МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“

МОМЧИЛ КОСТОВ БАЕВ

РИСКОВЕ ПРЕД ЗДРАВНАТА СИСТЕМАТА НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ В УСЛОВИЯТА НА БЕЖАНСКА КРИЗА

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА

СТЕПЕН „ДОКТОР“

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт“

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве“

Научна специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:

ПРОФ. Д-Р АНЖЕЛИКА ВЕЛКОВА, ДМН

София, 2020 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ…….3

ВЪВЕДЕНИЕ……...6

I. ПЪРВА ГЛАВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.

1.1. Исторически обзор на миграционните процеси. Правни норми и основни понятия……9

1.1.1. Причини и видове миграция.

1.1.2. Историческа обусловеност на миграцията в Европа

1.1.3. Юридически подход към миграционните процеси в Р България

1.2. Глобалната миграция – push и pull фактори. Основни миграционни потоци и потенциални рискове. ……..19

1.2.1. Статистически данни за глобалните миграционни процеси.

1.2.2. Фактори и рискове при миграционните процеси

1.2.3. Анализ на кризите от 2012-2013 г., 2015-2017 г. в Европа

1.2.3.1. Предпоставки и развитие на процесите през „Арабската пролет“.

1.2.3.2. Ефекти от „Арабската пролет“ върху ЕС.

1.2.4. Република България в контекста на „Арабската пролет“

1.2.4.1. Първата мигрантска вълна през 2012-13 г. Последици и действия за справяне с кризата през 2014 г.

1.2.4.2. Миграционен натиск към България през 2015 - 2016 г.

1.2.4.3. Мерки за справяне с миграционния натиск в България през 2017 и 2018 г.

II. ВТОРА ГЛАВА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИ И ХИПОТЕЗИ НА ПРОУЧВАНЕТО

2.1. Обект, предмет, време и място на проучването……68

2.2. Материали и методи ……..69

2.3. Изследвани групи лица……..74

2.3.1. Лица, търсещи международна закрила

2.3.2. Лекари и професионалисти по здравни грижи

3.3.3. Стажант-лекари в последна година на обучение

III. ТРЕТА ГЛАВА. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1. Основни насоки на европейската и българска политика, свързани със здравето на мигрантите и взаимодействието им с националните здравни системи въз основа на анализ на европейски и национални политически документи……...77

3.1.1. Европейска политика и здравето на мигрантите.

3.1.2. Достъп до и организация на здравни услуги за лица, търсещи международна закрила.

3.1.3. Предоставяне на здравни услуги за търсещите закрила в България.

3.1.4. Рискове за здравето на специфични категории уязвими групи.

3.2. Проучване организацията на здравна помощ и първичната медицинска документация в приемателните центрове за мигранти в Р България…….92

3.3. Проучване на здравното състояние, здравните потребности и оценките относно получаваната здравна помощ на лица, търсещи закрила. ……114

3.4. Изследване на нагласите, готовността за работа с мигранти и мнението относно потенциалните рискове за системата на здравеопазване на лекари и други здравни професионалисти от области с риск за повишен миграционен натиск и области без риск…….125

3.5. Проучване и сравнение на мнението и нагласите на стажант-лекари с тези на лекари и други здравни работници за работа с мигранти и потенциалните рискове за системата на здравеопазване в резултат на засилен миграционен поток……140

3.6. Предложение за концептуален модел за подготовка и реакция на системата на здравеопазване в условията на бежанска криза. …….....149

IV. ИЗВОДИ…….153

V. ПРЕПОРЪКИ…….156

VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ……159

VII. ПРИНОСИ ……...161

VIII. БИБЛИОГРАФИЯ……163

IX. ПРИЛОЖЕНИЯ……183

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АНОП – Алианс срещу насилие основано на пола

БАПЗГ – Българска асоциация на специалистите по здравни грижи

БЛЗ – болнично лечебно заведение

БЛС – Български лекарски съюз

БМС – Бежанско-мигрантската служба

БМЧК – Български младежки червен кръст

БЧК – Български червен кръст

БХК – Български хелзински комитет

ВКБООН – Върховен комисариат за бежанците на ООН

ВРЛ – временно разселени лица

ГДБОП – Главна дирекция „Борба с организираната престъпност“

ГДГП – Главна дирекция „Гранична полиция“

ГДНП – Главна дирекция „Национална полиция“

ГКПП – Граничен контролно-пропускателен пункт

ГТС – граждани на трети страни

ДАБ – Държавна агенция за бежанците

ДАЕШ – Ислямска държава в Ирак и Леванта

ДАЗД – Държавна агенция за закрила на детето

ДАНС – Държавна агенция “Национална сигурност”

ЕВРОСТАТ – Статистическа служба на Европейския съюз

ЕВРОСУР – Система за наблюдение на границите на Европейския съюз (European Border Surveillance System)

ЕИП – Европейско икономическо пространство

ЕК – Европейска комисия

ЕО – Европейска общност

ЕС – Европейски съюз

ЕСПОУ – Европейска служба за подкрепа в областта на убежището

ЕЦКБ – Европейски център за контрол на болестите

ЗБГ – Закон за българското гражданство

ЗБЛД – Закон за българските лични документи

ЗБТХ – Закон за борба с трафика на хора

ЗИД – Закон за изменение и допълнение

ЗОП – Закона за обществените поръчки

ЗУБ – Закон за убежището и бежанците

ЗЧРБ – Закон за чужденците в Република България

ИБ – Инфекциозни болести

ЛГБТ – Лесбийки, гей, бисексуални и транс хора

ЛЗ – лечебно заведение

ЛНЧ – личен номер на чужденец

МБАЛ – многопрофилна болница за активно лечение

МВР – Министерство на вътрешните работи

МЗ – Министерство на здравеопазването

МОМ – Международна организация по миграция

МО – Министерство на отбраната

МС – Министерски съвет

МУ – Медицински университет

НДГТС – непридружени деца, граждани на трети страни

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НК – Наказателен кодекс

НКБТХ – Национална комисия за борба с трафика на хора

НМН – Национален механизъм за насочване

НПО – Неправителствена организация

НСМИ – Националният съвет по миграция и интеграция

НСМП – Национален съвет по миграционна политика

НСМУИ – Национална стратегия в областта на миграцията, убежището и интеграцията

НЦОЗА – Национален център по обществено здраве и анализи

ОВИ – остра вирусна инфекция

ОИСР – Организация за икономическо сътрудничество и развитие

ООН – Организация на обединените нации

ОПЛ – Общопрактикуващ лекар

ПЗГ – професионалист по здравни грижи

ППЗЧРБ – Правилник за прилагане на закона за чужденците в Република България

ПСП – психо-социалната подкрепа

ПЦ – Приемателен център

РЗИ – Регионална здравна инспекция

РЗОК – Регионална здравноосигурителна каса

РПЦ – Регистрационно-приемателен център

САЩ – Съединени американски щати

СДВНЧ – Специален дом за временно настаняване на чужденци

СЗО – Световна здравна организация

СОП – стандартни оперативни процедури

СОПН – сексуално и основано на пола насилие

СПИН – Синдром на придобита имунна недостатъчност

ССЗ – сърдечносъдово заболяване

ТМЗ – търсещ международна закрила

ТП – Териториално поделение

ТЦ – Транзитен център

ФРОНТЕКС – Европейска агенция за гранична и брегова охрана

ХИВ – Човешки имунодефицитен вирус

ХНБ – Хронична неинфекциозна болест

ЧК – Червен кръст

ANOVA – analysis of variance

PEP – постекспозиционна профилактика

UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees

ВЪВЕДЕНИЕ

В епохата на глобализация човечеството е изправено пред редица динамични събития, определящи икономическите неравенства, политическите преходи, въоръжените конфликти, динамиката на пътуване и здравето на гражданите. Движението на населението се ускорява и увеличава от един регион в друг, от една държава в друга или от континент в континент. Това е определящо явление за днешната реалност, което оставя дълготраен отпечатък върху живота на обществата, здравето на популациите и системите за здравно обслужване. Все повече хора се движат „без граници" в търсене на по-добри условия на живот за себе си и за своите семейства. Зад това търсене стоят редица негативни причини от социално и друго естество, даващи мощна сила на процеса миграция. Войните и въоръжените конфликти са подчертано първопричини за зараждане на принудителната миграция. Освен тях трябва да се отчетат и фактори като наличието на политически кризи, етнически конфликти, природни бедствия и др. В някои случаи се касае за комбинация от тях, придружени с насилие и потъпкване правата на човека [185].

Подобни явления принуждават мнозина да се преместят от обичайното си място на пребиваване в друго. Този феномен е белязан с голям брой затруднения както за самите мигранти и бежанци, така и за властите и обществото, в което те ще се влеят. Политическите и социални системи на отделните страни са изправени пред предизвикателството да се справят с миграционни кризи, непознати до такава степен в исторически план. Пред това предизвикателство са изправени и здравните системи в Европа. Най-драматичен е сценарият в Стария континент, който стартира с процесите около така наречената „Арабска пролет". Проблемите в Близкия изток поставиха Стара Европа пред безпрецедентни предизвикателства и нови необходими политически и правни решения. Днес европейските политически, социални и здравни структури се борят с предизвикателството да реагират на разселването и миграцията по хуманен и позитивен начин. Връзката между разселването, миграцията и оказването на помощ, включително здравна и медицинска помощ, придобива по-голямо значение в дневния ред на международната и регионалната политика [184].

Разкриването на реалната картина на здравословното състояние на мигрантите и бежанците, идващи от редица страни от Близкия изток и Африка би позволило да се

търсят по-адекватни мерки и решения при овладяването на миграционния натиск. От първостепенна важност за постигането на сигурност и стабилност в развитите западни общества е събирането, обработката и споделянето на данни. Актуалността на темата е продиктувана от няколко фактора - особено важна е комплексността на ефектите върху здравната система и здравето, които миграцията има. Същевременно, разглежданата криза се отличава от предхождащите я и заради новия контекст, в който се случва – рекорден пътникопоток в световен мащаб и нови пандемии, разпространяващи се бързо в цял свят. Липсват достатъчно на брой и задълбочени проучвания по въпроса как миграцията пряко влияе върху здравните системи на националните държави, което обуславя и настоящото изследване.

Обикновено пристигащите в европейските държави, без значение на своя правен статут, се сблъскват с проблеми, които са не само здравни, но и социални [90]. Здравното покритие и социалната защита се оформят като основни приоритети в развитите европейски държави по пътя към справянето с бежанската криза. Чрез устойчиви финансови механизми, мерки за намаляване на ксенофобията, дискриминацията и стигмата, застъпничество и комуникация може да се постигне значителна степен на интеграция на новодошлите чужденци.

Здравето на бежанците и мигрантите е изключително сложна тема. Заради това резултатите от изследванията в тази област често не могат да бъдат обобщени за по-широко бежанско и мигрантско население в дадени страна, регион или в световен мащаб. Ефектите от миграционния процес, социалните детерминанти на здравето и рисковете и експозициите в първоначалната, транзитната и дестинационната среда взаимодействат с биологични и социални фактори за създаване на различни здравни резултати.

Представената тема остава силно актуална за България заради незначителния брой проучвания за здравния статус на лицата, търсещи международна закрила и други мигранти. Здравната система на страната се бореше да реши непосредствените проблеми на здравето на мигрантите, да изгради по-добра система за отговор, да осигури допълнителни здравни ресурси и да контролира рисковете за общественото здраве, свързани с притока на бежанци. Тези усилия се полагат в контекст на силно ограничени финансови ресурси, за което говорят лошите жилищни условия в местата за настаняване, където недостигът на храна, санитарни и битови пособия е осезаем.

Какви рискове стоят пред българската система на здравеопазване е централната тема, изследвана тук, за да се предложат по-адекватни мерки за справяне на отговорните институции в контекста на мигрантска криза. Наравно с това, е важно да се изследват и предложат модели за качествено и навременно здравно обслужване на бежанците от страни с военни конфликти.

Нуждата от задълбочено изследване по темата се налага и от безспорната необходимостта от междусекторен подход, какъвто на моменти липсва у нас. Структурираното взаимодействие на различни институции и звена понякога се явява предизвикателство, което трябва да бъде адресирано с подходящи модел и мерки, пропорционални на нуждите на популациите и на сигурността на общественото здраве, и виталността на системата на здравеопазване.

I. ПЪРВА ГЛАВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.

1.1. Исторически обзор на миграционните процеси. Юридически норми и основни понятия.

През последните пет века Европа е епицентърът на най-големите световни конфликти и регион, чиито държави са имали мощно, често решаващо влияние върху развитието на процесите на сигурност в други части на света. Континентът е разтърсен от дълги и мащабни религиозни войни, войни за наследяване на корони, за преразпределение на територии и сфери на влияние. Европа е люлка на двете най-кървави войни и централен театър на военното противопоставяне по време на Студената война. Европейските колониални сили водят завоевателни войни в Латинска Америка, Африка, Близкия и Далечен Изток, повлияли на живота на хората и развитието на тези региони.

Днес може да се твърди, че европейският континент се е превърнал в един от най-спокойните региони в света. С най-яркото въображение е трудно да си представим вероятността, в обозримо бъдеще, за голям въоръжен конфликт в Европа, дори отдалечено наподобявайки войни, които го разтърсваха преди.

Настоящият дисертационен труд съдържа информация, която е събрана, чрез систематично търсене в документи на Европейската комисия (ЕК), Световната здравна организация (СЗО), Международната организация по миграция (МОМ), Европейския център по контрол на болестите (ЕЦКБ), Организацията на обединените нации (ООН) и други научни изследвания по темата. То е ограничено до проучвания и документи, издадени след 1948 година. Основните ключови думи, които са използвани са при търсенето на релевантни литературни източници са: migration policy, migrant health, health risks, health threats, refugees.

1.1.1. Причини и видове миграция.

Терминът "миграция" се използва в много области: в биологията, физиката, правото, геологията, социологията, икономиката.

Съвременната концепция на обществените науки за миграцията е движението на населението между страните. Миграцията може да бъде вътрешна и външна. Вътрешната се случва в страната, външната се случва извън нейната територия. Ако сравним миграцията и имиграцията, тогава имиграцията е компонент на външната миграция.

Термините "емиграция" и "имиграция" означават прехвърляне на хора от една държава в друга, за да се промени мястото им на пребиваване. Двете думи могат да означават процес, когато става въпрос за група хора, или събитие, свързано с индивидуалната история на един човек.

Емиграцията е заминаване на жителите от една страна в друга, за да живеят там.. Имиграцията е влизането на жители на една държава в друга за временно или постоянно пребиваване. И двете понятия са свързани с промяната на държавата на местожителство. Емигрант е човек, който напуска страната, а човекът, който е дошъл от друга страна, е имигрант. Разликата е в посоката на движението. Тези две концепции са взаимозаменяеми. Ако един гражданин на Сирия емигрира в Италия [42], това означава, че за Италия той е имигрант, но за Сирия той е емигрант[41].

През всички етапи от развитието на човешката цивилизация, миграцията на населението играе особена роля [127]. Тя показва голямо влияние върху всички сфери на обществения живот и води до изменения в броя и демографските структури на населението на даден регион или държава. Миграцията, в частност международната, поражда различни, както положителни, така и отрицателни последствия за всички участници в процеса. По отношение на страните – донори на мигранти, положителните ефекти от миграцията се изразяват в понижаване на демографския натиск, на нивото на безработица и социална издръжка. Постъпването на парични преводи към семействата на мигрантите в страната на произход позволява да се повиши благосъстоянието на част от населението [73]. Положителни последствия за приемащите страни се свързват с компенсиране на недостига на трудови ресурси, в т.ч. попълване на позиции в тежки, вредни или непрестижни дейности. Механичното увеличаване на броя на населението влияе на вътрешното потребителско търсене на стоки и услуги, което стимулира допълнителната заетост [97].

Като негативен ефект за страната на произход на мигрантите се отбелязва загубата на квалифицирани кадри, за подготовката на които държавата е изразходила определени финансови ресурси. При интензивна емиграция се проявяват редица социални проблеми поради задълбочаване на популационното застаряване. В приемащите страни се изостря конкуренцията на пазара на труда [163], а в местата на концентрация на мигранти възниква социално напрежение. Активизира се дейността на радикални и националистически партии и движения. В обществото се усилват настроенията на ксенофобия, което води до ескалация на социални и междуетнически конфликти и до политическа нестабилност [39].

Прогресиращата нелегална миграция [183] способства за формиране на криминални мрежи, създава реални заплахи за националната сигурност. Не са за подценяване и потенциалните рискове от проникване чрез миграционните потоци на екзотични за Европа заболявания [57]. Миграционните процеси и техните последствия са много важен показател за оценка на перспективите за развитие на обществото. Миграцията е естествено и неизбежно явление [79]. В условията на задълбочаваща се глобализация на световната икономика, мобилността на хората с всяка година ще расте [43].

Формите на миграция могат да бъдат разграничени според различни фактори [192], например мотивите, правния статут на засегнатите или продължителността. Миграцията бива неорганизирана и организирана. Неорганизираната миграция протича постоянно, а организираната е следствие на извънредни влошени условия на живот [52]. Според критериите *време и продължителност* миграцията бива краткосрочна или дългосрочна; постоянна; сезонна. Може да бъде отличена и миграция по някои други критерии: насилствена, доброволна, трансгранична, урбанизационна, вътрешнодържавна. В зависимост от причините за миграция, характеристиките на мигриращите лица и др. се дефинират различни категории мигранти:

- Мигранти за временна заетост (наречени още гостуващи работници) [70][149];
- Мигранти с големи умения и бизнес мигранти: професионалисти, които се местят в рамките на международните пазари на транснационалните корпорации и международни организации;

- Нередовни (или без документи, незаконни) мигранти [74] [224]: хора, които влизат в дадена държава без необходимите документи и разрешителни;
- Принудителни мигранти: бежанци, търсещи център за бежанци, или хора, които са принудени да се преместят в резултат на външни фактори, например въоръжени конфликти или екологични бедствия;
- Членове на семейства: които се присъединяват към техни близки роднини, които вече са мигрирали [59];
- Завърнали се мигранти: хора, които се завръщат в техните държави на произход след като са прекарали период в друга държава [147];

Единствените прилики между мигранти и бежанци са, че и двете групи лица напускат държавата, в която е тяхното постоянно местожителство. Те попадат в категорията „чужденци“, съгласно международното право и местните закони, когато влязат в приемаща страна. Бежанците, търсещите убежище и вътрешно разселените лица са защитени от националното законодателство. Върховният Комисариат за Бежанците на ООН (ВКБООН/ UNHCR) определя тези три групи по следния начин [58]:

Бежанец „е някой, който не може или не желае да се върне в своята държава на произход, поради основателен страх от преследване заради раса, религия, националност, членство в определена социална група или политически възглед.“

Търсещите убежище са „хората, които търсят международна защита и за чиито искания за издаване на официален статут на бежанци все още не е взето решение.“

Вътрешно разселени лица (ВРЛ) са хората, „които са били принудени или задължени да избягат или да напуснат домовете си или мястото си на обичайно пребиваване, главно в резултат на или за да избегнат ефектите от въоръжен конфликт, ситуации на масово насилие [186], нарушения на правата на човека или природни или предизвикани от човека бедствия, и които не са преминали международно призната държавна граница.“

Съществува още една група, чиито членове срещат подобни проблеми и нарушения на правата на човека, въпреки че може изобщо да не са променили местожителството си: хората без гражданство [214]. Това са хора, които не се считат за граждани на нито една държава; следователно, те не могат да се възползват от правата, които важат само за гражданите. Съществуват различни причини, поради които някой

може да стане човек без гражданство, включително разпадане на държави като например Съветския съюз или Югославия, или създаване на нови държави в резултат на деколонизация. Според прогнозите, по света има около 12 млн. души без гражданство. ВКБООН има мандат от Генералната асамблея на ООН да предотврати и намали бездържавността по света и да защитава правата на хората без гражданство [12][151].

1.1.2. Историческа обусловеност на миграцията в Европа

През първите 15 години след Втората световна война от Европа по икономически причини се изселват около 7 млн. души. От този момент на територията на континента процесите на имиграция постепенно вземат превес над емиграцията. Повечето западноевропейски държави се превръщат в притегателен център за трудови мигранти. Първата вълна към Стария континент след тях е в края на 50-те и началото на 60-те години на 20-ти век. Тя е провокирана от бързо променящата им се икономика. Основен реципиент е Германия [69], а ритъмът на годишния прием е между 350 000 и 450 000 работници. Мигрантите са предимно от Турция, както и от държави в Северна Африка и Западна Азия. Втората интензивна вълна на миграция е през 1992 г., след падането на Берлинската стена. Същата година около 625 000 мигранти отиват в тогавашните 15 страни-членки на Европейския съюз (ЕС). Основната група са с произход от държави в Източна Европа. През следващите няколко години в тази посока се насочват и потоци от голям брой бежанци, формирани в районите на военни действия в бивша Югославия [36].

Първият етап в интеграцията [195] на имиграционната политика [190] на ЕС се свързва с подписването на Шенгенското споразумение през 1985 г., което усилва или дори усложнява имиграцията с отпадането на границите между държавите-членки [154]. Ето защо е необходимо да се предприемат общи действия, за да се преодолее този проблем [10].

Текстовете относно имиграционната политика са малко на брой [196]. Интересна е формулировката на чл. 7 от Споразумението, където се посочва, че: „страните се стремят да сближат в най-кратки срокове своите визови политики, за да избегнат отрицателните последици в областта на имиграцията и сигурността, които могат да произтекат от облекчения контрол по общите граници”.

Миграцията се превръща в един от основните интеграционни процеси, който осигурява пространството на свободно движение в Общността [198]. Вследствие на координираните действия се възприема т.нар. „подход на западноевропейските държави за създаване на „Крепостта Европа", който илюстрира рестриктивния характер на имиграционния контрол.

Договорът от Маастрихт поставя началото на целенасочен процес на "spillover" ефект от икономическа интеграция към интеграция по въпросите на сигурността на границите и имиграционната политика. Първоначално имиграционната политика е очертана като въпрос от съвместен интерес, но извън правомощията на европейската общност (ЕО). Основните стъпки в този процес са създаването на Европол през 1992 – 1994 г., създаването на Фронтекс през 2004 г., както и въвеждането на Шенгенската информационна система и системата „Евродак" за сравняване на дактилоскопични отпечатъци [129]. Последното важно развитие в тази област е създаването на Европейската система за наблюдение на границите (ЕВРОСУР) през 2013 г.

1.1.3. Юридически подход към миграционните процеси в Република България

Бежанското законодателство в България води своеобразното си начало от 1920 г., когато в следствие на Ньойския договор от 1919 г., се приема Закон за заселване на бежанците от и за обезпечаване на поминъка им. Този закон се отнася до бежанци от отнетите територии, в които продължават да живеят етнически българи. Нормативните текстове са съобразени с ратифицираните международни и регионални договори. Същинското развитие на бежанското правоприлагане започва, когато страната ратифицира Женевските конвенции и в частност тази за статута на бежанците от 1951 г. и Нюйоркския протокол от 1967 г., както още няколко десетки международни акта.

Съвременното българското законодателство е синхронизирано с европейското и международно право, за да може адекватно и цялостно да отговори на потенциални миграционни ситуации.

Законът за чужденците в Република България (ЗЧРБ) (Обн. ДВ. бр.153 от 23 Декември 1998 г., изм. ДВ. бр.44 от 13 Май 2020 г.) определя условията и реда, при които чужденците могат да влизат, да пребивават и да напускат Република България. Прилага

се и по отношение на членовете на семействата на български граждани, които не са граждани на държава - членка на Европейския съюз, или на държава - страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство, или на Конфедерация Швейцария [66] [167].

Законът за българските лични документи (ЗБЛД) (Обн. ДВ. бр.93 от 11 Август 1998 г., изм. и доп. ДВ. бр.58 от 23 Юли 2019 г.) урежда условията и реда за издаване на български лични документи на граждани на трети страни, на лица, получили убежище, статут на бежанец или хуманитарен статут и други категории чужденци.

Законът за българското гражданство (ЗБГ) (Обн. ДВ. бр.136 от 18 Ноември 1998 г., доп. ДВ. бр.77 от 18 Септември 2018 г.) урежда условията и реда за придобиване, загубване и възстановяване на българското гражданство, който предвижда два способа за придобиване – по натурализация и преференциален режим за определени категории лица, включително етнически българи.

Наказателния кодекс на Република България (НК) (Обн. ДВ. бр.26 от 2 Април 1968 г., изм. ДВ. бр.44 от 13 Май 2020 г.) съдържа норми относно незаконната миграция, трафика на хора и незаконно пресичане на държавната граница.

Законът за борба с трафика на хора (ЗБТХ) (Обн. ДВ. бр.46 от 20 Май 2003г., изм. и доп. ДВ. бр.81 от 15 Октомври 2019г.) съдържа разпоредби относно предоставянето и противодействието на трафика на хора и предоставянето на специална закрила на жертвите на трафик, които сътрудничат на разследването. Целта е осигуряване на взаимодействие и координация между междудържавните и заинтересованите неправителствени органи за предотвратяване трафика на хора.

Законът за убежището и бежанците (Обн. ДВ. бр.54 от 31 Май 2002г., изм. и доп. ДВ. бр.34 от 23 Април 2019г.) включва 4 категории лица, търсещи „особена закрила“ - търсещи убежище, статут на бежанец, хуманитарен статут и временна закрила. Законът не разглежда напълно изчерпателно процедурите, от което възникват определени неточности, за тези лица.

Според разпоредбите на този закон, след регистрацията на чужденеца се определя дата за провеждане на интервю. На същия се връчва покана, разясняват му се правата и задълженията, както и последиците от неявяване или несъдействие на длъжностните лица.

Интервютата с лица от уязвима група се провеждат от специално обучени за това служители.

По време на производството чужденецът е длъжен да представи документи за удостоверяване на неговата самоличност, както и на придружаващите го непълнолетни лица, търсещи закрила. При произнасяне по молбата за международна закрила се преценяват всички относими факти, декларации или документи, свързани с личното положение на молителя, с държавата му по произход или с възможността да се ползва от закрилата на друга държава, чието гражданство би могъл да придобие, включително и дали молителят е упражнявал дейности, чиято единствена цел е да получи международна закрила. Неявяването на интервю се взема предвид при произнасянето по молбата, освен ако чужденецът има обективни пречки за това.

Когато твърденията на молителя не са подкрепени с доказателства, те се приемат за достоверни, ако той е положил усилия да обоснове молбата си, дал е задоволително обяснение за липсата на доказателства и изявленията му са преценени като непротиворечиви и достоверни.

В срок до 4 месеца от образуването на производството по общия ред, интервюиращият орган обективно и безпристрастно изготвя становище, което заедно с личното дело представя на председателя на Държавната агенция за бежанците при Министерски съвет (ДАБ при МС) за вземане на решение. В срок до 6 месеца от образуване на производство по общия ред, председателят на ДАБ взема решение, с което предоставя или съответно отказва да предостави статут на бежанец или хуманитарен статут на кандидата.

При сложни фактически и/или материалноправни въпроси, председателят на ДАБ може да продължи този срок с още 9 месеца, като чужденецът се уведомява за това лично или със съобщение с обратна разписка. Максималният срок за произнасяне по молбата за международна закрила е 21 месеца от датата на подаването ѝ.

Съгласно българското законодателство всеки чужденец, отговарящ на изискванията (напр. за когото няма основание да се смята, че представлява опасност за националната сигурност, не представлява опасност за обществото, не е извършвал престъпления срещу мира и международната сигурност или други тежки престъпления), може да поиска предоставянето на закрила, дори ако не е влязъл по установения ред на

територията на България, когато пристига направо от територия, където са били застрашени живота и свободата му. В този случай чужденецът придобива статут на „търсещ особена закрила“. В българското законодателство, такъв се дава на лицата, преследвани заради техните убеждения или действия, защитаващи международно признати права и свободи.

„Статут на получаващ убежище“ по всяка вероятност не е много атрактивен за чужденците, търсещи убежище, поради което на практика се прилага по-рядко. Съгласно чл. 7 на ЗУБ „Убежището е закрила, която Република България дава на чужденци, преследвани заради техните убеждения или дейност в защита на международно признати права и свободи“. След влизането на територията на Република България всеки чужденец може да поиска да му бъде дадено убежище. Съгласно закона няма никакво значение дали влизането на чужденец, търсещ убежище на територията на Република България е законно (с паспорт, виза и т.н.) или незаконно (когато е без документи за самоличност поради бягство от държавата по постоянно местоживеене, когато е бил застрашен животът или неговата свобода). Необходимо е само в разумен срок лицето лично да подаде молба до президента на Република България за предоставяне на съответния статут на особена закрила, с което започва производството по предоставяне на статут „убежище“.

Статут „бежанец“ може да получи всеки чужденец, законно пребиваващ в Република България и получил особена закрила. Той може да поиска предоставяне на статут „бежанец“, ако основателно се страхува от преследване в държавата на постоянно местоживеене поради своята раса, религия, националност, принадлежност към определена социална група или политическо мнение и/или убеждение, намира се извън страната, чийто гражданин е и не може или не желае да се ползва от нейна закрила, съгласно чл. 8 от ЗУБ. Статут „бежанец“ се получава след провеждането на задължителни медицински прегледи, при които се установяват лица-заразоносители. Те задължително се изпращат да бъде лекувани в здравни заведения. Клинично здравите лица се настаняват в бежански центрове.

Придобиването на „хуманитарен статут“ се насърчава от международната общност за подпомагането на лицата, търсещи закрила по хуманитарни причини. В законодателствата на редица държави, включително и българското, се предвижда

особена закрила за тази група чужденци. Хуманитарният статут има определени по ЗУБ сходни черти със статут „бежанец“, но съществуват и някои съществени различия.

Съгласно чл. 9 от ЗУБ „Хуманитарен статут се предоставя на чужденец, принуден да напусне или да остане извън страната си на произход или местоживеене по причина на заплаха за неговия живот, сигурност или свобода, поради насилие, възникващо от ситуации във въоръжен конфликт, както и когато е изложен на опасност от изтезания или други форми на нечовешко или унизително отнасяне или наказание по тези причини не може или не желае да се завърне в страната си на местоживеене“.

Получилите статут „бежанец“ придобиват правата на българските граждани, с изключение на изрично предвидените в закона като - правото да участва в избори за държавни и местни органи, в национални и местни референдуми, както и да участва в създаването и да членува в политически партии; да заема длъжности, за които със закон се изисква българско гражданство; да бъде военнослужещ; други ограничения, изрично предвидени със закон. Лицата, придобили статут „бежанец“ носят пълна административнонаказателна отговорност. Чужденците с предоставен хуманитарен статут имат правата и задълженията на чужденец с разрешено постоянно пребиваване в Република България.

Статут „временна закрила“ е четвъртия вид особена закрила по ЗУБ. В съответствие с чл. 11 „Временна закрила се предоставя за определен срок в случай на масово навлизане на чужденци, които са принудени да напуснат страната на произход или местоживеене, поради въоръжен конфликт, гражданска война, чужда агресия, нарушаване на правата на човека или насилие в големи размери на територията на съответната страна или отделен район и по тези причини не могат да се завърнат там“.

Съществуват няколко разлики при сравнение на „временната закрила“ с другите категории особена закрила - закрилата е за определен срок, само в случай на масово навлизане на чужденци на територията на Република България и ако лицата напускат държавата по постоянно местоживеене, поради война или друго насилие, което не е на територията на цялата държавата, а дори само в отделен район. При „временна закрила“ не се провеждат индивидуални интервюта. Като в тези случаи, когато чужденците отговарят на изискванията на ЗУБ, председателят на ДАБ съгласувано с министрите на външните и вътрешните работи, правят предложение до МС за постановяване на

временна закрила, съгласно чл. 80 от ЗУБ. Този тип закрила се постановява със срок до 1 година. Също така тя може да се прекрати предсрочно или да се продължи с до още 1 година след решение на МС.

Важно уточнение е, че противоречиво се използва терминът „бежанец“, дори за тези, за които все още не е приключило производството с решение. „Бежанец“ е единствено този чужденец, който съгласно приетото решение получава този статут.

По всяко време на производството чужденците имат право на преводач. Всеки кандидат се интервюира на разбираем за него език. При заявено желание от негова страна, интервюта се провеждат от интервюиращ орган или преводач, съответно от тълковник, от същия пол.

1.2. Глобалната миграция – push и pull фактори. Основни миграционни потоци и потенциални рискове.

През последните години миграцията набира скорост, и това се изразява както в количествена, така и в качествена форма. С промяна в броя на мигрантите се променят формите, видовете и посоките на миграционните потоци [121]. В съвременния свят е лесно да се преместиш от една държава в друга, в търсене на по-добра работа. Но зад тази привидна простота стоят трудности, с които се сблъскват мигрантите, когато се преместят на ново място [226]. Глобалният характер на миграционните процеси и свързаните с тях кризи и дългосрочни последици [227], правят темата актуална и особено болезнена днес. Световната общност, която доскоро не беше усетила пряко размера, особеностите и отраженията от миграционните процеси на международно ниво, беше изправена пред необходимостта да координира усилията на много страни за разрешаване на остри ситуации [228] и колективно регулиране на миграционните потоци.

1.2.1. Статистически данни за глобалните миграционни процеси

От 2007 година оценката за броя на бежанците включва не само тясната дефиниция на ООН от 1951 година, но и хора в сходна на бежанците ситуация и затова данните от преди 2007 са несъпоставими. Таблица 1 включва също временно разселени

лица в собствената им държава, и хора в сходна на ВРЛ ситуация, без тези под юрисдикцията на UNRWA [148].

Таблица 1.Брой на ВРЛ в собствената им държава, и хора в сходна на ВРЛ ситуация (по данни на ООН)

Регион (ООН)	**2016 [148]**	**2015 [144]**	**2014 [148]**	**2013 [143]**	**2012 [142]**	**2011 [141]**	**2010 [140]**
Африка	21,288,728	20,277,162	17,755,821	13,552,429	12,546,381	13,054,069	10,176,423
Азия	31,168,078	29,704,046	25,940,393	20,071,389	15,448,253	14,525,986	6,112,716
Европа	6,210,994	5,487,592	3,901,936	2,655,496	2,956,456	3,022,529	2,992,734
Латинска Америка	8,061,269	7,659,144	6,669,992	5,995,468	4,351,990	4,315,819	4,117,369
Северна Америка	936,875	714,900	620,922	530,502	477,388	483,219	487,433
Океания	83,894	69,894	69,780	60,113	52,868	40,243	37,801
Общо	67,749,838	63,912,738	54,958,844	42,865,397	35,833,362	35,441,865	33,924,476

Според доклада за глобалните миграционни индикатори над 5 млн. чуждестранни лица са влезли в страни-членки на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) през 2016 г. В световен мащаб са отчетени 258 млн. мигранти, или хора, пребиваващи в държава, различна от страната на тяхното раждане. Това представлява 3,4% от общото население на света. Важно е да се подчертае, че по данни от 2015 г., в света има над 150 млн. мигранти, които са сменили държавата си, за да открият работа и препитания, а по данни от 2016 г. над 4,8 млн.студенти са напуснали родината си, за да учат в друга страна [145].

По данни на ВКБООН, през 2017 година 65,6 млн. души са насилствено изселени заради преследване, конфликти, насилие или посегателство над правата на човека [86][135]. От тях 5,4 млн. са палестински бежанци, които не са под наблюдението на ВКБООН, а на United Nations Relief and Works Agency (UNRWA) for Palestine Refugees in the Near East.

1.2.2. Фактори и рискове при миграционните процеси

Според Съвета на Европа (Council of Europe) [92][93][94]: "В случай на доброволна миграция, хората напускат своя дом по свой собствен избор, главно заради т.нар. „теглещи фактори“ (pull factors) [207], например по-добри възможности за кариера, въпреки че възможностите, от които могат да избират, понякога са много ограничени [229]. Принудителната миграция в повечето случаи е резултат от т. нар. „тласкащи фактори“ (push factors), например преследване, война или глад, когато хората бягат от нарушаването на правата на човека. Винаги съществува, обаче, комбинация от теглещи и изтласкващи фактори. Много мигранти напускат държавата си поради икономически причини и за да избегнат злоупотреби с правата им. Счита се, че дори и икономическите мигранти са принудителни мигранти, когато искат да избягат от ситуации, при които техните икономически права са нарушени“ [13].

Международната миграция поражда различни положителни, но и отрицателни последствия за всички участници в процеса [11].

Рисковете за мигриращите популации ги съпътстват във всички етапи на опасното пътуване, което предприемат в бягството си от военни конфликти, например. Такива рискове могат да бъдат посочени още в етапа преди отпътуването им към новата дестинация. Рискът от придобиване на ваксинопредотвратими заболявания зависи от наличието на податливи индивиди в популацията и техния епидемиологичен профил [132]. В много страни на произход и транзитни такива, здравните системи са отслабени от граждански размирици, войни, икономически кризи и природни бедствия. Предоставянето на услуги [180] в общественото здравеопазване [164], включително ваксинопрофилактика за населението, са често прекъсвани или замразявани, което има за резултат критично намаляване на обхвата с имунизации. Например в Сирийската арабска република имунизационното покритие е спаднало от 91% през 2011 до 68% през 2012 [219]. Въпреки положените усилия за подобряване на имунизационния обхват, все още има сериозни опасения за имунизационния статут на сирийци, включително тези, търсещи убежище в европейски държави.

Здравните рискове, с които се сблъскват мигрантите са особено остри в следващия етап от миграцията – пътуването и престоят в транзитни държави. Рисковете

за здравето [161] в тази фаза зависят от условията и продължителността на пътуването. Бежанците, търсещите убежище и мигрантите без документи, особено жени, новородени и деца [118] са сред най-застрашените [104]. Висок риск за здравето имат хронично болните, лицата с увреждания и хората в напреднала възраст, въпреки техният малък дял сред мигрантите. Здравните рискове [113], които се наблюдават по време на пътуването, особено при операциите за спасяване, включват травми [136], изгаряния, хипотермия, дехидратация, топлинни удари, болести, свързани с качеството на храната, респираторни заболявания [133] и кожни инфекции. Мигрантите са изложени и на риск от сексуални посегателства [177], насилие и лоша грижа за сексуалното здраве [178] [216].

Пристигайки до границите на ЕС мигрантите често са изминали дълъг път по вода и суша и са живели в крайно неблагоприятни условия, които са риск за здравето и живота им [165]. Когато успеят да пресекат европейските граници те се сблъскват с местните регулации и гранични органи, чието задължение е да бранят границите от нелегална миграция [193], но също така и да окажат необходимата медицинска помощ на очевидно нуждаещите се. Освен това европейските погранични власти и представители на здравните служби имат отговорност да скринират пристигащите за различни инфекциозни заболявания, които те може да носят от държавата на произход или да са придобили по време на пътуването заради тежките условия [101]. Тук идва мястото на редица документи и ръководства, някои от които са посочени по горе, на СЗО, ЕЦКБ, ЕК, Международната организация по миграция и други.

Неблагоприятните последици от миграцията върху здравето могат да се наредят сред основните рискове, които тя крие. Докато фактите показват, че здравните рисковете са основно за самите мигриращи, много граждани на ЕС виждат заплаха в новодошлите за своето здраве. Страховете се разпростират както сред широката общественост, така и сред медицинския персонал. Основна грижа пред ЕС и организации като СЗО и Европейския център за контрол на болестите е готовността на националните здравни системи [61][96] да управляват потенциални кризисни ситуации при неконтролируем приток на бежанци. Съществуват редица съображения, които се взимат под внимание като възможността за пограничен здравен контрол и медицинско обслужване на всички новодошли [68]. Не всички държави-членки имат подобна подготовка в началото на

бежанската криза, което налага, в условия на спешност, да се създава допълнителна инфраструктура и да се обучават кадри за тази дейност.

Един от най-важните рискове, който трябва да бъде предотвратен още в началото на кризата и запазва значението си е превенцията на инфекциозни заболявания, някои от които редки за ЕС. ЕЦКБ още в началото на месец март 2014 година предприема инициатива, с която си поставя за цел да оцени прилагането на скринингови програми за инфекциозни болести (ИБ) в ЕС, да оцени мнението на националните експерти по въпросите за такъв скрининг и да изследва връзката между пропорцията на търсещите международна закрила в популацията и прилагането на скринингови програми [125]. За целта ЕЦКБ провежда допитване до всички 28 държави-членки и техните номинирани експерти, на което отговарят 27 от тях. Резултатите от това допитване показват, че 16 от отговорилите страни имат действащи скринингови програми, а 15 имат национални ръководства по въпроса. В резултат ЕЦКБ издава „Публично-здравно ръководство за скрининг и ваксинация за инфекциозни болести сред новопристигащи мигранти в ЕС/ЕИП“ [206]. Основната цел на това ръководство е да предостави научни насоки, базирани на оценка на доказателства, събрани чрез таргетирани публично-здравни интервенции, да подпомогне ефективен скрининг и ваксинация за приоритетни ИБ сред новопристигнали мигрантски популации в ЕС/ЕИП. С това се поставя задачата да се подпомогнат страните-членки да разработят национални стратегии за засилване на превенцията и контрола на ИБ сред мигрантите и да посрещнат здравните нужди на тези популации. Анализът на ЕЦКБ показва, че е рентабилно да се инвестира в скрининг на мигранти от всички възрасти, посочвайки редица конкретни ИБ.

Мигрантите биват изложени на редица здравни рискове по време на процеса на миграция от една територия към друга [128]. Въпреки това, трябва да се отбележи, че въздействието, което пътуването има, варира според типа мигранти, сред които тези без документи са едни от най-уязвимите заради често жестоките условия на пътуването им и ограничения или изцяло липсващ достъп до здравни услуги [82] [199].

Публично-здравните аспекти на миграцията засягат заетите в различните етапи на миграционния процес, включително здравните работници, както и местните общности в приемащите места. В държавите-дестинации с миграцията често се явяват редица предизвикателства за капацитета на националните здравни системи. Те са

свързани с начините, по които системите отговарят на непознатите и променящи се здравни профили и потребности на мигрантите и с които осигуряват нововъзникналите допълнителни нужди от здравни услуги [139]. Заради разпространената неподготвеност и неинформираност в здравеопазването, здравните рискове, произтичащи от мигрантите, често се надценяват от приемащите страни.

