми във всички европейски страни – важно условие за вземане на решения от Европейския парламент и за изработване на европейски политики за постепенното им решаване. Затова трябва специално да отбележим инициаторите и изпълнителите на проекта. Това са: Фондация „Секретариат на хитаните“ – Испания, Фондация „Здравето на ромите“ – България, „Правителственият офис по ромските въпроси“ – Чехия и неправителствената организация „Съвместен живот“ – Чехия, Фондация „Ефксини поли“ – Гърция, „Европейска мрежа против бедността“ – Португалия, „Романи Крис“ (Ромски център за социални интервенции и изследвания) – Румъния и „Партньори за демократични промени“ – Словакия.

Статистическата обработка на информацията и подготовката на всички таблици, представящи резултатите от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”*

бе осъществено от EDIS и изследователски екип в състав: Раул Руис Вилафранка – ръководител и членове Анхел Луис Гарсеран, Кармен Гуереро, Прадос Фернандес, Карла Фернандес и Мария Ниевес Морал.

Активистите на Фондация *“Секретариат на Хитаните”* в Испания се ангажираха с мениджмънта на този сложен международен проект. Те създадоха великолепно условия за работа на екипите и експертите, ангажирани по осъществяването на изследването и представянето на неговите резултати пред европейските институции. Спомогнаха за изграждането на международна мрежа от хора с различни професии, ангажирани с проблемите на социалното включване и повишаването на здравния статус на ромите. Тяхна е заслугата за създаването на прекрасни условия за обмен на информация, обсъждане на общите проблеми, търсене на съвместни решения, формулиране на приоритети за социално действие и на препоръки за социални политики в областта на ромското здравеопазване. Един от най-съществените им приноси бе в създаването на неповторима атмосфера на приятелство и уважение, които постепенно прераснаха в усещането за сформирание на малка международна общност от съмишленици, обединени от обща кауза.

Организацията и осъществяването на проекта в България бе поета от Фондация *“Здравето на ромите”*. Нейните лидери д-р Стефан Панайотов и д-р Желязко Манолов са домашни лекари на над 4 000 роми в едно от най-бедните гета в България – кв. „Надежда” в гр. Сливен. Над една трета от техните пациенти не са здравно осигурени, което означава, че значителна част от медицинската им практика е благотворителна. Освен това те посвещават значителна част от времето си за осъществяването на медицински и социални проекти, насочени към подобряване здравето на ромите. Без тяхната работа, опит и щедро отделяне на време за организацията на теренното проучване и за безкрайни консултации и разяснения, свързани с медицински и социални проблеми, написването на доклада за България би било невъзможно. Антоанета Парушева, главен библиотекар на Националния статистически институт, помогна изключително много при изработването на библиографията и предоставянето на информация от НСИ, НЦСИ, Евростат и Международната здравна организация. Ганчо Илиев осъществяваше връзката с ромските здравни медиатори, които набираха теренната информация.

Социологическият анализ и националният доклад за България са изготвени от ст.н.с. д-р Илона Томова от Центъра за изследване на населението към Българска академия на науките.





## 1. Методология

Главната цел на проекта „Здравето и ромската общност“ е да събере достоверна представителна сравнителна информация за здравния статус и достъпа на ромите от седем европейски държави до здравеопазване, да оцени тези данни в сравнение със здравния статус и достъпа до здравеопазване на останалото население в съответните страни, както и да съпостави ситуацията на здравното обслужване на ромите в различните държави. Анализът на получените данни ще бъде използван за подготовката на препоръки за социални политики и действия за подобряване достъпа на ромите до здравеопазване и на качеството на медицинските услуги, които да бъдат прилагани на национално, регионално и международно (европейско) равнище.

Настоящият доклад има по-ограничена цел: да представи колкото се може по-пълно здравния статус и достъпа на ромите в България до здравни услуги и където е възможно да съпостави тези данни със средните за страната стойности. Главният акцент при анализа е поставен върху:

- ограниченията, които ромите срещат при търсенето на медицински услуги;
- очертаването на спецификата на ромската заболяемост в страната;
- женското и майчиното здраве и профилактиката му;
- проследяването на условията на живот и на културните и социалните характеристики на групата, които допринасят за по-висока заболяемост, инвалидност и преждевременна смъртност.

Една привилегия при изготвянето на анализа на здравния статус на ромите в България е възможността да се използват резултатите от предишни представителни изследвания на тази тема, осъществени от Министерство на здравеопазването, Институт “Отворено общество”, ФАКТ Маркетинг и други социологически агенции по поръчка на български държавни институции или европейски/международни организации. Ценна информация предостави лонгитюдното изследване на “Макс Планк” Институт по демография и Института по социология към БАН „Изследване на половете и поколенията”. Това дава възможност за проследяване на тенденциите и динамиката на изследваните характеристики и за формулирането на по-обосновани изводи и препоръки. Но още в самото начало трябва да се отбележи, че сравнителният анализ на здравето на ромите в България с това на основното население е затруднен поради използването на различни индикатори при набирането на информацията за двете сравнявани съвкупности. Дизайнът на международното сравнително изследване „Здравето и ромската общност” до голяма степен възпроизвежда този на „Национално изследване на здравето в Испания” и на проведеното през 2006 г. изследване на здравните проблеми на ромите в тази страна. Данните за здравния статус и осигуреността на българските граждани с медицински услуги, с които разполагаме, са основно тези на Националния статистически институт, Националния център по здравна информация, Евростат и Международната здравна организация, а те не предоставят сравнима информация по всички индикатори, заложен в международното изследване за здравето на ромите. В много случаи информацията за основното население е събирана години преди провеждането на настоящото изследване, а това също дава изкривявания при сравнителните оценки. Въпреки тези ограничения, обаче, сравняването на огромен масив налични данни с тези от изследването дава възможност за формулирането на по-прецизни хипотези и изводи.

## 1.1. Методологически подход

Първият методически проблем, който възникна пред изследователите, бе как да бъде определен броя на генералната съвкупност на ромите в страната. Трудностите идват от това, че значителна част от населението, което околните възприемат и лейбълизират като „роми/цигани“ се самоопределя като турци, българи или власи/ румънци. Въпреки тяхното самоопределение, обаче, ако живеят в пространствено сегрегирани махали, образованието им е ниско, жилищните условия – по-лоши, бедността – видима, местното население е склонно да ги дискриминира като „роми“. Именно затова редица експерти предпочитат да използват при анализите си и при препоръките за социални политики оценките на околното население за броя на „ромите“, а не начина, по който респондентите се самоидентифицират.

Въз основа на данните от проведено по поръчка на ЦК на БКП „паралелно преброяване на българските граждани от цигански произход“ през 1980 г., което оценява броя на ромите в страната през тази година на 523 519 души (Кубадински 1982) и различни коефициенти за раждаемостта, смъртността и естествения прираст в тази група, Пампоров (2007) оценява броя им през 2007 г. като вариращ в рамките на 638 162 и 815 313 души.

В същото време, обаче, всички данни от Националния статистически институт (и базиращите се на тях данни от Евростат, Международната здравна организация, УНИЦЕФ, Национален център по здравна информация и други официални източници) са базирани на признака „етническа самоидентификация“. Затова българският екип реши, че, с оглед на сравнимостта на данните от изследването с тези на официалната статистика, по-правомерно е да се използват данните на НСИ за броя на ромите в страната от последното преброяване (370 908 души), като се отчита и евентуалното им нарастване през следващите години.

По времето на изследването бе събрана информация за здравното състояние на ромите чрез пряко интервю с възрастните респонденти и индиректно интервю за децата и за останалите членове на домакинството. Изследването е квотно и би трябвало да бъде представително за самоидентифициралите се като роми по време на преброяването през 2001 г. по признаците възраст, пол, населено място (градско и селско) и образование.

По данни от преброяването на населението на Република България от 2001 г. като роми са се самоидентифицирали **370 908** души. От тях в градовете са живеели 54%, а в селата – 46%. Дисперсирани са неравномерно в цялата страна. Една трета от ромите са били деца.

Националният статистически институт изчислява, че на базата на декларираната етническа идентичност прирастът на ромското население в периода между двете последни преброявания (1992 и 2001 г.) е 18.4 на хиляда, а само в периода 2001-2003 г. е 19.4 на хиляда. В същото време през 2001 г. 86.2% от самоидентифициралите се като роми са представили ромският като свой майчин език. Между двете последни преброявания ярко се очертава тенденцията като роми да се самоопределят предимно лицата, съхранили ромския език във всекидневното си общуване. Ако конструираме нов коефициент на базата на прираста по майчин език между двете последни преброявания, ще трябва да коригираме броя на ромите към 2008 г. с коефициент 5.6 на хиляда. Ако хипотетично приемем, че коефициентите за раждаемост, смъртност и естествен прираст са се запазили за целия период 2001-2008 г., броят на самоидентифициращите се като роми **в края на 2008 г.** би трябвало да бъде между 385 694 и 424 306 души.

Изчисленията, които направихме, за да стигнем до тези оценки, са представени в табл. 1.1.

**Таблица 1.1.** Оценка за броя на ромското население в периода 2001-2008 г. на базата на принципа на самоопределение през 2001 г. и на различни коефициенти на естествен прираст

Година	Прираст по идентичност 1992-2001 18.35 на хиляда	Естествен прираст 2001-2003 19.4 на хиляда	Прираст по майчин език 1992-2001 5.6 на хиляда
2001	370 908	370 908	370 908
2002	377 714	378 104	372 985
2003	384 645	385 439	375 074
2004	391703	392917	377 174
2005	398 891	400 540	379 286
2006	406 211	408 310	381 410
2007	413 665	416 231	383 546
<b>2008</b>	<b>421 256</b>	<b>424 306</b>	<b>385 694</b>

Тези оценки, обаче, трябва да се приемат със значителни уговорки. Трябва да се има предвид, че икономическата криза в страната след 1988 г., която се задълбочаваше непрекъснато и достигна своя пик през 1997 г., доведе до отлагане на ражданията сред значителна част от българските и ромските домакинства. В периода 1998–2003 г. наблюдавахме силен компенсаторен ефект и значително нарастване на раждаемостта, особено при раждането на второ дете. След 2003 г., обаче, раждаемостта отново показва тенденция на постепенно намаляване и стабилизиране на едно по-ниско ниво. Тази тенденция на понижаване на раждаемостта се проявява по-отчетливо сред българските турци и ромите.

След 2002 г. рязко нарасна трудовата емиграция на ромите към други страни-членки на Европейския съюз, която засегна главно младото население. Това също се отрази сериозно върху раждаемостта в общността. Оценка на всички експерти-лекари, представители на местните органи на властта, социалните служби и полицията, работещи с роми постоянно, е, че раждаемостта в общността значително е намаляла през последните години.

В България образованието на младите жени се оказва най-значимият фактор за намаляването на раждаемостта. Най-критичен е преходът от начално към основно образование и от средно към висше. След 2002 г. започнаха системни усилия за стопроцентово обхващане на ромските деца в началната степен на образование (1-4 клас) и за задържането им в училище колкото е възможно по-дълго. Ефектът от тези усилия не е оценен напълно, но смело можем да издигнем хипотезата, че значително е намалял делът на младите ромски жени, които са напълно или функционално неграмотни (отпаднали от училище преди завършването на четвърти клас без добре усвоени умения и навици да четат и пишат), като в същото време очакваме известно увеличаване на дела на жените със средно и висше образование, а това автоматично означава, че раждаемостта в общността спада. Националният статистически институт отчита от своя страна рязко намаляване на детската и юношеската раждаемост в страната още в периода 2001-2003 г., и особено сред лицата, самоопределящи се като роми. Всички тези фактори трябва да се вземат предвид, когато се изказват хипотези за броя на лицата, които се самоидентифицират като роми. **Като работна хипотеза ние приехме, че броят на генералната съвкупност на ромите в България през 2008 г. (без да се отчита емиграцията), е 421 256 души.**

#### Дизайн на извадката

При образуване на извадката бе приложен двустепенен гнездови подбор на териториален принцип, както следва:

- на първата степен се избират областите, в които ще се проведе изследването (гнезда);
- на втората степен се определят домакинствата за наблюдение.

Изборът на териториалните единици бе извършен чрез подбор с вероятност, пропорционална на дела на живеещите в тях роми по данни от преброяването на населението от 2001 г.

Територията на България е разделена на 28 административни области. Изследването бе планирано и проведено в 17 от тях (60.7%), в които обаче е концентрирано 74% от ромското население на страната.

Изследването „Здраве и ромска общност“ трябваше да обхване 810 роми – 270 лица на възраст 0-15 години и 540 лица на възраст 16 и повече години. За да не бъде допуснато намаление на този обем на извадката, помолихме интервюерите да направят допълнително още 34 интервюта (по 2 за всяка една от изследваните области), които също бяха разпределени по признаците пол, възраст, образование и местоживеене. Така в крайна сметка зададохме извадка от 844 роми. Във всяко домакинство се събираше информация само от един член – дете (в случаите, когато детето е малко, информацията за него се предоставя от някой от родителите му или от възрастното лице, което го отглежда) или възрастен. Освен това индиректно от главите на домакинствата бе събирана информация по основните индикатори за здраве, достъп до образование, условия и начин на живот за **всички членове на домакинството**. Всички лица в извадката бяха разпределени по области, тип населено място (село или град), пол, възраст и образование пропорционално на съответния дял на ромите по тези признаци във всяка от областите, попаднала в извадката.

Ромското население е много младо. Най-големи са натрупванията в най-младите възрасти. За да може изследването да е представително по признака възраст, използваме квота за различните възрастови групи.

По данни от последното преброяване на населението от 2001 г. ромските деца на възраст от 0 до 14 г. са съставлявали 32.8% от цялата общност (121 606 лица). Момчетата са съставлявали 51% от групата, а момичетата – 49%.

Възрастовата структура на общността над 15 г. и разпределението на възрастовите групи по пол са представени в табл. 1.2.

**Таблица 1.2.** Структура на ромското население над 15 г. по възраст и пол (249 302 души)

Възраст (г.)	Абсолютен брой	Относителен дял (%)	Мъже (%)	Жени (%)
15 - 24	77 128	30.9	51.2	48.8
25 - 34	61 372	24.6	51.1	48.9
35 - 44	47 411	19.0	51.0	49.0
45 - 54	33 054	13.3	49.1	50.9
55 - 64	17 807	7.1	45.7	54.3
65 +	12 530	5.1	40.1	59.9

Източник: НСИ, 2004

Структурата на извадката за възрастните респонденти по **възраст и пол** би имала следният идеален вид:

**Таблица 1.3.** Структура на извадката за възрастните респонденти по възраст и пол

Възраст (г.)	Абсолютен брой	Мъже	Жени
15 - 24	166	85	81
25 - 34	132	67	65
35 - 44	104	53	51
45 - 54	72	35	37
55 - 64	38	17	21
65 +	28	11	17

След това тези данни бяха дезагрегирани по области пропорционално на броя на ромското население в тях.

**Образованието** на ромското население е значително по-ниско от средните стойности за страната. Най-големи са натрупванията в най-ниските образователни степени. За да може изследването да е представително по признака образование, използвахме квота за различните образователни групи.

Структурата на извадката за възрастните респонденти по образование би имала следният идеален вид:

**Таблица 1.4.** Структура на извадката за възрастните респонденти по област и образование

Област	Неграмотни 0 – 3 клас	Начално 4 – 7 клас	Основно 8 – 10 клас	Средно + 11 +
Благоевгр – 24	5	7	10	2
Бургас – 37	9	10	15	3
Варна – 31	7	9	13	2
Търново – 12	3	4	5	-
Видин – 20	5	6	8	1
Враца – 30	7	9	12	2
Кюстендил – 16	3	5	7	1
Монтана – 45	10	13	19	3
Пазарджик – 47	10	14	20	3
Разград – 18	4	5	8	1
Сливен – 53	12	15	22	4
София гр – 35	7	10	15	3
София обл – 32	8	9	13	2
Стара Загор – 54	12	15	23	4
Шумен – 34	8	10	14	2
Хасково – 33	7	10	14	2
Ямбол – 19	4	5	9	1

Всеки интервюер получи пълен набор от таблици, в които бе подробно разписан броят на лицата, които трябва да изследва по пол, възраст, тип населено място и образование, както и характеристиките на допълнителните две лица по всеки един от тези признаци.

#### Характеристики на извадката

**Фактическият брой на валидните интервюта е 814 (с 4 повече от първоначално планираните), от които 266 за деца и 548 – за възрастни.** Освен това индиректно бе събрана информация за **членовете на домакинствата – общо за 3 947 души (средно по 4.8 души в домакинство).** По-нататък в таблиците, представящи информацията от настоящото изследване, данните за интервюираните деца и възрастни са обозначени като „домакинства“, а за всички 3 947 души – членове на домакинствата, за които е събрана индиректна информация, като „население“.

Предварителното разпределение по признака местоживееене бе: 450 лица, живеещи в град (от тях 150 деца и 300 възрастни) и 360 лица, живеещи в село (120 деца и 240 възрастни)<sup>1</sup>.

Разпределението на тези лица по области изглеждаше по следния начин:

<sup>1</sup> С включените допълнително 34 лица извадката обхващаше 454 души градско население (151 деца и 303 възрастни) и 390 души селско население (130 деца и 260 възрастни)

**Таблица 1.5.** Разпределение на респондентите по местоживеене и възраст

Област	Град	Възрастни	Деца	Село	Възрастни	Деца
Благоевград	18	12	6	18	12	6
Бургас	30	20	10	27	18	9
Варна	24	16	8	22	15	7
В. Търново	0	0	0	18	12	6
Видин	15	10	5	15	10	5
Враца	24	16	8	20	13	7
Кюстендил	12	8	4	12	8	4
Монтана	36	24	12	31	21	10
Пазарджик	38	25	13	33	22	11
Разград	13	9	4	13	8	5
Сливен	45	30	15	35	23	12
София град	53	35	18	0	0	0
София обл.	27	18	9	22	15	7
Ст. Загора	44	29	15	36	24	12
Шумен	27	18	9	23	15	8
Хасково	28	19	9	22	15	7
Ямбол	16	11	5	13	9	4
<b>Общо:</b>	<b>450</b>	<b>300</b>	<b>150</b>	<b>360</b>	<b>240</b>	<b>120</b>

На практика, обаче, ромските здравни медиатори не са спазили тази квота и са интервюирали главно жителите на градовете и градските гета, в които работят. Реалното разпределение на респондентите по признака местоживеене е 544 души градско население срещу 270 селско. Поради малкия брой на интервюерите изследването е проведено главно в областните градове, а малките градчета, които се характеризират с много висока безработица, са пренебрегнати. Така информацията за градското население е представителна само за областните градове и столицата или, ако използваме друга класификация – за градовете с население над 50 000 души. За останалите – с население между 5 000 и 50 000 – са събрани само 54 интервюта, което затруднява дори формулирането на хипотези. Вярно е, че през близо половината от годината значителна част от ромското население от селата и малките градчета търси препитание в големите градове и на практика живее там – при роднини или в импровизирани жилища, но все пак не можем да премълчим едно сериозно изкривяване на извадката по този признак.

Има малко изкривяване на извадката по полов признак, което е възможно частично да се е получило в резултат от анулирането на част от анкетните карти. Квотата бе изработена на база 410 мъже и 400 жени (заедно с допълнителните карти – 428 мъже и 416 жени), но на практика валидните интервюта дават информация за 439 мъже и 375 жени. Вероятно изкривяването в някаква степен се е дължало на факта, че за събиране на информация за цялото домакинство анкетите бяха инструктирани да интервюират главите на домакинствата, които в повечето случаи са мъже, а след това не винаги са се прехвърляли към жената, в случаите, когато това е налагала квотата, а са продължавали да интервюират съпруга. Има освен това известно изкривяване на извадката на децата в посока към момчетата.

За да не се изкушат интервюерите да анкетираят главно лица с по-високо образование, с които се работи много по-лесно на терен, им бе зададена квота по образование, пропорционално на това на ромското население в съответните области. За съжаление, при статистическата обработка на информацията не бе взета предвид специфичната за България образователна структура, която включва четири степени и съобразно с която населението се разпределя в пет основни групи:

- **неграмотни** и функционално неграмотни (лицата, които не са посещавали училище и тези, които са отпаднали в първите 3 години от обучението, без да си изградят устойчиви навици и умения за четене и писане);
- **начално** образование (в която влизат завършилите поне четвърти клас, но също така отпадналите преди да завършат поне седми клас);
- **основно** образование (завършен 7 клас по новата система или 8 – по старата, но също така тези, които са отпаднали преди да завършат 10 клас по новата система или 11-12 клас – по старата);
- **средно** образование (досега – завършили поне 11 клас);
- **висше** образование.

Испанските статистики са обединили основно и средно образование, а при ромите разликите между завършилите двете образователни степени са изключително важни и повлияват в много голяма степен възможността за намиране на работа, социалния статус, жилищните условия, здравната култура и семейния модел – фактори, които са значими при определяне на здравния статус и достъпа на лицата до здравни услуги. Доколкото може да се съди от агрегираните данни, вероятно квотата по образование е била следвана сравнително точно от анкетьорите.

Цялостната статистическа обработка на информацията бе извършена в Испания. Изследването приключи на терен в България през декември и картите веднага бяха изпратени в Испания, а обработената статистическа информация бе върната едва на 9 май 2009 г. Това не само затрудни теоретичния анализ и написването на доклада за България, за което остана изключително малко време, но направи невъзможно поправянето на допуснатите на терен изкривявания на извадките. Поради организационни причини единственият социолог в българския екип, който е и автор на анализа, имаше достъп до теренната работа само в гр. София и Софийска област, където не бе допуснато дори минимално изкривяване на квотата по всеки един от заложените принципи.

В последна сметка, получените от изследването данни се разпределят по следния начин:



**Таблица 1.6.** Разпределение на респондентите по пол, възраст, населено място и образование

Общ брой интервюирани лица: 814 души.	
<b>От тях:</b>	
<b>По пол:</b>	Мъже – 439 души (53.9%)
	Жени – 375 души (46.1%)
<b>По възраст:</b>	Деца (0 – 15 г.) – 266 души (32.7%)
	Възрастни (16+) – 548 души (67.3%)
<b>Възрастови групи:</b>	0 – 9 г.: 144 души (17.7%)
	10 – 15 г.: 122 души (15.0%)
	16 – 29 г.: 198 души (24.3%)
	30 – 44 г.: 181 души (22.2%)
	над 45 г.: 169 души (20.8%)
<b>Населено място:</b>	Град – 534 души (66.8%)
	Село – 270 души (33.2%)
<b>Образование 16+:</b>	Неграмотни - 56 души (10.2%)
	Функционално неграмотни <sup>1</sup> - 76 души (13.8%)
	Начално - 68 души (12.4%)
	Основно и средно <sup>2</sup> - 335 души (61.2%)
	Висше - 13 души ( 2.4%)

## 1.2. Теренна работа

Теренното изследване „Здравето и ромската общност“ бе проведено в България през месеците ноември-декември 2008 г. чрез метода на стандартизирано интервю. Целият екип от интервюери се състоеше от роми, работещи в местните общности - здравни или социални медиатори, активисти на ромски неправителствени организации, студенти (общо 21 души). Те бяха добре познати в ромските гета и в селата в близост до областните центрове, където се проведе теренната работа, и се ползваха с доверието и уважението на местните жители. Предимство при работата с този екип непрофесионални интервюери бе, че всички те вече бяха участвали в други социологически изследвания като анкетьори в ромските махали и имаха някакъв опит при осъществяването на подобни задачи. Не бе осъществен, обаче, пълен контрол върху спазването на инструкциите и стриктното придържане към квотните разпределения, което доведе на места до нарушаване на изискванията.

Изследването се е провеждало в домовете на респондентите, като навсякъде е събрана необходимата информация за членовете на домакинството и след това е интервюирано едно лице – дете или възрастен.

Интервюерите отчитат по-големи трудности при анкетирането на (функционално) неграмотни лица, особено що се отнася до въпросите за самооценка на собственото здраве или това на детето и на другите членове на домакинството. Затруднение е създавало и изискването

<sup>2</sup> В групата на функционално неграмотните влизат лицата, които могат само да четат и пишат и/или не са завършили начално образование (4 клас по българската образователна система)

<sup>3</sup> Тази група не е дезагрегирана в съответствие със специфичните за България две образователни степени – основно и средно образование. По данни от преброяването на населението през 2001 г., 41.8% от ромите в страната са завършили основно образование (8 клас по старата или 7 клас по новата система), а 6.5% са завършили средно образование (11-13 клас). Тъй като респондентите са отбелязвали и една допълнителна група на незавършилите основно образование (5-7 клас), може да се допусне, че квотата по образование е спазвана сравнително стриктно. Въпреки това несъответствието на регистрираните данни със структурата на българското образование силно затруднява прецизното оценяване на влиянието на този важен фактор върху здравето и достъпа на ромите до здравни услуги.

родителите да определят теглото и височината на детето/децата. В някои случаи майките и бащите като че ли са се бояли да не бъдат приети за небрежни родители, които не отделят достатъчно средства и внимание за храненето на децата и са проявявали склонност да преувеличават данните за теглото им. Възможно е и на въпросите за употребата на алкохол и тютюн да са давани понякога „социално приемливи“ отговори и количествата на приеманите вещества да не са представени точно. На места оценките за жилищните условия и за интегрираността на квартала изглеждат твърде завишени, но тъй като критериите за оценките не са фиксирани точно, те не могат да бъдат оспорвани.

### 1.3. Въпросник

Въпросникът съдържа въпроси, отнасящи се до домакинството, възрастните и децата.

В блока за домакинството са включени индикатори за жилището и квартала, основна информация за всички членове на домакинството, за състава на сложните домакинства, за здравния статус на членовете на домакинството.

В блока за децата (0 – 15 г.) са включени индикатори за самооценка на здравето и на зъбния статус, заболяемостта, нещастните случаи и травмите, ограничението на всекидневните дейности в резултат от неразположение, болест, травма или инвалидност, медицински прегледи, хоспитализация, прием на лекарства, всекидневни навици, хранителни навици, BMI (body mass index) и ваксинации.

В блока за възрастните (лицата над 16 г.) са включени индикатори за самооценка на здравето и на зъбния статус, заболяемостта, нещастните случаи и травмите, ограничението на всекидневните дейности в резултат от неразположение, болест, травма или инвалидност, медицински прегледи, хоспитализация, прием на лекарства, всекидневни навици, хранителни навици, BMI, употреба на алкохол и тютюневи изделия, предпазни мерки за нежелана бременност, използвани от жените и др.

Стремляли сме се да се придържаме максимално точно към формулировката на въпросите и опциите на отговорите, предложени от колегите от Испания, за да може да се осигури сравнимост на данните между отделните страни. Предложихме малки промени при отделни въпроси, за да отразим спецификата на българската ситуация. При въпроса за образователната структура българското предложение не е било прието, но при други въпроси промените са останали. Един типичен пример е този за здравното осигуряване или афилиацията на лекарите. В различните страни има разнообразна практика за публично и частно осигуряване и разнообразие от здравни центрове и начини, по които се финансират медицинските услуги в тях. Съобразили сме се максимално с условията в България при тези случаи и на други места, където работната група е преценила, че промяната е наложителна.



## 2. Макроикономическа рамка и отражението ѝ върху здравната система и достъпа до здравеопазване при ромите

В България преходът от държавна планова икономика към свободен пазар протече под формата на криза, много по-дълбока и продължителна от Великата депресия от края на 20-те години на XX век. Загубата на пазарите на Съветския съюз, другите социалистически държави и страните от Близкия изток и Африка доведоха до закриването на 1 300 000 работни места в страна с население под осем милиона в периода 1990-2003 г. (Белева, 2005). БВП спадна драстично, а нивото му от 1989 г. бе достигнато едва през 2007 г. Държавата дължеше значителни суми на частни западни банки и трябваше да взема нови заеми, за да може да ги обслужва. Световната банка и Международната банка за реконструкция и развитие се съгласиха да ре-финансират тези дългове само при условие, че България ще въведе либерален режим на икономиката, ще съкрати драстично разходите за здравеопазване, образование, административно обслужване и всички останали видове социални услуги и ще замрази заплатите на изключително ниско равнище. Всичко това доведе до сериозно влошаване на качеството на живот за мнозинството от българските граждани.

Таблица 2.1. Макроикономически данни

Макроикономически индикатори	1991	1995	1997	2000	2004	2007
Нарастване на БВП (индекс, 1989 = 100)	80.3	76.2	63.2	70.9	92.1	99.8
Годишно ниво на инфлация (%)	333.5	62.0	1082.3	9.9	4.0	12.5
Коефициент на заетост (заетите като % от населението на възраст 15-59 год.)	68.3	64.2	60.6	40.6	43.7	49.0
Нарастване на заетостта (индекс, 1989 = 100)	81.6	75.2	72.3	67.4	74.6	83.3
Годишно ниво на регистрираната безработица	N.A.	11.4	14.0	18.1	12.2	6.9
Регистрирана младежка безработица (15 – 24 год.)	47.8	24.5	21.8	35.1	24.4	14.5
Общ правителствен баланс/коефициент от БВП	-4.5	-5.7	-2.1	-1.1	2.3	3.2
Общи правителствени разходи като % от БВП	45.6	41.3	33.5	44.5	39.7	38.8
Реални заплати (1989 = 100)	68.0	60.2	40.1	54.6	59.4	61.3
Разпределение на доходите: коефициент на Джини	N.A.	0.384	0.366	0.332	0.339	0.307

Източници: EBVR, НСИ, изчисления на автора

Приходите и разходите на почти цялото българско население все още са много под линията на бедността в Европейския съюз. Качеството на живот и на услугите са неудовлетворителни. Почти три четвърти от населението на страната се самооценява като бедно при всички социални изследвания след 1992 г. Бедното население, изложено на всекидневен продължителен стрес в продължение на години, обикновено страда от повече заболявания и средната продължителност на живота му не е висока. В същото време държавата свива разходите за здравеопазване, а високата безработица и високата цена на медицинските услуги ги прави недостъпни за много граждани, особено за ромите, сред които безработицата е най-висока, а доходите по правило - по-ниски.

Икономическата ситуация в страната започна бавно да се стабилизира и подобрява след въвеждането на валутен борд и по-агресивна приватизация на държавните предприятия през

1997 г. и особено след присъединяването на България към Европейския съюз през 2007 г. През тази година България отчете най-ниски стойности на безработицата от началото на пост-комунистическия период и най-голямото нарастване на доходите на населението. Но световната финансова криза постепенно води до намаляване на макроикономическия растеж, ново увеличаване на скритата безработица, стагнация и дори свиване на доходите на населението и на разходите за социални услуги.

Качеството на здравните услуги зависи в много голяма степен от общото икономическо състояние на страната и от специалните държавни политики, насочени към здравеопазването. Първите седем кризисни години на пост-комунистическия период бяха изключително тежки за здравната система. През 1990 г., когато започна либерализацията на цените, първи скочиха цените на лекарствата – с 800%. През целия пост-комунистически период нарастването на цените на лекарствата остава по-високо, отколкото на другите основни стоки (Атанасов и др. 2002). Бюджетните разходи за здравеопазване бяха оскъдни. В много болници болните трябваше сами да заплащат изцяло лечението, лекарствата и храната си. На много места през зимните месеци лечебните заведения оставаха неотоплени. В някои региони местното население всеки месец събираше доброволно пари, храни и гориво, за да подпомогнат издръжката на болничните заведения. Влоши се качеството на услугите в доболничната помощ. Срина се системата за здравна профилактика. Към средата на 90-те години в България отново започнаха да се появяват случаи на болни от детски паралич, дифтерит и други заболявания, които не бяха наблюдавани от десетилетия. Всички те се случваха в ромските махали. Здравният статус на населението се влоши. Детската смъртност се стабилизира на много високо за европейска страна равнище.

В края на 90-те години на XX в. в България започнаха сериозни промени в областта на здравната система. Те протичаха в три главни направления: реформа на системата за финансиране на здравеопазването; реструктуриране на първичната здравна помощ; рационализация на мрежата от заведения за извънболнична и болнична помощ<sup>4</sup>.

Достъпът до качествени медицински услуги на българските граждани зависи от много фактори. Първото условие – да са се записали в пациентската листа на общопрактикуващ лекар – е спазено от мнозинството от ромите. По данни на представителното изследване на ИОО, в края на 2007 г. 83.5% от ромите имат личен лекар. Други 9.7% вероятно са били в процедура на търсене на нов личен лекар, защото декларират, че: „преди време са имали, но в момента нямат лекар“. На пръв поглед в тази група няма нищо особено – всички български граждани имат право на избор на личен лекар и възможност да го сменят, ако не са доволни от него. Спецификата е в количеството – всеки десети ром по някаква причина е напуснал личния си лекар. Ромите най-често обясняват този факт с липсата на достатъчно внимание от страна на лекаря: „на нас не ни обръща никакво внимание“, „държи се грубо“, „неуважителна е“, „не се грижи“. Интервютата с лекари предоставят другата част от обясненията:

*„Те са едни от най-често сменящите лекаря си пациенти. То е защото постоянно се съмняват, че не ги обслужваме както трябва. Те много уважават антибиотиците и ако не им изпишеш антибиотик могат да се върнат и да идат при друг лекар... Освен това медицинските бележки за децата, които не са ходили на училище, е друг постоянен проблем.<sup>5</sup> Детето може да го е мързяло, или да са го ангажирали с други дейности, а искат бележка. Понякога казват, че не са го пратили на училище, защото не са имали пари, да му дадат... Или пък казват, че детето*

<sup>4</sup> Рационализацията в болничната система се обясняваше като необходимост от намаляване на престоя в болниците, подобряване на използваемостта на легловия фонд, оптимизиране на разходите за лечение. На практика през първите години се забелязваше главно свиване на публичните разходи и приватизиране на част от активите на болниците, в повечето случаи – непрозрачно, което рефлектирало в нарастване на разходите, плащани директно от пациентите.

<sup>5</sup> В България получаването на социални помощи е обвързано с редовното посещение на децата на училище. Ако детето е отсъствало, то трябва да представи медицинска бележка, че е било болно, в противен случай родителите могат да не получат пълния размер на месечните социални помощи. Затова много родители настояват лекарите да им издават медицински бележки за децата дори когато през месеца не са водили децата на преглед.

е било болно, но не е имало кой да го докара с кола до болницата и затова тя му била купила лекарства, а аз трябва да дам бележка. И аз понякога се възпротивявам, защото мисля, че ме лъжат, или защото не съм съгласна сами да си купуват антибиотици, и това също е повод да напуснат практиката ми. От същото се оплакват и други колеги, но наистина е практика да се издават медицински бележки „на доверие“, защото работата ни е много напрегната и обикновено нямаме сила да влизаме в постоянни ежемесечни битки, караници, конфликти... Но аз вече твърдо съм решила да не давам никакви медицински бележки, за да извинявам отсъствия, без детето да е било при мен на преглед и аз наистина да съм уверена, че е било болно, дори с риск да загубя всичките си пациенти роми.“ (общопрактикуващ лекар, Самоков, ноември 2007)

„Когато българин влезе в кабинета, изслушва те и приема диагнозата, приема лечението и започва да го изпълнява. С ромите не е така. При нас, в нашата болница, има решение рентгеновите снимки да бъдат безплатни. И тя идва и казва: „Искам снимка!“ А то всичко се чува идеално – и хрипове, и всичко. Или няма никакви симптоми – нито кашлица, нито температура, нито хрипове – просто според нея спи повече и това я кара да се съмнява за пневмония... Обяснявам, че е вредно да се правят ненужни снимки, но тя настоява. Това също е повод да напусне практиката. Отказът да направиш ненужна рентгенова снимка или да изпишеш антибиотик при нас обикновено се наказва! Ако се опитваш да щадиш пациентите си и да ги лекуваш по-хуманно – излиза ти име на некадърен и безотговорен лекар.“ (общопрактикуващ лекар, Самоков, ноември 2007)

„Разбирам се с ромите. Тези, които бяха по-капризни и ми създаваха проблеми си отидоха... Проблемите бяха свързани най-често с това, че за всяко нещо искаха аз да ходя в квартала. Моят кабинет е в болницата. Тук има лаборатория, рентгенов кабинет, всички условия за добра диагностика. Ако трябва да го види специалист – тук веднага мога да го изпратя на консултация. Но те предпочитат да не се разкарват до центъра на града... Или другото – антибиотиците. Закашля се и иска антибиотик! Ако изпишеш нещо друго смята, че искаш да я умориш и почва да настоява... И така – сдърпаме се веднъж-дваж и си отиват...“ (общопрактикуващ лекар, Кюстендил).

Има и една по-малка разнородна група роми от 5%, които заявяват, че никога не са имали личен лекар. Интервюта с лекари и социални работници разкриват, че голяма част от тези хора са изключително бедни и много болни, по правило неграмотни. Въпреки острата потребност от медицински и социални грижи, те са отпаднали и от двете системи. Друга част от тези 5% са млади и относително здрави хора, често – твърде мобилни. В повечето случаи, ако им се наложи, те са в състояние да ползват платени медицински услуги при лекар специалист (Томова, Хинков, Йорданов 2008).

По принцип всички български граждани би трябвало да бъдат здравно осигурени. Заетите трябва да бъдат осигурявани от работодателите. Лицата на свободна практика или със собствен бизнес трябва да се самоосигуряват. Децата и пенсионерите са осигурявани от държавния бюджет; дълготрайно безработните, които получават месечни социални помощи – също. На практика, обаче, нещата изглеждат доста по-различно. Много работодатели не сключват трудови договори със служителите си и не им изплащат здравни и социални осигуровки. Това е практика в сивия и черния сектор, в които са заети над една четвърт от българските граждани, но често се наблюдава и в легалния сектор – особено при сезонните и временните работници. Не всички лица, които трябва да се самоосигуряват, го правят. Огромна част от безработните по различни причини не са здравно осигурени. Най-често това се отнася за обезкуражените безработни, които не са регистрирани в бюрата по заетостта и не получават социални и здравни помощи. От социално подпомагане и здравна осигуровка като социално слаби са лишени всички, които са напуснали страната дори за един ден. Но тук са и тези, които са пропуснали да се запишат в Бюрото по заетостта и са загубили право на социално подпомагане, или пък са били забелязани, че извършват някаква временна трудова дейност и са наказани с лишаване от социално подпомагане. Отпаднали са от системата за социално подпомагане (а съответно и от здравно

осигуряване) и дългосрочно безработните, които са били подпомагани година и половина. Проблемът е, че отказът или отпадането от системата за месечно социално подпомагане автоматично води до спиране на здравното осигуряване на лицето от бюджета.

На практика до 2006 г. много лица не се самоосигуряваха, с надеждата, че няма да им се наложи да търсят медицинска помощ, а и защото знаеха, че съществува възможност да заплатиш наведнъж три минимални вноски в Здравната каса и да бъдеш приет за лечение като здравно осигурен. През 2006 г. включването в системата на здравноосигурените можеше да стане след заплащане на 6 месечни вноски. От 2007 г. неосигуреното лице трябва да заплати 12 месечни вноски, за да може да ползва публичните медицински услуги. Това се оказва много трудно именно за хората, които разчитат на случайни, временни или сезонни заплатки, още повече, че те са постоянно изложени на риск трудът им да не бъде заплатен от работодателя или да получат много по-малко от договорената сума. Ромите най-често работят при условия, които на практика ги оставят здравно и социално неосигурени.

Значителна част от общопрактикуващите лекари и лекарите-специалисти, които работят с ромии, имат сериозни проблеми със здравно-неосигурените си пациенти. Здравната каса не им заплаща нищо за лечението на здравно-неосигурен пациент или за тези, които са се осигурявали за известен период и после отново са престанали. Те не могат да предпишат субсидирани медицински изследвания на здравно-неосигурени лица, нито да ги изпратят с направление към други лекари специалисти, когато здравното им състояние го изисква. В много случаи те преглеждат безплатно неосигурените си пациенти, или им определят нископрагова услуга – вземат за прегледа от 3 до 5 лв., вместо от 15 до 20. Но през последните две години нараства броят на лекарите, които отказват да приемат неосигурени пациенти.

За да постъпи едно лице в болница също е наложително да бъде здравно осигурено. Изключение е спешна помощ – там всеки може да бъде приет за преглед, лечение и операция в рамките на три дни, дори ако няма здравна осигуровка. Лечението на някои социални болести, например туберкулоза, също се осъществява безплатно дори за здравнонеосигурени лица.

Но здравната осигуровка е само едно – макар и много важно – условие, за получаването на медицинска услуга и за лечение. Тъй като бюджетните разходи за здравни услуги и здравните вноски на осигуряващите се не покриват напълно нуждите за лечението на различните заболявания, българските граждани трябва да доплащат на ръка лечението. Най-голяма част от разходите им за лечение отиват за закупуването на лекарства и медицински материали, но също така за операции, изследвания, прегледи при специалисти, продължително лечение в болнично заведение и др. Когато сравняваме седемте страни, участващи в настоящия проект, констатираме, че делът на правителствените разходи от всички разходи за здравеопазване е най-нисък в България и Гърция, но абсолютната стойност за здравни услуги на глава от населението в Гърция, покривана от държавата, е почти три пъти по-голяма от тази в България. Освен това, за разлика от Гърция, системата на частните и ведомствените здравни фондове в България не е развита и необходимите средства за лечение се изплащат от пациента веднага и изцяло. Този начин на покриване на разходите за лечение по принцип е най-рисковият за изпадане на пациентите в бедност.

За разлика от други централно и източноевропейски страни като Чехия и Словакия, Българската Здравноосигурителна каса не покрива напълно разходите за поне едно от най-използваните лекарства за всеки вид заболяване, въпреки че реимбурсира част от цената на най-често употребяваните лекарства за различни заболявания (по списък, който всяка година се актуализира), ако лицето е здравноосигурено. По данни на Българския фармацевтичен съюз от началото на 2009 г. българските граждани ще заплащат лично средно по-висок дял от основните лекарства, които ползват като хронично болни и инвалиди. Българската здравна каса реимбурсира лекарства по списък за различни заболявания на базата на най-евтиното лекарство в групата. Проблемът идва от това, че в групата лекарства за определено често



срещано заболяване се включват някои редки или малко използвани лекарства на много ниска цена, което автоматично води до увеличаване на частта за доплащане от пациентите на масово използваните лекарства. Друг проблем възниква с необходимостта от замяната на типа инсулин, който ползват близо триста и петдесет хиляди български граждани, с друг, по-евтин, защото Българската здравна каса заплаща за най-евтиния. Смяната на лечението при диабетноболните много често се отразява зле на здравето им, а те, в повечето случаи, нямат финансова възможност да закупват нужния им инсулин. Подобни проблеми възникнаха и с някои основни лекарства на лица, болни от епилепсия и от други хронични заболявания.

Свърхурегулацията на дейността на аптеките от страна на Здравната каса в България и особено промяната на разпоредбите за обслужване на хроничноболните пациенти със скъпоструващи медикаменти по списък, при което аптеките трябва да закупят нужните лекарства предварително и да възвърнат сумата без никаква печалба, а често с известни загуби, доведе до отказ на много аптеки да работят със Здравна каса или до фалита им. По данни на Българския Фармацевтичен съюз от началото на 2009 г. до юни месец същата година само в София са фалирали или закрити най-малко 300 аптеки, но проблемът е още по-сериозен в малките градове и села, които понякога остават без фармацевтични услуги. Нараства продажбата на лекарства в сивия сектор – под прикритието на рекламни фирми или магазини за козметика. Това крие много опасности, защото така се продават много лекарства без рецепти от лица без медицинско или фармацевтично образование и без лиценз. Не се знае дали лекарствата са съхранявани при нужните условия. Възможно е да се продават лекарства с изтекъл срок или фалшиви или опасни лекарства.

За да можем да разберем по-добре отговорите на респондентите, когато те обясняват трудностите, които срещат при получаване на медицински услуги, е необходимо да сравним ресурсите, с които разполагат здравните системи в страните, взели участие в изследването.

**Таблица 2.2.** Ресурси на здравните системи – 1

Страна	Разходи за здраве като % от БВП		Правителствени разходи за здраве (% от всички разходи)		Лични разходи за здраве (% от всички разходи)		Правителствени разходи за здраве (% от всички правителствени разходи)		Плащане на ръка като % от всички лични разходи за здраве	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
България	6.2	7.7	58.7	60.6	41.3	39.4	8.6	12.1	99.1	96.3
Чехия	6.5	7.1	90.3	88.6	9.7	11.4	14.1	14.4	100.0	95.3
Гърция	9.3	10.1	44.2	42.8	55.8	57.2	10.1	11.5	66.8	62.0
Португалия	8.8	10.1	72.5	72.3	27.5	27.7	14.9	15.5	80.8	79.8
Румъния	4.6	5.5	74.1	70.3	25.9	29.7	9.9	12.4	100.0	85.0
Словакия	5.5	7.0	89.4	74.4	10.6	25.6	9.5	13.9	100.0	88.1
Испания	7.2	8.2	71.6	71.4	28.4	28.6	13.2	15.4	83.1	73.1

Източник: WHO, 2008

**Таблица 2.3.** Ресурси на здравните системи – 2

Страна	Разходи за здраве на глава от нас. по среден разменен курс на US \$		Разходи за здраве на глава от нас. в PPP \$		Правителствени разходи за здраве на глава от нас. по среден разменен курс на US \$		Правителствени разходи за здраве на глава от нас. в PPP \$	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005	2000	2005
България	98	272	386	734	58	165	227	447
Чехия	361	868	980	1445	326	769	885	1280
Гърция	1245	2580	1966	2955	550	1105	869	1266
Португалия	970	1800	1508	2036	704	1301	1094	1472
Румъния	80	250	275	507	60	176	204	357
Словакия	208	626	603	1130	186	466	539	840
Испания	1036	2152	1536	2242	742	1538	1100	1602

Източник: WHO, 2008



България е страната, в която най-голяма част от разходите за лечение се заплаща лично от пациента, при това изцяло, в момента на получаването на медицинската услуга. Тя е страната, заедно с Румъния, в която средствата за лечение (от страна на държавния бюджет и лични) са най-оскъдни, а това означава, че българските и румънските граждани имат по-ограничен достъп до здравни услуги и по правило качеството им е по-ниско. В същото време делът на лично изразходваните средства за поддържане на здравето е непосилно висок за значителна част от българското население и особено за бедните социални слоеве. Системата за здравно осигуряване е изградена на принципа на солидарността, но в държави, в които хетерогенността на населението е висока, солидарността е ниска. Нараства делът на българите с високи доходи, които предпочитат да не се осигуряват или да се осигуряват на минимална база, защото могат да си позволят частни медицински услуги, а не желаят да участват във финансирането на здравеопазването на бедните и старите.