СЗО силно препоръчва предлагане и предоставяне на медицински преглед [84][85], за да се осигури достъп до здравеопазване за всички бежанци и мигранти, съблюдавайки техните човешки права [76] и достойнство [72]. Въпреки общото схващане, че има връзка между миграцията и вноса на ИБ, няма установена подобна взаимовръзка [194]. Бежанците и мигрантите са изложени основно на ИБ, които съществуват в Европа независимо от миграцията – туберкулоза [58] [203], ХИВ [49][65], рубеола, хепатит и други ваксинопредотвратими заболявания като рубеола, морбили. Рискът от пренос на чужди, екзотични инфекциозни агенти, като напр. да бъде внесен вирусът Ебола в Европа, е изключително нисък, а когато се появи, практиката показва, че преносителите са по-често регулярни пътници, туристи или здравни работници, отколкото бежанци и мигранти.

Рисковете за здравето на мигрантите не спират с тяхното пристигане в Европа. В центровете за настаняване пренаселените помещения и неадекватна хигиена в комбинация с недостатъчно добрия достъп до здравеопазване [208] са добре познати рискове за развитие на заразни болести. Рискът от морбили, дифтерия, пертусис и други е подсилен от наличието на предразположени индивиди. Освен това, ниската хигиена и лошите санитарни условия увеличават риска от паразитози, гастро-интестинални и кожни инфекции.

Здравният персонал и работната сила въобще по границите и в центровете за настаняване също може да бъде изложена на някои рискове. Разпространеното схващане, че мигрантите носят непосредствен риск за здравните работници е несъстоятелно по редица причини. Във всички европейски държави съществуват протоколи за поведение при работа с конкретни заболявания. Фактът, че мигрантите страдат от същите заболявания, от които страдат и европейските граждани, означава че поведението на медиците налага следването на установените правила за добра медицинска практика при дадено заболяване. Като релевантна протективна мярка поради специфичните условия

на труд на здравните работници в местата за настаняване, СЗО предлага редовно предоставяне на психологическа подкрепа за тези работници.

В процеса на управление на бежанската криза, държавите-членки, особено тези, които са по външните граници на Съюза, разгръщат своя капацитет за провеждане на скрининг на всички пристигащи и този процес е подкрепен от международни организации с експертиза в сферата. Генерална дирекция „Здравеопазване и безопасност на храните“ на ЕК издаде Наръчник за медицински специалисти за оценка на здравословното състояние на бежанците и мигрантите в ЕС/ЕИП, който е преведен на всички европейски езици.

Едностранните мерки (като например приемането на по-рестриктивни имиграционни закони, въвеждането на квоти, засилването на граничния контрол и организираното депортиране на нелегални имигранти [117]) не помагат съществено за подобряване на ситуацията нито вътре в конкретните държави, нито в Европа като цяло.

В допълнение Европейската комисия има водеща роля в рамките на Глобалния подход на ЕС към миграцията и мобилността, който предвижда изграждането на двустранно сътрудничество с граничещите с ЕС държави. Основните цели на Глобалния подход са гарантиране на ефективни гранични проверки с цел намаляване на незаконната миграция [75] [218], насърчаване на законната миграция и по-добра защита за жертвите на трафик на хора [138].

Миграцията може да бъде повлияна и от религиозни вярвания. Проявите на радикален ислям и превръщането му в основание за извършване на терористични акции, предизвика развитие на цивилизационна и верска нетърпимост. Същевременно се признава, че тази религия е допринесла за формиране на традиция, част от световното културно наследство. Държавни обединения на ислямските държави и днес имат силно влияние в международните политически, търговски, икономически и военни отношения.

Ислямът става мобилизираща и консолидираща необходимост, използвана от национални освободителни сили и техните движения от „Арабската пролет“. След разпадането на колониалната система през втората половина на 20-ти век масовата емиграция към Западна Европа, САЩ и други страни създава стабилни ислямски общности. Тяхната интеграция не се оказва толкова лесен процес [162].

Разбира се, самата миграция крие и много други рискове, като тези свързани с промените в околната среда. Те дават отражение върху развитието на обществата, включително нарушаване на социалните и икономически системи предизвикващи миграция. В същото време тя е начин за ефективно адаптиране към екологичните и други рискове.

С нарастването на населението и с разрастването на икономиките хората се преместват от едно място на друго, за да се възползват от възможности, да направят по-добър живот и да избегнат нежелани рискове и вреди. Следователно миграцията е важен социален и икономически феномен в историческите и съвременни общества. С нарастващата мобилност и нарастващото човешко население сега в света има по-голям запас от мигранти, отколкото във всеки един момент от миналото, като доминиращият поток от хора е от селските райони към градските селища през последните десетилетия. В същото време и по свързани причини светът е в разгара на глобалните промени в използването на земята, натоварването на замърсяването и системните промени в климата, биоразнообразието и други неблагоприятни процеси в екосистемите [43].

Регистрира се загуба на екологичен фонд (пресъхване на водоизточници, ерозия на почви, замърсяване на въздуха) вследствие на изменени климатични фактори, причиняващи преселване. Все още е трудно да се припишат отделни събития на дългосрочните промени в климата и екосистемите. Икономическите разходи [67], както направени, така и неосигурени, за екстремните метеорологични събития са все по-значителни. Тези тенденции на повишена експозиция на населението на рискове за околната среда, отчасти, са движени от демографските и миграционните процеси към заселване в рискови среди на всички континенти [43].

1.2.3. Анализ на кризите от 2012-2013 г., 2015-2017 г. в Европа

Повечето от страните от Близкия изток се освобождават от колониалното си потисничество след Втората световна война, между 50-те и 70-те години на 20-ти век. Някои от тях – като Египет, Тунис, Йемен, Сирия, тръгват по пътя на демократичното развитие от западен тип и стават републики с президент, парламент и правителство; други – като Либия, Алжир и Ирак, тръгват по пътя на арабския социализъм, а в трети властта вземат антиционистки партии и правителства.

Ключов момент в развитието на Арабския свят се оказва масовото недоволство от управлението на редица диктаторски режими в региона в началото на 2011 г. То провокира т. нар. „Арабската пролет“ и обхваща общо 19 държави. В пет от тях довежда до реална смяна на властта, а четирима диктатори загубват управлението, но запазват живота си. Либийският лидер Муамар Кадафи е убит от местните бунтовници.

1.2.3.1. Предпоставки и развитие на процесите през „Арабската пролет“

Причините за Арабската пролет могат да бъдат разглеждани и класифицирани по различни показатели и разделени в няколко категории: исторически, политически, икономически, социални и климатични.

Движеща сила на събитията от Арабската пролет са преди всичко мобилизираните маси, осигурени от технологията и младото население, ролята на режимните сили за сигурност и подкрепата на външни фактори. От години държавите от Арабската пролет осуетяват развитието на алтернативно лидерство извън управляващите режими. Технологията е позволила на гражданите да предизвикат репресивните сили за сигурност. Отпаднала е необходимостта от утвърдени лидери за организиране на масите, защото са се появили активисти в социалните мрежи. Те формират обществено мнение, което изкарва гражданите на протести и многолюдни шествия, съпътствани от широко медийно отразяване на живо. Тежкото икономическо положение на държавите от „Арабската пролет“ е в следствие на продължителното управление на диктаторите в тези страни. Резултатът е революция от улицата с алтернативно политическо ръководство, формирало се сред протестите и борбите. В много отношения Арабската пролет започва в Техеран. Протестите след корумпираните избори през юни 2009 г. прокарват пътя към акции, чрез използване на социалните мрежи и информационните технологии.

Причинно-следствените връзки в тези страни са добре известни: икономически трудности и неравенства [87] [188], неадресирани политически недоволства и дълголетие на владетели, съпротивляващи на еволюционните промени. Те се стремят да устроят „наследствени републики“ [175].

В доклад на Европейския парламент се твърди, че: "Арабската пролет беше извънредна поредица от събития, в смисъл че в нея активно участва голяма част от

арабското население, което протестираше срещу авторитарните режими и издигаше искания за повече свобода, повече участие на обществото, повече права, повече социална справедливост и приобщаване. Особено активен сегмент от населението през този период бяха младите хора с най-различен произход и най-различни искания и стремежи. Особено важно е да се вземе под внимание това, което последва техните искания, тъй като демографията, характеризираща този регион, ги превръща в голяма част от обществото, която по редица причини е изоставена, без работа и с малко надежди за подобряване на положението си“ [6].

Според доклада регионът все още е силно засегнат от последиците от бунтовете, макар и в различна степен. Проблемите може да са по-належащи в някои от държавите - прекратяване на конфликта, започване на процес на помирение, подобряване на положението с правата на човека и др. Един от тях е общ за всички държави, а именно незадоволителните икономически резултати, влошени от външни събития, като световната финансова криза и спада на цените на петрола, започнал през 2014 г. Под въпрос се поставя техният икономически модел, който в продължение на десетилетия разчита на държавни субсидии и на работни места в публичния сектор. Държавните бюджети са подложени на голям натиск - липсата на истински частен сектор, съществуващите бариери пред стопанската инициатива, намаляването на преките чуждестранни инвестиции, лошото състояние на инфраструктурата и упадъкът на туризма.

Свързано с всичко това е изключително високото равнище на младежката безработица – един от факторите, довели до протестите, като тя продължава да бъде бедствена или дори по-тежка, отколкото през 2011 г. Осигуряването на възможности за работа, улесняването на предприемачеството, подобряването на качеството на образованието, включването на младите хора в процесите на вземане на решения са основни действия за справяне с проблема. Действията на ЕС могат да вземат и това предвид при определянето на политиките по отношение на този регион [13].

1.2.3.2. Ефекти от „Арабската пролет“ върху ЕС

Незаконното преминаване на външните граници на ЕС рязко спада под 100 000 души през 2012 г., до общо около 73 000 души [209]. Това е половината от броя,

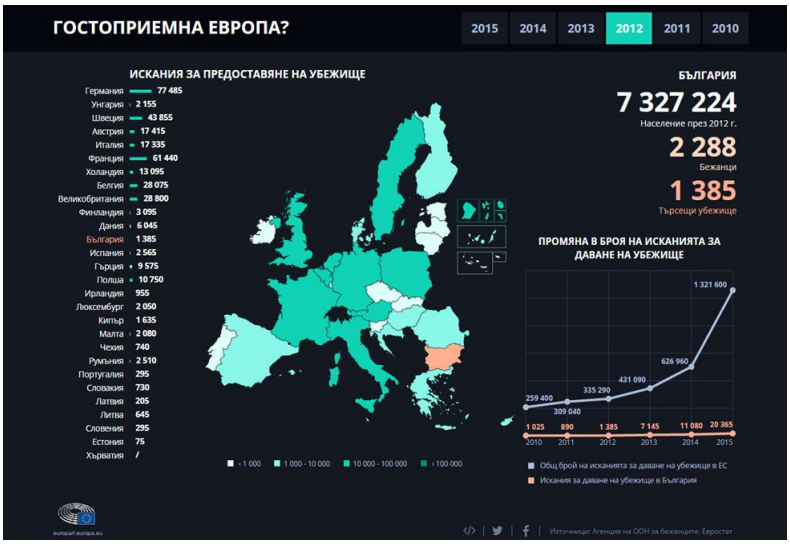
докладван за 2011 г. и е първият път на намаление, откакто е започнало систематичното събиране на данни през 2008 г.

Въпреки общото намаление на незаконно преминаващи през 2012 г. се отчита непрекъснато нарастване на мигранти от Тунис и Либия. Техният брой е 10 300 души. Тенденцията на увеличение на незаконно преминаващите е характерна за целия район на Централното Средиземноморие и е следствие на Арабската пролет.

От 2008 г. са засечени значителен брой мигранти, които незаконно преминават границата между Турция и Гърция, по така наречения Източносредиземноморски маршрут [150]. Ситуацията се променя особено през август 2012 г., когато гръцките власти мобилизират безпрецедентни ресурси на сухопътната си граница с Турция. Там те разполагат 1 800 допълнителни гръцки полицаи. Броят на откритите незаконни преминавания на границата бързо спадна от около 2 000 през първата седмица на август до под 10 на седмица през октомври 2012 г.

Много мигранти, които нелегално преминават границата към Гърция, се придвижват към други държави-членки, най-вече по сухопътния път през Западните Балкани. В контраст на намаляването на преминавания на гръцко-турската сухопътна граница, не е имало намаление на незаконното гранично преминаване по Западнобалканския маршрут (6 390, + 37%).

В района на Западното Средиземноморие между Северна Африка и Испания [116] заловените за незаконно преминаване на граница намалява с близо една четвърт в сравнение с 2011 г., но остава над нивата, регистрирани в предишни години (6 400 -24%).



Фигура 1. Искания за предоставяне на убежище, 2012, ЕВРОСТАТ, Popstats.int, www.popstats.int

Афганистанците остават пробладаващата националност при незаконно преминаване на граници на ЕС, но техният брой значително намалява в сравнение с предходната 2011 г. Наблюдава се голямо увеличение на сирийците като най-често регистрирани при незаконно преминаване на границите. Тази група бежанци употребява и най-често фалшиви документи. Повечето от откритите сирийци подават молби за убежище в ЕС, бягайки от гражданската война в своята страна.

Общата тенденция на откриване на фасилитаторите на нередовна миграция намалява от 2008 г. насам, като възлиза на около 7 700 през 2012 г., което е краткосрочното увеличение с 10% между 2011 и 2012 г. Този дългосрочен спад може да бъде отчасти поради широко разпространеното преминаване към злоупотреба с легални канали (като неправомерно оставане в страна, злоупотреба с безвизов режим и т.н.) и измама с документи. В резултат на това фасилитаторите могат да работят отдалечено и незабележимо.

През 2012 г. има около 8 000 засичания на мигранти, използващи неистински документи, за да влизане незаконно в ЕС или Шенгенското пространство. Предварителните данни за молбите за убежище през 2012 г. показват общо увеличение с около 7% в сравнение с предходната година. Докато афганистанците продължават да отчитат най-големия дял на заявленията, голяма част от увеличението се дължи на нарастващ брой заявления, подадени от сирийски граждани.

Наблюдава се постоянна тенденция за ефективно завръщане на около 160 000 граждани на трети страни. Гърция отчита най-голям брой връщания на албански граждани. Ефективността на процеса се увеличи значително през последното тримесечие на 2012 г., след старта на операцията Xenios Zeus. Оценката на рисковете по външните граници на ЕС показва, че въпреки рязкото намаляване на откриванията между 2011 и 2012 г., рисковете, свързани с незаконното преминаване, остават сред най-високите в южния участък от границата на Съюза. Таблица 2 показва разпределението на причините за отказ на приемане като е подчертана колоната, която показва броя на рисковите лица за общественото здраве, наред с отчитането на някои други рискове [50].

Таблица 2. Причини за отказ на приемане, 2013, ФРОНТЕКС

Причини за отказ на приемане 2013												
Топ 10 националности	**Общо откази**	**A**	**B**	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**H**	**I**	**други**	**Общо причини**
Руска Федерация	22 697	496	24	19 292	283	1 528	226	707	183	493	167	23 399
Украйна	16 376	389	143	6 637	36	6 660	749	939	580	107	182	16 422
Албания	11 564	391	194	384	31	2 603	401	2 141	4 674	268	648	11 735
Сърбия	8 181	153	48	499	13	1 746	1 500	2 274	1 758	156	122	8 269
Грузия	8 100	4	19	7 761	22	219	3	39	63	9	19	8 158
Мароко	5 049	2 589	154	769	94	517	45	220	719	370	46	5 523
Беларус	4 572	88	26	2 614	6	1 018	121	457	186	169	30	4 715
Босна и Херцеговина	3 523	718	3	167	2	782	310	1 129	366	117	290	3 884
Турция	2 999	283	67	1 590	45	395	218	120	155	87	101	3 061
Бразилия	2 524	10	20	226	1	782	124	165	304	41	969	2 642
Други	43 317	3 880	1 949	10 115	1 027	10 338	1 348	2 939	1 829	1 260	9 879	44 564
ОБЩО	**128 902**	**9 001**	**2 647**	**50 054**	**1 560**	**26 588**	**5 045**	**11 130**	**10 817**	**3 077**	**12 453**	**132 372**

Описание на причините за отказ на приемане:

A: не притежава валиден документ(и) за пътуване

B: притежава фалшив/ подправен документ за пъуване

C: не притежава валидна виза или разрешение за пребиваване

D: притежава фалшива/ подправена виза или разрешение за пребиваване

E: не притежава подходящ документ, оправдаващ целта и условията на престой

F: вече е престоял 3 месеца от 6-месечен период на територията на страни-членки на ЕС

G: не притежава достатъчно средства за препитание по отношение на формата и периода на престой или средства за връщане в страната на произход или транзит

H: е лице, за което е подаден сигнал за отказ на приемане, в Шенгенската Информационна Система или в национален регистър

I: се счита за заплаха за обществени политики, вътрешна сигурност, **обществено здраве** или международни отношения на една или повече страни-членки на ЕС

През 2012 г. са издадени общо 14 250 595 краткосрочни Шенгенски визи, което представлява увеличение с 13% в сравнение с 2011 г., когато те са били 9 420 896 бр. Увеличението е с 51% в сравнение с 2009 г. Повечето от визите (59%) са издадени само в три държави: Руската федерация (6 млн., 42%), Украйна (1,3 млн., 9%) и Китай (1,25 млн., 8%).

Пътническият поток е показател за обема на проверките, които граничните служители трябва да извършат. На европейско равнище обаче няма систематично отчитане на пътническите потоци през граничен пункт, граничен участък или като общо

за външните граници на ЕС. Данните на Евростат за пристиганията на граждани на въздушната граница са най-достоверни за пътникопотока [124]. Вътрешноевропейските пристигания (460 млн.) са приблизително четири пъти повече спрямо пристигащите извън ЕС (125 млн.). Разкрива се увеличение от 2% на граждани, пристигащи от страни извън ЕС в сравнение с 2011 г. Обединеното Кралство [108][109][111] и Германия са двете държави-членки, отчитащи най-голям брой пристигащи извън ЕС, всяка от които докладва за повече от 20 млн. Основните две летища с най-голям брой заминавания към ЕС са турските летища Истанбул Ататюрк и Анталия, които достигат около 6 млн. пътници през годината.

Либерализирането на визовите режими за страните от Западните Балкани и прилагането на местни споразумения за граничен трафик са причина за по-бързо увеличение на пътникопотока по сухопътните, отколкото на този по въздушните граници. Според Кодекс на шенгенските граници, на граждани на трети страни, които пристигат на външните граници, може да бъде отказано влизане в ЕС, ако не изпълняват всички условия. По тази причина отказите нарастват с 11% между 2012 и 2013 г. до 128902 бр. Повечето откази за влизане са отчетени от сухопътните и въздушните граници, в съответствие с разпределението на пътническите потоци. Дългосрочната тенденция е за увеличаване на отказите на сухопътната граница, поради увеличаване на пътникопотока по нея. На равнище ЕС, руснаците се класират на първо място по откази за влизане, следват украинци и албанци.

Откриването на незаконно преминаване на външните граници на ЕС рязко се увеличи между 2012 и 2013 г. от приблизително 72 500 на 107 000, което представлява годишно повишение от 48%. Въпреки това нивото за 2013 г. е сравнимо с общите данни, отчетени от държавите-членки през 2009 г. и 2010 г. (104 600 и 104 000 съответно), и все още е по-ниско от общото отчетено през Арабската пролет през 2011 г. (141 000). Освен тази нарастваща тенденция, 2013 г. се характеризира с три явления:

- голямо увеличение на нелегалното пресичане на граници от сирийци, в последствие кандидатстващи за убежище, по Източносредиземноморския маршрут и в Централното Средиземноморие;
- постоянен поток от мигранти, заминаващи от Северна Африка [106] (Либия и Египет), излагайки живота си на риск да преминат през Средиземно море;

- Унгария докладва рязко увеличение, най-вече през януари-юни на нелегални пресичания на сухопътната ѝ граница със Сърбия.

Повечето регистрации на незаконно преминаване на граница са на сирийци, еритрейци, афганистанци и албанци, които заедно представляват 52% от общо откритите (или 55 400). Само сирийците (25 500) са почти една четвърт от общия брой. Тяхната регистрация на границата на ЕС се утроява между 2012 и 2013 г., отразявайки тежката ситуация в Сирия и отчаяното тежко положение на сирийските бежанци. Сирийците са най-често срещаната националност, искаща международна закрила с 50 096 молби, докладвани на „ФРОНТЕКС“ от държавите-членки. Това са почти два пъти повече заявления, подадени от сирийците през 2012 г., и представляват значително увеличение на броя за целия ЕС.

В района на Централното Средиземноморие засичанията са ниски през първото тримесечие на 2013 г., но постепенно се увеличават, като се започне от второто тримесечие, за да достигнат пик през третото. Към края на годината общо 40 404 са регистрираните незаконни преминавания. Повечето лодки отплават от Либия, където фасилитаторите се възползват от слабия държавен контрол [174], но много мигранти тръгват и от Египет [172] [173].

По Източносредиземноморския маршрут, регистрациите на незаконно пресичане (24 800 през 2013 г.) са на най-ниското ниво, отчетено от 2009 г. насам, но този маршрут все още се класира на второ място и представлява почти една четвърт от всички незаконни преминавания на граници на ЕС. В сравнение с 2011 и 2012 г. районите на засичанията също се променят значително и в Източно Егейско море са най-големи, последвани от открития по сухопътната граница между България и Турция.

Увеличение има по трасето на Западните Балкани от около 6 400 през 2012 г. до 19 500 през 2013 г. Повечето са докладвани през февруари-юли 2013 г. на унгарско-сръбската сухопътна граница. Мигрантите, открити да преминават незаконно граница през този период, незабавно подават молба за убежище и впоследствие се укриват, за да продължат пътя си към други държави-членки.

В района на Западното Средиземноморие и по маршрута на Западна Африка, през 2013 г. случаите на незаконно преминаване на граница остава стабилно, като са докладвани съответно 6 800 и близо 300 открития. В Западното Средиземноморие почти

две трети от преминаванията са докладвани на сухопътната граница в Сеута и Мелила. Това е свързано с по-ефективна превенция на отпътувания по море от страна на мароканските власти и засилени мерки в Средиземно море, включително съвместната операция Indalo на Европейската Патрулна Мрежа. На няколко пъти през 2013 г. испанските власти предупреждават за постоянната заплаха от миграция към Мелила.

На източната сухопътна граница откриването на незаконно преминаване остава на ниско ниво - 1 300, или 1,2% от общия брой на ЕС.

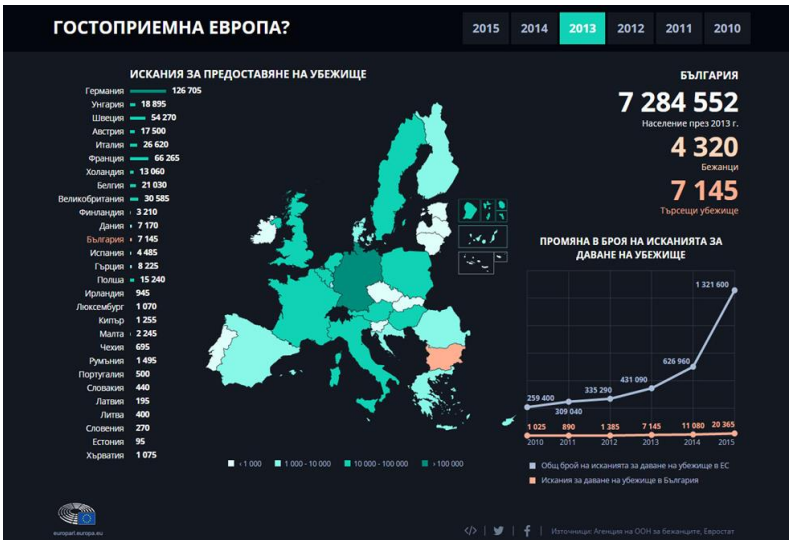
През 2013 г. в ЕС има около 345 000 случая на нелегален престой, което представлява трайна тенденция в сравнение с предходната година. Това е в съответствие със стабилна, макар и леко намаляваща, дългосрочна тенденция през последните пет години.

Въз основа на информация от Мрежата за анализ на риска на „ФРОНТЕКС“ за 2013 г. броят на молбите за убежище, подадени в ЕС, продължава да нараства. Данни сочат общо увеличение с около 28% или общо 353 991 молби през 2013 г. Сирийците са били най-често срещаната националност, които искат международна закрила, почти удвоявайки и без това много големия брой заявления през 2012 г. Повече от две трети от всички сирийски заявления са подадени в Швеция [103], Германия и България (фиг. 2).

Между 2012 и 2013 г. откриванията на фасилитаторите намаляват с 11% или общо 6 900 през 2013 г. Както беше казано по-горе, това намаление може да се дължи отчасти на широкото преминаване към злоупотреба с легални канали и използване на измами с документи за влизане в ЕС.

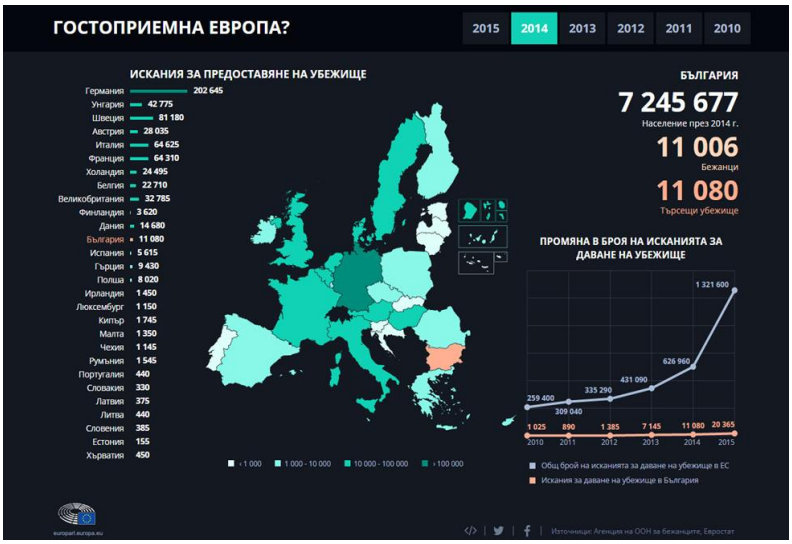
През 2013 г. се наблюдава постоянна тенденция на около 159 000 граждани на трети страни, които ефективно се завръщат в трети страни. Този брой не включва обратно приемане между държавите-членки. Например през 2012 г., Обединеното Кралство [110][112] и Гърция са държавите-членки, извършващи най-голям брой връщания.

Рисковете, свързани със злоупотребата с легални канали, често се оценяват толкова високо, тъй като са често срещани и широко разпространени явления. Въпреки че няма надеждни измервания в това отношение, такава злоупотреба вероятно представлява най-лесният и най-разпространен начин на действие, използван от лица, пребиваващи незаконно в ЕС.



Фигура 2. Искания за предоставяне на убежище, 2013, ЕВРОСТАТ, Popstats.int, www.popstats.int

Процесът на нарастваща миграция към ЕС продължава и през 2014 г. (фиг. 3). През 2015 г. в следствие на „Арабската пролет“ притокът на бежанци и мигранти в Европа достига зашеметяващи нови нива. Основният маршрут се мести от опасния средиземноморски преход от Либия към Италия [114], към онова, което би се оказало още по-смъртоносно преминаване от Турция към гръцки острови като Лесбос. Трагедията изведе въпроса до центъра на европейския дневен ред. По данни от декември 2015 г. над 911 000 бежанци и мигранти са пристигнали на европейските граници от началото на годината, а по време на пътуването са загубени около 3 550 живота. Над 75% от пристигащите в Европа са избягали от конфликти и преследвания в Сирия, Афганистан и Ирак. Важно е да се отбележи, че 80% от миграционните потоци са насочена към най-развитите страни в Северна и Западна Европа - Франция [77][120], Испания [134], Италия [98], Великобритания [54] и Германия [39][146], което съвсем естествено ги превръща в най-заинтересованите членки на ЕС от намирането на съвместно решение за имиграционните проблеми.

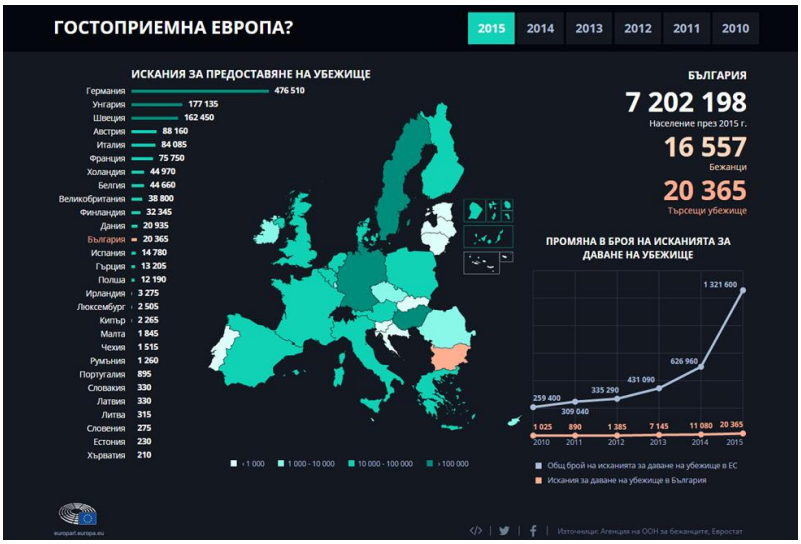


Фигура 3. Искания за предоставяне на убежище, 2014, ЕВРОСТАТ, Popstats.int, www.popstats.int

На основата на натрупания опит след 2015 г. на държавите-членки на Европейския съюз са изградени ефективни механизми за управление на имиграционните процеси. Настойчиво се дискутира потребността от прилагане на нов европейски подход [88]. Важен елемент от това управление е имиграционния контрол, насочен към ограничаване на факторите, предизвикващи нелегална имиграция. Това включва осигуряване на възможности за работа, улесняване на предприемачеството, подобряване на качеството на образованието, участие на младите хора в процесите на вземане на решения. Тези дейности са сред основните за справяне с проблема и ЕС трябва да вземе това предвид при определянето на политиките си по отношение на този регион [6].

Липсата на вътрешни граници в ЕС позволява на лицата, намиращи се нелегално на територията на някоя от държавите членки, да се прехвърлят на територията на друга, където не се провежда чак толкова твърда политика спрямо този тип мигранти.

В частност Испания [176] и Италия доскоро осъществяват масова легализация на нелегалните имигранти [119]. След подобна легализация чужденецът вече на съвсем законно основание може да се мести и да търси работа в Европа.



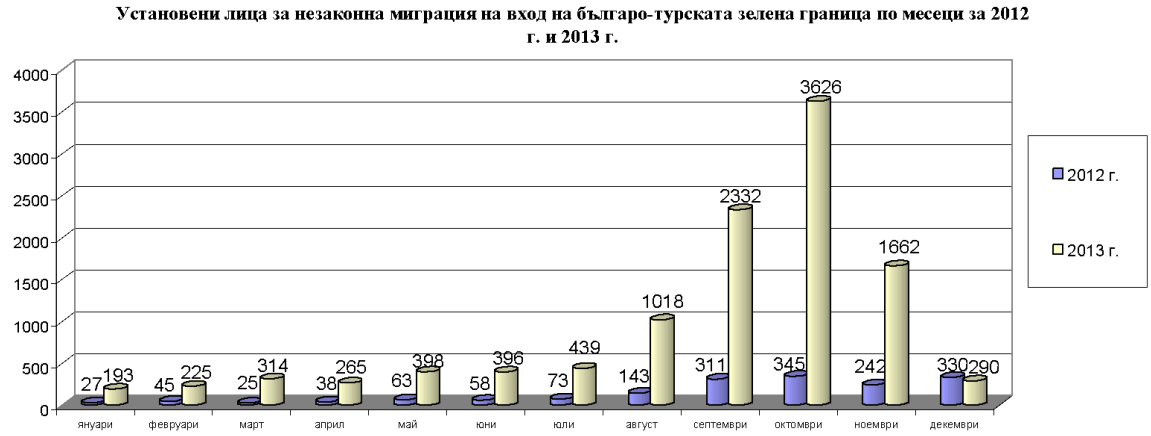
Фигура 4. Искания за предоставяне на убежище, 2015, ЕВРОСТАТ, Popstats.int, www.popstats.int

По данни от 2017 г. – най-висок процент на приетите заявки за статут на бежанци отбелязват България и Малта – по 91%, Холандия – 86 % [63], Дания – 77% [169] [170], Кипър – 76% и Германия – 72%. Във Франция [95] и Великобритания [55] тези показатели са значително по-ниски и възлизат съответно на 28% и 37%. В тези държави 98% от заявките на сирийците получават положителен отговор и под 3% е равнището на одобрение за идващите от Балканите [222]. Независимо от нарастването на напрежението в Съюза, Европа продължава меката политика спрямо бежанците, което се отразява негативно върху рейтинга на политическите лидери. Те губят доверие на фона на различни масови протести и нарастване на икономическото бреме [37][137].

Миграционният контрол в ЕС е основна задача на държавните миграционни политики на всички страни членки [99]. Ефективността на политиките зависи от законодателното, институционалното и финансовото осигуряване, както и от инструментите за тяхното осъществяване [156]. За да бъде миграционният контрол успешен, трябва да се добавят още политическа воля, системност и последователност на прилаганите мерки. За много европейски държави съвременната миграция е постоянен елемент от политическото, демографското, социално-икономическото и културното им развитие и има важно значение за запазване на националната сигурност. Тя е предизвикателство пред цялото общество и неговите системи, в които съществуват много пропуски. Навременното им идентифициране и отстраняване би спестило много проблеми и ресурси на приемащите държави.

1.2.4. Република България в контекста на „Арабската пролет“

В следствие на засиления миграционен натиск по границите на Република България след събитията от Арабската пролет през 2011 г. са създадени редица нормативни изменения и са предприети конкретни мерки в сферата на миграцията, убежището и интеграцията. В Стратегическата програма за интегрираното управление на връщането (2011-2013), утвърдена от Министъра на вътрешните работи на 31.03.2011 г., изрично се подчертава, че България „следва да бъде подготвена с мерки за превенция и справяне с възможен миграционен натиск”. През цялата 2012 година увеличаването на броя на бежанците в съседни страни се разглежда като риск за България в информационните бюлетини на българските служби за сигурност. До компетентните институции и висшето държавно ръководство са изпратени над 120 справки, анализи, информации и други документи, които касаят кризата в Сирия, като в повечето от тях се подчертава наличието на заплаха и реални рискове от миграционна криза. За цялата 2012 г. броят на задържаните незаконни имигранти е 2,5 пъти повече в сравнение с предходната година [100]. Считано от м. септември 2012г. се наблюдава устойчива тенденция за постоянно увеличаване на нелегално преминаващите границата чужденци, което не води до конкретни действия от компетентните институции в страната. Сравнителните данни на МВР за 2012 и 2013 г. са представени на фигура 5.



Фигура 5. Брой установени лица за незаконна миграция на българо-турска зелена граница за 2012-2013 г., МВР

1.2.4.1. Първата мигрантска вълна през 2012 и 2013 г. Последици и действия за справяне с кризата през 2014 г. [4]

През 2014 г. са изпълнени редица дейности от много международни и регионални организации, както и с подкрепата на значителен брой доброволци и частни дарители. Във всички центрове за задържане, на настанените се предоставя редовно храна, достъп до медицинска помощ при нужда [56], както и основни занимателни дейности като телевизия, книги и занимание – излизане на открито.

ВКБООН, чрез един от своите партньори – Български хелзинкски комитет (БХК) редовно предоставя правни консултации на търсещите закрила с помощта на преводачи. Социално консултиране и наблюдения, включително насочване към услугите на БХК, се извършва ежеседмично от друг партньор на ВКБООН – Български Червен Кръст (БЧК).

В края на 2012 г. капацитетът на ДАБ за настаняване е едва 782 места. Агенцията успява своевременно да определи нов сграден фонд, който да адаптира към нуждите на търсещите закрила и да увеличи капацитета до 4060 места. Ремонтът и разширението на новите приемателни центрове до края на 2014 г. позволи на ДАБ да осигури приемателен капацитет от 6000 места. В края на 2013 г. ДАБ обновява три стари военни сгради в Регистрационно-приемателен център (РПЦ) Харманли и премества всички търсещи закрила от палатки в ремонтирани стаи. През април 2014 г. ремонт на 4-ри етажното бивше училище в софийския квартал „Военна рампа“ позволява търсещите закрила хора, настанени първоначално във физкултурния салон, да бъдат преместени във фамилни сгради с нови стени, подове, дограма и легла. Голям строителен ремонт се извършва в РПЦ в столичния квартал „Враждебна“, закупени са нови перални и са обновени санитарните помещения. В останалите центрове на ДАБ са извършени незначителни подобрения, тъй като те са в задоволително състояние. Във всички 7 центъра не се наблюдава пренаселване, какъвто е случаят в края на 2013 г.

Търсещите закрила са настанени в съответствие с техния пол и семейно положение, а целостта на семействата е запазена. БМЧК (финансиран от Холандския червен кръст и Холандското правителство) изпълнява редица дейности, целящи подобряване на хигиенно-санитарните условия в центровете. По проекта, БМЧК обновява стаи и създава перални помещения в РПЦ Враждебна, РПЦ Военна рампа и РПЦ Харманли. Стаите са оборудвани с индивидуални професионални перални,

сушилни и гладачни машини, перилни препарати и сапун. Допълнително БМЧК финансира инсталирането и почистването на химически тоалетни по време на ремонтните дейности в частите на настаняване, организира редовни срещи с общностите за насърчаване на правилна хигиена, реализира дистрибуция на хигиенни материали (метли, кофи, дезинфектант) за стаите и общите помещения. Бежанско-мигрантската служба на БЧК (БМС-БЧК) също осъществява редовно раздаване на хуманитарна помощ през годината (храна и хигиенни пакети, лекарства, училищни пособия, дрехи и обувки, бебешко мляко, памперси, дезинфектанти, чаршафи и легла) по проекти, финансирани от ВКБООН, Швейцарски червен кръст, Република Словакия, държавен департамент на САЩ и други донори.

През 2014 г. БМС-БЧК осъществява проект, финансиран от ВКБООН за подобряване на условията за прием във всички центрове на ДАБ и за предоставяне на социални услуги. Проектът има за цел също така да улесни социалното включване, първоначалната адаптация и интеграция на търсещите закрила и бежанците у нас. БЧК-БМС назначи 7 социални работника в центровете, които да подпомогнат настанените с информация относно техните права и задължения, превод и достъп до основни услуги като медицинска помощ [83], социално и финансово подпомагане. През 2014 г. над 9250 души са индивидуално подпомогнати от социалните работници на БМС на терен.

Съгласно националното законодателство всички хора, търсещи закрила, трябва да напуснат центъра, в който са настанени, в 14-дневен срок след получаване на решение за статут, въпреки това, на практика ДАБ позволява на много от хората, получили бежански или хуманитарен статут, да останат в приемателните центрове, главно поради липсата на средства да наемат жилища, при липса на социална подкрепа и действаща програма за интеграция, а също така и вземайки под внимание наближаващия зимен период. На лицата, получили статут, се позволява да пребивават в центровете до 6 месеца от получаване на положително решение, но според изказвания на служители на ДАБ това се допуска само в случаите, в които в центровете има свободни места. Ако приемателният капацитет на ДАБ бъде надхвърлен, получилите статут биват задължени да напуснат центровете и да се издържат сами. През декември 2014 г. тези центрове са пълни на 65% с 2 132 свободни места за настаняване на новопристигнали лица, търсещи международна закрила. В същото време домовете за задържане на Дирекция „Миграция“

са значително пренаселени – СДВНЧ в с. Бусманци и с. Любимец, както и разпределителният център в Елхово оперират с 25% над общия си капацитет за настаняване. Зачестилите полицейски акции от страна на териториалните структури на дирекцията водят до увеличаване на броя на задържаните нелегални имигранти, включително и на такива, пристигнали в София без да бъдат засечени на граница. От общо 1 171 лица, задържани в трите центъра на Дирекция „Миграция“, 40% са афганистанци. В средата на 2014 г. ДАБ взема стратегическо решение да насочва хората от определени националности към определени центрове. Тази практика е установена, за да намали натиска върху ДАБ да предоставя преводачески услуги на различни езици, говорени от търсещите закрила. През октомври 2014 г. центърът в с. Ковачевци е затворен поради финансови затруднения на ДАБ, както и заради разширения общ капацитет, а всички настанени там бяха прехвърлени в центровете в София. Постепенно РПЦ Харманли остана зает главно от лица от сирийски произход, ПЦ - Враждебна се обособи предимно като място за настаняване на афганистанци, а ТЦ в с. Пъстрогор приема основно лица, пристигащи у нас от африкански държави [126]. Тази практика има огромен успех в улесняване на общуването и е посрещната с неодобрение от неправителствения сектор, работещ по проблемите на миграцията, особено що се отнася до Центъра в с. Баня, който е определен за прием на непридружени непълнолетни лица.

ВКБООН осигурява храна на настанените в РПЦ Харманли през декември 2013 г., а през следващата година – на търсещите закрила, намиращи се в центровете в Харманли, с. Ковачевци и кв. Военна рампа. Той е активен партньор на ДАБ от началото на бежанската вълна – представителството в България обявява спешна фаза в края на 2013 г. и работи чрез директно изпълнение на дейности и чрез проекти с партньорски организации. Върховният комисариат финансира изграждането на три обществени кухни за нуждите на търсещите закрила, настанени в Харманли, кв. Военна рампа и Враждебна. През 2014 г. храната се готви в стари военни кухни или други съоръжения и се транспортира до приемателните центрове, което създава сериозен финансов и логистичен товар за ДАБ. От октомври 2014 г. храната в трите центъра се приготвя и сервира в модерни помещения с условия за готвене и хранене. Откакто агенцията поема осигуряването на храна, продукти се закупуват директно от агенцията или се предоставят чрез дарения от БЧК. Настанените в териториалните поделения (ТП) на

ДАБ лица получават по две топли хранения на ден, които се приготвят с помощта на хора от бежанските общности. Целта е храната да бъде съобразена с вкусовите навици в регионите на произход на търсещите закрила. Някои от тях подават оплаквания, че храната е съобразена с традициите и вкуса на арабската общност, но не и с техните събствени (например хората, идващи от Африка). С течение на времето обаче, повечето настанени оценяват качеството на храната като добро, а количеството – задоволително. Спорадични протести все пак са възниквали по отношение на количеството на храната. Според ДАБ предоставяната храна е в съответствие с международните стандарти за дневен прием на калории. „Лекари без граници“ работи усилено в България от ноември 2013 г. до май 2014г.,

1.2.4.2. Миграционен натиск към България през 2015 – 2016 г.