Осигуреността на българското население с лекари, зъболекари, болнични заведения и болнични легла е сравнително добра<sup>6</sup>. Поради ниските възнаграждения, обаче, хиляди медицински сестри и акушерки напуснаха страната и в момента съотношението медицински сестри/ лекари е само 1.2 : 1. Само в Гърция това съотношение е по-ниско, но през последните години в тази страна работят хиляди български медицински сестри, учителки и жени с други професии като лични асистенти на възрастни и болни хора или като детегледачки.

Сравнителните данни за осигуреността на населението на страните, участващи в този проект, с медицински персонал и болнични легла, с коригираните данни за България, са представени в следващата таблица:

**Таблица 2.4.** Ресурси на здравните системи (2006 г.) – 3

Страна	Лекари на 10 000 души	Сестри и акушерки на 10 000 д.	Аптекари на 10000 д.	Съотношение сестри, акушерки/ лекари	Болнични легла на 10000 д.	Зъболекари на 10000 д.
България	37	46	1	1.2	62	9
Чехия	36	89	6	2.5	84	7
Гърция	50	36	8	0.7	47	12
Португалия	34	47	10	1.4	37	6
Румъния	19	42	1	2.2	65	2
Словакия	31	66	5	2.1	68	5
Испания	33	76	9	2.3	34	5

Източник: WHO, 2008, НСИ, 2008, собствени изчисления за автора за отделни индикатори в България

Само в Гърция се падат повече лекари на 10 000 души, отколкото в България. Ниското заплащане на лекарския труд в страната, обаче, може да доведе до напускане на част от лекарите, както това вече се случи със сестрите. В същото време, лекарите в различните региони на страната обслужват различен брой пациенти. Най-много пациенти на един лекар има в районите с висок относителен дял на роми и турци. Това означава, че те обективно имат по-лошо медицинско обслужване, губят повече време в чакане пред кабинета при всяко посещение на лекар, трябва да изминат много по-големи разстояния, за да могат да идат при специалист, в медицинска лаборатория или болница, още повече, че делът на ромите и турците, които живеят в изостанали селски райони е много по-висок от този на етническите българи.

Ако съсредоточим вниманието си върху средния брой на пациентите на един лекар в областите, включени в българската извадка, констатираме, че само в София, Варна и Стара Загора съотношението брой на пациентите/лекар е по-добро от средното за страната. В останалите

<sup>6</sup> В изданието на Международната здравна организация *World Health Statistics* от 2008 г. е допусната сериозна грешка: вместо 37 лекари на 10 000 души в графата за България е записано само 3 лекари на 10 000 души. Оттук е сбъркано и съотношението между сестри и акушерки спрямо лекари – то не е 18.3 : 1, както е посочено в този международен източник за здравна информация, а само 1.2 : 1.

14 региона то е (много) по-лошо. Средно в България на 1 лекар през 2007 г. са се падали 269 пациенти. В София те са 202, във Варна – 221, докато в обл. Разград на 1 лекар са се падали 420 пациенти, в Ямбол – 408, в Сливен 393, в Бургас 383 и т.н. Средно в регионите, в които има по-големи струпвания на роми и турци, лекарите обслужват между 1.5 и 2 пъти повече пациенти, отколкото в София, при това често разпръснати в две или повече селища, по правило без медицински сестри, по-отдалечени от болниците и медицинските лаборатории.

Възможността за избор или замяна на общопрактикуващия лекар в селата и големите градски гета в по-малките градове е силно ограничена, на практика за мнозинството от ромите такава липсва. Дори в големите градове на страната – София, Пловдив, Пазарджик, Разград, Монтана, Сливен – има откази на лекари да вземат като свои пациенти роми (Томова, личен архив).

Въпреки че много от общопрактикуващите лекари получиха медицинско оборудване по заем от Световната банка, то най-често е в частния им кабинет в града или в медицинския център. Полевата работа в села с многобройно ромско население, посещавани веднъж или два пъти седмично от лекар в цялата страна, е резюмирана от лекар, обслужващ жителите на две села в Сливенска община:

*“Работата е наистина много трудна. Работим в селата при много лоши условия от години. На практика, обикновено ползваме една стая в кметството, в която има кушетка, бюро, шкаф с някои основни лекарства и превързочни материали, а при мен е статоскопа, апарата за кръвно налягане и термометъра, както и чантата с инструменти, за да зашия някоя порезна рана най-вече. Преди години имахме много тежък период, няхахме почти нищо даже в центъра. Например, имахме само 10 спринцовки, малко най-обикновени лекарства, дори спирт няхахме... Но дори тогава не спирахме да работим. Само че това е примитивна работа. Най-лошото е, че в селата ти нямаш никаква възможност за добра диагностика. Докторът трябва да работи по интуиция, без необходимите средства за правилна диагностика, без да е в състояние да предпише най-подходящите лекарства за конкретния случай... Когато става дума за роми, особено за дете в тежко състояние, гледам да го пратя в болницата в града, защото само така съм сигурен, че ще получи нужното лечение. Иначе аз си изписвам лекарства, те не ги купуват или купуват част, спират ги, когато има незначително подобрение и после нещата стават страшни...”*

Дори ако в селото или в градското ромско гето общопрактикуващият лекар е добре екипиран с медицинско оборудване, специализираните прегледи и болничното лечение трябва по правило да се извършват в околните болници или в някоя от университетските клиники в големите градове. В масовия случай това лечение е недостъпно за ромите или те срещат сериозни трудности за получаването му. По-голямата част от причините са свързани с икономическите затруднения на ромите да осигурят транспорта и да заплатят за медицинските услуги и евентуално – за престоя на придружител в града. В повечето случаи те използват услугите на спешна медицинска помощ, ако изобщо успеят да дочакат линейка. Смъртността на оперираните след краткия престой в болница при лошите битови условия в ромските махали обикновено е много голяма. Невъзможността изпратените по домовете си пациенти да се възстановят след спешната медицинска интервенция обикновено води до тежко инвалидизиране на голяма част от оцелелите. Високата детска смъртност също е свързана с ограничения достъп на семействата до необходимия контрол от педиатър или друг специалист, защото в много от селата педиатрите също имат само един приемен ден седмично.

Друг фактор, оказващ влияние върху достъпа на ромите до медицински услуги, е повишената мобилност в тяхната общност. През годините на прехода нараснаха преместванията на ромски семейства в различни селища както и сезонните миграции, свързани с бране на билки и гъби, събиране на дърва и вторични суровини, с участието в сезонни селскостопански или строителни дейности или с практикуването на традиционния занаят, какъвто е случаят при част от семействата на тракийските калайджии, тенекеджиите, лингурарите, копанарите, кошничарите и др. Тази мобилност обикновено е свързана със затруднен достъп до медицински

услуги, съпроводена е с влошаване на жилищните условия и достъпа до чиста питейна вода и свързаните с това рискове за здравето. Тя е честа причина за необхващане на децата от задължителните за възрастта им имунизации (Томова 1999, ФАКТ-Маркетинг 2004).

След 2001 г. рязко се увеличи делът на ромите, работещи временно извън страната. По данни на предишни изследвания, в 18% от ромските домакинства има лице или лица, които са заминали да работят в чужбина през последните пет години, средно – 1.85 лица в домакинствата. В някои махали и селища около 40% от ромските домакинства имат поне един човек, който работи в чужбина. Всички те губят здравната си застраховка, но не винаги спестеното в чужбина им позволява да я възстановят веднага, като се върнат. Практиката е обратната: те остават без здравни застраховки до момента, в който тежко заболяване или бременност налага влизането им в болница, но тогава спестяванията често са похарчени.

Немаловажен фактор за влошаване на достъпа до здравни услуги при ромите е липсата на доверие в медицинските служители. Значителна част от ромите са убедени, че лекарите и медицинските сестри са предубедени по отношение на тях поради етнически и социални причини. Всяко трето лице от тяхната общност съобщава за различни случаи, при които на практика им е била отказана медицинска помощ. В повечето случаи става дума за затруднена комуникация, проблеми при получаване на талони за безплатен преглед при специалист и за искане болните да заплатят различни медицински услуги или да закупят медикаментите и консумативите, за да бъдат настанени в болница. Разтакаването от лекар на лекар е най-честата причина за оплаквания от медицинските услуги през последните години, особено от страна на пациентите от селата. Друго много често оплакване е свързано с отказа да бъде изпратена линейка при повикване или с отказ за домашно посещение на общопрактикуващия лекар. Медицинските кадри често обясняват тези откази с жестоките бюджетни ограничения, с постоянната задължнялост на болниците за бензин за линейките, както и с разпръснатостта на практиките, което затруднява домашните посещения. Ромите не приемат подобни обяснения. Те са убедени, че линейките и лекарите не ходят главно в ромските квартали поради расизма и дискриминационното отношение на медицинския персонал.

## 3. Характеристики на ромското население в България

### 3.1. Основни данни:

По данни на Националния статистически институт ромите са третата по големина етническа група в България (след етническите българи и турците). Експертите ги оценяват като втора по големина група. При последното преброяване (2001 г.) 370 908 души (4.7% от населението на България) са се самоопределили като роми. Експертите оценяват техния брой между 720 000 и 815 000 души, което прави около 9-10% от населението на страната.

Ромите са изключително хетерогенна група. В България те се делят на пет основни лингвистични субгрупи: дасикане рома, хорахане рома, калдараши, калайджии и лудари. Част от ромите са загубили майчиния си език и са го заменили с български, турски или румънски. Те се различават значително и по религиозен признак. Около една трета от тях са източно православни. Приблизително още толкова са мюсюлмани. През годините на пост-комунизма рязко нарасна броят на ромите, които влезнаха в различни евангелски църкви – петдесатна, адвентистка, Българска божия църква и др., като техният дял продължава да расте за сметка както на източноправославните, така и на мюсюлманите. Вътрешногруповото деление е много силно. Наброяват се над 70 субгрупи въз основа на субгруповото самоназвание, традиционния занаят, религията, степента на уседналост, ендогамията. През годините на пост-комунизма социално-икономическите различия в ромската общност също се увеличиха драстично. В едни и същи квартали и често в непосредствена близост човек може да види огромните луксозни домове на богатшите с покрити с мрамор дворове и мерцедеси в гаража и струпаните една до друга колиби от подръчни материали на мизерстващите. Най-богати са субгрупите на калдарашите и ловарите, но те са най-малобройни в страната. В индивидуален план силно забогатяха в годините на посткомунизма черноборсаджиите, лихварите, сутеньорите, лицата, ангажирани с трафик на наркотици и алкохол. Често с по-високи от средните за страната доходи разполагат ромите, ангажирани с различни видове търговия, както и строителните предприемачи. След 2001 г. рязко нарасна делът на ромските домакинства, в които един или повече души работят в чужбина. Тяхното материално състояние обикновено също е сравнително добро. След 2007 г. в абсолютна мизерия през цялата година живеят около 20% от ромите, а още поне толкова живеят много бедно през част от годината – когато не могат да си намерят работа.

Ромите в България понесоха най-големите трудности на пост-комунистическия период. Това е общността, поразена най-тежко от масова продължителна безработица – основен фактор за социално изключване и за изпадането и от другите основни социални сфери. По данни от представително изследване на ЦК на БКП за ромите от 1980 г., обхващащо 4 943 лица, заетостта при тях е била много висока - заети са били 88% от мъжете и близо 80% от жените, общо 84% за цялата общност (Димитров и др., 1980). Това високо равнище на заетост се запазва до края на 80-те години. Масовата безработица при ромите стартира през 1990 г. В края на 1992 г. по данни на НСИ от преброяването на населението, заетостта в ромската общност е спаднала почти два пъти и достига 47%. Продължителната икономическа рецесия се отрази най-тежко върху представителите на тази група. В края на 2001 г. делът на заетите роми достигна най-ниските

стойности – 17.9% от населението в трудоспособна възраст (НСИ 1994, 2004), т.е. **става дума за спад в заетостта в размер на 37-66%, запазил се в тези граници в продължение на две десетилетия**. Нито една от другите етнически общности в страната не бе поразена толкова тежко от безработицата и бедността. А това са двата най-сериозни фактора за ограничаване на достъпа до медицински услуги и лечение в пост-комунистическа България.

След 1990 г. се наблюдава устойчива тенденция на постоянно отпадане на ромите от легалния пазар на труда, включването им в сезонни и временни работи в сивия или черния сектор, както и нарастване на дела на обезкуражените безработни, които не се регистрират на трудовата борса. Средната продължителност на безработицата в ромската общност в края на 2002 г. надхвърля 7 години, въпреки новата регистрация на пазара на труда на хиляди млади безработни всяка година. Поради това делът на безработните с право на обезщетение е много нисък. Именно тези характеристики на ромската заетост водят до най-големия дял на здравно неосигурени в страната.

Образователното равнище на децата и младежите в групата се влоши в годините на прехода, което ще доведе до предаване на бедността и на следващите поколения. Здравният статус на ромите, както при всички бедни групи по света, е нисък, а достъпът до здравеопазване – ограничен, което води до висока детска и майчина смъртност, ниска продължителност на живота, висока инвалидност и лошо качество на живот за болните и техните семейства.

Но посткомунистическият период в България се характеризира и с други сериозни проблеми. Рухването на комунистическата идеология не бе последвано от налагането на нови хуманни ценности и демократични норми. Обществото се задъхва от ценностния вакуум и от липсата на общи идеали, принципи и норми, които да обединят стремежите на хората за смислен живот. Фрустрациите от влошаването на качеството на живота водеха до яростно търсене на виновника за бавния и мъчителен преход, и ромите съзнателно бяха използвани от политици и медии като „жертвен козел“ за канализиране на социалните недоволства и агресия. Част от българските политици и от обикновените хора потърсиха опора в национализма, което при българските условия най-често приема формата на легитимиране на неосъзнатата или институционалната дискриминация на „различните“.

През последните две години се наблюдават някои положителни промени в живота на българските роми. В резултат на чуждите инвестиции, активизирането на пазара на труда и социалната политика на правителството намаля делът на безработните роми и на тези, които продължително зависят от социалното подпомагане. Ограничи се разпространението и дълбочината на бедността в ромската общност. В най-голяма степен намаляването на бедността се дължи на нарасналата трудова емиграция на ромите в страните от Западна Европа и в Гърция. В същото време влошеният образователен и квалификационен статус на значителна част от представителите на тази група продължава да оказва силен негативен ефект върху тяхната интеграция в българското общество. В посткомунистическия период се засили пространствената сегрегация на ромите, което ще доведе до дългосрочни негативни последици за равноправната им интеграция.

Въпреки натиска на Европейската общност за по-пълна и ускорена интеграция на ромите, българските политици и държавните и местни институции по-скоро демонстрират активност, отколкото да провеждат системна и промислена политика за намаляване на социалните различия, демократизиране на българското общество и равноправно включване на малцинствата във всички социални структури. Гражданското общество в България е слабо и не съдейства достатъчно за преодоляване на социалното изключване на тази многочислена етническа общност в страната.

### 3.2. Местоживеене на ромското население

Степента на урбанизация на големите етнически групи в България е различна. В градове живеят три четвърти от самоопределилите се като българи, около половината от самоидентифициралите се като роми и една трета от турците. Местоживеенето обуславя в много голяма степен достъпа на населението до качествени медицински услуги и добро образование, възможността за намиране на работа и генериране на парични доходи, нивото на изграденост на техническата и социалната инфраструктура, жилищната среда – а оттук и разликата в детската и майчината смъртност, средната продължителност на живота, властовите отношения в семействата и свързаната с това раждаемост. По всички тези показатели селското население сериозно се отличава от градското. Тревожен факт е, че разликите между града и селото в България се задълбочиха през годините на прехода.

Данни за местоживеенето на големите етнически общности са приведени в табл. 3.1. Трябва да се има предвид, обаче, че делът на етническите българчета, живеещи и учещи на село, е многократно по-малък от дела на българското селско население поради факта, че основната част от етническите българи в селата са възрастни и стари хора. Това не е така за турските и ромските семейства и за семействата на българите мюсюлмани.

**Таблица 3.1.** Местоживеене на големите етнически общности в България (в %)

Населено място	Българи		Турци		Роми	
	1992 г.	2001 г.	1992 г.	2001 г.	1992 г.	2001 г.
Град	71.6	<b>73.5</b>	31.6	<b>37.0</b>	52.3	<b>53.8</b>
Село	28.4	<b>26.5</b>	68.4	<b>63.0</b>	47.7	<b>46.2</b>

Източник: НСИ

Много важен показател за относителното благосъстояние на хората и особено за здравословния им статус са **жилищните условия**, при които те живеят. И в това отношение наблюдаваме значителни разлики при големите етнически общности в страната. Поради по-високата степен на урбанизация етническите българи имат най-облекчен достъп до благоустроени жилища. На практика 93.6% от жилищата, снабдени с електричество, водопровод и централна канализация, са обитавани от българи, 3.6% - от турци, 1.2% - от роми и 1.6% - от представителите на другите етнически общности в страната. Данни от преброяването през 2001 г. за ползването на жилища с различна степен на благоустроеност от представителите на различните етнически общности са представени в табл. 3.2.

**Таблица 3.2.** Дял на лицата, обитавачи жилища с различна степен на благоустроеност по етническа принадлежност на живеещите в тях лица към март 2001 г. (%)

степен на благоустроеност на жилищата	българи	турци	роми
електричество, водопровод, центр. канализация	72.3	31.4	26.0
електричество, водопровод, септична шахта	21.0	41.1	25.0
електричество, водопровод	3.2	7.0	9.3
електричество	3.4	20.1	37.3
неблагоустроени и др.	0.1	0.4	2.4

Източник: НСИ, 2003, преизчислени данни

Поради бедността и социалното изключване значителна част от ромите, живеещи в градовете, обитават пренаселени махали, често извън градската регулация, без изградена водопроводна и канализационна мрежа, понякога – с нелегално прокарана електрическа мрежа или дори без ток. Селските райони в страната по принцип са със слабо изградена канализационна система или без такава и това определя по-лошите жилищни условия на мнозинството от турците, българите мюсюлмани и близо половината от ромите. Тревожен факт е, че **до 2001 г. почти**



**половината от ромите живеят в жилища без водопровод**, ползвайки вода от улични чешми или кладенци, което увеличава риска от хепатит и стомашно-чревни заболявания.

Бедността и социалното изключване са основни причини за ниското качество на жилищната среда в ромските махали. По данни на НСИ от преброяването през 2001 г. една пета от живот. Ромите разполагат с по-малко от 4 кв.м. жилищна площ на лице от домакинството, а други две пети имат между 4 и 8 кв.м. жилищна площ. За сравнение – само 1% от самоопределилите се като етнически българи разполагат с до 4 кв.м. жилищна площ. Пренаселените жилища при разширените домакинства, където съжителстват представители на няколко поколения, предизвикват изключително силен стрес, който отключва множество заболявания. Недостигът на лично пространство за родителите, за подрастващите и за новобрачните семейства, които заедно обитават дома, се превръща в много тежък проблем.

Службите и фирмите за почистване не поддържат добре чистотата в ромските квартали. В някои случаи това е предопределено от тесните улици, но пък не се използват в достатъчна степен алтернативни начини за почистване и извозване на битовите отпадъци. Именно **липсата на елементарни хигиенни условия и пренаселеността в ромските жилища и махали са причина за много по-трудното овладяване на инфекциозните заболявания** и честото им прерастване в епидемии (Томова 1995, ФАКТ-Маркетинг 2003, ИОО, 2008).

Теренни изследвания през 2007 г. в осем големи ромски махали в областни центрове показаха, че на повечето места през последните две-три години са правени ремонти на части от канализационната система или са изградени нови части към вече съществуващата. Проблемът, обаче е, че в половината от случаите - в Самоков, Сливен (кв. „Надежда“), Пловдив (Шекер махала“ и „Столипиново“), Монтана („Кошарника“) – при изграждането на новите отсечки с канализационни системи са допуснати инженерни грешки и на практика мръсната вода не изтича, а залива улици, дворове и къщи. След като са похарчени стотици хиляди лева, хигиенните условия за много семейства са се влошили. В резултат - ромите от тези махали упрекуват още повече общинските съвети в корупция и институционален расизъм. Когато обществените поръчки са печелени от ромски фирми се оказва, че те обикновено са били на членове на общинските съвети и контролът за качеството на работата им е бил занижен или просто не е осъществяван (Томова, Пампоров, Миленкова, 2008).

Наблюденията в ромските махали показва и друга тревожна тенденция. Поради напускането на ромските квартали от институциите, рязко е спаднал контролът върху незаконното застрояване на тротоарите и улиците. На много места улиците са преградени от незаконните строежи. Масово е стесняването им до малки процепи, през които е невъзможно да мине кола. Незаконното застрояване на улиците и тротоарите прави невъзможно достигането на големи части от махалите от линейки, затруднява намирането на домовете на болните лица, създава сериозни пречки за осигуряването на транспортни услуги в махалите.

По данни на ПРООН (2005) най-малко 30% от жилищата в ромските квартали са незаконни. Дори според авторите на анализа тази цифра е силно занижена. Те предлагат описанието на няколко типични ромски квартала. В Стара Загора – едно от гнездата в настоящото изследване със сравнително добри параметри, близо половината от жилищата са извън регулация, а над половината от останалите са незаконни - т.е. незаконни са около 70% от къщите в махалата. Правителството и общинските власти посочват незаконното строителство като най-съществена пречка за интегрирането и благоустрояването на ромските квартали. Значителна част от ромските махали нямат подробни устройствени планове, а когато ги има, налице са доказателства за повсеместното им нарушаване.

Трудовата емиграция на значителен дял от ромите след 2001 г., както и намаляването на безработицата и бедността в страната, доведоха до видимо подобряване на жилищата в много ромски махали. Данните от настоящото изследване подкрепят тези наблюдения.

Преобладаващата част от респондентите оценяват положително качеството на жилищата си и районите (махалите), в които живеят. Така например, почти три четвърти от респондентите са заявили, че жилището, в което живеят може да се определи като стандартно за българските условия, 22 - 25% живеят в паянтова къща или фургон, 5% - в жилище от подръчни материали. Когато сравним тези отговори с наблюдаваните в ромските махали и с данните от преброяванията остава усещането за сериозно надценяване на качествата на значителна част от ромските домове. Вероятно е част от положителните оценки да са свързани с по-ниски критерии за качеството на жилищната среда. Но възможно е действително една част от по-малките и по-зле поддържаните къщи да са ремонтирани, а на мястото на друга част лоши постройки да са построени нови жилища.

По данни от изследването *“Здравето и ромската общност”* бедните домакинства, живеещи в паянтови домове или фургонали, са по-многолюдни от тези, които определят жилищата си като „стандартни“. Средният брой лица в домакинствата, населяващи паянтови постройки е 5.5. Домакинствата, които живеят в стандартни домове имат средно по 4.7 члена. В домове от подръчни материали живеят домакинства със средно 4.6 члена.

Специално внимание трябва да отделим на отговорите за интегрираността на ромските квартали. По данни на цяла серия представителни изследвания от 1994 г. досега, около 80% от ромите в България живеят в пространствено сегрегирани махали. Вярно е, че огромната част от тях са в рамките на града или селото, но също така е вярно, че в годините на пост-социализма пространствената сегрегация на ромите се засили не само количествено (до 1989 г. едва около 40–45% от ромите живееха в обособени махали), но и качествено: голяма част от българите, които преди това живееха в тези махали, ги напуснаха; колеги и приятели от другите етнически групи престанаха да ходят там на гости, а случайни минавачи – представители на неромското население в съответното селище – просто няма. Единствените не-роми, които човек може понякога да срещне в ромските махали, са държавни или фирмени служители, които са там по силата на служебните си задължения, изследователи социолози, или наркомани, които продават в заложените къщи в ромските квартали предмети, които не могат да заложат никъде другаде или които отиват там за по-евтин (и некачествен) хероин. В същото време от повечето ромски махали изчезнаха институциите - медицинските центрове, читалищата, полицейските служби и др., което допълнително влоши качеството на живот на обитателите им. Рязко нарасна гъстотата на постройките, защото роднини, познати и непознати, продали жилището си в други части на града или в друго селище, строят без разрешително и без архитектурен план домовете си в махалите. Влоши се общото качество на техническата инфраструктура, защото новодошлите сами се свързват към водопроводната, канализационната или електрическата мрежа, като разбиват асфалта, пробиват тръбите и инсталират новите съоръжения без всякакъв технически контрол. Всичко това бързо доведе до гетоизация на много от старите ромски квартали.

В същото време около половината от респондентите в настоящото изследване са определили квартала си като „интегриран“. Това може да означава, че част от респондентите заявяват просто, че кварталът им е в рамките на града и/или е включен в подробния устройствен план на селището. Възможно е също така по този начин някои от тях да изразяват психологическото си усещане за привързаност към махалата, за сигурност и топлина, които осигуряват кварталът, в който преобладаващата част от съседите са познати, приятели и роднини.

Очакванията са, че живеещите в изолирани квартали са по-бедни, по-необразовани, по-често са изпаднали от легалния пазар на труда, имат повече здравни проблеми и, естествено, повече проблеми с достъпа до медицински услуги. Данните от настоящото изследване подкрепят тези очаквания. Ромите, които определят жилищните си квартали като „изолирани“, дават по-ниски оценки на собственото си здраве и на това на близките си. Респондентите, които декларират, че живеят в интегрирани квартали по-често имат завършено основно и средно образование, а жителите на изолираните махали по-често са (функционално) неграмотни или с начално образование.



Домакинствата в изолираните квартали са с повече членове – средно над 5. Тези, които заявяват, че живеят при добри хигиенни условия в интегрирани квартали са средно с по 4.3 члена. Увеличаването на броя на членовете в домакинствата се колерира с влошаване на хигиенните условия дори в интегрираните квартали. Средният брой на членовете на домакинствата с лоши хигиенни условия в интегрираните махали е 5.03.

Две трети от респондентите (почти изцяло тези, които живеят в „интегрирани“ махали) са заявили, че имат достъп до здравни и социални услуги в квартала, в който живеят. Тези данни не противоречат на казаното по-горе за постепенната деинституционализация на ромските махали. Респондентите просто ползват услугите в медицинските заведения на градовете (или селата), в които живеят, и които често не са много отдалечени, особено в по-малките градове.

### 3.3. Демографски характеристики

Един важен фактор, допринасящ за големите социални дистанции и за стигматизирането на ромите и мюсюлманите в България, е свързан с демографските промени в страната.

Годините на дълбока икономическа и политическа криза в пост-комунистическия период съвпаднаха с навлизането на България във Втория демографски преход. Рязкото намаляване на раждаемостта, емиграцията на стотици хиляди (сравнително) млади хора, високата смъртност и бързото намаляване на населението се възприемаха от много политици и обикновени хора като явления, заплашващи националната сигурност, отслабващи военната и икономическата мощ на страната. Промените в брачния модел, преминаването на значителни маси от младото население към семейно съжителство без брак, както и включването на десетки хиляди млади жени в международния трафик на хора и рязкото увеличаване на проституцията в страната се интерпретираха от църквата, много от политиците и медиите, и значителна част от населението като „упадък на ценностите и на основните институции“, „затъване в грях“, „циганизация на българското общество“. В същото време, когато раждаемостта в страната достигна изключително ниски нива, политици и медиите започнаха да заливат публичното пространство с прогнози, че до 50 г. етническите българи ще изчезнат и ще бъдат заменени от роми, турци и емигранти. Това засили страховете и ксенофобските настроения спрямо големите малцинствени общности в страната и особено срещу ромите.

Ако сравним общите демографски показатели за България с тези на останалите страни, участващи в настоящото изследване, ще видим че те не се отличават особено по някои от основните характеристики, но като цяло рисуват най-неблагоприятна демографска картина.

Таблица 3.3. Основни демографски показатели (2000 – 2006 г.)

	Bg	Cz	Gr	Pt	Ro	Sk	Sp
Общ брой на населението 2006 (в хиляди)	7693	10189	11123	10579	21532	5 388	43887
Население под 15 г. (% от цялото насел.)	14	14	14	16	15	16	14
Население над 60 г. (% от цялото насел.)	23	20	23	22	19	16	22
Годишна норма на нарастване в % (1986-1996)	-0.8	0.0	0.7	0.0	-0.1	0.4	0.2
Годишна норма на нарастване в % (1986-2006)	-0.7	-0.1	0.4	0.5	-0.5	0.0	1.1
Тотален коефициент на плодovitост (1990)	1.7	1.8	1.4	1.5	1.9	2.0	1.3
Тотален коефициент на плодovitост (2000)	1.2	1.1	1.3	1.5	1.3	1.3	1.2
Тотален коефициент на плодovitост (2006)	1.3	1.2	1.3	1.5	1.3	1.2	1.4
Юношеска раждаемост (на 1000 ж.) 2000-06	40	11	11	19	33	21	10
Майчина смъртност (на 100 000 родилки)	11	4	3	11	24	6	4
Мъртвородени (на 1000 родени) 2004	6	3	1	3	6	4	3
Перинатална смъртност (на 1000 живород.) 04	10	4	3	5	13	6	4
Ранна неонатална смъртност (на 1000 род.) 04	4	1	2	2	7	3	2
Неонатална смъртност (на 1000 живородени) 04	7	2	3	3	10	4	2
Детска смъртност (на 1000 живородени) 2006	10	3	4	3	14	7	4
Смъртност на деца под 5 г. (на 1000) (2006)	12	4	4	4	16	8	4
Коеф. на смъртност 15-60 г. (на 1000) (2006)	157	108	76	93	157	136	75
Очаквана продължителност на живота (2006)	73	77	80	79	73	74	81

Източник: WHO, 2008, EUROSTAT,

Сравнителните данни показват, че:

- Българското и гръцкото население най-бързо застаряват. Най-добро е демографското съотношение между деца и стари хора/ лица в работоспособна възраст в Словакия;
- Поради отрицателния естествен прираст и високата нетна емиграция, българското население намалява с най-големи темпове в целия двадесетгодишен период 1986–2006;
- В периода 2000-2006 тоталният коефициент на плодovitост е най-нисък в България, Гърция и Словакия;
- България е с най-висок коефициент на ранна (юношеска) раждаемост – средно почти 4 пъти по-висок от този в останалите страни (без Румъния и Словакия). Много тясно свързани с ранната бременност и раждания са високите коефициенти на майчина, неонатална, перинатална и детска смъртност в страната;
- Румъния и България имат най-висока майчина смъртност в сравнение с другите страни, участвали в изследването. Международната здравна организация посочва за Португалия същия коефициент на майчина смъртност, както за България, но доверителният интервал при двете страни е различен. За България той е 11-22 на 100 000 родилки, докато за Португалия е 7-14 на 100 000;
- Най-високи са коефициентите на перинатална, ранна неонатална и неонатална смъртност, детска смъртност на деца до 1 година и смъртност на деца под 5 години в Румъния и България;
- България е с най-висок коефициент на смъртност във възрастовата група 15-60 г.;
- България има най-ниска продължителност на живота (еднаква с тази в Румъния, с 8 г. по-кратка от тази в Испания);
- Румънците и българите преживяват най-кратко време в добро здраве (съответно 63 и 65 г.), докато в Испания, например, очакваната продължителност на живота в добро здраве е 73 г. (WHO, 2008).

Всичко това са косвени индикатори за най-сериозни здравни проблеми и най-големи неблагоприятия в качеството и достъпа до медицински услуги в двете най-бедни страни в Европейския съюз – България и Румъния, които се отличават и с най-големи ромски общности.

Възрастовата структура на населението/групата е един от най-значимите фактори за раждаемостта и смъртността.

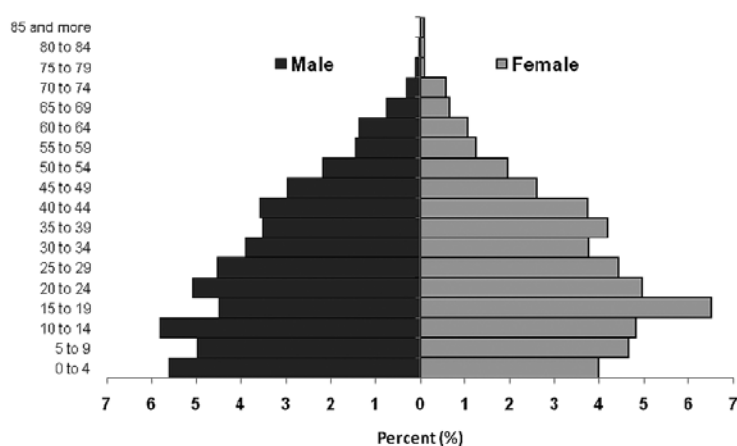
**Таблица 3.4.** Възрастова структура на големите етнически общности към 01.03.2001 г. (%)

Възраст	Българи		Турци		Роми	
	1992 г.	2001 г.	1992 г.	2001 г.	1992 г.	2001 г.
0-14 г.	17.4	<b>14.5</b>	26.0	<b>21.4</b>	37.8	<b>33.3</b>
15-29 г.	19.9	<b>21.4</b>	25.3	<b>25.9</b>	28.2	<b>30.1</b>
30-64 г.	47.1	<b>48.1</b>	41.0	<b>44.1</b>	31.1	<b>33.9</b>
65+	15.6	<b>16.1</b>	7.7	<b>8.6</b>	2.9	<b>2.7</b>

Източник: НСИ (преизчислени данни)

По данни от настоящото изследване, възрастовата пирамида на ромското население изглежда по следния начин:

**Фигура 3.1.** Пирамида на населението. Разпределение на ромското население по пол и възрастови групи



Ромската общност е най-младата в страната. Две трети от нея са деца и млади хора – почти два пъти повече, отколкото сред етническите българи. Този факт, както и съществуващата разлика в плодовитостта на жените от тази малцинствена общност и от мнозинството, води до значимо увеличение на дела на ромите в посткомунистическия период и особено - на най-младите възрастови групи в периода между двете последни преброявания. Това ще предопределя съхранението на най-високия коефициент на нетно възпроизводство<sup>7</sup> в групата на ромите, което ще обуслови по-високата раждаемост в тази общност в средносрочен и дългосрочен план.

<sup>7</sup> Коефициентът на нетно възпроизводство изразява броя на живородените момичета, които ще доживеят, за да заместят 1000 жени от 15-49 – годишна възраст, излизачи от контингентите на жените в детеродна възраст поради остаряване или смърт.

**Таблица 3.5.** Етническа структура на децата и младежите до 20 г. през 1992 и 2001 г. (в %)

Етническа група	Дял от 0-6-годишните		Дял от 7-19-годишните		Дял от населението	
	1992 г.	2001 г.	1992 г.	2001 г.	1992 г.	2001 г.
Българи	77.7	<b>72.1</b>	80.7	<b>77.2</b>	85.7	<b>83.9</b>
Турци	13.3	<b>13.3</b>	12.0	<b>12.3</b>	9.4	<b>9.4</b>
Роми	8.1	<b>11.6</b>	6.2	<b>8.3</b>	3.7	<b>4.7</b>
други	0.9	<b>3.0</b>	1.1	<b>2.2</b>	1.2	<b>2.0</b>

Източник: НСИ (преизчислени данни)

Ромите са общността с най-ранни бракове/семеини съжителства в страната. По данни от 1994 г. около 80% от ромите създават семейства преди навършването на пълнолетие (Томова, 1995, с.42). Социологически изследвания след тази година разкриват тенденцията за запазване и дори увеличаване на ранните бракове сред отделни ромски субгрупи и особено – сред най-бедните и нискообразованите младежи в периода до 2000 г.

**Таблица 3.6.** Начало на семеен живот (брак или семеино съжителство)

Етническа група/пол		Средна	Мода
<b>Българи</b>	Мъже	27.7	28
	Жени	23.3	21
<b>Турци</b>	Мъже	23.4	21
	Жени	21.6	19
<b>Роми</b>	<b>Мъже</b>	<b>18.9</b>	<b>18</b>
	<b>Жени</b>	<b>17.0</b>	<b>14</b>
<b>Други</b>	Мъже	26.0	26
	Жени	22.7	21

Източник: GGS, 2004

Ромите продължават да са единствената общност в страната, в която семейното съжителство започва по правило в юношеските години. Ранните бракове по принцип са предпоставка за ранни раждания и за по-голям брой деца.

Намаляването на раждаемостта е тенденция, характерна за всички етнически групи в страната, но то не ги засяга в еднаква степен. По-висока раждаемост се запазва сред общностите, при които процесът на модернизация е относително забавен.

**Таблица 3.7.** Раждаемост, детска смъртност, смъртност и естествен прираст по етническа група към 01.03.2001 г.

демографски показатели	общо	българи	турци	роми
раждаемост (по етническа принадлежност на майката) – на 1000 души	<b>8.5</b>	6.9	13.0	26.7
тотален коефициент за плодовитост (2001-2003)	<b>1.22</b>	1.03	1.62	2.81
детска смъртност (на деца до 1 г.) на 1000 живородени	<b>13.4</b>	9.9	17.8	25.0
смъртност на 1000 души от населението	<b>14.2</b>	15.0	10.3	7.3
естествен прираст – на 1000 души	<b>-5.7</b>	-8.1	2.7	19.4

Източник: НСИ

По данни на НСИ, раждаемостта при ромите през 2001 г. е била 26.7 на хиляда. В сравнение с 6.9 на хиляда при етническите българи, стойността при ромите действително изглежда стряскащо. Но трябва да отбележим, че фактически през 1950 г. средната раждаемост в България е била 25 на хиляда – не много по-ниска от тази на ромите в момента. Това, което се е случило след тази дата, е бързото понижаване на раждаемостта главно при етническите българи, които постепенно навлизат във Втория демографски преход в началото на XXI в., и задържането на ранните бракове и на нивата на раждаемост при ромите на стойности, характерни за периода на Първия демографски преход.

Много безпокойства са свързани с ранната раждаемост, тъй като тя е рисков фактор за здравето на майката и детето, за увеличаване на недоносеността на новороденото, за по-висока детска и майчина смъртност, както и за засилване на бедността сред жените и децата. България е на едно от първите места в Европа по **ранна раждаемост**. Най-висока е тя сред ромските жени – при тях се среща 10-12 пъти по-често, отколкото сред българките.

По данни на Националния център за здравна информация (2008), 9940 момичета на възраст до 17 години са били хоспитализирани във връзка с бременност и раждане през 2007 г. От тях 1530 са направили аборт: 760 спонтанни аборти, 646 терапевтични аборти, 42 – неуточнени (общо са абортирали 15.4% от момичетата). Преждевременно раждане е настъпило при 271 от момичетата (2.7%). Различни усложнения и болести, свързани с бременността са прекарвали 26.4% от девойките. Проблеми и усложнения, свързани с раждането са претърпели 19.1% от младите майки. От 2000 г. досега здравните проблеми, свързани с бременност, раждане и послеродов период твърдо се ситуират около седма позиция на най-често срещаните причини за хоспитализация на децата (0 – 17 г.) в България, които са бременни или раждат деца.

През последните години се наблюдава неустойчива тенденция на намаляване на дела на ранната и на извънредно ранната раждаемост във всички етнически общности. Най-значимо е намалението на извънредно ранната раждаемост сред ромските жени. Обяснението на този факт едва ли може да се свърже с политиките на българските държавни институции за повишаване на здравната и репродуктивната култура сред ромите. В годините на посткомунистическия период стабилността на ранните бракове рязко спадна, а заедно с това намаля честотата на раждане на второ и дори трето дете в юношеска възраст. Това е една от основните причини за намаляване на ранната и извънредно ранната раждаемост, наред с бедността.

**Таблица 3.8.** Ранна (юношеска) раждаемост на 1000 момичета под 18 г.

Етническа група	1992 г.	2001 г.
Българи	66.2	41.3
Турци	283.1	179.6
Роми	690.3	508.8

Източник: НСИ (непубликувани данни)

**Таблица 3.9.** Извънредно ранна раждаемост на 1000 момичета под 15 г.

Етническа група	1992 г.	2001 г.
Българи	3.1	2.4
Турци	20.3	21.5
Роми	70.1	35.6

Източник: НСИ (непубликувани данни)

Върху демографските процеси в страната през годините на прехода значимо влияние оказваха различни фактори – масовото обедняване на населението, влошаването на качеството на живота в страната, промяната в социалните политики, насочени към репродуктивното поведение и подпомагането на майката и нейните деца. Но тези фактори имат различни измерения при различните етнически общности и довеждат до съществени разлики в репродуктивното им поведение. Зависимостта между разпространението и дълбочината на бедността и спада на раждаемостта съвсем не е право пропорционална. Тъкмо в групите, подложени в най-голяма степен на социално и икономическо изключване наблюдаваме запазването на най-високи стойности на раждаемостта. Този „парадокс“ се нуждае от обяснение.

Трябва да подчертаем, че ромската общност е изключително хетерогенна и всякакви обобщения по-скоро замъгляват, отколкото проясняват изследваните социални процеси в нея. Много важно е да се знае, че демографските нагласи и поведение при ромите със средно и висше образование са идентични на тези при българите. Близка до тази на етническите българи е

раждаемостта при ромските жени с основно образование, които работят на постоянно място. Проблемът е, че групата на лицата с високо образование и на заетите жени в общността е все още много малка. Но единственият начин за постигане на по-голяма социална хомогенност в българското общество, включително – в демографски план – е чрез масово, качествено, по-високо образование на всички деца и младежи и чрез сериозно намаляване на женската и младежката безработица.

Ромите понесоха в най-тежка форма трудностите на прехода към пазарна икономика. За значителна част от младите роми, изключени трайно от легалната трудова дейност, възможностите за самореализация и за придобиването на висок социален статус и самоуважение станаха възможни само в сфери, различни от трудовата, т.е. от определящата социална сфера в модерното общество. Социалното изключване породило по-силно самозатваряне на ромите в собствените им микро-общности и в рамките на разширеното семейство или гетото. Това доведе до завръщането и засилването на ролята на консервативните предмодерни патриархални форми на социален и културен живот на етническата общност, особено сред жителите на гетата.

**Засили се пространствената сегрегация в общността.** Пространствената сегрегация не означава само влошаване на жилищните условия и качеството на живот за изолираните. Тя силно затруднява намирането на работа и по този начин допринася за задълбочаването на бедността. Но една от най-тежките ѝ последици е свързана с влошените условия за социализация на децата и младите хора. Във все по-голяма степен подрастващите престават да свързват живота си с ежедневна упорита работа в публично организирани институции за производство на стоки и услуги, от които значителна част от жителите на обособените квартали е изключена. Те не успяват да развият умения за работа с институциите, което задълбочава изолацията на общността. Нараства делът на родителите, които не са в състояние да предадат на младите хора ценностите, нормите и моделите на поведение на макрообществото. В гетата се завръщат консервативните културни, социални и семейни модели на пред-модерната общност или моделите на поведение, типични за бедните гета във всички големи урбанистични центрове по света, за които е характерно култът към грубата сила, засилената власт над жените, стеснените възможности за развитие на личността, широкото включване на подрастващите и младите хора в девиантни форми на поведение. В силно маргинализирани групи оцеляването на семейната общност може систематично да става за сметка на жестока експлоатация на децата и жените, или за сметка на дългосрочните цели, насочени към осигуряването на високо образование и квалификация или към опазване на здравето.

Масовата и дълбока бедност сред ромите в периода 1990-1992 г., която се съхрани на практика до 2004 г., доведе до много ранно **отпадане на значителна част от ромските деца от училище**. Учителите и социалните работници често подчертават, че ранното отпадане на ромските деца от училище е сред основните причини за ниската възраст, на която младите роми започват семеен живот в периода 1989 – 1999 г. През този период наблюдаваме завръщането на традицията в много от ромските локални общности момичетата да се спират от училище след първа менструация, която се приема като знак за сексуална зрялост и готовност за брачен живот, и скоро след това да се „омъжават“.

Вече коментирахме, че поради използваната структура на **образованието** в международното сравнително изследване *Здравето и ромската общност* данните за България могат да се интерпретират по-трудно. В страната освен начално и средно образование има още една степен – основно образование, което е най-често постиганото от ромите, но не е отбелязано в настоящото изследване. Затова по-прецизно е да дискутираме сравнителните данни за образователната структура на българското население, предоставени от НСИ. По данни от последното преброяване на населението от 2001 г. ромското население на възраст над 20 г. има следната образователна структура.

**Таблица 3.10.** Образователна структура на големите етнически общности (лица над 20 г.) към 2001 г.

Образование	Българи	Турци	Роми
Висше (вкл. специалист)	19.1	2.4	<b>0.2</b>
Средно	47.7	21.9	<b>6.5</b>
Основно	24.9	46.9	<b>41.8</b>
Начално	7.0	18.6	<b>28.3</b>
Неграмотни/функционално неграмотни	1.3	10.1	<b>23.2</b>

Източник: НСИ (преизчислени данни)

Най-обезпокоителните данни на НСИ от последното преброяване бе увеличаването на дела на неграмотните и функционално неграмотните в групата на най-младите роми. Различни експертни оценки и някои индикатори от настоящото изследване дават основание да се издигне хипотезата, че след 2001 г. постепенно намалява делът на ромските деца, които никога не са тръгвали на училище. Намалява и делът на ромските деца, отпадащи в първите 4 години от обучението им. С въвеждането на нормативни промени в образователната система, в резултат на които основно образование се завършва след седми, а не след осми клас, делът на ромите със завършено основно образование значително ще нарастне, без това да означава реална промяна в образоваността им. Постепенно нараства групата на ромите със средно и висше образование. В резултат от отпусканите стипендии за университетско образование на ромите и на увеличените възможности те да имат достъп до субсидирано от различни фондове магистърско и по-високо образование в Западна Европа и Съединените щати, нараства делът на младите роми с много добра образователна квалификация. Общото повишаване на образованието води до постепенно увеличаване на здравната култура. Образованието е тясно свързано с възможностите за работа и с равнището на получаваните доходи, които са значими фактори за достъпа до здравни услуги и за възможностите на лицата и семействата да си сигурят качествено лечение.

Българските държавни институции не събират текущи данни за **безработицата** или други социални индикатори, дезагрегирани по етнически признак. Но разполагаме с пълните данни за **заетостта и безработицата** по етнически признак за годините, в които се провежда преброяване на населението. Информацията от няколко национални и международни изследвания, представителни не само за цялото население, но и за големите етнически общности, също са от голяма полза.

В периода 1990 – 2001 г. тенденцията в ромската общност бе към непрекъснато увеличаване на дела на безработните и на продължителността на безработицата.

**Таблица 3.11.** Икономически активно население (на възраст 16-60 г.) по икономическа активност и етничност – 1992 г. и 2001 г. (%)

Етническа група (16-60 г.)	Заети		Безработни		Икономически неактивни	
	1992	2001	1992	2001	1992	2001
Етнически българи	65.4	56.4	11.0	21.9	23.6	21.7
Турци	59.3	39.7	19.8	39.0	20.9	21.3
Роми	47.0	17.9	30.2	59.9	22.8	22.2

Източник: НСИ, данни от преброяванията през 1992 г. и 2001 г.