През 2015 г. миграционният натиск върху България отново се увеличава след спад през 2014 г., когато мерките за граничен контрол са затегнати. Миграционният поток за годината е между два и три пъти по-голям от предходните дванадесет месеца. Има значително увеличение на броя на незаконните мигранти, задържани при влизане (+ 68%) и излизане (+359%), както и във вътрешността на страната (+ 315%). Пикът в задържането е през месеците август, септември и октомври, последван от спад през ноември и декември след влошаването на метеорологичните условия. Най-тежък миграционен натиск е усетен на входните пунктове на българско-турската зелена граница и на изход от българско-сръбската граница. През 2015 г. България отново регистрира най-много нелегални опити за преминаване през ГКПП-тата (90% от всички опити в ЕС за второто тримесечие на годината) от чужденци, скрити в товарни автомобили и други превозни средства. Поради изключително динамичната ситуация на гръцко-македонската граница, която е в непосредствена близост до гръцко-българската граница, МОМ, ДАНС, Министерство на отбраната (МО) и МВР приемат общ план за управление на кризата, който да бъде осъществен в случай, че мигрантският поток се пренасочи към България. В допълнение МВР, заедно с МО, провежда съвместни учения и координационни обучения с участието на БЧК. Затварянето на „Балканския маршрут“ през март 2016 г. прави готовността в това отношение още по-наложителна.

През февруари 2015 г. е създаден Националният съвет по миграция и интеграция (НСМИ) [21] на мястото на Национален съвет по миграционна политика (НСМП), който е създаден в съответствие с Националната стратегия за миграция, убежище и интеграция (2011-2020 г.), но е закрит през 2014 г. [20]. НСМИ е колективен консултативен орган за формулиране и координация на изпълнението на държавните политики в областта на миграцията и интеграцията на чужденци, търсещи или получили закрила в Република България. Негови председатели са вицепремиерите и министрите на вътрешните работи и министърът на труда и социалната политика, а членове са: заместник-министрите на труда и социалната политика, на вътрешните работи, на правосъдието и на външните работи, както и председателят на Държавната агенция за бежанците, председателят на Държавната агенция за закрила на детето, представител на Управителния съвет на Националното сдружение на общините в Република България, заместник-председателят на Държавна агенция „Национална сигурност“, директорите на Главна дирекция „Гранична полиция“ и на дирекция „Миграция“ на Министерството на вътрешните работи и секретарят на Националната комисия за борба с трафика на хора. Във връзка с променената държавна политика и изискванията на европейските институции, правомощията на Съвета се увеличават и той приема името **Национален съвет по миграция, граници, убежище и интеграция.** Целите за адекватно справяне с непрекъснатия поток легални и нелегални мигранти остава, като справянето с кризата изглежда се постига бавно, въпреки положените усилия от членовете, както на стария, така и на новия национален орган.

Поради увеличения миграционен натиск и възникналите затруднения при управлението на граничния контрол през 2015 г. са приети разпоредби, уреждащи участието на въоръжените сили в опазването на държавните граници. През м. февруари 2015 г. са приети изменения в Инструкцията за взаимодействие между Министерството на отбраната и Министерството на вътрешните работи [9]. Съгласно новия чл. 5а, въоръжените сили при необходимост оказват съдействие на гранична полиция за наблюдение и контрол на държавната граница срещу незаконен трафик на оръжие и въоръжени провокации на държавната граница. Задачите могат да включват: транспортиране на хора; съхранение и транспортиране на материални ресурси; оказване на специализирана техническа помощ при извършване на обслужване и ремонт на

техника; евакуация на техника и имущества; обмяна на опит и обучение на специалисти по ремонт и на водачи на специализирана техника; безвъзмездно предоставяне в управление на движими вещи и други задачи в съответствие с действащото законодателство. За посочените съвместни действия Министерството на вътрешните работи и Министерството на отбраната разработват съвместен оперативен план, но на военнослужещите от въоръжените сили не могат да се възлагат задачи за изпълнение на правомощия на органи по Закона за Министерството на вътрешните работи. В началото на 2016 г. със закон е прието, че българските въоръжени сили могат да участват в охраната на националните граници [7]. Съвместните дейности на двете силови ведомства ограничват незаконното пресичане на границата на големи групи мигранти, но трафикантите на турска и българска територия модифицират организацията си. Малки групи мигранти пресичат зелените граници пеш, а в много случаи са установени мигранти, скрити в тайници на МПС, преминаващи официално от Турция в България.

През 2015 г. Националният съвет по миграция и интеграция актуализира и приема Национална стратегия в областта на миграцията, убежището и интеграцията (2015 – 2020) (НСМУИ), действаща в момента [32]. Новата национална стратегия е рамковият документ, в който са заложени националните приоритети и цели за управление на миграцията, включително и в областта на убежището. В основата й е залегнало двоякото разбиране за миграцията като източник на работна сила, необходима на националната икономика, и потенциална заплаха за националната сигурност.

От 2013 г. в резултат на конфликта в Сирия все повече лица влизат в България и търсят закрила. Броят на молбите за закрила между 2012 и 2015 г. нараства всяка година, като през 2012 са 1 387, през 2013 –7 144, през 2014 г. –11 081, а през 2015 г. – 20 391. В периода 2013 –2015 г. международна закрила е предоставена на 15 059 души, като на 10 053 от тях е даден бежански статут, а на останалите 5 006 –хуманитарна закрила [22]. През 2015 г. е регистрирано увеличение на броя на молбите за убежище от иракски и афганистански граждани и понижаване на броя на молбите от сирийски граждани [19]. В отговор на нарасналия брой търсещи закрила лица през 2013 и 2014 г., българското правителство приема редица бързи мерки, съответстващи на техните нужди, на международните стандарти в областта и на поетите от страната международни задължения. Нововъведения са направени в следните сфери: разширяване на капацитета

на центровете за приемане и настаняване на търсещи закрила лица; гарантиране на адекватна хуманитарна помощ (вкл. храна, облекло, отопление, медицинско обслужване); ускоряване на процедурите за регистрация и подобряване на процедурите за предоставяне на статут; изграждане на административен капацитет по отношение на процедурите за приемане на търсещи закрила лица и за предоставяне на закрила (т.е. назначаване и обучаване на нови служители на съответните позиции); създаване на нови експертно-административни структури като отдел „Информация и анализи“ към Дирекция „Международна дейност“ през 2014 г., по-късно преименуван на „Информация за страни на произход и анализи“, както и отдел „Адаптация“ към новосъздадената дирекция „Социална дейност и адаптация“ в ДАБ.

Капацитетът на приемателните и транзитни центрове през 2015 г. в Република България е 5 130 места [14]. В средата на годината ДАБ е в състояние да настани 7 000 души, а в случай на извънредно засилване на бежанската вълна могат да бъдат осигурени 800 места в подвижни модули [17]. През 2015 г. в центровете на ДАБ са приети общо 27 439 души, 27 280 от които са ги напуснали през същата година, като от тях на 5 076 е била предоставена международна закрила [14]. Молбите за закрила на чужденци, подадени пред друг държавен орган, се изпращат за регистрация в ДАБ. Процедурата изисква снемане на биометрични данни, което предизвиква откази от регистриране и става причина за мигрантите да напуснат съответния център на ДАБ. Подобряването на административните процеси и обновяването на базата за предоставяне на убежище не са достатъчни за търсещите международна закрила. Такива лица продължават да напускат центровете, а други изобщо да преминават нелегално през територията на страната, за достигане на крайната си цел – страните от Западна Европа. Останалите в центровете за настаняване на ДАБ, особено в разгара на кризата, се сблъскват с недостиг на места, пренаселени малки помещения или с недостиг на предмети и услуги от първа необходимост.

България се ангажира да приеме 1 302 души от Италия [130] и Гърция, 100 души през 2015 г., 500 души през 2016 г. и 702 души през 2017 г. [29]. В следствие на приемането на Решения на Съвета 2015/1523 от 14 септември 2015 г. и 2015/1601 от 22 септември 2015 г. за установяване на временни мерки в областта на международната закрила в полза на Италия и на Гърция, Българското правителство информира

Европейската комисия на 24 септември 2015 г., че за национално звено за контакт и административно сътрудничество по процедурата за преместване е определена ДАБ. Впоследствие МС приема Рамка на националния механизъм за изпълнение на ангажиментите на Република България по Решение 2015/1523/ЕС и Решение 2015/1601/ЕС [33].

Определени са следните предпочитания по отношение на лицата, които да бъдат преместени в България: да бъдат сирийски граждани; да се избират предимно семейства; да се отчита образованието и професионалната квалификация на лицата, съобразно нуждите на българския трудов пазар; да не се избират непридружени деца [107], тъй като правната регламентация във връзка със законовото представителство на непридружените деца [168] [225] е нова и все още не е приложена в практиката [30][31]. Споразумението за релокация не променя особено броя и профила на търсещите международна закрила, пребиваващи на територията на България. Твърде малко мигранти са засегнати от него и то на практика не оказва влияние върху миграционната карта в Европа.

В подразделенията на ДАБ са възприети препоръките за минималните здравни изисквания и медицинско оборудване в здравните кабинети на Министерството на здравеопазването. Осигурени са необходимите санитарно-хигиенни условия и противоепидемичният режим на работа. В РПЦ-Харманли са оборудвани един стоматологичен и два лекарски кабинета и е осигурено специализирано медицинско транспортно средство за търсещи закрила, които трябва да бъдат превозени до специализирани здравни заведения. Снабдяването с медикаменти на здравните кабинети се извършва от самата Агенция в сътрудничество с БЧК и други дарители [34]. Това сътрудничество частично отхвърля първата хипотеза на изследването.

През 2015 г. се наблюдава намаляване на броя на върнатите чужденци. 556 лица са обект на принудителни мерки за връщане, а това е спад от 17% в сравнение с 2014 г. Намалението се дължи на недостатъчно финансиране за връщане [18]. През първата половина от 2015 г. Дирекция Миграция има на разположение само средствата, отпуснати в рамките на Годишна програма 2013 по Европейския фонд за връщането, с които са били върнати 45 чужденци. Това прави общия брой на върнатите граждани на трети страни 197, с 47 повече от планираните 150 за целия период на програмата [18].

Общо 91 лица, подлежащи на принудително връщане, напускат страната със собствени разходи [15]. в сравнение със 79 през предходната година. Със съдействието на дирекция „Миграция“ са върнати 89 чужденци, като част от програмите за асистирано (подпомогнато) доброволно връщане, изпълнявани от Мисията на Международната организация по миграция в България. Това е по-малко от 330-те незаконно пребиваващи граждани на трети страни през 2014 г. [18]. Българското правителство приема проект на Протокол за прилагане на Споразумението между Европейския съюз и Република Турция за обратно приемане на лица, пребиваващи без разрешение. Протоколът очертава условията относно връщането в Турция, на незаконно пребиваващи имигранти от България, включително срокове, необходими документи, компетентни органи и други. Посочен е маршрут за връщане през ГКПП Капитан Андреево-Капъкуле, като не се предвижда реадмисия през летищните ГКПП-та. До края на 2015 г. не са връщани мигранти в Турция, тъй като механизмът до края на годината все още не е функциониращ [28]. С влизането в сила на Споразумението се подобряват усилията за предотвратяване на незаконната миграция, в рамките на дейност от Годишна програма 2013 на Европейски фонд за връщането. Осъществяват се редовни срещи с дипломатическите представители на значими страни на произход (Алжир, Афганистан, Палестина, Иран, Ирак, Нигерия и т.н.). Служителите на посолствата на Пакистан, Ливан, Афганистан и Алжир са запознати с процедурите за издаване на документи за пътуване, сътрудничеството в областта на идентифицирането на лица и общи усилия за насърчаване на доброволното връщане. Активното сътрудничество с Дирекция Консулски отношения на Министерство на външните работи в процеса на идентифициране и издаване на документи за пътуване на незаконно пребиваващи чужденци от страни, които не разполагат с дипломатическо или консулско представителство в България.

Принудително връщане на незаконно пребиваващи чужденци се извършва със средства на ЕС в изпълнение на сключените споразумения за реадмисия, както и изпълнението на съвместни полети за връщане, организирани от други държави членки, координирани и съфинансирани от “Фронтекс”. Дирекция „Миграция“ участва в пет съвместни полета на “Фронтекс”, организирани от Кралство Испания в Пакистан, от Австрия до Нигерия и Кот д'Ивоар, от Италия до Нигерия, от Германия до Грузия и от

Гърция до Пакистан. В резултат на операциите 54 незаконно пребиваващи граждани от трети страни са върнати в страните им на произход - 31 граждани на Нигерия, 17 на Кот д'Ивоар, 6 на Грузия. Трябва да се отбележи, че операцията, включваща полет до Кот д'Ивоар, организиран от компетентните органи на Австрия, е извършена по искане на българската Дирекция „Миграция“ и поради това е голям успех за България. Това е пилотна операция и за “Фронтекс”.

Пример за успешното сътрудничество с “Фронтекс” е проведеният съвместен полет (на 23 септември, 2015 г.) в Пакистан, който е първата такава мисия, в която българската Дирекция Миграция организира полета в партньорство с Холандия, Испания, Австрия [80], Германия и Полша. В резултат на това са върнати 36 незаконно пребиваващи граждани на Пакистан (15 от България, 5 от Холандия [215], 7 от Испания, 7 от Австрия, един от Германия и един от Полша). На борда присъстват медицински екип и психолог [181]. Представител на омбудсмана на Република България и представител на Human Rights Watch наблюдават прилагането на процедурите по връщане по време на целия полет. Сътрудничеството между мисията на МОМ в България и Министерството на вътрешните работи продължава и през 2015 г. под формата на дейности за насърчаване на доброволното връщане. През първите шест месеца на годината МОМ консултира настанените в Специалните домове за временно настаняване на чужденци (СДВНЧ) лица и пристигащите на гишетата в залата за административни услуги за чужденци в сградата на Дирекция Миграция по отношение на правните им възможности за връщане в страната на произход. Консултациите са проведени като част от дейностите на МОМ в рамките на Европейския фонд за връщане, който изтече на 30 юни 2015 г. В резултат на тези усилия 89 нелегално пребиваващи чужденци бяха върнати в страната им на произход. Това е крайно недостатъчно с оглед на общия брой пребиваващи в страната. Усилията, положени за принудително връщане от международната общност и от българските власти не се оказва решаваща за намаляване на тази група мигранти и СДВНЧ остават значително натоварени.

Реорганизацията с цел недопускане на нелегално проникване в България и предоставяне на добра услуга на лицата, търсещи международна закрила, продължава и през 2016 г.

Прави впечатление, че в продължение на 4 години, след началото на кризата, в България все още протичат процеси по преструктуриране на дирекции в МВР, които да са ангажирани с дейността по контрол на миграцията. Доказателство са измененията в ЗМВР, които делегират дейностите от дирекция в дирекция – първоначално Главна Дирекция „Гранична полиция“ (ГДГП), след това сектори в Главна Дирекция „Национална полиция“ (ГДНП) и Главна Дирекция „Борба с организираната престъпност“ (ГДБОП) и се стига до създаването на “Координационен център за противодействие на незаконната миграция” в МВР. Той обменя своевременно оперативна информация между всички структури на МВР, както и с международни партньорски служби. В Европол и Интерпол работят по обмяна на информация за участници в изградени канали за нелегална миграция, използваните от тях маршрути, автомобили и техники за преодоляване на граничния контрол. Паралелно се правят промени и в други нормативни актове, като Наказателния кодекс, който през 2015 г. налага завишени наказания при извършване на каналджийство, транспортиране и настаняване на незаконни мигранти. Добавени са и квалифицирани състави с по-тежки санкции.

Дейността на МВР продължава да бъде подпомагана от големи структурни военни формирования на МО и командировани служители на ФРОНТЕКС по границите на Р България с Р Гърция. Процесът е следствие на затварянето на т.нар. ”Балкански маршрут” и очаквано пренасочване на миграционните потоци.

През м. декември 2016 г. е въведена нова обезпечителна мярка с временен характер - „краткосрочно настаняване”. Промяната е в Закона за чужденците, с цел по-пълно хармонизиране на термините с европейското право [202]. Тази категория лица се настаняват в обособено звено на специален дом в срок до 30 дни. Непридружени малолетни и непълнолетни могат да се настаняват там в специални помещения, отделно от пълнолетните, само в краен случай и след преценка на най-добрия интерес на детето. В следствие на новата мярка, през 2016 г. са обособени два центъра за краткосрочно настаняване на чужденци към Специалните домове на дирекция „Миграция“ в гр. София и в гр. Любимец. Капацитетът им продължава да бъде надвишаван значително, което създава трудности в ежедневието и на двете страни в процеса. Данните на МВР показват, че в края на 2016 г. капацитетът в центровете е увеличен до 1200 места, но тенденцията

за трайно настаняване над него остава в рамките на 45-60%. По повод на това, допълнително е изградено фургонно селище за настаняване на нови 350 лица. Тези центрове се използват като основен инструмент за противодействие на незаконната миграция и изпълнение на процедурите по принудително връщане. Те са организирани с европейски средства, за изпълнение на сключените споразумения за обратно приемане.

През 2016 г. от страната са върнати 1410 незаконно пребиваващи граждани на трети страни, което е увеличение със 77 %, спрямо 2015 г., когато са били изведени 797 лица. Доброволно са върнати в страна на произход 639 чужденци за 2016 г. Това представлява най-големият брой доброволно върнати лица спрямо данните за предходните 4 години, както следва: 2015 г. – 89; 2014 г. – 330; 2013 г. – 149 и 2012 г.- 51 лица.

Национална комисия за борба с трафика на хора (НКБТХ) няма получени официални сигнали за граждани на трети страни (ГТС), които са жертви на трафик на хора на територията на Република България през 2016 г.

Броят на принудително и доброволно върнатите лица, не е достатъчно голям, както през предходните три години и затова системата за предоставяне на закрила и прием е подложена на сериозен натиск през 2016 г. Независимо от това, експерти на МВР и ДАБ участват на ротационен принцип в Италия и Гърция по дейностите на Европейска служба за подкрепа в областта на убежището (ЕСПОУ). Общият брой на мисиите, в които вземат участие български експерти е 16.

Български представители участват в дейности, свързани с регистрация, провеждане на дъблинското производство, подкрепа в контекста на процедурата по преместване, подкрепа при изпълнение на процедурата за допустимост, в това число оценка за уязвимост, както и установяване на документни измами.

1.2.4.3. Мерки за справяне с миграционния натиск в България през 2017 - 2018 г. [2][3]

Външната политика на България продължава усилията за защита на българския интерес при пълно изпълнение на европейските ангажименти и запазване на добросъседските отношения с Република Турция. Българската позиция е за намиране на

устойчиво решение на проблема с миграцията със съвместните усилия на всички засегнати или изложени на риск страни. В светлината на председателството на ЕС, България балансира във външнополитически аспект в контекста на отказа на „Вишеградската четворка“ за прием на повече мигранти. Основен приоритет остава необходимостта от една по-радикална реформа на Дъблинския регламент, така че тежестта при обработване на молбите за международна закрила да не се поема само от държавите на предна линия.

Възможността през страната ни да преминат чуждестранни бойци, инфилтрирани в миграционните потоци, е предпоставка за формиране на терористични и логистични клетки на наша територия, както и за радикализиране на групи и лица, особено на тези, намиращи се в маргинализирано социално-икономическо положение. Концентрацията на значителен брой мигранти на територията на Турция и Северна Гърция представлява потенциален риск за увеличаване на нелегалния трафик към България. Възпиращ ефект, водещ до намаляване на миграционния поток към страната ни през 2017 г., оказват спазването от страна на Турция на двете споразумения с ЕС по отношение на мигрантите и взетите мерки за контрол на българо-турската граница. Завършено е временното инженерно възпиращо съоръжение с дължина 236 км по протежение на цялата българо-турска граница, а компенсиращите мерки по българо-гръцката граница, както и подкрепата на „ФРОНТЕКС“ се оказват решаващи.

През 2017 година се наблюдава значително намаляване на миграционния натиск към България, но потоците от Сирия, Афганистан и Ирак продължават да оказват ефект върху обстановка в страната. През годината са регистрирани 8044 опита на граждани на трети страни да преминат през границите на страната на вход, което е с 81% по-малко в сравнение с 2016 г. (42 466 лица). На вход на държавната граница са задържани 743 граждани на трети страни, от които на зелена граница 501 и на ГКПП 242. Наблюдава се намаление от 84% спрямо предходната година (4600 лица). Преобладават лицата от Сирия (35%), Ирак (22%) и Афганистан (19%). Най-динамична на входа продължава да бъде обстановката по българо-турската граница, където са задържани 651 граждани на трети страни, което е намаление с 84% в сравнение с 2016 г. (4127). На изхода на държавната граница са задържани 2413 граждани на трети страни, от които 445 лица без регистрация от органите на МВР. В сравнение с 2016 г., когато са задържани 14 310 лица

(4977 без AFIS), се отчита намаление от 83%. На зелена граница са задържани 2126 лица, което е с 85% по-малко в сравнение с 2016 г. (14 019), а на ГКПП 287 лица, което е с 1,4% по-малко спрямо 2016 г. (291). Преобладават гражданите на Афганистан (53%), Пакистан (18%) и Ирак (14%). На изход най-голям брой опити за незаконно преминаване на държавната граница от граждани на трети страни са установени на българо-сръбската граница, където са задържани 2017 лица, което е с 85% по-малко спрямо 2016 г. (13 894 лица).

За първи път, от началото на миграционната криза от лятото на 2013 година, специалните домове за временно настаняване на чужденци функционират при настаняване под капацитет, в рамките на 40 до 60% от максималните възможности. Броят на чужденците, настанявани в домовете през 2017 г. е близък до стойностите, отчитани преди миграционната криза. Броят на настанените през годината чужденци в двата СДВНЧ и в разпределителния център в Елхово е с 82% по-малък, отколкото през 2016 година. Успокояването на обстановката се дължи основно на стриктното изпълнение на споразумението ЕС-Турция. Преодоляването на временното защитно съоръжение на границата ни с Турция се оказва възможно чрез преминаване през Гърция. По границата ни с тази южна съседка няма изградено временно защитно съоръжение и нелегалното ѝ пресичане остава възможно.

През цялата 2017 г. дейността на Националния съвет по миграция и интеграция е активна и посветена на няколко теми – ангажиментите на страната по релокация, презаселване и изготвянето на ефективен механизъм за интеграция на лицата, получили международна закрила у нас, както и координирането на усилията за работа с непридружените деца чужденци.

Едно от големите постижения през тази година е изготвянето на Стратегия за борба с трафика на хора и планът за нейното изпълнение. Страната ни е сред водещите държави в Европейския съюз в областта на разработване на цялостна институционална рамка за предотвратяване на престъплението и закрила на жертвите. В областта на политиките за превенция и противодействие на трафика на хора, България може да се похвали като една от най-добре развитите в институционално отношение европейски държави.

През 2017 г. България продължава да бъде ангажирана с осигуряването на национални експерти за подпомагане на дейностите на ЕСПОУ, за оперативна подкрепа на Италия и Гърция в съответствие с капацитета и натовареността на българската система за международна закрила и прием. Както и през 2016 г., тази годината са осъществени 16 нови мисии на български експерти в подкрепа на двете държави членки на първа линия. По линия на това международно сътрудничество, българските власти трупат опит за справяне с големи мигрантски групи и незаконно преминаване на държавни граници. В този смисъл, те освен, че подпомагат гореспоменатите силно засегнати две държави, научават и добри практики [155], които да прилагат на терен в България.

ДАБ изпраща редовно заявления за преместване на кандидати за международна закрила в Италия и Гърция. Част от кандидатите за преместване от Република Гърция към Република България, оттеглят молбите си за международна закрила и поради това трансферите не могат да бъдат осъществени. До 31 декември 2017г. при изпратени заявления за 910 лица от Гърция (което надхвърля определената бройка за България), в страната са пристигнали и приети 50 лица. За Италия, при изпратени заявления за приемане на 120 лица, са пристигнали и са приети 10 лица. Тази тенденция показва желанието на търсещите международна закрила да се придвижват към други части на Европа и нежеланието им да остават трайно на територията на България.

Новост е изработването на Координационен механизъм за взаимодействие между институциите и организациите за гарантиране правата на непридружените деца чужденци, пребиваващи в Република България, включително търсещи и получили международна закрила. В тази връзка, усилията на ДАБ са насочени приоритетно към създаването на подходяща среда за предпазване на децата, търсещи международна закрила, от физическо, психическо и сексуално насилие [89]. На този етап непридружените непълнолетни и малолетни се настаняват в отделни помещения. Прилагат се инструменти за ранно идентифициране на деца с травми. Експертните оценки на уязвимостта на децата се изготвят въз основа на психологически стандартизирани и полустандартизирани интервюта [182] с детето и семейството му, включително с непридружените малолетни и непълнолетни деца. Грижите и услугите (здравни, социални и психологически [166]) са гаранция за защита на техния „най-добър

интерес“. Прилагат се инструменти за ранна идентификация на деца с травматичен опит [51]. Основен проблем в оценката на уязвимостта на определени лица и групи в общността [171], се явява първоначалната преценка за това, кои точно лица попадат в тази категория. Лекарите са натоварени и с тази задачи, при извършване на първичния медицински преглед за регистрация на търсещите международна закрила (чл. 29, ал. 4 от ЗУБ). Натовареността на медицинския персонал, особено в пиковете на кризата, оставя съмнение за внимателното разглеждане на всеки отделен случай на лицата, търсещи закрила и навременното установяване на мигранти в риск.

Държавна агенция за закрила на детето (ДАЗД) извършва анализ на данните като през годината, в системата е постъпила информация за 1750 деца-бежанци, които се намират на територията на поделенията към ДАБ, като от тях - разпределени по пол са данни за 1500 момчета и 250 момичета. По-голямата част от постъпилата информация се отнася за непридружените деца, които се намират на територията Република България без свой родител или друго пълнолетно лице, което отговаря за тях по силата на закон или обичай. Показателят, свързан със страна на произход на децата-чужденци, показва че най-голям брой от регистрираните деца са от Ирак - 680 на брой, следвани от Афганистан - 569, Сирия -379, Пакистан - 80, останалите 32 са от други държави на произход. Наблюдение показва, че през годината - над 60% от децата-чужденци са напуснали самоволно общежитията към ДАБ. Причините за този процес са комплексни, но може да бъдат изведени няколко основни: децата, както и възрастните, са с крайна цел на своето пътуване страните от Западна Европа; условията, при които са настанени, не задоволяват ежедневните им нужди; изпитват трудности при общуването с българските власти заради езиковата бариера; разделени са от родителите си и е възможно да искат да се срещнат с тях извън България.

В края на 2013 г. МС одобрява План с мерки за най-значимите гранични зони. В него е предвидено и през 2017 г. е завършено изграждането на инженерно-техническо възпрепятстващо съоръжение по българо-турската граница. Така наречена „Стената“ се явява значима допълнителна мярка за решаване на кризисна ситуация. Граничната ограда е включена в списъка със стратегически обекти от значение за националната сигурност.

Създаденият Координационен център за противодействие на незаконната миграция започва да функционира напълно през 2017 г. Основната му цел е засилването на информационния обмен и оперативното сътрудничество между държавните институции, имащи отношение по въпросите на миграцията.

Усилията на компетентните органи са насочени и към засилване на контрола по пребиваването на чужденци. Вследствие на предприетите мерки, във вътрешността на страната са установени 1801 незаконно пребиваващи чужденци, като се отчита спад с над 80% спрямо предходната година (9267). Основният миграционен поток е съсредоточен главно в столицата, в районите в близост до българо-турската граница и в областите, на чиято територия има изградени приемателни центрове на ДАБ към МС.
Дейността по доброволно връщане дава резултати, като през отчетения период при изпълнение на програми за асистирано доброволно връщане в страна на произход, са върнати 855 чужденци. Това е по-малко от половината установени незаконно пребиваващи в България за същата година.

Предприети са мерки за увеличаване на капацитета за принудително настаняване на чужденци за целите на връщането. Разширен е капацитетът на затворения център в гр. Любимец с допълнителен сграден фонд. В резултат на предприетите на национално ниво мерки за оптимизиране на процедурите по връщането, се наблюдава увеличение с 40% в броя на върнатите от страната чужденци или общо 1904 незаконно пребиваващи граждани на трети страни. В резултат дирекция „Миграция“ за първи път организира национален полет по линия на агенция „Фронтекс“ до Шри Ланка, при който в страна на произход са върнати 32 шриланкийски граждани. В края на годината и 8 незаконно пребиваващи граждани на Пакистан.

През 2017 г. България чрез националната си точка за контакт, ДАБ при МС, изпълни ангажиментите си във връзка с преместване на кандидати за международна закрила в Италия – 10 граждани на Еритрея, а в Гърция 21 лица – граждани на Сирия. В сравнение с общия брой кандидати за международна закрила, това е незначителен процент (под 1%).

Към месец декември 2017 г. в Специализираните домове за временно настаняване на чужденци на дирекция „Миграция“ в София и Любимец са настанени 284 лица, а общо за годината през тях и Разпределителния център - Елхово са преминали 3104 чужденци.

В затворените центрове на дирекция „Миграция“ са настанени чужденци от 51 рискови в миграционно отношение трети страни, като се запазва тенденцията от последните години там да бъдат настанявани предимно граждани на Сирия, Афганистан и Ирак. Връчен е първият статут на лице без гражданство, в съответствие с новите процедури, въведени в законодателството ни. Република България е една от малкото държави в Европа, предоставила такъв статут.

През годината е запазена тенденцията на промяна в профила на търсещите закрила чужденци. Докато през 2015 г. Агенцията за бежанците регистрира и обработва молби за закрила предимно на граждани на Сирия, за които вътрешния, а в последствие международен военен конфликт в държавата на произход, предопределя в голяма степен постановяването на международна закрила, през 2016 г. е увеличен броя на подадени молби на граждани на Афганистан, които основно мотивират бежанската си история със социално-икономически фактори. През 2017 година гражданите на Афганистан представляват най-голям дял от търсещи международна закрила в страната. Промяната на профил на търсещите международна закрила се обуславя от продължителната нестабилност в целия регион на Близкия изток.

Статистиката показва, че през 2017 година общият брой потърсилите закрила в България е 3700, от тях граждани на Сирия са 26 %, на Афганистан 31 %, а иракчаните са 28 %. В сравнение с 2016 г. броят на лицата, търсещи закрила е намалял около пет пъти, но профила на кандидатите остава непроменен. От всички кандидати за закрила през 2017 г. 33 % са деца, 54 % са на възраст между 18 и 34 години и 14 % над 34 години. Разпределението по пол на кандидатите е следното – 52 % мъже, 16 % жени и 33 % деца. Приключена е процедурата по молби за международна закрила на 14 414 лица. На 804 от тях е предоставен статут на бежанец, а на 900 е предоставен хуманитарен статут, или общо на 1 704 е предоставена международна закрила. Молбите на 3048 са отхвърлени като неоснователни, а на 9662 производството е прекратено.

Интензитетът на миграционните процеси се запазва и 2018 година, като не се наблюдават всеобхватни промени в националната система на миграция и убежище. Акцент в ефективното управление на миграцията е промяната в законодателството за регулиране на трудовата миграция и трудовата мобилност с цел намаляване на административната тежест и оптимално улесняване на достъпа до пазар на труда.

Изпълнени са всички дейности, заложени в Плана за действие за изпълнение на Националната стратегия в областта на убежището, миграцията и интеграцията 2015-2020. и е изготвен План за действие за 2019 година. Той съдържа дейности във всички области на миграционната политика и негова неотделима част е Националния план по интеграция на лица, получили международна закрила.

Приет е Координационен механизъм за взаимодействие между институциите и организациите при случаи на непридружени деца или разделени от семействата си деца чужденци, намиращи се на територията на Република България, включително децата, търсещи и/или получили международна закрила. Целта на Механизма е да гарантира ефективната координация и последователност при изпълнението на специфичните задължения на всички институции и организации в областта на грижата и закрилата на децата, за гарантиране на техните права. До 31 октомври 2018 т. в центровете на ДАБ са регистрирани 371 деца, от които 180 са непридружени малолетни и непълнолетни лица. Обособени и обзаведени подходящо са специални стаи за непридружени деца в процедура по международна закрила за събеседвания в щадяща и спокойна обстановка. В тези стаи освен провеждане на събеседвания се изготвят бързи и пълни оценки за висшия интерес на детето, организират се срещи с представителите, определени по чл.25 от ЗУБ, срещи с психолози и др. Такива стаи са обособени в РПЦ – гр. София и в РПЦ – Харманли. Изградена е на т. нар. „сигурна зона“ с капацитет 100 места, предназначена за настаняване в РПЦ София - общежитие „Военна рампа“, на непридружени деца в процедура по международна закрила. Одобрени са правила за предоставяне в ТП на ДАБ на налични на склад дрехи, обувки, хавлии и постелъчни материали. Осигурен е безплатен транспорт до държавните и общински училища, където се извършва обучение по български език за 127 деца.

В §2 от допълнителните разпоредби в ППЗЧРБ [23] е въведена легална дефиниция за непридружен малолетен и непълнолетен чужденец, както и е определен кръга на лицата, които могат да придружават дете чужденец.

1. „Непридружен“ е този малолетен или непълнолетен чужденец, който се намира на територията на Република България и не е придружен от свой родител или друго пълнолетно лице, което отговаря за него по силата на българския закон или обичай.“.

2. „Лица, отговорни по силата на закон“ за непридружен малолетен или непълнолетен чужденец извън родителите са настойниците или попечителите, определени или назначени с акт на компетентен по правото на съответната държава орган на власт.

3. „Лица, отговорни по силата на обичая“ за непридружен малолетен или непълнолетен чужденец са пълнолетните роднини по права възходяща линия без ограничение в степените, както и пълнолетните роднини по съребрена линия до трета степен включително.“.

По отношение на съвместните програми на ЕС за презаселване, в съответствие с Препоръката на ЕК от 27.9.2017 г. за укрепване на правните пътища за лица, нуждаещи се от международна закрила, и предвид новата времева рамка, на 30 ноември 2017 г. е одобрено решение за презаселване на 110 души до 31 октомври 2019 г. През 2018 г. са презаселени 21 лица, а на други 92 чужденци е даден статут на лице без гражданство.
При извършване на съвместни операции на ГДГП са ангажирани 1060 служители от партньорски служби на другите страни-членки в ЕС. Българските гранични власти са задържали 1323 лица в опит да преминат границата, 689 от тях на вход и 634 на изход.
Образувани са 87 досъдебни производства за контрабанда и 112 лица са обвинени в подпомагане на нелегалното преминаване на границата. Те са се опитали да преведат 707 лица.

В изпълнение на програми за асистирано доброволно връщане в страна на произход са върнати 298 чужденци. Реализирана са интеграционни програми за индивидуална помощ на доброволно завърнали се лица, като медицинска помощ, подкрепа за стартиране на малък бизнес или осигуряване на жилище и обзавеждане, както и осигуряване на продукти от първа необходимост и т.н., в 99 случая.

През разглеждания период от страната са върнати общо 885 незаконно пребиваващи граждани на трети страни, което е намаление с 53% спрямо предходната година. Същевременно те съставляват 67% от броя на чужденците, подлежащи на връщане през отчетния период. Видно от горното е, че системата за асистирано доброволно връщане не е в състояние да обхване всички лица, за които това е задължителна административна мярка. В групата на незаконно пребиваващите на българска територия преобладават гражданите на Ирак (323), Афганистан (82), Турция

(73), Сирия (62), Пакистан (46) и Иран (26). Принудително върнатите при изпълнение на спогодби за обратно връщане (реадмисия) са 229, от които 68 по Споразумението ЕС-Турция.

През периода продължава успешното взаимодействие с „ФРОНТЕКС“, като Република България се включи в 7 съвместни полета, организирани до Косово, Пакистан, Нигерия и Афганистан. Взаимодействието с европейската организация е сред добрите практики, които дават макар и малък резултат при осъществяване на политиката за връщането.

ДАБ предприема мерки за подобряване на условията за настаняване в центровете, в следствие на по-слабия миграционен натиск. Намаляването на потока дава възможност на Агенцията да реализира планове за установяване на по-високи стандарти по предоставянето на услугите за международна закрила. Общият брой на потърсилите международна закрила е през 2018 г. е 2 536 лица, като се запазва техния профил от предходната година. Този профил остава различен, в сравнение с първите години на кризата. Най-голям е делът на гражданите на Афганистан – 43%, следвани от граждани на Ирак – 25% и на Сирия – 20%. Разпределението им е - 56% мъже, 11% жени, а децата са 33 %.

Във връзка с прилагането на Регламент Дъблин III през 2018 г. са получени общо 3450 бр. запитвания за обратно приемане и поемане на отговорност. Това представлява намаление с повече от 50%, спрямо предходната година. А този факт се дължи с общо намаление на бежанския поток към всички страни от ЕС [1].

Приключена е процедурата по молби за международна закрила на 3797 лица, от тях на 730 чужденци е предоставена международна закрила - на 317 статут на бежанец, на 413 хуманитарен статут. На 1 362 лица е отказано предоставянето на международна закрила, като на 902 от тях молбите са отхвърлени като явно неоснователни в рамките на ускорена процедура по общия ред. На 860 лица е прекратено производството за предоставяне на международна закрила. На 770 лица е прекратена предоставената от Република България закрила, тъй като е установено, че тези лица реално не се ползват от правата на получили закрила в страната ни. Извършен е преглед на административните преписки, образувани и съхранявани във връзка с прилагането на Регламент ЕС 604/2013 на Европейския парламент и на Съвета. В резултат на

извършения преглед е установено, че за 14 622 лица отговорността на Република България по Регламента е отпаднала, за което съответните държави членки са уведомени. Намаленият миграционен натиск по всички граници на ЕС и натрупаният значителен опит от страна на държавните органи в Република България води до по-бързи темпове за разглеждане на документите на лицата, търсещи международна закрила [5].

Задоволяването на нуждите на лицата от уязвимите групи е основен приоритет в дейността на специалните домове към дирекция „Миграция“. Тези лица подлежат на специални грижи от страна на служителите, работещи в СДВНЧ – интервюиращи лица, психолози, медицински работници, охранителен състав. Лицата със специфични медицински нужди се настаняват в Медицинската служба на дома (бременни жени, хора с увреждания и хронични заболявания [78]) с цел непрекъснато наблюдение от страна на медицински лица. На болните лица с хронични заболявания се осигурява подходяща за техните нужди диетична храна и лечение [64]. На всички нуждаещи се чужденци е осигурен достъп до специализирана медицинска грижа, включително и на специализирано лечение. С лицата от тази категория ежедневно работят психолозите от Института по психология – МВР с месторабота в СДВНЧ, които следят състоянието им и предоставят своевременно информация на ръководството на домовете. Всяка възникнала необходимост на лицата със специфични изисквания се разглежда и обезпечава приоритетно. Стремежът е максимално да се намали престоят на лица от тази категория в СДВНЧ. Прави впечатление по-добрата организация в центровете на МВР, в сравнение с тези на ДАБ [53].

Продължават усилията за намаляване на нерегулярната миграция, както чрез възпирането й на границата, така и чрез различни операции във вътрешността на страната. Компетентните власти са регистрирали общо 10 019 опити на граждани на трети страни да преминат на територията на Република България през границата на страната, което е увеличение с 25% спрямо същия период на 2017 г. (8044).

В рамките на действащия Национален механизъм за насочване (НМН) и подпомагане на жертвите на трафик на хора са получени общо 97 сигнала, отнасящи се за 155 лица, от които:

- 25 сигнала са в категория „Други“ и касаят други и/или сходни престъпления - сигнали за порнографкси материали, нарушени трудови права, заплахи в интернет, сигнали за на съмнителни обяви за работа, каналджийство, домашно насилие;
- 130 лица от общия брой им брой са формално и неформално идентифицирани като потърпевши от престъплението трафик на хора са получили подкрепа по линия на НМН.

Властите са обработили 1011 входящи молби по нормалната процедура за обратно приемане на незаконно пребиваващи лица (реадмисия) спрямо 630 за 2017 г. Продължава тенденция на съществено увеличение на входящите молби за обратно приемане на чужденци с предоставен статут по ЗУБ в Република България, както и за чужденци и членове на семейства на такива с издадени разрешения за продължително пребиваване в България.

През 2018 г. по силата на реадмисионни споразумения от Република България са изведени 308, а са върнати общо 277 лица, от които 224 граждани на трети страни. Подобен сценарий се е разиграл предходната 2017 г., когато изведени 405, а са върнати 401 [1].

Предизвикателствата, пред които е изправена страната, с необходимостта от бърза реакция и значителна правна регулация, за справяне с мигрантската криза, предизвикват поляризация на общественото мнение. В тази връзка представителството на ВКБООН в България публикува в началото на 2018 година социологическо изследване на обществените нагласи към бежанците и хората, търсещи закрила в страната, както и причините и мотивите за отношението и поведението на българите спрямо тях. Според данните от проучването близо половината от българите (45.4%) смятат, че бежанците могат да се интегрират успешно в българското общество. 30.6% от гражданите заявяват, че биха помогнали на бежанец, който живее в населеното им място, да научи езика, а 24.6% биха съдействали да си намери работа. Повече от половината от анкетираните (56%) обаче вярват, че бежанците не могат да се интегрират в обществото поради културни или религиозни причини. Съществува и убеждение, че бежанците не желаят да се установят в България, а целят да достигнат западните държави-членки на ЕС. Липсва разбиране за това кои лица се нуждаят от закрила. Като цяло българите

възприемат почти всеки, който е от страна извън ЕС, като нелегален мигрант – без ясно да осъзнават разликата между мигрантите и хората, търсещи закрила.

Два признака поляризират общественото мнение по отношение на интеграцията [189]: религията и цветът на кожата, става ясно от данните в изследването. Близо 45% от всички респонденти са на мнение, че бежанците трябва да бъдат християни, а за 32% от българите е важно те да имат бяла кожа.

Въпреки примерите от 2017 г. за неприемане на бежанци в местни общности, малък е делът на местните хора, които биха предприели действия против заселването на бежанци в мястото, където живеят. Около 16% от участниците в анкетата обаче заявяват, че биха организирали протест срещу бежанците, в случай че се заселят в мястото, където живеят. Всеки десети българин е склонен да изгони от населеното си място бежанци. Проучването, проведено през декември 2017 сред 1010 български граждани, показва също, че голяма част от българите (93%) не са срещали бежанец или човек, търсещ закрила през последните няколко години. На отворен въпрос как черпят информация по темите, свързани с миграцията, 94% от респондентите казват, че източник е телевизията, за 20% - това е интернет, 19 на сто от българите се информират от приятели, 11% - от вестници и по 7 на сто отговарят, че научават новини от социалните мрежи и по радиото.

През 2013, в началото на големия поток от бежанци, най-силните страхове на българите са били свързани със сигурността (72%), опасността от разпространение на болести (68%) и загуби на работни места. През 2017 доминиращите страхове са свързани със сигурността (60%) и културните и религиозни различия (48%) [16].

ИЗВОДИ ОТ ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Миграционната политика не е само механизъм от мерки, а стриктен процес, който обединява социални и икономически практики и идеи, които освен, че овладяват явления, служат за осигуряване на контрол и стимулират определени секторни политики. За да бъдат избегнати отрицателните последици върху системите вкл. здравната, в следствие на миграцията, политическите съюзи по света сближават своите възгледи и действия, за да защитят своите общества, когато преселението на големи групи от хора с различни етнически, социални, религиозни и културни принадлежности се влеят в чуждия социум и създадат дисбаланс с появата си. Много страни спасяват част от икономическите си сектори, като насърчават имиграцията, с цел съживяване на пазара на труда. Икономическите мигранти обаче са с много по-различен профил и мотивация, за разлика от тези, които напускат държавите си принудително и се нуждаят от социална защита.

2. България е страна с традиции в така нареченото бежанско законодателство, което води началото си от 1920 г. Още преди много други балкански и европейски държави да развият този дял от националното си законодателство, страната ни е изправена пред сериозни проблеми с отнетите територии в следствие на Ньойския договор от 1919 г. Новоприетите разпоредби, които засягат етническите българи в съседните страни, са съобразени с ратифицираните международни и регионални договори, а същинското развитие започва с ратифицирането на Женевските конвенции на по-късен етап. Днес съвременното българското законодателство е синхронизирано с европейското и международно право, за да може адекватно и цялостно да отговори на потенциални миграционни ситуации, а страната адекватно и бързо прилага всички необходими мерки.

3. В последното почти цяло десетилетие глобалните миграционни индикатори показват невиждани върхове. Статистиката илюстрира картина на увеличаващи се бежнски и мигрантски потоци навсякъде по света. Между всички тях ясно личат причините – хората, които мигрират правят това с цел търсене на сигурност. Голяма част от тях

бягат от войни и конфликти, влошени икономически условия, липса на ресурси, изменение на климата, преживени бедствия и др. Посоката винаги е към по-богати и сигурни страни, в които има демокрация, социално осигуряване и солидарни здравни системи.

4. Желанието за свобода от режимите повежда редица общества от Близкия Изток по пътя към нов ред и демокрация. Освобождаването от колониално подтисничество след Втората световна война е само прелюдия към по-късните размирни реакции в лицето на преврат, наречен „Арабската пролет“. Общественото недоволство и протестите обхващат 19 държави в един момент, а в 5 от тях се стига до реална смяна на властта. Четирима диктатори загубват управлението, но запазват живота си. Либийският лидер Муамар Кадафи е убит от местните бунтовници.

5. България, като част от Европейския съюз и външна негова граница, е засегната още от самото начало на бежанските вълни, последвали „Арабската пролет“. Поради натиск и възникнали затруднения при управлението на граничния контрол се намесват и въоръжените сили в опазването на държавните граници. Спешни нововъведения са направени в няколко сфери, разгледани в дисертационния труд - разширяване на капацитета на центровете за приемане и настаняване на търсещи закрила лица, гарантиране на адекватна хуманитарна помощ, ускоряване на процедурите за регистрация и подобряване на процедурите за предоставяне на статут, изграждане на административен капацитет по отношение на процедурите за приемане на търсещи закрила лица и за предоставяне на закрила, създаване на нови експертно-административни структури, осигуряване на адекватна здравна помощ в центровете за настаняване.

6. Рисковете за мигриращите популации ги съпътстват във всички етапи на пътуване. Рискът от придобиване на ваксинопредотвратими заболявания зависи от наличието на податливи индивиди в популацията и техния епидемиологичен профил. В много страни на произход и транзитни такива, здравните системи са отслабени от граждански размирици, войни, икономически кризи и природни бедствия.

Предоставянето на услуги в общественото здравеопазване, включително ваксинопрофилактика за населението, са често прекъсвани или замразявани, което има за резултат критично намаляване на обхвата с имунизации. Неблагоприятните последици от миграцията върху здравето могат да се наредят сред основните рискове, които тя крие. Здравният персонал и работната сила въобще по границите и в центровете за настаняване също може да бъде изложена на някои рискове.

7. Някои европейски страни въвеждат собствен пограничен контрол в пределите на Шенгенската зона. Възникват разногласия между желаещите да приемат бежанци и предприемащите опити да ги спрат. Унгария започва да строи телени огради на границата със Сърбия, а Полша въобще отказа да приема бежанци, позовавайки се на това, че на територията й има около милион украинци с такъв статут. Логичната крачка към решаването на проблемите е създаването на новото ведомство – Европейската агенция за гранична и брегова охрана. Тя поема службата по 260-километровата граница между България и Турция. С помощта на силите за бързо реагиране, Агенцията предприе изпреварващи мерки за предотвратяване на кризисни ситуации в страните на първа линия, в които попадат бежанци към територията на ЕС. Отделя се особено внимание към защитата на акваторията и крайбрежните зони на Италия и Гърция.

II. ВТОРА ГЛАВА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИ И ХИПОТЕЗИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Представените данни в литературния обзор дават пълно основание да приемем силното влияние на миграцията върху здравната система, както и влиянието на миграцията върху здравето на мигриращите популации, за да се постави за

ЦЕЛ:

Въз основа на проучване на състоянието и готовността на здравната система за работа с бежанци, да се предложи концептуален модел за подготовка и реакция на системата на здравеопазване в условията на бежанска криза.

За реализирането на поставената цел е необходимо да се изпълнят следните

ЗАДАЧИ:

1. Да се определят основните насоки на европейската политика, свързани със здравето на мигрантите и взаимодействието им с националните здравни системи въз основа на анализ на европейски и национални политически документи.

2. Да се проучи организацията на здравна помощ и първичната медицинска документация в приемателните центрове за мигранти в Р България.

3. Да се проучат здравното състояние, здравните потребности и оценките относно получаваната здравна помощ на лица, търсещи международна закрила в Р България.

4. Да се изследват нагласите, готовността за работа с мигранти и мнението относно потенциалните рискове за системата на здравеопазване на лекари и други здравни професионалисти от региони с висок миграционен риск и региони без риск.

5. Да се проучат и сравнят мнението и нагласите на стажант-лекари с тези на лекари и други здравни работници за работа с мигранти и потенциалните рискове за системата на здравеопазване в резултат на засилен миграционен поток.

ХИПОТЕЗИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Научноизследователският труд проверява верността на следните хипотези:

Хипотеза 1. Съществува недостатъчно продуктивно партньорство между ДАБ при МС и останалите институции, имащи отношение към общественото здраве и здравеопазването на мигрантите.

Хипотеза 2. Здравните услуги, предоставяни в ТП на ДАБ не покриват в достатъчен обем нуждите на настанените лица.

Хипотеза 3. Системата на обществено здравеопазване е добре подготвена за посрещане на потенциални епидемиологични заплахи в следствие на усилен миграционен натиск към България.

Хипотеза 4. Бежанците, търсещите закрила и други мигранти не представляват риск за общественото здраве в Р България.

Хипотеза 5. Лицата, търсещи закрила у нас са с влошено общо здраве заради миграцията или лошите битови условия при настаняване, но като цяло здравните им потребности не се различават от тези на общата популация.

Хипотеза 6. Лекарите и ПЗГ имат като цяло негативно отношение към работата с мигранти и виждат заплаха и риск у тях, както за себе си, така и за системата на здравеопазване.

Хипотеза 7. Стажант-лекарите са в по-голяма степен склонни да работят с мигранти в сравнение с лекарите и ПЗГ.

2.1. Обект, предмет, време и място на проучването

Обект на проучване е влиянието на възникнала бежанска криза върху здравната система на страната

Предмет на проучването е готовността на здравната система да функционира и да се справи с нарастващи здравни потребности по време на бежанска криза

Време и място на проучването: Проучването и събирането на емпирични и литературни данни обхваща периода от март 2016 г. до ноември 2019 г. Количествените данни със стандартизирани въпросници и анкетни карти са събрани в периода март 2017 – октомври 2019 г.

Изпълнението на ***първа и втора задача*** е осъществявано през целия период на проучването в различни структури, ангажирани с обслужването на мигранти – ДАБ при МС, РПЦ – гр. София (кв. Овча купел, кв. Враждебна, кв. Военна рампа), БЧК, ВКБООН в България.

Трета задача е реализирана в периода март – май 2018 г. на територията на трите поделения на РПЦ в кв. Овча купел, кв. Враждебна и кв. Военна рампа.

Четвърта задача е осъществена в периода март 2017 г. – май 2019 г. в лечебни заведения за първична здравна помощ, в болнични лечебни заведения или в Районна здравноосигурителна каса (РЗОК) на територията на 6 области на страната. Областите са разделени въз основа на риска за повишен миграционен натиск в две категории - области с риск и такива без риск. Областите с риск са подбрани сред тези с повишен миграционен натиск и наличие на реални миграционни потоци в периода 2012-2018 г. В тази категория в проучването са включени областите Хасково, Кърджали и Русе. Втората група области без риск обхваща Плевен, В. Търново и Ст. Загора. Те са подбрани сред областите на страната, които не са посочени като зони с висок риск в Плана за действие при временна закрила в Р България за 2011 г., приет от МС с Решение 506/07.07.2011 г.

Реализирането на ***петата задача*** на изследването е осъществено в периода март – октомври 2019 г. в катедра „Социална медицина“, Факултет по обществено здраве на Медицински университет –София.

Част от качествените данни по наблюдение и случаи са събирани лично от изследователя в периода на разработване на дисертационния труд от 4 години в зони с висока концентрация на мигранти – районите на Лъвов мост, Женски пазар, Сточна гара

и приют за бездомни в кв. Красна поляна, както и в рамките на социални центрове за бедни и мигранти в София.

2.2. Материали и методи

Постановка на проучването: Проведено е комплексно социално-медицинско изследване, включващо събиране и анализ на количествени и качествени данни. Проведени са **три срезови проучвания** сред различни категории лица**:**

- **Проучване I** – сред **146 лица - чужденци, търсещи международна закрила**, настанени в РПЦ на ДАБ при МС;
- **Проучване II** – сред **316 български лекари и професионалисти по здравни грижи** (ПЗГ), работещи в лечебни заведения (ЛЗ) на територията на области с риск от повишен миграционен натиск и в области без такъв риск;
- **Проучване III** – сред **152 студенти в шести курс по специалност „Медицина“ (стажант-лекари)**, обучаващи се в Медицински Университет – София.

Проучване I

В периода март-май 2018 г. са изследвани 146 чуждестранни граждани в процедура за получаване на международна закрила или убежище в Р България по време на престоя им в поделенията на РПЦ -гр. София. Изследваната група е сформирана чрез метода на отзовалите се. Покана за участие е отправена към всички настанени в този период лица над 18-годишна възраст като устно е предоставена унифицирана информация за същността на проучването от определен служител във всяко от поделенията на РПЦ. В изследваната група са включени само лицата, които са се съгласили да участват. Този метод за сформиране на извадката е избран поради високото ниво на чувствителност на търсещите международна закрила като група, потенциалните психологически проблеми при дискутиране на въпросите на недоброволната миграция и преживяната травма от войната при значителна група от лицата – бежанци от Сирия.

Информация от лицата, търсещи международна закрила е събрана чрез структурирано интервю със специално създаден въпросник. Интервюто е проведено с помощта на преводач от/на съответния език на всяко лице, осигурен със съдействието на ДАБ.

Проучване II

В периода март 2017 г. – юни 2019 г. е събрана информация от 316 лекари и професионалисти по здравни грижи (медицински сестри, акушерки, фелдшери и др.) от различни населени места в страната, вкл. областни/общински градове и села на територията на 6 области. С цел да се провери наличието на различия в нагласите и готовността на медицинските работници за работа с бежанци, населените места са подбрани от региони на страната с висок миграционен риск. Тъй като областите с висок миграционен натиск и с натрупан опит в работа с бежанци не са много на брой, е взето решение първоначално да се наберат участниците от тези области. Отправена е покана, съдържаща унифицирана информация за същността на проучването към всеки 10-ти лекар и ПЗГ, определени по списъците на съответните регионални колегии на БЛС и БАПЗГ в областите Хасково, Кърджали и Русе. От поканените 490 лица са се отзовали 162. Същият брой лица бяха поканени за участие в трите области без риск за повишен миграционен натиск - Велико Търново, Плевен и Стара Загора. Отзовалите се лица от тези области са 154.

Първичната информация от лекарите и ПЗГ е набрана чрез пряка индивидуална анкета. Анкетирането е проведено в лечебните заведения, в които участниците работят или в съответната РЗОК в областите без риск, като лекарите са поканени за участие по време на посещенията им за сключване на договори като изпълнители на медицинска помощ.

Проучване III

В периода март – ноември 2019 г. е проучено мнението на български студенти по медицина в последен курс на обучение в Медицински университет – София. Поканени за участие са всички 235 стажант-лекари, провеждащи държавен преддипломен стаж по социална медицина в катедра „Социална медицина“ на Факултета по обществено здраве. В проучването са дали съгласие за участие 152 (64,68%) стажант-лекари.

Събирането на информация от стажант-лекарите е осъществено чрез пряка групова анкета. Анкетирането е провеждано по време на първия ден на стажа по социална медицина за всеки от четирите потока стажант-лекари.

Използвани методи:

В дисертационния труд е използван широк спектър от изследователски методи, прилагани в социално-медицинските проучвания, включващи изцяло или елементи на общонаучни и интердисциплинарни методи като:

- **Исторически метод** за изучаване на миграционните процеси в исторически план и техните предпоставки, причини и въздействие върху мигриращите популации и приемащите общества и системи.
- **Индуктивно-дедуктивени методи**, чрез които в изучаването на данните, събрани чрез стандартизирани анкети, наблюдения и интервюта се правят изводи и заключения, както и проверка на хипотезите чрез избраните методи на работа.
- **Анализ на случай.** При анализа на случай са разгледани малък на брой лица – мигранти, пребиваващи в София, за изследване на трудностите, пред които са изправени и психо-социалните фактори, детерминиращи здравето и благосъстоянието на лицата, както и тяхното битуване в социума.

Социологически методи:

- **Анкетен метод:**
  - ✓ Пряка индивидуална анкета - с лекари и професионалисти по здравни грижи;
  - ✓ Пряка групова анкета – със стажант-лекари.
- **Структурирано интервю** (с помощта на преводач) – с чужденци, търсещи международна закрила в Р България.
- **Дълбочинно интервю.** Методът е използван за събиране на качествени данни от редица професионалисти, заети с обслужването и здравеопазването на лица, търсещи закрила и други мигранти с цел достигане на дълбочина на изследвания предмет. Интервютата са полуструктурирани като не се използва въпросник с предварително формулирани въпроси и отговори, за да се избегне сугестиране на отговорите на интервюираните лица. Използван е набор от теми (въпроси), по които се проведе разговор с изследваните лица. Всяка тема (въпрос) е съпроводена с подтеми (подвъпроси), за задълбочаване на информацията. Сред включените теми са: общи трудности пред мигрантите, достъп до здравеопазване, организация на здравното

обслужване, взаимодействие и сблъсъци с обществените системи (здравна, социална и други). Сред участниците в дълбочинните интервюта са:

- държавни служители - 4
- здравни работници – 6
- медико-социални работници - 4
- служители на НПО и международни организации - 7

- **Наблюдение.** Методът е използван за наблюдение на обектите в естествената им среда като е взето под внимание основното предизвикателство на този метод – т.нар. „социална желателност“. За да се избегнат рисковете, свързани с него, времето на наблюдение от страна на изследователя е максимално увеличено, а в различни ситуации е комбинирано с т.нар. „включено наблюдение“, където изследователят се слива с наблюдаваната група за събиране на автентична информация.

- **Документален метод** (анализ на съдържание (*content analysis*)) за събиране на данни от индивидуални медицински досиета на лица за изследване здравния статус и честота на видове заболявания. Методът е използван и за анализ на вътрешноинституционални стандартни оперативни процедури, методически ръководства и указания за практика при здравното обслужване на лица.

Статистически методи.

За представяне и анализ на събраните данни са използвани набор от класически статистически методи. Данните са организирани в подходящи таблици и графични изображения, като са описани с относителен дял на категориите при качествени променливи и със средна стойност и стандартно отклонение при количествени променливи.

В зависимост от вида на променливата и типа на разпределението на данните е избран подходящ метод за проверката на хипотези. Приложен е t-тест на Фишер или еднофакторен дисперсионен анализ (ANOVA) при сравняване на количествени променливи със симетрично разпределение. Наличието на връзки и зависимости между изучаваните признаци и явления е проверявано с χ^2-метода на Пирсън (Pearson Chi-Square) и корелационен анализ. Статистическата значимост на резултатите е приемана при ниво на значимост $P<0,05$ при двустранен тест.

- **Инструментариум на научното изследване:**

В **Проучване I** за провеждане на структурираното интервю с търсещите международна закрила чужденци е създаден оригинален въпросник с 28 въпроса (**Приложение 1**). Въпросите са обособени в 4 съдържателни части. Първата част изследва демографски и социални характеристики – възраст, пол, държава на произход и степен на образование. Друга група въпроси събира информация за личното здравно състояние – субективна оценка на здравето, наличие на хронично заболяване и промени в здравето вследствие на миграцията. Следващата част от въпросите изследва достъпа до здравни услуги – консултация с лекар, достъп до лекарства, поставени ваксини, наличие на личен лекар. Последната част на въпросника проучва оценката на търсещите международна закрила лица относно качествата на предоставяните здравни услуги, отношението на здравните професионалисти, наличието на езикови и културни бариери при получаване на здравна помощ.

Анкетната карта в **Проучване II** за събиране на информация от лекарите и професионалистите по здравни грижи включва 20 въпроса (**Приложение 2**). Събират се основни демографски данни и характеристики на социалния профил – пол, възраст, населено място на местоработата, лечебно заведение и професия. Друга група въпроси събират информация за индивидуалния опит на лицата в работа с мигранти. Трета част на въпросника разпитват респондентите за тяхната нагласа за работа с мигранти и наличието на професионална подготовка за това. Обособени са въпроси, които касаят организационни аспекти на здравната система по отношение предоставянето на здравни услуги на мигрантите – необходимост от прилагане на структурирана оценка на здравето, ваксинопрофилактика и изразходване на национален ресурс за нея, здравни досиета, проследяване и други. Следваща група въпроси изследват мнението на лекарите за потенциалните рискове, свързани с повишен миграционен натиск, както за системата на здравеопазване, така и за тях самите като здравни професионалисти. Медицинските лица са запитани и за конкретни предложения по организация на здравното обслужване на системно ниво.

В **Проучване III** първичната информация е събрана от стажант-лекарите с помощта на въпросник с 14 въпроса (**Приложение 3**). В голяма степен съдържанието на въпросите към стажант-лекарите се покрива с това на въпросите към лекарите и ПЗГ, за

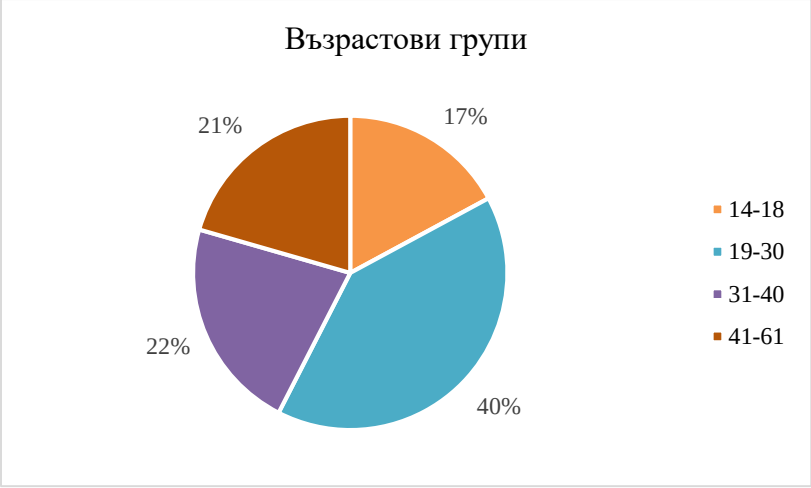
да могат да бъдат сравнени отговорите на двете групи. Анкетната карта проучва демографските и социални характеристики на стажант-лекарите – пол, възраст, трудова заетост по време на обучението, постоянно местоживеене. Изследвано е наличието на личен опит с мигранти, нагласата за работа с тях и за специализирана подготовка в тази област. Проучени са също така мненията за потенциални рискове за здравните работници и системата на здравеопазване. Включени са отворени въпроси с цел събиране на конкретни предложения от страна на анкетираните относно необходимите мерки за справяне на системата в условията на бежанска криза.

2.3. Изследвани групи лица

Проведеното комплексно социално-медицинско изследване включва различни изследвани групи лица. Представени са демографският и социален профил на участниците по групи.

2.3.1. Лица, търсещи международна закрила

Лицата, търсещи закрила, настанени в РПЦ на ДАБ, които участват в проучването са 146 на брой, от които 94 (64,38%) са мъже и 52 (35,62%) са жени. Възрастовото разпределение на участниците е представено на фигура 6 **.** Преобладават млади лица във възрастова група 19-30 години.



Фигура 6. Разпределение по възраст на лицата, търсещи закрила

Участниците в проучването идват от различни страни, като най-голям е делът на лицата от страни на Средния Изток – 50 (34,25%) са от Сирия, следвани от тези от Афганистан – 39 (26,71%) и Ирак – 35 (23,97%). Двадесет и две (15,07%) от

интервюираните лица, търсещи закрила, са от други страни, основно държави от Африка – Буркина Фасо, Гана, Еритрея, Конго, Нигерия, Руанда и други.

В образователно отношение, данните показват, че близо една пета 29 (19,86%) от изследваните лица са без образование. Само начално или основно образование имат близо половината от всички интервюирани, настанени в РПЦ 70 (47,95%), а средно образование са придобили 38 (26,03%). Висше образование имат едва 9 (6,16%). Съществена разлика в образователния ценз се наблюдава между двата пола респонденти (p=0,001). Значително по-голям е делът на мъжете, които имат някакво образование – 85 85 (90,42%), докато това е валидно за едва 32 (61,54%) от жените.

2.3.2. Лекари и професионалисти по здравни грижи

Втората група изследвани лица включва 316 лекари и професионалисти по здравни грижи. От тях 221 (69,93%) са жени и 95 (30,06%) са мъже. Разпределението на лицата по възрастови групи е представено на фиг. 7. То отразява наблюдаваното в здравеопазването застаряване на човешките ресурси, като повече от половината анкетирани лица са над 50-годишна възраст.



Фигура 7. Разпределение по възраст на лекари и професионалисти по здравни грижи

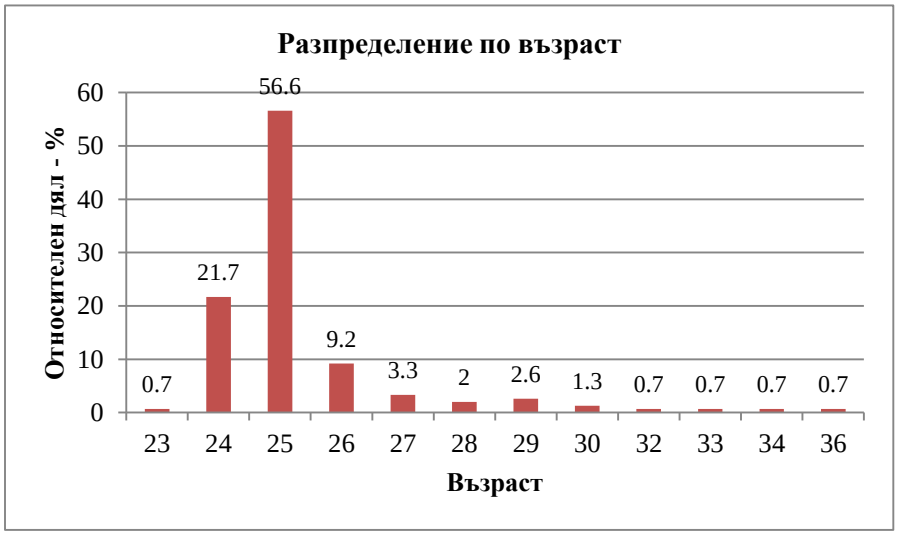
Лекари са 206 (65,19%) от лицата в групата, а останалите са професионалисти по здравни грижи – медицински сестри и акушерки 98 (31,01%), фелдшери, лаборанти и др. – 12 (3,79%). Сред анкетираните има работещи в болнични лечебни заведения (БЛЗ) и такива - в индивидуални или групови практики за първична медицинска помощ.

Здравните специалисти са разделени в две категории – работещи в области с риск за висок миграционен натиск и в области без риск. В области с риск работят 162 (51,26%)

от всички лекари и професионалисти по здравни грижи, разпределени по област на месторабота, както следва: област Кърджали – 60 (18,99%), област Хасково – 72 (22,79%) и област Русе – 30 (9,49%). Групата на анкетирантие здравни специалисти от области без риск включва 154 лица (48,73%): в област Плевен - 86 (27,21%), в област В. Търново - 52 (16,46%) и в област Ст. Загора - 16 (5,06%).

2.3.3. Стажант-лекари в последна година на обучение.

Третата изследвана група лица обхваща 152 стажант-лекари, обучаващи се в МУ-София. Те се разпределят почти равномерно по пол –75 (49,34%) мъже и 77 (50,66%) жени. Мнозинството от участниците са във възрастова група 24-26 години (фиг. 8). Стажант-лекарите са от различни населени места в цялата страна, като от области с риск за висок миграционен натиск са 34 (22,37%). Половината от анкетираните стажант-лекари имат натрупан опит по време на обучението си от работа като доброволци в различни лечебни заведения.



Фигура 8. Разпределение на стажант-лекари по възраст

III. ТРЕТА ГЛАВА. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1. Основни насоки на европейската и българска политика, свързани със здравето на мигрантите и взаимодействието им с националните здравни системи въз основа на анализ на европейски и национални политически документи.

Европейската политика, свързана със здравето на мигрантите претърпява редица промени с началото на последната мигрантска вълна след т.нар. Арабска пролет. Предприети са инициативи за синхронизиране на националните процедури и регулации с европейските, за да се осигури кохезия в подхода към бежанците, но и за да се осигури единна и качествена система за предпазване на общественото здраве в Европа и България.

3.1.1. Европейска политика и здравето на мигрантите

През периода след 2000 г. се засилва натискът за поне частична интеграция на имиграционните политики на държавите, което води до приемането на следните ключови законодателни инструменти на ниво ЕС:

- Директива 2003/86/ЕО относно правото за събиране на семейството;
- Директива 2003/109/ЕО относно статута на дългосрочно пребиваващи граждани от трети страни;
- Директива 2004/114/ЕО относно условията за прием на граждани на трети страни с цел образование, ученически обмен, безвъзмездно обучение или доброволческа дейност;
- Директива 2005/71/ЕО относно специфична процедура за прием на граждани от трети страни за целите на провеждане на научноизследователска дейност;
- Директива 2009/52/ЕО за предвиждане на минимални стандарти за санкциите и мерките срещу работодатели на незаконно пребиваващи граждани на трети държави;
- Директива 2011/98/ЕС относно единна процедура за кандидатстване на граждани на трети държави за единно разрешение за пребиваване и работа на територията на държава членка и относно общ набор от права за работници от трети държави, законно пребиваващи в държава членка и др [10].

Следва да се отбележи, че ЕС нееднократно предприема опити да регулира миграционните вълни. Такива са финансирането на операциите по патрулиране на границите в Средиземно море под кодовото название „София", „Тритон" и „Посейдон". Разработват се планове за борба с незаконната миграция, като има предложение за разселване на бежанците в държавите-членки и облекчаване на бремето на страните по външните граници на Съюза [37]. На 20 април 2015 г. Еврокомисията предлага план от 10 точки за овладяване на кризата:

1. Усилване на съвместните операции в Средиземноморието чрез увеличаване на финансовите, човешки и материални ресурси;
2. Систематизация на усилията за залавяне и унищожаване на корабите, използвани от трафикантите в Средиземно море;
3. Изпращане на екипи от Европейската агенция в Италия и Гърция за постоянен контрол на заявките за предоставяне на убежище;
4. Координация и редови обмен на информация между европейските агенции по охрана на границите за целите на методите на контрабандистите;
5. Въвеждане на дактилоскопия на всички мигранти в страните-членки;
6. Решаване на проблемите с разселването на приижданщите бежанци;
7. Реализиране на доброволна програма в ЕС за преселване или предлагане на местожителство на хората, нуждаещи се от защита;
8. Внедряване на нова програма за бързо връщане на мигрантите от граничните страни-членки на ЕС във взаимодействие с Европейската агенция по охрана на границите;
9. Взаимодействие със страните около Либия от страна на Европейската комисия и Европейската агенция по външни отношения;
10. Изпращане на офицери от миграционните служби в ключови трети с цел събиране на информация за миграционните потоци [175][160].

Взаимоотношенията между страните още през лятото на 2015 г. доказват нежизнеспособността на този план. Някои от тях въвеждат собствен пограничен контрол в пределите на Шенгенската зона. Възникват разногласия между желаещите да приемат бежанци и предприемащите опити да ги спрат. Унгария започва да строи телени огради

на границата със Сърбия, а Полша въобще отказа да приема бежанци, позовавайки се на това, че на територията й има около милион украинци с такъв статут.

Логичната крачка към решаването на проблемите е създаването на новото ведомство – Европейската агенция за гранична и брегова охрана. През октомври 2016 г. тя поема службата по 260-километровата граница между България и Турция. С помощта на силите за бързо реагиране, Агенцията предприе изпреварващи мерки за предотвратяване на кризисни ситуации в страните на първа линия, в които попадат бежанци към територията на ЕС. Отделя се особено внимание към защитата на акваторията и крайбрежните зони на Италия и Гърция [207].

По отношение на здравето, ЕК винаги е заставала зад тезата, че здравеопазването в Съюза е обект на националните политики и е стояла настрана от унифицирането на обща здравна политика за страните членки, по подобие на Общата селскостопанска политика. Една от причините за това са изключително различните здравни и социални системи във всяка държава и техните финансови възможности. Здравноосигурителните модели също се различават, макар да могат да се разделят на няколко основни типа [197]. Достъпът до здравеопазване на граждани на трети страни бегло се регламентира в общата за Съюза миграционна политика и е под формата на препоръки към държавите-членки. Обемът от здравни услуги, които страните предлагат на мигранти, е решение на съответната държава. Въпреки това, в контекста на бежанските потоци след началото на последните промени в Близкия изток, са издадени някои общи за Съюза документи, които дават указания на страните-членки как да се справят, например, с навлизащи инфекциозни заболявания. Такива са документите на ЕЦКБ.

Заради наложилата се синхронизация на миграционното законодателство на страните в Европа, в голяма степен първичният здравен скрининг също е регламентиран. Това се прави по-скоро с цел предпазване на общественото здраве, отколкото с цел да се обслужат здравно мигрантите. **Наличието на тази уредба потвърждава трета хипотеза на дисертацията към момента на нейното завършване**, но е важно да се подчертае, че в България регламентирането на тези процеси започва в много късен етап на кризата. Указанието за предприемане на мерки при случаи на заразни инфелциозни болести на Председателя на ДАБ е издадено на 12.01.2018 г., а Указанието за уеднаквяване практиката в здравните кабинети на ДАБ при МС датира от 23.10.2018 г.

Ролята на международните организации, занимаващи се със здраве и миграция, е съществена при предоставянето на здравни услуги за бежанците и други мигранти. Това се случва на базата на различни споразумения, които държавите имат с Червен Кръст, ВКБООН, МОМ, Лекари без граница и други.

3.1.2. Достъп до и организация на здравни услуги за лица, търсещи международна закрила.

Правните норми по отношение на мигрантите в различните страни се различават, заради политическите режими и системи, социалната и здравна политика, икономическите възможности. Затова на някои места съществуват по-рестриктивни мерки, които максимално ограничават влизането, пребиваването и правата на чужденците в дадена държава.

Законодателството по отношение на мигрантите често пъти се съобразява или синхронизира с международното миграционно право, което е дял на международното частно право. В него се уреждат възможностите на всеки човек да се преселва във всяка държава, както и да напуска своята родна страна. Безпрепятственото връщане в своята държава се регламентира от Всеобщата декларация за правата на човека, част от Международната харта за правата на човека. В този контекст действат и разпоредбите на Международния пакт за граждански и политически права, според който гражданите могат да напускат територията на всяка държава, включително и на своята. На фона на тези права и свободи са предвидени и ограничения. Те се допускат до степен, в която се засягат въпроси за опазване на националната сигурност, обществения ред, опазване на здравните и социални системи, както и когато се засягат установени права и свободи на другите граждани.

Организацията на здравните услуги за търсещите закрила и други мигранти в България се случва съгласно разпоредбите на здравното и миграционно законодателство, разгледани по-долу. Основните нормативни документи, уреждащи тези въпроси са Закон за здравето, Закон за здравното осигуряване, Закон за убежището и бежанците, Кодекс за социално осигуряване и някои други подзаконови нормативни актове.

3.1.3. Предоставяне на здравни услуги за търсещите международна закрила в България

Влошаващата се хуманитарна криза в Сирия, комбинирана с нарастващо нестабилна ситуация в Афганистан и Ирак, доведе до значително увеличаване на броя на хора, търсещи международна закрила и в България. През 2013 г. броят на лицата, потърсили закрила се увеличава драстично на 7 144 (петкратен ръст в сравнение с 2012 г., когато са подадени едва 1387 молби за закрила). Търсещите закрила са предимно сирийци или хора без гражданство от сирийски произход. В тази група непълнолетни са над 25%.

Прием на лица, търсещи закрила в България

ДАБ предоставя общо 2 462 бежански или хуманитарни статута през 2013 г., в сравнение със само 177 положителни решения през 2012 г. Критичният приток на търсещи убежище започва през 2013 г., когато в страната навлизат средно по 200 души на ден. Неочакваната ситуация довежда до спешно отваряне на четири нови приемателни центъра - два в гр. София (кв. „Враждебна“ с 420 места, кв. „Военна рампа“ със 700 места), един в гр. Харманли (1450 места) и един в село Ковачевци, (община Перник, с 350 места). Вече функциониращите РПЦ в София (кв. „Овча купел“), село Пъстрогор (община Хасково) и село Баня (община Сливен) са разширени. Увеличаващият се брой непридружени непълнолетни – 462 до края на септември 2014 г. в сравнение с 183 през 2013 г., е значително предизвикателство за държавната власт, както и за организациите, занимаващи се с подпомагане на търсещите и получили международна закрила лица. По-голямата част от търсещите закрила идват от Сирия, но се забелязва осезаемо увеличение на хората, пристигащи от Афганистан, Ирак, Иран, както и от африканските държави като Гана, Кот д’Ивоар, Мали, Алжир и Мароко. Разнообразието от общности създава трудности за разпространението на информация, превод пред институциите и ежедневна комуникация с хората, настанени в РПЦ [4].

Право на здравеопазване

Съгласно действащото законодателство по време на производството всички лица, търсещи международна закрила, са здравно осигурени и получават безплатни

медицински услуги при условията и в размера, определен за българските граждани (съгласно чл. 29, ал. 1, т. 4 от ЗУБ). За осигуряване на правото на достъп до здравни услуги, ДАБ при МС уведомява ежемесечно Националната агенция за приходите за търсещите международна закрила лица, имащи право на здравно осигуряване. Във връзка с медицинското обслужване в ТП на ДАБ са приети и се ползват *Указание за предприемане на мерки при случаи за заразни инфекциозни болести (СД-22/1/12.01.2018 г)* и *Указание за уеднаквяване практиката в здравните кабинети на ДАБ (СД-524/23.10.2018 г)*, разгледани по долу. **Приложението на подобни правила потвърждава трета хипотеза, но** трябва да се подчертае, че датировката на документите показва, че те се въвеждат много след пика на бежанската криза, което повдига въпроси за това как се са уреждали тези дейности, когато документите не са съществували.

В повечето центрове има редовно присъствие на лекар, медицинска сестра или фелдшер за извършване на медицински прегледи или издаване на направления за специалист. Всички настанени трябва да бъдат регистрирани при общопрактикуващ лекар (ОПЛ), за да получат достъп до специализирано лечение чрез издаденото от него направление, в случаите, когато това е необходимо. Предизвикателството за ангажиране на такъв лекар пред РПЦ Харманли се оказва сериозно. През август 2014 г. ДАБ назначава педиатър на половин работен ден в Центъра. Агенцията реализира и няколко кръга преговори с Националната здравноосигурителна каса, но нито един лекар не се ангажира с регистрирането на голям брой търсещи закрила. Според БЧК местните лекари са демотивирани от факта, че пациентите са чужденци, говорещи друг език, което прави общуването и поставянето на диагнози много трудно [4]. Тази взаимодействия на ДАБ с други заинтересовани страни в здравеопазването, които не довеждат до търсените резултати, потвърждават първа хипотеза на изследването, че тези партньорства не са достатъчно продуктивни.

Здравни работници в структурите на ДАБ

В периода на засилена миграция към Р България се наблюдава вариране в броя на здравните работници, наети от ДАБ при МС, по места и по специалности:

1. РПЦ - София, кв. „Овча купел“ - един лекар и една медицинска сестра за периода 2011-2015 г. и един лекар за периода 2016-2019 г.
2. РПЦ Баня - един медицински фелдшер за периода 2011-2019 г.
3. ТЦ - Пъстрогор - една медицинска сестра и едно медицинско лице (лаборант) за периода 2012-2019 г.
4. РПЦ – Харманли - 2014 г. (1 лекар, 2 медицински сестри, 1 медицински фелдшер); 2015 г. и 2016г. (1 лекар, 1 медицинска сестра, 2 медицински фелдшера); от 2017 г. до 2019 г. (1 лекар, 1 медицинска сестра, 1 лекар - дерматолог).
5. РПЦ - София, кв. "Враждебна“ - 2014 г. и 2016 г. (1 лекар); 2015 г. и 2017 г. (1 лекар, 1 медицинска сестра); 2018 г. и 2019 г. (2 лекари).
6. РПЦ - София, кв. "Военна рампа“ - един лекар и една медицинска сестра за периода 2015-2019 г.

ДАБ при МС не е наемала специалисти по психично здраве за периода 2011-2019 г., но на търсещите закрила лица се предоставя психологическа и психиатрична помощ по проекти на НПО.

Съгласно т. 3 на Указание за уеднаквяване практиката в здравните кабинети на ДАБ при МС, медицинската документация се съхранява в здравния кабинет за срок от 3 години [34].

Дейности на здравните работници в Центровете за настаняване

Съобразно чл. 29 от Вътрешните правила на ДАБ при МС, служители в здравните кабинети на ТП на ДАБ осъществяват следните дейности:

1. извършват първичен медицински преглед и постоянно медицинско наблюдение;

2. оказват първа медицинска помощ;

3. отразяват констатациите от извършения преглед в приложение към регистрационния лист;

4. изготвят медицинска карта;

5. вземат проби за серологични изследвания и проби от фекален материал за паразитози;

6. отразяват в медицинската карта минали хронични заболявания и заразни болести, съобщени от чужденеца или установени по време на медицинския преглед, както и резултатите от същия и от пробите;

7. изпращат пробите за изследване в кожно-венерологичен диспансер в съответните медицински заведения и в Регионалната Здравна Инспекция

8. насочват за записване към личен лекар;

9. извършват преглед по медицински показания;

10. осъществяват наблюдение на хронично болни чужденци в производство;

11. осъществяват наблюдение и контрол върху хигиенното състояние на настанените лица и спазването на санитарно-хигиенните изисквания;

12. предоставят лекарства и медикаменти на чужденците.

Достъп до първична медицинска помощ

Основна дейност на медицинските лица и социалните експерти към ДАБ при МС е насочването и записването при личен общопрактикуващ лекар на търсещите международна закрила. В тази връзка е изследван въпросът на какъв принцип се осъществява изборът на ОПЛ, към които се насочват лицата. Направена е проверка дали ДАБ при МС има списък с ОПЛ, с които се работи традиционно и такива, които са склонни да приемат мигранти. Също така е проверено дали ДАБ при МС провеждала нарочни обучения на ОПЛ за работа с лица, търсещи убежище, и ако да, какви?

От предоставените данни става ясно, че ДАБ при МС не работи по списъци и не поддържа списък с имена на общопрактикуващи лекари, които са склонни да обслужват мигранти. За настанените в РПЦ лица, търсещи международна закрила, се осъществява служебен избор на ОПЛ със съдействието на съответната РЗОК. ДАБ при МС не провежда обучения на ОПЛ [35].

Епидемични събития

През 2014 г. в центровете на ДАБ възникват редица здравни ситуации, дължащи се главно на пренаселените помещения или неадекватни хигиенни условия:

- 300 души, настанени в приемателен център в с. Ковачевци, са поставени под карантина след 7 случая на варицела;

- В РПЦ в кв. „Военна рампа“ са открити 2 случая на хепатит А, в резултат на което, мобилен екип на РЗИ е поставил ваксини на 25 деца от центъра; Подобна навременна реакция частично потвърждава трета хипотеза на проучването.
- В други поделения на ДАБ са регистрирани и много други случаи на варицела, хепатит и скабиес [4].