Данните за този период показват, че през първите 12 г. на прехода към пазарна икономика между половината и четири пети от ромите са били безработни или са отпаднали от пазара на труда. В големите ромски градски гета към 2000 г. 25% от ромите никога не са били наемани на работа, 10% са били безработни над 10 години, 44% са били безработни в продължение на 5-10 години. (*Poverty, Ethnicity and Gender, 2000, Fiscal Decentralization in ECA, 2000*).

Ромската **заетост** има специфични особености в различните селища, махали и субгрупи. Налице е силна зависимост между големината на гетата и нивото на безработицата. Колкото по-голямо



е гетото, толкова по-висока е безработицата на жителите му в малките и средните по големина селища. Безработните в големите градове имат повече възможности да генерират доходи в сивата и черната икономика. Дори когато са ситуирани в едно и също селище, безработицата в различните ромски квартали и сред различните ромски субгрупи не е еднаква. Различията са свързани с нивото на квалификация и образование; с наличието или не на традиционни или модерни занаяти, за които групата може да намери пазар; с продължителността на участието на групата в местната индустрия или в сферата на услугите на селището. Установихме също, че ромите в селата, разположени в близост до големи градски индустриални центрове бяха пострадали по-тежко от кризата до 2004 г. Като правило повечето ромски мъже от селата са работили като ниско квалифицирани работници в индустриалните предприятия на близките градове и са били сред първите уволнени през 1990-1991 г. Те не притежават земя и умения за обработването ѝ.

Изследванията показват също така, че безработицата в ромските гета е много по-дълбока и продължителна сред жените, отколкото сред мъжете. Съществува силна зависимост между заетостта и възрастта на респондентите. Най-младите роми са най-засегнатата от безработицата група. През 2000 г. 66% от младите роми декларираха, че никога не са имали работа.

През 2007 г. равнището на официално регистрираната безработица в страната бе много ниско и би могло да се понижи още, ако търсещите работа отговаряха на критериите на работодателите за по-висока квалификация. При тези условия видимо се повиши заетостта и при ромите, но въпреки това остана на най-ниските равнища за страната. Все пак, за първи път от 1992 г. насам по-малко от половината роми се самоопределиха като безработни.

**Таблица 3.12.** Етническа структура на зетите, безработните и неактивните на възраст над 18 г. в България през 2004 и 2007 г. (%)

Трудов статус	Българи		Турци		Роми	
	2004	2007	2004	2007	2004	2007
Наети/самонаети	48.6	52.3	35.0	39.9	<b>20.0</b>	<b>26.1</b>
Работници в семейния бизнес	0.2	0.1	0.7	0.4	-	<b>0.6</b>
Безработни	12.1	7.6	34.2	26.8	<b>56.2</b>	<b>48.3</b>
Учащи	5.2	2.1	1.8	0.9	<b>0.9</b>	-
Пенсионери	29.3	33.6	19.9	22.0	<b>12.3</b>	<b>13.6</b>
Майчинство или гледане на дете	1.9	1.6	2.3	1.3	<b>3.5</b>	<b>1.7</b>
Хронично болни, инвалиди	1.5	1.4	3.1	4.5	<b>3.3</b>	<b>4.7</b>
Домакини	0.8	0.9	2.1	3.4	<b>2.6</b>	<b>4.4</b>
Друго	0.3	0.1	0.9	0.6	<b>1.1</b>	<b>0.6</b>

Източник: GGS, Институт Макс Планк - Роцок, Институт по социология, БАН

Данните от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* показват, че към края на 2008 г. в областните центрове и столицата все още не е представлявало голям проблем намирането на някаква работа, въпреки началото на финансовата криза. Нещо повече, заетостта на ромите в тези най-големи селища и разположените в близост до тях села е доста по-висока от измерената през 2007 г. за цялата страна, което ни позволява да издигнем хипотезата, че през 2008 г. безработицата в ромската общност е била най-ниската в целия пост-комунистически период.



**Таблица 3.13.** Разпределение на децата и възрастните по основна заетост и пол (в %)

	Мъже	Жени	Всичко
<b>Децата (0 - 15)</b>			
Учат	61,6	60,6	61,2
Работят	0,7	0,9	0,8
Нищо	7,3	11,9	9,2
Под 6 г., непосещаващи детска градина или училище	30,5	26,6	28,8
Общо	100	100	100
<b>База (брой респонденти)</b>	157	109	266
<b>Възрастни (над 15 г.)</b>			
Зает на постоянно работно място	43,4	21,9	32,9
Сезонна или временна заетост	12,9	16,2	14,5
Самонает, бизнесмен	2,5	1,9	2,2
Ангажиран в семеен бизнес	1,4	0,8	1,1
Безработен, но преди това е работил	3,2	6,0	4,6
Безработен, търсещ работа за пръв път	1,4	3,8	2,6
Безработен, ангажиран в случайни дейности без договор	16,8	5,3	11,2
Учащ	1,8	4,2	2,9
Пенсионер по възраст, прослужен стаж или инвалидност	14,7	10,9	12,9
Домакиня	1,8	29,1	15,1
Всичко	100	100	100
<b>База (брой респонденти)</b>	(282)	(266)	(548)

Най-съществените констатации от настоящото изследване са, че през 2008 г. в големите областни центрове и близките им села:

- 14% от децата на 7-15 г. окончателно са отпаднали от образователната система, а 1.1% от тях вече са ангажирани постоянно в изхранването на семейството;
- Най-много се е увеличила групата на ромите, заети на постоянно работно място. Една трета от ромите в тези селища по този начин са осигурявали не само редовни доходи, но и са имали здравни осигуровки от работодателя;
- Ромските жени, за разлика от етническите българки и туркините, в много по-малка степен разчитат на своя труд и собствени доходи. Заетостта сред тях е два пъти по-ниска, отколкото при мъжете. Нещо повече, тя е най-ниска при заетите на постоянно работно място, което прави ромските жени особено уязвими в условия на криза или при неблагоприятни климатични условия, когато селскостопанската реколта намалява;
- Социално и здравно осигурени са децата, учащите, ако не учат задочно или вечерно, пенсионерите и безработните, които редовно се регистрират в бюрата по заетостта и регионалните центрове за социално подпомагане, не са излизали в чужбина, не са заловени да извършват трудова дейност от наблюдаващите социални работници (една трета от респондентите над 16 г.– 34.2%, както и всички деца);
- Възможно е малко да е нараснал броят на лицата, ангажирани със собствен бизнес, но разликите в данните от изследванията през 2004, 2007 и 2008 г. са в рамките на статистическата грешка. Освен това големите градски селища по принцип предоставят по-добри възможности за частен бизнес, така че не могат да се правят хипотези за ромското население в цялата страна на базата на получените данни. Не е възможно да се твърди, също така, че всички лица със собствен бизнес се самоосигуряват, но може да се издигне хипотезата, че по-голямата част от тях имат възможност да заплатят стойността на частен медицински преглед или 12 минимални вноски, за да се включат в групата на осигурените, ако им се наложи продължително лечение или операция;

- Най-голям проблем със здравните осигуровки и достъпа до публичното здравеопазване имат лицата, ангажирани в сезонни и временни дейности, тези от безработните, които спорадично извършват някаква трудова дейност и домакините, или общо между една трета и две пети от ромите (30 - 40.8%). В най-рискова ситуация се намират 14.7% от мъжете срещу 45.3% от жените от тези групи. Трябва да се има предвид, че мнозинството от тези особено уязвими жени са във фертилна възраст, което означава, че съществува риск за достъпа им до медицински грижи по време на бременността. Семействата им обикновено са принудени да намират средства за здравното им осигуряване непосредствено преди раждането, за да може то да се извърши в болница. В същото време трябва да се отделят пари и за бебето. Финансовите трудности от подобен характер са причина за големия брой изоставяни деца от майките им, особено когато не могат да разчитат на бащите за отглеждането на детето.

### 3.4. Ромското домакинство

Основните данни, представени в този раздел, са базирани на отговорите за всички членове на домакинството (3 947 души) в изследването *“Здравето и ромската общност”*. Те ни предоставят възможност да разкрием сравнително точно структурата на съвременното ромско домакинство и косвено – на властовите отношения в него. Можем да направим следните обобщения:

- В ромското домакинство мъжете заемат основните властови позиции и играят главната роля в осигуряването на финансовите средства за издръжка на домакинството (чрез собствен труд или чрез организацията на труда на жените). В девет десети от ромските домакинства като „глава“/основен носител на доходи е посочен мъжът;
- В 85% от смесените домакинства младото семейство живее при родителите на момчето. Това съхранява патриархалния модел и властовите позиции на бащата и свекървата;
- Синовете разчитат на финансова подкрепа и помощ при отглеждането на децата от страна на родителите си в по-голяма степен, отколкото дъщерите;
- Не по-малко от 11.5 – 17.6% от ромите живеят в домакинство, в което съжителстват поне три поколения;
- Поради по-голямата продължителност на живота на жените, в съставните ромски домакинства има повече баби, отколкото дядовци. Това е благоприятен фактор за отглеждането на малките деца, но по принцип обременява домакинството финансово, тъй като пенсиите на ромските жени са ниски (те обикновено имат малък трудов стаж и са заемали нископлатени длъжности), а хроничните заболявания – много и тежки.

Допълнителна количествена информация за структурата на ромските домакинства и отношенията в тях е представена в табл. 3.14.

**Таблица 3.14.** Възрастово разпределение на ромите в зависимост от връзката с главата на домакинството (лицето, което има най-голям принос в семейния бюджет) (в %)

	0 - 9	10 - 15	16 - 29	30 - 44	Над 45 г.	Всичко	Средна възраст
Глава на домакинството	0,7	0,5	23,2	43,7	31,8	100	38,85
Съпруг/а или партньор/ка	0,1	0,4	31,2	43,9	24,3	100	36,33
Син, дъщеря	33,6	26,7	33,6	5,7	0,4	100	14,21
Зет, снаха	0,8	2,9	74,9	20,1	1,3	100	23,62
Баща, майка	1,6	0,4	0,8	24,0	73,2	100	52,89
Брат, сестра	6,3	14,6	54,2	20,8	4,2	100	22,92
Внук, внучка	67,1	24,2	7,4	0,7	0,5	100	7,56
Баба, дядо	0,0	0,0	0,0	2,9	97,1	100	64,76
Друг роднина	18,4	8,2	4,1	20,4	49,0	100	38,82
Друг тип връзка	0,0	0,0	100	0,0	0,0	100	22,00

Поради ранните бракове и високото ниво на младежката безработица в ромската общност, преобладаващата част от младите семейства зависят почти изцяло от издръжката на възрастното поколение поне през първите 10 г. от брачния си живот. Две трети от децата на възраст 0 – 9 г. се издържат на практика не от родителите си, а от доходите на дядото и бабата. Едва при децата от възрастовата група 10-15 г. делът на издържаните от родителите се изравнява с този на издържаните от прародителите – средно за по около една четвърт от децата някоя от тези две опции е валидната.

Поради нарастването на случаите на изоставяне на младата жена и децата ѝ от съпруга в най-бедните субгрупи и поради широкото разпространение на модела на серийната моногамия главно сред групите на хорахане и дасикане рома, много висок е делът на младите жени (и децата им), които се връщат в бащиния дом или при семейството на някой от братята. Ако семейството не брата не разполага с достатъчно средства, рискът младата жена да бъде принудена да проституира рязко нараства (Томова 1995, Tomova, Vandova, Tomov 2000, Томова, Пампоров, Миленкова 2008).

Данните за структурата на ромските домакинства и икономическата зависимост в тях отново привличат вниманието към мощното влияние на **патриархалния ред** в големите ромски гета и сред значителна част от ромските субгрупи, живеещи извън обособените махали.

Веднага трябва да отбележа, че патриархалните нагласи доминират мисленето, междуличностните и междугруповите отношения и целия начин на живот в българското общество. Но при големите малцинствени общности – тези на турците, българите мюсюлмани и ромите, те са вездесъщи. Посткомунистическите промени укрепиха още повече патриархалния ред и мъжкото господство в тези групи. При ромите в големите гета засилването на мъжката доминация може да се наблюдава в изчистени класически форми.

В научната литература, посветена на джендърните изследвания, съществува консенсус, че мъжката доминация нараства в обществата, изложени на икономически стрес; при хронични военни действия или нарастване на анархията и неспособността на държавата да гарантира неприкосновеността на живота и собствеността на гражданите си; при намаляването на способността на държавните институции да удържат монопола на легитимното насилие; както и при групите, подложени на културна асимилация или на рязко прекъсване на традиционната им икономика и култура. Тези фактори (с изключение на военните действия) се проявяват в по-голяма степен, по-продължително и с нарастваща сила поради кумулативното им действие при големите малцинствени общности в страната.

Ромите страдат от огромно по обхват и много продължително изключване от пазара на труда и другите социални сфери. Те нямат политическа партия, която да защитава икономическите, социалните и културните им интереси, нито достъп до социалните мрежи, осигуряващи

трансформацията на социалния капитал от социалистическия период в икономически. Единственият легитимен властови ресурс, с който разполагат, е този на мъжкото господство над жените в семейството и общността. При това положение жените в още по-голяма степен се превръщат за тях в дехуманизиран обект и в основен ресурс на символната и икономическата власт на отделния мъж, родствена група или културна субгрупа.

Масовата продължителна безработица постепенно доведе до намаляването в общността им на някои общоразпространени „доминантни модели на мъжественост“, като този на отговорния съпруг и баща, осигуряващ чрез уменията и всекидневния упорит труд прехраната и благоденствието на семейството си. Този модел все още е валиден сред отделни субгрупи, запазили традиционния си занаят или заменили го нов (например – в групите на ковачите, на тенекеджиите, които днес все по-често се занимават с поправка на коли, улуци и покриви, на строителите, на хамалите и т.н.), както и сред семействата с по-високо образование и квалификация, които запазиха работните си места, но престава да е доминиращ в представите на „голите цигани“, на дълготрайно безработните и особено на момчетата и младежите от тези среди и групи.

В същото време наблюдаваме укрепването на други модели, типични за маргинализирани общности – този на „мъжкара“, преуспяващ благодарение на физическата си сила, агресивността, твърдостта и умението авторитарно да налага волята си; или модела на „големия играч“ (Mirchev 2008), на човека, който натрупва богатство с дейности на ръба или извън рамките на закона на „гадже“ (прекупвача, дребния търговец, който умело укрива доходите си от данъчните служби, лихваря, сводника, трафиканта, производителя на изкуствен алкохол, ловкия криминален престъпник).

Същественото е, че тоталният контрол върху жените е основен източник на символна, социална и икономическа власт при всички модалности на мъжествеността в ромската общност. В групите на калдарашите, ловарите, тракийските калайджии и отделни субгрупи на ромите-мюсюлмани (хорохане рома), жените служат като основно средство за обмяна и за акумулиране на власт. Ако в семейството са отгледали хубаво, здраво и умело момиче, запазило девствеността си до деня на сватбата, бащата ще може да я „продаде“ в заможен и силен род и по този начин да си осигури икономическата, социалната и политическа подкрепа на сватовете. Освен това от достойнствата на жените в семейството и на дъщерята, която се омъжва, в частност, ще зависят както честта и достойнството на бащата (и на всички останали мъже в семейството), така и размера на „откупа“ (баба хакъ) за правото на „първата брачна нощ“ и правото на рода на младоженеца върху бъдещите ѝ деца. Получените пари под формата на баба хакъ ще могат да се използват от своя страна за „купуването“ на булка от добър и уважаван род за сина, което допълнително ще разшири авторитета и силата на семейството, измервана чрез акумулирания по този начин „социален капитал“. Затова контролът върху момичетата в тези ромски субгрупи е изключително силен. Но това е и една от основните причини за много ранните бракове в повечето традиционни ромски групи: ако момичетата бъдат омъжени рано, намалява рискът от случайна полова връзка преди брака. От друга страна, ранният брак е най-сигурният начин младите да бъдат задържани в групата и семейството и да бъдат „предпазени“ от съблазнителите на макрообществото. Колкото по-млади се оженят, толкова по-зависими ще бъдат от родителите и общността, толкова по-сигурно е, че никога няма да напуснат групата си<sup>8</sup>. Ранният брак е най-надеждната бариера пред свободната кариера, защото почти задължително осуетява постигането на високо образование и промяната на културния модел.

<sup>8</sup> В същото време възпроизводството на малките ендогамни ромски субгрупи крие сериозни здравни рискове. По данни на д-р Търнев, 60% от браковете при тракийските калайджии, 45% при калдарашите и 28% при копанарите са кръвнородствени. Ендогамията и инбридингът, характерни най-вече за субгрупите, принадлежащи към влашките групи роми, водят до натрупване на различни наследствени заболявания. Така сред калдарашките и копанарските фамилии има голямо натрупване на различни невропатии, наследствен ангиоедем, галактокиназен дефицит, а сред тракийските калайджии – на епилепсия (Търнев 2001; 2002).

Тоталният контрол върху жените при ромите е необходим поради цяла поредица от причини от най-различен характер. В ромската общност младият човек получава пълноправен статут на мъж само ако е оженен и има дете. Оттук идва социалният натиск в семейството и групата за много ранно раждане на първото дете, по възможност, още през първата година на брака. Освен това примерната съпруга осъществява пълното обслужване на съпруга и разтоварва свекървата от значителна част от домакинските ѝ задължения, тъй като обикновено поема огромната част от работата в къщата. Нейният труд и този на децата ѝ, или социалните помощи, които получават, често осигуряват прехраната на цялото семейство. Понякога това става за сметка на (репродуктивното) здраве на жената и децата ѝ.

Ако поради различни причини мъжът е задлъжнял на лихвари, той може да им продаде разведената си сестра, дъщеря си (или по-често - доведената дъщеря на поредната съпруга) за погасяване на дълга. Наблюдавахме такива случаи в кв. „Надежда“ в Сливен, в гр. Елин Пелин, в „Столипиново“ в Пловдив и на много други места.

„Истински мъжественият мъж“ може да си осигури оholen и лек живот, като стане трафикант на жени или сутеньор в града и принуди приятелката, жена си или чужди жени да работят за него като проститутки (или просякини, или джебчийки). Престижът на сводника, този прототип на „голям играч“, нарасна неимоверно много сред младите мъже и момчетата дори в добри ромски квартали. В същото време проституцията доведе до рязко нарастване на полово предаваните заболявания, наркоманиите, стреса, и множество други заболявания на младите експлоатирани жени. В почти всички градове с големи ромски гета лекарите-гинеколози наблягат върху рязкото нарастване на здравните проблеми, свързани със сексуалната експлоатация на все по-увеличаваща се част от младите жени в кварталите<sup>9</sup>.

*„При момичетата, които идват от чужбина, имам всякакви проблеми. Не само идват без осигуровки, но имам момичета, които ми казват, че докато са били бременни са ги принуждавали да проституират... Идват с анемия, никога в чужбина не са следили здравето си и това на плода, недохранени, малтретирани... Тук трябва да ѝ преливам кръв... Вземат различни медикаменти, дори най-вредни, или си правят рентгенови снимки, за да получат право на безплатен аборт по медицинско предписание и това е практика, а е толкова вредно...*

*Други са много малки, започват полов живот много рано, когато още не са напълно развити, и от честите раждания и аборти получават хипертония, трудности при изнасяне на бременността, анемия... Сифилис имам при бременни момичета – от магистралата. Имам едно дете – на 11 г. майка ѝ я доведе от магистралата, за да ѝ направя първия аборт. На 12 г. ѝ направих втория аборт, сега е на 14 и пак трябва да ѝ правя аборт... Уж живее с някакъв мъж, но е проститутка и той я праща на магистралата...”* (интервю с гинеколог, гр. Сливен, 2007 г.)

*„Социалните заболявания са много по-чести, отколкото в другите квартали – туберкулоза, ХИФ, Хепатит В и С, хепатит, наркомания, спин, венерически болести – всичко това е свързано главно с употребата на хероин. При нас повечето проститутки от чужбина, от Германия, са хероиново зависими...”* (Фокус-група с общопрактикуващи лекари, Столипиново, Пловдив, 2007 г.)

В ромската общност задължителна характеристика на „мъжествения мъж“ е ярко изразената му сексуална потентност. Мъжете постоянно се хвалят със сексуалните си успехи у дома и сред чуждите жени. Не само многото деца, извънбрачните връзки и изневери, но и честите аборти на съпругите, приемани като доказателство за мъжествеността, издигат престижа на рома в очите на другите мъже от махалата. Огледалната страна на това егоистично утвърждаване на

<sup>9</sup> В никакъв случай не искам да оставя впечатлението, че проституцията, сводничеството и трафикът на жени са разпространени предимно в ромската общност – това са тежки проблеми на цялото българско посткомунистическо общество. Но ранното отпадане на значителна част от ромските момичета от училище, липсата на квалификация при близо четири пети от тях и многобройните трудности, които срещат при намирането и задържането си на работа ги превръщат в рискова група за сексуална експлоатация. Джендърните отношения в много от локалните ромски общности усилват този риск.

мъжествеността при ромите е демонстрацията на подчинение и жертвоготовност от страна на съпругата, което има различни прояви. По сведения на младите жени, мъжете им много често отказват ползването на кондоми, защото по този начин се намалявало сексуалното им удоволствие. Те често се възпротивяват и срещу поставянето на спирали от съпругите си, под предлог, че тези „прекомерни мерки“ за предпазване от забременяване могат да доведат до „разпасаност“ сред жените им. Млади жени често споделят, че биха използвали модерни средства за семейно планиране, но не го правят заради съпрузите си. Те често посочват свекървите като лицата, които в най-голяма степен допринасят за съхранението на предмодерното отношение към секса и репродуктивното здраве.

*„Не, не мога да си сложа спирала, макар да ми се иска... Мъжът ми не дава... Свекървата казва, че само курвите използват такива неща... Ако не забременея поне веднъж годишно, свекървата ще реши, че съм болна и ще накара мъжа ми да ме изхвърли... Не, той не иска да раждам всяка година, най-много да имаме още едно дете. Той ми дава пари за аборт, но така може да се хвали пред приятелите колко му е гъсто семето...“* (Самоков, ж., 23 г., с две деца, завършила 9-ти клас).

*„Спирали се ползват от по-високообразованите и от тези, които са излизали в чужбина, но повечето не го правят. Някои чрез аборта доказват на мъжа си и неговата рода, колко много го обичат – дават от кръвта си за неговото удоволствие...“* (Фокус-група с лекари, Столипиново, Пловдив, 2007 г.)

По този начин именно възпроизводството на патриархалния ред и мъжкото господство в ромските махали създава сериозни проблеми със свръхконтрола върху женското тяло и поведение; с налагането на ранните бракове и ранните раждания като норма; с жертването на репродуктивното здраве на жените в името на мъжкото удоволствие и суета. Проектите, насочени към повишаване на сексуалната култура и към създаване на умения за семейно планиране биха имали успех само ако са насочени едновременно към младите жени и мъже, както и към свекървите. Единственият сигурен начин за промяна в репродуктивното поведение в общността е повишаването на образователното равнище на младите роми и осъществяването на сериозни промени в целия им начин на живот, свързани с равноправното им социалното включване първо в пазара на труда, но също така и в гражданската сфера. Само разкриването на широк спектър от възможности за успешна трудова и социална реализация на ромските мъже и жени ще доведе до постепенно преосмисляне на патриархалните ценности.

### 3.5. Грижи за децата

Грижата за децата при ромите, както и при останалите етнически общности в България, остава в много по-голяма степен „поле на изява“ на жените, с много неравномерно разпределение на домакинските задължения и труда по отглеждането и образованието на децата между представителите на двата пола. Данните от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”*, базирана на информация за 814 домакинства и 3 947 лица, подкрепят тази констатация от серия други изследвания.

**Таблица 3.15.** Разпределение на домакинствата в зависимост от това кой обикновено се грижи за децата под 15 години (в %)

	Всички домакинства	Само домакинства с деца
Майката	72,4	90,6
Бащата	28,6	35,7
Бабата	28,4	35,5
Дядото	5,1	6,3
Братът	0,5	0,6
Сестрата	2,5	3,1
Други роднини	1,5	1,9
Друг тип връзка	1,5	1,9
В домакинството няма деца под 15 г.	20,4	--
База (брой на домакинствата)	(814)	(648)

Дезагрегацията на тези данни по тип населено място и големина на селището също представлява интерес, въпреки че не съм в състояние да формулирам смислени хипотези за обяснението на някои от различията. Не мога да обясня защо бащите в селата много по-често са посочвани като хора, които обикновено се грижат за малките, отколкото, например тези в столицата или другите големи областни центрове. При българите включването на бащите в грижите за децата нараства право пропорционално на размера на селището (GGG 2004, 2007<sup>10</sup>).

Европейското изследване на ценностите от 2008 г. показва, че вече е налице сериозна промяна в нагласите за семейството, за родителството и за разпределението на домакинския труд, която се носи главно от най-младите жени и мъже от българската етническа общност. Рязко са нараснали нагласите, че мъжете трябва наравно с жените да поемат задълженията и грижите за дома и децата. Този отговор е индикатор, че сериозно се е разклатила безвъпросността на традиционното разпределение на домакинските задължения, а следователно - и на „естествените“ социални роли на мъжа и жената, че е започнало „предоговарянето им“, особено при младите българи. Това е изключително важна промяна за постепенното преодоляване на символното господство на мъжа в дома, което е и най-трудно за преодоляване. Ромите много по-рядко изразяват съгласие с подобни нагласи, но делът на българите и ромите, които посочват, че бащите прекарват често свободното си време с децата е доста близък.

Изследването на поколенията и половете ни дава възможност да проследим етническите различия в разпределението на грижите по отглеждането на децата при младото поколение – 18-30 г. В таблица 3.16. представям отговорите „грижите за децата се поделят поравно между двамата родители“ на младите българи, турци и роми. Поради факта, че делът на българи на тази възраст с деца-ученици е много малък, представям и отговорите на следващото поколение – 31-45 г., на въпроса за помощта при подготовката на домашните задължения.

**Табл. 3.16.** Грижите за децата се поделят поравно между двамата родители (лица на възраст 18-30 г. – положителни отговори в проценти)

	българи	турци	роми	коэф. на Крамер
Обличат децата и следят за облеклото им	14.6	11.1	3.3	V = 0.165
Поставя децата в леглото за сън	17.2	9.4	4.9	V = 0.170
Остава в къщи и се грижи за болните деца	8.0	11.0	4.9	V = 0.208
Играе с децата или участва в техните развлечения	58.0	32.5	42.6	V = 0.174
Помага при подготовката на домашните	11.9	9.5	11.5	V = 0.151
Води ги на детска градина или училище или някъде в свободното време	29.9	13.8	15.6	V = 0.151

Източник: GGS 2007

<sup>10</sup> Но този извод важи и за ромите, попаднали в извадката на това лонгитудно изследване.



По данни от настоящото изследване бабите са включени в отглеждането на малките деца най-често в София и най-големите градове на страната – два пъти по-активно, отколкото в селата и в градовете с размер до 100 000 души (на практика 46% от домакинствата в София ползват помощта на бабите, 34% - в градовете с население до 250 000 души, 23.5% - в градовете до 100 000 души и 21% - в селата). Едно възможно обяснение на тази констатация е, че в столицата и в другите пет най-големи града е по-голям дялът на младите ромски жени с добро образование – основно, средно и висше, които работят. Друго обяснение е свързано с емиграцията на младите. В големите градове безработицата при ромите бе по-ниска и по-краткотрайна, обедняването – по-малко. Повече ромски домакинства бяха в състояние да акумулират средства, за да изпратят младите си членове да работят в чужбина, а грижата за малките бе поета от бабите. Третата хипотеза е свързана с кризата за места в детските заведения, която е особено голяма в столицата и най-големите градове, поради което там по-често е необходима помощта на бабите.

Изследването на поколенията и половете от 2007 г. показва, че най-често ползват помощта на бабите за отглеждане на децата турските семейства, най-рядко – ромските. Трябва да имаме предвид, че емиграцията на младите при турците е най-значима и че две трети от тях живеят в селата, където е по-лесно бабата да съчетава грижите за децата с останалата си работа.

По данни от настоящото изследване ромските момичета сравнително често помагат активно при отглеждането на по-малките си братя и сестри, а в около 4-5% от семействата тези дейности са ежедневни за тях. Тази констатация потвърждава данните от други изследвания. Интересно е, че през 2007 г. Изследването на поколенията и половете констатира, че докато българите използват услугите на по-големите деца при отглеждането на по-малките независимо от пола (въпреки че все пак момичетата отделят повече време за това от момчетата), ромите и турците включват момчетата в тази дейност само по изключение. Това означава, че в двете малцинствени общности традиционното разпределение на труда в семейството вероятно ще продължи по-дълго, отколкото при етническите българи.

### 3.6. Здравно осигуряване на ромите

Вече многократно обсъждахме по-големите рискове част от ромите – и особено жените - да не са здравно осигурени. Няколко социологически изследвания от 2000 г. досега предоставят силно разминаваща се информация за дела на здравно-неосигурените роми. По данни на ФАКТ-Маркетинг, осъществила представително изследване за здравния статус и достъпа на българското население и на големите етнически групи до здравеопазване, през 2003 г. 31.7% от възрастните роми в България не са имали здравни осигуровки. Такива са и данните на Институт “Отворено общество” за здравния статус на ромите на възраст над 18 години от 2007 г. – 31% от ромите са заявили, че не са здравноосигурени или са осигурени за част от годината, което възпрепятства ползването на публични медицински услуги. Много по-ниски са оценките за здравно-неосигурените на д-р Търнев и М. Грекова, осъществили изследване на здравния статус на ромите в 17 селища през 2007 – 18.4%. Вероятно техните данни са за неосигурените в цялата ромска общност, а не само при възрастните.

Изследването “Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа” ни предоставя актуална количествена информация за наличието на здравни осигуровки при ромите. Данните са събирани и оценявани за двете различни съвкупности – за цялото ромско население и отделно – за възрастните (лицата над 16 годишна възраст). В първия случай оценката на ромите без здравни осигуровки или с непълни такива възлиза на 18%, в другия – на 26%.



**Таблица 3.17.** Типове здравно осигуряване при ромите (в %)

	Дял от ромското население
Здравна осигуровка, осигурена от работодателя, заедно с всички останали видове социални застраховки	24,5
Осигуровка от държавния бюджет като дете, учащ, пенсионер, инвалид, регистриран безработен и социално слаб и др.	52,8
Самоосигуряващ се	5,4
Здравна осигуровка от работодателя плюс допълнителна здравна осигуровка в частен фонд	0,1
Здравна осигуровка само за част от годината	13,0
Без здравна осигуровка, с право да ползва само Бърза помощ	4,9
База (брой)	(3.947)

От 2007 г. лице, което има някакви пропуски в здравните вноски през последната година не се признава за здравноосигурено и преди да ползва публичните медицински услуги трябва да внесе недостигащите вноски. Ако е отсъствало от страната и при връщането си иска да се осигури, или ако е било длъжно да се самоосигурява, но поради някакви причини не го е правило, дължи изплащането на 12 месечни вноски. Поради тази нормативна уредба трябва да приемем, че лицата със здравна осигуровка само за част от годината на практика не са осигурени и биха имали проблеми при търсенето на медицински услуги в публичната сфера.

Специално внимание изисква проясняването на противоречието между броя на заетите и този на осигуряваните от местоработата. Делът на осигуряваните от работодателя лица сериозно се разминава с този на декларираните, че имат постоянна, временна или сезонна работа с трудов договор при настоящото изследване. Очевидно част от ромите, които работят целогодишно, са заети в сивия сектор и не са здравно осигурявани от работодателя. Много вероятно е мнозинството от лицата с временна и сезонна трудова заетост (с изключение на тези, които са включени в програмите на Министерството на труда и социалната политика) да работят също в сивия сектор, да получават възнагражденията си на ръка, което ги освобождава от плащането на данъци, но в същото време ги лишава от социални, пенсионни и здравни осигуровки, и успешно да се представят за безработни, за да бъдат осигурявани от държавния бюджет.

При анализа на особеностите на ромската заетост изказахме хипотезата, че ромските жени са по-изложени на риска да не бъдат здравно осигурени, защото е по-голям делът им в сезонни и временни трудови дейности и защото голяма част от тях са домакини, но не се осигуряват сами. Отговорите на респондентите обезсилват тази хипотеза именно защото, по всяка вероятност, преобладаващата част от ромските жени са регистрирани като безработни и без доходи и ползват публичните фондове за здравно осигуряване като социално слаби. В същото време данните от табл. 3.18. сочат, че делът на възрастните роми без здравни осигуровки е 25.8%.

**Таблица 3.18.** Дял на ромското население по типове здравно осигуряване и по пол и възраст (в %)

	Деца	Възрастни	Мъже	Жени
Здравна осигуровка, осигурена от работодателя, заедно с всички останали видове социални застраховки	0,8	35,2	28,6	20,4
Осигуровка от държавния бюджет като дете, учащ, пенсионер, инвалид, регистриран безработен и социално слаб и др.	99,1	31,7	50,0	55,6
Самоосигуряващ се	0,3	7,8	5,4	5,5
Здравна осигуровка от работодателя плюс допълнителна здравна осигуровка в частен фонд	0,0	0,2	0,2	0,1
Здравна осигуровка само за част от годината	0,1	<b>18,8</b>	12,3	13,7
Без здравна осигуровка, с право да ползва само Бърза помощ	0,2	<b>7,0</b>	4,4	5,4
База (брой)	(1.243)	(2.700)	(1.998)	(1.949)

Най-малък е делът на тези, които са осигурени от държавния бюджет в столицата и в по-малките градове (от 25 000 до 50 000 души) – 46%. В столицата основната причина е по-високата заетост на ромите в легална трудова дейност и съответно – най-големият дял на лицата, осигурявани

от работодателя поне на база минимална работна заплата (31%). В малките градове едва 18% от ромите са осигурявани от работодател. При тях е най-висок делът на тези, които имат здравни осигуровки само за част от годината – 32% срещу 11% от живеещите в селата и в градовете с население до 250 000 души и 15.5% - при жителите на столицата. Около 6-7% от ромите от селата, най-големите градове и София нямат никакви здравни осигуровки.

### 3.7. Население, което има трудности при осъществяването на всекидневните си дейности

Въпреки ниската средна възраст на ромското население, заболяемостта и инвалидността в тази група е висока. Към момента на провеждането на изследването в страната – късната есен на 2008 г. – събрахме данни за 228 членове на домакинствата от общо 3 947 (5.8%), които не се чувстваха добре или имаха сериозни здравни проблеми и поради тази причина имаха трудности при изпълнение на всекидневните си дейности. Те бяха разпределени равномерно по пол и бяха концентрирани в групата на лицата над 45 години. В групата на 45-64 годишните 17% имаха оплаквания: 13% - умерени, а останалите 4% - сериозни, почти напълно блокиращи активността им. В групата на най-възрастните – тези над 65 години, на практика половината се оплакваша от лошо здраве, при това в по-тежка форма. При 30% неразположението водеше до умерено ограничаване на изпълнението на всекидневните дейности, при 12% активността бе сериозно възпрепятствана, а при 5% на практика бе блокирана.

**Таблица 3.19.** Разпределение на ромското население, срещащо трудности при изпълнение на всекидневните си задължения, по вида затруднение (в%)

	Физическо	Прихическо	И двете	Всичко	База (брой)
<b>Всичко</b>	<b>83,2</b>	<b>6,5</b>	<b>10,3</b>	<b>100</b>	<b>(228)</b>
<b>Пол</b>					
Мъже	85,9	6,1	8,1	100	(106)
Жени	80,9	7,0	12,2	100	(122)
<b>Деца / Възрастни</b>					
0 - 15	61,9	4,8	33,3	100	(25)
Над 15 год.	85,5	6,7	7,8	100	(203)
<b>Възрастови групи</b>					
0 - 4	33,3	0,0	66,7	100	(6)
5 - 9	87,5	0,0	12,5	100	(9)
10 - 15	57,1	14,3	28,6	100	(10)
16 - 29	50,0	40,9	9,1	100	(26)
30 - 44	80,6	6,5	12,9	100	(31)
45 - 64	91,0	1,1	7,9	100	(95)
Над 65 год.	94,1	2,0	3,9	100	(51)

Най-често затрудненията са свързани с физическо неразположение, но една шеста от болните имат психически проблеми, а в една десета от случаите причините са комплексни. Огромният всекидневен стрес, на който са изложени бедните и безработните, лицата, живеещи в пренаселени домове и квартали, хората, които всекидневно са заливани с речта на омразата към тяхната група от медиите, на улицата, в училището и на работното място, жертвите на домашно насилие, се отразява тежко върху здравето на много роми.

В следващата таблица са събрани интересни данни за отношението и грижите, които болните и неразположените членове на ромското домакинство получават, но поради оскъдността на информацията и поради липсата на обяснения за конкретните случаи можем само да градим хипотези при интерпретацията им.

**Таблица 3.20.** Разпределение на ромското население, срещащо трудности при изпълнение на всекидневните си задължения, по помощта, от която има нужда (в%)

	Няма нужда от помощ	Нуждае се и получава помощ	Нуждае се, но не получава помощ	Всичко	База (брой)
<b>Всичко</b>	<b>17,1</b>	<b>61,4</b>	<b>21,5</b>	<b>100</b>	<b>(228)</b>
<b>Пол</b>					
Мъж	17,9	56,6	25,5	100	(106)
Жена	16,4	65,6	18,0	100	(122)
<b>Деца/Възрастни</b>					
0 до 15 год.	16,0	64,0	20,0	100	(25)
Над 15 год.	17,2	61,1	21,7	100	(203)
<b>Възрастови групи</b>					
0 - 4	0,0	83,3	16,7	100	(6)
5 - 9	11,1	66,7	22,2	100	(9)
10 - 15	30,0	50,0	20,0	100	(10)
16 - 29	23,1	46,2	30,8	100	(26)
30 - 44	12,9	54,8	32,3	100	(31)
45 - 64	20,0	62,1	17,9	100	(95)
Над 65	11,8	70,6	17,6	100	(51)

Специален интерес предизвикват данните в трета и четвърта колона. Наблюденията разкриват висока семейна и групова солидарност и систематично полагане на грижи за болните членове на домакинствата от останалите близки. На практика всички изследователи на ромите навсякъде по света отбелязват тази характеристика на ромското семейство. Тук получаваме данни, че 21.5% от нуждаещите се от помощ болни на практика не я получават. Възможно е в преобладаващата част от случаите да става дума за необходимостта от медицинска помощ и специализирани грижи, които болните по различни причини са възпрепятствани да получат. В други случаи вероятно става дума за възрастни и стари хора, които се нуждаят от целодневно обгрижване, но поради трудовата заетост на останалите възрастни членове на домакинството не могат да я получат в необходимата степен. Бедността, финансовите затруднения или затвореността на групата почти напълно изключват ползването на платени услуги от медицински лица или социални асистенти в специализирани частни институции или при домашни условия. През 2006 г. Министерството на труда и социалната политика въведе длъжността „социален/домашен асистент“ за безработни лица, които се грижат за инвалиди, най-често членове на собственото им семейство, и които по този начин имат възможност да получават минимална работна заплата, всички видове социални осигуровки и трудов стаж. Но приложението на тази програма е много ограничено финансово и допълнително затруднено от огромни бюрократични трудности.

Данните от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* показват, че в най-голяма степен се посрещат нуждите от медицинска помощ и грижи за децата (при 83.3% за най-малките и 66.7% при поотрасналите деца) и на старите хора. Една трета от болните лица между 16 и 44 годишна възраст имат нужда от помощ, но не я получават. Това са хората в най-активна възраст, за които се предполага, че те трябва да се грижат за зависимите малки или за болните стари. Проблемът е, че когато те не са добре, често няма кой да се погрижи за тях или пък не могат да си позволят разходите за лечение и се надяват организмът им да се справи сам.

Изследването показва, че когато някой в семейството се разболее и има нужда от грижи, солидарността се поема от всички членове на домакинството, макар и в различна степен. Жените по-често полагат грижи за болните, но това не е изключително тяхно задължение. Грижите за болните се разпределят между жените и мъжете в съотношение 54 към 46. Съпрузите и съпругите полагат грижи за партньорите си. Естествено, майките поемат веднага грижите за болните деца. Децата се включват активно в обгрижването на болните, но помощ се очаква и получава също така от лели и други близки роднини.

**Таблица 3.21.** Разпределение на ромското население, срещащо трудности при изпълнение на всекидневните си задължения и получаващо помощ, в зависимост от лицето, което предоставя помощ и грижи (в %)

	Мъже	Жени	Всичко
Съпруг или партньор	14,0	24,8	19,8
Съпруга или партньорка	33,7	8,9	20,3
Дъщеря	7,0	14,9	11,2
Син	18,6	19,8	19,3
Майка	14,0	7,9	10,7
Баща	0,0	1,0	0,5
Дядо	0,0	1,0	0,5
Друг роднина	12,8	19,8	16,6
Друг вид връзка	0,0	2,0	1,1
Общо	100,0	100,0	100,0
База (брой случаи)	(87)	(102)	(189)

Интересна е констатацията, че въпреки декларирания немалък брой на мъжете, които се включват в грижите за децата (виж табл. 3.19), не ги виждаме да полагат всекидневни грижи, когато детето е болно и се нуждае от помощ. Потвърждава се констатацията от други изследвания, че ромските бащи са по-склонни да играят с децата, когато те са здрави, да им отделят част от свободното си време за съвместни забавления, евентуално – да предават умения на синовете си за осигуряване на прехрана и доходи, но работата по обгрижването на малките и особено на болните остава за жените.



## 4. Здравен статус. Заболявания

### 4.1. Оценка на собственото здраве

Здравният статус на значителна част от българското население се влоши в посткомунистическия период в резултат от влошаването на качеството на живота и несигурността, свързани със социално-икономическите промени в България, както и от затрудняването на достъпа, а за един дълъг период – и на качеството на медицинските услуги.

Самооценката на ромите за тяхното здраве, регистрирана от НСИ при преброяването на населението през 2001 г. на пръв поглед не е обезпокоителна, особено на фона на ниската самооценка на етническите българи за здравния им статус.

**Таблица 4.1.** Субективна оценка за здравето и лица с влошено здраве

	Лица с влошено здраве	Лица с дългогодишно заболяване
Българи	41,8	33,9
Турци	35,6	22,8
Роми	31,1	18,9

НСИ, Преброяване на населението 2001

Данните от различни представителни за големите етнически общности в България изследвания, проведени след 2001 г., показват, че въпреки относителното подобряване на условията на живот в страната, населението оценява здравното си състояние като сравнително непроменено и доста лошо. Това в най-голяма степен важи за ромите и за лицата, които околните определят като „цигани“. В тяхната група нараства делът на лицата, определящи собственото си здраве като лошо и много лошо в периода 2001 – 2007 г..

По данни на НСИ през периода 1996-2001 г. самооценката за състоянието на индивидуалното здраве на българските граждани показва ясна негативна тенденция. Относителният дял на мъжете, оценяващи здравето си като влошено, е нараснал от 27,8% на 35,9%. При жените тази група също се е увеличила, като от 38,8% е достигнала 44,4%. Тенденцията важи не само за по-възрастните групи от населението, при които делът на хората с хронични заболявания по принцип е значително по-висок. Един от най-тревожните резултати от изследването на НСИ, потвърждаващ данните от многобройни други изследвания, е констатацията, че при децата (0-14) и при младите хора (15-24) делът на тези с влошено здраве се е удвоил за краткия период от 4 години (НСИ, 2002, с. 11). През 2001 г. делът на ромите, декларирали влошено здраве, е най-нисък – 31%, срещу 41.8% при българите.

Множество социологически изследвания, в които специално бе търсена експертната оценка на лекарите за здравния статус на пациентите им от различните етнически общности и бе събирана информация за хроничните и острите заболявания на респондентите и членовете на техните домакинства, показваха нарастването на сериозните здравни проблеми при ромите на практика през целия посткомунистически период (Томова 1995, Томова 1999, Томова, Вандова, Томов 2000, Търнев 2002, Търнев и Грекова 2007). Масовото обедняване, непълноценното хранене, всекидневният дистрес, нехигиеничните жилищни условия, ранните и чести раждания

бяха причините, които обективно водеха до сериозно влошаване на здравето на ромите. Тези неблагоприятни процеси се задълбочиха в момент, когато държавата рязко съкрати средствата за здравеопазване, пакетът от субсидирани медицински услуги намаля значително, а покупателната способност на ромските домакинства направи платените медицински услуги и медикаменти недостъпни за мнозинството от тях.

Ето какво показват сравнителните данни от различни изследвания за самооценката за здравето състояние на големите етнически общности в страната след 2003 г:

**Табл. 4.2.** Самооценка за здравето състояние:

Самооценка	Българи		Турци		Роми		
	2004 GGG	2007 GGG	2004 GGG	2007 GGG	2003 ФАКТ	2004 GGG	2007 ИОО
Много добро	21.3	23.3	23.1	27.1	19.4	21.6	12.7
Добро	44.5	45.9	43.0	40.2	49.6	48.0	32.8
Задоволително	23.7	20.9	23.7	18.9	-	17.6	27.3
Лошо	8.4	7.5	10.4	11.3	26.9	10.6	16.6
Много лошо	2.0	2.3	1.5	2.4	4.2	2.2	7.7

Източници: GGS 2004, GGS 2007, ФАКТ Маркетинг 2003, ИОО 2007

На базата на тези данни можем да кажем, че самооценката за здравето състояние на българите и турците се е стабилизирала и е останала на равнището от началото на XXI в., докато при ромите се е задълбочила тенденцията да оценяват здравето си по-негативно.

Изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* използва различни индикатори за проследяване на самооценката на ромите за здравето им състояние. Един от тях е свързан с оценката на здравето им и това на членовете на домакинствата им през последните 12 месеца преди интервюирането.

Като цяло респондентите са оценявали своето здраве и това на близките си по-скоро положително: над половината от ромите над 16 години са определили своето здраве като много добро и добро. Според тях (много) добро е било здравето състояние на 70% от децата и на 67% от членовете на домакинствата им. Амбивалентна е оценката на собственото здраве на една трета от респондентите. Около една четвърт оценяват здравето на децата и/или на останалите членове като не особено добро. Възприемат здравето си като (много) лошо 12% от интервюираните възрастни роми. Два пъти по-малко роми (6%) оценяват като лошо здравето на детето, попаднало в извадката и/или на другите членове от домакинството.

Най-висока е оценката за собственото здраве на ромите на възраст 10 – 44 г. Свиват настъпва веднага след 45 г. По-малко от една четвърт от ромите след тази възраст оценяват здравето си положително, половината го оценяват амбивалентно – като посредствено, и 28% - като лошо. Лошо е здравето и на 10% от децата на възраст до 9 години. В следващата възрастова група ниските самооценки за здравния статус спадат значително – на 2.5%. Зависимостта между самооценката на здравния статус и пола е слаба.