Посочените епидемични взривове не са изчерпателен списък на подобни събития и наличието им частично потвърждава пета хипотеза – битовите условия в центровете създават предпоставки за здравни събития.

Здравни услуги, предоставяни от хуманитарни организации

Следва да се отбележи, че ДАБ през последните години е получила финансова и друга помощ от национални и международни институции и органи. Причина за това е законовата норма, че на лицата търсещи закрила след получаване на статута, за който кандидатстват, се прекратяват здравноосигурителните права.

„Лекари без граници“ оказва практическа помощ на Р България от месец ноември 2013 г. до месец май 2014 г., чрез осигуряване на медицинска и психологическа помощ на търсещите закрила в центровете в София и Харманли. Извършени са 7700 медицински консултации и е оказана психо-социална подкрепа на хора от уязвимите групи и др. Организацията предоставя материали и извършва ремонт на санитарните помещения в приемателните центрове в Харманли, кв. Военна рампа и кв. Враждебна в София. След края на мисията на организацията в България има сериозен вакуум, в предоставянето на медицински грижи в центровете. Този и следващите примери на външни здравни услуги потвърждават втора хипотеза на изследването за недостатъчността на здравните услуги, предоставяни от ДАБ.

През 2014 г. БЧК – БМС предоставя финансова помощ на търсещи закрила лица във всички центрове на ДАБ за закупуване на предписани лекарства, както и за заплащане на медицински прегледи при специалист, когато нуждаещият се няма достатъчно средства. БЧК финансира допълнително зареждане на медицинските кабинети в ТЦ-Пъстрогор, РПЦ – Харманли с лекарства от първа необходимост. Над 400 души са подпомогнати в Харманли, Пъстрогор и Баня, както и над 210 от настанените в центровете в София, с финансовата подкрепа на ВКБООН и Швейцарския Червен кръст.

Като част от здравните грижи психо-социалната подкрепа (ПСП) е изключително необходима на лицата, бягащи от насилие. Тя обаче често пъти се пренебрегва, особено в ситуации, когато посрещането на по-належащи нужди, като подслон и храна, стават приоритет. Въпреки това редица неправителствени организации изпълняват задачата да запълнят необходимостта от предоставяне на такава помощ. БМС-БЧК (подпомогната финансово от ВКБООН) организира мобилни ПСП екипи, състоящи се от ръководител, психолог и преводач на арабски и фарси. Двата екипа, по един за София и Южна България, осъществяват ежеседмични посещения на центровете, провеждайки групови и индивидуални психологически сесии с хора, преживели травми, с жертви на сексуално и свързано с пола насилие, както и с други лица, нуждаещи се от подкрепа. През 2014 г. ПСП екипите на БМС отчитат предоставена психо-социална помощ на общо 1388 лица – 856 в област София и 532 в област Хасково. Тази информация става ясна в рамките на дълбочинни интервюта, проведени през 2020 г. с представители на БЧК с цел събиране на качествени данни.

От БМЧК посещават редовно центровете в София, като осъществяват дейности за подкрепа предимно на деца (съгласно проект на Холандския Червен кръст) [47]. Изпращаните от тях психолози са разделени на два екипа – по възрастови групи и организират спортни занимания, арт-терапевтични сесии с рисуване, песни, игри и други [25].

Българската неправителствена организация – Фондация „Център Надя“ изпраща професионални психиатри и психолози два пъти седмично на посещение в ТЦ-Пъстрогор, РПЦ-Баня и ПЦ-Ковачевци за извършване на индивидуални и групови терапевтични сесии с настанените там лица, търсещи закрила (съгласно проект финансиран от ВКБООН) през 2014. Оказването на професионална помощ за подпомагане на най-уязвимите лица цели те да преодолеят травмите, получени в резултат на преживяно или наблюдавано насилие [8].

От 2019 г. ДАБ изпълнява проект „Предоставяне на психологическа помощ, социално посредничество, дейности по адаптация и предоставяне на социална и здравна подкрепа на лица, търсещи международна закрила, настанени в ТП на ДАБ при МС“. Проектът е все още в етап на приложение в началото на 2020 г. и се изпълнява по Споразумение за отпускане на безвъзмездна финансова помощ от Фонд „Убежище,

миграция и интеграция", Спешна помощ 2016 година, чийто срок е 31.01.2021г. За изпълнение на проекта са сключени договори с две организации - с фондация "Център Надя" за РПЦ-София и РПЦ-Баня и с БЧК за РПЦ-Харманли, като са наети по двама психолози в РПЦ-София и РПЦ – Харманли [35].

ДАБ при МС предоставя психологически услуги по линия на партньорството си освен с БЧК и Фондация „Център Надя“, също и с Център за подпомагане на хора, преживели изтезание - АСЕТ, Международната Организация по Миграция и Фондация „Мисия-Крие“.

В рамките на гореспоменатия проект за предоставяне на психологическа помощ в РПЦ София, Баня и Харманли, който е все още действащ, ДАБ предоставя следните текущи резултати [35]:

- *Оказана психологическа подкрепа на потърсили международна закрила лица - 61 лица;*
- *Проведени информационни сесии за запознаване на новорегистрираните, потърсили международна закрила и настанени в РПЦ с техните права и задължения -13 сесии;*
- *Придружаване на лица със здравословни проблеми до медицински специалисти - 93 случая;*
- *Занимателни мероприятия - за 82 деца;*
- *Консултации и индивидуална работа с непридружени малолетни и непълнолетни - 14 деца;*
- *Насочване и превод при правни консултации -47 случая.*

Между ДАБ при МС и Фондация „Лекари на света“ - Франция е сключен меморандум за сътрудничество на 14.09.2016 г. Фондацията се представлява в България от Сдружение „Лекари на света“ и по сключено допълнително споразумение предоставя здравни услуги на търсещи закрила лица за периода 2017-2018 г. В тази връзка ДАБ предоставя следните данни за целите на това изследване за двете години на приложение на проекта [35]:

- *В РПЦ „Харманли“ са предоставени 57% от общия брой медицински консултации. В РПЦ София - 17% в РПЦ „Военна рампа“, 19% в РПЦ „Овча купел“ и 7% в РПЦ „Враждебна“;*

- *Предоставени общо 6940 медицински консултации, като от тях 46% от пациентите са били жени, 32% деца, включително 7% непридружени непълнолетни. От пациентите - 39% са били със сирийски произход, 35% с афганистански, 19 % с ирански и 7% други;*
- *Най-разпространени заболявания: респираторни - 20%, кожни - 16% и хранително-чревни -14%;*
- *С подкрепата и насоката на екипите на „Лекари на света“ са били осъществени 185 вторични прегледа, включително 74 гинекологични;*
- *Проведени са 522 индивидуални интервюта и 1064 консултации с непридружени непълнолетни, включително информация и пренасочване към медицинска, психологическа помощ и др.*

През първата половина на 2018 г. проектът реализира дейности по предоставяне на медицински и здравни услуги сред търсещите международна закрила лица, както следва:

- *Информационни сесии с теми по общо здравеопазване и сексуално-репродуктивна тематика, посетени от 259 човека;*
- *Проведени 155 индивидуални консултации по сексуално-репродуктивно здраве на търсещи закрила;*
- *С подкрепата и насоката на екипите на „Лекари на света“ са осъществени 52 вторични прегледа - гинекологични, дерматологични и респираторни.*

Сътрудничество с други ЛЗ

През 2017 г. ДАБ при МС е подписала Споразумение за сътрудничество с Медицинския институт на МВР, чийто срок е удължен до май 2020 г. В изпълнение на Споразумението за сътрудничество между ДАБ и Медицинския институт на МВР, са организирани специализирани медицински прегледи на търсещите международна закрила, настанени в трите поделения на РПЦ-София [34].

На чужденците е предоставена възможност да се прегледат при специалисти по „Вътрешни болести“, „Кожни и венерически заболявания“, „Ортопедия и травматология“ и „Хирургични болести“ и са проведени общо 376 медицински консултации. От наличната информация е видно, че на прегледи при специалистите са

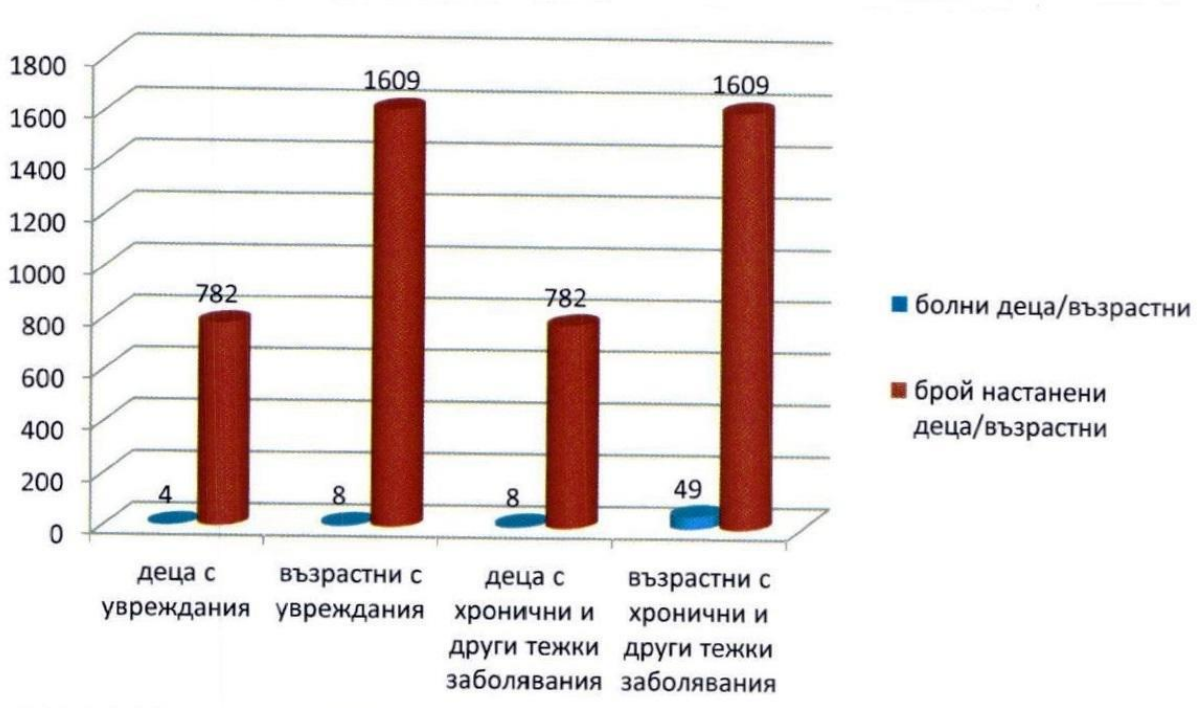
пожелали да бъдат подложени 94 лица, от които 24 са били клинично здрави (26%). На останалите 70 лица е поставена диагноза, предписано е медикаментозно лечение и са насочени към личен лекар за допълнителни изследвания и потвърждаване на диагноза [35].

3.1.4. Рискове за здравето на специфични категории уязвими групи сред мигрантите

Сред широкият поток от мигриращи популации се наблюдават някои подгрупи лица, които са в по-голям риск за здравето и живота им, както в страните на произход, така и по време на миграцията и крайната дестинация.

Жени, деца и хора с увреждания

Уязвими групи лица сред бежанския поток са жените, децата и хората с увреждания. През 2019 г. в ТП на ДАБ при МС са настанени 57 уязвими лица с хронични или други тежки заболявания и 12 уязвими лица с увреждания, които са общо 69 чужденци. Почти половината от тях - 32 лица (или 49%) са пребивавали в РПЦ-София (Овча купел). Общият брой на лицата от двете уязвими групи за поредна година е под 3% спрямо общия брой на настанените в центровете на агенцията чужденци. (фиг. 9)



Фигура 9. Брой деца и възрастни със заболявания/увреждания сред общата популация, настанени в ТП на ДАБ, 2019 г. Данни от ДАБ при МС.

Въпреки сравнително ниския процент, това са лица, нуждаещи се от постоянно медицинско наблюдение и изискващи продължителни медицински грижи, като например: диабетици на медикаментозно лечение или инсулинозависими; със сложни случаи на хипертония, епилепсия, психични разстройства, заболявания на опорно-двигателния апарат и др.

В зависимост от възрастта, най-висок е делът на лицата с увреждания на възраст от 18 до 59 години - 51 лица. Децата с увреждания и с хронични или други тежки заболявания са общо 12, а възрастните над 60 години са 6. Сред чужденците от двете уязвими групи 30% са сирийци, 25% иракчани, 19% афганистанци, а останалите са единични случаи на граждани на други трети страни.

Сексуални малцинства

Като част от зверствата, извършени в Сирия след избухването на гражданската война, вниманието на международната общност е привлечено от насилието, насочено към някои особено уязвими групи, каквито са „сексуалните малцинства“, т.е. ЛГБТ лицата. Нарушенията на правата на човека, отнасящи се до тази група, на територите,

контролирани от Ислямска държава (ДАЕШ) в Сирия и Ирак, са се превърнали в норма. ЛГБТ малцинството е подложено на публични гонения и заклеймяване в общността. Официално обявените за хомосексуални мъже, са осъждани на смърт и убивани публично с екзекуции, в които са въвлечени и обикновени граждани [157]. Тази зловеща практика е и push factor за лицата от ЛГБТ групата да бягат от зоните на конфликт, търсейки убежище в страните от Западна Европа.

Според Центровете за контрол и превенция на заболяванията в САЩ, по принцип сред бежанците има повишено разпространение на депресия, соматични заболявания, мозъчни травми и паник атаки [58]. Възрастните, които са претърпели сексуално насилие [179] в детска възраст, най-често от членове на семейството или общността си, са изложени и на повишен риск от депресия [211] и тревожност [187]. Литературата до сега е обсъждала психичното здраве на ЛГБТ бежанците, във връзка с излагането им на силен стрес [81] [205], непосочен по друг начин, както и сложни посттравматични разстройства [103]. В дългосрочен план, повтарящата се травма преди напускането на страните им на произход, може да ерозира способността на мигрантите за устойчивост, тоест как те се адаптират към бъдещи стресогени [152]. Освен това, в началните етапи на хуманитарната криза, ЛГБТ хората са изложени на по-голям риск за изключване [204] от основните защити на обществото, както се случва в териториите контролирани от ДАЕШ [212]. ЛГБТ бежанците могат да бъдат и по-маргинализирани по време на процеса на регистрация, включително проверка на документите, задържане в сегрегирани по пол центрове и публично оповестяване на частна информация [213]. ЛГБТ бежанците в ареста са изложени на повишен риск от насилие и сексуални посегателства в сравнение с останалите задържани [220].

ЛГБТ групата е във висок риск от трафик и проституция като се наблюдават принудително проституиращи – жертва на трафик, но и доброволно проституиращи мъже, жени и транс хора. Съществува и тенденция на хетеросексуални мъже, предлагащи сексуални услуги на други мъже. Проституцията понякога се явява единствена възможност за доход за търсещи закрила или такива, които вече са получили статут, но нямат възможност за реализация на пазара на труда в чужда държава. Често такава е съдбата на свободно настанените на външни адреси.

В България липсват специализирани организации, които да предоставят услуги и подкрепа за ЛГБТ мигранти, но отворени към такива са две доброволни социални сдружения – „Фабрика Автономия“ и „Храна, а не война“, които спомагат за излизане от социалната изолация на лицата или организират безплатни кухни за бедни.

3.2. Проучване организацията на здравна помощ и първичната медицинска документация в приемателните центрове за мигранти в Р България.

Първичният медицинският преглед по чл. 29, ал. 4 от ЗУБ, за лицата търсещи убежище, определя дали кандидатът за международна закрила принадлежи към уязвима група, включително дали е жертва на сексуално и основано на пола насилие (СОПН), и дали той/тя има конкретни специфични потребности. През ноември 2018 г. Европейската комисия реши да изпрати официално писмо до България относно неправилното прилагане на законодателството на ЕС в областта на убежището. Комисията установи, че недостатъците в българската система за убежище и свързаните с тях служби за подкрепа са в нарушение на разпоредбите на законодателството на ЕС в областта на убежището и Хартата на основните права на ЕС [123]. По-специално Европейската комисия изтъква притесненията, свързани с правилната идентификация и подкрепа на уязвимите лица, търсещи убежище; настаняване и правна защита на непридружените деца; задържането [91] на търсещите убежище и сигурността на тези лица докато са задържани. Всички тези разпоредби се изисква от законодателството на ЕС [200].

Според информация, предоставена от „Лекари на света” до УНИЦЕФ България, не е проведено обучение, свързано със СОПН на медицинския персонал в РПЦ и ТЦ. Това допълнително ограничава техните умения и знания за предотвратяване или реагиране на инциденти със СОПН [24].

Медицински прегледи в центровете на ДАБ

Съгласно Устройствения правилник на ДАБ при МС, ТП организират и координират дейностите по задължителното медицинско изследване на чужденците, подали молба за международна закрила и организират дейностите по осигуряването на медицинска и психологическа помощ на настанените в центровете чужденци.

С приемането на Закона за изменение и допълнение (ЗИД) на ЗУБ, в сила от 16.10.2015 г., бе въведено търсещите международна закрила чужденци да преминават медицински преглед в здравни кабинети към ТП на ДАБ при МС и тази дейност да се осъществява от лекар, медицинска сестра или фелдшер.

Агенцията поддържа наличности от медицински консумативи и лекарства за оказване на първа медицинска помощ при спешни състояния (съгласно Приложение 2 на Указание за уеднаквяване на практиката в здравните кабинети на ДАБ при МС), като стриктно се следи за срока на тяхната годност. **(Приложение 10)**

През 2019 г. медицинските лица са предоставили на нуждаещите се от лечение чужденци общо 2686 лекарствени средства. В здравните кабинети, освен вземане на кръвни проби, са извършени и 570 друг вид манипулации: поставяне на инжекции, глюкотест, обработка и превръзки на рани, тест за бременност и др.

Съобразно чл. 29, ал. 6 от ЗУБ, здравните кабинети осъществяват дейности по [35]:

1. първоначални изследвания при регистрация на лицата, подали молба за закрила;

2. постоянно медицинско наблюдение;

3. оказване на първа медицинска помощ;

4. контрол върху хигиенното състояние на лицата;

5. текущ контрол за спазване на хигиенните изисквания;

6. изготвяне и поддържане на медицинска документация за всяко лице;

Във всички ТП на ДАБ има обзаведени и оборудвани здравни кабинети, съответстващи на предмета на дейността им и съобразно изискванията на Министерство на здравеопазването. За обслужването на здравните кабинети е назначен медицински персонал на щат към ДАБ при МС и по граждански договори. През 2019 г. в здравните кабинети медицинските грижи са осъществени от общо 11 наети лица: шестима лекари, един фелдшер и четири медицински сестри.

Здравна осигуреност на лицата, търсещи международна закрила (ТМЗ)

Съгласно действащото законодателство по време на производството всички лица, търсещи международна закрила, са здравно осигурени и получават безплатни

медицински услуги при условията и в размера, определен за българските граждани (съгласно чл. 29, ал. 1, т. 4 от ЗУБ). За осигуряване на правото на достъп до здравни услуги, ДАБ при МС уведомява ежемесечно Националната агенция за приходите за търсещите международна закрила лица, имащи право на здравно осигуряване.

Основна дейност на медицинските лица и социалните експерти към ДАБ при МС е насочването и записването при личен лекар на търсещите международна закрила лица, за да могат те да се ползват с правото си на безплатни медицински услуги при условията и в размера, определен за българските граждани. Относно записването при ОПЛ, затруднения се срещат при записване на децата при специалист-педиатър на територията на град София.

Нормативна рамка на здравното обслужване в Центровете

Във връзка с медицинското обслужване в ТП на ДАБ, в Агенцията са приети и се ползват *Указание за предприемане на мерки при случаи за заразни инфекциозни болести* и *Указание за уеднаквяване практиката в здравните кабинети на ДАБ при МС* **(Приложение 4 и Приложение 5).**

Съгласно т. 3 на Указание за уеднаквяване практиката в здравните кабинети на ДАБ при МС, медицинската документация се съхранява в здравния кабинет за срок от 3 години.

При регистрация и настаняване в ТП на Агенцията, търсещите международна закрила чужденци се подлагат на задължителен медицински преглед и изследвания в оборудваните здравни кабинети. Медицинските лица, обслужващи здравните кабинети, извършват следните дейности по време на първичния медицински преглед [35]:

- Преглед за въшливост и скабиес (ектопаразитози);

- Измерване на кръвно налягане;

- Преслушване (аускултация) на бял дроб и сърце;

- Снемане на анамнестични данни за здравословното състояние;

- Обстоен преглед на наличната медицинска документация, ако пациентът има такава;

- Вземане на биологичен материал за изследване за малария, чревни паразити и чревно носителство;

- Вземане на кръв за изследване за ХИВ и Васерман (за сифилис) (при писмено съгласие на пациента).

Съгласно *Указание за предприемане на мерки при случаи за заразни инфекциозни болести* на ДАБ, при случай на съмнение за инфекциозно заболяване, лицето се придружава до болнично заведение с инфекциозно отделение. В случай на потвърждаване на инфекциозно заболяване, болничното заведение уведомява ДАБ при МС и РЗИ по местоживеене на заболялото лице. При потвърдена диагноза ДАБ при МС получава указание от РЗИ за предприемане необходимите противоепидемични мерки.

През 2019 г. при необходимост от специализирана медицинска помощ или настаняване в болнично лечебно заведение, ДАБ при МС е оказала съдействие на чужденците и чрез:

- осигуряване на преводач/медиатор;
- осигуряване на транспорт на агенцията (при нужда);
- съпровождане от социален експерт на агенцията до диагностично-консултативни центрове и лечебни заведения;
- заплащане на такси и медицински услуги, които не са включени в полагащия се по закон здравен пакет, като необходимите финансови средства са осигурени от Фонд „Убежище, миграция и интеграция“.

Първичната профилактика на заболяванията също е разгледана като част от здравните услуги, предоставяни на настанените в РПЦ. Изследвано е дали се предоставят и по какъв ред контрацептивни средства на настанените в РПЦ и ТЦ? Какви видове и на какъв принцип се предоставят? От направената справка, ДАБ заявява, че осъществява законовите си функции в тясно взаимодействие и сътрудничество с Върховния комисар на Организацията на обединените нации за бежанците, с общинските органи, както и с БЧК и НПО, работещи на терен в ТП на ДАБ при МС, при което последните предоставят информация и при поискване, контрацептивни средства на настанените лица.

Здравно-профилактичната дейност е сред нормативно установените функции на здравните специалисти, работещи в структури на ДАБ. Според Указание за предприемане на мерки при случаи на заразни инфекциозни болести на Председателя на ДАБ при МС, медицинските специалисти от РПЦ два пъти месечно организират здравни

беседи за пребиваващите в съответния център относно заразните заболявания от Списъка за заразните и паразитни болести, които подлежат на регистрация, съобщаване и отчет. На тримесечие медицинските специалисти разработват и предлагат на Директора на РПЦ план за утвърждаване на темите на тези беседи. В тази връзка ДАБ при МС предоставя примерни планове за провеждане на здравни беседи с търсещи международна закрила чужденци, настанени в РПЦ - София и РПЦ - Харманли (**Приложение 6 и Приложение 7**). Дейностите по профилактика потвърждават твърдението на трета хипотеза.

От събраните данни става ясно, че и през 2019 г. медицинските лица организират регулярно информационни беседи на здравна тематика с настанените чужденци. По време на беседите се обсъждат различни здравни въпроси – поддържане на чистота и хигиенни навици, вирусни заболявания, скабиес (краста), ХИВ/СПИН, въшливост, туберкулоза, сифилис, варицела, морбили и паротит, хепатит, предпазване от нежелана бременност, заболявания, предавани по сексуален път и др., с цел превенция и повишаване на тяхната информираност по конкретната тема.

В ТП на ДАБ при МС е осъществяван контрол върху хигиенното състояние на лицата и текущ контрол за спазване на хигиенните изисквания, както и е извършвано регулярно обезпаразитяване на всички помещения в центровете.

Медицинските досиета на настанените чужденци в ТП на ДАБ съдържат медицинска карта и копия на налични медицински документи. В здравния кабинет се води задължително необходимата документация, съгласно разпоредбите на МЗ. Документацията съдържа Амбулаторен дневник, Тетрадка манипулации и Тетрадка за положителни резултати **(Приложение 8)**

Реквизитите на медицинските карти са: имена на пациента, пол, дата на раждане, държава (на произход), адрес (настоящ), ЛНЧ, дата на регистрация, деца, предварителна диагноза, резултати от задължителни изследвания: ХИВ, Васерман, чревни паразити, чревно носителство, малария; дата на преглед, диагноза, къде е лекуван пациентът, резултат от лечението, необходимост от допълнителни манипулации/лечение (физиотерапия, рехабилитация, кинезитерапия и др.) (**Приложение 9**)

Здравно обслужване на бременни жени

В рамките на качественото изследване в настоящата дисертация е проверена процедурата за здравно обслужване на бременни и родилки, търсещите закрила, настанени в ТП на ДАБ.

Съгласно действащото българско законодателство (чл. 29, ал. 1, т. 5 от Закона за убежището и бежанците) чужденците, търсещи закрила, по време на производството имат право на здравно осигуряване, достъпна медицинска помощ и безплатно ползване на медицинско обслужване при условията и по реда за българските граждани. В Закона за здравно осигуряване се урежда задължението за здравно осигуряване на търсещите международна закрила и право на убежище, както и техните права на здравноосигурени лица. Здравноосигурителните права настъпват от датата на откриване на производството, като докато чужденците са в процедура по предоставяне на закрила, техните здравноосигурителни вноски са за сметка на държавния бюджет.

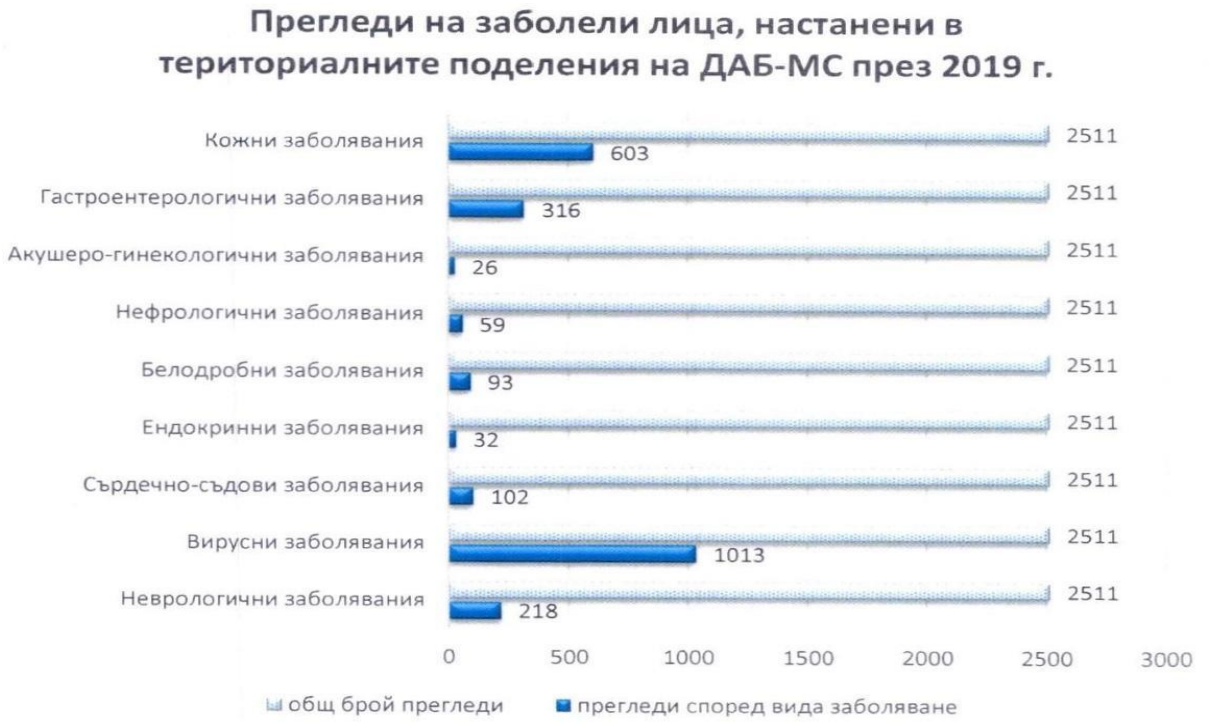
При идентифициране на бременност при жена, търсеща закрила, същата се насочва за записване при общопрактикуващ лекар. За проследяване на бременността, ОПЛ насочва жената към акушер-гинеколог, който извършва консултации, проследява развитието на бременността и подготвя жената за предстоящото раждане. Мястото на раждане се определя от акушер-гинеколога, съобразено със състоянието на родилката и най-близката МБАЛ до центъра на ДАБ при МС, в който е настанена [35].

Каква е съдбата на новородените деца с родители, чието производство тече, изясняваме чрез преглед на действащата нормативна уредба у нас. Съгласно разпоредбите на Закона за убежището и бежанците, статут на бежанец/хуманитарен статут се предоставя и на членове на семейството на лице с предоставена международна закрила. В този смисъл, родените в Република България деца на лица с предоставена международна закрила получават международна закрила по реда на чл. 8, ал. 9 (за статут на бежанец) или чл. 9, ал. 6 от ЗУБ (за хуманитарен статут).

Както вече беше споменато, всички настанени лица преминават задължителен медицински преглед при настаняване. По време на тези прегледи, през 2019 г. на чужденците са направени изследвания за чревни паразити и носителство, при което са установени 32 случая на паразитози. На всички лица са предоставени необходимите медикаменти и са получили нужното лечение. Направените кръвни изследвания за

ХИВ/СПИН и Васерман/сифилис не са дали положителни резултати, а при изследванията за малария 4 са положителните проби.

За периода януари-декември 2019 г. са регистрирани 2 511 амбулаторни прегледи на заболели лица, настанени в ТП на ДАБ. Фигура 10 показва броя направени изследвания по вид за цялата календарна 2019 г. През 2019 г. с най-голяма честота са прегледите на лица с вирусни заболявания – 40,0%. Следват кожните заболявания с 24,0%, гастроентерологични с 13,0% и неврологични с 9,0%, белодробни и сърдечносъдови заболявания (ССЗ) с по 4,0%.



Фигура 10. Прегледи на заболели лица, настанени в ТП на ДАБ при МС, 2019 в съотнешие към общия брой прегледи.

Повечето от случаите на чужденци с инфекциозни заболявания са: ангини, отити и остри вирусни инфекции, (ОВИ); с кожни заболявания: алергии, скабиес; с неврологични заболявания: главоболие и дископатия; с гастроентерологични: гастрит, язва и чревни разстройства. Случаите на лица с белодробни заболявания са вследствие на усложнена вирусна инфекция: бронхити и пневмонии.

Прегледите на лица със сърдечносъдови и ендокринни заболявания са главно на страдащи от хипертония и различни видове диабет. Под 2 % са прегледите на лица за

всяко едно от останалите видове заболявания - инфекциозни, онкологични, хематологични, психични и очни заболявания.

Наблюдава се липса на консистентност и противоречие в данните за броя и вида амбулаторни прегледи, предоставени от ДАБ за целите на това проучване. Въпреки това, информацията е представена тук, за да позволи последващ анализ.

Емпиричните теренни данни от изследването могат да бъдат разгледани в контекста на обобщени данни за броя на проведените първични и вторични амбулаторни прегледи на лица с установени заболявания (от личен лекар или по представени медицински документи, издадени в страната на произход) и на лица със симптоми/ оплаквания за съответното заболяване за периода 2017-2019. ДАБ не е събирала и поддържала подобни данни за по-ранен период преди 2017 г. Показаните в таблица 3 видове заболявания, потвърждават пета хипотеза като показват, че здравните потребности на изследваната популация не се различават от тези на местното население. С тези данни също така се потвърждава и четвърта хипотеза, че лицата търсещи закрила на представляват риск за общественото здраве заради наличие на идентични по тип заболявания.

Прави впечатление по-високият брой на кожни заболявания през трите посочени години, но това с висока степен на категоричност може да се отдаде на лошите хигиенни и битови условия в центровете за настаняване.

Таблица 3. Брой на проведените първични и вторични амбулаторни прегледи на лица с установени заболявания за периода 2017-2019 г., по данни, предоставени от ДАБ с Решение № РД05-55/21.01.2020 г.

	Брой на проведените първични и вторични амбулаторни прегледи на лица с установени заболявания (от личен лекар или по представени медицински документи, издадени в страната на произход) и на лица със симптоми/оплаквания за съответното заболяване за периода 2017-2019 г.		
	2017	**2018**	**2019**
1. ИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	2	7	7
2. КОЖНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	518	754	603
3. ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА	6	18	3
4. ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	407	432	316

5. АГ	12	92	26
6. НЕФРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	29	82	59
7. БЕЛОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	2	188	93
8. ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	3	6	0
9. ХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	6	23	2
10. ЕНДОКРИННИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	21	129	32
11. ОЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	48	75	33
12. СЪРДЕЧНОСЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	126	189	102
13. ВИРУСНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	644 – ОВИ 107 – остър бронхит 13 – пневмонии 261 – ангини 65 - отити	1 615 /ОВИ, бронхит, ангина, отит/	339 – ОВИ 18 – остър бронхит 6 – пневмонии 589 – ангини 61 - отит
14. НЕВРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	347	414	218
15. ВРОДЕНИ АНОМАЛИИ	1	13	4

В рамките на интервюта с медико-социални работници на БЧК става ясно, че в отделни случаи, те лично търсят лекари-специалисти, които да прегледат и лекуват лица със специфични или редки заболявания, които не могат да бъдат обслужени в рамките на амбулаторните грижи. В конкретния случай е разгледан казусът на 16-годишна сирийка, страдаща от генетично заболяване, довело до мускулна атрофия на долните крайници. Служителят на БЧК успял да организира преглед и лечение при изтъкнат наш невролог в Александровска болница, който отказал плащане за услугите си. В последствие са направени скъпи генетични изследвания в Англия и специализирана рехабилитация в Мюнхен.

Контрол на инфекциозните заболявания

През 2019 г. в местата за настаняване на РПЦ - София са организирани и проведени информационни сесии, скрининг за риска от туберкулоза и направа на кожен тест „Манту“, които са изпълнявани от специалисти на БЧК със съдействието на медицинския персонал и социални експерти от агенцията. Дейностите са в изпълнение

на проект на БЧК по Програма „Подобряване на устойчивостта на националната програма по туберкулоза“ на Министерство на здравеопазването, чийто срок приключи на 31.03.2019 г. По данни на БЧК, за периода януари-март 2019 г са направени 82 кожни теста „Манту“ на търсещи закрила чужденци.

За периода януари-декември 2019 г. са регистрирани общо 12 случая на лица с инфекциозни заболявания, което е под 0,5% спрямо общия брой на настанените в ТП на ДАБ при МС лица. В Специализираната болница за активно лечение по инфекциозни и паразитни болести „Проф. Иван Киров“ ЕАД - гр. София са хоспитализирани и преминали лечение 5 чужденци: малария – 2, варицела - 1, ротавирусен ентерит -1 и вирусна чревна (неуточнена) - 1. В Клиника по инфекциозни заболявания - гр. Пловдив са хоспитализирани и преминали лечение 3 лица. В Инфекциозно отделение на МБАЛ - Хасково са били хоспитализирани и лекувани 4 деца с диагноза ентероколит.

През 2019 г. ДАБ при МС е оказала съдействие на БЧК за провеждане на изследвания за Хепатит С на настанените в РПЦ - София. През септември 2019 г. са направени 172 изследвания на търсещи закрила лица за Хепатит С.

Указанието за предприемане на мерки при случаи на заразни инфекциозни болести на Председателя на ДАБ при МС реферира към Наредба 21 от 18.07.2005 г. на Министъра на здравеопазването за реда за регистрация, съобщаване и отчет на заразните болести и включения в нея специален Списък със заболявания. Същите се регистрират в Книга за регистриране на заразните болести по образец - приложение 4 на чл. 5, ал. 1 от Наредба 21, съхраняваща се във всеки РПЦ. Поискана е справка за всички регистрирани такива заболявания в ТП на ДАБ при МС по години от 2011-2019 г. и следните им реквизити: пол, възраст, страна на произход, дата (или година) на заболяването, категория на случая, дата и място на хоспитализация, изход от заболяването.

Данните, които ДАБ предоставя за заболяванията, подлежащи на отчет (без да споменава самите заболявания, според наличната информация са следните [35]:

По пол: мъже – 82, жени – 16

По възраст:

От 0 до 6 години – 17

От 7 до 18 години - 24

От 18 до 65 години -57

Над 65 години – 0

По страна на произход:

Таблица 4. Разпределение на броя заболявания по Наредба 21 от 18.07.2005 г. на Министъра на здравеопазването за реда за регистрация, съобщаване и отчет на заразните болести по страна на произход на заболелите

Сирия	Афганистан	Ирак	Мали	Шри Ланка
34	19	9	6	1
Камерун	Гана	Кот д'Ивоар	Алжир	Сенгал
5	2	5	1	3
Китай	Пакистан	Бангладеш	Иран	Без гражданство
1	8	1	2	1

По година на заболяване:

Таблица 5. Разпределение на броя заболявания по Наредба 21 от 18.07.2005 г. на Министъра на здравеопазването за реда за регистрация, съобщаване и отчет на заразните болести по година на регистрация

2012	1	2016	11
2013	19	2017	9
2014	35	2018	7
2015	4	2019	12

По категория на случая:

Вероятен – 14

Потвърден – 84

Осигуреност с преводачи

Темата за наличието на преводачи и тяхната достатъчност е многократно засегната в настоящия дисертационен труд. В изпълнение на чл. 29. ал. 1. т. 8 от ЗУБ , ДАБ при МС осигурява превод от български на чужд език и от чужд език на български език при провеждане на производството за международна закрила по реда на ЗУБ. От информация, предоставена от ДАБ за целите на настоящото изследване, става ясно, че понастоящем трима от здравните специалисти, наети за обслужване на лекарските кабинети при структурите на ДАБ, говорят арабски език. Всички останали общуват с

пациентите посредством превод. ДАБ не разполага с щатни преводачи, а такива се ангажират чрез процедура по реда на Закона за обществените поръчки (ЗОП). Към м. февруари 2020 г. ДАБ има сключени договори с общо 20 преводачи, владеещи персийски език, дари, фарси, пащу, кюрдски, кюрдски (сорани), арабски, урду, турски език, френски език, руски език и английски език.

Регистрация на жертвите на насилие

ДАБ събира месечни статистически данни за броя на търсещите убежище, определени като уязвими. През август 2018 г. Агенцията разделя статистическите данни за жертвите на психическо, физическо и сексуално насилие (преди това всички форми на насилие са групирани в една категория). Тогава тя определя само един търсещ убежище като жертва на сексуално, 10 на физическо и 7 на психическо насилие. Като се има предвид по-голямото разпространение на СОПН и другите форми на насилие в контекста на миграцията и разселването, въпреки че броят на търсещите убежище в България е намалял значително, броят на жертвите на сексуално, психическо и физическо насилие изглежда много малък. Съществени пречки пред идентифицирането на такъв тип насилие са и страхът от последствията, които докладването може да има върху техните молби за международна закрила, липса на капацитет на компетентните лица за идентифициране на жертви на насилие, включително СОПН, а и осигуряването на адекватна реакция в такива случаи.

Мерки за справяне с насилието

През 2008 г. ДАБ с подкрепата на ВКБООН [217], разработва стандартни оперативни процедури (СОП) за предотвратяване и реагиране на инциденти със СОПН, на търсещите убежище в България. Документът очертава процедурите за идентифициране и предоставяне на подкрепа на търсещите убежище жертви на насилие в центровете на ДАБ (РПЦ/ТЦ) и извън тях, от други институции и организации.

С подкрепата отново на Върховния комисариат, процедурите са ревизирани от ДАБ през април 2018 г. Промените са в част от вътрешните правила и разпоредби на Агенцията. Според МОМ, не всички служители на ДАБ, работещи в центровете, са запознати с оперативните процедури. Организацията няма информация дали подобни

мерки за предотвратяване и реакция при инциденти на насилие срещу настанени в СДВНЧ [71], са разработени от дирекция „Миграция“ на МВР [191].

С изключение на стандартните оперативни процедури за СОПН, понастоящем няма съществуваща специална уредба в РПЦ и ТЦ, свързана с различни инциденти на основаното на пола насилие, на което обикновено са жертва жените. Липсва например процедура за управление на клиничните дейности при изнасилване, както и комплекти за постекспозиционна профилактика (PEP).

Мерки за непридружените деца

Съгласно тези процедури, семействата се настаняват заедно, отделени от останалите. Всички други ГТС [62] са разделени по полов признак, въпреки че условията за приемане варират значително, в различните центрове. Информацията, касаеща непридружените деца, граждани на трети страни (НДГТС), търсещи убежище, се разминава значително, според различните източници. В свой доклад от 2019 г., МОМ твърди, че НДГТС се настаняват заедно с други лица, търсещи убежище, и не получават денонощни грижи. Европейската мрежа по миграция, в нарочен доклад за непридружените непълнолетни от 2017 г., поставя акцента върху децата, търсещи закрила. В него РПЦ-Баня е цитиран като мястото, в което ще бъдат настанявани само НДГТС, с цел постигане на най-добрия им интерес.

МОМ в България, чрез спешно финансиране от Фондът за убежище, миграция и интеграция създава зони за безопасност на непридружени деца за РПЦ София - Овча Купел и Военна Рампа. Зоната за безопасност на РПЦ-Военна рампа, където тези деца получават 24-часова грижа, вече е реновирана, оборудвана и функционира от средата на 2019 г. Управлява се от международната организация, чрез тясна координация с администрацията на ДАБ в центъра.

В СДВНЧ жените и мъжете чужденци се настаняват в отделни зони. Непридружени мигрантски деца, съгласно чл. 44, ал. 9 от ЗЧРБ, не могат да бъдат настанявани в такива центрове; все пак същият член позволява изключителното настаняване на придружени непълнолетни лица за период до три месеца с техните родители, ако на последните е била издадена задължителна административна мярка.