**Таблица 4.3.** Разпределение на интервюираните лица по възрастови групи и пол според начина, по който възприемат здравето си през последните 12 месеца (в %)

	Възрастови групи					Пол	
	0 - 9	10 - 15	16 - 29	30 - 44	Над 45	Мъже	Жени
Много добро	8,8	24,2	19,9	15,5	4,1	15,3	13,2
Добро	51,5	56,7	56,1	49,2	18,9	46,6	45,3
Посредствено	30,1	16,7	19,4	30,4	49,1	28,8	30,5
Лошо	8,8	1,7	3,6	5,0	23,1	7,9	9,4
Много лошо	0,7	0,8	1,0	0,0	4,7	1,4	1,6
Всичко	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
База (брой)	(144)	(122)	(198)	(181)	(169)	(439)	(375)

Интересен начин да се представи оценката за собственото здраве и тази на останалите членове на домакинството е посредством линейна петстепенна интервална скала, където 1 означава „много добро здраве“, а 5 – „много лошо“. Данните са представени в табл. 4.4.

**Таблица 4.4.** Средна оценка за собственото здраве и за здравето на членовете на домакинствата през последните 12 месеца по скала от 1 до 5

	0 - 9	10 - 15	16 - 29	30 - 44	Над 45	Всичко
<b>Членове на домакинството</b>						
<b>Общо</b>	2,16	2,00	2,07	2,22	2,80	2,24
Мъже	2,13	1,96	2,04	2,13	2,70	2,19
Жени	2,20	2,04	2,09	2,30	2,91	2,29
<b>Интервюирани</b>						
<b>Общо</b>	2,41	1,98	2,10	2,25	3,05	2,37
Мъже	2,44	1,91	2,06	2,16	3,05	2,33
Жени	2,37	2,07	2,13	2,35	3,06	2,41

Така още по-ясно се вижда, че като цяло здравето на 10-15 годишните и на 16-29 годишните се оценява най-високо – то е добро, докато при лицата над 45 години може да се определи като посредствено.

Много близки до данните за България са и самооценките за здравето на ромите от другите изследвани страни. Навсякъде изследователите изказаха скептицизъм за обективността на тази самооценка и я определиха като завишена. В повечето случаи скептицизмът се базира на знанието, че средната продължителност на живота на ромите е с около 10 години по-ниска от тази на околното население, а данните от терена посочват недвусмислено, че продължителността на живота в добро здраве при ромите е изключително кратка – около 45 г. В България лекарите също оценяват здравето на ромската общност като най-проблематично.

Необходимо е да се опитаме да обясним сравнително високите субективни оценки за собственото здраве и това на близките, с които се срещаме често при интервюиране на ромите. Обясненията могат да бъдат търсени в няколко насоки. Първо, налице са значителни етнодемографски разлики, които влияят съществено върху оценката за здравето на ромската общност. Тя е най-младата в страната, близо две трети от ромите са деца или млади хора, при които дългогодишни здравословни проблеми се срещат относително по-рядко, отколкото при възрастните и старите. От друга страна, поради невъзможността да се осигури навременно и продължително лечение на нуждаещите се, смъртността в ромската група настъпва много по-рано, отколкото при останалото население. Ромите по-рядко оцеляват при заболявания като инфаркт, инсулт, пневмония или при злокачествено заболяване. Делът на най-възрастните - хората над 60 години - в тяхната общност е около 4 пъти по-нисък, отколкото при българите, и 2 пъти по-нисък, отколкото при турския етнос.



Наред с това съществуват и обективни социални и етнокултурни разлики. Често разклатено здраве се характеризира като „добро“ поради суеверие, от страх „да не се предизвика злото“, като се говори за него. В други случаи, най-често при мъжете, това е резултат от аскетичната/мачистката нагласа „да търпят“ и да признават, че имат здравословен проблем, едва когато страданието стане особено силно. Много хронични заболявания, които не са свързани със страдание и болка, не се декларираат и дори не им се обръща някакво специално внимание. Същевременно възрастните хора, които по принцип страдат по-често и от повече хронични заболявания, смятат, че недоброто здраве е естественото състояние за възрастта им, не следят развитието на здравословните си проблеми, освен когато състоянието им рязко се влоши, и невинаги споменават за проблема си пред анкетатор-немедицинско лице.

Друго обяснение е свързано с по-ниската здравна култура и специфичното здравно поведение на част от ромите. Те в по-малка степен, отколкото останалите етнически групи в страната, периодично следят състоянието на здравето си. По-малко са склонни да променят навиците си, когато са разрушителни за здравето – например, пушенето и приемането на алкохол, нездравословното хранене, абортът като средство за семейно планиране или проблемите на обездвижването при домакините. При мъжете-роми посещенията при лекар са по-редки дори когато са налице сериозни здравни проблеми. Така стилът на живот налага едно относително подценяване на здравето в общността, въпреки че то традиционно се изтъква като основна ценност. Това е типично за всички по-бедни социални групи навсякъде по света.

По-ниското образователно равнище на ромите се отразява и върху **здравната им култура**. Лицата с ниско образование по-трудно могат да дадат обективна оценка на здравния си статус и да обяснят от какво страдат.

## 4.2. Болести и здравни проблеми

По оценка на медицинските специалисти в България, здравословните проблеми на ромите са особено остри, въпреки че това е най-младата общност в страната. По данни от най-крупното представително социологическо изследване за здравния статус на ромите в България, проведено по поръчка на МЗ през 2003 г., в хода на което лекари осъществиха медицински прегледи на близо 10 000 души, в около 80% от домакинствата им е регистрирано лице със заболявания, в половината от семействата има хронично болен член, а в една пета от семействата има по двама или повече хронично болни членове. Над две пети от общността имат сериозни здравни проблеми (ФАКТ-Маркетинг 2003). По данни от друго крупно изследване, осъществено от лекари и социолози през 2006 г. в 16 населени места в страната, в 60.8% от изследваните 1685 домакинства има поне едно болно лице, а в 14.4% от домакинствата има лице, освидетелствано от ТЕЛК като лице с намалена трудоспособност (Търнев, Грекова 2007). По данни от изследване на Институт „Отворено общество“ в края на 2007 г., в 30.9% от ромските домакинства има лица, страдащи от тежки или хронични заболявания или от инвалидност, като във всяко четвърто от тези домакинства хронично болни или инвалиди са две или повече лица.

Най-често декларираните заболявания от ромите и от лекарите, които ги обслужват, са хипертонията и други сърдечно-съдови заболявания; острите катарии на горните дихателни пътища; белодробните заболявания (бронхити, бронхопневмонии и хронична обструктивна белодробна болест); бронхиалната астма (като около половината от болните са деца); захарния диабет; различните гинекологични заболявания. Много чести са заболяванията на опорно-двигателния апарат. Поради прекомерни и ранни физически натоварвания при ромите се развиват ранни дегенеративни ставни или дискови промени, които ги инвалидизират. Относително чести заболявания са язвата на стомаха и дванадесетопръстника, различни бъбречни заболявания, ендемичната гуша, тиреотоксикозата. Стресът, на който бедните са изложени, води до различни заболявания на вегетативната нервна система и до сравнително

чести психози (Томова, 1995; Томова 1999; Tomova, Vandova, Tomov, 2000; Търнев, 2002, Търнев, Грекова, 2007).

По данни от изследването на ИОО, през 2007 г. интервюираните 1737 души, определени от околното население като „ромци“, са страдали от следните заболявания, диагностицирани от общопрактикуващ лекар или от специалист:

**Таблица 4.5.** Дял на лицата, страдали от остро или хронично заболяване в месеца преди изследването, 2007 г.

Заболяване	Дял
Заболяване на сърдечно-съдовата система	22.9
Главоболие, мигрена или други неврологични заболявания	21.1
Общо неразположение, температура, заразна болест	20.5
Заболяване на костите или ставите	14.2
Заболяване на храносмилателната система	13.9
Заболяване на уши, нос, гърло	11.3
Невроза, продължително безсъние или други психични заболявания	11.2
Заболяване на дихателната система	10.3
Очни болести	9.7
Камъни в бъбреците или инфекция на пикочните канали	8.8
Гинекологични проблеми	4.9
Диабет	4.6
Възпаление на лимфни възли или заболяване на кръвта	3.0
Оплаквания от простата	2.7
Екзема или други кожни болести	2.6
Заболяване на щитовидната жлеза	2.3
Проблеми, свързани с бременност	1.7
Операция от ехинококоза	0.5
Друго	4.3

Източник: ИОО, 2007

Изследването на ИОО предостави важна информация за това каква част от болните, страдащи от хронично заболяване, са здравноосигурени, и каква – не са. Оказа се, че около и над половината от лицата, прекарвали инфаркт на миокарда или хепатит А, В или С, страдащи от хипертония, сърдечна недостатъчност, астма, туберкулоза, артроза или ревматоиден артрит, депресия, мигрена, гастрит, язва, бъбречни заболявания, алергични заболявания или ехинококоза не са здравноосигурени.

По данни от изследването на ИОО, мъжете по-често страдат от хипертония, атеросклероза, инфаркт на миокарда, инсулт, злокачествени заболявания, хроничен бронхит или емфизем, туберкулоза, язва, гастрит, бъбречни заболявания, хепатит А, В или С, кожни заболявания, ехинококоза. Жените по-често се оплакват от сърдечна недостатъчност, астма, артроза или ревматоиден артрит, безпокойство или депресия, мигрена, остеопороза, катаракта. Прави впечатление, че е висок делът на неосигурените лица с тежки или хронични заболявания, дори когато става дума за боледуващи от болести, застрашаващи живота.

Много интересни са данните за **диагностицираната** от лекар заболеваемост при ромите през 2008 г. от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”*. Те се отнасят не само до пълнолетното (възрастно) ромско население, но и до децата. Разполагаме и с данни за средната възраст на лицата, страдащи от хронично заболяване.

**Таблица 4.6.** Дял на лицата, страдащи от хронично заболяване, диагностицирано от лекар, по възраст и пол, 2008 г.

	Мъже	Жени	Деца	Възрастни	Общо
<b>Деца и възрастни</b>					
Високо кръвно налягане	22,3	22,9	2,3	32,5	<b>22,6</b>
Висок холестерол	6,8	8,0	0,4	10,8	<b>7,4</b>
Диабет	6,4	6,4	0,4	9,3	<b>6,4</b>
Астма, хроничен бронхит...	13,0	15,2	14,3	13,9	<b>14,0</b>
Сърдечни заболявания	8,2	10,1	1,5	12,8	<b>9,1</b>
Язва на стомаха	5,5	8,0	1,1	9,3	<b>6,6</b>
Алергия	8,2	10,9	9,4	9,5	<b>9,5</b>
Депресия	1,8	5,1	0,8	4,6	<b>3,3</b>
Други психични заболявания	1,4	2,9	2,6	1,8	<b>2,1</b>
Мигрена или главоболие	9,8	20,0	4,1	19,5	<b>14,5</b>
Херния	3,6	3,5	2,3	4,2	<b>3,6</b>
<b>Само възрастни</b>					
Проблеми на кръвообращението	3,5	4,9	-	4,2	<b>4,2</b>
Арtrit, ревматизъм	11,7	18,8	-	15,1	<b>15,1</b>
Остеопороза	1,1	4,6	-	2,8	<b>2,8</b>
Проблеми на простатата	8,9	-	-	8,9	<b>8,9</b>
Проблеми свързани с менопаузата	-	11,7	-	11,7	<b>11,7</b>
База (брой)	(439)	(375)	(266)	(548)	<b>(814)</b>

Най-често декларираните симптоми, хронични заболявания и страдания, диагностицирани от лекар при възрастните роми, са: високото кръвно налягане; мигрената и главоболието; артрит и ревматизъм; астма, хронични бронхити, ХОББ; сърдечни заболявания; проблеми, свързани с менопаузата; алергии; висок холестерол; язва на стомаха; проблеми на простатата.

Изключително сериозен проблем в ромските махали представляват инфекциозните заболявания. Пренаселеността на кварталите и жилищата силно затруднява изолацията на вирусносителите и заболяванията често приемат епидемичен характер. Някои културни особености – нормата за съпричастие с болния, изискваща посещението му, полагането на грижи и емоционална подкрепа от всички роднини, съседы и близки по време на заболяването, също допринася за разпространението на заразите. Лошият хранителен режим, изложеността на дълготраен всекидневен стрес от бедността, безработицата и несигурността за утрешния ден отслабват съпротивителните сили на организма и допринасят за по-тежко протичане на заболяванията. В същото време мнозинството от семействата рядко разполагат с необходимите средства за закупуване на ефикасни медикаменти в случай на усложняване на здравословното състояние на болния. Като резултат много от заболяванията, които при останалото население отминават по-леко, стават хронични за голяма част от жителите на ромските махали.

*„Не се изолират заразболните. В повечето случаи практически няма как да стане – живеят в една стаичка. На улицата ли да изхвърлят здравете, докато болният лежи?... И болестта се разнася. В едно мое семейство с четири деца и четирите се разболяха от заушка. А при тях на гости била и лелята с бебето – и младата майка също се разболя. Така е винаги...“* (Интервю с педиатър, Кюстендил)

*„При нас има разлика. От 5 до 7 пъти повече боледуват ромите и по-често – специално белодробни заболявания, сърдечни, инсулт, инфаркт, диабет, и по-тежко. Като живеят 12 души в една стая, естествено повече боледуват от инфекциозни заболявания. Имат множествени заболявания, късно идват – болестта е по-тежка.“* (Фокус-група с общопрактикуващи лекари, Сливен).

Лекарите подчертават, че повечето от социалните заболявания се срещат по-често при ромите, отколкото при представителите на останалите общности. По данни на Градската фтизиатрична болница в София, 30% от преминалите през нея туберкулозно болни са роми. По данни на

директора и на завеждащ отделение в Специализираната болница за активно лечение на белодробни болести в Сливен, 80% от пациентите на болницата са роми, а 60% от туберкулозно болните - също. В болницата за белодробни заболявания в гр. Пловдив около половината от пациентите са роми или такива, които околното население възприема като цигани. Характерни са оценките на интервюираните от нас специалисти:

*„Поне 80% от пациентите на болницата са роми. Белодробните заболявания, болестите на дихателната система са приоритетно ромско заболяване. Условието на живот са една от причините – бедност, няма какво да ядат... Изложени са на повече вредности – дим, прах, мръсотия, конституционална предизпозиция. Болестите се предават поради голямата пренаселеност... Някои ... се разболяват в затвора... Доскоро лекувахме тук пациенти затворници по няколко месеца. Това е затворен колектив, живеят в малки помещения по много хора, един да е носител – болестта се предава и на другите...”* (Интервю с фтизиолог, Сливен)

*„Интересува Ви белодробната патология колко е разпространена при тях... Трудно е да се каже... Целият начин на живот при тях е по-благоприятен за белодробни патологии. Трябва да се има предвид, че в продължение на десетилетия много от тях работеха в най-тежките, във вредни производства, в производства с повишена запрашеност. Много от тях бяха тъкачи, работеха в текстилни фабрики за обработка на вълна, с висока запрашеност. Това са обременяващи белия дроб условия. Като прибавим и това, че живеят по много хора на едно място, благоприятна среда за предаване на заразите, че профилактиката е слабо застъпена, че малко безотговорно гледат на продължителното лечение и на поддържащото лечение.... С години сме имали трудности.... Не се обличат, от много малки почват да боледуват, голи, боси и постоянно са в детско отделение... Някои живеят в колиба, от стаята направо на улицата, по едни галошета през зимата... Това предразполага към белодробни заболявания... При хроничните бронхити като се прибави и пушенето – това се задълбава и усложнява...”* (Интервю с пулмолог, Самоков).

*„Постоянно боледуват от остри зарази на дихателните пътища – от бебетата до най-възрастните. С увеличаването на възрастта тези заболявания се хронифицират и много често приемат особено тежка форма – ХОББ, което изисква специален режим, без цигари, без запрашеност, инхалатори... А те са бедни, живеят в една стаичка... През месец са в болница... Хипертонията се среща масово, включително при съвсем млади мъже и жени. Не се следи и бързо води до инфаркти, инсулти, други сърдечносъдови заболявания... Предразположени са към по-чести бъбречни инфекции...”* (Интервю с общопрактикуващ лекар, Кюстендил, 22.04.2007г.)

Вирусните хепатити също са сериозен проблем за повечето ромски махали в България. През 2006 г. в Пловдив избухна тежка хепатитна епидемия в кв. „Столипиново“, която се пренесе в по-слаба форма и в другите ромски махали. Лошите битови условия са причина за възникването на епидемии от чревни инфекции през летните месеци. В почти всеки ромски квартал има случаи на ехинококоза и други паразитози. Изключително чести са кожните инфекции, особено микозите (Tomova, Vandova, Tomov, 2000; Търнев, 2002; UNICEF, 2003; UNDP, 2003, Търнев, Грекова, 2007, 2008). Тези наблюдения бяха подкрепени и от интервютата и фокус-групите с лекари, проведени през 2007 г.

*„Социалните заболявания са много по-чести, отколкото в другите квартали – туберкулоза, ХИФ, Хепатит В и С, хепатит, наркомания, спин, венерически болести – всичко това е свързано главно с употребата на хероин. При нас повечето проститутки от чужбина, от Германия, са хероиново зависими... Има по често кучешка тения - ехинокок, всякакви паразитози – свински, говежди, всякакви паразити, които не се срещат при другите, които само в учебниците си виждал... Тази година в началото на есента, когато децата се записват в детски градини, при прегледите открих пет случая на ламбиаза – ламблиен тестинализ, чревен паразит в храносмилателната система... Стомашно-чревните инфекции са почти постоянни.”* (Фокус-група с общопрактикуващи лекари, Столипиново, Пловдив, октомври 2007 г.)

„При нас паразитните болести са много повече. Освен това болестите по децата са много по-често срещани и протичат по-тежко. От една страна те се разпространяват по-лесно, защото особено при „голите“ в една стая живеят по 12-13 деца. После, културата на гледане долу е много ниска. Условиата на живот са ужасни. Масово нямат вода в къщите, канализация или няма, или не функционира. Дизентерията и хепатите са много чести. Имаме много хора болни от хепатит В, който се предава и по наследство. Имаме цели улици – Първа, Седма и др., по които като тръгнеш - масово са носителите на хепатит В. Не сме открили HIV, ма и това ще открием. А остриците – в летните периоди при голите сигурно във всяка къща има... Дистресът е огромен – като живеят по 13 души в една стая...“ (Фокус-група с общопрактикуващи лекари, Сливен, ноември 2007 г.).

„По-често се срещат вирусните заболявания на горните дихателни пътища и заразите на храносмилателната система. Имаме хепатитна епидемия през 2000 г. в махалата – за няколко месеца имахме над 100 случая. От страх да не бъдат хоспитализирани не съобщавах за проблемите и болестта се задържа много дълго. По-често се срещат ехинокози, паразитни заболявания – това е свързано с начина на живот, с хигиената. Понякога майката дори не води детето на преглед, а ми казва „Изпиши нещо за глисти, видях в акото на детето“. Понякога децата не ходят в тоалетна. Ходи там, където му дойде нуждата. Мухите са много – заразите са постоянни.“ (Интервю с ОПЛ – педиатър, Самоков, ноември 2007 г.).

Най-честите хронични заболявания, регистрирани от медицински екипи в ромските махали, са артериалната хипертония, бронхитите и пневмониите, дископатиите и дисковите хернии, бъбречни заболявания, включително пиелонефрит, исхемична болест на сърцето, вирусен хепатит, хроничен бронхит, бронхиална астма, язва на дванадесетопръстника. Много високо разпространение придобива туберкулозата.

„Иначе са много болни... Дори младите са болни. И обикновено идват с едно основно заболяване, а покрай него цял наниз от други здравословни проблеми. Трябва да си фокусник, за да подбереш най-добрите лекарства, с които да атакуваш остро заболяване, да подобриш състоянието на друг орган или система и да не увредиш черния дроб или бъбреците, например... Много е висока заболяемостта от алергична астма и от остри инфекции на дихателните пътища. После тук какъвто и вирус да се появи, изпотръшква мало и голямо. Не могат да изолират болните и заразата се разнася... Сред младите цигани има много нервно-психични заболявания, повече, отколкото при българите... Луднали са! Живеят под огромен стрес! Идват млади жени с неврастении, неврози, хистерии, депресии. А лечението е продължително и упорито. В повечето случаи се отказват, не могат...“ (Интервю с педиатър, Кюстендил, 22.04.2007г.)

„Моето наблюдение е, че има често ранна проява на хипертония. Има много пациенти, които не си следят състоянието, идват късно при специалист, когато заболяването се е развило и е в по-тежка форма... Ако има някаква специфика, тя е по-скоро свързана с по-тежкото протичане на заболяванията при бедни хора с ниско образование...“ (Интервю с кардиолог, Сливен, октомври 2007г.)

„Децата по-често боледуват от бронхиална астма. Вероятно една от причините е в по-честия им контакт с алергени – кучета, котки, мухъл... При жените на 18-34 г. по-често има анемия. Мисля, че е свързано с честите раждания и недохранването... От 34 до 65 г. възраст хипертонията е масова. Имам няколко инсулта от нелекувана хипертония. Нямат пари и когато не страдат физически, ако няма силна болка не купуват лекарствата... По-често от българите имат проблеми с щитовидната жлеза, особено при жените... Спряха да дават безплатни таблетки йод на децата, пък сме и ендемичен район... По-често боледуват от пневмонии – отново поради нелекуване на по-ранен етап от заболяването, липса на пари, недохранване и общо изтощаване на организма...“ (Интервю с педиатър, Кюстендил, 24.04.2007г.)

Като болести, които най-често стават причина за смъртта при ромите, лекарите, обслужващи техните махали, посочват инфаркта, инсулта, онкологичните и инфекциозните заболявания. Много често причина за смъртта са различни инциденти – в около 15% от случаите. Много висока е детската и преждевременната смъртност. По-малко от 20% от случаите на смърт при ромите са при лица над 60 години (ФАКТ-Маркетинг 2003, Търнев 2001, 2002, UNICEF, 2003, UNDP, 2003, Търнев, Грекова, 2007). Ранната смъртност при ромите се констатира както от статистиците, така и от всички лекари, които ги обслужват.

### 4.3. Инвалидност и хронични болести

По данни от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”*, 12.6% от цялото ромско население, включително децата, е инвалидизирано или страда от тежко хронично заболяване. Тези данни изглеждат занижени, когато ги сравняваме с резултати от други изследвания. Най-вероятно разликите се дължат на прилаганата методика. Когато в екипа участват лекари, които на място преглеждат лицата с оплаквания или тези, които имат видими симптоми за тежко заболяване или инвалидност, оценката на инвалидността в групата скача. В настоящото изследване са регистрирани само случаите на инвалидност и тежко хронично заболяване, диагностицирани от ТЕЛК или лекар, при който лицето е диспансеризирано. Представените в този раздел данни се отнасят за всички членове на домакинствата, попаднали в изследването (3 947 души).

**Таблица 4.7.** Разпределение на населението с инвалидност или хронично заболяване по пол и възрастови групи (в %)

	Мъже	Жени	Двата пола
<b>Общо</b>	<b>11,6</b>	<b>13,6</b>	<b>12,6</b>
0 to 4	3,8	7,9	5,5
5 to 9	4,7	6,2	5,4
10 to 15	3,9	1,8	2,9
16 to 29	5,4	5,0	5,2
30 to 44	8,9	11,8	10,4
45 to 64	33,9	39,4	36,4
65 and older	61,7	75,0	69,2
<b>База (брой)</b>	<b>(1.998)</b>	<b>(1.949)</b>	<b>(3.947)</b>

Ясно се забелязва зависимостта на тежките хронични заболявания и инвалидността от възрастта и пола на респондентите. Специфична особеност при ромите е много ранното настъпване на инвалидизация и масовото хронифициране на заболяванията още в средна възраст. Една трета от мъжете и две пети от жените на възраст 45 – 60 години вече са загубили част или изцяло работоспособността си поради лошо здравословно състояние. Делът на лицата с диагностицирани хронични заболявания или инвалидност при най-възрастните (лицата над 65 години) нараства на 70% - три пети при мъжете и три четвърти при жените.

Изследването демонстрира неравното разпределение на диагностицирането на инвалидността и хроничните заболявания в зависимост от големината на населеното място, интегрираността на квартала, типа жилище и наличието или отсъствието на здравна осигуровка. Някои от тези индикатори прикриват други значими фактори – материална осигуреност, образование, достъп до квалифицирана медицинска помощ. Въпреки че коефициентите на зависимост не са много високи, разликите в отговорите заслужават интерпретация.



**Таблица 4.8.** Разпределение на населението с инвалидност или хронично заболяване по различни променливи (в %)

	Процент от населението		Процент от населението
<b>Всичко</b>	<b>12,6</b>		
<b>Размер на селището</b>		<b>Жилище</b>	
До 5000 жители	15,2	Стандартен апартамент или къща	11,7
От 50001 до 100000	9,2	Паянтово жилище	15,2
От 100001 до 250000	8,2	Жилище от подръчни материали	11,4
Над 250000	10,4	<b>Здравна осигуреност</b>	
<b>Квартал</b>		Здравно-осигурен	13,0
Интегриран, добри условия	16,1	Без здравни осигуровки	11,9
Интегриран, лоши условия	12,7		
Изолиран, добри условия	11,8		
Изолиран, лоши условия	10,4		

Жителите на селата, които имат сравнително най-затруднен достъп до медицински услуги, имат най-висок дял лица с тежко хронично заболяване и/или инвалиди. В София има най-много специализирани болници. Тук заседават най-много лекарски комисии, които издават решение за инвалидност. Делът на дългосрочно безработните и на изпадналите в ужасна мизерия роми е най-нисък. Образователното равнище на ромите е малко по-високо от средните за общността стойности. Това са фактори, които улесняват достъпа до медицински услуги и особено до тези от тях, свързани с бюрократичните процедури по издаването на решение на ТЕЛК за инвалидност. Затова София показва по-високи стойности при лицата, които са успели да си извадят документ за инвалидност, но по-ниски стойности на хронично болните лица.

Лошите жилищни условия в паянтовите жилища предопределят по-висока заболяемост, предполагат по-голяма бедност и затова естествено водят до повече хронични заболявания. По-ниският дял на лицата, които са освидетелствани като инвалиди или хронично болни, обитаващи мизерни жилища от подръчни материали, се обяснява с ограничаването на достъпа им до медицински услуги поради бедността им. Именно затова и делът на здравно-неосигурените, които са освидетелствани като инвалиди или хронично болни, е по-нисък от този на здравно-осигурените.

По данни на GGS от 2007 г., съществува зависимост между етноса и хроничните заболявания във високите възрастови групи – над 45 г. Още в групата на икономически активните лица – 45-60 годишните – три пети от ромите, срещу две пети от българите, страдат от различни хронични заболявания, а една трета от ромите срещу една десета от българите имат различна степен на инвалидност или поне характеризират състоянието си, като „затруднения при извършването на обичайните дейности“. В табл. 4.9. привеждам данните за дела на лицата от големите етнически общности с дългогодишно или хронично заболяване и на тези с ограничения при извършването на обичайните дейности в личния си живот поради здравни проблеми и инвалидност. Трябва да се има предвид, че по данни от същото изследване, ромите са групата с най-голяма продължителност на хроничните страдания ( $V = 0.171$ ).

Таблица 4.9.

Дял на лицата, които имат някакво дългогодишно или хронично заболяване (%)			
възраст	българи	турци	роми
45 – 60 г.	42.0	45.0	59.4
61 +	62.4	58.5	78.4
Дял на лицата, които имат ограничения при извършването на обичайните дейности поради здравни проблеми или инвалидност (%)			
възраст	българи	турци	роми
45 – 60 г.	10.2	11.4	31.3
61 +	22.6	26.2	24.3

Източник: GGS 2007

По данни от проведеното от ФАКТ-Маркетинг изследване на здравния статус и проблемите на медицинското обслужване в ромската общност по програма PHARE през 2003 г., в което работеха екипи от лекари, които сами диагностицираха хроничните заболявания и инвалидността, без да са в състояние да издадат необходимия документ на лицата, които са инвалиди, се оказа, че скритата инвалидизация в общността е изключително висока. По тяхна преценка, в една четвърт от ромските домакинства има човек с някаква степен на инвалидизация. При преброяванията, когато се събират данни за разпространението на инвалидността в различните етнически общности, картината изглежда много по-различно, защото като инвалиди се отчитат само тези, които имат свидетелство от ТЕЛК за степен на инвалидност. По-ниско образованите и бедни роми, особено когато живеят в селата или малки селища, срещат големи трудности да удостоверят инвалидността си или тази на своите близки.

В работата по изследвания на здравна тематика сме установявали доста случаи на лица, които са болни от тежко заболяване, в резултат на което са загубили голяма част от работоспособността си, но не са извадили документ от ТЕЛК. Повече количествени данни имаме за гр. Кюстендил, където през 2007 г. бе проведено представително изследване за здравния статус на ромите. Оказа се, че три четвърти от ромите, преживели инфаркт или инсулт, декларирали, че имат някакъв тумор или рак, болни от ХОББ, от тежки сърдечносъдови заболявания, диабет или цироза на черния дроб (общо 65 души от 88 с много тежки заболявания), не са декларирали, че имат свидетелство за инвалидност. Дори ако приемем, че някои от тях просто са пропуснали да отбележат тази „подробност“, за която са питани поне два пъти по време на анкетата, обезпокоително е, че преобладаващата част от най-тежко болните роми не са освидетелствани от ТЕЛК. По този начин те на практика са лишени от социалните помощи – финансови средства и помощни материали, които държавата определя като дължащи се на лицата, неспособни по здравословни причини да се грижат за своята издръжка и тази на семейството си и принудени да дават голяма част от ежемесечните си доходи за лекарства. Този тревожен факт подкрепя основателността на оплакванията на много роми, че не получават съдействие за изваждане на документи за ТЕЛК и отново илюстрира старото наблюдение, че най-уязвимите групи често са лишени от социалните помощи и услуги, които им се полагат по закон.

Трудностите при получаване на медицинско удостоверение за инвалидност са много и от различен характер. Много сериозен проблем е, че болните трябва да извършат огромно количество изследвания, значителна част от които не се покриват от Здравната каса, а са скъпи. В случаите, когато трябва да се направят от бедни хора с постоянни високи разходи за животоподдържащи лекарства, тази пречка се оказва критична. Друг проблем е свързан с административната уредба и бюрокрацията на медицинските услуги, което затруднява особено много по-нискограмотните хора и отново – бедните лица. Трети проблем е, че на много места районните лекарски комисии са закрити и болните трябва да търсят услугите на ТЕЛК в София или друг далечен град.



Понякога лекари споделят с тревога, че невинаги ромските родители са в състояние да положат необходимите усилия и да вземат мерките специфичното заболяване на детето да не доведе до инвалидност.

*„Забелязвам, че сред някои мои пациентки се спекулира с вродени аномалии при децата. Имам няколко такива пациентки. Ето, едната – детенцето имаше специфично заболяване, едно изкривяване на крачката, което може да се коригира с операция. Аз ѝ обясних какво трябва да се направи, дадох направления, но тя така и не отиде. Каза ми, че ще кандидатства за семеен асистент на дете инвалид и го телкира. Така получава помощи за детето – инвалид, получава помощи от евангелската църква, сега ще получава и заплата... Тя е от много затруднено семейство. Мъжът ѝ беше неколкостранно в затвора. Има четири деца, включително това детенце, и сега е бременна с пето. Не е регистрирана и не е здравноосигурена, не получава болнични... Аз я преглеждам безплатно, защото тя твърди, че няма пари. Аз ѝ казах, че свободният преглед на неосигурените при мене е 3.00 лв., това е минимална сума, защото трябва да има разлика между осигурения, който плаща 1.80 лв. такса за преглед, и неосигурения, за да има стимул да се осигуряваш. После, обясних ѝ, че трябва да ѝ направя изследвания, защото е бременна, но те ще бъдат безплатни само ако си внесе вноските в Здравната каса. Казах ѝ, че трябва да се осигури и за да може да роди безплатно в болница. После, тя вече има дете с вътрешноутробни аномалии, трябва да е под непрекъснато медицинско наблюдение и за себе си, и за плода. Но тя заявява, че няма пари, че не може да плати осигуровките, че не може да си плати прегледа и единственото, което мога да направя за нея, е да продължа да я преглеждам безплатно, защото не мога да понасям скандали. Но не мога да ѝ дам направления за изследвания, това не зависи от мен...” (Интервю с педиатър, гр. Самоков).*

Най-често причината за това, да се остави едно лечимо заболяване да доведе до инвалидност, се дължи на бедността, както е в случая, разказан от респондентката ни. Но и друг път сме наблюдавали, че сред най-бедните понякога се приема като естествена стратегия оцеляването на семейството за сметка на болните му членове. През 90-те години в отделни махали наблюдавахме колко търсени на брачния пазар станаха инвалидите и лицата с наследствени тежки заболявания, които водят до инвалидност (напр. епилепсия), с очакването, че ще се осигури поне още един сигурен източник на доходи в семейството (Томова 1995, 1999). Такова поведение се наблюдава навсякъде в света в бедните страни сред най-маргинализираните общности. Обезпокоително е, че в една страна, членка на Европейския съюз, все още не са премахнати условията за възпроизвеждане на подобни стратегии за оцеляване.

Специфичен проблем за някои ендогамни ромски субгрупи са наследствените заболявания. По данни на д-р Търнев, 60% от браковете при тракийските калайджии, 45% при калдарашите и 28% при копанарите са кръвнородствени. Ендогамията и инбридингът, характерни най-вече за субгрупите, принадлежащи към влашките групи роми, водят до прояви на различни наследствени заболявания. Така сред калдарашките и копанарските фамилии има натрупване на невропатии, наследствен ангиоедем, галактокиназен дефицит, а сред тракийските калайджии – на епилепсия. (Търнев 2001, Търнев 2002). По време на изследването на ромите в 16 населени места през 2006 г. той определя, че в 1.9% от домакинствата има наследствени заболявания (Търнев, Грекова, 2007). В същото време много от другите лекари-специалисти, с които проведохме интервюта, говорят за „конституционална предизпозиция“ или „наследствена предразположеност“ за различни заболявания при свои пациенти.

## 5. Злополуки

Лекарите, които работят в ромските квартали твърдят, че ромите стават жертви на злополуки по-често от останалото население. Според тях това наблюдение има своите обяснения:

- Делът на децата и младежите в ромската общност е много по-голям, а рисковото поведение, което често води до травми, е характерно за юношеската и младежката възраст;
- Повече малки деца са оставяни на грижите на по-големите си сестри, което увеличава риска от леки наранявания, изгаряния и поглъщане на вредни вещества или лекарства;
- Ромските мъже и младежи често се включват в изпълнението на дейности, свързани с тежък физически труд, където по-често се случват трудови злополуки. В същото време те са наемани по-често на работа в сивия сектор, където контролът върху охраната на труда е занижен, а трудовите злополуки са повече;
- Ромите по-често стават жертви на тормоз и физическо насилие в резултат на расова омраза;
- Агресивното поведение на момчетата и мъжете се толерира, а резултат от това са повече кървави инциденти в бита, на улицата, в училище и на работното място.

Не разполагаме с данни за злополуки и жертви на злополуки, дезагрегирани по етнически признак за цялото население, и затова не можем да докажем валидността на тези твърдения, но те изглеждат правдоподобни и убедителни. Данните от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* косвено подкрепят констатациите на лекарите. По-често жертва на произшествия стават децата, а те съставляват една трета от ромското население. При възрастните най-уязвима е групата на лицата над 60 години. При ромите делът на старите хора, при които всяко подхлъзване може да доведе до тежка травма, е много нисък, но въпреки това травмите в групата на лицата над 45 години са сравнително най-честите. Вероятно част от злополуките при лицата над 45 години са свързани с рискове на професията, които нарастват поради влошено здраве и нездравословен начин на живот.

**Таблица 5.1.** Разпределение на населението, претърпяло злополука през последните 12 месеца по пол и възрастови групи

	Злополуки през последните 12 месеца	Без злополуки през последните 12 месеца	Всичко	База (брой)
<b>ОБЩО</b>	<b>12,2</b>	<b>87,8</b>	<b>100</b>	<b>(814)</b>
<b>Децата и възрастни</b>				
Децата	14,7	85,3	100	(266)
Възрастни	10,9	89,1	100	(548)
<b>Пол</b>				
Мъже	11,6	88,4	100	(439)
Жени	12,8	87,2	100	(375)
<b>Възрастови групи</b>				
0 - 9	9,0	91,0	100	(144)
10 - 15	21,3	78,7	100	(122)
16 - 29	10,6	89,4	100	(198)
30 - 44	10,5	89,5	100	(181)
Над 45 год.	11,8	88,2	100	(169)

Първото, което прави впечатление, е, че делът на лицата, заявили, че са претърпели злополука през последните 12 месеца преди интервюирането, не е никак нисък – 12.2% от всички анкетиращи. Но във възрастовата група на поотрасналите деца (10 – 15 год.) злополуките скачат двойно – пострадалите при нещастни обстоятелства са 21.3%. Много силно впечатление прави констатацията, че жените по-често стават жертви на злополуки. Това е косвен индикатор за разпространението на домашното насилие в групата.

**Таблица 5.2.** Разпределение на населението, пострадало от злополука през последните 12 месеца по място, където се е случил инцидентът

	В къщи, на стълбите, във входа	Навън, транспортна злополука	Навън, не транспортна злополука	На работа/ в училище	На друго място	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>37,4</b>	<b>18,2</b>	<b>27,3</b>	<b>8,1</b>	<b>9,1</b>	<b>100</b>	(99)
<b>Деца и възрастни</b>							
Деца	38,5	7,7	33,3	17,9	2,6	100	(39)
Възрастни	36,7	25,0	23,3	1,7	13,3	100	(60)
<b>Пол</b>							
Мъже	19,6	17,6	37,3	9,8	15,7	100	(51)
Жени	56,3	18,8	16,7	6,3	2,1	100	(48)

Най-често нещастните случаи, при които ромите са пострадали, са се случили в собствения им дом. Почти три пети от произшествията при жените са се случили у дома; две пети от злополуките при децата - също. Най-вероятно в преобладаващата част от случаите те са станали жертви на домашно насилие. Множество изследвания показват, че физическото насилие е основно средство, използвано от мъжете в ромските домакинства за налагане на властта си. Боят и физическото насилие се възприемат като рутинна възпитателна мярка по отношение на децата в повечето консервативни патриархални общности, при ромите също. В българското общество едва през последните години започва да се формира негативно обществено мнение и по-засилена нетърпимост спрямо домашното насилие, но в затворените маргинализирани патерналистични общности то ще се запазва по-дълго.

Стилът на взаимоотношенията между съпрузите и между родители и деца, както и трудностите на всекидневния живот, често пораждаат конфликти в семействата. Масовата безработица и бедността оказват опустошително влияние върху брачните взаимоотношения. В началото на посткомунистическия период, когато десетки хиляди турци и българи-мюсюлмани останаха без работа, много мъже от тези общности започнаха да търсят утеха в алкохола и домашното насилие рязко се увеличи. В този период сериозно нарасна броят на самоубийствата сред жените в двете общности. Много семейства потърсиха изход в напускането на селището, в което вече не можеха да намерят препитание. Трудовата емиграция стана норма при турците и така бяха съхранени хиляди бракове. Ромите също често признават, че безработицата, безпаричието и бедността са довели до рязко увеличение на домашното насилие и до дестабилизацията на семействата на младите. Хиляди млади жени, изоставени от мъжете си, бяха принудени да проституират, за да издържат децата си и да подпомогнат оцеляването на семействата на родителите и братята си, при които се бяха приютили. Едва след 2002 г. трудовата емиграция при ромите стана по-масова, което доведе до намаляване на бедността в значителна част от ромските домакинства и спомогна за съхраняването на много семейства.

Изследването на поколенията и половете от 2007 г. показва, че е налице видима разлика в интензивността и формата на проява на семейните конфликти в големите етнически общности.

**Таблица 5.3.** През последната година колко често имахте несъгласия със съпруга/та си по следните въпроси: (в %)

Честота	Почти никога			Понякога		
	Бълг.	Турци	Роми	Бълг.	Турци	Роми
Домакинската работа	57.8	72.1	46.6	40.7	27.1	49.4
Парите	48.3	53.3	28.3	46.1	39.0	50.0
Прекарване на свободното време	63.8	71.6	58.7	34.5	27.4	38.5
Сексуалният живот	76.5	80.0	65.2	22.6	19.7	33.5
Отношения с приятелите	69.2	75.3	58.1	29.6	24.0	39.1
Отношения с родители	73.2	78.2	60.2	25.1	21.0	37.6
Възпитание на децата	65.6	68.2	50.5	32.7	30.5	47.2
Дали да имате (друго) дете	91.0	90.6	80.9	8.3	9.0	18.1
Употреба на алкохол	77.1	78.3	52.1	22.4	19.7	43.6

Източник: GGS 2007

Недостигът на пари и начинът на изразходването им е най-честият и най-масов повод за конфликти и при трите общности, като се проявява най-често при ромите – най-уязвимата група. Интересно е, че турците, които са по-бедна група от българите, по-рядко имат конфликти, свързани с безпаричието. Може би това се дължи на по-честото отсъствие на мъжете от дома, тъй като мнозинството от тях работят в големите градове или извън страната. Най-рядко избухват скандали за пари в групата на най-младото поколение. Но и при най-младите етничността се оказва значим фактор за честотата на конфликтите ( $V = 0.191$ ). Парите не са повод за скандали при две трети от младите турци, над половината от младите българи и едва една трета от младите роми. При българите и турците обстоятелствата са по-благоприятни, защото става дума за първите години на брачния живот, когато в много от семействата още няма деца, а и родителите често помагат, за да укрепне младото семейство. При ромите, обаче, връзката най-често е многогодишна, родени са повечето или всички деца, за гледането на които са нужни много пари, а над половината от родителите никога не са имали постоянна работа дори за половин година. Доходите в мнозинството от младите ромски семейства са нередовни и недостатъчни.

Междугруповите различия са по-силни при конфликтите, възникнали по повод на употребата на алкохол и отношенията с приятелите. Отново най-уязвимата група е ромската, като скандалите твърде често са свързани с проблемите, които възникват след като парите, необходими за храна и лекарства, се дадат от мъжете за почерпки с алкохол с приятели. Отношенията с родителите също водят до по-чести конфликти в ромските семейства, защото в тях е по-често съжителството с родителите и в по-голяма степен са съхранени традиционните отношения между свекърва и снаха, при които свекървата разпределя и контролира изпълнението на задачите от снахата и изисква съпругът ѝ да я наказва, ако не спазва стриктно инструкциите ѝ.

Културата на разрешаване на възникналите конфликти зависи от етничността, както и от възрастта на респондентите. Колкото по-традиционни са отношенията в дадена етническа общност, толкова по-често конфликтите се решават с насилие – физическо или вербално. Най-често това се случва в ромските домакинства.

**Табл. 5.4.** Колко често при всеки от изброените проблеми постъпвате по някой от посочените по-долу начини?

честота	рядко/поякога			(много) често		
	Бълг.	Турци	Роми	Бълг.	Турци	Роми
Запазвам мнението за себе си	70.5	70.7	78.3	13.7	17.6	12.3
Обсъждаме спокойно възникналия проблем	33.4	47.3	53.2	65.0	49.8	45.1
Спорим разгорещено или викаме	57.9	61.5	67.7	5.6	8.6	18.4
<b>Кавгата стига до бой</b>	<b>4.2</b>	<b>17.1</b>	<b>26.4</b>	<b>05.</b>	<b>0.9</b>	<b>2.6</b>

Физическото и вербалното насилие най-рядко се прилагат в групите на най-старите респонденти. Фактически, нито един от респондентите на 61 и повече години не е посочил опцията „стигаме до бой“.

При изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* са констатирани сериозни различия по пол и при лицата, пострадали при инциденти извън дома, но не при катастрофа. При такива обстоятелства са пострадали над една четвърт от респондентите, но при мъжете това се случва 2.2 пъти по-често, отколкото при жените. Поради по-високата заетост при мъжете, при тях по-често се случват инциденти на работното място. Вероятно мъжете стават по-често жертви на пиянски скандали, на сбивания на улицата, на нападения от хулигани с расистки подбуди.

Възрастта е много значим фактор при злополуките. По-подробна разбивка на данните от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* за пострадалите при произшествия по възрастови групи е представена в табл. 5.5.

**Таблица 5.5.** Разпределение на населението, пострадало от злополука през последните 12 месеца по място, където се е случил инцидентът и по възрастови групи

	В къщи, на стълбите, във входа	Навън, транспортна злополука	Навън, не транспортна злополука	В училище в детската градина	На друго място	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>37,4</b>	<b>18,2</b>	<b>27,3</b>	<b>8,1</b>	<b>9,1</b>	<b>100</b>	<b>(99)</b>
0 - 9	53,8	7,7	23,1	7,7	7,7	100	(13)
10 - 15	30,8	7,7	38,5	23,1	0,0	100	(26)
16 - 29	28,6	14,3	33,3	4,8	19,0	100	(21)
30 - 44	21,1	42,1	21,1	0,0	15,8	100	(19)
Над 45 год.	60,0	20,0	15,0	0,0	5,0	100	(20)

Най-голяма разлика по възраст наблюдаваме при катастрофите. Възрастните роми са ставали жертва на пътно-транспортни произшествия 3.3 пъти по-често, отколкото децата (25% срещу 7.7%). Най-често са претърпявали катастрофи лицата на възраст 30 – 44 години. Най-малките, децата от 0 до 9 години, най-често са се наранявали или са били наранявани у дома. Там са пострадали 54% от най-малките. Децата на 10-15 годишна възраст са групата, която най-често претърпява произшествия на улицата, без това да е транспортна катастрофа, и в училище. На тази възраст особено голямо значение придобива възприемането от връстниците и налагането в пиър-групите. При момчетата усвояването на мъжкия модел на поведение често води до повече агресия в отношенията. Близо две пети от ромските деца в тази възраст са пострадали при инцидент на улицата, а една четвърт – в училище. Данните са близки до тези, които имаме за цялото българско население на тази възраст.

По данни от международното сравнително изследване *“Поведение и здраве при деца в училищна възраст”* най-често в сбивания участват децата от V (17.9%) и VII клас (16.1%) – 11-14 годишните. По този показател България се класира на 11-то - 12-то място от 40 страни, взели участие в изследването. При тези произшествия активните действащи лица са главно момчета. Момчетата преобладават значително и сред жертвите на сбиванията и при спортуване. При такива инциденти са пострадали 31.1% от учениците на възраст 11-13 г., взели участие в изследването. Те по-често са жертва на инцидентен и системен тормоз в училище, а България отново е на 11-то място в срамната класация за тормоз в училище при децата от пети и седми клас (Василева и др. 2009). Данните не са дезагрегирани по етнически признак, но информацията от други изследвания сочи, че ромите в интегрираните училища по-често са жертви на тормоз и затова по-често участват в сбивания в училище. Вероятно това е и една от причините за ранно напускане на образователната система от ромите в страната.

Изследването "Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа" предоставя информация за видовете травми, претърпени по време на злополуките.

**Таблица 5.6.** Разпределение на децата, пострадали от злополука през последните 12 месеца по вида наранявания и травми, получени при последния инцидент по пол и възраст

	Контузии, синини, по-върхностни рани и порязвания	Фрактури и дълбоки порязвания	Отравяне и интоксика-ция	Изгаряния	Други травми	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>51,3</b>	<b>20,5</b>	<b>2,6</b>	<b>23,1</b>	<b>10,3</b>	<b>(39)</b>
<b>Възраст</b>						
0 - 9	38,5	7,7	0,0	46,2	15,4	(13)
10 - 15	57,7	26,9	3,8	11,5	7,7	(26)
<b>Пол</b>						
Мъже	50,0	27,3	0,0	22,7	9,1	(22)
Жени	52,9	11,8	5,9	23,5	11,8	(17)

При децата най-често се срещат контузии, синини, повърхностни наранявания на кожата или порязвания. Чести са произшествията, довели до различни изгаряния. Вероятно това е свързано с факта, че повечето ромски домакинства се отопляват с печки с твърдо гориво или нафта, които развиват много високи температури. Една четвърт от децата, претърпели злополука, са получили изгаряния, а делът им е съсредоточен в най-ниската възрастова група – на децата до 9 год. Счупванията или дълбоките порязвания са два и половина по-чести при момчетата, отколкото при момичетата и са съсредоточени в групата на децата от 10 до 15 години.



## 6. Здравни ограничения, осуетяващи активността

По данни на изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”*, през последните две седмици преди провеждане на интервютата 28% от респондентите са страдали от някакво неразположение, настинка, вирусно или друг вид заболяване, което е довело до невъзможност да изпълняват всекидневните си дейности. Това е висока стойност, която отново доказва по-голямата заболяемост сред ромската общност. Най-големите концентрации на този тип заболявания са при най-малките деца (при 38.2% от децата на възраст 0-9 год.) и при най-възрастните – лицата над 45 год. – 39.6%. Поради свръхпредставеността на жените сред по-възрастното и старото ромско население, общата заболяемост на жените е малко по-висока – били са болни или неразположени една трета от жените в извадката срещу една четвърт от мъжете.

**Таблица 6.1.** Разпределение на ромите с намалена активност през последните две седмици, дължаща се на болестни симптоми, по пол и възрастови групи (в %)

	Намалена активност през последните две седмици	Без намалена активност през последните две седмици	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>27,6</b>	<b>72,4</b>	<b>100</b>	<b>(814)</b>
<b>Деца и възрастни</b>				
Интервюирани деца	27,1	72,9	100	(266)
Интервюирани възрастни	27,9	72,1	100	(548)
<b>Пол</b>				
Мъже	24,8	75,2	100	(439)
Жени	30,9	69,1	100	(375)
<b>Възрастови групи</b>				
0 - 9	38,2	61,8	100	(144)
10 - 15	13,9	86,1	100	(122)
16 - 29	22,7	77,3	100	(198)
30 - 44	22,7	77,3	100	(181)
Над 45 год.	39,6	60,4	100	(169)

Най-висок е делът на лицата, страдащи от някакъв болестен симптом през последните две седмици, които живеят в паянтови къщи – 36%, и в жилища от подръчни материали – 32.4%. Това е обяснимо. Изследването се проведе през ноември – декември, когато нарастват респираторните и вирусните заболявания. Обитателите на лоши жилища са по-бедни, домакинствата им са по-многолюдни и заразите лесно се предават от човек на човек. По-трудно ми е да обясня защо в столицата и в най-големите градове има най-висока концентрация на хора с болестни симптоми – 43%, в сравнение с 30.5% в градовете с население от 100 000 до 250 000 души, 18.6% в градовете под 100 000 души и 24.7% в селата. Вероятно една от причините е във вирусната патология в различните селища. Другата е свързана с разпространението на вирусите при пътуване в градския транспорт. В селата и в малките градове разстоянията не са големи и контактите с вирусносители намаляват. В София е почти невъзможно да не се ползва публичен (или частен) транспорт при повечето излизания.



Не се наблюдава разлика в заболяемостта през двете седмици преди изследването в зависимост от типа квартал – интегриран или изолиран, или в зависимост от това дали лицето има здравна осигуровка или не. И в двата типа квартали – изолирани или интегрирани, болестните симптоми са се проявили по-често при лицата с лошо здравословно състояние и при тези, живеещи при лоши хигиенни условия. Това е разбираемо. Вирусите поразяват първо хората с намалена имунна система. Болните от артрит, дископатии, дискови хернии и други подобни заболявания имат повече оплаквания при влошаване на времето и при смяната на сезоните.

Болестните симптоми, от които са страдали интервюираните, са представени в табл. 6.2.

**Таблица 6.2.** Разпределение на ромите с намалена активност през последните две седмици, дължаща се на болестни симптоми, по типове симптоми (в %)

	Деца	Възрастни	Мъже	Жени	Общо
Болки в костите, ставите или гръбначния стълб	5,6	47,7	34,9	33,6	34,2
Нервност, депресия или проблеми със съня	6,9	18,3	11,9	17,2	14,7
Проблеми с гърлото, кашлица, настинка или грип	72,2	28,1	45,0	39,7	42,2
Главоболие	19,4	41,8	33,0	36,2	34,7
Контузия, порязване или охлузване	5,6	7,2	7,3	6,0	6,7
Болки в ушите	25,0	1,3	10,1	7,8	8,9
Диария или чревни проблеми	5,6	2,0	1,8	4,3	3,1
Обрив, сърбежи, алергия	4,2	3,3	4,6	2,6	3,6
Болки в бъбреците или при уриниране	0,0	9,2	5,5	6,9	6,2
Стомашни, храносмилателни, чернодробни проблеми или проблеми на жлъчния мехур	1,4	6,5	4,6	5,2	4,9
Висока температура, треска	52,8	11,8	27,5	22,4	24,9
Проблеми със зъбите или венците	5,6	2,0	4,6	1,7	4,3
Недостиг на въздух, затруднения в дишането	-	16,3	11,0	11,2	11,1
Умора без видима причина (само възрастни)	-	27,5	12,8	24,1	18,7
Болки в корема, колики (само деца)	22,2	-	20,2	12,9	16,4
Други болки или симптоми	41,7	40,5	41,3	40,5	40,9
<b>База (брой)</b>	<b>(72)</b>	<b>(153)</b>	<b>(109)</b>	<b>(116)</b>	<b>(225)</b>

Най-честите болестни симптоми, от които са страдали децата, са свързани с банални простудни и вирусни заболявания, най-вече с възпаления на горните дихателни пътища (три четвърти от децата са имали такива симптоми). Повишаване на температурата е вторият по честота обезпокоителен симптом, тясно свързан с горния. Посочен е от над половината неразположени деца. Една четвърт са имали болки в ушите, една пета – главоболие.

При възрастните болестните симптоми са повече и са индикации за много повече заболявания: сърдечно-съдови, заболявания на опорната система, на отделителната система, на нервната система, вирусни заболявания и др. Най-честите оплаквания са свързани с болки в костите, ставите или гръбначния стълб – при близо половината от лицата с неразположения. Над две пети са се оплаквали от силно главоболие. По 28% са описали състоянието си като умора без видима причина или като настинка, кашлица, болки в гърлото. Една пета са страдали от нервност, депресия или проблеми със съня. Една шеста са посочили недостиг на въздух и затруднения в дишането. Една девета са имали повишена температура, една десета – проблеми с бъбреците.

По данни от изследването, жените по-често са страдали от симптоми, разкриващи заболявания на нервната система, отделителната система, сърдечно-съдовата система, храносмилателната система. Мъжете по често са декларирали симптоми, свързани със заболявания на костно-опорната система. Те по-често са получавали сериозни травми, свързани със злополуки.

Възрастта е значим фактор и при определяне на типовете най-разпространени заболявания. Влиянието ѝ върху болестните симптоми на лицата, които са имали оплаквания непосредствено преди изследването, може да се проследи при табл. 6.3.

**Таблица 6.3.** Разпределение на ромите с намалена активност през последните две седмици, дължаща се на болестни симптоми, по типове симптоми и възрастови групи (в %)

Типове симптоми	0 - 9	10 - 15	16 - 29	30 - 44	Над 45	Общо
Болки в костите, ставите или гръбначния стълб	3,6	11,8	26,7	48,8	61,2	34,2
Нервност, депресия или проблеми със съня	7,3	5,9	20,0	22,0	14,9	14,7
Проблеми с гърлото, кашлица, настинка или грип	78,2	52,9	35,6	31,7	20,9	42,2
Главоболие	20,0	17,6	44,4	39,0	41,8	34,7
Контузия, порязване или охлузване	5,5	5,9	11,1	9,8	3,0	6,7
Болки в ушите	27,3	17,6	2,2	0,0	1,5	8,9
Диария или чревни проблеми	7,3	0,0	2,2	2,4	1,5	3,1
Обрив, сърбежи, алергия	5,5	0,0	4,4	2,4	3,0	3,6
Болки в бъбреците или при уриниране	0,0	0,0	6,7	2,4	14,9	6,2
Стомашни, храносмилателни, чернодробни проблеми или проблеми на жлъчния мехур	1,8	0,0	8,9	7,3	4,5	4,9
Висока температура, треска	60,0	29,4	13,3	9,8	11,9	24,9
Проблеми със зъбите или венците	5,5	5,9	2,2	2,4	1,5	4,3
Недостиг на въздух, затруднения в дишането	0,0	0,0	8,9	17,1	20,9	11,1
Умора без видима причина (само възрастни)	0,0	0,0	28,9	29,3	25,4	18,7
Болки в корема, колики (само деца)	21,8	23,5	6,7	14,6	17,9	16,4
Други болки или симптоми	45,5	29,4	35,6	36,6	46,3	40,9
<b>База (брой)</b>	<b>(55)</b>	<b>(17)</b>	<b>(45)</b>	<b>(41)</b>	<b>(67)</b>	<b>(225)</b>

Четири пети от най-малките деца, които са били неразположени непосредствено преди интервюирането, са страдали от остри вирусни инфекции, довели до възпаления на горните дихателни пътища. При три пети от тях болките в гърлото и хремата са били съпроводени с висока температура. При 27.3% от болните се е възпалило и ухото. Една пета са имали главоболие. Много майки са били обезпокоени от силните колики на бебетата си – над една пета от оплакванията, свързани с неразположение на децата на възраст от 0 до 9 г. се дължат на силни колики. Обострили са се алергичните прояви при 5.5% от най-малките деца. Още толкова са пострадали при някакъв инцидент.

Най-малък е броят на болните и неразположените в групата на 10-15 годишните деца – над 3 пъти по-малък от този в предишната възрастова група. И при тях най-чести са симптомите, свързани с простудни и вирусни заболявания, засегнали горните дихателни пътища и довели до възпаление на ушите. Менструални болки са причинили неразположението при част от момичетата. При малка част има симптоми на начални проблеми на нервната система.

Сравнително добро е било здравното състояние на младите възрастни – на практика – на лицата от 16 до 44 годишна възраст. Но въпреки ранната възраст, вече започват сериозните прояви на симптомите на заболяванията на сърдечно-съдовата система, на костно-опорната система, на нервната система, на храносмилателната система, на отделителната система. Нарастват травмите и контузиите при инциденти и злополуки. Една трета са имали възпаления на горните дихателни пътища или парагрипни състояния.

При лицата над 45 години скача броят на неразположените и болните, както и разнообразието и множествеността на болестните симптоми. Три пети от неразположените са се оплакали от симптоми, които могат да бъдат приети като индикация за заболяване на опорно-двигателната система. Рязко нарастват симптомите, които могат да бъдат приети като клиника за заболявания на сърдечно-съдовата и нервната система. Увеличават се заболяванията на бъбреците и простатата. Една пета са се заразили от грип или вируси, довели до остро възпаление на горните дихателни пътища. Спадат контузиите – те ще се увеличат едва при първите поледици.



## 7. Употреба на лекарства

Информацията за употребата на лекарства в изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* се базира на отговорите на респондентите, които през последните две седмици преди интервюирането са вземали поне едно от вида лекарства, описани във въпросника. Определението на лицата, консумиращи лекарства без лекарско предписание е: „лице, което през последните две седмици е вземало поне едно от включените в списъка лекарства без лекарско предписание“. Въз основа на тези работни определения са изработени два индикатора: **коефициент на медикаментозна употреба**, който посочва дела на лицата, приемали медикаменти през последните две седмици и **коефициент на самолечение**, разкриващ делът на населението, приемали поне едно от посочените лекарства без лекарско предписание.

### 7.1. Начини на лечение

Едно от най-потресаващите разкрития на изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* е, че поради различни причини огромна част от лекарствата, които ромите приемат или дават на децата си не са им предписани от лекар за конкретния случай.

Въпреки че отдавна не е тайна, че ромите често прибегват до самолечение (както, впрочем и българите), особено когато става дума за „банални“ или хронични заболявания, за често срещани неразположения, за успокояване на болка, за сваляне на температура, за какво ли не, опитът да се оцени това явление количествено разкри шокираща картина. Данните са толкова изненадващи, че е добре да бъдат представени изцяло.

През ноември-декември 2008 г. в ромските махали картината на медикаментозното лечение и самолечението в един случайно подбран момент е изглеждала по следния начин:

**Таблица 7.1.** Индикатори за употреба на лекарства от децата (коефициент на медикаментозна употреба, коефициенти на самолечение)

	Коефициент на медикаментозна употреба	Коефициент на самолечение	База (брой на децата, вземали лекарства)
Лекарства за настинка, грип, възпалено гърло, бронхиален дискомфорт (не се включват антибиотици)	33,5	30,5	89
Болкоуспокояващи или лекарства за понижаване на температурата	29,7	24,4	79
Ободряващи – витамини и минерали	21,4	15,8	57
Разслабителни	2,3	2,3	6
Антибиотици	15,8	15,8	42
Успокоителни, приспивателни	3,0	2,6	8
Лекарства против алергии	3,8	3,4	10
Лекарства против диария	3,8	2,6	10
Лекарства против повръщане	10,5	10,5	28

Без рецепта се купуват и дават на деца не само „универсални лекарства“ като аспирин, парацетамол и някои други масово употребявани пенкилери, но и антибиотици, антиалергизани, транквиланти, приспивателни, всичко. Отново трябва да се повтори, че коефициентът на

самолечение не означава, че нито едно от приеманите от детето лекарства не е предписано от лекар, а че в групата има поне едно лекарство, което не е изписано от лекар, или поне не за този конкретен случай, или не за всички болни членове на домакинството. Д-р Панайотов, който има огромна практика като общопрактикуващ лекар в едно от най-бедните ромски гета в страната – кв. „Надежда“ в гр. Сливен, описва опита си по следния начин:

*„Не че не идват на лекар – идват. Ти предписваш необходимите лекарства за лечение, като се съобразяваш с покупателната им способност, с това какъв процент от цената на лекарството се реимбурсира от Здравната каса, със състоянието на пациента – повечето имат множество заболявания и трябва да внимаваши да не увредиш нещо, докато лекуваш това, което се е обострило... Но после те отиват в аптеката и виждат, че ако изпълнят рецептата, няма да могат да осигурят храна, или че ще трябва да взимат нови заеми от лихвари с непосилни лихви... И тогава започва страшното. Понякога просто купуват аспирин и започват да го дават, докато изкарат пари или получат социални помощи, а това може да стане и след две-три седмици... После купуват предписаното лекарство, но състоянието се е влошило, това лекарство вече не е ефикасно... В най-честия случай пак ще дойдат при мене след време и с много усложнения и ще изпратят детето в болница. Или пък двете или трите деца кашлят и имат температура, но тя води при мене най-малкото, защото то се чувства най-зле. Аз изписвам лекарство, тя го купува и после дава от него и на другите, при това същата доза, която съм изписал на бебето. Естествено, че не помага... Или аз съм изписал нов, по-ефективен антибиотик, който се приема веднъж дневно или на 12 часа, щади бъбреците и другите органи, но е по-скъп, и тя на своя глава го замества с друг, който преди години съм изписвал на нея или някое от децата при подобни симптоми, а той може да е абсолютно неподходящ за конкретното заболяване или вече вирусите да са си изработили резистентност към него... А най-често се случва да купи само половината от предписаното лекарство и в момента, в който забележи известно подобряване на състоянието на детето да спре лечението. Затова вирусите стават толкова резистентни... Освен това, те постоянно си заемат лекарства. Майките знаят кои съседски деца са се оплаквали от подобни симптоми наскоро и тръгват на обиколка из къщите да видят дали не е останало нещо от техните лекарства... В махалата дори се изкарват пари от лекарства. Например, детето вдига температура и майката, вместо да дотича при мен или поне до аптеката, отива при една съседка, която винаги има в запас свещички и си купува от нея. Съседката ѝ ги продава с надценка от 200 до 300%, но ѝ спестява време...“ (консултация, юни 2009 г.).*

Не се наблюдава разлика в третирането на момчетата или момичетата с лекарства, които не са предписани от лекар – всички деца от двата пола са изложени на еднакво висок риск.

Бebetата и малките деца не се ползват от „специална защита“, особено ако не са първо дете. Ако има (съществена) разлика, тя не е в това, че на bebetата и малките обикновено се дават само предписани от лекар лекарства, а че на тях се дават повече лекарства и малко по-голяма част от тези лекарства е по лекарско предписание.

**Таблица 7.2.** Употреба на лекарства от децата (коефициент на медикаментозна употреба, коефициенти на самолечение) по възраст

	0 - 9		10 - 15	
	Коефициент на употреба	Коеф. на самолечение	Коефициент на употреба	Коеф. на самолечение
Лекарства за настинка, грип, възпалено гърло, бронхиален дискомфорт	46,5	45,1	18,0	13,1
Болкоуспокояващи или лекарства за понижаване на температурата	42,4	38,2	14,8	8,2
Ободряващи – витамини и минерали	27,1	22,9	14,8	7,4
Разслабителни	2,8	2,8	1,6	1,6
Антибиотици	24,3	24,3	5,7	5,7
Успокоителни, приспивателни	3,5	3,5	2,5	1,6
Лекарства против алергии	5,6	4,9	1,6	1,6
Лекарства против диария	6,3	4,9	0,8	0,0
Лекарства против повръщане	18,1	18,8	1,6	0,8

Наблюдаваното при децата важи и за възрастните. Когато имат хронично заболяване, „те си знаят какво да правят“ и си вземат лекарствата (когато имат пари), без да ходят „да губят време“ при лекар. Естествено, това е рисково поведение, защото дори ако лечението е консервативно, лекарят губи възможност да следи здравето на пациента и да реагира навреме, ако настъпят усложнения или съпътстващи заболявания.

Доста по-нисък е делът на тези, които се самолечат при грип или парагрипни състояния. Може би едно възможно обяснение е, че част от жените са бременни и се боят да не увредят плода при самолечение. Други се боят да не заразят децата си и вземат мерки за бързо излекуване на заболяването като следват стриктно предписанията на лекар. Някои отдавна не са боледували и нямат „запаси“, или са притеснени от медийни кампании, съобщаващи за нови смъртоносни щамове на вируса. Във всичко останало картината е много близка до тази при децата на възраст от 10-15 год., с разлики, повлияни само от спецификата и разпространението на типичните за възрастовите групи заболявания.

**Таблица 7.3.** Индикатори за употреба на лекарства от възрастните (коефициент на медикаментозна употреба, коефициенти на самолечение)

	Коефициент на употреба	Коеф. на самолечение	База (брой възрастни, вземали лекарства)
Лекарства за настинка, грип...	27,7	16,2	(152)
Болкоуспокояващи или за понижаване на температурата	29,2	17,5	(160)
Ободряващи – витамини и минерали	14,4	8,4	(79)
Разслабителни	3,6	2,7	(20)
Антибиотици	12,2	10,2	(67)
Успокоителни, приспивателни	13,0	9,9	(71)
Лекарства против алергии	5,5	5,7	(30)
Лекарства против диария	2,6	1,8	(14)
Лекарства против ревматизъм	9,5	9,7	(52)
Лекарства за сърце	13,5	13,3	(74)
Лекарства за високо кръвно налягане	25,2	25,4	(138)
Лекарства за храносмилателния тракт	5,5	4,6	(30)
Антидепресанти	2,0	2,0	(11)
Противозачатъчни	4,2	3,1	(23)
Хормонални лекарства	1,6	1,8	(9)
Лекарства за отслабване	2,2	1,6	(12)
Лекарства за намаляване на холестерола	4,9	4,9	(27)
Лекарства срещу диабет	7,3	7,5	(40)
Други лекарства	11,5	8,6	(63)

Лечението с медикаменти при възрастните мъже и жени (над 16 год.) се различава по три съществени пункта:

- Жените приемат много повече лекарства от мъжете. Това е свързано с по-високата възраст, до която доживяват ромските жени, но в много лошо здраве;
- Жените вероятно по-често ходят на преглед при лекар и си купуват по-често предписани от лекаря лекарства. Мъжете може би приемат медикаменти, които вземат жените им при подобни симптоми, или братята им, без да ходят при лекар, освен ако състоянието им действително не е много тревожно;
- Жените и мъжете имат специфична предразположеност към различни видове заболявания (поради биологичната си конституция, или в резултат от рисковете на работното място, или поради различно излагане на всекидневен стрес) и това определя спецификата на по-често използваните групи лекарства при двата пола.

**Таблица 7.4.** Индикатори за употреба на лекарства от възрастните (коефициент на медикаментозна употреба, коефициенти на самолечение) по пол

	МЪЖЕ		ЖЕНИ	
	Коефициент на употреба	Коеф. на самолечение	Коефициент на употреба	Коеф. на самолечение
Лекарства за настинка, грип...	23,0	14,5	32,7	18,0
Болкоуспокояващи или за понижаване на температурата	25,5	17,0	33,1	18,0
Ободряващи – витамини и минерали	14,5	7,4	14,3	9,4
Разслабителни	3,5	3,2	3,8	2,3
Антибиотици	10,6	8,9	13,9	11,7
Успокоителни, приспивателни	8,5	6,7	17,7	13,2
Лекарства против алергии	4,6	5,0	6,4	6,4
Лекарства против диария	1,1	1,1	4,1	2,6
Лекарства против ревматизъм	6,7	7,8	12,4	11,7
Лекарства за сърце	13,5	13,1	13,5	13,5
Лекарства за високо кръвно налягане	24,8	25,5	25,6	25,2
Лекарства за храносмилателния тракт	5,7	5,0	5,3	4,1
Антидепресанти	0,7	0,7	3,4	3,4
Противозачатъчни	0,0	0,0	8,6	6,4
Хормонални лекарства	0,7	0,4	2,6	3,4
Лекарства за отслабване	1,4	1,4	3,0	1,9
Лекарства за намаляване на холестерола	5,3	5,3	4,5	4,5
Лекарства срещу диабет	8,2	8,2	6,4	6,8
Други лекарства	10,3	8,5	12,8	8,6

При дезагрегацията на информацията за употреба на лекарства по възрастови групи при възрастното ромско население наблюдаваме различия, за които невинаги имаме обяснителни хипотези. Прави впечатление резкият скок на заболяванията и медикаментозното лечение с нарастването на възрастта и особено в групата на лицата над 45 години. Пряко свързано с горната констатация е наличието на значително по-голямо разнообразие на заболяванията и типове лекарства, които се вземат от болните в различните възрастови групи. Данните са представени в табл. 7.5.



**Таблица 7.5.** Индикатори за употреба на лекарства от възрастните (коефициент на медикаментозна употреба, коефициенти на самолечение) по възрастови групи

	16 - 29		30 - 44		Над 45 г.	
	Коефициент на употреба	Коеф. на самолечение	Коефициент на употреба	Коеф. на самолечение	Коефициент на употреба	Коеф. на самолечение
Лекарства за настинка, грип...	23,2	9,6	30,4	16,6	30,2	23,7
Болкоуспокояващи или за понижаване на температурата	23,7	10,6	29,8	16,6	34,9	26,6
Ободряващи – витамини и минерали	15,2	5,6	12,7	7,7	15,4	12,4
Разслабителни	3,5	3,0	2,8	2,2	4,7	3,0
Антибиотици	5,6	4,5	11,0	7,7	21,3	19,5
Успокоителни, приспивателни	5,6	2,5	11,6	8,8	23,1	19,5
Лекарства против алергии	5,6	6,1	5,0	5,0	5,9	5,9
Лекарства против диария	2,0	0,5	2,8	2,2	3,0	3,0
Лекарства против ревматизъм	2,5	3,5	5,0	6,1	22,5	20,7
Лекарства за сърце	2,0	2,0	7,2	7,2	33,7	33,1
Лекарства за високо кръвно налягане	4,0	4,0	19,3	19,9	56,2	56,2
Лекарства за храносмилателния тракт	2,5	2,5	6,1	5,0	8,3	6,5
Антидепресанти	1,5	1,0	2,8	3,3	1,8	1,8
Противозачатъчни	7,1	5,1	3,3	2,8	1,8	1,2
Хормонални лекарства	0,5	1,0	3,3	3,3	1,2	1,2
Лекарства за отслабване	1,0	0,0	4,4	3,3	1,2	1,8
Лекарства за намаляване на холестерола	0,0	0,0	5,0	5,0	10,7	10,7
Лекарства срещу диабет	2,0	2,5	5,0	5,0	16,0	16,0
Други лекарства	5,6	3,0	8,8	7,7	21,3	16,0

Само в групата на най-младите – лицата от 16 до 29 г. – делът на болните, които вземат лекарства против настинка и грип, обезболяващи и лекарства за понижаване на температурата без лекарско предписание, е два – два и половина пъти по-нисък от дела на вземащите такива лекарства. Това е групата, в която има най-голям дял бременни и кърмещи жени. В по-слаба степен наблюдаваме такова поведение при 30 – 44- годишните – групата, в която се осъществяват „късните“ раждания в ромската общност. Вероятно това е основното обяснение за различния модел за прием на лекарства от тези медицински групи. При останалите възрастни роми моделът на медикаментозно лечение от грип и настинка се доближава до този при децата и при хората с други болестни симптоми – нараства броят на лицата, които сами си назначават (част от) лекарствата.

В случаите, когато става дума за хронифицирано заболяване – високо кръвно налягане, висок холестерол, диабет, стомашно-чревни болести от типа на гастрит, язва, колит и др. – болните масово вземат лекарства, предписани им в някакъв друг момент от лекар или такива, каквито вземат близките им с подобни оплаквания.

Въпреки че от няколко месеца в България са въведени много стриктни мерки за ограничаване на свободната продажба на лекарства, или по-точно – за засилване на контрола и санкциите за нарушаване на отдавна съществуващите разпоредби в тази насока, изнасянето на част от търговията с лекарства в сивия сектор изглежда ще съхрани статуквото или дори ще влоши сегашното състояние.

Наложително е в близко време да се проведе ново изследване, представително за цялото население, за да се провери какво в действителност се случва с приемането на лекарства в страната, от една страна, и какво трябва да се направи, за да се ограничи фалитът и излизането на аптеките от легалния пазар – от друга. Българското население е привикнало да се доверява

на съветите на фармацевтите, когато става дума за дребни неразположения, леки травми, често срещани оплаквания, свързани с менопауза или други състояния. Обръщането към услугите и съветите на аптекарите нарасна с бюрократизацията на здравната система, на размера на задължителната пациентска такса за преглед и на броя на здравно неосигурените през последните години. Това поведение няма да се промени бързо, но ако фармацевтите със завършено медицинско образование и лиценз за продажба на лекарства бъдат подменени от неуки търговци, последиците за здравето на хората и особено на най-бедните могат да бъдат много тежки.

## 7.2. Приемане на лекарства

Въпреки масовия стереотип, че „циганите Господ ги пази и не боледуват“, ромите демонстрират всички признаци на маргинализирана и бедна група с тежки множествени здравни проблеми. По данни от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* във всеки случайно избран момент около две трети от възрастните роми (16 + год.) вземат лекарства.

**Таблица 7.6.** Дял от възрастното население, което консумира лекарства

	Не консумират	Консумират	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>33,8</b>	<b>66,2</b>	<b>100</b>	<b>(548)</b>
<b>Пол</b>				
Мъже	39,4	60,6	100	(282)
Жени	27,8	72,2	100	(266)
<b>Възрастови групи</b>				
16 – 29	43,9	56,1	100	(198)
30 – 44	38,7	61,3	100	(181)
Над 45 год.	16,6	83,4	100	(169)

Налице е ясно изразена корелация между приемането на лекарства и възрастта и пола. Три пети от мъжете приемат лекарства, докато при ромските жени този дял нараства до три четвърти. Жените не само много по често се нуждаят от лечение, но и започват да приемат лекарства по-млади. Средната възраст на консумиращите лекарства жени на възраст над 16 години е 38.8 год., докато при мъжете е 41.4 год. Дори при най-младите – на възраст от 16 до 29 г. – над половината се нуждаят от лечение на различни симптоми и болестни състояния. Животът в добро здраве при ромите е силно скъсен и при лицата над 45 год. над четири пети страдат от хронични или остри заболявания и ползват лекарства. Отново припомням, че при цялото българско население, (включително ромите), средната очаквана продължителност на живота в добро здраве е 65 години – т.е. с 20 години по-дълга, отколкото само при ромския етнос.

Вероятно защото доживяват до по-висока възраст, когато са обременени с множество хронични заболявания, жените приемат по-често и повече като количество лекарства от мъжете.

**Таблица 7.7.** Среден брой лекарства, приемани от консумиращите медикаменти възрастни роми

	Мъже	Жени	Общо
<b>Общо</b>	<b>2,00</b>	<b>2,04</b>	<b>2,02</b>
16 - 29	2,41	3,32	2,87
30 - 44	3,53	3,99	3,75
Над 45 год.	2,78	3,10	2,95

**Таблица 7.8.** Дял на консумиращите медикаменти възрастни роми по брой приемани лекарства (%)

	Едно	Две	Три и повече	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>27,0</b>	<b>28,9</b>	<b>44,1</b>	<b>100</b>	<b>(363)</b>
<b>Пол</b>					
Мъже	29,2	27,5	43,3	100	(171)
Жени	25,0	30,2	44,8	100	(192)
<b>Възrastови групи</b>					
16 – 29	37,8	34,2	27,9	100	(111)
30 – 44	32,4	27,0	40,5	100	(111)
Над 45 год.	14,2	26,2	59,6	100	(141)

Лицата в най-младата възрастна група приемат само едно лекарство дневно 2.7 пъти по-често, отколкото ромите над 45 години. Близо две пети от най-младите вземат само по едно лекарство. Обратното, три пети от ромите над 45 години приемат по три и повече лекарства дневно – това е над два пъти по-често, отколкото при младите. Обезпокоително е, че по брой консумирани лекарства възрастната група на 30-44 годишните се доближава повече до възрастните, отколкото до младите, което отново е индикатор за високата ранна заболяемост в общността.

### 7.3. Самолечение

В този раздел е представена информация за дела на възрастните роми, които вземат лекарства, без да са им предписани от лекар за конкретния случай.

**Таблица 7.9.** Дял от възрастното население, което консумира лекарства без лекарско предписание

	Не прилагат самолечение	Самолечение	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>48,0</b>	<b>52,0</b>	<b>100</b>	<b>(548)</b>
<b>Пол</b>				
Мъже	51,1	48,9	100	(282)
Жени	44,7	55,3	100	(266)
<b>Възrastови групи</b>				
16 – 29	65,2	34,8	100	(198)
30 – 44	53,0	47,0	100	(181)
Над 45 год.	22,5	77,5	100	(169)

Изводите потвърждават констатациите в предишния раздел:

- над половината от ромите са склонни да прибегват към самолечение с лекарства, които не са им предписани от лекар, при различни поводи;
- жените прибегват към самолечение с медикаменти без лекарско предписание по-често от мъжете;
- с нарастването на възрастта нараства дялът на ромите, които вземат лекарства без лекарско предписание. Прогресията е ясно изразена: склонни да прибегват до самолечение с лекарства са около една трета от най-младите, половината при 30-44 годишните и над три четвърти от лицата над 45 години.

Мъжете прибегват към самолечение с медикаменти по-рядко от жените, но са склонни да приемат повече лекарства, които не са им предписани за конкретния случай. Вземат по две или повече лекарства без лекарско предписание три четвърти от прибегващите към самолечение мъже, срещу две трети от жените с подобно поведение. С нарастването на възрастта рязко нараства дялът на тези от самолекуващите се, които вземат по две или повече лекарства без

консултация с лекуващия лекар. Така постъпват малко повече от половината от най-младите възрастни, две трети от тези на 30-44 години и над четири пети от лицата над 45 години.

Почти четири пети от възрастните роми, които приемат медикаменти, се самолечат с лекарства, които не са им предписани от лекар (три четвърти от жените и четири пети от мъжете).

**Таблица 7.10.** Дял от възрастното население, което консумира медикаменти, които се самолечат с лекарства без лекарско предписание (%)

	Не се лекуват сами	Самолечуващи се	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>22,0</b>	<b>78,0</b>	<b>100</b>	<b>(363)</b>
<b>Пол</b>				
Мъже	19,9	80,1	100	(171)
Жени	24,0	76,0	100	(192)
<b>Възрастови групи</b>				
16 – 29	38,7	61,3	100	(111)
30 – 44	24,3	75,7	100	(111)
Над 45 год.	7,1	92,9	100	(141)

Над девет десети от консумиращите медикаменти над 45 години са склонни да прибегват към самолечение, срещу три пети от най-младите и три четвърти от лицата на 30-44 години. Тази практика обяснява честото хронифициране на заболяванията и част от високата преждевременна смъртност в общността. Не са правени изследвания, които да дадат възможност да сравним положението при ромите с това на другите етнически общности, но резултатите са много тревожни. Наложително е те бързо да станат достояние на лекарите, които имат голям брой роми-пациенти в листите си и на ромските медиатори в кварталите. Необходимо е да се включат всички здравни институции и електронните медии за сензитивиране на обществото с проблемите и опасностите, свързани със самолечението в макрообществото и при ромите в частност.

## 8. Медицински прегледи и консултации

### 8.1. Изминало време след последното посещение при лекар

Преобладаващата част от ромите в България ходят често на лекар. Не са посещавали лекар повече от година (или „никога“) едва 14% от ромското население. Посещенията при възрастните са по-чести – може би защото някои родители са отчели като свои посещения на лекар и всички случаи, в които са водили на преглед децата си.

**Таблица 8.1.** Относителен дял на децата и възрастните в зависимост от времето, изтекло след последното посещение на лекар във връзка с някакво заболяване (%)

	0 - 9	10 - 15	16 -29	30 - 44	45 +	Децата	Възрастни	Общо
През последните две седмици	45,1	14,8	46,0	49,7	67,5	<b>31,2</b>	<b>53,8</b>	<b>46,4</b>
Преди повече от две седмици, но по-малко от месец	21,5	19,7	5,1	4,4	8,9	<b>20,7</b>	<b>6,0</b>	<b>10,8</b>
Преди повече от месец, но по-малко от година	27,8	50,8	24,2	22,7	14,2	<b>38,3</b>	<b>20,6</b>	<b>26,4</b>
Преди година или повече	4,9	13,9	20,2	18,8	8,9	<b>9,0</b>	<b>16,2</b>	<b>13,9</b>
Никога не е ходил/а на лекар	0,7	0,8	4,5	4,4	0,6	<b>0,8</b>	<b>3,3</b>	<b>2,5</b>
Всичко	100	100	100	100	100	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>База (брой)</b>	<b>(144)</b>	<b>(266)</b>	<b>(198)</b>	<b>(181)</b>	<b>(169)</b>	<b>(410)</b>	<b>(548)</b>	<b>(814)</b>

Най-често посещават лекар най-възрастните – лицата над 45 г. Три четвърти от тях са били на лекар в рамките на последния месец преди интервюто. Веднага след тях по честота на посещенията на лекар се нареждат най-малките (0 – 9 год.) – две трети от тях са били на преглед през изминалия месец. Най-рядко ходят на лекар децата от 10 до 15 години – само на една трета от тях се е наложило да идат на медицинска консултация в рамките на последния месец. При останалите групи около половината са били на лекар през изтеклите 30 дни.

Жените ходят на лекар по често от мъжете - разликата е 15% в полза на жените за месеца преди изследването. През последния месец най-често са били на лекар ромите, живеещи в интегрирани квартали с добри хигиенни условия. Вероятно това е свързано с по-добрите възможности за лечение на тези лица, а не с по-висока заболяемост сред тях.

### 8.2. Място на последния преглед/посещение на лекар

Три четвърти от ромите са били за последен път на лекар в местния диагностико-консултационен център (бившите поликлиники или здравни центрове). Кабинетите за бърза помощ при поликлиниките или болниците са били посетени от 16% от децата последния път, когато са се нуждаели от помощ, а в дома си са били посетени 5% от болните деца.

**Таблица 8.2.** Относителен дял на ромите в зависимост от мястото на последното посещение на лекар (%)

	Възрастови групи		Пол		Общо
	Деца	Възрастни	Мъже	Жени	
В ДКЦ (поликлиниката, здравната служба)	66,3	73,6	70,3	73,4	72,0
В специализирана клиника като пациент за извънболнично лечение	4,8	6,1	6,3	5,4	5,8
В болница като пациент за извънболнично лечение	1,2	2,7	2,3	2,5	2,4
В кабинет за бърза помощ в ДКЦ/поликлиника	6,0	2,4	1,7	4,4	3,2
В спешното отделение на болницата	9,6	0,7	4,0	1,5	2,6
В частния кабинет на лекаря	4,8	10,5	10,9	7,9	9,3
В частна болница без направление от лекар	1,2	0,3	1,1	0,0	0,5
В здравно-социален център (ЗСЦ)	4,8	1,4	2,3	2,0	2,1
На друго място	1,2	2,4	1,1	3,0	2,1
<b>База (брой)</b>	<b>(83)</b>	<b>(295)</b>	<b>(175)</b>	<b>(203)</b>	<b>(378)</b>

По-честите злополуки при момчетата и мъжете са причина те по-често да търсят медицински услуги в спешните кабинети на болниците, където се диагностицират и лекуват по-тежките травми. Вероятно част от случаите на отиване в кабинетите на бърза помощ от деца се дължи на повишената тревожност на родителите, когато детето вдигне висока температура, а домашният лекар вече не е на работа.

Опасенията на много популистки и националистически настроени политици, че кабинетите за бърза помощ ще бъдат „щурмувани“ от здравнонеосигурени роми, са неоснователни. Засега бедните здравнонеосигурени роми продължават да посещават общопрактикуващите лекари, които ги преглеждат без пари или на по-ниски цени. По-заможните, които нямат (редовни) здравни осигуровки, ходят в частни кабинети или клиники (една десета от възрастните). Но тъй като Здравната каса не плаща на общопрактикуващите лекари за неосигурените им пациенти, съществува реална опасност все по-голям дял от лекарите да отказват да приемат за пациенти неосигурени роми.

### 8.3. Основна причина за последния преглед/посещение на лекар

Най-често ромите ходят на лекар за преглед при обезпокоителни болестни симптоми. Поради множество причини децата ходят на преглед за диагноза или лечение два пъти по често от възрастните. Над една десета от възрастните с хронично заболяване или инвалидност ходят всеки месец на лекар за рецепта за поддържащите лекарства.

**Таблица 8.3.** Разпределение на ромите в зависимост от причината за последното посещение на лекар по възрастови групи и пол (в %)

	Възрастови групи		Пол		Общо
	Деца	Възрастни	Мъже	Жени	
Диагноза и/или лечение	43,4	23,5	27,0	28,6	27,9
Преглед	51,8	54,1	52,3	54,7	53,6
Само за рецепта	3,6	12,6	11,5	9,9	10,6
По друга причина	1,2	9,9	9,2	6,9	8,0
<b>Всичко</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>База (брой)</b>	<b>(83)</b>	<b>(295)</b>	<b>(175)</b>	<b>(203)</b>	<b>(378)</b>

Не се наблюдава съществена разлика в причините за посещение на лекар по пол.

#### 8.4. Афилиация на последния посетен лекар

Три четвърти от децата, посетили лекар през последните две седмици преди интервюто, са били за последен път на доктор при своя общопрактикуващ лекар (значителна част от ОПЛ имат специалност педиатрия) или при специалист, към когото той ги е насочил. Една пета от най-малките и една осма от 10 – 15-годишните са били за последен път при лекар в отделенията за бърза помощ, което означава, че най-вероятно болестните симптоми са се появили или обострили през нощта или в почивните дни, или че детето е претърпяло злополука. При 6% от по-големите деца с болестни симптоми или травми родителите са предпочели да потърсят медицинските услуги на специалист от частна клиника.

**Таблица 8.4.** Разпределение на децата и възрастните, посетили лекар през последните две седмици в зависимост от афилицията на лекаря

	0 - 9	10 - 15	16 - 29	30 - 44	45 +	Децата	Възрастни	Общо
Общопрактикуващ лекар или специалист	76,6	75,0	86,5	70,5	84,1	76,3	80,7	79,7
Лекар на свободна/ частна практика	0,0	6,3	5,6	4,5	0,9	1,3	3,4	3,0
Лекар, работещ по специална програма	4,7	6,3	4,5	20,5	13,3	5,0	12,8	11,1
Лекар от бърза помощ	18,8	12,5	3,4	4,5	1,8	17,5	3,1	6,2
<b>Всичко</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>База (брой)</b>	<b>(65)</b>	<b>(18)</b>	<b>(91)</b>	<b>(90)</b>	<b>(114)</b>	<b>(83)</b>	<b>(295)</b>	<b>(378)</b>

При възрастните не се наблюдава съществена отлика от картината, описана при децата. Противно на очакванията, при тях намалява значително делът на лицата, потърсили услугите на Бърза помощ. Делът на лицата, обърнали се за медицинска услуга към общопрактикуващия лекар или специалист по направление на ОПЛ е дори по-голям от този на децата – четири пети.

Платените услуги на лекарите на частна практика най-често се ползват от най-младите възрастни, но дори сред тях едва 6% са си го позволили. Почти всички, ползвали частни медицински услуги, са били жени. Възможно е жените да са се обърнали за медицинска помощ към лекари на свободна практика във връзка с репродуктивни проблеми или раждане. Най-възрастните на практика не ползват скъпите частни медицински услуги.

В края на 2008 г. в страната стартира програма на Националния съвет за сътрудничество по етническите и демографските проблеми към Министерски съвет за активна диагностика на заболяванията в някои ромски махали, или за скрининг на туберкулоза, рак на шийката на матката или на млечните жлези с помощта на подвижни лаборатории и флуорографи. Най-голям интерес към тях са проявили ромите между 30 и 44 годишна възраст – посетили са ги една пета от всички възрастни, били на лекар през последните две седмици преди интервюто. Делът на ползвалите тази безплатна медицинска услуга от ромите над 45 годишна възраст спада наполовина, а младите роми на практика не са проявили интерес към предложените им профилактични прегледи. Поради спецификата на програмата, която в едната си част е насочена към скрининг на злокачествени образувания, от които страдат само жени, очаквахме техният дял да е много по-висок от този на мъжете. Това не се е случило. Оказа се, че поради организационни и технически причини мобилните клиници за скрининг на двата вида рак са влезли в махалите с голямо закъснение (интервю с д-р Търнев и д-р Панайотов, юни 2009 г.). Мъжете два пъти по-често от жените са посетили мобилните клинични лаборатории и подвижните флуорографи (15.1% мъже срещу 7.6% жени общо). Възможно е по-големият интерес на мъжете към програмата на НССЕДВ да се дължи в някаква степен и на факта, че делът на здравнонеосигурените мъже е по-висок от този на жените в ромската група и тъкмо част от тези неосигурени може да са решили да извършат безплатна профилактика на здравето си.



## 8.5. Отдалеченост от здравното заведение или лекарския кабинет

Две пети от ромите са в състояние да стигнат до лекарския кабинет в рамките на 15 минути, а за още толкова са нужни от 15 минути до половин час. Една пета от ромите живеят в квартал или селище, доста отдалечено от медицинския център и на тях средно им е необходимо повече от час, за да стигнат до лекар. Колкото по-беден и изолиран е ромският квартал, колкото по-лоши са хигиенните условия в него, толкова повече време губят жителите му, за да стигнат до здравен център. Най-много време по принцип е необходимо на жителите от селата, при които лекар идва един или два пъти седмично и които трябва да ходят до близкия град за медицински изследвания, консултация със специалист или за лечение.

Възможно е при част от ромите преценката за времето, което им е нужно, за да отидат на лекар, да е съобразено с наличието и редовността на публичен транспорт или с притежаването на лично превозно средство. Можем да съдим за това от факта, че повечето деца са стигали до медицинското заведение за много по-малко време от възрастните. Само за 7% от децата е било нужно повече от половин час, за да бъдат заведени до лекарски кабинет<sup>11</sup>, докато при възрастните този дял е 22%. Единственото обяснение на тази констатация е, че повечето деца са ползвали транспортно средство. За най-бедните възрастни дори разходите за транспорт се оказват пречка и разстоянието до лекарския кабинет често се изминава от тях пеша, въпреки страданията и неразположението.

**Таблица 8.5.** Среден брой минути, необходими за стигане до лекарския кабинет на лицата, посетили лекар през последните две седмици в зависимост от типа на квартала

	Средно минути	Средно минути	
<b>ОБЩО</b>	<b>42,43</b>		
<b>Децата и възрастни</b>		<b>Резиденция</b>	
Децата	48,59	Интегрирани с добри условия	23,36
Възрастни	40,77	Интегрирани с лоши условия	31,11
<b>Възrastови групи</b>		Изолирани с добри условия	78,86
0 - 9	55,38	Изолирани с лоши условия	56,07
10 - 15	21,00	<b>Социални осигуровки</b>	
16 - 29	35,55	Социално осигурени	30,34
30 - 44	49,13	Без социални осигуровки	65,82
Над 45 год.	38,57		
<b>Пол</b>			
Мъже	32,56		
Жени	50,69		

Възможно е жените да са губили много повече време от мъжете за отиване на лекар, ако отчетем, че една част от бременните е трябвало да ходят до по-отдалечени болнични заведения за лечение или раждане. Друго хипотетично обяснение е свързано с по-аскетичното поведение на бедните ромски жени, които трябва да се справят с мизерния семеен бюджет и пестят от транспорт дори когато са болни.

Здравнонеосигурените губят над два пъти повече време от осигурените, за да стигнат до лекар и това им отнема средно повече от час. И тук хипотезите са две: в единия случай става дума за бедни хора, които не могат да си позволят транспортни разходи и ходят пеш до центровете за бърза помощ или общопрактикуващите лекари. Една част от неосигурените, които приемат

<sup>11</sup> Но на тези 7% деца им е било нужно наистина много повече време, за да може като цяло средното време, отделено за отиване на лекар при децата да е с осем минути повече, отколкото при възрастни. Вероятно е това да се дължи на готовността на родителите не само от селата, но и от по-малките градове да поемат допълнителни разходи, за да заведат болните си деца на преглед при известен специалист в университетски болници или престижни клиники в столицата или другите големи градове.