В края на 2017 г., в същия закон, е приета поправка (влиза в сила - юни 2018 г.) съгласно, която непридружени деца мигранти трябва да бъдат предадени от компетентните органи на държавните служби за закрила на детето. На тях е вменена отговорност за настаняването и грижите за НДГТС, по Закона за закрила на детето, докато непълнолетният подаде заявление за международна закрила или навърши 18 години.

Детско здравеопазване

В дълбочина е разгледан въпросът за **детското здраве** и ваксинопрофилактиката като е направено проучване на конкретните практики на ДАБ в РПЦ, която информация качествено да обогати количествените данни на проучването. В процеса на изследването става ясно, че ДАБ не поддържа статистика на родените у нас деца от търсещи международна закрила. В същото време съобщава, че през 2019 г. в териториалните ѝ поделения са се родили 6 деца като не се посочва националността на майката.

Децата, като една от групите с увеличен здравен риск и посегателства, са централна тема на настоящото изследване. Сред тях, обаче, съществува суб-група, при която се срещат повече от един рискови фактори – непридружените деца. За целите на това проучване ДАБ съобщава, че в периода 2011 – 2019 г. са регистрирани общо 7170 непридружени малолетни и непълнолетни лица, които не са придружени от своите родители.

Мерките и практиките в Република България по отношение на закрилата и гарантиране на достъпа до права на непридружените деца ГТС са в съответствие с действащата политическа и правна рамка.

Непридружените деца чужденци, включително търсещите или получили международна закрила в България, попадат в категорията “деца в риск” по смисъла на Закона за закрила на детето. В тази връзка, българската държава има ангажимента да създаде подходящи условия и гаранции за реализиране на правата на тези деца, регламентирани както в националното, така и в международното законодателство. Децата от тази група имат същите права като българските деца, останали без родителска грижа. Държавните институции следва да им осигурят подслон, храна, лични вещи, достъп до здравни грижи, достъп до образование и всички други права, регламентирани

в Конвенцията на ООН за правата на детето, изхождайки от индивидуалните им потребности и съобразно разпоредбите на миграционното право. Социалното включване на жените и децата се явява основен фактор за тяхното здраве и благосъстояние, потвърдено от различни проучвания (Gagnon et.al.) [131].

Специфична характеристика на непридружените децата ГТС е, че в по-голямата си част те са непълнолетни на възраст 16-17 г. Те припознават България като транзитна страна по пътя им към западноевропейските държави. Това до известна степен предпоставя динамиката в техния брой, тъй като много често тези деца бягат от центровете или социалните услуги, които им се предоставят. Често това е дори преди да е приключила процедурата им по кандидатстване за статут. Същото обстоятелство се явява и основен демотивиращ фактор за тях да започнат да изучават български език и да посещават училище като основна предпоставка за успешната им интеграция в страната.

ДАБ при МС е водеща институция във връзка с гарантиране правата на непридружените деца, подали молба за закрила. По официална информация на Агенцията, общият брой регистрирани непридружени деца, търсещи закрила за 2015 г. е 1 816 деца, от които 1706 момчета и 110 момичета. Разпределението на децата по възраст, регистрираните непридружени са: под 14 г. – 255; на възраст от 14-17 г. - 1561. Преобладаващият брой регистрирани непридружени деца са непълнолетни момчета на възраст 16-17 г. Държавите им на произход са Афганистан, Ирак, Сирия и Пакистан. Сходни данни подкрепят тази теза и в други проучвания, които изследват имунизациите сред деца на мигранти (Mipatrini et.al.) [98].

В сравнение с предходната година, през 2016 г. броят на непълнолетните непридружени търсещи международна закрила лица е нараснал с над 60% до 2750 души. Близо 42% от тях са били непридружени непълнолетни лица. Най-голям дял в тази уязвима категория са от Афганистан – 74%, от които 310 малолетни и 1738 непълнолетни. Повече от половината са на възраст между 16 и 17 години.

Потърсилите международна закрила непридружените деца ГТС значително намаляват до 440 през 2017 г. От тях 59 са малолетни, а непълнолетните са 381. Запазва се тенденцията броят на момчета – 415, значително да надвишава броя на момичета – 25. Преобладаващият брой подали молба за международна закрила са от Афганистан, Ирак

и Сирия. С оглед на възрастта им те са особено уязвими за значимите здравни рискове, а част от тях стават и жертва на трафик [201].

Посоченият брой показва регистрираните непридружени деца в ДАБ, но той не съвпада с този на получилите международна закрила и пребиваващи понастоящем на територията на България. По-голямата част от тези деца не са приключили процедурите за получаване на статут, поради бягства от центровете, в които са настанени.

Динамиката на националната статистика отразява единствено тези деца, които са се представили пред властите и са били в процедура по предоставяне на международна закрила. Тези децата, които са били идентифицирани в страната като непридружени, но не са подали молба за закрила или са преминали нелегално, не са включени в статистическите данни.

Имунизационно покритие на деца

Имунизационният статус на децата е важен фактор на здравето, но и важен компонент на общественото здраве за всяка приемаща страна. ДАБ при МС не извършва дейности по имунизации на търсещи международна закрила лица, а това се осигурява от съответната РЗИ по области.

За целите на изследването, количествените данни във връзка с имунизациите са подкрепени с качествени такива, придобити чрез интервюта и информация, поискана от ДАБ при МС. Изследвано е по какви принципи се организира ваксинацията на децата и други лица. Как се прави преценката на кои лица/деца какви ваксини да се приложат? В тази връзка е интересно да се провери питат ли се лицата какви ваксини са поставени на тях и децата им в страната на произход, за да се прецени нуждата от прилагане на някаква ваксина, в случай, че не е налице медицинска документация от страната на произход.

Обследването на темата показва, както е споменато вече, че имунизациите и реимунизациите на настанените чужденци в ТП на ДАБ се извършават от ОПЛ и от РЗИ, в чиито компетенции е да поставят ваксини спрямо възрастта на лицата съгласно Имунизационния календар на Република България. При всички здравноосигурени лица с избран личен лекар, задължителните имунизации и реимунизации се извършват от личния лекар след преглед в деня на ваксинирането и са безплатни за пациента.

За здравноосигурени лица, които не са упражнили правото си на избор на личен лекар, задължителните имунизации и реимунизации могат да бъдат извършени безплатно в имунизационния кабинет на всяка РЗИ на територията на областните градове.

През 2019 г. ДАБ оказва съдействие на РЗИ - Хасково и РЗИ - София за поставяне на 137 безплатни ваксини на деца чужденци, съобразно въведения за страната ни Имунизационен календар, с който е утвърдена хронологична схема за имунизация и реимунизация на различни възрастови групи население. От тях - на деца от РПЦ-Харманли - 45 ваксини, а на деца от РПЦ-София - 92. В зависимост от възрастта на децата, ваксинации са направени против хепатит, полиомиелит, дифтерия, тетанус и коклюш, морбили, паротит, рубеола, пневмококова инфекция и др.

Високото имунизационно покритие сред лицата търсещи закрила, включително деца, отново потвърждава трета хипотеза за високата готовност на здравната система да посреща потенциални епидемични взривове.

Психологическа помощ и грижа за жертви на насилие

На лицата, търсещи международна закрила в България, се предлага психологическа помощ. В ДАБ работи един психолог, който е базиран в централата на Агенцията в София и отговаря за РПЦ/ТЦ. Персоналът на Дирекция „Миграция“ на МВР, работещ в СДВНЧ, включва по двама психолози във всеки център. Персоналът на ДАБ включва социални експерти, докато сред работещите в СДВНЧ на Дирекция „Миграция“ няма такива специалисти. Според вътрешна информация на МОМ, за организацията на работа в СДВНЧ-Бусманци, на практика интервюиращите също предоставят някакъв вид социална подкрепа.

В предоставянето на здравна помощ за търсещи закрила, бежанци и други мигранти в голяма степен се включват и неправителствени и хуманитарни организации, които в координация с ДАБ и съвместни проекти предоставят услуги, както в ТП на Агенцията, така и извън структурите ѝ. По този начин Фондация „Център Надя” [8] управлява психосоциален център за помощ и подкрепа на жертви на домашно насилие, трафик на хора, сексуално насилие над деца, деца в риск и техните семейства. Центърът

предлага психиатрична и психологическа подкрепа и терапия на лицата, търсещи убежище, и на лицата, пострадали от изтезания и СОПН, в офиса си в София.

Съветът на жените бежанки в България [38] предоставя психосоциални услуги на търсещи убежище и лица, ползващи се с международна закрила в Консултативния си център в София, който включва двама клинични психолози.

Екипите за мобилна закрила на МОМ включват социални работници и психолози, които предоставят индивидуални социални и психологически консултации, провеждат групови сесии по различни теми и предоставят индивидуална подкрепа на мигранти и търсещи убежище, настанени в РПЦ/ТЦ и СДВНЧ. Организацията е подпомогнала две лица, търсещи убежище, жертви на осакатяване на женските полови органи, да получат съдебно-медицинска експертиза, която е приложена към молбата им за международна закрила.

Редица български неправителствени организации управляват кризисните центрове и звената за майки и бебета [48], както и предоставят подкрепа на жертвите на насилие. Фондация „Асоциация Анимус“ [223] е един от основните доставчици на услуги, свързани със СОПН в България, както за граждани, така и за мигранти. Екипите на МОМ за защита, чрез мобилни услуги, насочват търсещи убежище и недокументирани мигранти [158] [221] жертви на насилие към Кризисния център за жертви на насилие и отдел „Майка и бебе“, управлявани от Асоциация Анимус. Алиансът за защита от насилие основано на пола [26][53], е мрежа от 11 НПО, работещи в различни региони на страната, предоставящи правни и психосоциални услуги на жертвите на насилие. Това е най-голямата и активна мрежа в България, за предотвратяване на домашно насилие, СОПН и защита на жертвите. Някои от членовете й управляват финансирани от държавата кризисни центрове за жени и деца.

Асоциация „Деметра“ [27] управлява Референтния център по сексуални посегателства „Вселена”, разположен на българското черноморие, близо до град Бургас. Центърът е създаден през 2016 г. с подкрепата на британското посолство като пилотен проект, базиран на британски модел. В него се предоставят приемни, психологически, медицински и правни услуги на жертви на сексуално насилие, включително подкрепа при контакт с полицейските органи и подаване на иск срещу предполагаемия

извършител. Една от жертвите на трафик, пострадала от СОПН, е изпратена от МОМ в Центъра на Асоциацията.

Теренния опит на мобилните екипи за защита на МОМ, показва, че въпросът за СОПН е изключително труден за обсъждане с мигранти и търсещи убежище, пребиваващи в България. Жените, търсещи убежище, не са склонни да говорят за насилието, на което са били подложени в техните страни на произход [153], по време на пътуването си до България, или което в момента изпитват. Обикновено са необходими няколко месеца на социалните работници и психолозите на МОМ, за да спечелят доверието на жените, така че те да могат да споделят по-свободно. Важно е да се отбележи, че жените, търсещи убежище, не винаги признават СОПН като такова, тъй като то може да бъде третирано като норма в страните им на произход. Социалните работници и психолозите на МОМ, установяват, че мъжете и момчетата, е по-малко вероятно да съобщят и да потърсят помощ, ако са станали жертви на СОПН, отколкото жените, пострадали от това престъпление.

Непризнаването е изкривяване, което се обяснява с общ минимизиран фокус върху жертвите на насилие и отсъствието на информация за него, която касае правата на пострадалите и съществуващите услуги за подкрепа. Сред основните причини мъжете и момчетата да не съобщават за инциденти със СОПН е, че за тях това може да доведе до социална стигма и отбягване от страна на семейството и общността.

Работещите в областта на миграцията от ДАБ и НПО, срещат сериозни проблеми с установяването на случаи на сексуално насилие или такова, основано на пола, според становище на УНИЦЕФ. Агенцията посочва, че служителите й в РПЦ и ТЦ се нуждаят от обучение, за да разпознават правилно потенциалните рискови фактори за СОПН [210]. В отговор на установените нужди и пропуски, между септември 2017 г. и август 2018 г., УНИЦЕФ България, УНИЦЕФ Сърбия и УНИЦЕФ Гърция осъществяват редица дейности като част от регионалния проект „Действие срещу насилието, основано на пола, засягащо бежанци и жени и деца мигранти“, финансиран от Бюрото на Държавния департамент на САЩ за населението, бежанците и миграцията. Проектът е насочен към укрепване на системата за защита от СОПН на междуинституционално ниво, в съответствие с международните стандарти и добри практики [115]. През този период в България са проведени общо седем практически ориентирани обучения за 75 работници

на терен от ДАБ, дирекция „Миграция“ на МВР, Агенцията за социално подпомагане, Регионални полицейски управления, съответните НПО, доставчици на услуги, психолози и др., прокурори и адвокати, предоставящи правна помощ. Учебните материали и сесии са разработени и проведени в сътрудничество с Алиансът срещу насилие основано на пола (АНОП), партньор на УНИЦЕФ по време на първата част на проекта. УНИЦЕФ България организира още четири специализирани обучения за насилието над деца и СОПН през март и април 2019 г., като част от същия проект, с Фондация „Асоциация Анимус“ и АНОП.

От ноември 2018 г., когато МОМ започва изпълнението на проекта „PROTECT“, тя работи в тясна координация и сътрудничество с УНИЦЕФ България, за да избегне припокриването и да осигури взаимно допълване, особено що се отнася до обучението и дейностите по информирането на общността. Проведени са няколко координационни срещи между двете организации и дискусиите относно възможността за съвместни дейности продължават.

През септември 2018 г. „Лекари на света“ [122] стартира регионален проект „ENACT“, който е насочен към решаване проблема за СОПН сред мигрантите и търсещите убежище.

Ограниченият капацитет на наличните убежища за жертви на насилие (което засяга както българските граждани, така и мигрантите) е една от основните пречки за смислен достъп до услуги за жертви на СОПН. Това е и причината, поради която отделения за майки [105] и бебета също приемат жертви на СОПН, въпреки че това не е тяхното предназначение.

В рамките на проекта PROTECT, МОМ България насърчава по-добра координация между услугите за подкрепа, предоставяни на жертвите на насилие от държавни институции, агенции на ООН и национални и международни НПО, опериращи в България, чрез организиране на национални срещи на заинтересованите страни и предоставяне на платформа за дискусии и обмен на най-добри практики. Като част от проекта, МОМ ще организира и обучения за доставчици на услуги и информационни сесии за СОПН, за търсещи убежище и бежанци. И накрая, МОМ България разработва Наръчник за оправомощаване на професионалисти, работещи с жени и момичета жертви на сексуално и основано на пола насилие.

В отговор на необходимост от цялостна процедура за идентифициране и предоставяне на подкрепа на търсещите убежище жертви на СОПН, МОМ съвместно с УНИЦЕФ и ВКБООН предлагат да се създадат специфични пътища за насочване на жертвите на СОПН, в допълнение към стандартните оперативни процедури срещу СОПН, разработени от ДАБ.

В момента съществува явна пропаст в превенцията на СОПН, идентифицирането на жертвите на този тип насилие и смисления достъп до услуги за закрила. Недостатъчната правна рамка, социалната стигма, свързана с СОПН, и ограниченият капацитет на наличните убежища за жертвите, са сред основните проблеми, които засягат както българските граждани, така и мигрантите.

Освен това езиковата бариера, липсата на информация за наличните услуги за подкрепа, непознаването на административната рамка в страната и недостатъчната културна чувствителност на доставчиците на услуги, са допълнителни фактори, които изострят значимия достъп на мигрантите до информация и услуги за закрила.

Не е известно дали здравните работници при ДАБ са преминали някаква специализирана подготовка за работа с конкретната група участници в проучването, освен вътрешните процедурни правила за работа, които са синхронизирани с българското и европейско законодателство.

Липса на регистрация на смъртни случаи

За целите на изследването беше проучено дали и колко лица, вкл. деца са починали в структурите на ДАБ. Става ясно, че Агенцията не поддържа точни статистически данни за броя на починали лица в териториалните си поделения. Като цяло единични са случаите на починали лица въобще, а в периода 2017-2019 няма регистрирани случаи на починали в териториалните поделения на ДАБ при МС. По отношение на лицата под 18-годишна възраст, няма регистрирани случаи на починали такива в ТП на ДАБ при МС. Поради липсата на водена точна статистика на смъртните случаи, от ДАБ не предоставят задълбочени данни по пол, националност, възраст и причини за смъртта.

ИЗВОДИ ОТ СОБСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ
ПЪРВА И ВТОРА ЗАДАЧА

1. Заради наложилата се синхронизация на миграционното законодателство на страните в Европа, в голяма степен първичният здравен скрийнинг също е регламентиран. Това се прави по-скоро с цел предпазване на общественото здраве, отколкото с цел да се обслужат здравно мигрантите. Ролята на международните организации, занимаващи се със здраве и миграция, е съществена при предоставянето на здравни услуги за бежанците и други мигранти. Това се случва на базата на различни споразумения, които държавите имат с ЧК, ВКБООН, МОМ, Лекари без граница и други.

2. Съгласно действащото в България законодателство по време на производството всички лица, търсещи международна закрила, са здравно осигурени и получават безплатни медицински услуги при условията и в размера, определен за българските граждани (съгласно чл. 29, ал. 1, т. 4 от ЗУБ). За осигуряване на правото на достъп до здравни услуги, ДАБ при МС уведомява ежемесечно Националната агенция за приходите за търсещите международна закрила лица, имащи право на здравно осигуряване.

3. Дейностите на здравните работници в Центровете за настаняване са нормативно регламентирани, съобразно вътрешните правила на ДАБ при МС и още два документа от процедурен характер.

4. Заради лошите битови условия в Центровете за настаняване, ниската хигиена и претъпканост на помещенията, в центровете възникват редица здравни ситуации и изолирани епидемични взривове.

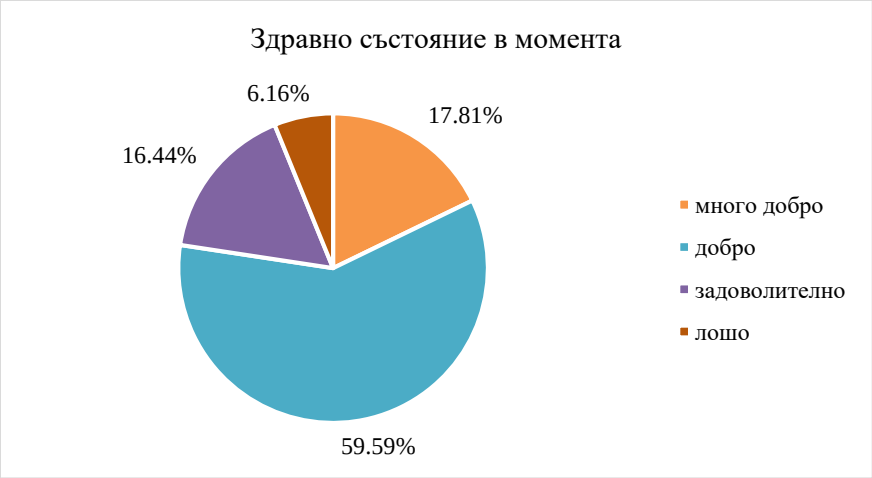
5. Налице са добри практики в делегиране от страна на ДАБ на здравни и психо-социални услуги на външни доставчици – хуманитарни организации, които са специалисти в тези типове дейности.

6. Част от настанените в български центрове бежанци са хора с трайни увреждания и тежки хронични заболявания. За тях е нужна постоянна медицинска грижа, не само медикаментозна, но и от специалисти. Моментите на неочакван приток са водещ фактор за спешно отваряне на четири нови приемателни центъра. В същия момент разнообразието от общности създава трудности за разпространението на информация, превод пред институциите и ежедневна комуникация.

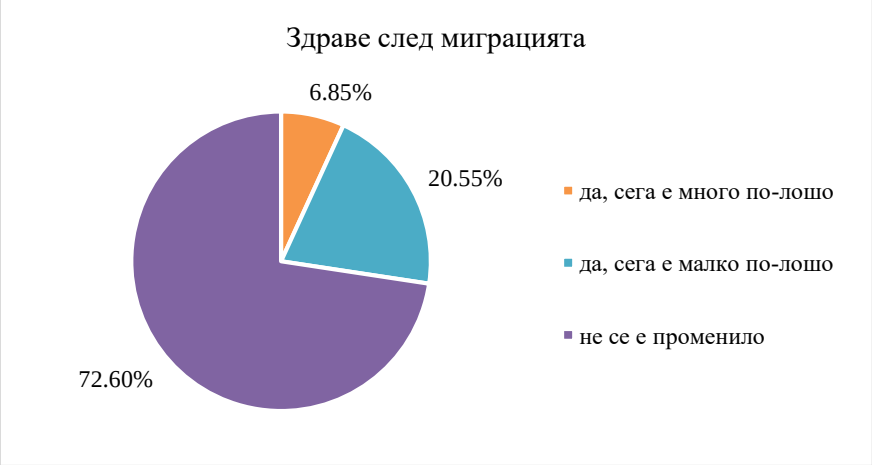
7. Налице е организация по документиране на медицинските прегледи и воденето на здравните досиета на настанените лица като вътрешните протоколи на поведение са в синхрон с националното законодателство. Въпреки това, съществуват противоречия в данните за броя прегледи и находки, които ДАБ предоставя по различни поводи.

3.3. Проучване на здравното състояние, здравните потребности и оценките относно получаваната здравна помощ на лица, търсещи международна закрила в Р България

Теренното изследване на субективната преценка на здравното състояние в момента на запитване показва, че по-голямата част от настанените лица, общо 87 (59,59%) оценяват състоянието си като добро. Като задоволително или лошо определят своето здраве около една пета – 33 лица (22,6%), а само 9 (6,16%) смятат, че здравето им в момента е категорично лошо (фиг. 11). Предвид естествената хипотеза, че процесът на миграция е предпоставка за влошаване на здравето и излагането му на редица рискове, респондентите са запитани дали здравето им се е влошило в резултат на миграцията (фиг. 12). Около три четвърти от запитаните – 106 лица (72,60%) отговарят отрицателно на въпроса, докато при друга над една четвърт – 40 души (27,40%) е настъпила промяна.



Фигура 11. Как оценявате общото си здравно състояние в момента?



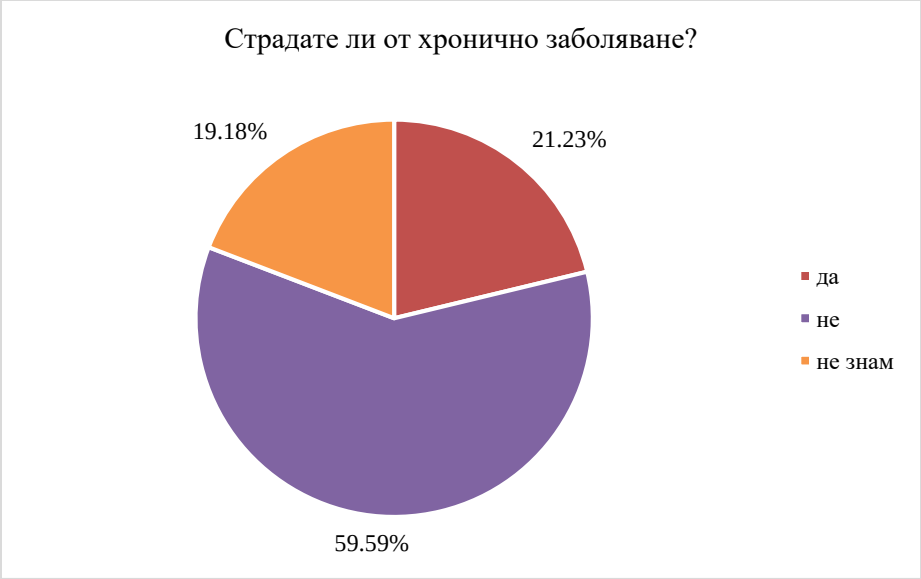
Фигура 12. Влоши ли се здравето ви в резултат на миграцията?

Хроничните неинфекциозни болести (ХНБ) са важен фактор на общото здраве на бягащите от войни и конфликти [102]. За обогатяване на субективната преценка на респондентите, бяха проведени интервюта със здравни работници, служители в РПЦ при ДАБ, както и с медико-социални работници при БМС-БЧК. Всички те посочват като основно разпространени ССЗ, диабет, хипертония, заболявания на опорно-двигателната система, неврологични и ендокринни заболявания. В различни проучвания тези заболявания също се посочват като превалиращи [46]. Разгледаната група хора е уязвима от влошаване на здравословното ѝ състояние и намаляване на продължителността на живота заради социално-битовите условия, непълноценното хранене и изтощението от дългото пътуване.

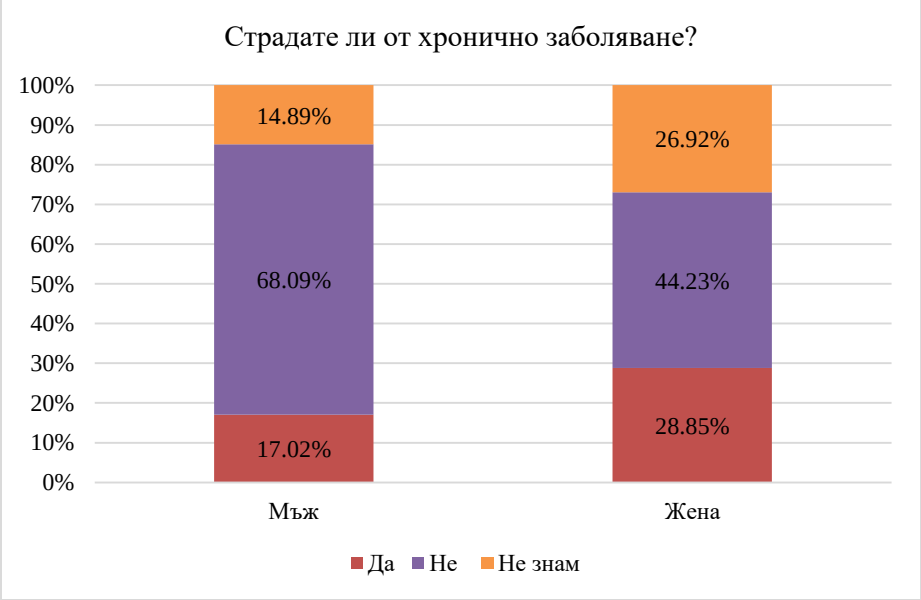
Респондентите са запитани дали страдат от хронично заболяване (фиг. 13). Всичките 31 лица (21,23%), които страдат от такова, заявяват при интервюирането, че имат достъп до лекарства за поддържане на състоянието си. Интерес представлява възможността хронично болните лица да се консултират с лекар-специалист по повод на състоянието им. Само една десета от тях посочват, че не са били консултирани, докато останалите 90,0% отговарят утвърдително.

Както и в редица други изследвания, с висока честота в настоящето проучване интервюираните лица съобщават за наличието на ССЗ, хипертония и диабет (фиг. 15). Близо една пета от лицата, или 5 души с ХНБ страдат от някакво ССЗ (17,86%), четирима (14,29%) са лицата с хипертония, а по трима (10,71%) са лицата с диабет и гастрит. Сред другите заболявания при 13 души (46,43%) се срещат бъбречна калкулоза, ревматоиден артрит и тревожни разстройства.

Не се наблюдават съществени **различия по пол** в самооценката за текущото общо здравословно състояние на търсещите закрила. Същевременно, значимо е различието при наличието на хронично заболяване (p=0,019). По-голямата уязвимост на жените мигранти се манифестира и чрез тези резултати (фиг. 14). Значително по-малък е делът на жените – 23 лица, които нямат хронично заболяване от този на мъжете – 64 лица – съответно 44,23% и 68,09%. С около една десета е по-голям относителният дял на жените, които потвърждават наличие на хронично заболяване спрямо мъжете – съответно 28,85% и 17,02%. Значително по-голям е делът на жените, които казват, че не знаят дали имат хронично заболяване – близо една трета (26,92%), докато при мъжете този процент е 14,89%. Това може да потвърди, че женското здраве не получава достатъчно внимание, в същото време бидейки по-уязвимо.



Фигура 13. Страдате ли от някакво хронично заболяване?



Фигура 14. Наличие на хронично заболяване по пол



Фигура 15. Разпределение на хроничните заболявания сред лицата, търсещи закрила по тип?

Миграцията на лица с техните малолетни деца е фактор, който допълнително повишава здравния риск за родителите. Децата са една от основните уязвими групи сред мигрантските потоци, и грижата за тях увеличава физическия и психически товар на родителите, които често пренебрегват собствените си нужди, за да осигурят по-добър живот и по-добро здраве на своите деца. В нашето проучване е изследван специфично проблемът с имунизациите на децата-мигранти.

От изследваната група лица, търсещи международна закрила, придружени от своите деца под 18-годишна възраст са 58 (39,72%). В родителската група по едно дете имат 22 (37,93%), по две деца – 17 (29,31%), по три и повече деца имат 19 (32,75%), две, три и повече деца – средно около 10-13%. Само двама родители имат по пет и двама – по седем непълнолетни деца.

Докато родителите на непълнолетните, търсещи убежище биха могли да свидетелстват за това какви имунизации са поставени на децата им, това не важи за непълнолетните и малолетни лица, които са непридружени.

Имунизациите и реимунизациите на непридружени деца, настанени в ТП на ДАБ се извършват по преценка на ОПЛ и на специалистите от РЗИ, в чиито компетенции е да поставят ваксини, спрямо възрастта на лицата, съгласно Имунизационния календар на Република България.

ДАБ при МС подпомага този процес, като осигурява преводачи за преодоляване на езиковата бариера.

На въпроса „Знаете ли дали на децата ви под 18 години са поставени всички имунизации?“ убедително мнозинство от родителите 49 (84,48%) отговарят утвърдително, докато 9 не знаят дали децата им са имунизирани (фиг. 16).

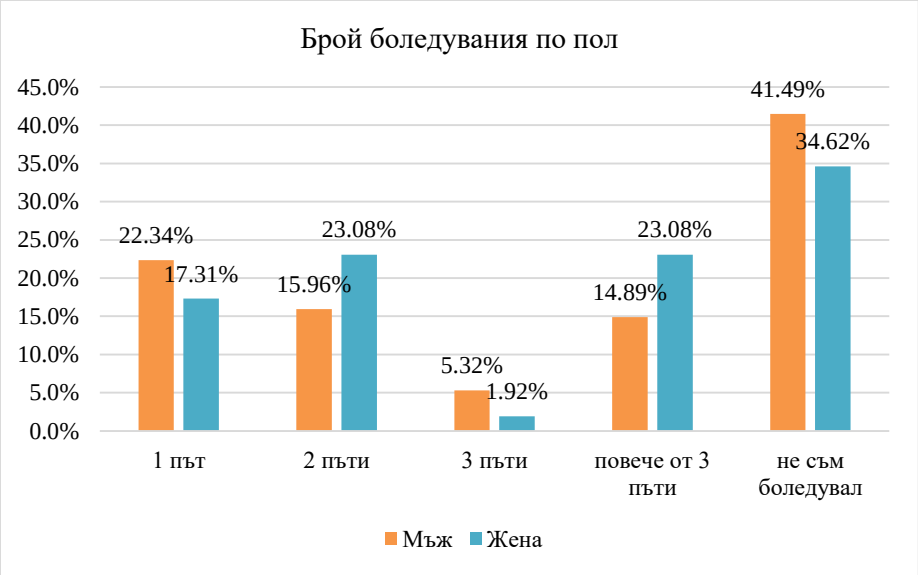
За по-задълбочено обследване на имунизационния статус, родителите на деца под 18 години са попитани дали са поставяни ваксини на децата им по време на престоя в България. На въпроса са отговорили всички родители (58 лица), от които над три четвърти - 44 (75,86%) потвърждават, че ваксини са поставяни, а 5 (8,62%) не знаят дали това се е случило.



Фигура 16. Разпределение на отговорите на въпрос "Знаете ли дали на децата ви, които са под 18-годишна възраст, са поставени всички необходими имунизации за възрастта?"

За установяване на здравното състояние на настанените лица в РПЦ е проучена кратността на боледуване през „последната една година“. Повече от половината 89 (60,96%) интервюирани лица са боледували през изминалата година. От тях еднократно са боледували 26 (29,22%), два пъти са били болни 23 (25,84%). По-висок е делът на боледувалите три или повече пъти лица – 40 (44,94%). Високата честота на боледувания потвърждава пета хипотеза на дисертационния труд, която твърди, че лицата, търсещи закрила у нас са с влошено общо здраве заради миграцията или лошите битови условия при настаняване.

Честотата на заболяване на изследваните лица, търсещи закрила у нас, е анализирана по пол, за да се определи влиянието на този фактор (фиг. 17).



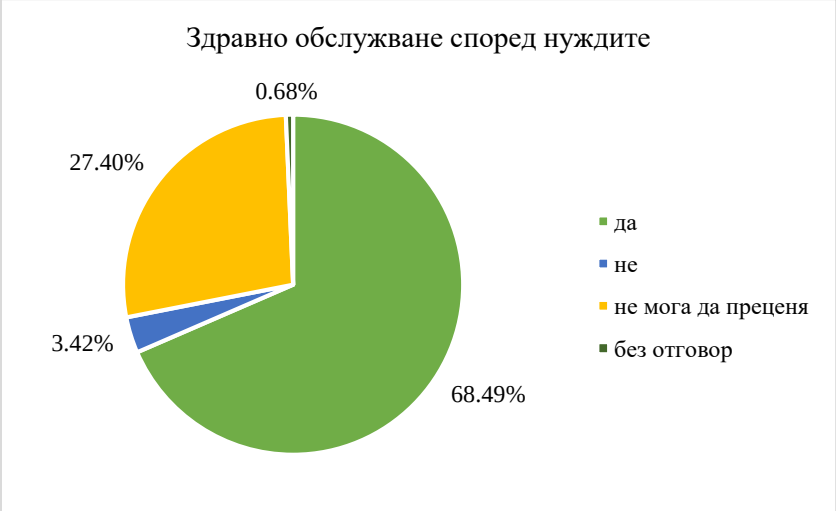
Фигура 17. Разпределения по пол на броя боледувания през последната една година на лицата, търсещи закрила

Въпреки че различията между двата пола са несигнификантни (p = 0,144), прави впечатление, че делът на мъжете, които не съобщават за заболяване през последната година е по-голям. Две боледувания през изминалата година докладват 12 (23,08%) от жените и 15 (15,96%) от мъжете, а повече от три пъти са боледували 12 (23,08%) от жените и 14 (14,89%) от мъжете, което отново показва по-висока честота на боледуване при женския пол.

Изследването на съобщаваната от участниците заболеваемост по тип на заболяванията установява, че превалират острите заболявания, като не рядко се срещат комбинации от остри и хронични заболявания. Само от остро заболяване са страдали 49 (55,06%) от боледувалите лица, а една пета от тях - 18 (20,22%) са боледували само от хронично заболяване. Една четвърт - 22 (24,72%) от лицата съобщават за съчетание от различни по тип заболявания.

Интервюираните лица са разпитани колко пъти през последната година са разговаряли с лекар по проблеми на тяхното здраве. Резултатите показват различна честота, която се дължи на различните здравни потребности на запитаните. Почти една трета от изследваната група – 44 (30,13%) не са разговаряли с лекар, докато около една четвърт - 38 (26,02%) са направили това повече от три пъти за изминалата година. С медицинско лице са разговаряли веднъж 26 (17,81%) лица, два пъти в годината са имали разговор с лекар 23 (15,75%), а три пъти това се е случило при 15 (10,27%) от запитаните.

Въпреки крайно недостатъчния медицински персонал, зает в структурите на ДАБ, мнозинството – 100 (68,49%) от интервюираните мигранти смятат, че получават здравното обслужване, от което се нуждаят. Значителен е делът на тези, които не могат да преценят дали това е така - близо една трета от всички запитани (фиг. 18).



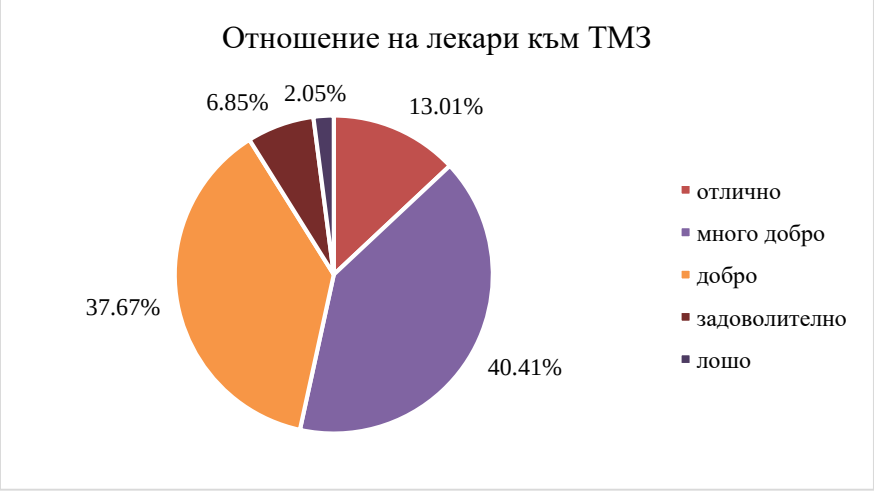
Фигура 18. Разпределение на отговорите на въпрос "Смятате ли, че получавате здравното обслужване, от което се нуждаете?"

По време на производството за международна закрила лицата се ползват със същия достъп до здравни услуги, какъвто имат и българските здравноосигурени граждани. Те получават консултация с лекар безплатно и могат по желание да изберат свой ОПЛ, който да проследява здравето им. По горе бяха споменати част от трудностите, които срещат мигрантите в търсенето и намирането на ОПЛ заради редица фактори. В някои случаи, се налага специализирана медицинска помощ, която се ползва по установен ред и чрез съдействието на международни, хуманитарни и други неправителствени организации. Емпиричното изследване показва, че около една трета от настанените - 51 (34,93%) са ползвали здравна помощ извън РПЦ по своя инициатива, докато на останалите това не им се е налагало (фиг. 19).



Фигура 19. Разпределение на отговорите на въпрос "Ползвали ли ли сте здравна помощ извън Центъра за настаняване по своя инициатива?"

В контраст с представените по следващата задача резултати за общото негативно отношение на българските здравни работници към мигрантите, самите търсещи убежище лица оценяват като добро отношението на лекарите и другите ПЗГ към тях (фиг. 20). Над 90% от запитаните смятат, че отношението е положително. Незначителен е делът на тези, които смятат, че отношението е лошо.



Фигура 20. Разпределение на отговорите на въпрос "Как оценявате като цяло отношението на българските здравни работници към вас?"

В тази връзка е изследвано и доверието на търсещите закрила лица към българските здравни работници. Значително мнозинство 105 (71,92%) потвърждават, че имат доверие в здравните работници, без преценка по въпроса са 38 (26,02%) от интервюираните, а липса на доверие посочват едва 2,1% от тях.

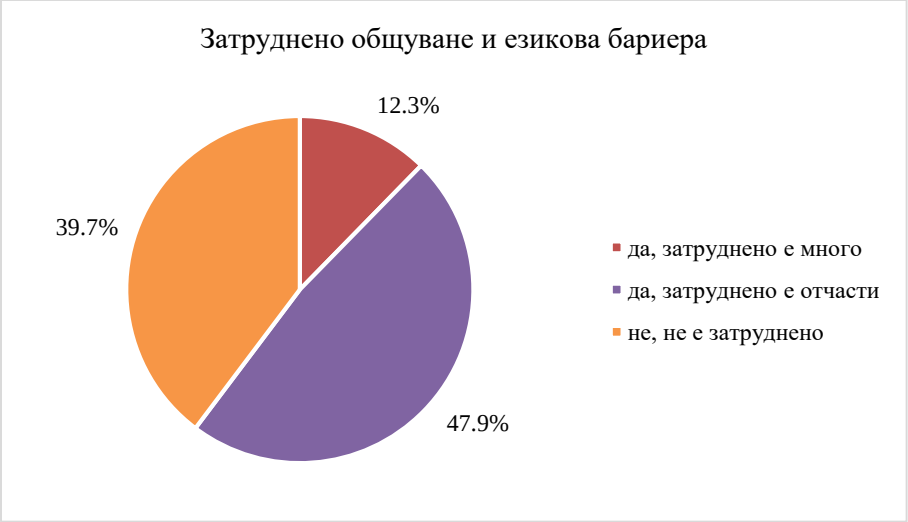
Изследвана е субективната преценка на търсещите закрила за това дали здравните работници са подготвени за работа с мигриращите популации (фиг. 21). Почти всички запитани смятат, че това е така – 46,58% твърдят, че медиците ни са напълно подготвени, а 47,95% - че са отчасти подготвени. Незначителен е делът на тези, които имат отрицателно мнение по въпроса.

Интересно е тези данни да се разгледат съвместно с личната преценка на лекарите за тяхната собствена подготовка за работа с мигранти (фиг. 25-26). **Мненията на двете страни са силно контрастни.**



Фигура 21. Подготовеност на здравните специалисти за работа с мигранти според лицата, търсещи международна закрила

Известно е, че получаването на медицинска помощ от мигрантите често е затруднено от наличието на езикови бариери и липсата на достатъчно преводачи, особено по езиците на малките мигрантски общности. Проведеното емпирично изследване показва, че около 60% от интервюираните изпитват трудности в общуването си със здравните работници поради тази причина (фиг. 22).



Фигура 22. Разпределение на отговорите на въпрос "Затруднено ли е общуването ви с медицинските работници заради езиковата бариера?"

ИЗВОДИ ОТ ТРЕТА ЗАДАЧА

1. Теренното изследване на субективната преценка на здравното състояние на търсещите закрила в момента на запитване показва, че по-голямата част от настанените лица оценяват състоянието си като добро. Като задоволително или лошо определят своето здраве около една пета. Друга над една четвърт посочват, че е настъпила негативна промяна.

2. По-голямата уязвимост на здравето на жените мигранти се доказва чрез резултатите. Значимо е различието при наличието на хронично заболяване между двата пола. Значително по-малък е делът на жените, които нямат хронично заболяване от този на мъжете. С около една десета е по-голям относителният дял на жените, които потвърждават наличие на хронично заболяване спрямо мъжете.