необходимостта да ползват платени медицински услуги, са готови да ги търсят в друго населено място в случаите, когато разполагат с необходимите средства (например – работилите в чужбина).

### 8.6. Предоставени медицински услуги

В този раздел са разгледани случаите, в които роми са се нуждаели от медицинска помощ, но не са получили такава през последната година преди изследването.

**Таблица 8.6.** Разпределение на лицата в зависимост от това дали са получили или не необходимата им медицинска помощ през последните 12 месеца по различни променливи

	НЕ СА получили медицинска услуга	Получили са нужната медицинска услуга	Всичко	База (брой)
<b>ОБЩО</b>	<b>13,8</b>	<b>86,2</b>	<b>100</b>	<b>(814)</b>
<b>Деца и възрастни</b>				
Деца	12,0	88,0	100	(266)
Възрастни	14,6	85,4	100	(548)
<b>Възрастови групи</b>				
0 - 9	11,8	88,2	100	(144)
10 - 15	12,3	87,7	100	(122)
16 - 29	14,6	85,4	100	(198)
30 - 44	12,2	87,8	100	(181)
Над 45 год.	17,2	82,8	100	(169)
<b>Пол</b>				
Мъже	11,4	88,6	100	(439)
Жени	16,5	83,5	100	(375)
<b>Резиденция</b>				
Интегрирани с добри условия	8,3	91,7	100	(218)
Интегрирани с лоши условия	15,0	85,0	100	(234)
Изолирани с добри условия	15,1	84,9	100	(93)
Изолирани с лоши условия	16,7	83,3	100	(269)
<b>Социални осигуровки</b>				
Социално осигурени	10,6	89,4	100	(558)
Без социални осигуровки	20,9	79,1	100	(254)

През последната година не са получили необходимите им здравни услуги 14% от ромите, които са били болни, неразположени или бременни. Малко по-често това се е случвало при възрастните, отколкото при децата. На най-голям риск са изложени здравнонеосигурените лица – 21% от тях не са получили необходимата им медицинска услуга. По-често не са били обслужвани жителите на изолираните ромски махали, особено на тези с лоши хигиенни условия. Тъй като по-голяма част от тях нямат здравни осигуровки, възможно е за някои от тях това да се е оказало главното препятствие. Но при тях се намесват и някои други фактори, като бедността, ниското образование, липсата на умения за общуване с представителите на различни институции, формирани навици при мъжете да реагират на фрустриращи ситуации с вербална агресия. Когато са налице някои от тези условия (или всичките накуп), нараства рискът за конфликт и отказ от страна на лекаря за предоставяне на търсената услуга или за отключване на негативни стереотипи и предразсъдъци и дискриминационно отношение към пациента.

**Таблица 8.7.** Разпределение на лицата, които не са получили необходима медицинска помощ през последните 12 месеца по причини за отказа (в%)

	Деца	Възрастни	Общо
Не успяхме да си насрочим час	12,9	2,5	5,4
Никой не можеше да излезне от работа, за да заведе детето на лекар	6,5	11,3	9,9
Беше твърде скъпо/ нямахме необходимите пари	35,5	30,0	31,5
Нямахме (пари за) транспорт	16,1	17,5	17,1
Детето беше твърде нервно и уплашено	3,2	7,5	6,3
Нямах здравна осигуровка	0,0	20,0	14,4
Трябваше да се чака твърде дълго	9,7	2,5	4,5
Някаква друга причина	16,1	7,5	9,9
<b>Всичко</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>База (брой)</b>	<b>(32)</b>	<b>(80)</b>	<b>(112)</b>

Най-често изтъкваната причина е финансово затруднение – посочена е от половината от лицата, които през последната година са преживели стреса да имат нужда от медицинска помощ и да не могат да я получат. При близо една трета от тези случаи непосилно се е оказало покриването на разходите за транспорт. Вероятно част от тях са много бедни хора с множествени тежки болестни симптоми, които е трябвало да отидат на консултации при специалисти и лечение в по-голям град. Другите не дават допълнителна информация за какво не са им стигнали парите. Най-често оплакване е, че парите не стигат за лекарства. При част от ромите паричните доходи са толкова ограничени, че намирането на средства за изследвания и лекарства обикновено е свързано с търсенето на заем. Парите за такива заеми се отпускат от заможни хора в общността, но срещу непосилни лихви<sup>12</sup>. При много бедни семейства хоспитализацията също представлява огромен проблем, защото в повечето случаи клиничните пътеки се покриват частично от Здравната каса, останалата част трябва да се финансира от пациента, а ако има и други заболявания, тяхното лечение в болницата е изцяло за сметка на пациента.

При възрастните на второ място идват случаите, при които е отказана медицинска услуга, защото лицето не е имало здравна осигуровка. Така бедността става причина за ограничаване на достъпа до здравни услуги на поне две трети от ромите, които поради различни причини не са получили медицинска услуга. Преобладаващата част от ромите интерпретират тези отказки като дискриминация на етническа основа. Лекарите имат друго обяснение: „Възниква много сериозният въпрос – за отношението към правилата. Ти му казваш – не си осигурен, трябва да си платиш рентгена и изследванията. Но той ти казва: ти си ми личен лекар, ще ми ги направиш безплатно. Българите знаят, че има правила и ги спазват. Те смятат, че не са за тях правилата.“ (фокус-група с лекари, Сливен).

Проблемите със записването на час за посещение при лекар и дългото чакане пред кабинетите на лекарите е другата основна причина част от ромите да не получат необходимата медицинска услуга (или да се откажат сами). В предишен раздел отбелязахме, че в районите с висока концентрация на роми и турци и в селските райони на един лекар се падат много повече пациенти, а това е свързано с повече чакане пред кабинета му. В някои села лекарят отива само два пъти в седмицата и тогава обикновено има тълпа от чакащи хора с различни здравни проблеми. Понякога пациенти от провинцията, отишли без предварително записан час при лекар специалист в голяма клиника трябва да изчакат всички записани клиенти да бъдат приети, и едва тогава, ако има възможност, да получат нужната консултация. Ако болният е малко дете, чакането може да го изнерви и родителите да решат да го приберат у дома без преглед.

Дългото чакане за преглед пред вратата на лекарския кабинет понякога става сериозен повод за конфликти между лекари и пациенти-роми. В повечето случаи ромите отиват на преглед,

<sup>12</sup> В някои ромски махали (Сливен и селата, Борован, Бяла Слатина и др.) заемът е обременен с лихва от 100% за първия месец, от 200% за втория и 400% за третия месец. В други той е фиксиран на 60% (София, Кърджали), в трети – до 300% (Монтана, Лом), но навсякъде е непосилно висок за бедните семейства (Томова, личен архив).

когато възникне здравен проблем, без предварително да са си записали час при лекаря. Те се изживяват като „спешни случаи“ и се дразнят, че се налага да изчакват реда си след хора, които са дошли на профилактичен преглед или за изписване на лекарства, но имат фиксиран час. Някои обясняват това с расизма на лекарите. Възможно е тези преценки да са пресилени. Лекарите от своя страна споделят, че нетърпеливостта на пациентите им роми създава голямо напрежение и води до конфликти.

*„Превъзбудени са, хиперактивни... Не ги свърта на едно място, отказват да изчакат реда си на опашка. Понякога им казвам: „Ще раздам на всеки по едно успокоително, за да можете да изчакате реда си за преглед, без да нахлувате с кръсъци в кабинета през две минути“. Нали виждат, че не си пия кафето, а работя с друг пациент! ... И при нас – не чакат, хлопат, сърдят се – а то прегледът изисква време, компютърът си има определен режим на работа...“* (Фокус-група с общопрактикуващи лекари, Сливен).

Понякога конфликтите изглеждат като трудности в комуникацията. Преобладаващата част от жителите на големите градски гета и ромите от селата живеят в затворени традиционни общности, където общуването между хората е персонализирано, емоционално, „много лично“. Когато отиват при лекар за помощ, те очакват и изискват подобно отношение. Те искат лекарят не просто да ги прегледа, да диагностицира заболяването и да предпише лекарства, но да прояви към тях специално внимание, съчувствие, грижа, емпатия, защото те страдат в момента или са притеснени за здравето на близък човек. Тъй като болестта за тях е „извънредна“ ситуация, свързана с физическо страдание и стрес, времето, прекарано в изчакване на реда им се струва непоносимо дълго. Деловото и строго отношение на лекаря, загрижен за професионалното справяне с пореден здравен проблем, често им изглежда „студено“, „неуважително“, „незаинтересовано“, дори арогантно. От влошено отношение към пациентите, особено в болниците, се оплакват и много българи и турци. Колкото по-ниско е образованието на пациента и колкото по-малко той е имал възможност да работи постоянно извън квартала, т.е. колкото по-малък опит има в безличностните отношения между човека и институциите в модерното общество, толкова по-голяма е вероятността „общуването“ с лекаря да се приеме като неудовлетворително в личен план. Възможно е лекарите да проявяват повече нетърпение при снемане на диагнозата от хора с ниско образование, което увеличава напрежението в контактите между пациент и медицинско лице. В западните общества този проблем е смекчен от грижите и вниманието, които болният получава от медицинската сестра и евентуално – от психолога в болницата или диагностичния център. При българските условия на остър недостиг на среден медицински персонал и практически на липса на клинични психолози най-честият резултат е напрежение между лекарите и пациентите, което в острите случаи може да прерасне в конфликт.

### 8.7. Програмата за детските имунизации

Още от първите години на преход към пазарна икономика проблемите със здравната профилактика се изостриха. Един от постоянно дискутираните проблеми е бързото нарастване на дела на неимунизираните ромски деца. През 90-те години, както и в първите години на XXI век, в някои ромски махали имаше случаи на полиомиелит и дифтерит – заболявания, които българското общество считаше за останали в миналото. Причината бе, че голяма част от ромските деца не бяха имунизирани. По данни на Томова (1995) в средата на 90-те в около 18% от ромските домакинства децата не са били имунизирани. По данни на ФАКТ - Маркетинг за 2002 г. едва в 68% от ромските домакинства всички имунизации на децата са направени, в 27% са направени част от имунизациите, а в 5% децата изобщо не са имунизирани (ФАКТ-Маркетинг 2003).

Специалистите от РИОКОЗ твърдят, че след кризисната 1997 г. постепенно, но устойчиво нараства делът на ваксинираните деца и възрастни. Това е особено видимо за годините след стартирането и укрепването на здравната реформа. Много лекари, обслужващи роми, заявяват, че през последните години намаляват случаите на открита съпротива срещу задължителните

имунизации на децата, но са единодушни в преценката си, че един значим дял от ромските деца не са ваксинирани за всички задължителни заболявания. Според тях основната причина са честите простудни и алергични заболявания на децата, поради което се пропускат датите за ваксиниране. Друга причина е нарасналият брой на външните емиграции на родителите. На практика бабите и роднините, на грижите на които са оставени децата, не винаги се отзовават на поканите на лекарите да имунизират малките.

В редки случаи роми, подлежащи на задължителна имунизация, се оказват необхванати, защото нямат личен лекар. Срећнахме такива случаи в гр. Петрич: „Част от ромите (около 10-20%) не фигурират в списъците на ОПЛ. Те от малки не са ваксинирани. По тази причина в махалата в момента има епидемия от заушка.“ (Фокус-група с лекари, Петрич). Като трудност в работата с ромите, лекарите посочват преди всичко нуждата децата да бъдат издирвани от сестри и лекари по домовете им, за да им се сложи ваксина; липсата на пълна лична медицинска документация отпреди началото на здравната реформа (за вече извършени имунизации); по-рядко – недоверието към имунизационните процедури. Сътрудничеството с училищата е посочвано като особено полезно от гледна точка на обхващането с ваксини на децата над 7 годишна възраст, макар че специално при ромските деца стои проблемът с непосещаването и с ранното отпадане от училище.

Данните от настоящото изследване показват, че проблемите с имунизацията на ромските деца не са преодолени. В близо една трета от домакинствата с деца родителите са декларирали, че децата имат някакви имунизации, но не са сигурни, дали са направени всички.

**Таблица 8.9.** Дял на децата, които спазват програмата за ваксинации (в %)

	Спазват програмата	Деца, които не следват адекватно програмата	Всичко	База (брой)
<b>ОБЩО</b>	<b>71,1</b>	<b>28,9</b>	<b>100</b>	<b>(266)</b>
<b>Пол</b>				
Мъже	74,5	25,5	100	(157)
Жени	66,1	33,9	100	(109)
<b>Възрастови групи</b>				
0 - 9	68,8	31,3	100	(144)
10 - 15	73,8	26,2	100	(122)
<b>Резиденция</b>				
Интегрирани с добри условия	84,4	15,6	100	(64)
Интегрирани с лоши условия	76,5	23,5	100	(85)
Изолирани с добри условия	57,1	42,9	100	(28)
Изолирани с лоши условия	60,7	39,3	100	(89)
<b>Социални осигуровки</b>				
Социално осигурени	73,1	26,9	100	(182)
Без социални осигуровки	66,7	33,3	100	(84)

Прави впечатление, че момичетата по-често не са ваксинирани, отколкото момчетата. Едно възможно обяснение на този факт получихме от общопрактикуващи лекари в гр. Пловдив: „Преди години беше много силен страхът от имунизация – да не ги увредиме ние тенденциозно, да не ги стерилизираме. Дори миналата година са ми задавали въпроси, когато имунизирахме против хепатит, и те ме питаха дали не е опасно да останат без деца... Изглежда техните мами им насаждат такива мисли...“. Възможно е причината за такива страхове да е породена от достигнала до ромите информация за стерилизация на ромски жени в Чехия и Словакия и от съществуващото недоверие към българите изобщо и към представителите на всякакъв вид институции.

Типът квартал също се оказва значим фактор за стриктното следване на имунизационната програма. Децата от изолираните квартали не са обхванати напълно от всички имунизации два – два и половина пъти по-често от децата в интегрираните квартали. Малките деца по-често имат пропуски в имунизационния календар в сравнение с по-големите.

В следващата таблица са представени някои от причините, посочени от родителите, поради които децата не са ваксинирани за всички задължителни случаи.

**Таблица 8.10.** Дял на децата, които не са спазили програмата за ваксинации в зависимост от причините за нарушенията (в %)

	Пол		Възрастови групи		Общо
	Мъже	Жени	0 - 9	10 - 15	
Не е полезно и може да е опасно	10,0	8,1	6,7	12,5	9,1
Недостатъчна информация	35,0	43,2	40,0	37,5	39,0
Забравих	25,0	16,2	22,2	18,8	20,8
Затруднен достъп до ваксинационния център	7,5	8,1	4,4	12,5	7,8
Недостиг на финансови средства	7,5	8,1	8,9	6,3	7,8
Други причини	15,0	16,2	17,8	12,5	15,6
Всичко	100	100	100	100	100
<b>База (брой)</b>	<b>(40)</b>	<b>(37)</b>	<b>(45)</b>	<b>(32)</b>	<b>(77)</b>

Според родителите, най-честата причина за пропуските във ваксинацията на децата се дължи на недостатъчната информация, която лекарите и медицинските сестри им дават. Посочили са я две пети от родителите. Те се въздържат да изпълняват нареждания, свързани със здравето на децата им, ако не са убедени, че това наистина е необходимо. Често пъти смятат, че еднократното ваксиниране е достатъчно за предпазване на детето от дадено заболяване и затова пропускат следващите, както става при полиомиелитните ваксини.

На много места още се среща страх от ваксините и въздържането да се правят е много силно. Срецахме такива случаи по време на фокус-групи с роми. Типично е изказването на баща от гр. Монтана, кв. „Кошарника“: „Аз моите деца не съм ги ваксинирал. На комшията детето му умря като го ваксинираха. Значи нещо ваксината не е била хубава. Сигурно на нас ни дават лоши ваксини. Ни го давам нито едно от моите деца да бъде ваксинирано.“ (мъж, Монтана, октомври 2007). Много ромски жени се притесняват, че ваксинирането на децата може да доведе до временно неразположение и това е една от основните пречки за редовното имунизирание на малките. Колкото и несериозно да звучи, страхът от убояването понякога се оказва пречка за ре-ваксинирането на по-големите деца (фокус-групи с роми в Кюстендил, Сливен, Самоков, Пловдив, 2007 г.).

Отново като причина някои роми изтъкват недостига на финансови средства. Това не би трябвало да е така за задължителните ваксини за малките деца – те се предоставят безплатно. Някои незадължителни, но необходими ваксини (напр. тази срещу хепатит В, противогрипните ваксини, ваксините срещу рак на шийката на матката) са прекалено скъпи за бюджета на ромските домакинства, но те не са били предмет на това изследване. Нямам друго логично обяснение защо бедността е посочена като причина за неспазване на имунизационния график, освен затруднението за покриване на транспортните разходи до медицинския кабинет.



## 9. Посещения при зъболекар

### 9.1. Честота на посещенията при зъболекар

След либерализацията на цените на медицинските услуги в страната, най-бързо се влоши достъпът до стоматологични услуги. Цената им скочи многократно, а Националната здравна каса покрива минимален пакет зъболекарски услуги на здравноосигурените лица – един преглед за сваляне на зъбен статус, една пломба на кариес с амалгама и едно вадене на зъб годишно. Бе преустановена практиката до 1989 г. да се поддържа безплатен зъболекарски кабинет във всяко училище, където всички ученици задължително минаваха на два профилактични прегледа годишно и на място се лекуваха всички болни зъби и венците. Бяха закрити ведомствените зъболекарски кабинети. Огромната част от стоматолозите в момента минаха на частна практика, а цените на медицинската услуга и материалите са толкова високи, че затрудняват дори семействата с доходи доста над средните за страната. Бедните почти нямат достъп до качествени зъболекарски услуги по финансови причини.

По данни на ФАКТ- Маркетинг през 2003 г. само около 30% са търсили помощ от зъболекар при нужда. Останалите или са се опитвали да се лекуват сами (около 20%), или са търпели болката (около 50%). Причината е, че за разлика от прегледа при личен лекар, който взема два лева от бюджета на домакинството, посещението при стоматолог се отразява съкрушително на семейните финанси.

По данни от настоящото изследване, една четвърт от ромите са били на зъболекар през годината преди провеждане на интервюто. Около половината не са ходили на зъболекар повече от една година. Почти една трета от респондентите никога не са ходили на зъболекар.

Дори тези данни изглеждат завишени. Вероятно е част от отговорите да са социално желателните, а не такива, които отразяват действителното състояние на нещата.

**Таблица 9.1.** Разпределение на ромите в зависимост от времето на последното посещение на зъболекар и по пол и възрастови групи

	допреди 3 месеца	4 - 12 месеца	Година и повече	Никога не е ходил/а	Всичко	База (брой)
<b>ОБЩО</b>	<b>14,7</b>	<b>11,7</b>	<b>45,1</b>	<b>28,6</b>	<b>100</b>	<b>(814)</b>
<b>Деца и възрастни</b>						
Деца	10,6	14,3	19,6	55,5	100	(266)
Възрастни	16,6	10,4	57,4	15,5	100	(548)
<b>Възрастови групи</b>						
0 - 9	3,5	10,4	9,7	76,4	100	(144)
10 - 15	19,0	19,0	31,4	30,6	100	(122)
16 - 29	18,2	10,6	50,5	20,7	100	(198)
30 - 44	16,6	12,2	55,2	16,0	100	(181)
Над 45 год.	14,9	8,3	67,9	8,9	100	(169)
<b>Пол</b>						
Мъже	12,8	11,8	43,5	31,9	100	(439)
Жени	16,9	11,5	46,9	24,7	100	(375)



Възрастта е значим фактор за посещаването на стоматолог. Над половината от децата не са ходили на зъболекар никога, а в групата на най-малките – 0 – 9 годишните този дял достига три четвърти. При възрастните 15.5% никога не са ходили на зъболекар.

Нерационалното хранене, приемането на много сладки храни, е причина още в ранна детска възраст да се появяват здравни проблеми със зъбите. Поради това две пети от децата на възраст 10 – 15 години са били на зъболекар в рамките на последната година. Това е възрастовата група с най-висок дял лица, потърсили стоматологична помощ през последната година. Жените ходят на зъболекар малко по-често от мъжете. Жителите на столицата и на най-големите градове в страната малко по-често си позволяват медицински грижи за зъбите и венците. На практика няма разлика в посещаемостта на зъболекар при жителите на интегрирани или изолирани квартали. Здравната осигуровка също не играе никаква роля при търсенето на този тип услуги – те са почти напълно заплащани от пациентите.

Само 99 лица са посетили зъболекар през последните три месеца преди изследването. На две пети от тях се е наложило да ходят на зъболекар само веднъж, една четвърт са направили две посещения, на 38% се е наложило да ходят три или повече пъти при стоматолог, за да се справят с възникналия проблем. Жените са проявили малко повече търпение и са направили повече визити за лечението на болни зъби или венци. Броят на респондентите е твърде малък, за да се проследи дали и как влияе възрастта върху броя на посещенията на зъболекар.

Малко по-щедрият пакет от нископрагови зъболекарски услуги за децата е основната причина малките да се ориентират по-често към услугите на зъболекари, работещи по договор със Здравната каса, от възрастните. Девет десети от децата са посетили зъболекар в ДКЦ, обвързан със Здравната каса, срещу две трети от възрастните. Обратното, 27% от възрастните са потърсили помощ при зъболекар на частна практика, срещу 7% от децата. В отделни махали има здравни центрове, в които дават дежурства и зъболекари, чийто труд се заплаща по различни проекти. Техните услуги са безплатни за жителите на махалите. Ползвали са ги 8% от възрастните и 4% от децата, потърсили стоматологична помощ през последните три месеца.

## 9.2. Здравен статус на зъбите и венците

Неправилният хранителен режим, недостатъчната хигиена на устата, липсата на профилактика и късното обръщане за помощ към зъболекар са причините за лошия здравен статус на ромските деца от най-ранна възраст. При една четвърт от най-малките вече има множество проблеми със зъбите и венците. В групата на децата от 10 до 15 години само една трета имат здрави зъби.

**Таблица 9.2.** Разпределение на децата в зависимост от състоянието на техните зъби по пол и възрастови групи

	Общо	Възрастови групи		Пол	
		0 - 9	10 - 15	Мъже	Жени
Има развалени зъби ("дупки")	35,7	27,1	45,9	35,7	35,8
Има извадени зъби	19,5	12,5	27,9	21,0	17,4
Има пломби на някои зъби	28,9	11,8	49,2	28,0	30,3
Има кървене на венците при миене или спонтанно кървене	10,2	5,6	15,6	7,6	13,8
Зъбите на детето са здрави	44,7	54,2	33,6	45,2	44,0
Детето още няма зъби	10,2	18,1	0,8	9,6	11,0
<b>База (брой)</b>	<b>(266)</b>	<b>(144)</b>	<b>(122)</b>	<b>(157)</b>	<b>(109)</b>

Една четвърт от най-малките и половината от децата на 10-15 години имат кариеси и пулпити. Вече са си вадели постоянни зъби 12.5% от децата до 9 години и 28% от тези между 10 и 15 години. Проблемите със здравето на зъбите и венците са равномерно разпределени по пол, но

момчетата като че ли са малко по-склонни да ги лекуват, а момчетата са по-склонни да решат проблема радикално – просто като извадят болния зъб.

При възрастните роми зъбният статус е наистина лош, а все пак става дума за много младо население. Две трети имат кариеси или пулпити. Три пети имат поне един изваден зъб, а половината са оставили нещата дотам, без да направят мост на мястото на липсващия зъб. Всеки трети се оплаква от кървене на венците. Всеки пети има зъб/и, който се клати.

Възрастта оказва влияние върху влошаването на зъбния статус. Полът на практика не е значим фактор.

**Таблица 9.2.** Разпределение на възрастните в зависимост от състоянието на техните зъби по пол и възрастови групи

	Общо	Възрастови групи			Пол	
		16 - 29	30 - 44	Над 45	Мъже	Жени
Има развалени зъби/"дупки"	63,0	57,6	62,4	69,8	65,6	60,2
Има извадени зъби	61,1	35,4	64,6	87,6	60,6	61,7
Има пломби на някои зъби	63,1	57,1	65,7	67,5	62,4	63,9
Кървене на венците при миене или спонтанно кървене	31,8	27,3	35,4	33,1	29,8	33,8
Има клатещи се зъби	21,9	9,1	18,8	40,2	20,9	22,9
Има коронки, мостове или друг вид протези и изкуствени зъби	18,2	3,5	17,7	36,1	18,4	18,0
Има липсващи зъби, които не са заменени от протеза	48,7	30,8	46,4	72,2	49,3	48,1
Има всичките си естествени зъби	35,6	59,1	32,0	11,8	36,9	34,2
<b>База (брой)</b>	<b>(548)</b>	<b>(198)</b>	<b>(181)</b>	<b>(169)</b>	<b>(282)</b>	<b>(266)</b>

Поне две трети от възрастните роми в различни периоди от време са ходили на зъболекар и са лекували част от зъбите си. Две трети имат пломбирани зъби, а всеки шести има коронки, мостове или друг вид зъбни протези и изкуствени зъби. Само при най-младите възрастни, тези на 16-29 години, повече от половината нямат изкуствени зъби или протези. Едва една трета от възрастните роми могат да се похвалят, че всичките им зъби са естествени (една десета при лицата над 45 години).



## 10. Хоспитализация

Реформата в болничната помощ в България стартира късно (през 2001 г.) и все още не е привършила. Преобладаващата част от изследванията демонстрират общи предимно негативни нагласи и оценки, касаещи промените в болничните услуги. Безспорно е, обаче, че през последните години бе извършено сериозно обновяване на медицинските технологии в много болнични заведения и оборудването им със съвременна медицинска апаратура и инструменти, което повишава качеството на медицинската помощ. Много лекари повишиха квалификацията си в чужбина за работа с най-нови технологии. Повишава се ефективността на използването на легловия фонд и капацитета на медицинския персонал, зает в болниците (ФАКТ-Маркетинг, 2003, Кулаксъзов и кол. 2003, НЦЗИ 2008, 2009).

Пациентите отправят много критики към реформата в болничната система. Основното им недоволство е съсредоточено до:

- “нерегламентирани плащания” в болниците при наличие на талон за безплатно лечение;
- липса на достатъчно предварителна информация относно цените на престоя, изследванията, оперативното лечение, които се поемат от Здравната каса;
- лоши хигиенни условия на болничните помещения;
- недостатъчно добро качество на медицинските услуги в болниците в по-малките градове поради липса на подходящо диагностично и техническо оборудване;
- недостатъчно внимание от страна на медицинския персонал, особено от страна на полувисшия и обслужващия персонал;
- лошо състояние на материалната база и недостиг на основни средства, включително за лекарства, санитарни материали, храна и поддръжка в някои болници;
- недостъпност на медицинските услуги в болниците за по-бедните пациенти поради високата цена на регламентиранияте и нерегламентиранияте доплащания;
- все още ниско възнаграждение на болничния персонал, което в съчетание с недостатъчен професионализъм понякога води до занижен морал (НОЕМА 2001, Кулаксъзов и кол. 2003, ФАКТ Маркетинг 2003, ИОО 2008).

### 10.1. Хоспитализация на ромите в сравнение с тази на основното население

По данни на ФАКТ Маркетинг през 2003 г. ромите са ползвали болнични услуги в по-голяма степен от другите етнически групи, но оценката им за качеството на услугите, които са получили там, са по-ниски. За период от една година около 30% от ромите са ползвали медицински услуги в болнично заведение. Доволни са останали около 75% от тях.

По данни от изследването “Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа” през 2008 г. делът на хоспитализираните роми е бил значително по-малък – една пета от респондентите са престоявали в болница поне едно денонощие през годината преди

провеждане на интервюто. Получените данни отговарят на все по-отчетливо наблюдаваната тенденция лечението в болница да се ограничи максимално само до най-тежките случаи, при това за все по-малко време.

**Таблица 10.1** Разпределение на ромското население, което е било хоспитализирано поне за една нощ през последните 12 месеца по пол и възрастови групи (в %)

	Хоспита-лизирани	Нехоспита-лизирани	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>19,7</b>	<b>80,3</b>	<b>100</b>	<b>(814)</b>
<b>Деца и възрастни</b>				
Деца	20,7	79,3	100	(266)
Възрастни	16,6	83,4	100	(548)
<b>Пол</b>				
Мъже	16,4	83,6	100	(439)
Жени	19,7	80,3	100	(375)
<b>Възрастови групи</b>				
0 - 9	29,2	70,8	100	(144)
10 - 15	10,7	89,3	100	(122)
16 - 29	14,6	85,4	100	(198)
30 - 44	12,2	87,8	100	(181)
Над 45 год.	23,7	76,3	100	(169)

Най-висок е делът на хоспитализираните сред малките деца – една трета от тях са постъпвали в болница, както и сред най-възрастните – лицата над 45 години, от които една четвърт са били хоспитализирани. Поради по-високата възраст, до която доживяват жените в недобро здраве, делът им сред хоспитализираните е по-висок от този на мъжете. Прави впечатление, че **най-затруднен е достъпът до болнични заведения на най-бедните роми**. Само 13.5% от тези от тях, които живеят при най-мизерни условия - в колиби от подръчни материали, са били хоспитализирани.

Лицата без здравни застраховки са били хоспитализирани по-често, отколкото здравно-осигурените – съотношението е 20.1 : 17%. Очевидно за част от най-бедните роми, които обаче не са социално подпомагани, триденевната безплатна хоспитализация в отделенията за бърза помощ е най-сигурният начин за осигуряване на лечение и за достъп до медицински услуги изобщо.

Съсредоточаването на ромските деца в болниците е най-високо в първата година от живота им. Всички педиатри в болнични заведения твърдят, че ромските деца са най-честите пациенти в групата на най-малките.

*„В педиатрията по-голямата част от пациентите ми, над две трети, са ромски деца, често – деца в кърмаческа възраст с бронхити или пневмонии. Българските деца в първата година от живота си обикновено не са били болни нито един ден, или поне не им се налага да влизат в болница... Едно циганче до една година боледува поне пет-шест пъти, от които поне веднъж от пневмония... Но това – не защото са по-болни като нация, а поради начина на живот.“* (Интервю с педиатър, Началник педиатрично отделение в болницата, Самоков, ноември 2007 г.).

Косвено потвърждение на наблюденията на педиатрите и завеждащ детските отделения в болниците намираме в данните на националната здравна статистика. В периода 2000 – 2006 г. броят на пациентите с неонаталогични проблеми се е увеличил 1.3 пъти. Броят на хоспитализираните хипотрофични, увредени и недоносени деца, както и на децата в кърмаческа възраст се е увеличил 1.5 пъти. Поради ранните раждания и лошите условия на живот на много ромски жени, делът на бебетата с подобни проблеми в ромската общност е много по-висок от средния за страната. Когато разглеждаме класацията на 10-те най-чести заболявания, довели до хоспитализация на децата, установяваме, че става дума за болести, за които лекарите твърдят, че се срещат много по-често при ромските деца – пневмонии и бронхити, инфекциозни болести

и паразити, болестни състояния през перинаталния период, дизентерии, ранна и извънредно ранна бременност и раждане и т.н.

**Таблица 10.2.** Хоспитализирани случаи в стационарите на лечебните заведения на възраст 0 – 17 г. в периода 2005 – 2007 г. (в %)

Болести - деца	2007	2006	2005
Болести на дихателната система	41.2	42.0	45.5
Някои инфекциозни и паразитни болести	13.3	12.5	10.1
Травми, отравяния и др. последици от външни причини	8.0		7.4
Някои състояния, възникващи през перинаталния период	7.0	6.4	6.6
Болести на храносмилателната система	6.9	6.8	6.6
Болести на пикочо-половата система	4.4	4.3	4.1
Бременност, раждане и послеродов период	4.1	3.9	3.6
Вродени аномалии, деформации и хромозомни аберации	1.8	1.8	2.1
Болести на нервната система	1.8	1.9	1.6
Кожни болести	1.6	1.7	2.4
Болести на органите на кръвообращението	1.4	1.8	0.7
Новообразувания	1.4	1.6	1.8

Източник: НЦЗИ 2008

НЦЗИ ни предоставя данни и за основните класове болести, поради които са били хоспитализирани децата на възраст до 1 година. Първите три от тях, заради които са били хоспитализирани 88.4% от децата до 1 година, са отново типични най-вече за ромските деца – болести на дихателната система; състояния, възникващи през перинаталния период; инфекциозни и паразитни заболявания.

При възрастните не сме в състояние да оценим по косвен път дали ромите са по-често хоспитализирани от останалото население въз основа на типични заболявания. Болестите, поради които най-често и най-много български граждани са постъпвали в болница – исхемична болест на сърцето, сърдечна недостатъчност, мозъчно-съдови болести, стенокардия, мозъчен инфаркт и др. се срещат при всички етнически групи с напредването на възрастта. Лекарите твърдят, че те се проявяват при ромите в по-ранна възраст. Преобладаващата част от туберкулозно болните са роми. Но без ново изследване, което да е представително за големите етнически общности, не е възможно да направим сравнение на хоспитализацията по етнически признак при възрастното население.

## 10.2. Продължителност на болничния престой

По данни на Националния център за здравна информация средният престой на един болен в лечебните заведения за болнична помощ е намалял от 11.5 дни през 2000 г. на 7.2 дни през 2006 г. Това бе един от планираните резултати на реформата в болничната сфера.

Когато сравним данните на НЦЗИ за средния болничен престой в страната с тези от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* установяваме, че ромите престояват в болница по-дълго време от останалото население. Ако допуснем, че средният престой в болница през 2008 г. е останал на нивото на 2006 г. (последната, за която разполагаме с данни на НЦЗИ), средният престой на ромите в болница е с 2.6 дни по-продължителен, отколкото на останалите български граждани.

**Таблица 10.3.** Среден брой дни в болница при последната хоспитализация на хоспитализираните през последните 12 месеца

	Мъже	Жени	Общо
Общо	9,55	10,01	9,79
Деца	12,31	13,85	12,87
Възрастни	6,86	8,59	7,90

Най-дълъг е средният престой в болница на ромските деца. Жените престояват в болница средно с 1.7 дни по-дълго от мъжете.

Над 8 дена се престояли в болница 54.8% от хоспитализираните деца на възраст от 0 до 9 години, останалите са били хоспитализирани за срок от 1 до 7 дни. При всички останали възрастови групи, дори при тези над 45 годишна възраст, над половината от хоспитализираните са останали в болница в рамките на една седмица при последния им престой там

**Таблица 10.4.** Разпределение на хоспитализираните през последните 12 месеца по брой дни, прекарани в болница

	1 до 7	8 и повече	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>55,2</b>	<b>44,8</b>	<b>100</b>	<b>(146)</b>
<b>Деца и възрастни</b>				
Деца	49,1	50,9	100	(55)
Възрастни	58,9	41,1	100	(91)
<b>Възрастови групи</b>				
0 - 9	45,2	54,8	100	(42)
10 - 15	61,5	38,5	100	(13)
16 - 29	67,9	32,1	100	(29)
30 - 44	59,1	40,9	100	(22)
Над 45 год.	52,5	47,5	100	(40)
<b>Пол</b>				
Мъже	59,2	40,8	100	(72)
Жени	51,4	48,6	100	(74)

Силно впечатление прави влошеното здраве още в групата на 30 - 44-годишните роми. На две пети от тях им се е наложил над 8 дневен престой в болница. При постъпилите в болница роми на възраст над 45 години почти половината е трябвало да се лекуват под постоянен лекарски контрол над 8 дена.

Данните от настоящото изследване подкрепят наблюденията на лекарите, че поради тежката форма на заболяванията и често срещаните множествени заболявания при пациентите роми, техният престой в болница обикновено е по-продължителен, отколкото на останалото население.

### 10.3. Причина за приемане в болница

По данни на Националния център за здравна информация през 2006 г. най-дълъг е бил средният престой в психиатричните болници – 61.1 дни. В специализираните болници за долекуване и продължително лечение той е бил 11.5 дни, в болниците за рехабилитация - 10.8 дни, в специализираните болници за активно лечение – 6.8 дни, в многопрофилните болници за активно лечение – 6.6 дни. Намалел е престоят в болници на оперираните пациенти. През 2006 г. средният предоперативен престой в болница е бил 1.2 дни, а средният престой в лечебното заведение на оперираните болни - 5.6 дни (общо 6.8 дни). В скъпите частни болници пост-оперативният престой е два пъти по-кратък – средно 2.4 дни (НЦЗИ 2008).

Изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”*. представя следната картина на средния престой на ромите в болница по причина за хоспитализация (по данни за последната хоспитализация в рамките на 12 месеца преди интервюирането):

**Табл. 10.5.** Среден брой дни в болница по причина за хоспитализацията

	Деца	Възрастни	Общо
<b>Общо</b>	<b>12,87</b>	<b>7,90</b>	<b>9,79</b>
Хирургична интервенция	37,38	7,90	16,32
Медицински изследвания с цел диагностика	9,25	6,08	6,88
Медицинско лечение без операция	8,88	9,31	9,09
Някаква друга причина	5,67	6,16	6,09

Когато сравним информацията от НЦЗИ с данните от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* можем да направим няколко извода:

- при операция ромите прекарват в болница средно по-дълго, отколкото останалото население;
- ромските деца често постъпват в болница с множество болестни симптоми в тежка форма, което налага провеждането на много изследвания с цел точна диагностика;
- при ромските деца често се налага продължително лечение на съпътстващи заболявания преди операция;
- при възрастните роми също често се налага по-дълъг престой за лечение в болница поради тежкото състояние на заболяването, с което влизат и / или поради общото лошо здравно състояние на бедните пациенти, които се възстановяват по-бавно.

**Табл. 10.6.** Разпределение на хоспитализираните през последните 12 месеца по причина за последното хоспитализиране

	Хирургична интервенция	Изследвания/ диагностика	Лечение без операция	Друга причина	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>19,2</b>	<b>11,0</b>	<b>54,1</b>	<b>15,8</b>	<b>100</b>	<b>(146)</b>
<b>Деца и възрастни</b>						
Деца	14,5	7,3	72,7	5,5	100	(55)
Възрастни	22,0	13,2	42,9	22,0	100	(91)
<b>Възрастови групи</b>						
0 - 9	14,3	7,1	76,2	2,4	100	(42)
10 - 15	15,4	7,7	61,5	15,4	100	(13)
16 - 29	17,2	10,3	34,5	37,9	100	(29)
30 - 44	31,8	9,1	31,8	27,3	100	(22)
Над 45 год.	20,0	17,5	55,0	7,5	100	(40)
<b>Пол</b>						
Мъже	16,7	6,9	66,7	9,7	100	(72)
Жени	21,6	14,9	41,9	21,6	100	(74)

Над половината от хоспитализираните през 2008 г. роми са постъпили в болница за активно лечение, една пета – за хирургични операции, една десета – за изследвания и поставяне на точна диагноза, останалите – по някакви други причини.

Най-често са били хоспитализирани с цел извършване на операция лицата на възраст 30 – 44 години. Една трета от тях са лежали в болница заради операция. При най-възрастните, тези над 45 години, за операция са били приети една пета от хоспитализираните лица.



#### 10.4. Период на чакане преди постъпване в болница

Въпреки че четири пети от ромите, които са били хоспитализирани през 2008 г. твърдят, че не са били приети веднага в болница, а им се е наложило да изчакат, в повечето случаи изчакването е било минимално. При децата то по правило е било в рамките на ден-два, а при възрастните – на няколко дена. Само 3% от възрастните роми е трябвало да чакат месец, за да бъдат приети в болница, а още около 1-2% са чакали от два до четири месеца. Вероятно става дума за пациенти, които са чакали да бъдат оперирани, без случаят им да е спешен.

**Табл. 10.7.** Разпределение на хоспитализираните през последните 12 месеца, които са бил в лист за чакащи при последното хоспитализиране, по продължителност на чакането

	Деца	Възрастни	Общо
По-малко от месец	100	95,7	97,4
Един месец	0,0	2,9	1,8
От 2 до 4 месеца	0,0	1,4	0,9
<b>Всичко</b>	100	4	100
<b>База (брой)</b>	<b>(44)</b>	<b>(70)</b>	<b>(114)</b>

Данните от настоящото изследване не дават основания за подозрение в дискриминационно отношение спрямо ромите при хоспитализацията им въз основа на етническото им различие.

#### 10.5. Типове финансиране за покриване разходите по хоспитализацията

Ограниченият бюджет за публично здравеопазване в България налага почти винаги пациентът сам да поеме една значителна част от лечението под форма на закупуване на лекарства и медицински материали, заплащане на част от изследванията, плащане на потребителска такса за престой в болница, която възлиза на 5 лв. за ден. Ако се прави операция, роднините на оперирания трябва да предоставят 4 банки кръв (по половин литър всяка) в специализирана за тази цел лаборатория.<sup>13</sup> Ако освен основното заболяване, заради което пациентът е постъпил в болница, се открият и други заболявания, които трябва да се лекуват, пациентът заплаща изцяло лекарствата, а често – и изследванията, консултациите със специалисти, медицинските услуги на помощния медицински персонал. Ако лекарският екип е преценил, че операцията може да се извърши с местна упойка, но пациентът поиска пълна, пациентът заплаща или закупува и предоставя упойката. Ако бъдещата майка предпочете да роди с цезарево сечение, без това да е наложително от медицинска гледна точка, тя изцяло заплаща разходите за операцията. До 2009 г. допълнителни средства се вземаха от пациента под предлог, че той или тя сами са направили избор на лекарския екип, който ще извърши операцията. В повечето случаи този „избор“ бе абсолютно фиктивен, но пациентът си плащаше. Освен тези регламентирани плащания, цената на лечението в болница може да се увеличи многократно от нерегламентирани плащания, най-често при извършването на операции или при раждане.

Сериозен проблем за пациентите представлява неяснотата каква част от лечението им се покрива от Здравната каса и какво трябва да доплатят те. От заплащане на такса за престой са освободени децата, пенсионерите, инвалидите с първа степен инвалидност, бедните, които са на месечно социално подпомагане и военните. Не се заплащат медицинските услуги в отделенията на бърза помощ.

В частните клиники цялото лечение се заплаща от пациента на място и веднага, освен ако те имат договор със Здравната каса. Дори в този случай пациентите заплащат по-голяма сума, отколкото в публичните болници. В общинските, университетските и други публични болници също се

<sup>13</sup> Има възможност да закупят кръв. За цената се споразумяват с брокер пред лабораторията, като донорите най-често са ромски жени.

извършват изцяло платени медицински услуги от лица, постъпили без направление от домашен лекар или такива, които не са здравно осигурени.

По данни от настоящото изследване разходите за лечението в болница на 71.5% от хоспитализираните през последните 12 месеца роми е било поето изцяло от Националната здравна каса.

**Таблица 10.8.** Разпределение на хоспитализираното население по начин на поемане на разходите за лечение и причина за последната хоспитализация

	Национална здравна каса	Семей-ството	Смесено	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>71,5</b>	<b>13,2</b>	<b>15,3</b>	<b>100</b>	<b>(146)</b>
Хирургическа интервенция	64,3	21,4	14,3	100	(28)
Изследвания и диагностика	78,6	7,1	14,3	100	(14)
Лечение без операция	73,4	12,7	13,9	100	(79)
Друга причина	69,6	8,7	21,7	100	(23)

В най-голяма степен Здравната каса е покривала разходите на хоспитализираните роми за медицински изследвания с цел по-точна диагностика и лечението на заболявания без хирургическа намеса. Най-често семейството е трябвало да заплаща изцяло или да доплаща за операция.

Националното здравно законодателство предпоставя разликата в заплащането на медицинските услуги на децата и възрастните. Докато при четири пети от децата всички медицински разходи за хоспитализация са поети от Здравната каса, при възрастните това е било възможно само за две трети от хоспитализираните лица.

**Таблица 10.8.** Разпределение на хоспитализираното население по начин на поемане на разходите за лечение и възрастови групи

	Национална здравна каса	Семей-ството	Смесено	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>71,5</b>	<b>13,2</b>	<b>15,3</b>	<b>100</b>	<b>(146)</b>
<b>Децата и възрастни</b>					
Децата	80,0	1,8	18,2	100	(55)
Възрастни	66,3	20,2	13,5	100	(91)
<b>Възрастови групи</b>					
0 - 9	76,2	2,4	21,4	100	(42)
10 - 15	92,3	0,0	7,7	100	(13)
16 - 29	62,1	31,0	6,9	100	(29)
30 - 44	63,6	22,7	13,6	100	(22)
Над 45 год.	71,1	10,5	18,4	100	(40)

Много малка част от ромските родители са предпочели да заведат децата си в платена частна болница, а на други се е наложило да доплащат медицинските услуги. Възможно е част от тях да са били пациенти на частни болници, които работят по договор със Здравната каса.

Най-често семейството е поемало изцяло разходите за лечение на свой член в болница при най-младите възрастни – лицата на 16-29 години. Вероятно тук попадат младите хора, които са работили в чужбина и не са здравно осигурени, част от ражданията, лечението на млади хора, чиито родители работят в чужбина или имат бизнес в страната.

Данните от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”*. позволяват да се направи извод, че по-голяма част от ромите в сравнение с останалото население на България ползват напълно безплатни болнични услуги. Това е обяснимо –

много голяма част от ромите влизат в една или повече категории на лица, чието медицинско обслужване се поема изцяло от бюджета: Делът на децата в ромската общност е над два и половина пъти по-голям, отколкото при българите. Значителна част от ромите са регистрирани като бедни и са освободени от потребителски такси и от самофинансиране на част от лечението. Инвалидността в общността настъпва рано. Много здравно неосигурени роми ползват главно услуги, предоставяни им от отделенията на Бърза помощ.

## 11. Използване на Бърза помощ

### 11.1. Използване на услугите на Бърза помощ

Жителите на ромските квартали имат стандартните проблеми със звената за спешна медицинска помощ, които срещат и останалите граждани: препращане на спешните случаи към личните лекари (най-често), заплащане на безплатните услуги, забавяне и т.н. Като специфични проблеми се очартават два. Първо, липсата на телефони в бедните жилища и слабата телефонизация на кварталите затруднява бързата връзка със звената за спешна помощ. Второ, тесните улици в някои ромски квартали правят физически невъзможен достъпа на колите за спешна помощ до жилищата на пациентите.

Най-често споменаван проблем, срещан при нужда от спешна медицинска помощ, е трудната връзка поради липсата на телефонизация и на телефонни апарати. През 2003 г. според 60% от ромите това е бил много сериозен проблем. С масовото навлизане в употреба на мобилни телефони след тази година това остава проблем за значително по-малка част от ромите, която обаче е най-бедната. Отново през 2003 г. половината от ромите са посочвали като тежък проблем закъснението на колите със спешните медицински екипи, а според една трета често тези екипи изобщо не се отзовават. Имаме основание да твърдим, че последното впечатление не е резултат от директни откази да бъде посетен нуждаещ се пациент, а от препращане към личния лекар. При разговорите по време на фокус групи неведнъж беше споменавано, че това е обичайната реакция на службите за спешна помощ, която често създава напрежение и у пациентите, и у общопрактикуващите лекари (ФАКТ-Маркетинг 2003, Томова, Пампоров, Миленкова 2008).

Служителите в Националната здравна каса и в Министерство на здравеопазването подчертават, че след 2000 г. е налице постоянно повишаване на качеството на спешната медицинска помощ в резултат на реорганизацията на структурите ѝ и преоборудването на областните центрове за СМП (ФАКТ-Маркетинг, 2002, Кулаксьзов и кол. 2003). Но ниското заплащане на труда на медицинските служители и огромната натовареност на звената продължават да създават проблеми. Текуществото в звената на Бърза помощ е много голямо, незаетите работни места са практика в цялата страна.

По данни на изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* през 2008 г. 16% от ромите са ползвали услугите на Бърза помощ – една пета от децата и една седма от възрастните. Най-често са се обръщали към тези звена най-малките деца и най-възрастните роми. Поради преобладаването на жените в най-високите възрастови групи, техният дял при ползвалите услугите на Бърза помощ нараства.

**Таблица 11.1.** Разпределение на населението, ползвало услугите на Спешна помощ през последните 12 месеца по пол и възрастови групи

	Използвали Бърза помощ	Не са ползвали Бърза помощ	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>15,6</b>	<b>84,4</b>	<b>100</b>	<b>(814)</b>
<b>Деца и възрастни</b>				
Деца	20,3	79,7	100	(266)
Възрастни	13,3	86,7	100	(548)
<b>Пол</b>				
Мъже	14,1	85,9	100	(439)
Жени	17,3	82,7	100	(375)
<b>Възрастови групи</b>				
0 - 9	25,7	74,3	100	(144)
10 - 15	13,9	86,1	100	(122)
16 - 29	10,6	89,4	100	(198)
30 - 44	11,6	88,4	100	(181)
Над 45 год.	18,3	81,7	100	(169)

В групи с висока детска заболяемост и висока детска смъртност, каквато е и ромската, повишената тревожност на родителите е разбираема и по-честото използване на услугите на Спешна помощ е проява на рационално поведение.

Изследването показва също така, че по-често към услугите на Бърза помощ прибягват ромите от селата и от изолираните градски махали. Сред тях наличието на собствени автомобили е рядкост, а невинаги има редовни транспортни услуги, осигурявани от публичния транспорт. Освен това в селата населението често няма постоянен достъп до общопрактикуващ лекар, тъй като е практика един лекар да обслужва няколко села или да допълва градската си практика с допълнителни часове в съседно село.

Ромите без здравна осигуровка се обръщат към звената на Бърза помощ близо два пъти по-често от здравноосигурените – за много от тях, особено за най-бедните, това е единственият начин да получат квалифицирана лекарска помощ, хоспитализация в рамките на три дена, дори спешна операция. През последната година 22.4% от здравнонеосигурените роми са получили медицински услуги в звената на Спешна помощ, срещу 12.5% от здравно-осигурените.

## 11.2. Честота на използване на услугите на Бърза помощ

Половината от използвалите услугите на звената на Спешна помощ през последната година са го правили само веднъж. Една пета са ползвали Бърза помощ два пъти през годината. Една десета са се обръщали към тази институция 3-4 пъти и 16.5% - пет или повече пъти. Всяко девето дете или жена от тази група са търсили и получили по пет и повече пъти услугите на Бърза помощ.

**Таблица 11.2.** Разпределение на населението, ползвало услугите на Спешна помощ през последните 12 месеца, по брой на използваните услуги и по пол и възрастови групи

	Един	Два	Три	Четири	Пет и повече	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>52,0</b>	<b>21,3</b>	<b>6,3</b>	<b>3,9</b>	<b>16,5</b>	<b>100</b>	<b>(127)</b>
<b>Деца и възрастни</b>							
Деца	63,0	13,0	1,9	3,7	18,5	100	(54)
Възрастни	43,8	27,4	9,6	4,1	15,1	100	(73)
<b>Пол</b>							
Мъже	58,1	17,7	4,8	4,8	14,5	100	(62)
Жени	46,2	24,6	7,7	3,1	18,5	100	(65)

Средният брой на ползваните услуги на Бърза помощ през последната година е 2.5 пъти: 2.4 пъти от деца и 2.7 пъти от възрастни. Най-често са ползвали услугите на Бърза помощ ромите от селата – 2.9 пъти, възрастните жени – средно 2.8 пъти, най-рядко – от момчетата – 2.0 пъти.

Лекарите, които работят в звената на Спешна помощ изтъкват, че фактически това е институцията, която в най-голяма степен безкористно и всеотдайно служи на хората. Те са горди със своя професионализъм, защото действително всекидневно спасяват живота на десетки хора в много тежко състояние. Същевременно те са болниците и лекарите на бедните. Може би именно затова заплатите там са много ниски, а условията на труд – изключително тежки.

### 11.3. Най-често използвани услуги на Бърза помощ

Най-често са били използвани услугите на специализираните болници за спешна помощ, каквато е, например, медицинският институт Пирогов в София. Такъв тип центрове за спешна помощ има във всяка област в страната – общо 28. Услугите им са били използвани от 70% от ромите, получили медицинска грижа от звената на Бърза помощ през последната година. В тези болници се извършва диагностицирането и лечението на всякакъв вид травми, изгаряния и отравяния; диагностицирането и лечението на остро протичащи заболявания на сърдечно-съдовата, нервната, храносмилателната и отделителната система; операции на мозъка, сърцето и кръвоносната система; стомашни, бъбречни и всякакви други операции.

На второ място най-често са били използвани услугите на кабинетите за спешна помощ към лечебните заведения за извън-болнична помощ. Там обикновено се извършват медицински прегледи, консултации и диагностика на заболяването, назначава се лечение и пациентът се изпраща за лечение в дома си или в болница за спешна помощ. Използвали са ги 14% от ромите, потърсили медицинска услуга от звената на Спешна помощ.

Почти същият е делът на ромите, възползвали се от мобилните екипи и линейките на Бърза помощ, за да получат медицинска услуга в дома при произшествие или остро протичане на заболяване и/или за да бъдат транспортирани до болница.



## 12. Превантивни мерки взети от жени

### 12.1. Раждане

Раждането на дете има изключително значение в живота на почти всички жени по света. При мнозинството от ромите майчинството е главната социална роля на жената. Бременността на младата булка се приема с голяма радост като благословия. За разлика от българската общност, която е съхранила архаичните определения за бременната жена като „трудна“ или „тежка“, ромите наричат своите бременни жени „слънчеви“. Раждането придава завършения статус на зряла и пълноценна жена на майката.

Ромската общност продължава да оказва огромен натиск върху младежите за стопроцентова брачност и за ранно раждане на децата. Тези нагласи са преодоляни при ромите със средно и висше образование и при част от тези, които живеят извън ромските махали, заобиколени изцяло от българи или турци. През последните години ромските млади жени с високо образование възприеха напълно семейния и репродуктивния модел на високообразованите българки и ако изобщо се оженят до 30 годишна възраст, рядко раждат повече от едно дете.

Данните от настоящото изследване показват, че има известно повишаване на средната възраст, на която ромските жени стават съпруги и майки. В началото на 90-те години на XX в. над 80% от ромите започваха семеен живот преди да навършат 18 години, а първите раждания обикновено настъпваха в годината след сватбата. По данни от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* една трета от жените на възраст 16-29 години, попаднали в извадката, още не са раждали.

При някои от най-бедните и маргинализирани ромски субгрупи, при които се е съхранила високата детска смъртност, изследователят все още може да чуе съвети и твърдения, свързани с раждането, които са били характерни за останалото население до края на XIX в., когато в България детската смъртност е била много висока. Възрастните жени често изказват възгледи от типа:

*„Трябва да родиш поне три-четири деца, за да има и за Смъртта, и за тебе.“*

*“Не е толкова страшно да ти умре дете. Понеже е безгрешно, духът му стои на дяското рамо на Богородица и оттам пази майка си, братята и сестрите си.“*

Изискването за ранно раждане на децата също е съхранено от времената, когато майчината смъртност и преждевременната смъртност при жените са били много високи. Постепенно и бавно тези нагласи се променят, особено при по-образованите жени. Те полагат много усилия да представят пред общността си друг модел – на образована и квалифицирана жена, която има успешна трудова кариера и същевременно ражда и отглежда дете с амбиции то да бъде високообразовано и с престижна квалификация. В много от изолираните ромски махали този модел се посреща с недоверие, а на носителите му гледат като на хора, които са предали общността си и са станали „като българи“.



## 12.2. Прегледи при гинеколог

Прегледите при гинеколог при ромските жени зависят от много фактори. В махали, където от дълго време работи жена гинеколог, спечелила доверието на местната общност, грижите за женското здраве, семейното планиране и използването на спирали за предпазване от нежелана бременност са същите или дори по-добри, отколкото при българските жени (Томова 2009). В други субгрупи, особено при много бедни и нискообразовани жени, на гинеколог се ходи само за установяване на бременност и при раждане.

По данни от настоящото изследване 15% от ромските жени на 16 и повече години никога не са ходили на гинеколог – предимно млади, вероятно неомъжени жени. Този отговор е даден и от 9 жени над 45 години, по всяка вероятност отдавна излезли от репродуктивна възраст, които може би са искали да кажат, че от години (или десетилетия) не са ходили на такъв преглед. Само във връзка с бременност и раждане на гинеколог са ходили 22.1% от респондентките.

През последната година на гинекологичен преглед са ходили 25% от ромските жени, независимо от това, че не са били бременни. Други 11.5% са ходили през последните 3 години, а 27% не са били на преглед повече от 3 години. Три пети от жените, които не са ходили на гинекологичен преглед повече от 3 години, са над 45 години, предимно от селата. Най-често на преглед при гинеколог ходят най-младите жени – 69% от тези от тях, които не са бременни, са били на гинеколог през последната година. При най-възрастните – над 45 год. – през 2008 г. при гинеколог са били една пета от жените. Причините за посещение на гинеколог, различни от бременност, са представени в следващата таблица:

**Таблица 12.1.** Разпределение на жените, които са били на гинеколог по причина, различна от бременност, в зависимост от причините за последното посещение (в%)

	Гинекологичен проблем	Семейно планиране	Профилактичен преглед	Друго	Всичко	Общо (брой)
<b>Общо</b>	<b>47,9</b>	<b>3,6</b>	<b>35,5</b>	<b>13,0</b>	<b>100</b>	<b>(165)</b>
16 - 29	47,9	6,3	29,2	16,7	100	(45)
30 - 44	46,2	3,1	41,5	9,2	100	(64)
45 и повече	50,0	1,8	33,9	14,3	100	(56)

Огромната част от ромските жени, които са раждали – 81%, са ходили редовно на профилактичен преглед при гинеколог по време на бременността си. Всеки месец (или дори по-често) са посещавали гинеколог 61% от жените през последната си бременност, 20% са ходили на профилактичен преглед през месец. Едва 19% са отишли на преглед само веднъж - за да установят бременността си, и след месеци са постъпили в болница за раждане. Такова поведение е било по-типично за жените, които сега са над 45 години – една четвърт от тях са предпочели да не ходят на гинеколог по време на бременността си, два пъти повече, отколкото раждалите жени, които са на възраст 16-29 години.

Тази картина не е много по-различна, отколкото при останалото българско население. Ромските жени в България са свикнали да се грижат за репродуктивното си здраве. Само за сравнение – по данни от настоящото изследване в съседна Гърция 79% от ромските жени на възраст над 16 години ходят на гинеколог само във връзка с бременност и раждане.

### 12.3. Гинекологични изследвания

Една трета от ромските жени са си правили цитонамазка. Два пъти по-малък е делът на тези, които са си направили мамография по лекарска препоръка.

**Таблица 12.2.** Разпределение на жените, които са си правили цитонамазка или мамография по препоръка на лекар по възрастови групи (в%)

Възраст	Правили са цитонамазка	Не са правили цитонамазка	Правили са мамография	Не са правили мамография	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>30,5</b>	<b>69,5</b>	<b>15,5</b>	<b>84,5</b>	<b>(266)</b>
16 - 29	15,8	84,2	3,2	96,8	(100)
30 - 44	45,2	54,8	20,2	79,8	(85)
Над 45 г.	32,5	67,5	25,3	74,7	(81)

Най-често са си правили цитонамазки жените на възраст 30-44 години – почти половината от тази възрастова група. Живеещите в София са си правили над два пъти по-често това изследване в сравнение с ромските жени, които живеят на село. Изследване за рак на млечната жлеза са си правили една четвърт от ромските жени. И в тази група селските жени са си правили изследване 2.8 пъти по-рядко, отколкото жителките на столицата.

Ако Министерството на здравеопазването осигури необходимите финансови средства за продължаване на току що стартиралата скринингова програма за рак на шийката на матката и рак на млечната жлеза, за която Националният съвет за сътрудничество по етническите и демографските въпроси закупи подвижни лаборатории по проект на PHARE, десетки хиляди ромски жени ще могат да си направят тези изследвания безплатно. Необходимата сума никак не е голяма и е недопустимо програмата да спре още в началото, а закупените материални активи да бъдат приватизирани, от което се боят много от лекарите, работещи по проекти, насочени към ромското здраве.



## 13. Характеристики на слуха и зрението

Една пета от ромите имат проблеми със зрението (18.6%), а една девета (12.0%) – със слуха. Най-често те се проявяват при най-възрастните роми. Няма статистически данни за влияние на пола върху тези здравни проблеми. Разпределението им по възрастови групи е представено в табл. 13.1.

**Таблица 13.1.** Дял на възрастното население със слухови и зрителни проблеми

	Без проблеми	Има слухови и зрителни проблеми	Има само слухови проблеми	Има само зрителни проблеми	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>77,0</b>	<b>7,7</b>	<b>11,0</b>	<b>4,4</b>	<b>100</b>	<b>(548)</b>
<b>Пол</b>						
Мъже	78,0	7,4	11,0	3,5	100	(282)
Жени	75,8	7,9	10,9	5,3	100	(266)
<b>Възраст</b>						
16 - 29	92,4	0,5	5,1	2,0	100	(198)
30 - 44	85,0	2,8	9,4	2,8	100	(181)
Над 45 год.	50,3	21,3	19,5	8,9	100	(169)

Преждевременните раждания и дългият престой на недоносени бебета в кувьоз бяха причина за част от зрителните проблеми на малките, които обикновено водят до пълно ослепяване. Съвременна апаратура, която предпазва бебетата от увреждане на зрението в този критичен период има само в най-големите болници. В отделни случаи продължително лечение с антибиотици в първата година от живота става причина за загуба на слуха на децата. Много такива случаи констатирахме в Северозападна България, Сливен и на други места.

През последните години д-р Търнев изследва наследствената обремененост при някои от влашките групи и при субгрупи на хорахане рома за специфична форма на глаукома. Той започна програма за превенция на предаването на болестта при следващите поколения в застрашените микрогрупи. Активно съдействие му оказват ромските здравни медиатори и някои неправителствени лекарски и ромски организации.



## 14. Социална подкрепа

### 14.1. Ситуации на социална подкрепа

Един от стереотипите на българите за ромите е, че те са изключително сплотени в рамката на рода и субгрупата си, и че винаги си оказват подкрепа и помощ. Като всеки стереотип, това е генерализация, но все пак делът на лицата, които се чувстват напълно изоставени е сравнително малък. Една детайлна картина на това как ромите оценяват подкрепата, която получават в различни ситуации, е представена в табл. 14.1.

**Таблица 14.1.** Разпределение на ромите в зависимост от усещането им за социална подкрепа (в %)

	Достатъчна социална подкрепа		Недостатъчна социална подкрепа			Всичко
	Повече, отколкото искам	Колкото искам	По-малко, отколкото искам	Много по-малко, отколкото искам	Никаква	
Покани да излиза навън за забавления	31,4	24,8	13,4	13,8	16,7	100
Получава любов и привързаност	23,1	38,7	16,9	14,3	7,0	100
Някой, с когото да споделя проблемите си	17,6	39,8	22,8	12,5	7,3	100
Има хора, които се интересуват какво му/й се случва	30,6	32,7	21,7	10,6	4,4	100
Получава полезни съвети	20,2	36,5	21,8	14,7	6,8	100
Получава помощ, когато е болен на легло	27,5	42,9	16,7	8,6	4,2	100

Жителите на София и на най-големите градове се чувстват изолирани и самотни много по-рядко, отколкото ромите от селата и по-малките селища.

Възрастта е най-значимият фактор за усещането за социална подкрепа в ромската общност. Младите роми получават най-много социална подкрепа от близки и приятели – около два пъти повече от лицата над 45 годишна възраст.

**Таблица 14.1.** Разпределение на ромите в зависимост от усещането им за социална подкрепа и възраст (%)

	16 - 29	30 - 44	Над 45	Общо
Покани да излиза навън за забавления	29,8	39,2	64,5	43,9
Получава любов и привързаност	26,3	35,4	54,4	38,2
Някой, с когото да споделя проблемите си	30,8	39,2	59,2	42,6
Има хора, които се интересуват какво му/й се случва	26,8	30,4	54,4	36,7
Получава полезни съвети	33,8	37,6	59,8	43,3
Получава помощ, когато е болен на легло	19,7	27,1	43,2	29,5

При най-възрастните се натрупват неблагоприятни фактори, които ги карат да се чувстват самотни. Една част от тях са овдовявали. Децата са пораснали, част от тях са се отделили със семействата си, много са заминали на работа в чужбина и понякога родителите трудно се адаптират към тези промени. С възрастта обикновено се стесняват социалните контакти – хората

се пенсионира, контактите с колегите постепенно се преустановяват. Много от приятелите вече ги няма. Влошеното здраве засилва усещането за безпомощност, а младите отглеждат децата си, решават всекидневни проблеми с работата и издръжката на семейството и не винаги са в състояние да отделят толкова внимание, време и грижи на възрастните, колкото те имат нужда.

Жените имат усещането, че получават по-малко подкрепа, отколкото им е нужна в сравнение с мъжете.

**Таблица 14.2.** Разпределение на ромите в зависимост от усещането им за социална подкрепа и пол ( в %)

	Мъже	Жени
Покани да излиза навън за забавления	34,8	53,0
Получава любов и привързаност	32,6	43,6
Някой, с когото да споделя проблемите си	41,5	43,2
Има хора, които се интересуват какво му/й се случва	36,2	36,8
Получава полезни съвети	41,8	44,4
Получава помощ, когато е болен на легло	27,3	31,6

По силата на традиционните изисквания, жените са длъжни да прекарват почти цялото си време у дома, в грижи за децата, къщата и съпруга, а излизането с приятелки и компании за забавления често се наказва. Жените много по-често чувстват дефицит на любов. По-рядко от мъжете те получават и необходимите им грижи, когато са болни. Възможно е при тези отговори възрастта да оказва кумулативно въздействие – повече жени доживяват самотни старини в лошо здраве, в сравнение с мъжете.

## 14.2. Население страдащо от недостиг на социална подкрепа

При допълнителна статистическа обработка на информацията в резултат на обобщаване на данните за усещането за недостиг на социална подкрепа, респондентите могат да бъдат разделени на две различни по големина групи: за малко повече от една четвърт от възрастните ромите може да се каже, че изпитват (силен) недостиг от социална подкрепа. Три четвърти от ромите се чувстват сигурни и защитени в дома, приятелския кръг и в общността си.

**Таблица 14.3.** Разпределение на възрастното население в зависимост от усещането за социална подкрепа по пол, възраст и образование и здравни проблеми, затрудняващи изпълнението на всекидневните им дейности (в %)

	Достатъчна социална подкрепа	Недостатъчна социална подкрепа	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>72,7</b>	<b>27,3</b>	<b>100</b>	<b>(548)</b>
<b>Пол</b>				
Мъже	76,7	23,3	100	(282)
Жени	68,4	31,6	100	(266)
<b>Възрастови групи</b>				
16 - 29	83,8	16,2	100	(198)
30 - 44	77,5	22,5	100	(181)
Над 45 год.	54,4	45,6	100	(169)
<b>Образователно ниво</b>				
Напълно неграмотни	54,9	45,1	100	(51)
Функционално неграмотни	59,4	40,6	100	(69)
Начално и по-високо	75,3	24,7	100	(380)
<b>Здравни проблеми</b>				
С трудности във всекидневието	76,3	23,7	100	(491)
Без трудности във всекидневието	40,7	59,3	100	(55)

Констатациите от предишния раздел се потвърждават отново:

- от недостиг на социална подкрепа се оплакват една трета от жените срещу една четвърт от мъжете в ромската общност;
- близо половината от ромите над 45 година страдат поради недостатъчна социална подкрепа. Техният дял е почти три пъти по-висок от този на самотните сред най-младите и два пъти по-висок от този на ромите на възраст 30-44 години;
- неграмотността води до социална изолация на ромите не само в макрообществото, но и в рамките на собствената им общност;
- болните хора, при които е налице ограничаване на възможността да изпълняват всекидневните си дейности и които се нуждаят от постоянна помощ и грижи, в най-голяма степен изпитват недостиг на социална подкрепа.





## 15. Начин на живот: употреба на тютюневи изделия и алкохол

### 15.1. Пушачи и непушачи

България е една от страните в Европейския съюз, където значителна част от населението пуши цигари и пие алкохолни напитки. При това употребата на тези вещества започва много рано, а през последните години тенденцията е към увеличаване дела на младите жени, които пушат и пият.

По данни на ЕВРОСТАТ от 2004 г., всеки ден пушат 32% от българските мъже и 29% от жените на възраст 15-24 год. Само в Испания делът на всекидневните пушачи в тази млада възраст е по-висок. От време на време пушат 13% от младите български мъже и 9% от жените. Малко по-често това се случва в Румъния (съответно 17 и 10%). Много близка до българската е картината в Словакия – там от време навреме пушат 10% от младите мъже и 13% от жените (EUROSTAT 2008).

При ромите този начин на живот е разпространен дори в по-висока степен, отколкото при останалото население, при това възрастта, на която момчетата започват да пушат е по-ниска, отколкото при връстниците им от другите етнически групи. По данни на ФАКТ Маркетинг от 2003 г. пушенето при ромите започва обикновено между 10 и 16-годишна възраст, много рано при момчетата и по-късно при момичетата. По данни от настоящото изследване средната възраст, на която са започнали да пушат ромските мъже, които са закоравели пушачи, е 15.3 години, а жените – на 17.5 години.

**Таблица 15.1.** Разпределение на възрастното ромско население по употреба на тютюн, възраст и пол (%)

	Пуши всеки ден	Пуши от време навреме	Преди е пушил/а	Никога не е пушил/а	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>46,2</b>	<b>8,0</b>	<b>12,6</b>	<b>33,2</b>	<b>100</b>	<b>(548)</b>
<b>Възраст</b>						
16 - 29	43,9	15,7	9,1	31,3	100	(198)
30 - 44	51,9	5,5	11,0	31,5	100	(181)
Над 45 год.	42,6	1,8	18,3	37,3	100	(169)
<b>Пол</b>						
Мъже	56,0	5,7	14,5	23,8	100	(282)
Жени	35,7	10,5	10,5	43,2	100	(266)

Над половината от ромските мъже и една трета от жените пушат всеки ден. Мъжете пушат средно по 24 цигари дневно, жените – по 17. Най-висок е делът на закоравелите пушачи в групата на 30 – 44 годишните – 52% от тях пушат.

### 15.2. Употреба на алкохол

Над половината от интервюираните роми над 16 годишна възраст са заявили, че през последните 12 месеца не са пили никакъв алкохол. Средната възраст при стартирането

на употребата на алкохол е 17.9 години – 16.96 год. за мъжете и 20.30 год. за жените, които признават, че са консумирали някакъв алкохол. Вероятно е тези данни да не са напълно достоверни, а по-скоро да са давани социално приемливи отговори.

Резултатите не показват никаква корелация между употребата на алкохол и възрастта при ромското население над 16 годишна възраст. Полът, обаче, оказва влияние. Две трети от мъжете признават, че са пили алкохол (64.2%), срещу една четвърт от жените (27.4%).

### 15.3. Видове алкохол и честота на употребата му

Ромите в България пият най-често бира и/или твърд алкохол. Любителите на вино са много по-малко. По принцип вино, вермут, уиски и коктейли се пият по изключение – обикновено във връзка с някакво празнично събитие.

**Таблица 15.2.** Разпределение на населението, консумирало алкохол през последните 12 месеца съобразно честотата и типа пиене (в %)

	Вино	Бира	Шери, вермут	Ракия, водка...	Уиски	Коктейли
Дневно	3,9	28,3	0,4	18,5	2,0	2,4
4 - 6 дена седмично	1,6	11,4	1,2	10,6	3,9	1,6
2 - 3 дена седмично	3,1	14,6	2,0	15,0	6,7	2,4
Веднъж седмично	4,3	11,0	2,0	9,8	6,7	5,9
Веднъж на 2 седмици	5,5	4,7	3,9	7,5	4,3	3,1
Веднъж месечно	9,4	8,3	3,9	8,7	6,3	4,3
По-рядко от веднъж месечно	65,0	18,1	75,2	25,2	61,0	70,9
No consume	7,1	3,5	11,4	4,7	9,1	9,4
Всичко	100	100	100	100	100	100
<b>База (брой)</b>	<b>(294)</b>	<b>(294)</b>	<b>(294)</b>	<b>(294)</b>	<b>(294)</b>	<b>(294)</b>

Любителите на бира, които пият това пиене всеки ден, обикновено изпиват по около 3 бири дневно. Тези, които пият бира всяка седмица, но не всеки ден, консумират по около 2.5 бири дневно. Всекидневните консуматори на твърд алкохол (ракия, водка и др.) изпиват средно по три питиета, а тези, които пият от 1 до 6 дена седмично пият средно около 2.5 чаши дневно.

### 15.4. Ромско население с алкохолни проблеми и други зависимости

Данните в този раздел са на базата на събраната информация за всички членове на изследваните домакинства - общо 3943 души. Трябва да се има предвид, че характерът на информацията разкрива близък човек в неблагоприятна светлина и затова вероятно се е проявила тенденция да се прикрива част от истината. Освен това толерантността към злоупотребата с алкохол е различна при различните социални групи, местни общности, семейства. Това, което много хора биха определили като „проблем“ може да бъде оневинено от майката или бащата с формулировката „обича да си пийне понякога“. Големият дял на деца в групата на изследваните – 757 на възраст до 9 години и 486 - от 10 до 15 год., също създава илюзията за сравнително безпроблемна ситуация – само 5% от ромите имат алкохолни проблеми и други зависимости.

**Таблица 15.3.** Разпределение на ромското население с алкохолни проблеми и други зависимости

	Без проблеми	Да, алкохол	Да, наркотици	Да, алкохол и наркотици	Всичко	База (брой)
<b>Общо</b>	<b>95,1</b>	<b>4,8</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>100</b>	<b>(3.943)</b>
<b>Възрастови групи</b>						
0 - 9	99,7	0,3	0,0	0,0	100	(757)
10 - 15	99,6	0,4	0,0	0,0	100	(486)
16 - 29	96,6	3,3	0,1	0,0	100	(1.115)
30 - 44	92,3	7,5	0,0	0,2	100	(893)
Над 45 год.	88,0	11,7	0,3	0,0	100	(692)
<b>Пол</b>						
Мъже	91,6	8,3	0,1	0,1	100	(1.996)
Жени	98,6	1,3	0,1	0,0	100	(1.947)

Вероятно е информацията за алкохолни проблеми при деца да е съзнателно подвеждаща. При възрастните разбираемо с нарастването на възрастта се увеличават проблемите, свързани със злоупотреба с алкохол – от 3.3% при 16-29-годишните до 11.7% при ромите над 45 годишна възраст или 3.5 пъти. Злоупотребата с алкохол се среща 6.4 пъти по-често при мъжете, отколкото при жените. В средните по размер градове (50 000 – 100 000 души) проблемът се среща 3 пъти по-често, отколкото в София и най-големите градове (с население над 250 000 души) – съответно 5.9% срещу 2.0%.

Когато съсредоточим вниманието си върху домакинствата, в които има лица с алкохолна или друга наркотична зависимост, картината изглежда по-правдоподобна и значително по-обезпокоителна. В 17.4% от домакинствата има поне един член, който има проблеми с употребата на алкохол или наркотици. Тези проблемни домакинства по-често живеят в бедни паянтови пострройки (21%), в изолирани квартали (22%), а сред членовете на семействата по-често има лица, които не са здравно осигурени (25.6%).

Данните за употреба на незаконни наркотични вещества показват изключително **слабо разпространение** на дрогите между младите роми, но те не бива да се абсолютизират и приемат безрезервно. Такъв тип изследвания регистрират трудно проблемната употреба и дори немалка част от употребата за развлечение. По всяка вероятност данните за употреба на наркотици са твърде занижени – едва 0.2% имат подобни проблеми. По данни на ФАКТ – Маркетинг от 2003 г. в изследване с 511 роми на възраст 16-30 години от 15 града, почти същите, които са включени в настоящото изследване, без София и Софийска област<sup>14</sup>, картината изглежда по-различно. Сравнително най-често са били употребявани **летливите вещества** (лепила, разреждатели, бронз и т.н.). Около 3% са ги използвали поне веднъж. Опит с **марихуаната** са имали 2%. По около 1.5% са опитвали екстази; или морфин, лидол и кодеин; или амфетамини. По 1% са били респондентите, заявили, че приемат хероин или кокаин. Около 10% са били на някаква забава, при която са се вземали наркотици, като за около 4% това е била честа практика. Около 10% са посочили, че лично са получавали предложение да опитат наркотик, като при около 2% това е било придружено с опит за принуда. Опитите за принуда са били по-чести при по-малките. В такива случаи наистина може да се говори за т.нар. “зарибяване”.

След 2003 г. хероинът започна да става сериозен проблем във все повече ромски квартали. През 2007 г. в Пловдив установихме масовото му навлизане в най-големия ромски квартал в града. Наркопласборите се насочиха към ромските махали много по-късно, отколкото към българските квартали, поради по-ниската платежоспособност на населението в тях. Но реструктурирането на черния пазар на Балканите и в частност в България доведе до нарастването на трафика на жени, а вкарването на наркотици в бедните гета облекчи набирането на млади жени, мъже

<sup>14</sup> Трябва да се има предвид, че в София хероинът навлезе масово в ромските махали през 1996-1997 г. Изключването на този град от извадката води до сериозно изкривяване на данните за употребата на наркотици.

и деца за този „бизнес“, както и за използването на наркозависимите като „мулета“ и дребни наркопласъори.

Бедността и социалната изолация са сериозен фактор за търсене на утеха в алкохола и наркотиците, но в същото време те водят до още по-голяма бедност и социално изключване. По данни на НСИ от последните изследвания на бюджетите на домакинствата в България, средните стойности на алкохола, цигарите и средствата за заведения, които са декларирани от ромите в месечните разходи, са по-високи от сумите, заделени за медицински услуги, лекарства и вода. Осигуряването на пари за алкохол и цигари, а в някои случаи – за наркотици на един член от домакинството в повечето случаи означава, че за другите няма достатъчно пари за лечение.

## 16. Начин на живот: физическа активност и почивка

### 16.1. Сън

Като цяло, над четири пети от ромите нямат проблеми със съня. В групата на децата от 0 до 15 години средната продължителност на съня е 9.22 часа, а при лицата над 16 години – 7.61 часа.

Таблица 16.1. Среден брой на часовете за сън

	Мъже	Жени	Общо
<b>Общо</b>	<b>8,12</b>	<b>8,15</b>	<b>8,14</b>
<b>Деца и възрастни</b>			
Деца	9,18	9,27	9,22
Възрастни	7,53	7,69	7,61
<b>Възрастови групи</b>			
0 - 9	9,27	9,60	9,39
10 - 15	9,05	8,96	9,01
16 - 29	7,86	8,47	8,17
30 - 44	7,46	7,58	7,51
Над 45 години	7,25	6,85	7,06

Нарушения на съня, изразяващи се в инсомния или по-кратък сън от 6 часа дневно се наблюдават при 2.7% от децата и при една четвърт от възрастните. Най-често от такива проблеми се оплакват най-възрастните (над 45-годишните) – 39% от тях спят по по-малко от 6 часа на денонощие. Вероятно това е свързано с всекидневния стрес при бедните семейства и семействата с хронично болни и инвалиди и/или с някои възрастови особености на съня при част от старите хора.

Силно впечатление прави обратното явление – една трета от децата на възраст от 10 до 15 години и една четвърт от младите хора на възраст от 16 до 29 години спят средно по 10 и повече часа дневно. Тези стойности изглеждат доста по-високи отколкото при останалото население на страната на същата възраст и вероятно са свързани с факта на ранното отпадане на много ромски деца от училище и с високата безработица при младите роми.

### 16.2. Физическа активност

Обездвижването е сериозен проблем в ромската общност – най-младата и считаната за най-мобилна в страната. Мнозинството от децата, които отбелязват, че сравнително редовно спортуват, или че от време на време се занимават с физическа активност или спорт (ходят или карат колело, правят лека гимнастика, леки физически упражнения и т.н.), най-често имат предвид часовете по спорт в училище и част от прекарването на свободното си време, което обаче в повечето случаи не е достатъчно. Над четири пети от възрастните роми водят заседнал начин на живот. В много голяма степен това е предопределено от липсата на спортни съоръжения и места за отдих на открито в кварталите им, но също така от липсата на навици

да се спортува и да се заделя специално внимание за поддържане на добро здраве и добро физическо състояние.

**Таблица 16.2.** Разпределение на населението по тип физическа активност в свободното време (в %)

	Деца и възрастни		Пол		Всичко
	Деца	Възрастни	Мъже	Жени	
Не спортува и не прави физически упражнения	40,5	83,7	64,7	75,6	69,7
От време на време се занимава с физическа активност или спорт	51,0	14,6	29,5	22,8	26,4
Редовно спортува (по няколко пъти на месец)	6,9	0,9	4,7	0,8	2,9
Занимава се със спорт или физически тренировки няколко пъти на седмица	1,5	0,7	1,2	0,8	1,0
<b>База (брой)</b>	<b>(266)</b>	<b>(548)</b>	<b>(439)</b>	<b>(375)</b>	<b>(814)</b>

Обездвижването в свободното време е много по-разпространето сред ромите, отколкото сред останалите етнически общности в страната. Девет десети от лицата над 30 години не спортуват и не правят никакви физически упражнения. Проблемът е особено сериозен при жените, които прекарват свободното си време в пасивни занимания без движения в по-голяма степен от мъжете, а в същото време основната им трудова заетост също изисква по-малко физически натоварвания.

**Таблица 16.3.** Разпределение на населението по тип физически натоварвания при изпълнението на основните си дейности (в %)

	Пол		Възрастови групи		
	Мъже	Жени	16 - 29	30 - 44	Над 45
Седи почти по цял ден	23,6	40,6	30,6	23,5	42,4
Стои прав през по-голямата част от деня без много да ходи или да се раздвижва	10,1	21,8	11,9	18,4	17,6
Ходи, носи тежко, движи се често, без да извършва тежки физически натоварвания	32,6	24,5	30,1	30,2	25,5
Извършва задачи, изискващи значително физическо налягане	33,7	13,0	27,5	27,9	14,5
<b>База (брой)</b>	<b>(282)</b>	<b>(266)</b>	<b>(198)</b>	<b>(181)</b>	<b>(169)</b>

### 16.3. Гледане на телевизия от децата

Основен начин за прекарване на свободното време при ромските деца е гледането на телевизия. Всеки ден гледат телевизия четири пети от най-малките и над девет десети от децата между 10 и 15 години. Ромските деца прекарват пред телевизора продължително време. Над половината от най-малките (56%) и 85.4% от тези между 10 и 15 години гледат телевизионни предавания по повече от два часа дневно.

**Таблица 16.4.** Разпределение на децата, които гледат телевизия всеки ден, по брой на часовете дневно (%)

	Пол		Възрастови групи		Общо
	Мъже	Жени	0 - 9	10 - 15	
По-малко от 1 час	12,3	14,9	20,7	6,0	13,4
Между 1 и 2 часа	19,6	10,6	23,3	8,6	15,9
Между 2 и 3 часа	35,5	31,9	26,7	41,4	34,1
Над 3 часа дневно	32,6	42,6	29,3	44,0	36,6
Всичко	100	100	100	100	100
<b>База (брой)</b>	<b>(134)</b>	<b>(93)</b>	<b>(114)</b>	<b>(113)</b>	<b>(227)</b>

Дългото гледане на телевизия може да бъде притеснително по най-различни причини: намалява времето за четене и учене; не формира критично и творческо мислене; води до възприемане на много агресия и до приемане на агресията като най-прагматично средство за решаване на проблемите; води до фрустрация и стрес при сравняване на моделите на живот, които се рекламират и окаяната действителност, при която живеят много от ромите, и т.н. Но електронните медии имат и своите много силни страни и предимства и трябва да се използват по-пълноценно за промоция на здравни знания и здравословен начин на живот.





## 17. Начин на живот: хранене

Изследване на ПРООН и Националният център по хигиена от 1998 г. показва, че през преходния период хранителният режим на българските граждани като цяло се е изместил към диета, типична за бедното население: намалено потребление на месо, яйца, мляко и млечни продукти. Това е било особено характерно за ромите в страната. Бавното излизане на страната от икономическата криза води до съхраняване на непълноценното и небалансираното хранене и през следващите години.

**Таблица 17.1.** Основни храни в ежедневието на семействата, процент от нормата за пълноценно хранене

	Българи християни	Българи мюсюлмани	Турци	Роми	За страната
Месо	41,0	20,6	15,2	13,6	27,7
Зеленчуци	80,9	61,8	70,9	69,8	75,0
Плодове	42,5	32,4	34,2	22,1	33,7
Сирене	43,9	29,4	39,2	25,0	35,8
Кисело мляко	62,0	82,4	57,0	49,0	58,1
Прясно мляко	27,6	38,2	24,1	18,2	24,6

УНИЦЕФ, 2003

Икономическото състояние на различните държави определя дълбочината и конкретните проявления на бедността. Докато в Чехия, Унгария и Словакия почти никой от респондентите роми не декларира, че той и семейството му често изпитват глад, през 2003 г. гладуването е било масово разпространено в България и Румъния. То е засягало ежедневието съответно на 28% и 23% от ромските домакинства в двете страни (UNDP, 2003).

Недостатъчното и некачественото хранене се отразява особено зле на хронично болните, бременните и децата. То води до раждане на недоносени деца, до забавяне и увреждане на развитието на децата вследствие на белтъчна недостатъчност, до разпространението на анемия и рахит в най-бедните ромски квартали. Ромите почти не разполагат със собствена земя, което затруднява самоиздръжката на семействата им със собствено производство на хранителни продукти. Това е главната причина системно гладуващите ромски семейства да се срещат по-често в селата, отколкото в градовете.

След 2004 г. рязко намаля делът на ромските семейства, в които храната често не достига, но се запази висок делът на небалансираното хранене.

### 17.1. Кърмене на ромските деца

Ромските жени и лекарите в ромските квартали често отбелязват, че значителна част от ромските деца са кърмени продължително време, понякога – по повече от година. На отделни места лекарите твърдят, че след като през последните 20 години започна предлагането на множество детски и бебешки храни в аптеките, в някои ромски махали, също както и при българите, нараства делът на бебетата, преминаващи към смесено и изкуствено хранене в твърде

ранна възраст. Те обясняват тази промяна в хранителния режим с влиянието на някои модни тенденции в махалите или със стреса, на който са подложени много младите майки.

По данни от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* през последните 4 години изцяло на кърма са били четири пети от бебетата през първите 6 седмици след раждането. Две трети от бебетата на възраст до 3 месеца също са разчитали изцяло на майчиното мляко, а още 18% са били на смесено хранене. При децата на 3 – 6 месеца само на кърма са били една трета, а още една трета са се хранили смесено. Изцяло на изкуствено хранене са били 14.5% от бебетата през първите 6 седмици от живота си, а при шестмесечните делът им достига 28%.

## 17.2. Закуска

Една десета от децата и една пета от възрастните обикновено не закусват. При останалите закуската обикновено се състои от хляб, пържени филийки, банички или други тестени произведения, приемани от четири пети от децата и от близо три пети от възрастните. Мляко, чай, кисело мляко или какао пият сутрин една трета от децата и 16% от възрастните. Консумирането на мляко и млечни продукти изглежда недостатъчно за цялата общност и особено за децата. Още в групата на 10-15 годишните едва 24.6% редовно имат някоя от тези основни за страната храни сутрин. Салам, сирене, яйца и кашкавал ядат на закуска една пета от децата и 13.5% от възрастните. Половината от възрастните пият сутрин кафе – по-често жените, отколкото мъжете. Плодовете и соковете присъстват в закуската на една пета от децата и само при 7% от възрастните. Още при 10-15-годишните деца делът на тези, които получават плод за закуска спада на 15%. Една пета от децата са посочили, че обикновено закусват нещо друго. Това най-често се оказват вафли и други шоколадови изделия.

## 17.3. Консумирани храни

Дневното меню на ромите изглежда силно изкривено в посока към тестените изделия и сладките неща. Само веднъж-два пъти седмично хапват плодове една четвърт от представителите на тази общност, а една трета ядат плод понякога или никога. Рибата присъства изключително рядко в тяхното меню. Не се приемат достатъчно зеленчуци.

**Таблица 17.2.** Честота на консумираните храни от цялото население (в %)

	Дневно	Три или повече пъти седмично	Веднъж-два пъти седмично	По-рядко от веднъж седмично	Никога или почти никога	Всичко
Пресни плодове	19,3	24,6	24,3	19,7	12,0	100
Месо	22,2	29,6	23,9	20,5	3,7	100
Яйца	8,6	33,3	28,2	23,5	6,3	100
Риба	2,0	14,5	16,0	48,1	19,5	100
Макарони, ориз	22,6	36,8	29,8	8,9	1,9	100
Хляб, зърнени храни	94,3	4,2	0,6	0,7	0,1	100
Зеленчуци и салати	33,5	27,6	18,7	14,5	5,7	100
Бобови храни	9,6	41,6	29,0	16,4	3,5	100
Колбаси	26,7	31,6	21,8	13,1	6,7	100
Млечни продукти	43,7	27,8	16,5	9,9	2,1	100
Сладки храни	42,5	16,4	13,4	17,0	10,8	100

Храненето при децата и жените е дори по-дисбалансирано, отколкото при възрастните и мъжете. Децата ядат по-често плодове, млечни продукти, макарони, ориз и картофи и много по-често сладки и бонбони от възрастните. В същото време в менюто им се появяват още по-

рядко месото, яйцата, рибата, зеленчуците и салатите. Разликата в менюто на мъжете и жените е главно в това, че жените ядат доста по-често сладки неща от мъжете, но по-рядко месо, риба и зеленчуци.

#### 17.4. Индекс на телесната маса<sup>15</sup>

Интервюерите съобщаваха, че едно от най-често срещаните затруднения при работата е било определянето на височината и килограмите, особено на децата. Родителите масово не са знаели какво е положението и са давали стойности, които са им изглеждали правдоподобни. Това се е отразило зле на достоверността на отговорите. По така набраните данни излиза, че една трета от ромските деца на възраст от 0 до 9 години страдат от затлъстяване, а още една десета са с наднормено тегло. Наблюденията в ромските квартали кагеторично опровергават подобни изчисления. Най-вероятно ромските родители, притеснени да не бъдат упрекнати, че не се грижат добре за децата си и не ги хранят достатъчно, са давали силно завишени оценки за теглото им.

**Таблица 17.3.** Разпределение на ромското население по индекс на телесната маса (в %)

	0 - 9	10 - 15	16 - 29	30 - 44	Над 45 год.
Нормално тегло	55,9	81,1	70,7	50,0	35,1
Наднормено тегло	10,2	14,8	26,3	35,0	42,3
Затлъстяване	33,9	3,3	3,0	13,3	22,0
Няма данни	0,0	0,8	0,0	1,7	0,6
<b>Всичко</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>База (брой)</b>	<b>(144)</b>	<b>(122)</b>	<b>(198)</b>	<b>(181)</b>	<b>(169)</b>

Още в следващата група – на 10-15 годишните деца, по-голяма част от които сами следят теглото си, данните изглеждат много по-достоверни. В тази група затлъстелите са 10 пъти по-малко – само 3%, а децата с наднормено тегло – 15%.

Небалансираното хранене, приемането на много сладки и тестени изделия и пасивния начин на живот могат да доведат до много ранно появяване на проблеми със свръхтеглото, особено при жените. Данните от настоящото изследване потвърждават подобна хипотеза. Дори в групата на най-младите възрастни (16 – 29-годишните) една четвърт са с наднормено тегло, а 3% са затлъстели. При следващите възрастови групи рязко скача делът на лицата със затлъстяване, за да надхвърли една пета при лицата над 45 години. Прогресивно нараства и делът на ромите с наднормено тегло – средно с по 9% във всяка следваща възрастова група.

Трудно ми е да преценя дали тази картина е силно изкривена от неточните отговори на респондентите – в България проблемите със затлъстяването са масово разпространени, особено сред етническите българи, и определянето „на око“ на дела на лицата с наднормено тегло при ромите не може да бъде достоверен. Като цяло ромите изглеждат по-малко затлъстели от българите. Лекарите в ромските квартали също са категорични, че проблемите със затлъстяването са по-присъщи на българите, отколкото при ромите. Но даже ако приемем, че като цяло данните от настоящото изследване са завишени, наложително е да се следи внимателно този показател и да започне усилена профилактика и заостряне на вниманието към здравословния начин на живот в ромската общност.

<sup>15</sup> Индексът на телесната маса е изчислен по следния начин: при лица над 16 години: с нормално или пониско тегло - < 25.0 Kg/ m<sup>2</sup>; с наднормено тегло - 25.0 а 29.9 Kg/ m<sup>2</sup>; затлъстели – ≥30 Kg/ m<sup>2</sup>. За децата до 15 г. е приложена специална таблица, използвана от МЗО.



## 18. Заключение и препоръки

### Констатации и изводи за достъпа до здравеопазване и за здравния статус на ромите в България

Ромите в Европа са една от групите, които в най-голяма степен са жертва на предразсъдъци и дискриминация. В условията на дълбоки социални промени и кризи те стават особено уязвими. В страните от Централна и Източна Европа масовата безработица и бедността засегнаха между две трети и четири пети от домакинствата им в продължение на близо две десетилетия – по време на целия преход от държавна планова икономика към пазарни отношения.