3. За установяване на здравното състояние на настанените лица в РПЦ е проучена кратността на боледуване през „последната една година“. Повече от половината интервюирани лица са боледували през изминалата година. От тях еднократно са

боледували близо една трета, два пъти са били болни една четвърт. По-висок е делът на боледувалите три или повече пъти лица – близо половината.

4. Около 60% от запитаните търсещи закрила потвърждават, че общуването им със здравните специалисти е затруднено заради езиковата бариера. Въпреки наличието на здравни работници от арабски произход, говоримите езици в центровете са многобройни.

3.4. Изследване на нагласите, готовността за работа с мигранти и мнението относно потенциалните рискове за системата на здравеопазване на лекари и здравни професионалисти от области с висок миграционен риск и области без риск

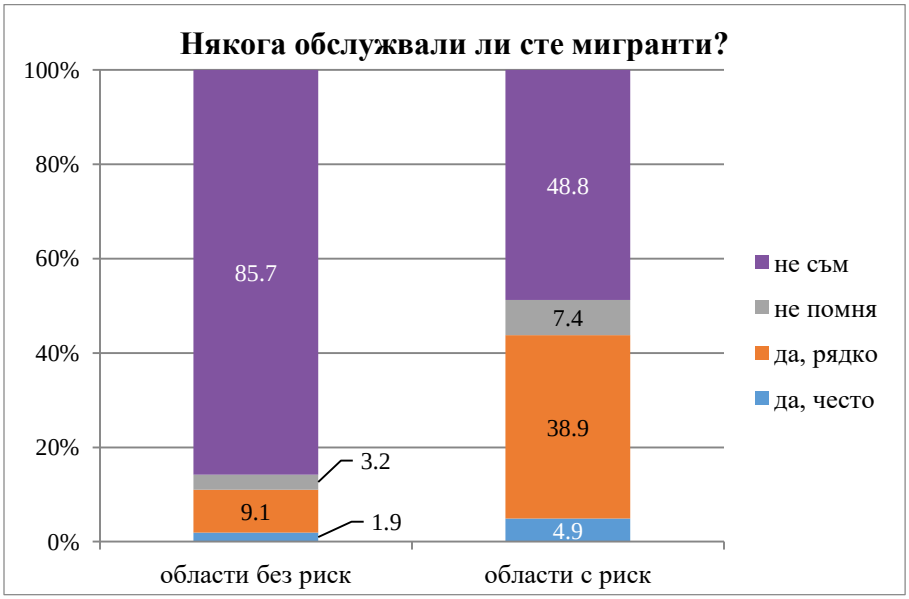
Функционирането на системата на здравеопазване не е възможно без нейния човешки ресурс. В условия на бежанска криза лекарите и ПЗГ се срещат с нов тип пациенти, със специфични характеристики и здравни потребности, понякога различни от тези на местната популация. В тази връзка, в рамките на дисертационния труд са изследвани някои нагласи на лекари и ПЗГ за работа с мигранти, както и рисковете, които те виждат за системата на здравеопазване в условията на бежанска криза.

В изследването става ясно, че от всички 316 анкетирани, 88 (27,84%) имат непосредствен професионален опит в работа с мигранти. Мнозинството от запитаните 211 (66,77%) нямат такъв опит (фиг. 23).



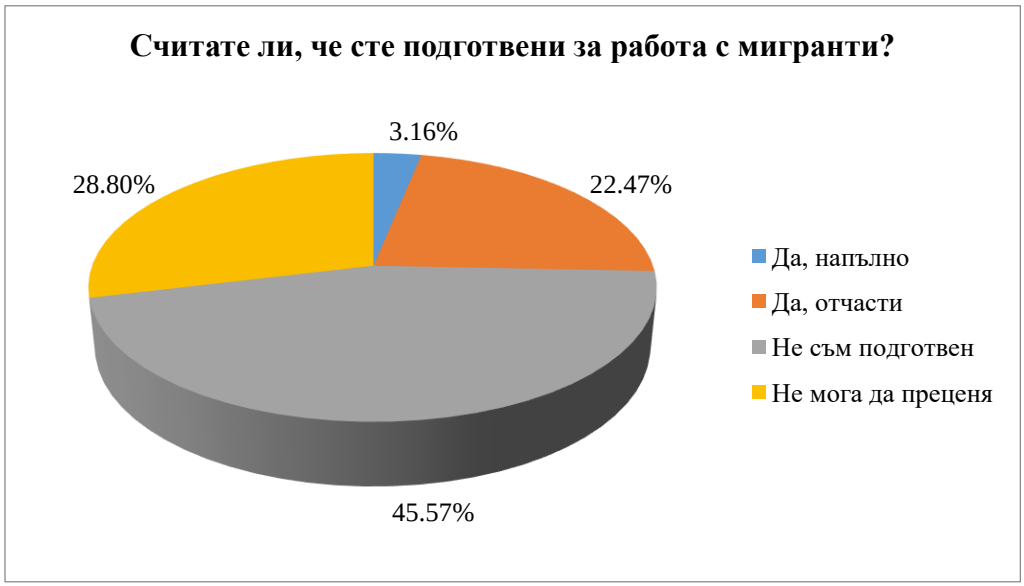
Фигура 23. Разпределение на лекари и ПЗГ на въпрос "Някога обслужвали ли сте лица, които са бежанци, мигранти или търсещи закрила?"

Съвсем очаквано, специалистите от областите с риск за повишен миграционен натиск потвърждават в много по-висока честота, че са обслужвали мигранти (фиг. 24). Повече от една трета от лекарите и ПЗГ в областите с риск са работили, макар и рядко с такива пациенти, докато при тези от области без риск делът на тази категория е 4 пъти по-малък. Установените различия между работещите в области с повешен риск за миграционен натиск и в областите без риск са статистически сигнификантни (χ^2=138,867; p = 0,001).



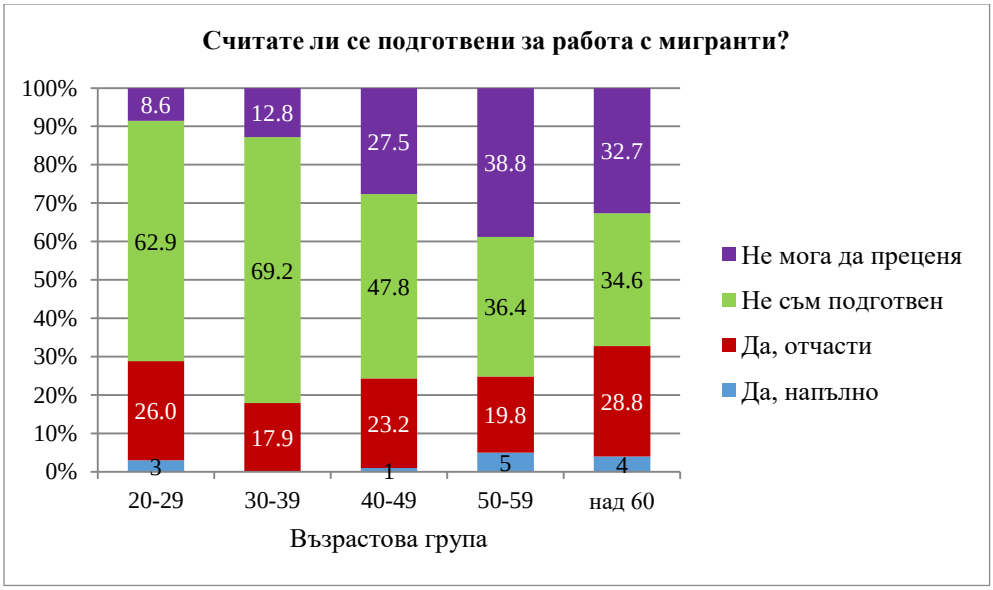
Фигура 24. Разпределение на лекари и ПЗГ по област на риск на въпрос "Някога обслужвали ли сте лица, които са бежанци, мигранти или търсещи закрила?"

Значителен е делът на здравните професионалисти, които не се чувстват подготвени за работа с мигранти – 144 (45,57%). Само една четвърт от лекарите се чувстват готови да работят с бежанци, като едва 10 (3,16%) се определят като напълно готови (фиг. 25).



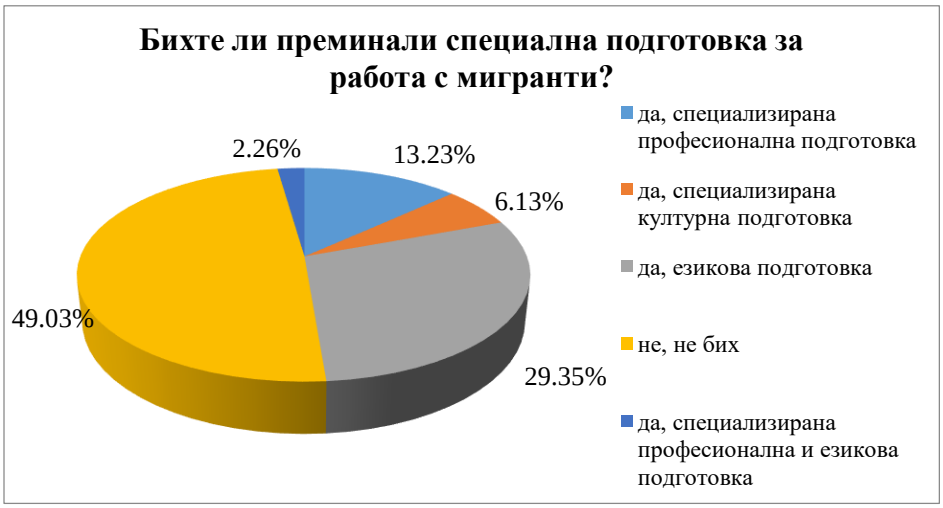
Фигура 25. Разпределение на лекари и ПЗГ на въпрос "Считате ли се подготвени да работите с мигранти?"

Проучването на възрастовети различия в оценките на здравните специалисти относно тяхната подготовка за работа с мигранти и търсещи международна закрила лица показва, че значителната част от анкетираните в по-младите групи оценяват себе си като неподготвени (фиг. 26). С увеличаване на възрастта значително намалява негативната оценка, за сметка на нараствене на делът на лицата, които не могат да преценят подготовката си. Наблюдаваните различия между възрастовите групи в отговорите на въпроса са статистически достоверни (χ^2=28,807; p =0,004).



Фигура 26. Разпределение на здравните специалисти по възрастова група и отговор на въпрос "Считате ли се подготвени за работа с мигранти?"

Много интересна находка показва следващата фигура 27, която отразява готовността/ желанието на здравните специалисти да преминат някаква специализирана подготовка за работа с мигранти.



Фигура 27. Разпределение на лекари и ПЗГ според желанието им да преминат специализирана подготовка за работа с мигранти

Фигурата представя относителните дялове както на желаещите да преминат един вид специализирана подготовка, така и на респондентите, които желаят комплексно обучение. Най-често лекарите желаят да се обучават в езикови умения 91 (29,4%), както и да преминат специализирана професионална подготовка 41 (13,2%) за работа с бежанци.

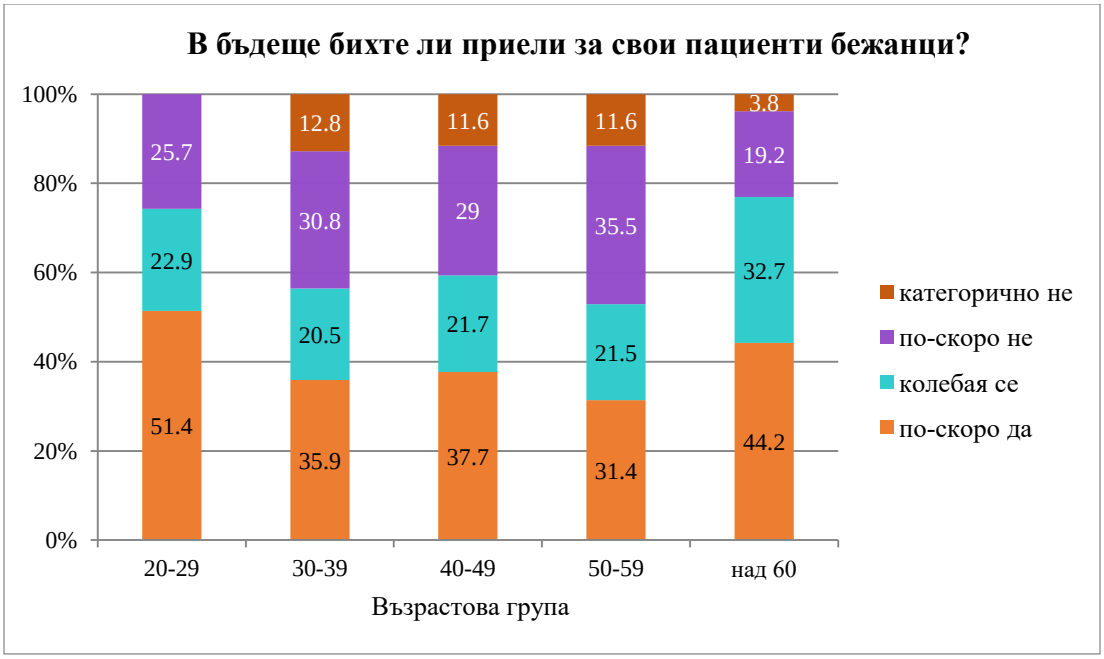
Важна находка на проучването е, че половината от анкетираните здравни специалисти не се чувстват подготвени за работа с мигранти, но също толкова не биха преминали допълнителна подготовка (49,03%), което демонстрира като цяло негативната нагласа на здравните работници.

Повече от една трета – 123 (38,92%) от анкетираните лекари не биха приели в бъдеще бежанци като свои пациенти (фиг. 28). Подобен е делът на тези, които споделят, че биха приели бежанци 119 (37,65%). Всеки пети лекар изказва колебание относно включването на бежанци като пациенти. Тези резултати потвърждават твърдението на шеста хипотеза за общото негативно отношение на лекарите и ПЗГ към мигрантите.



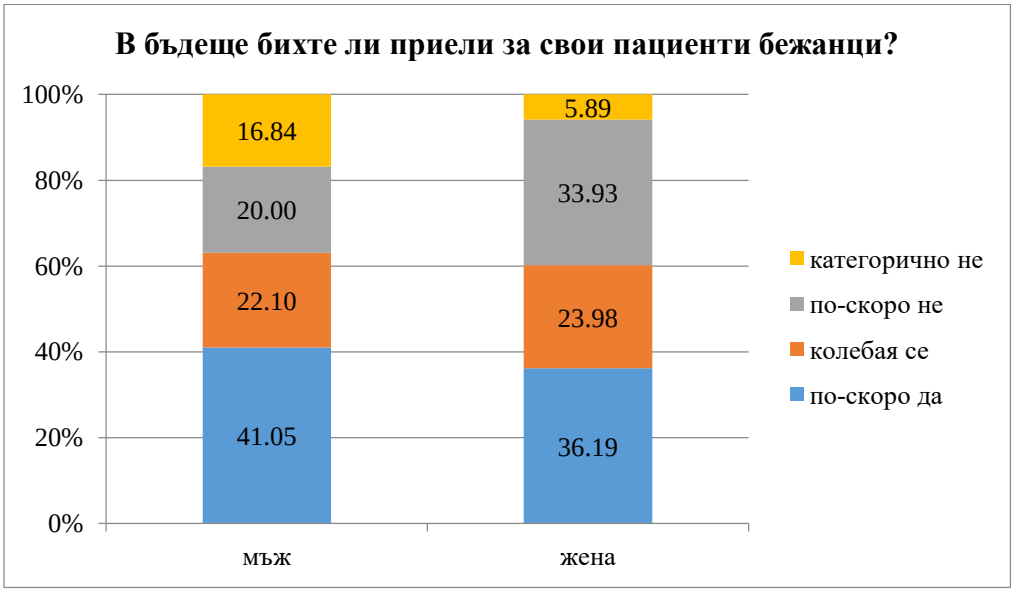
Фигура 28. Разпределение на лекари и ПЗГ според желанието им да приемат за свои пациенти бежанци

Отговорите на анкетираните лица са анализирани по възраст (фиг. 29), като резултатите показват, че най-младите на възраст специалисти са най-положително настроени за работа с чуждестранните пациенти. В тази възрастова група също така няма нито един, който категорично не би приел тези пациенти. Прави впечатление също, че в старшата възрастова група над 60 год. относителният дял на здравните специалисти, негативно настроени относно работа с бежанци, е най-нисък – 23%. Наблюдаваните различия по възраст не са статистически значими (χ^2=16,074; p = 0,188), но може да се дискутира натрупването на професионален опит, промените в професионалните и човешки цели, в ценностната система и др., които настъпват с нарастване на възрастта и тяхното влияние върху решенията, свързани с професията.



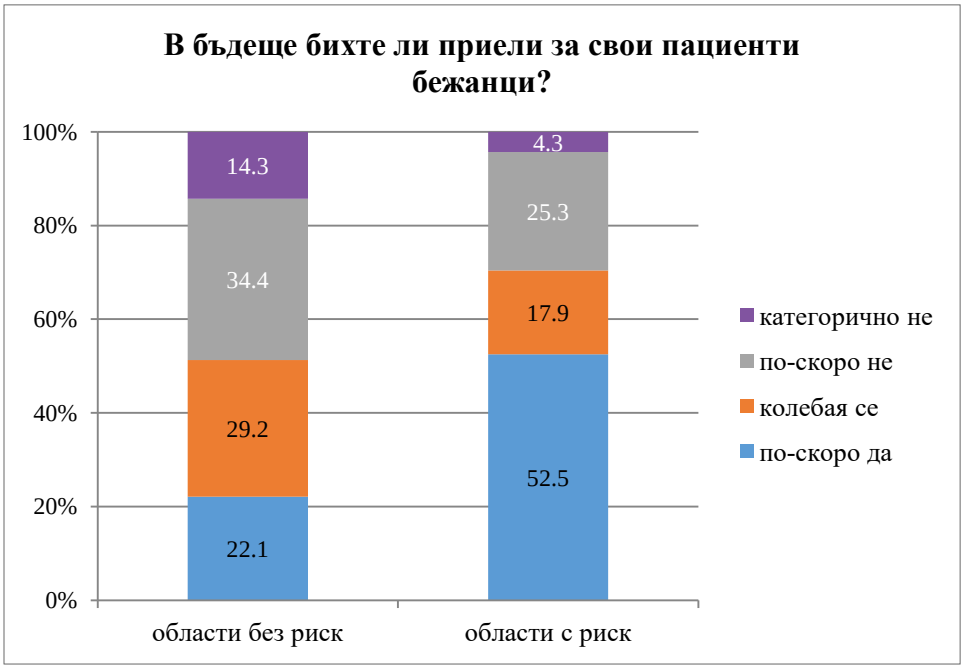
Фигура 29. Разпределение на лекари и ПЗГ по възрастови групи и според желанието им да приемат за свои пациенти бежанци

При разглеждане на резултатите по пол (фиг. 30), прави впечатление статистически значимите различия в относителния дял на жените, които отговарят, че по-скоро не биха приели тези пациенти – близо една трета от анкетираните жени, в сравнение с дела на мъжете - 20% (χ^2=13,550; p = 0,004). Същевременно, тези, които категорично не биха приели да лекуват бежанци сред мъжете са близо 20%, докато при жените този дял е малко над 5%.



Фигура 30. Разпределение на лекари и ПЗГ по пол и според желанието им да приемат за свои пациенти бежанци

Същият въпрос е разгледан и според нивото на риск за повишен миграционен натиск, в което живеят и работят здравните специалисти (фиг. 31). Трябва да се отбележи сигнификантно по-големият дял на лицата в областите с риск, които биха приели бежанци за свои пациенти – 52,5% срещу 22,1% в областите без риск ($\chi 2=24,013$; $p= 0,001$).



Фигура 31. Разпределение на лекари и ПЗГ според област на риск и желанието да приемат за пациенти бежанци

Необходимостта от прилагането на структурирана оценка на здравето на бежанците при пристигането им в страната е призната от болшинството лекари (80,7%). Те са убедени, че здравното състояние на пристигащите в страната бежанци трябва да бъде оценено систематично и последователно, следвайки определен алгоритъм.

Таблица 6. Разпределение на лекари и ПЗГ според отговорите на въпроса „Според вас, необходимо ли е да се прилага структурирана оценка на здравето на бежанците при пристигането им в страната?“

Според Вас, необходимо ли е да се прилага структурирана оценка на здравето на бежанците при пристигането им в страната?	Абсолютен брой	Относителен дял
Да	255	80.70%
Не	21	6.60%
Не мога да преценя	40	12.70%
Общо	**316**	**100%**

Повече от половината от отговорите на лекарите показват, че те оценяват необходимостта от цялостна оценка на здравния статус на бежанците, вкл. с оценка на хроничните заболявания и на специфичните здравни потребности на деца, бременни жени, хора с увреждания и стари хора (фиг. 32).

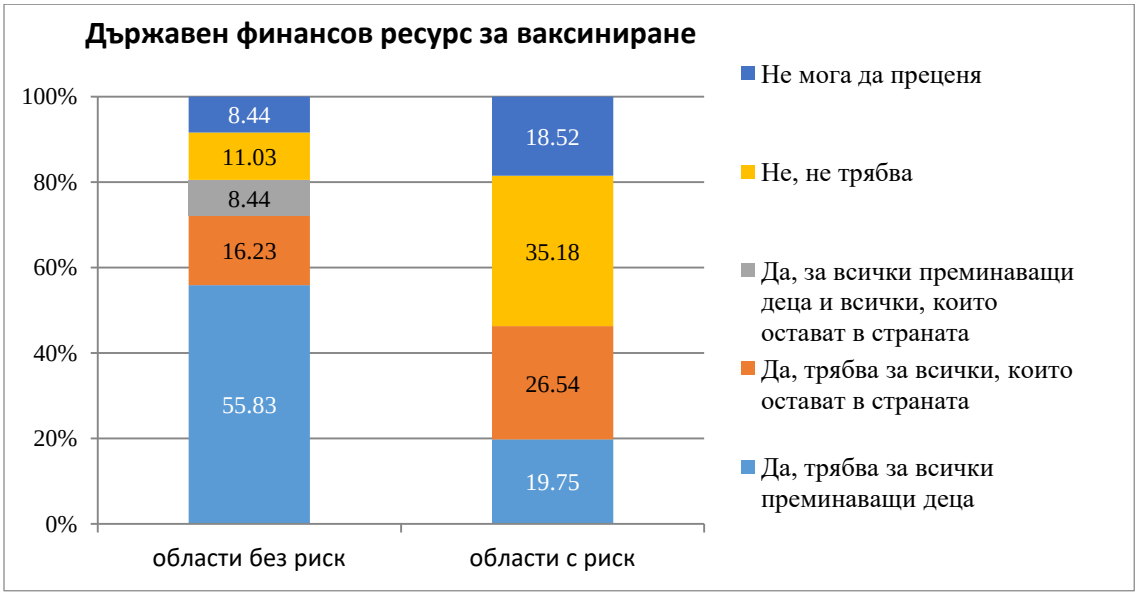


Фигура 32. Разпределение на лекари и ПЗГ според мнението им за структурирана здравна оценка на бежанците

Около 12,0% от анкетираните лекари подчертават важността на скрининга за инфекциозни и паразитни болести, като считат че здравната оценка трябва да включва само този елемент. Близо една трета считат, че това е много важно, но в обхвата на цялостната здравна оценка на бежанците включително и за специфичните здравни нужди на лицата в риск.

Ваксинирането на децата и други уязвими групи за сметка на българската държава, докато са на територията на страната, се приема като необходимо от 199 (62,97%). Не са съгласни ваксиниране да се осъществява за сметка на българската държава 74 (23,42%) от отговорилите лекари. Този въпрос е анализиран и според областта на риск, в която са анкетираните здравни специалисти. При този анализ се отчитат значими различия между двте групи ($\chi 2=44,157$; $p=0.001$). Тук се наблюдава значително мнозинство на лекарите в зона без риск (55,83%), които смятат, че ваксини с държавни средства трябва да се поставят на всички преминаващи деца. Този дял сред

лекарите в зона с риск е едва наполовина – 19,75%. В същата група прави впечатление и големият дял на лицата, които категорично смятат, че държавата не трябва да плаща за ваксинирането на децата-мигранти – 35,18%. Това в голяма степен е възможно да се дължи на редицата трудности, с които се сблъскват здравните работници в тези райони – лоши условия на труд и материална база, ниско заплащане и други организационни недостатъци на системата.



Фигура 33. Разпределение на лекари и ПЗГ по области на риск и според мнението им за отделянето на държавен финансов ресурс за ваксиниране на деца и други мигранти

Близо три четвърти – 234 (74,05%) от анкетираните лекари посочват, че е необходимо да се води здравно досие на бежанците, като 62 от тях оценяват като необходимо да се поддържа здравно досие само за бременните жени и децата (фиг. 34). Незначителен е броят на лекарите 25 (7,91%), които не са съгласни, че е необходимо да се води пълна здравна документация на бежанците.



Фигура 34. Разпределение на лекари и ПЗГ според мнението им относно необходимостта от лично здравно досие за здравето на бежанците

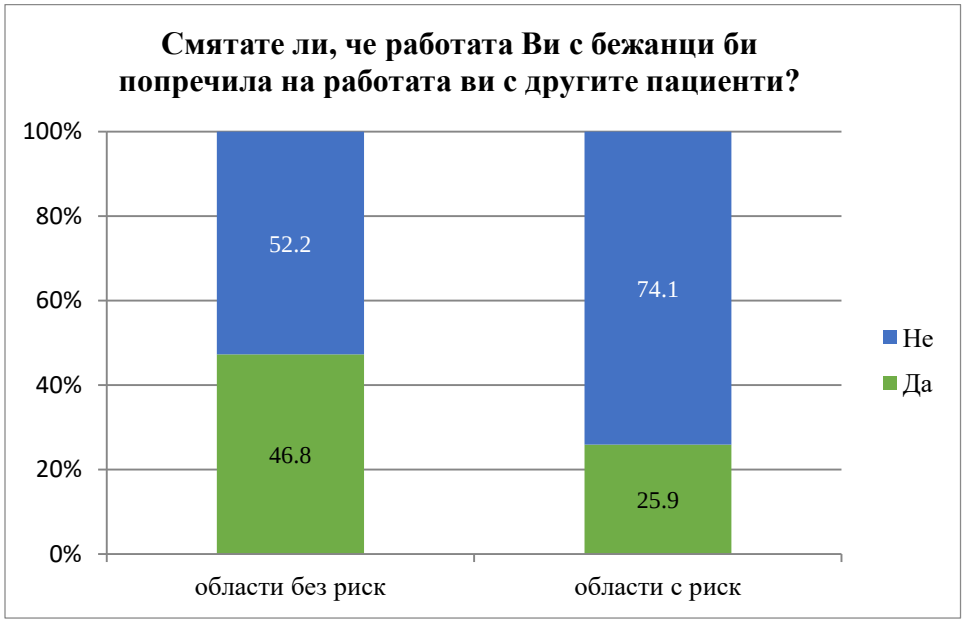
Болшинството от лекарите – 202 (63,92%) изразяват мнение, че работата им с бежанци не би попречила по някакъв начин на работата им с другите пациенти. Не са на това мнение 114 (36,08%), които очакват негативни отражения върху работата им с местните пациенти. При анализа на отговорите на лицата по възрастови групи се установяват съществени различия (χ^2=12,158; p=0,016), като опасения относно негативни ефекти от работата с бежанци изказват най-много лицата във възрастовата група 41-50 г. – 29 (42,02%) и при лицата на възраст 51-60 г. – 54 (44,63%). В останалите три възрастови групи такива ефекти очакват около една четвърт от лицата. Разпределението на отговорите на лицата по възраст в абсолютен брой е представено в таблица 7.

Таблица 7. Разпределение на лекари и ПЗГ по възрастови групи и според мнението им за това дали работата им с бежанци би попречила на работата с другите пациенти, разгледани по възрастови група

Смятате ли, че работата ви с бежанци би попречила по някакъв начин на работата ви с другите пациенти?	**Възрастова група**					**Общо**
	20-29	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**над 60**	
да	8	10	29	54	13	114
не	27	29	40	67	39	202
Общо	**35**	**39**	**69**	**121**	**52**	**316**

Различия във вижданията на здравните специалисти относно ефектите на работата с чужденци върху работата с местните пациенти се наблюдават между

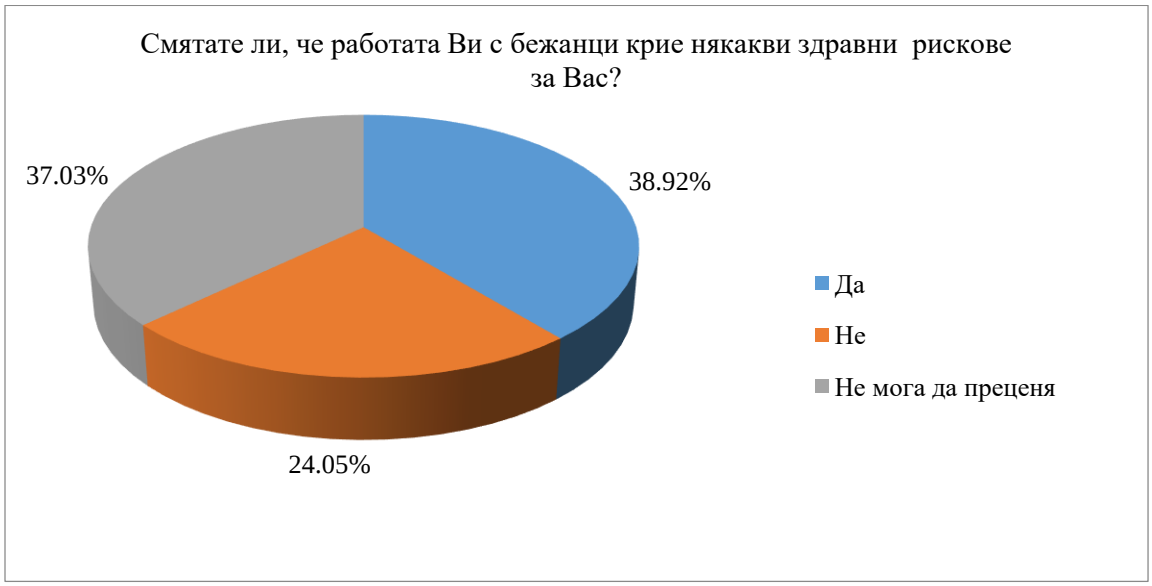
областите с риск и без риск от повишен мигрантски натиск (фиг. 35). Те са статистически значими (χ^2=11,567; p=0,001) и показват, че близо половината от специалистите от области без риск (мнозинството, от които нямат личен професионален опит с мигранти), смятат, че работата им с такива пациенти би попречила на работата им с останалите пациенти. Подобно мнение изказват около една четвърт от здравните специалисти, работещи в области с риск, които имат реален и пряк опит от работата с бежанци. Тези резултати потвърждават шеста хипотеза на изследването за рисковете, които професионалистите виждат в мигриращите.



Фигура 35. Разпределение на лекари и ПЗГ по области на риск и според мнението им за това дали работата им с бежанци би попречила на работата с другите пациенти

Липсата на собствен опит от работа с бежанци не позволява на лекарите да оценят реално здравните заплахи за собственото здраве в резултат на професионалната работа с тази категория пациенти. Данните, представени на фиг. 36 отразяват схващания сред здравните специалисти, които по-скоро са немедицински, и са свързани с негативни стереотипи и предразсъдъци. Най-много от отговорилите 123 (38,92%) приемат, че бежанците повишават здравния риск за лекарите. Подобен дял от тях – 117 (37,02%) не могат да преценят съществува ли здравна заплаха от работата с бежанци. Едва всеки четвърти лекар приема, че работата с бежанците не е свързана с по-висок здравен риск за тях в сравнение с работата с останалите пациенти. Не се установяват съществени различия по пол, възрастови групи и област в оценките на здравните работници за

рисковете за собственото здраве при работа с мигранти. Тези резултати отново потвърждават шеста хипотеза на дисертационния труд.



Фигура 36. Разпределение на лекари и ПЗГ според мнението им за това дали работата им с бежанци крие здравни рискове за тях

Оценките на здравните специалисти за рисковете за общественото здраве в резултат на мигрантската криза са доста разнообразни. На анкетираните са предложени четири възможни опции за отговор: (1) Риск от епидемични взривове от обичайни инфекциозни заболявания, (2) Риск от епидемии от екзотични инфекциозни заболявания, (3) Риск от паразитози, (4) Риск от изчерпване на ресурсите на здравната система. Най-много са отговорите, свързващи бежанците с повишен комплексен риск в различни комбинации от класически и екзотични инфекциозни болести, паразитози и изчерпване ресурсите на националната здравна система – 237 (75,0%). Други 8 (2,53%) добавят към този риск и вероятността от агресия срещу медицинския персонал от страна на бежанците. Риск само от внасянето на екзотични инфекциозни болести, нетипични за българската популация, посочват 19 (6,01%). Изчерпването на ресурсите на здравната система у нас като самостоятелен риск в резултата на бежанската криза е посочено също от 19 (6,01%) лекари. Преобладават комбинираните отговори, съчетаващи различните заплахи. Прави впечатление, че само един лекар е посочил, че при предоставяне на добри условия за живот, притокът на бежанци в страната няма да е свързан с подобни заплахи за българската популация.

Почти две трети – 202 (63,92%) от анкетираните лекари считат, че българската здравна система е напълно неподготвена за реакция при кризи и нови рискове, свързани с усилени бежански потоци към Европа. Близо една трета - 111 (35,12%) са оценили системата като отчасти подготвена за адекватни реакции при миграционни кризи.

Здравните специалисти в настоящото изследване са запитани какво, според тях, трябва да се подобри, за да отговори здравеопазването в България по-добре на предизвикателствата на евентуална нова бежанска вълна. Този въпрос е поставен като отворен, с възможност за свободен отговор. Мненията на здравните специалисти могат да бъдат обобщени в няколко водещи категории по следния начин, представен в таблица 8:

Таблица 8. Разпределение на лекари и ПЗГ според препоръките им за мерки в здравеопазването, в абсолютен брой и относителен дял

Според Вас какво трябва да се подобри, за да отговори здравеопазването в България по-добре на предизвикателствата на нова бежанска вълна?	Абсолютен брой	Относителен дял
Контрол и организация	56	26,29%
Финансиране на дейности за мигрантите	62	29,10%
Човешки ресурси и специализирана подготовка	45	21,12%
Сегрегиращи мерки	32	15,02%
Изграждане на инфраструктура	7	3,28%
Всичко посочено по-горе	11	5,16%

Една част от анкетираните не дават мнение по въпроса или посочват, че нямат отношение по темата, докато други от запитаните предлагат комплексни мерки, посочвайки два или повече компоненти на системата, които трябва да се променят. Забелязва се значителна част на предложенията, свързани с управлението на здравеопазването - контрол, организация и финансиране, човешки ресурси. Малка част от запитаните (11 души) обобщават, че всичко в здравната система трябва да се подобри.

Особено впечатление правят група мерки, която тук назоваваме „сегрегиращи“. Някои от тях звучат дори анекдотично: „*издигане на гранична ограда*“, „*да не се допуска бежанска вълна*“, „*да не се приемат в България*“, „*да се избегне бежанска вълна на всяка цена!*“. Други лица в тази група казват: „*Здравеопазването в България да се подобри за българите, за бежанците не можем да мислим*“ или „*Здравеопазването за българите е*

на първо място!“. Интересни са предложенията на други здравни работници, които смятат, че за бежанците трябва да се построят специални болници и други лечебни заведения, които да обслужват само тях. Подобно предложение в страна с висок дял на лечебни заведения на глава от населението звучи непрофесионално. България е на второ място в Европа по брой болници на глава от населението, сочи статистиката на Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА). На всеки 100 000 души у нас се падат по над 5,2 болници. Средният показател за ЕС е 2,9 болнични лечебни заведения на 100 000 население. В този дух са и предложенията да има специални здравни работници за бежанци и само те да работят с тях, както и да се осигурят изолатори за бежанци и те да бъдат поставени там. Едно единствено лице смята, че засега всичко в здравната система е на ниво.

С отворен въпрос е изследвано мнението на здравните специалисти за това какви биха били според тях най-честите проблеми, които ще срещат в работата си с мигранти. Лекарите показват разнообразие от мнения, вероятно поради ограничения собствен опит от работа с бежанци. Отново най-много са дали мнение за очаквани комплексни проблеми в работата с бежанците – трудности в сътрудничеството с останалата част на здравната мрежа, липса на преводачи, трудна комуникация, липса на специализирана подготовка и методична помощ, културни различия. Липсата на преводачи и на специализирана подготовка са следващият по честота комбиниран отговор. Запитаните имат възможност да посочват повече от един отговор, като всички отговори са групирани във водещи категории в таблица 9:

Таблица 9. Разпределение на лекарите и ПЗГ според очакваните трудности в работата с бежанци, показани в абсолютен брой и относителен дял от всички отговори

Кои според Вас биха били най-честите проблеми, които ще срещате в ежедневната си професионална работа с бежанци?	Абсолютен брой	Относителен дял
Трудно сътрудничество с останалата част на здравната мрежа	156	21,94%
Липса на преводачи и трудна комуникация	253	35,58%
Липса на специализирана подготовка и методична помощ	140	19,69%
Културни различия	149	20,95%
Друго	13	1,82%

ИЗВОДИ ОТ ЧЕТВЪРТА ЗАДАЧА

1. При изследването на нагласи на лекари и ПЗГ за работа с мигранти, както и рисковете, които те виждат за системата на здравеопазване в условията на бежанска криза се установява, че малка част имат непосредствен професионален опит в работа с мигранти. Болшинството здравни професионалисти и голяма част от тези с малък професионален опит не се чувстват достатъчно подготвени за работа с мигранти.

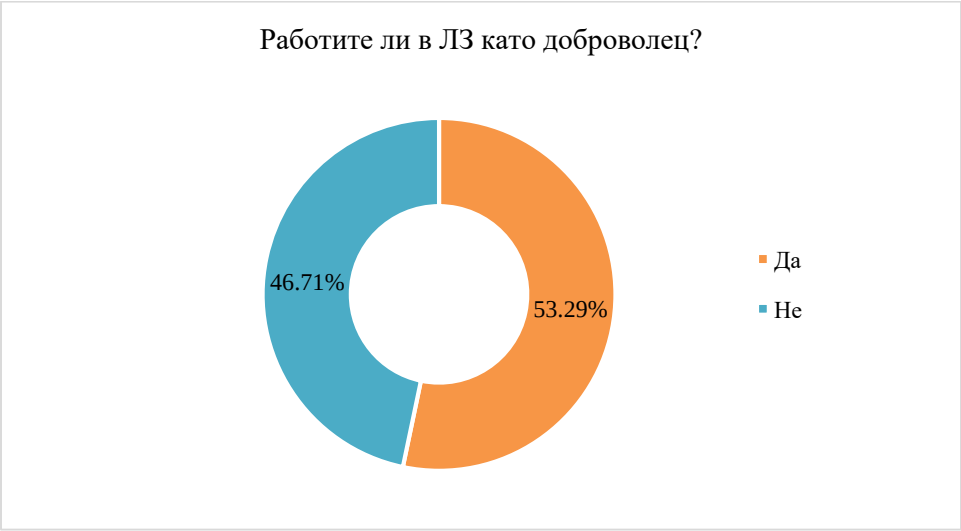
2. Липсата на собствен опит от работа с бежанци не позволява на лекарите да оценят реално здравните заплахи за собственото здраве. Съществуват схващания сред здравните специалисти, които по-скоро са немедицински, и са свързани с негативни стереотипи и предразсъдъци. Трябва да се подчертае важността на скрининга за инфекциозни и паразитни болести според здравните специалисти. Това е важно в обхвата на цялостната здравна оценка на бежанците, включително и за специфичните здравни нужди на лицата в риск. Ваксинирането на децата и други уязвими групи за сметка на българската държава, докато бежанците са на територията на страната, се приема като необходимо, но създава напрежение и поляризира мненията кой трябва да плаща този разход.

3. Повече от една трета (38,92%) от анкетираните лекари и ПЗГ не биха приели в бъдеще бежанци като свои пациенти. Малко над 15% смятат, че бежанци или не трябва да се допускат в България, или поне да бъдат изолирани в отделни лечебни заведения и изолатори, където с тях да работят здравни работници, които само с това да се занимават.

3.5. Проучване и сравнение мнението и нагласите на стажант-лекари с тези на лекари и други здравни работници за работа с мигранти, и потенциалните рискове за системата на здравеопазване в резултат на засилен миграционен поток.

Третото срезово проучване е проведено сред стажант-лекари в Медицински университет – София като малко повече от половината от запитаните бъдещи лекари – 81 (53,29%) вече работят в лечебно заведение като доброволци (фиг. 37). Около една трета от тях имат опит в оказване на медицинска помощ на мигранти в своята, макар и твърде ограничена, клинична практика (фиг. 38). В следващата част са направени някои сравнения между групата на стажант-лекарите и групата на здравните специалисти заради очаквани различия, които тук се потвърждават. Средната възраст на стажантите е около 25 години, а на лекарите и ПЗГ – 50 години (фиг. 39).

Сравняваните групи се различават съществено по полов състав – сред професионалистите преобладават жените. Полът, обаче, не показва съществено влияние върху отговорите на лицата, поради което приемаме, че нееднаквият състав по пол не се отразява на валидността на денните ($\chi 2=16,492$; $p=0.001$).