В България поради различни причини преходът протече особено тежко и продължително. Едно цяло поколение роми бе напълно изключено от пазара на труда. Засили се пространствената изолация на общността. На практика, в пост-комунистическия период тя засегна двойно повече роми (около 80%) и се отрази особено тежко върху възможността им за намиране на работа и върху социализацията на младото поколение. Обособените ромски махали в градовете бързо придобиха облика на гета. Значителна част от институциите ги напуснаха, което затрудни сериозно достъпа на жителите им до здравни, административни и други услуги. Много млади роми отпаднаха от образователната система, което обуславя трудното им включване в икономическия живот на страната дори при благоприятни условия и предаване на бедността на следващите поколения. Бедността бе масово разпространена сред ромите в продължение на две десетилетия и е много по-дълбока, отколкото при останалото население. Всичко това доведе до влошаване на достъпа до медицински услуги и на здравния статус на представителите на тази общност.

**Достъпът до здравни услуги** зависи от различни фактори, които оказваха кумулативен негативен ефект върху здравето на ромите.

Качеството на здравните услуги зависи в много голяма степен от общото икономическо състояние на страната и от специалните държавни политики, насочени към здравеопазването. В България и Румъния средствата за лечение (от страна на държавния бюджет и лични) са най-оскъдни, а това означава, че българските и румънските граждани имат по-ограничен достъп до здравни услуги и по правило качеството им е по-ниско. В същото време делът на лично изразходваните средства за поддържане на здравето е непосилно висок за значителна част от населението и особено за бедните социални слоеве. България е страната, в която най-голяма част от разходите за лечение се заплаща лично от пациента, при това изцяло, в момента на получаването на медицинската услуга – средно две пети от стойността на лечението се поема от пациента, но в редица случаи делът на личните преки разходи е много по-голям.

Осигуреността на българското население с лекари, зъболекари, болнични заведения и болнични легла е сравнително добра. Поради ниските възнаграждения, обаче, хиляди медицински сестри и акушерки напуснаха страната и в момента съотношението медицински сестри/ лекари е само 1.2 : 1, което се отразява зле върху качеството на услугите и засяга много тежко обгрижването на най-уязвимите групи – новородените, малките деца, старите хора, хронично болните и инвалидите. Ромите са общността с най-висок дял новородени и малки деца и с изключително ранно и масово хронифициране на заболяванията. Недостигът на среден медицински персонал

се отразява особено неблагоприятно върху тази общност и поради трудностите в комуникацията между нискограмотните лица и лекарите.

Друг проблем, засягащ ромите в по-голяма степен, е свързан с неравномерното разпределение на лекарите и болничните заведения. Най-много пациенти на един лекар има в районите с висок относителен дял на роми и турци. Това означава, че те обективно имат по-лошо медицинско обслужване, губят повече време в чакане пред кабинета при всяко посещение, трябва да изминат много по-големи разстояния, за да могат да идат при специалист, в медицинска лаборатория или болница.

Отпадането на близо две трети от възрастните роми от легалния пазар на труда, спорадичното им включване във временни, сезонни или случайни трудови дейности в сивия сектор води до проблеми със здравното осигуряване при една значителна част от тях. По данни от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”*, **26% от възрастните роми не са здравно осигурени** (това прави 18% от цялото ромско население). В резултат от това те разчитат в много по-голяма степен на услугите на Бърза помощ, на алтруизма на личните лекари и на консултациите на фармацевтите, когато искат да си купят лекарство при някакво неразположение, без да ходят на лекар.

Смъртността на оперираните след краткия престой в спешните отделения на болниците при лошите битови условия в ромските махали обикновено е много голяма. Невъзможността изпратените по домовете си пациенти да се възстановят след спешната медицинска интервенция обикновено води до тежко инвалидизиране на голяма част от оцелелите. Високата детска смъртност също е свързана с ограничения достъп на ромските селски семейства до необходимия контрол от педиатър или друг специалист.

Свърхурегулацията на дейността на аптеките от страна на Здравната каса в България и особено промяната на разпоредбите за обслужване на хроничноболните пациенти доведе до отказ на много аптеки да работят със Здравна каса или до фалита им. Нараства продажбата на лекарства в сивия сектор – под прикритието на рекламни фирми или магазини за козметика. Това крие много опасности, защото така се продават много лекарства без рецепти от лица без медицинско или фармацевтично образование и без лиценз. Не се знае дали лекарствата са съхранявани при нужните условия. Възможно е да се продават лекарства с изтекъл срок или фалшиви и опасни лекарства. По данни от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* **почти четири пети от възрастните роми, които приемат медикаменти, се самолечат с лекарства, които не са им предписани от лекар** (три четвърти от жените и четири пети от мъжете). Ако се задълбочи тенденцията за фалит на аптеки и продажба на лекарства от лица без медицинско образование, животът на десетки хиляди роми ще бъде изложен на голяма опасност.

Немаловажен фактор за влошаване на достъпа до здравни услуги при ромите е липсата на доверие в медицинските служители. Значителна част от ромите са убедени, че лекарите и медицинските сестри са предубедени по отношение на тях поради етнически и социални причини. Много от проблемите във взаимоотношенията лекар-пациент могат да бъдат интерпретирани като проблеми в комуникацията. Мнозинството от лекарите и медицинските сестри, които работят в ромски махали или села с голям дял роми не са подготвени за работа с лица с различна култура или с хора, страдащи от дълбока бедност, множествена депривация и социално изключване.

Много сериозен неблагоприятен фактор, водещ до влошено здраве и ранна и висока смъртност, са **лошите жилищни условия**, при които живеят значителна част от ромите в България. До 2001 г. **почти половината от ромите живеят в жилища без водопровод**, ползвайки вода от улични чешми или кладенци, което увеличава риска от хепатит и стомашно-чревни заболявания. **Пренаселеността** в ромските квартали е норма. По данни на НСИ от преброяването през 2001 г.

една пета от ромите разполагат с по-малко от 4 кв.м. жилищна площ на лице от домакинството, а други две пети имат между 4 и 8 кв.м. жилищна площ. Пренаселените жилища при разширените домакинства, където съжителстват представители на няколко поколения, предизвикват силен стрес, който отключва множество заболявания.

Службите и фирмите за почистване не поддържат добре **чистотата в ромските квартали**. В някои случаи това е предопределено от тесните улички, но пък не се използват в достатъчна степен алтернативни начини за почистване и извозване на битовите отпадъци. Именно **липсата на елементарни хигиенни условия и пренаселеността в ромските жилища и махали са причина за много по-трудното овладяване на инфекциозните заболявания** и честото им прерастване в епидемии.

Теренни изследвания през 2007 г. в осем големи ромски махали в областни центрове показваха, че на повечето места през последните две-три години са правени ремонти на части от канализационната система или са изградени нови части към вече съществуващата. Проблемът, обаче е, че в половината от случаите при изграждането на новите отсечки с канализационни системи са допуснати инженерни грешки и на практика мръсната вода не изтича, а залива улици, дворове и къщи. След като са похарчени стотици хиляди лева, хигиенните условия за много семейства са се влошили.

Поради напускането на ромските квартали от институциите, рязко е спаднал контролът върху незаконното застрояване на тротоарите и улиците. На много места улиците са преградени от незаконните строежи. Масово е стесняването им до малки процепи, през които е невъзможно да мине кола. Незаконното застрояване на улиците и тротоарите прави невъзможно достигането на големи части от махалите от линейки, затруднява намирането на домовете на болните лица, влошава възможностите за поддържане на добра хигиена от службите за чистота.

Ромите понесоха в най-тежка форма трудностите на прехода към пазарна икономика. За значителна част от младите роми, изключени трайно от легалната трудова дейност, възможностите за самореализация и за придобиването на висок социален статус и самоуважение станаха възможни само в сфери, различни от трудовата, т.е. от определящата социална сфера в модерното общество. Социалното изключване породило по-силно самозатваряне на ромите в собствените им микро-общности и в рамките на разширеното семейство или гетото. Това доведе до завръщането и засилването на ролята на консервативните предмодерни патриархални форми на социален и културен живот на етническата общност, особено сред жителите на гетата. В гетата се разпространиха моделите на поведение, типични за бедните квартали във всички големи урбанистични центрове по света, за които е характерно култът към грубата сила, засилената власт над жените, стеснените възможности за развитие на личността, широкото включване на подрастващите и младите хора в девиантни форми на поведение. В силно маргинализирани групи оцеляването на семейната общност може систематично да става за сметка на жестока експлоатация на децата и жените, или за сметка на дългосрочните цели, насочени към осигуряването на високо образование и квалификация или към опазване на здравето.

Ромите са общността с най-ранни бракове/семейни съжителства в страната. Раждаемостта при ромите през 2001 - 2004 г. е била 26.7 на хиляда, в сравнение с 6.9 на хиляда при етническите българи. България е на едно от първите места в Европа по **ранна раждаемост**. Най-висока е тя сред ромските жени – при тях се среща 10-12 пъти по-често, отколкото сред българките. Ранната раждаемост е причина за недоносеност на плода, по-висока неонатална, перинатална и детска смъртност, по-висока майчина смъртност, по-висока заболяемост на децата в ранно детство и особено през първата година от живота. Тези здравни проблеми бяха констатирани и при настоящото изследване.



Изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* констатира следната картина на социалния статус и семейния живот на ромите, населяващи големите областни центрове и близките им села през 2008 г.:

- Увеличила се е групата на ромите, заети на постоянно работно място. Една трета от тях са осигурявали чрез труда си не само редовни доходи, но и здравни осигуровки от работодателя. Въпреки това заетостта в общността продължава да е много ниска;
- Ромските жени, за разлика от етническите българки и туркините, в много по-малка степен разчитат на своя труд и собствени доходи. Заетостта сред тях е два пъти по-ниска, отколкото при мъжете. Нещо повече, тя е най-ниска при заетите на постоянно работно място, което прави ромските жени особено уязвими в условия на криза или при неблагоприятни климатични условия, когато селскостопанската реколта намалява;
- 14% от децата на 7-15 г. окончателно са отпаднали от образователната система, а 1.1% от тях вече са ангажирани постоянно в изхранването на семейството;
- В ромското домакинство мъжете заемат основните властови позиции и играят главната роля в осигуряването на финансовите средства за издръжка на домакинството (чрез собствен труд или чрез организацията на труда на жените). В девет десети от ромските домакинства като „глава“/основен носител на доходи е посочен мъжът;
- В 85% от смесените домакинства младото семейство живее при родителите на момчето. Поради ранните бракове и високото ниво на младежката безработица в ромската общност, преобладаващата част от младите семейства зависят почти изцяло от издръжката на възрастното поколение поне през първите 10 г. от брачния си живот. Две трети от децата на възраст 0 – 9 г. се издържат не от родителите си, а от доходите на дядото и бабата. Едва при децата от възрастовата група 10-15 г. делът на издържаните от родителите се изравнява с този на издържаните от прародителите – средно за по около една четвърт от децата някоя от тези две опции е валидната. Това съхранява патриархалния модел и властовите позиции на бащата и свекървата;
- Синовете разчитат на финансова подкрепа и помощ при отглеждането на децата от страна на родителите си в по-голяма степен, отколкото дъщерите;
- Не по-малко от 18% от ромите живеят в домакинство, в което съжителстват три и повече поколения;
- Поради по-голямата продължителност на живота на жените, в съставните ромски домакинства има повече баби, отколкото дядовци. Това е благоприятен фактор за отглеждането на малките деца, но по принцип обременява домакинството финансово, тъй като пенсиите на ромските жени са ниски, а хроничните им заболявания – много и тежки.

Ромите страдат от огромно по обхват и много продължително изключване от пазара на труда и другите социални сфери. Те нямат политическа партия във високите етажи на властта, която да защитава икономическите, социалните и културните им интереси, нито достъп до социалните мрежи, осигуряващи трансформацията на социалния капитал от социалистическия период в икономически. Единственият легитимен властови ресурс, с който разполагат, е този на мъжкото господство над жените в семейството и общността. Затова контролът върху момичетата в тези ромски субгрупи е изключително силен. Но това е и една от основните причини за много ранните бракове в повечето традиционни ромски групи: ако момичетата бъдат омъжени рано, намалява рискът от случайна полова връзка преди брака. От друга страна, ранният брак е най-сигурният начин младите да бъдат задържани в групата и семейството и да бъдат „предпазени“ от съблазните на макрообществото.

Тоталният контрол върху жените при ромите е необходим поради цяла поредица от причини от най-различен характер. В ромската общност младият човек получава пълноправен статут на мъж само ако е оженен и има дете. Оттук идва социалният натиск в семейството и групата за много ранно раждане на първото дете, по възможност, още през първата година на брака. Освен това примерната съпруга осъществява пълното обслужване на съпруга и разтоварва свекървата от значителна част от домакинските ѝ задължения, тъй като обикновено поема огромната част от работата в къщата. Нейният труд и този на децата ѝ, или социалните помощи, които получават, често осигуряват прехраната на цялото семейство. Понякога това става за сметка на (репродуктивното) здраве на жената и децата ѝ.

Млади жени често споделят, че биха използвали модерни средства за семейно планиране, но не го правят заради съпрузите си. Те често посочват свекървите като лицата, които в най-голяма степен допринасят за съхранението на пред-модерното отношение към секса и репродуктивното здраве.

Ромите са най-младата общност в страната – две трети от тях са деца и млади хора на възраст до 30 години. Това, обаче, не ги прави най-здравата общност.

Като цяло респондентите са оценявали своето здраве и това на близките си по-скоро положително: над половината от ромите над 16 години са определили своето здраве като много добро и добро. Според тях (много) добро е било здравното състояние на 70% от децата и на 67% от членовете на домакинствата им. Амбивалентна е оценката на собственото здраве на една трета от респондентите. Около една четвърт оценяват здравето на децата и/или на останалите членове като не особено добро. Възприемат здравето си като (много) лошо 12% от интервюираните възрастни роми. Два пъти по-малко роми (6%) оценяват като лошо здравето на детето, попаднало в извадката и/или на другите членове от домакинството.

Най-висока е оценката за собственото здраве на ромите на възраст 10 – 44 г. Свиват настъпва веднага след 45 г. По-малко от една четвърт от ромите след тази възраст оценяват здравето си положително, половината го оценяват амбивалентно – като посредствено, и 28% - като лошо. Лошо е здравето и на 10% от децата на възраст до 9 години. Най-често декларираните симптоми, хронични заболявания и страдания, диагностицирани от лекар при възрастните роми, са: високото кръвно налягане; мигрената и главоболието; артрит и ревматизъм; астма, хронични бронхити, ХОББ; сърдечни заболявания; проблеми, свързани с менопаузата; алергии; висок холестерол; язва на стомаха; проблеми на простатата.

Изключително сериозен проблем в ромските махали представляват инфекциозните заболявания. Пренаселеността на кварталите и жилищата силно затруднява изолацията на вирусносителите и заболяванията често приемат епидемичен характер. Някои културни особености – нормата за съпричастие с болния, изискваща посещението му, полагането на грижи и емоционална подкрепа от всички роднини, съседни и близки по време на заболяването, също допринасят за разпространението на заразите. Лошият хранителен режим, изложеността на дълготраен всекидневен стрес от бедността, безработицата и несигурността за утрешния ден отслабват съпротивителните сили на организма и допринасят за по-тежко протичане на заболяванията. В същото време мнозинството от семействата рядко разполагат с необходимите средства за закупуване на ефикасни медикаменти в случай на усложняване на здравословното състояние на болния. Като резултат много от заболяванията, които при останалото население отминават по-леко, стават хронични за голяма част от жителите на ромските махали.

По данни на изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”*, през последните две седмици преди провеждане на интервютата 28% от респондентите са страдали от някакво неразположение, настинка, вирусно или друг вид заболяване, което е довело до невъзможност да изпълняват всекидневните си дейности. Това е много висока стойност, която отново доказва по-голямата заболяемост сред ромската общност. Най-

големите концентрации на този тип заболявания са при най-малките деца (при 38.2% от децата на възраст 0-9 год.) и при най-възрастните – лицата над 45 год. – 39.6%. Най-висок е дялът на лицата, страдащи от някакъв болестен симптом през последните две седмици, които живеят в паянтови къщи – 36%, и в жилища от подръчни материали – 32.4%. Най-честите болестни симптоми, от които са страдали децата, са свързани с банални простудни и вирусни заболявания, най-вече с възпаления на горните дихателни пътища. При възрастните болестните симптоми са повече и са индикации за повече заболявания: сърдечно-съдови, заболявания на опорната система, на отделителната система, на нервната система, вирусни заболявания и др.

Настоящото изследване показва, че 12.6% от цялото ромско население, включително децата, е инвалидизирано или страда от тежко хронично заболяване. Специфична особеност при ромите е много ранното настъпване на инвалидизация и масовото хронифициране на заболяванията още в средна възраст. Една трета от мъжете и две пети от жените на възраст 45 – 60 години вече са загубили част или изцяло работоспособността си поради лошо здравословно състояние. Дялът на лицата с диагностицирани хронични заболявания или инвалидност при най-възрастните (лицата над 65 години) нараства на 70% - три пети при мъжете и три четвърти при жените.

Изследването демонстрира неравното разпределение на диагностицирането на инвалидността и хроничните заболявания в зависимост от големината на населеното място, интегрираността на квартала, типа жилище и наличието или отсъствието на здравна осигуровка. Някои от тези индикатори прикриват други значими фактори – материална осигуреност, образование, достъп до квалифицирана медицинска помощ. Жителите на селата, които имат сравнително най-затруднен достъп до медицински услуги, имат най-висок дял лица с тежко хронично заболяване и/или инвалиди. В София има най-добри възможности за диагностициране на инвалидността, затова там са измерени по-високи стойности при лицата, които са успели да си извадят документ за инвалидност, но по-ниски стойности на хронично болните лица.

Трудностите за изваждане на медицинско удостоверение за инвалидност са много и от различен характер. Много сериозен проблем е, че болните трябва да извършат огромно количество изследвания, значителна част от които не се покриват от Здравната каса, а са скъпи. В случаите, когато трябва да се направят от бедни хора с постоянни високи разходи за животоподдържащи лекарства, тази пречка се оказва критична. Друг проблем е свързан с административната уредба и бюрократизацията на медицинските услуги, което затруднява особено много по-нискограмотните хора и отново – бедните лица. Трети проблем е, че на много места районните лекарски комисии са закрити и болните трябва да търсят услугите на ТЕЛК в София или друг далечен град. Поради всичко това най-бедните тежко болни лица не могат да си извадят документ за инвалидност, което ги лишава от социална пенсия и редица придобивки, които са предвидени за лицата, които поради здравословни причини не могат да си осигуряват сами необходимите доходи.

Инцидентите в ромската общност са много често явление. През последните 12 месеца преди интервюирането някаква злополука са претърпяли 12.2% от всички анкетиращи. Във възрастовата група на поотрасналите деца (10 – 15 год.) злополуките скачат двойно – пострадалите при нещастни обстоятелства са 21.3%. Много силно впечатление прави констатацията, че жените по-често стават жертви на злополуки. Около половината от жените и децата са пострадали в дома си. Това са косвени индикатори за разпространението на домашното насилие в групата.

Едно от най-потресаващите разкрития на изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* е, че поради различни причини огромна част от лекарствата, които ромите приемат или дават на децата си не са им предписани от лекар за конкретния случай. Без рецепта се купуват и дават на деца не само „универсални лекарства“ като аспирин, парацетамол и някои други масово употребявани пенкилери, но и антибиотици, антиалергизани, транквиланти, приспивателни, всичко. Над половината от ромите са склонни да прибегват към

самолечение с лекарства, които не са им предписани от лекар, при различни поводи. Жените прибягват към самолечение с медикаменти без лекарско предписание по-често от мъжете. С нарастването на възрастта нараства делът на ромите, които вземат лекарства без лекарско предписание. Прогресията е ясно изразена: склонни да прибягват до самолечение с лекарства са около една трета от най-младите, половината при 30-44 годишните и над три четвърти от лицата над 45 години. Вземат по две или повече лекарства без лекарско предписание три четвърти от прибягващите към самолечение мъже, срещу две трети от жените с подобно поведение.

Тази практика обяснява честото хронифициране на заболяванията и част от високата преждевременна смъртност в общността. Не са правени изследвания, които да дадат възможност да сравним положението при ромите с това на другите етнически общности, но резултатите са много тревожни. Наложително е те бързо да станат достояние на лекарите, които имат голям брой роми-пациенти в листите си и на ромските здравни медиатори в кварталите. Необходимо е здравните институции и електронните медии да се включат в разнообразни дейности за сензитивиране на обществото с проблемите и опасностите, свързани със самолечението.

Добре е в близко време да се проведе ново изследване, представително за цялото население, за да се провери какво в действителност се случва с приемането на лекарства в страната, от една страна, и какво трябва да се направи, за да се ограничи фалитът и излизането на аптеките от легалния пазар – от друга. Българското население е привикнало да се доверява на съветите на фармацевтите, когато става дума за дребни неразположения, леки травми, често срещани оплаквания, свързани с менопауза или други състояния. Обръщането към услугите и съветите на аптекарите нарасна с бюрократизацията на здравната система, с увеличаването на размера на задължителната пациентска такса за преглед и на броя на здравно неосигурените през последните години. Това поведение няма да се промени бързо, но ако фармацевтите със завършено медицинско образование и лиценз за продажба на лекарства бъдат подменени от неуки търговци, последиците за здравето на хората и особено на най-бедните могат да бъдат много тежки.

По данни от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”*, през последната година не са получили необходимите им здравни услуги 14% от ромите, които са били болни, неразположени или бременни. Малко по-често това се е случвало при възрастните, отколкото при децата. На най-голям риск са изложени здравнонеосигурените лица – 21% от тях не са получили необходимата им медицинска услуга. По-често не са били обслужвани жителите на изолираните ромски махали, особено на тези с лоши хигиенни условия. Тъй като по-голяма част от тях нямат здравни осигуровки, възможно е за някои от тях това да се е оказало главното препятствие. Но при тях се намесват и някои други фактори, като бедността, ниското образование, липсата на умения за общуване с представителите на различни институции, формирани навици при мъжете да реагират на фрустриращи ситуации с вербална агресия. Когато са налице някои от тези условия (или всичките накуп), нараства рискът за конфликт и отказ от страна на лекаря за предоставяне на търсената услуга или за отключване на негативни стереотипи и предразсъдъци и дискриминационно отношение към пациента.

Данните от настоящото изследване показват, че проблемите с имунизацията на ромските деца не са преодолени. В близо една трета от домакинствата с деца родителите са декларирали, че децата имат някакви имунизации, но не са сигурни, дали са направени всички. Момичетата по-често не са ваксинирани, отколкото момчетата. Децата от изолираните квартали не са обхванати напълно от всички имунизации два и половина пъти по-често от децата в интегрираните квартали. Малките деца по-често имат пропуски в имунизационния календар в сравнение с по-големите.

Неправилният хранителен режим, недостатъчната хигиена на устата, липсата на профилактика и късното обръщане за помощ към зъболекар са причините за лошия здравен статус на ромските деца от най-ранна възраст. При една четвърт от най-малките има множество проблеми със зъбите и венците. Вадили са постоянни зъби 12.5% от децата до 9 години и 28% от тези между 10 и 15 години. При възрастните роми зъбният статус е много лош, а все пак става дума за много

младо население. Две трети имат кариеси или пулпити. Три пети имат поне един изваден зъб, а половината са оставили нещата дотам, без да направят мост на мястото на липсващия зъб. Всеки трети се оплаква от кървене на венците. Всеки пети има зъб/и, който се клати.

По данни от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* една пета от респондентите са престоявали в болница поне едно денонощие през годината преди провеждане на интервюто. Най-висок е делът на хоспитализираните сред малките деца – една трета от тях са постъпвали в болница, както и сред най-възрастните – лицата над 45 години, от които една четвърт са били хоспитализирани. Поради по-високата възраст, до която доживяват жените в недобро здраве, делът им сред хоспитализираните е по-висок от този на мъжете. Прави впечатление, че **най-затруднен е достъпът до болнични заведения на най-бедните роми**. Само 13.5% от тези от тях, които живеят при най-мизерни условия - в колиби от подръчни материали, са били хоспитализирани.

Ромите престояват в болница по-дълго време от останалото население. Ако допуснем, че средният престой в болница през 2008 г. е останал на нивото на 2006 г. (последната, за която разполагаме с данни на НЦЗИ), средният престой на ромите в болница е с 2.6 дни по-продължителен, отколкото на останалите български граждани. Сравнението с данните за цялото население показват, че:

- при операция ромите прекарват в болница средно по-дълго, отколкото останалото население;
- ромските деца често постъпват в болница с множество болестни симптоми в тежка форма, което налага провеждането на много изследвания с цел точна диагностика;
- при ромските деца често се налага продължително лечение на съпътстващи заболявания преди операция;
- при възрастните роми също често се налага по-дълъг престой за лечение в болница поради тежкото състояние на заболяването, с което влизат и / или поради общото лошо здравно състояние на бедните пациенти, които се възстановяват по-бавно.

По данни от настоящото изследване разходите за лечението в болница на 71.5% от хоспитализираните през последните 12 месеца роми е било поето изцяло от Националната здравна каса. В най-голяма степен Здравната каса е покривала разходите на хоспитализираните роми за медицински изследвания с цел по-точна диагностика и лечението на заболявания без хирургическа намеса. Най-често семейството е трябвало да заплаща изцяло или да доплаща за операция.

Данните от изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* позволяват да се направи извод, че по-голяма част от ромите в сравнение с останалото население на България ползват напълно безплатни болнични услуги. Това е обяснимо – много голяма част от ромите влизат в една или повече категории на лица, чието медицинско обслужване се поема изцяло от бюджета. Делът на децата в ромската общност е над два и половина пъти по-голям, отколкото при българите. Значителна част от ромите са регистрирани като бедни и са освободени от потребителски такси и от самофинансиране на част от лечението. Инвалидността в общността настъпва рано. Много здравно неосигурени роми ползват главно услуги, предоставяни им от отделенията на Бърза помощ.

По данни на изследването *“Здравето и ромската общност: Анализ на ситуацията в Европа”* през 2008 г. 16% от ромите са ползвали услугите на Бърза помощ – една пета от децата и една седма от възрастните. Ромите без здравна осигуровка се обръщат към звената на Бърза помощ близо два пъти по-често от здравноосигурените – за много от тях, особено за най-бедните, това е единственият начин да получат квалифицирана лекарска помощ, хоспитализация в рамките

на три дена, дори спешна операция. През последната година 22.4% от здравнонеосигурените роми са получили медицински услуги в звената на Спешна помощ, срещу 12.5% от здравноосигурените.

Половината от използвалите услугите на звената на Спешна помощ през последната година са го правили само веднъж. Една пета са ползвали Бърза помощ два пъти през годината. Една десета са се обръщали към тази институция 3-4 пъти и 16.5% - пет или повече пъти. Всяко девето дете или жена от тази група са търсили и получили по пет и повече пъти услугите на Бърза помощ.

Ромските жени в България сравнително редовно ходят на гинеколог. Сравнително затруднена е профилактиката при рак на млечните жлези и рак на шийката на матката. Най-често са си правили цитонамазки жените на възраст 30-44 години – почти половината от тази възрастова група. Живеещите в София са си правили над два пъти по-често това изследване в сравнение с ромските жени, които живеят на село. Изследване за рак на млечните жлези са си правили една четвърт от ромските жени. И в тази група селските жени са си правили изследване 2.8 пъти по-рядко, отколкото жителките на столицата.

Ако Министерството на здравеопазването осигури необходимите финансови средства за продължаване на току що стартиралата скринингова програма за рак на шийката на матката и рак на млечните жлези, за която Националният съвет за сътрудничество по етническите и демографските въпроси закупи подвижни лаборатории по проект на PHARE, десетки хиляди ромски жени ще могат да си направят тези изследвания безплатно. Необходимата сума никак не е голяма и е недопустимо програмата да спре още в началото, а закупените материални активи да бъдат приватизирани, от което се боят много от лекарите, работещи по проекти, насочени към ромското здраве.

Една пета от ромите имат проблеми със зрението (18.6%), а една девета (12.0%) – със слуха. Най-често те се проявяват при най-възрастните роми. Няма статистически данни за влияние на пола върху тези здравни проблеми.

Бедността и лошите жилищни условия не са единствените фактори, които влияят зле върху здравето на ромите. Немалка част от тях водят **нездравословен начин на живот**. Над половината от ромските мъже и една трета от жените пушат всеки ден. Мъжете пушат средно по 24 цигари дневно, жените – по 17. Най-висок е делът на закоравелите пушачи в групата на 30 – 44 годишните – 52% от тях пушат.

В 17.4% от домакинствата има поне един член, който има проблеми с употребата на алкохол или наркотици. Тези проблемни домакинства по-често живеят в бедни паянтови постройки (21%), в изолирани квартали (22%), а сред членовете на семействата по-често има лица, които не са здравно осигурени (25.6%).

Над четири пети от възрастните роми водят заседнал начин на живот. В много голяма степен това е предопределено от липсата на спортни съоръжения и места за отдих на открито в кварталите им, но също така от липсата на навици да се спортува и да се заделя специално внимание за поддържане на добро здраве и добро физическо състояние.

Обездвижването в свободното време е много по-разпространето сред ромите, отколкото сред останалите етнически общности в страната. Девет десети от лицата над 30 години не спортуват и не правят никакви физически упражнения. Проблемът е особено сериозен при жените, които прекарват свободното си време в пасивни занимания без движения в по-голяма степен от мъжете, а в същото време основната им трудова заетост също изисква по-малко физически натоварвания.

Дневното меню на ромите изглежда силно изкривено в посока към тестените изделия и сладките неща. Само веднъж-два пъти седмично хапват плодове една четвърт от представителите на тази



общност, а една трета ядат плод понякога или никога. Рибата присъства изключително рядко в тяхното меню. Не се приемат достатъчно зеленчуци.

Храненето при децата и жените е дори по-дисбалансирано, отколкото при възрастните и мъжете. Децата ядат по-често плодове, млечни продукти, макарони, ориз и картофи и много по-често сладки и бонбони от възрастните. В същото време в менюто им се появяват още по-рядко месото, яйцата, рибата, зеленчуците и салатите. Разликата в менюто на мъжете и жените е главно в това, че жените ядат доста по-често сладки неща от мъжете, но по-рядко месо, риба и зеленчуци.

**Препоръки от общ характер, насочени към намаляване на негативното влияние на основните фактори за лош здравен статус при ромите – масова, дълбока и продължителна бедност; лоши жилищни условия; по-ниска здравна култура; нездравословен начин на живот:**

За преодоляването на негативните тенденции в здравето на етническите малцинства в неравностойно положение е необходимо обединяването на усилията на множество институции (МЗ, МС, НССЕДВ, МТСП, МРРБ, МФ и др.), на органите на местната власт и на структурите на гражданското общество.

Необходимо е да се повишат правителствените разходи за здравеопазване – през 2005 г. те са възлизали едва на 444 \$ PPP на глава от населението. Трябва да се направи всичко възможно финансовата криза да не доведе до невъзможност стотици хиляди български граждани с хронични заболявания или прекарвали операция от рак да се лекуват, ако останат без лекарства поради недостатъчно финансиране на медикаментите от Здравната каса и поради невъзможност сами да заплатят лечението си.

Наложително е промяна на сега утвърдената практика на заплащане на две пети от разходите за лечение пряко от пациента, която води до обедняване дори семействата с доходи над средните за страната. Добре е да се проучи опита на Гърция и други страни за ведомствено и семейно осигуряване, които смекчават удара върху семейния бюджет при болест или операция на някой от членовете.

Необходимо е да се предприемат по-енергични мерки за намаляване на равнището и дълбочината на бедността сред ромите – основен фактор за лош здравен статус и за ограничен достъп до медицинско обслужване.

Необходимо е да се ускори включването на ромските квартали в общия градоустройствен план на всички селища с обособени ромски махали и да се изработят бързо подробни благоустройствени планове за тяхното развитие, за да стане възможно изграждането на техническа инфраструктура в тях, узаконяване на жилищата в добро състояние, разрушаване на тези от тях, които крият риск за живота и здравето на обитателите им и на постройките, които пречат за изграждането на пътища, водопроводи, канализационни системи, електрификация и телефонизация на махалите.

Необходимо е ускорено изграждане/ремонт на техническата инфраструктура в ромските махали, саниране на значителна част от жилищата, построяване на нови евтини общински жилища за бездомните и тези, които живеят при много лоши условия, както и за тези семейства, чиито домове ще бъдат разрушени във връзка с изграждането на техническата инфраструктура на махалите. Необходимо е осигуряване на чиста питейна вода до всеки дом, подобряване на инфраструктурата и хигиенните условия на живот в махалите.

Необходимо е по-често почистване на улиците и околожилищните пространства в ромските махали, регулярна дератизация, контрол на популацията на кучетата в махалите и тяхното редовно обезпаразитяване, по-стриктен контрол за условията на отглеждане на домашни животни в ромските махали и по принцип – в селата.

Засилване на взаимодействието на МЗ, МОН, РИОКОЗ и НЗОК и медиите (особено – електронните медии) за постоянно повишаване на здравната и репродуктивната култура на населението.

#### **Препоръки за намаляване на майчината смъртност:**

Проектите, насочени към повишаване на сексуалната култура и към създаване на умения за семейно планиране биха имали успех само ако са насочени едновременно към младите жени и мъже, както и към свекървите. Единственият сигурен начин за промяна в репродуктивното поведение в общността е повишаването на образователното равнище на младите роми и осъществяването на сериозни промени в целия им начин на живот, свързани с равноправното им социалното включване първо в пазара на труда, но също така и в гражданската сфера. Само разкриването на широк спектър от възможности за успешна трудова и социална реализация на ромските мъже и жени ще доведе до постепенно преосмисляне на патриархалните ценности.

Необходимо е по-активното включване на общопрактикуващите лекари, гинеколозите и здравните медиатори в разнообразни проекти и дейности по повишаване на здравната и репродуктивна култура на ромските жени. Усилията им трябва да бъдат насочени към:

- оптимизиране на майчиното здравеопазване;
- ранна регистрация на бременните, системно наблюдение по време на бременността и своевременна хоспитализация на родилките;
- повишаване на здравната култура и знанията за репродуктивно здраве на младите хора и особено на девойките и жените. Системна работа с мъжете и възрастните жени за преодоляване на негативните нагласи по отношение на модерните средства за семейно планиране и за промяна в отношението им към аборта като допустимо средство за регулиране броя на децата в семейството;
- предпазване от нежелана бременност, превенция на аборта и полово предаваните инфекции, хигиена и адекватно семейно планиране.

Част от проблемите, свързани с жестоката сексуална експлоатация на значителна част от младите ромски жени, излиза извън контрола на лекарите. Необходимо е гражданските организации, училището и медиите, както и съдебната система да се включат по-активно в дейности, насочени към повишаване на контрола върху включването на непълнолетни жени в рискови дейности за изкарване на прехраната. Това вероятно ще доведе до намаляване на болестите, предавани по полов път, преодоляване на практиките на насилие срещу жените и осигуряване на пълното им равенство.

#### **Препоръки за намаляване на детската смъртност:**

- задължителни безплатни изследвания на плода по време на бременността за превенция на наследствени заболявания, включително и на здравнонеосигурени жени;
- оптимизиране на детското здравеопазване;
- подобряване качеството на родилна и неонатална помощ. Забрана за сегрегация на родилките в родилните отделения по етнически признак;
- здравно образование за рационално отглеждане на децата;
- издигане качеството на детските консултации и педиатричната помощ;
- повишаване обхвата на ваксинациите.

#### **Подобряване на здравния статус и намаляване на преждевременната смъртност:**



- ограничаване заболяемостта от заразни и паразитни заболявания – туберкулоза, вирусни хепатити, ехинококоза и др. Провеждане на скринингови програми, ранна диагностика и своевременно лечение;
- намаляване заболяемостта от някои широко разпространени социално-значими заболявания, водещи до преждевременна смърт – хипертонична болест, сърдечно-съдови и мозъчно-съдови заболявания. Провеждане на скринингови програми, ранна диагностика и своевременно лечение;
- осигуряване на по-добро здравно обслужване и по-добро качество на живот на болни с хронични заболявания и инвалиди;
- намаляване заболяемостта от наследствени заболявания, водещи до ранна инвалидизация и преждевременна смърт сред някои ендемични малцинствени групи – провеждане на селективни генетични скрининги, неонатални скрининги и дородова диагностика

#### **Осигуряване на ефективно равенство в достъпа на ромите до здравни услуги и здравна информация,**

- отваряне на здравеопазната система към нуждите на най-бедните и най-уязвимите групи и общности;
- утвърждаване длъжността на здравния медиатор като координираща фигура между здравните институции и малцинствените групи и общности. Развиване на мрежа от здравни медиатори;
- постоянно повишаване на квалификацията на общопрактикуващите лекари и медицинските сестри, работещи с малцинствени общности в неравностойно положение и обучението им в дух на толерантност. Придобиване на знания и умения за работа с пациенти с различна култура и начин на живот. Увеличаване на броя на медицинските сестри и на клиничните психолози;
- подобряване на техническото оборудване на практиките за допълнителни медицински услуги;
- подобряване качеството на специализирана медицинска помощ на селското население и на населението от планинските райони, на бедните и на другите групи в неравностойно положение чрез осигуряване на ефективни системи за контрол на качеството на медицинските услуги и на справедливото разпределение на финансовите ресурси за публично здраве; осигуряване на свободен, доброволен и информиран избор на здравните услуги, уважение към пациента, конфиденциалност и удобство;
- развиване на иновативни програми за намаляване на бедността и за подпомагане на бедните семейства, предприемане на инициативи и осигуряване на политики и програми, насочени към осигуряването на ниво на консумация, което посреща основните нужди на бедните и уязвимите групи, семейства и индивиди и особено на децата.

## 19. Библиография

- Агенция Факт Маркетинг, 2001. *“Здравната реформа: проблеми и информационно осигуряване на доболничната помощ”*. София.
- Агенция Факт Маркетинг, 2002. *Доболничната здравна помощ - практика, оценки и проблеми*.
- Агенция Факт Маркетинг, 2003. *Осигуряване на достъп на малцинствата до здравеопазване*. Резултати от качествено и количественото изследване.
- Alpha Research, 2000. *Обществени нагласи към здравната реформа*.
- Атанасов, Атанас, Здравка Тонева, Саша Тодорова, 2002. *Разходи за здравеопазване на домакинствата в България*.
- Бояджиев, Михаил, Мариета Димитрова, Силвия Димитрова и Моника Копчева, 2004. *Правен режим на лечебните заведения в България, страните от Европейския съюз и Съединените американски щати. Сравнителен анализ*. София: ФОО.
- Василева, Л., А. Александрова-Караманова, Б. Александрова, Е. Богданова, Е. Димитрова, Т. Коцева, И. Тодорова, 2008. *Поведение и здраве при деца в училищна възраст*. София: СЗО, Фонд „Научни изследвания“, Jacobs Foundation.
- Делчева, Е., 2000. *“Финансиране на здравеопазването”* в: Гладилев, С. и Е. Делчева, *Здравна Икономика*, Граффиконсулт, София.
- Димитрова, Мима. *Епидемиологически показатели за ТБК в регион Сливен през периода 1997-2000 г.* Предложение за програма за борба с туберкулозата сред ромите.
- Инфоарт, 2001. *Отношение към здравната реформа*. Изследователски доклад за резултатите от националното представително изследване.
- Кубадински, Пенчо, 1982. Докладна записка. Относно: Ускоряването на комплексното решаване на проблемите, свързани с българските цигани. Архив на сектор „Школи“, отдел Идеино-възпитателна дейност на Националния съвет на Отечествения фронт.
- Кулаксъзов, Стайко, Светла Тодорова, Ели Трагакес, Стойка Христова, 2003. *Здравни системи в преход: България*. София: ФОО.
- Национална здравна стратегия: по-добро здраве за по-добро бъдеще на България, 2001. София: МЗ.
- НОЕМА, 2001. *Общественото мнение за здравната реформа*. Социологическо проучване.
- НСИ, 2002. т. 6, кн. 1, Извадкови изследвания. Демографска характеристика.
- НСИ, 2002. т. 6, кн. 2, Извадкови изследвания. Раждаемост и репродуктивно поведение.
- НСИ, 2002. т. 6, кн. 4, Извадкови изследвания. Здравно състояние на населението.

- НСИ, 2003-а. т. 2, кн. 1, Преброяване на населението, жилищния фонд и земеделските стопанства през 2001. Жилищен фонд. Жилищни условия на населението.
- НСИ, 2003-б. Домакинствата в Република България 2002.
- НСИ, 2004-а. т. 1, кн. 1, Преброяване на населението, жилищния фонд и земеделските стопанства през 2001. Население. Демографски и социални характеристики на населението.
- НСИ, 2004-б. Статистически справочник. НСИ, НЦЗИ към МЗ, 2009. Здравеопазване 2008. София.
- НЦЗИ, 2008. Бюлетин: Инвалидност в Република България през периода 2001-2007 година. София.
- НЦЗИ, 2007. Бюлетин: Леглови фонд и дейност на стационарите на лечебните заведения за болнична помощ и диспансерите. София.
- НЦЗИ, 2008. Бюлетин: Хоспитализирана заболяемост в Република България за периода 2000 - 2007 година. София.
- ООН, 2000. България, Обща оценка за страната.
- *План за действие към Националната здравна стратегия за периода 2001 – 2006 г., 2001.* София: МЗ.
- Пампоров, Алексей, 2007. „Броят на ромското население в България като проблем при изграждането на адекватна социална политика“. В: Топалова, В., А. Пампоров (съст.), *Интеграция на ромите в българското общество.* Институт по социология, БАН, София.
- ПРООН, 2005. *Подкрепа за разработването на Национална програма за подобряване на жилищните условия в градска среда на етническите малцинства в неравностойно положение.* София.
- ПРООН/УНДЕСА, 2000. *Социалната интеграция на ромите.* София: НПО "Информационен център против бедността".
- Световна банка, 1998. *Бедността в преход.*
- Световна банка, 2002. *България: Променящият се профил на бедността (Оценка на бедността).*
- СА СКАЛА, 2003. Състояние на здравеопазването в България: Общи резултати от качествената и количествената част на изследването.
- Томова, Илона, 1995. *Циганите в преходния период.* МЦПМКВ.
- Томова, Илона, 2005. „Демографски процеси в големите етноконфесионални общности в България“. В: *Демографско развитие на Република България*, (ред. М. Иванов и А. Атанасов), Издателство на БАН, София (с.155-177).
- Томова, Илона, 2007. *Здравен статус и достъп на ромите от кв. „Изток“ на гр. Кюстендил до здравеопазване.* ИОО, София.
- Томова, И., А. Пампоров и В. Миленкова, 2008. *Социалноикономически статус на уязвими етнически общности в България* (непубликуван доклад за ДЕДВ към МС).
- Томова, И., И. Йорданов, Хинков, 2008. *Здравен статус и достъп на ромите до здравеопазване* (непубликуван доклад за ИОО).
- Търнев, Ивайло, 2002. *Здравните проблеми на ромите - същност, следствия и пътища за тяхното преодоляване.* Фондация Отворено общество.

- 
- Търнев, И., М. Грекова, 2007. *Социален и здравен профил на ромите в 16 населени места в България*. Изток-Запад, София.
  - Търнев, И., М. Грекова, 2008. *Социален и здравен профил на ромите в 16 населени места в България. (две години по-късно)*. София: КЕЪР Холандия, Фондация ЕКИП, Фондация „Здравни проблеми на малцинствата.
  - УНИЦЕФ, 1992. Национален анализ на положението на българските деца и семейства.
  - УНИЦЕФ, 2003. *Ситуационен анализ на положението на децата и жените в България*.
  - ФОО, 2002. *Обществното мнение за здравната реформа*. София.
  - Чакалов, Б., Георгиева, И. 1980. Утвърждаването на социалистическия начин на живот сред българските граждани от цигански произход. София.
  - Янкова, Златка, 2000. Туберкулозната епидемия - актуални проблеми. София.
  - *Demographic Evaluation of Health Programmes*. CICRED, UNFPA, Paris, 1996.
  - Delcheva, E., D. Balabanova, M. McKee. 1997. *Under-the-counter Payments for Health Care: Evidence from Bulgaria*. *Health Policy* 42: 89-100.
  - Delcheva, E. 1999. *What do Consumers Pay for Bulgarian Health Care?* *Journal of Health Economics*, 1999.
  - EUROSTAT, 2008. *The Life of Women and Men in Europe. A Statistical Portrait*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
  - Innocenti Working Papers No 84. *Children in Bulgaria: Growing Impoverishment and Unequal Opportunities*.
  - MONEE project country report to the Regional Monitoring Report No 8.
  - National Statistical Institute, MONEE Country Report to the Regional Monitoring Report No. 8 A Decade of Transition, *Trends and Indicators on Child and Family Well-being in Bulgaria*, NSI, Sofia, Bulgaria, 2000.
  - Petrova, Stefka, *Inequity and Poverty Leading to Lack of Food and Malnutrition in Bulgaria*, Department Food and Nutrition, National Centre for Hygiene, Sofia, Bulgaria.
  - Ringold, D. 2000. *Roma and the Transition in Central and Eastern Europe: Trends and Challenges*. Washington D.C.: The World Bank.
  - UNDP/National Centre of Hygiene, Medical Ecology & Nutrition/BBSS Gallup. *Dietary and Nutritional Survey of the Population in Bulgaria*. March 1998.
  - UNDP, 2003. *The Roma in Central and Eastern Europe. Avoiding the Dependency Trap*.
  - UNDP, UNDESA, WB, *Social Assessment of Child Care in Bulgaria*, July 2000, Bulgaria.
  - UNICEF, 2001. *The State of the World's Children. Early Childhood*, Florence, Italy.
  - UNICEF/IRC. Regional Monitoring Report No. 4, *Children at Risk in Central and Eastern Europe: Perils and Promises*, UNICEF/IRC, Florence, Italy.
  - UNICEF. 1999. *Women in Transition*. Regional Monitoring Reports, No 6. The MONEE Project. CEE/CIS/ Baltics. Florence: UNICEF International Child Development Center.

- UNICEF, Social Monitor 2002, *Social Trends in Transition, HIV/AIDS and Young People, Quality of Learning in schools*. Florence, Italy.
- UNICEF/IRC, 2001. *A Decade of Transition*, Regional Monitoring Report No.8, UNICEF/IRC, Florence, Italy.
- World Bank, *Poverty Assessment Update*, 2002, [www.worldbank.bg/press/2002-04-eccbg.phtml](http://www.worldbank.bg/press/2002-04-eccbg.phtml)
- WHO Regional Office for Europe, European Commission, *Highlights on Health in Bulgaria*, EC and WHO, 2001. WHO Press.
- WHO, 2003. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, No. 11, 2003, 777-854.
- WHO, 2007. *Neonatal and Perinatal Mortality. Country, Regional and Global Estimates 2004*. WHO Press.
- WHO, 2008. *World Health Statistics*. WHO Press.
- WHO, 2004. *World Report on Knowledge for Better Health. Strengthening Health Systems*. Geneva: WHO Press.
- WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, 2008. *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*. Geneva: WHO Press.