Фигура 37. Разпределение на стажант лекари според това дали работят в лечебно заведение



Фигура 38. Разпределение на стажант лекари според това дали някога са обслужвали мигранти



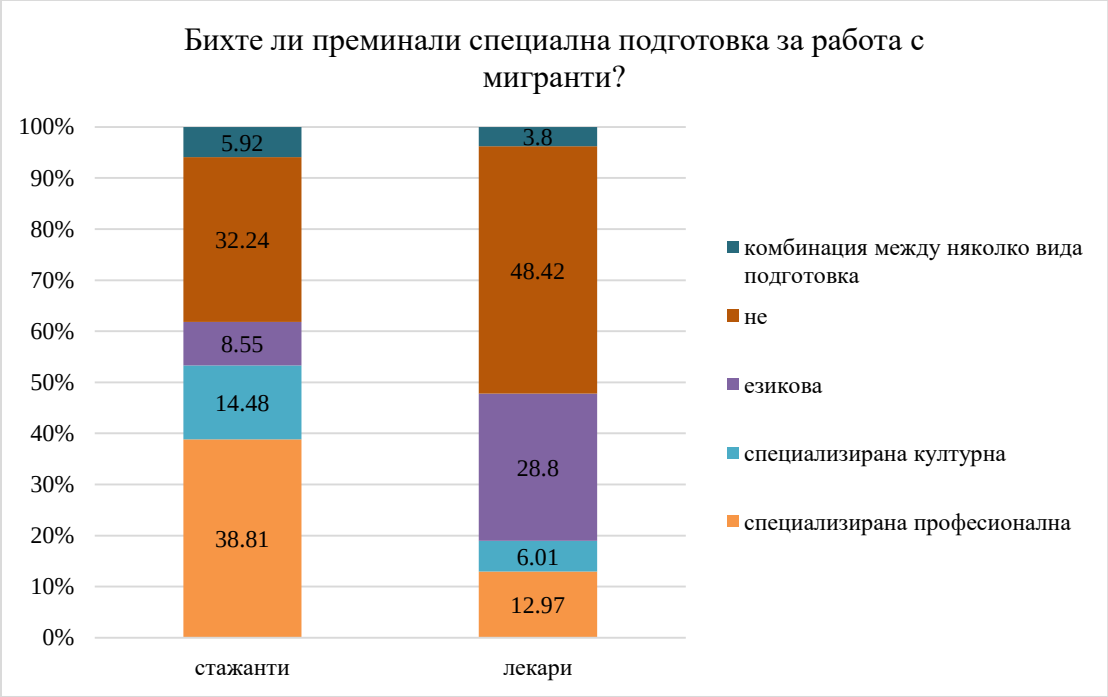
Фигура 39. Средана възраст на стажант-лекари от една страна и лекари и ПЗГ от друга

Наблюдава се във висока степен готовност и желание на младите хора за допълнителна специализирана подготовка за работа с мигранти – две трети от запитаните. Отрицателно са настроени около една трета. Част от запитаните дори желаят да получат едновременно специализирана, езикова и културна подготовка (5,92%) (фиг. 40). Интересно е тези резултати да бъдат сравнени с лекарите и ПЗГ, при което наблюдаваме някои значими различия в двете групи (χ^2=77.828; p=0.001) (фиг. 41).

Прави впечатление значително по-големият дял на лекарите, които не биха преминали специална подготовка – 48,42% от всички лекари, докато този дял при стажантите е едва 32,24%. Лекарите показват да са по-склонни да преминат езикова подготовка (28,8%), докато това е важно за по-малко от 8,55% за стажантите. Същевременно последните са много по-склонни да получат специализирана професионална подготовка (38,82%), а сред лекарите са едва 12.97%. Три пъти по-голям е делът на стажантите (14,47%), които смятат културната подготовка за важна, докато това важи за едва 6,01% от лекарите и ПЗГ.

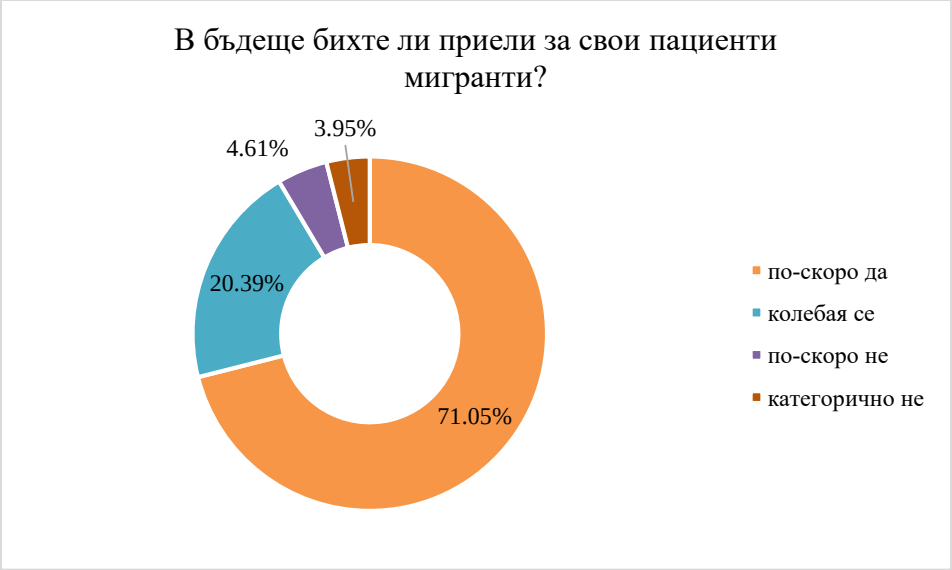


Фигура 40. Разпределение на стажант-лекари според готовността им да преминат специална подготовка за работа с мигранти

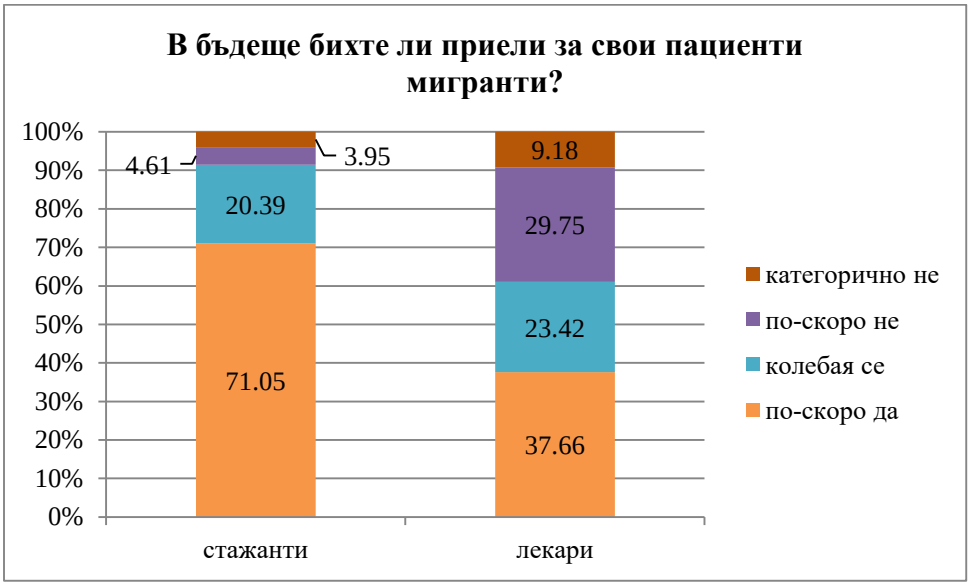


Фигура 41. Сравнение между стажант-лекари и професионалисти според готовността им да преминат специална подготовка за работа с мигранти, представени в относителен дял

Стажант-лекарите, които са готови да приемат за свои пациенти бежанци са убедително мнозинство сред всички запитани и формират ¾ от тях (фиг. 42). При лекарите и ПЗГ този процент е едва 37,66%, показани в сравнителна графика по долу (фиг. 43). Тук отново очаквано се наблюдават статистически сигнификантни различия между двете групи (χ^2=57,829; p=0.001). Една трета от лекарите по-скоро не биха приели да лекуват бежанци, докато това важи едва за 4,61% от стажант-лекарите, което демонстрира значимо различие в двете групи. Тези резултати особено категорично потвърждават седма хипотеза на изследването и това се допълва с високата степан на готовност на стажант-лекарите за допълнителна подготовка за работа с изследваната група.



Фигура 42. Разпределение на стажант-лекари според готовността им да приемат за свои пациенти мигранти.

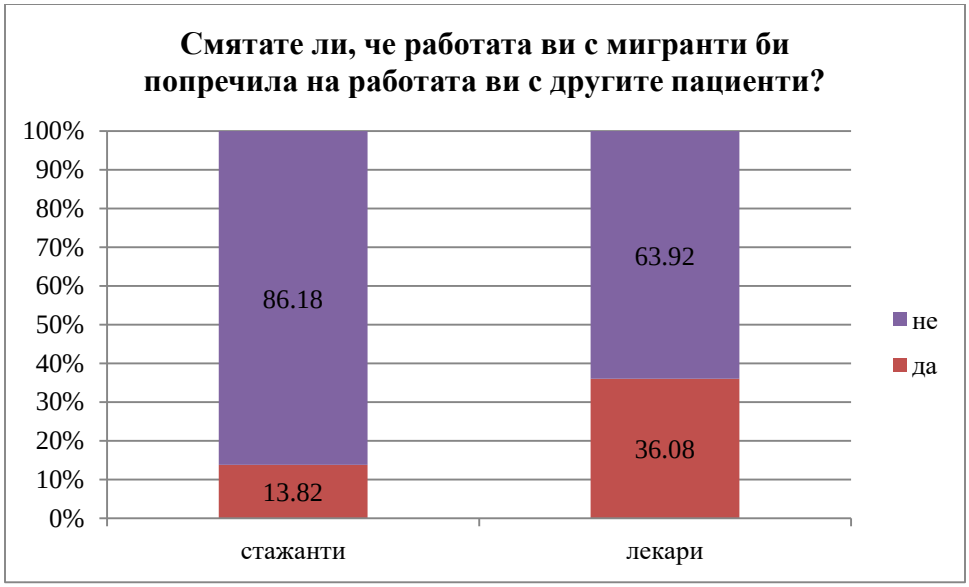


Фигура 43. Сравнение между стажант-лекари и професионалисти според нагласата им да приемат за свои пациенти мигранти, представени в относителен дял

Убедително мнозинство от младите хора не виждат риск за работата си с основните си пациенти, ако работят и с мигранти (86,18%) (фиг. 44), а това е валидно за 63,92% от здравните професионалисти (фиг. 45). Отново, очаквано, наблюдаваме сигнификантни различия в двете групи ($\chi^2 = 24,777$; $p=0.001$)



Фигура 44. Разпределение на стажант-лекарите според мнението им за това дали работата с мигранти би попречила на работата им с другите пациенти



Фигура 45. Сравнение между стажант-лекари и здрвни професионалисти според мнението им за това дали работата с мигранти би попречила на работата им с другите пациенти, представени в относителен дял

Дали смятат, че работата с мигранти крие здравни рискове за тях самите, бяха попитани стажант-лекарите от Медицински Университет – София. И тук, както при лекарите и ПЗГ прави впечатление високият дял на лицата, които смятат, че по някакъв начин здравето им ще бъде изложено на риск, ако работят с бежанци (фиг. 46). Не се откриват значими различия при двете групи (χ^2=6,945; p=0.074). Предвид по-високата готовност на студентите да работят с мигранти, би се очаквало те да виждат по-малко рискове, но резултатите всъщност показват обратното. Тук това са близо половината от всички запитани (48,03%), докато сред професионалистите са 38,92%.



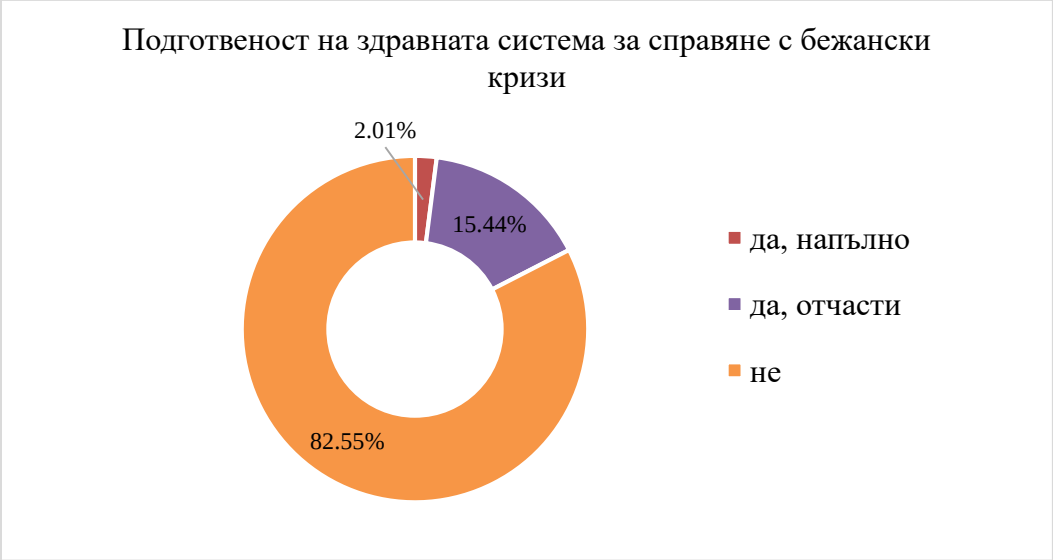
Фигура 46. Разпределение на стажант-лекарите според мнението им за това дали работата с мигранти крие здравни рискове за тях

Изследвани са вижданията на стажантите за потенциални рискове, които могат да стоят пред общественото здраве в контекста на бежанска криза. Въпросът позволява повече от един възможен отговор, затова общият брой на отговорите надхвърля броя на респондентите и са представени в табличен вид. При почти всички запитани (над 90,0%) се наблюдава комбинация от различни потенциални рискове, които виждат, а според близо половината запитани, всички изброени рискове са налице. Въпросът дава възможност и за отворен отговор, където студентите да посочат друг риск, който виждат. Сред тези отговори личат някои неоснователни страхове, които е редно да посочим и тук: „*зачестяване на престъпления*“, „*риск от нарушаване на човешките права и разграбване на имуществото с цел лични облаги на въпросните мигранти*“, „*риск от непреодоляване на социално- културната бариера, риск от пренаселване и изчерпване на парични, хранителни и други ресурси, риск от проблеми със закона*“, „*физическо насилие“, „конфликти между различни социални групи, етноси и на база религия“, „културни и религиозни различия, водещи до конфликти, които биха могли да прераснат във физическа разправа“*. В тези отговори прави силно впечатление, че респондентите са попитани за „рисковете за общественото здраве“, но нито едно от изброените горе не касае общественото здраве, а манифестира общи стереотипизирани представи за мигрантските общности.

Таблица 10. Разпределение на отговорите на стажант-лекари с мненията за потенциални рискове за общественото здраве в резултат на миграционна вълна, показани в абсолютен брой и относителен дял

Според вас какви могат да бъдат рисковете за общественото здраве в резултат на миграционната вълна?				
Риск от епидемични взривове от обичайни инфекциозни заболявания	Риск от епидемии от екзотични инфекциозни заболявания	Риск от паразитози	Риск от изчерпване на ресурсите на здравната система	Друго
102	138	108	85	8
23,13%	31,29%	24,49%	19,27%	1,81%

Особено голям е делът на студентите по медицина, които смятат, че системата на здравеопазване не е подготвена за реакция при кризи и рискове, свързани с нова бежанска вълна (82,55%), докато този дял сред лекарите е 63,9% и бележи значимо различие между двете групи (χ^2=22,713; p=0.001), (фиг. 47).



Фигура 47. Разпределение на стажант-лекарите според мнението им за това дали здравната система е подготвена за справяне с бежански кризи

В тази връзка, както при лекарите, са изследвани конкретните предложения на младите хора за това, което трябва да се промени, за да отговори здравната система на евентуална нова бежанска вълна. Поставеният въпрос позволява отворени орговори, които тук са синтезирани в табличен вид и могат да бъдат сравнявани с предложенията

на професионалистите. Повечето от отговорилите на въпроса дават повече от едно предложение, затова общият брой на отговорите надхвърля броя на респондентите. И тук наблюдаваме предимно предложения, които могат да бъдат класифицирани в сферата на контрол и организация на здравеопазването. Разпределението е представено в таблица 11. Студентите предлагат сегрегиращи мерки два пъти по-рядко от лекарите, което е съществено различие между двете групи. И тук, все пак, се срещат предложения, сходни с тези на лекарите, като например, за затваряне на границите и недопускане на бежанци, както и твърдения, че цялата система трябва да се промени.

Таблица 11. Разпределение на отговорите на стажант-лекари с мерки за промяна в здравната система, за да отговори тя на нова бежанска вълна. Данните са представени в абсолютен брой и относителен дял

Според Вас какво трябва да се подобри, за да отговори здравеопазването в България по-добре на предизвикателствата на евентуална нова бежанска вълна?					
Контрол и Организация	Финансиране	Недостиг на кадри и спец.подготовка	Сегрегиращи мерки	Инфраструктура	Всичко
46	30	38	16	25	16
26,9%	17,54%	22,22%	9,35%	14,61%	9,35%

Интересно е да бъдат сравнени трудностите, които бъдещите медици очакват да срещат в работата си с мигранти, с тези на лекарите и ПЗГ. Техните опасения за потенциални трудности съвпадат напълно, представени в таблица 12.

Таблица 12. Разпределение на отговорите на стажант-лекари с трудностите, които очакват да имат при работа с бежанци. Данните са представени в абсолютен брой и относителен дял

Кои според Вас биха били най-честите проблеми, които ще срещате в ежедневната си професионална работа с бежанци?				
Трудно сътрудничество с останалата част на здравната мрежа	Липса на преводачи и трудна комуникация	Липса на специализирана подготовка и методична помощ	Културни различия	Друго
65	115	55	61	6
21,52%	38,07%	18,21%	20,19%	1,98%

Мнозинството от запитаните стажант-лекари смятат, че отношението на обществото към мигрантите е по-скоро лошо (73,03%). Незначителен е делът на тези, които стятат, че то е добро (фиг. 48).



Фигура 48. Разпределение на стажант-лекари според оценката им за общественото мнение спрямо бежанците

ИЗВОДИ ОТ ПЕТА ЗАДАЧА

1. Едва около една трета от стажант-лекарите изразяват нежелание за допълнителна специализирана подготовка за работа с мигранти. Част от запитаните желаят да получат едновременно специализирана, езикова и културна подготовка. Тези резултати контрастират с нагласите на здравните работници като различията са значими.

3.6. Предложение за концептуален модел за подготовка и реакция на системата на здравеопазване в условията на бежанска криза.

С цел създаване на оптимална организация, координация и взаимодействие на компетентните държавни и неправителствени органи за предоставяне на качествено здравно обслужване се предлага следният модел за подготовка и реакция на системата на здравеопазване в условията на бежанска криза. (**Приложение 11**)

Постигането на здравен стандарт и висока готовност на системата за посрещане на нови рискове не могат да се постигнат без структурни промени и по-ефективно взаимодействие между съществуващите услуги и институции. Подходящата организация често пъти може да компенсира недостатъци като ограничени финансови ресурси.

Доброто планиране на процеса за управление при кризи, имащи въздействие върху здравето, каквато е бежанската вълна към България, е ключов механизъм, чрез който може да се постигне баланс между сигурността и достъпа до здравеопазване. Ползата е непряка и не идва мигновено, но е за цялото общество. Разрешаването на здравните проблеми на търсещите международна закрила и други мигранти е от съществено значение за успешната им интеграция и достигане на социално и икономическо развитие.

Предложеният модел представя **четири основни етапа** в готовността на системата на здравеопазване за справяне с мигрантски кризи – подготовка, пристигане на мигриращите лица, техният престой и условия на продължително пребиваване. **Всеобхващащите предложени мерки** касаят нормативни промени в бежанското законодателство, включително в Закона за убежището и бежанците, за да се намалят рисковете за здравето на настанените лица и, да се осигури закрила на лицата, жертва на насилие. Друга централна предложена мярка е **дигитализация на здравната информация** на лицата и нейното съхраняване в **единна електронна система**, която да проследява пътя на всеки пациент от входа му в страната, до окончателното приключване на производството му или напускане на страната.

Подготовката като етап, представена в схемата, предполага ангажирането на различни институции, но основно Министерство на здравеопазването и Държавна агенция за бежанците при МС. Понастоящем ДАБ има малък брой здравни работници, наети за нуждите на здравното обслужване и няма структурирана здравна политика за своите структури. В продължение на години здравното обслужване се случва ad-hoc според непосредствените нужди с подкрепата на различни звена в системата – Регионалните здравни инспекции, БЧК и някои лечебни заведения. В тази връзка, **моделът предлага разкриване на Дирекция „Здравеопазване“ в структурата на ДАБ**, която да организира, контролира и подпомага здравното обслужване на всички

териториални поделения на Агенцията. Да осъществява дейности по противоепидемичен контрол и качество на здравните услуги в центровете и достъп до здравеопазване на настанените лица до болнична и извънболнична помощ.

Предвид разкритите трудности в достъпа до здравеопазване на настанените лица в настоящия изследователски труд, **се предлага оптимизиране чрез разкриване на хъб от здравни работници** с готовност за работа в специфична среда. Тук се допускат и нарочни командировки на екипи от здравни работници в центровете с най-големи нужди и там, където човешкият ресурс не достига. От особена важност е и **подготовката и на ОПЛ** от зоните на риск, предвид настоящите трудности в намирането на лекари за пребиваващите лица. Подобна мярка налага финансово обезпечаване на работата на тези специалисти.

Предвид спецификите на средата, в която работят или биха работили здравните работници и, предвид различните групи пациенти, с които ще се срещнат, моделът предлага нарочни **обучения за допълнителна квалификация**. Те ще са насочени към специалистите, които ще работят в центровете на ДАБ и в болничната и доболничната система в региони с висок риск от миграционен натиск. В рамките на изследването сред лекари, ПЗГ и стажант-лекари бяха разгледани какви допълнителни знания биха придобили здравните работници, което дава основание да се предложат **езикова и специализирана професионална подготовка; обучение в културни специфики** на новата популация, както и продължаващо обучение или опресняващ курс по **инфекциозни болести**, особено такива, които рядко се срещат у нас и липсва достатъчно практика по контрола им. По този начин и при нужда, могат да се сформират мултидисциплинарни екипи, които да бъдат заети в острата фаза на потенциална бежанска вълна.

В етапа на **пристигане**, системата, вече подготвена, ще позволи на здравните специалисти да се справят с големи потоци мигранти, каквито видяхме през 2015-16 година. Настоящият модел предлага задължителният медицински преглед, на който се подлагат всички, да класифицира състоянието на тези, които имат нужда от медицинска помощ в четири типа. „**Леко“, „средно“, „тежко“ състояние или „жертва на насилие“.** Това ще изгради **медицинския профил** на лицата и ще позволи да се прецени от каква помощ има нужда лицето – в **болнична или доболнична помощ** или **психологическа**

подкрепа за жертвите на насилие. Болничното и извънболнично лечение и в момента се покрива през ресурса на НЗОК, съгласно действащото бежанско законодателство. Психологическата подкрепа се оказва спорадично и няма систематичен подход към нея, затова този модел предлага нейното структуриране и официализиране.

Цялата информация, която се събира за лицата – обект на грижа, включително и от услугите, предоставяни от външни доставчици като НПО, ще захранва **електронно досие**, което се създава за всеки настанен. В рамките на изследването в дисертационния труд, става ясно, че информацията за едно лице е пръсната на различни места – във всички звена, които лицето е посетило и няма място, на което цялата информация да бъде видяна.

Престоят на някои лица в България може да продължи по-дълго време, което налага продължаващо наблюдение на здравното състояние и потенциално лечение при нужда. Чрез този модел се предлага, **локалните медицински ситуации** да бъдат групирани по няколко вида: **спешни** състояния, **амбулаторни** прегледи при нужда, **профилактични** прегледи за всички настанени лица по примера на тези за здравноосигурените български граждани, **карантиниране** при случаи на заразни инфекциозни заболявания и **болнично** лечение. Предлага се информацията от всички тези здравни ситуации също да се захранва към единното електронно досие на лицата, което ще позволи цялостно наблюдение и проследяване.

Четвъртата централна ос в предложения модел разглежда условията на **пребиваване**, които са детерминант на здравето. В контекста на нови и непознати патогени, които лесно обхващат големи маси от хора, се препоръчва условията на настаняване да не предизвикват пренаселване да позволяват бърза и регулярна дезинфекция на помещенията и като цяло подобрени социално битови условия. В рамките на представеното изследване става ясно, че настанените често не разполагат с базови санитарни принадлежности. Лошата хигиена и пренаселване на помещенията опосредстват зараждането и разпространението на различни инфекциозни заболявания, описани в изследователската част на труда. Непосредствен ангажимент към тези условия има ДАБ, но това не би било възможно без подкрепата и финансовото обезпечаване на държавната власт.

IV. ИЗВОДИ

1. Европейският Съюз е създал необходимата нормативна рамка за общата политика на Съюза в областта на миграцията. Здравеопазването на мигриращите е много слабо засегнато в централните документи на Съюза и се изчерпва с първичен скрийнинг по-скоро с цел предпазване на общественото здраве, отколкото с цел да се обслужат здравно мигрантите. Ролята на международните организации, занимаващи се със здраве и миграция, е съществена при предоставянето на здравни услуги за бежанците и други мигранти.

2. Предоставянето и получаването на здравна помощ по време на производството за всички лица, търсещи международна закрила в България, е регламентирано в 6 закона на националното законодателство при условия и в размера, определен за българските граждани.

3. Медицинският персонал в структурите на ДАБ е недостатъчен за покриване нуждите от здравно обслужване на настанените лица, търсещи международна закрила в страната. ДАБ делегира изпълнението на здравни и психо-социални услуги на външни доставчици – хуманитарни организации. Незадоволителните санитарно-хигиенни условия при засилен поток на търсещи международна закрила в кризисна ситуация водят до възникването в РПЦ на редица здравни ситуации и изолирани епидемични взривове. Разнообразието от етнически и национални общности на настанените лица затруднява разпространението на здравна информация и комуникацията при възникнал здравен проблем.

4. Сериозно предизвикателство пред системата на здравеопазване в България е осигуряването на личен лекар на лицата търсещи закрила. Местните лекари са демотивирани да работят с бежанци поради трудности в общуването и в диагностичния процес от съществуващи езикови, културни и религиозни бариери. Здравните работници, заети в структурите на ДАБ не са преминавали

специализирано обучение за работа с бежанци и не умеят да разпознават и да работят с жертви на сексуално или основано на пола насилие, въпреки съществуващите изисквания.

5. ДАБ при МС се забавя значително с въвеждането на нормативното изискване за задължителен медицински преглед на новодошлите и воденето на надлежна медицинска документация (когато бежанската криза е в своя пик), както и със статистическата регистрация на извършените медицински дейности и данни за заболеваемостта по обращаемост (едва от 2017 г. насам). Не се води официална статистика на смъртността сред лицата в териториалните поделения на ДАБ.

6. Хроничните и инфекциозни заболявания, от които страдат търсещите международна закрила не се различават от тези на местното население, което опровергава страховете на части в обществото и здравните работници, че мигрантите носят риск от нови и опасни заболявания. Изследваните данни не показват по-висока заболеваемост от туберкулоза и малария сред бежанската популация в сравнение с местното население.

7. Близо половината от интервюираните лица, търсещи международна закрила в страната, твърдят, че българските медици са напълно подготвени за работа с бежанци, а другата половина - че са отчасти подготвени. Тази оценка силно контрастира с мнението на самите здравни работници относно нивото на подготовка за работа с тази група пациенти.

8. Като съществен проблем се очертава стигмата над мигрантите, която се подсилва от нежеланието на здравните работници да работят с тях. Мнозинството от лекарите и ПЗГ се опасяват, че мигрантите носят рискове от нови инфекциозни и паразитни болести, които са заплаха за тях самите и за местната популация. Важна находка на проучването е, че половината от анкетираните здравни специалисти не се чувстват подготвени за работа с мигранти, но също толкова не биха преминали допълнителна подготовка в тази област.

9. Две трети от бъдещите лекари изразяват готовност и желание за допълнителна специализирана подготовка за работа с мигранти, като част от запитаните желаят да получат комплексна специализирана, езикова и културна подготовка.

10. Стажант-лекарите са много по-склонни от лекарите и ПЗГ да приемат за свои пациенти бежанци, като техният дял надхвърля 70%, докато сред лекарите този дял е около 38%. В същото време, особено голям е делът на студентите по медицина, които смятат, че системата на здравеопазване не е подготвена за реакция при кризи и рискове, свързани с нова бежанска вълна.

V. ПРЕПОРЪКИ

Към Народно събрание на Р България

1. Нормативни промени в Закона за убежището и бежанците. Според Чл.75, ал. 5 от ЗУБ, максималният срок за произнасяне по молбата за международна закрила е 21 месеца от датата на подаването ѝ. Този срок да се съкрати с оглед рисковете за здравето на настанените в лоши битови условия, които предполагат появата и развитието на инфекциозни заболявания. Твърде продължителният престой поставя в по-висок риск от сексуални посегателства уязвимите групи и жените.
2. Нормативни промени в бежанското законодателство. В рамките на качественото изследване става ясно, че службите, които предоставят услуги за жертвите на насилие, вкл. сексуално насилие могат да осигурят специална закрила за лицата за срок не по-дълъг от 6 месеца с много малко изключения. За да се компенсират недостатъците в нормативната уредба, понастоящем лицата, жертви на насилие биват прехвърляни от център в център, което задълбочава несигурността им. Това налага нормативно уреждане на предоставянето на услуги по закрила в дългосрочен план. В момента тези услуги не са отворени за недокументирани мигранти и търсещи убежище с окончателно отхвърляне на молбата им за международна закрила [159]. Препоръчва се мерките по закрила да се прилагат независимо статута на лицето с цел опазване на физическото и психическо здраве.

Към Министерски Съвет.

3. Да се осигури адекватно финансиране за дейността на ДАБ при МС. В рамките на това изследване става ясно, че дори в най-критичните години от кризата с бежанците, ДАБ е получавала бюджет в пъти по-малък от заявените нужди и това допълнително се потвърждава от доказаните тук недостиг на преводачи и здравни работници, които да работят в центровете на ДАБ.
4. В структурата на ДАБ да се създаде Дирекция „Здравеопазване“, която да организира, контролира и подпомага здравното обслужване на всички териториални поделения на Агенцията. Да осъществява дейности по противоепидемичен контрол

и качество на здравните услуги в центровете и достъп до здравеопазване на настанените лица до болнична и извънболнична помощ.

Към Министерство на здравеопазването.

5. Да се урегулира осигуряването на ОПЛ за лицата търсещи закрила, предвид срещаните трудности в това отношение.

Към Държавна Агенция за Бежанците при Министерски Съвет.

6. В задълженията на здравните работници, наети в структурите на ДАБ при МС влиза определянето на принадлежност на лицата към рискова за здравето група (вкл. жертви на сексуално и основано на пола насилие). Препоръчва се здравните работници да преминат специализирано обучение по темата и тази оценка да се извършва в сътрудничество с медико-социални работници и професионалисти по психично здраве.
7. Да осигури завеждането на статистика на родените и починалите лица в управляваните от нея структури. Тези данни биха послужили да се разбере какви са причините за смъртта и дали са повлияни от условията, както и дали са взети всички мерки навреме за живота и здравето на мигрантите.
8. Да структурира моделите на събиране на статистическа информация за осъществяваните здравни услуги в поделенията си.
9. Да се осигури централизирана система на здравните досиета на лицата. Понастоящем докато лице престоява с един статут (ТМЗ) се среща с различни специалисти по различни, имащи отношение към здравето, специалисти. Генерираният документооборот не се събира в единно медицинско досие на лицето, а е пръснат по различните звена.
10. С цел подобряване на достъпа до здравно обслужване да се съставят списъци с ОПЛ и специалисти, които приемат чужди граждани – мигранти. В момента тази дейност е оставена на НЗОК/РЗОК, които срещат трудности в намирането на мотивирани здравни специалисти.
11. Да бъдат засилени хигиенните мерки в центровете. Там много често възникват редица здравни ситуации, дължащи се главно на пренаселените помещения или

неадекватни битови условия. Регистрирани са случаи на варицела, хепатит А, скабиес, малария, ротавирусен ентерит и др., които могат да бъдат контролирани адекватно.

12. Да се осигурят достатъчно преводачи за работата на здравните работници и професионалистите по психично здраве.

Към съсловните организации на лекари и ПЗГ

13. Да организират и проведат в сътрудничество с ДАБ при МС и хуманитарни/здравни организации, специализирани обучения за своите членове – лекари и други здравни работници, особено в регионите, в които се намират центровете за настаняване.

Към медицинските университети

14. Да разработят факултативни дисциплини по мигрантско здравеопазване, които да са на разположение на специалностите по медицина, медицински сестри и лекарски асистенти.

VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Постоянно растящият брой на населението в света е предпоставка за увеличаващи се неравенства, социално напрежение и разрастващи се конфликти. През 1960 г. населението на земята е малко над 3 млрд. души. Шейсет години по-късно, през 2020 г., населението на земята е вече 7,8 млрд., което е повече от двойно увеличение. С увеличаване броя на населението се засилват и миграционните процеси. Освен естественото движение на популациите, такова се обуславя и от зачестяващи граждански и военни конфликти, които не затихват от края на Втората световна война насам. Бежански кризи като започналата с Арабската пролет през 2011 г. се очаква да се случват и в бъдеще, което налага бърза мобилизация на обществените системи, включително и тази на здравеопазването.

Когато ефектите на Арабската пролет застигнаха и България, здравната система на страната не беше подготвена да се справи и ѝ отне години докато започне да реагира адекватно. Освен, че центровете за настаняване не бяха достатъчни, не съществуваха механизми за оказване на каквато и да е здравна помощ на мигриращите. Първите нормативни разпоредби за това стават факт едва в края на 2015 г., когато кризата е в своя пик, а епидемичните взривове бяха чести.

Специфичните изследвания за здравето на мигрантите у нас са твърде малко и почти липсват данни от научно-изследователски търсения в тази посока. Същевременно обемът от научна информация от европейски и американски изследвания в сферата е неизчерпаем [60]. Докато продължава тлеенето на конфликти в различни точки в Близкия Изток и отвъд, бежанци ще пристигат по границите на Съюза и България. Този риск налага непрекъснати изследвания на здравните потребности на популациите и на готовността на системата на здравеопазване да посрещне тези рискове.

Настоящият труд е първото по рода си у нас комплексно изследване, което разглежда здравния статус на търсещите международна закрила, нагласите на лекари и други здравни работници, както и тези на студенти по медицина в последна година на обучение. Дисертацията представя комплекс от изследователски количествени и качествени методи, които са комбинирани с богат набор от инструменти и научни подходи в събирането на информация от разнородни източници.

Изводите, до които достига този научен труд дават основание за предлагане на модел, чрез който системата на здравеопазване да функционира по-гладко по отношение на опазване на общественото здраве, здравето на мигрантите и нуждата от добра организация за здравните работници. Комплексният подход в изследователската работа дава редица приноси за обществено-здравните науки и отваря поле за последващи научни инициативи за подобряване на отговора на рисковете за системата на здравеопазване в контекста на бежански кризи.

VII. ПРИНОСИ

Научно-теоретични приноси

С оригинален характер

1. За първи път в България е проведено комплексно теренно социално-медицинско изследване на здравното състояние на лицата, търсещи международна закрила в Р България и на организацията на здравната помощ за тях в условия на бежанска криза, на базата на микс-методология, съчетаваща количествени и качествени методи.

2. Сравнително са проучени българската и европейската законодателни рамки за предоставяне на здравна помощ на лицата, търсещи международна закрила, като са установени недостатъци на националната нормативната уредба и са отправени препоръка за тяхното адресиране.

3. За първи път в България са установени нагласите на лекари, професионалисти по здравни грижи и студенти по медицина за работа с мигранти, както и техните оценки за рисковете пред системата на здравеопазване в условията на бежанска криза.

С потвърдителен характер

4. Проведен е комплексен анализ на предоставянето на здравна помощ за лицата, търсещи закрила в Р България и са идентифицирани основни пропуски и дефицити в удовлетворяване на здравните потребности на тези лица в съответствие с националните и международни законови разпоредби.

5. Потвърдена е необходимостта здравното състояние на пристигащите в страната бежанци да бъде оценено систематично и последователно чрез прилагането на структурирана оценка и поддържане на пълно документирана история на здравето по време на престоя в страната.

Научно-приложни приноси

6. Предлага се промяна в модела на привличане на кадри за здравното обслужване на центровете.
7. Предлага се концептуален модел за подготовка и реакция на системата на здравеопазване в условията на бежанска криза.

VIII. БИБЛИОГРАФИЯ

1. Годишен бюлетин полицейска статистика – 2018 г., МВР. https://www.mvr.bg/ /programni-dokumenti-otcheti-analizi/.
2. Годишният доклад на Европейската миграционна мрежа за имиграция и убежище за 2017 година. http://emn-bg.com/services-page/.
3. Годишният доклад на Европейската миграционна мрежа за имиграция и убежище за 2018 година. http://emn-bg.com/services-page/.
4. Годишен мониторингов доклад за условията за прием на търсещи закрила лица – 2014 г., БЧК и ВКБООН. http://www.redcross.bg/.
5. Доклад за дейността на Държавна агенция за бежанците при Министерски съвет за 2018 г. ДАБ. https://aref.government.bg/sites/default/files/uploads/docs2019-03/20_20_03_2019.pdf.
6. Доклад относно периода след Арабската пролет: перспективите за региона на Близкия изток и Северна Африка. http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2019-0077_BG.html.
7. Закон за изменение и допълнение на Закона за отбраната и въоръжените сили на Република България, ДВ бр. 17 от 2016 г. http://www.parliament.bg/bg/laws/ID/29770.
8. Защита на децата мигранти в цяла Европа, Фондация „Център Надя“. http://www.centrenadja.com/recent-projects-2019.
9. Инструкцията № М-3 от 18 юли 2011 г. за взаимодействие между Министерството на отбраната и Министерството на вътрешните работи, ДВ бр. 60 от 5 август 2011 г. http://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/2135744408).
10. Информационни фишове за Европейския съюз, Европейски парламент. Имиграционна политика. http://www.europarl.europa.eu/factsheets/bg/sheet/152/.
11. Йончев, Димитър. Съвременни заплахи за сигурността на Европа. Сборник с доклади от международната научна конференция на тема „Съвременни заплахи за сигурността на Европа”. Пловдив, 2016 г., стр: 9-15.
12. Йончев, Димитър. Съвременни заплахи за сигурността на Европа. Сборник с доклади от международната научна конференция на тема „Съвременни заплахи за сигурността на Европа”. Пловдив, 2016 г.

13. Компас: Наръчник за обучение по правата на човека за младежи, Съвет на Европа. https://www.coe.int/bg/web/compass/migration#5.
14. Месечна информация относно миграционната обстановка в Република България към месец декември 2015 г., МВР. http://www.mvr.bg/NR/rdonlyres/3BFDD98B-84B0-4906-96BD-52697D8CDB44/0/Mesechna_spravka_dekemvri_2015.pdf.
15. Миграционна статистика за декември 2015 г., МВР. https://www.mvr.bg/NR/rdonlyres/3BFDD98B-84B0-4906-96BD-52697D8CDB44/0/Mesechna_spravka_dekemvri_2015.pdf.
16. Нагласите към бежанците и хората, търсещи закрила в България 2017: Интеграцията на бежанците е възможна – ВКБООН. https://www.unhcr.org/bg/3882-survey2017.html.
17. Никола Казаков: 1200 са свободните места за настаняване на бежанци, има възможност за разкриване на още, 18.08.2015 г. www.focusnews.net.
18. Отчет-анализ за дейността на Дирекция "Миграция", 2015, МВР.
19. Официално писмо от ДАБ № РД13-131/28 март 2016 г.
20. Постановление на Министерския съвет № 86/ 17.04.2014 г. Държавен вестник, бр. 36, 25.04.2014. http://nsmp.mvr.bg/Za_nas/sastav.htm.
21. Постановление на Министерския съвет № 21/05.02.2015 г., Държавен вестник, бр. 12, 13.02.2015.
22. По официални данни, предоставени от ДАБ и МС. http://www.aref.government.bg/?cat=8.
23. Правилник за прилагане на Закона за чужденците в Република България, в сила от 05.07.2011 г., изм. и доп. ДВ. бр. 93 от 26 Ноември 2019 г. https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135738597.
24. Преглед на услугите срещу насилието основано на пола в България, достъпни за мигранти и търсещи убежище, УНИЦЕФ България, 2018, стр.13.
25. Проект за дейности по подкрепа на деца в центрове за настаняване на мигранти, БМЧК, 2014 г. https://youth.redcross.bg/bg.html.
26. Проект „Насилие, основано на пола, сред жени, деца, мъже - търсещи закрила, бежанци и мигранти”, Алиансът за защита от насилие основано на пола. http://www.alliancedv.org/articles/82-433).

27. Проект „Референтен център по сексуални посегателства „Вселена", Асоциация „Деметра". http://demetra-bg.org/en/completed-projects/.
28. Процедурите за прилагане на реадмисионното споразумение между ЕС и Турция, 2015 Министерски съвет. http://www.government.bg/cgi-bin/e-cms/vis/vis.pl?s=001&p=0228&n=6650&g=&vis=000168.
29. Рамка на националния механизъм за изпълнение на ангажиментите на Република България по Решение 2015/1523/ЕС и Решение 2015/1601/ЕС; Решение на Министерския съвет за одобряване на Рамка на Национален механизъм за изпълнение на ангажиментите на Република България по Решение (ЕС) 2015/1523. http://nsmp.mvr.bg/Dokumenti/nacionalen_mehanizum_relokaciya.htm.
30. Решение 2015/1523/ЕС. Предпочитания по отношение на лицата, които ще бъдат преместени в Република България. https://mvr.bg/docs/librariesprovider79/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8/18rh331pr-2.pdf?sfvrsn=bd8f14b1_2
31. Решение 2015/1601/ЕС на Съвета от 22 септември 2015 година за установяване на временни мерки в областта на международната закрила в полза на Италия и Гърция https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/?uri=CELEX%3A32015D1601
32. Решение № 437/12.06.2015 г., Министерския съвет. http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=963.
33. Решение № 858/4.11.2015 г., Министерски съвет. http://nsmp.mvr.bg/NR/rdonlyres/810F96A5-987C-45E9-B662-CB01B68E0B3D/0/RMS_relokaciya.pdf.
34. Решение No: РД05-55/22.01.2020 г. на Председателя на ДАБ при МС.
35. Решение No. РД05-120/20.02.2020 г. на Председателя на ДАБ при МС.
36. Сивов, Васил. Миграционните вълни и кризата на социална Европа. „Миграционни вълни. Минало, настояще, бъдеще". Благоевград, 2017 г.
37. Сивов, Васил. Миграционните вълни и кризата на социална Европа. „Миграционни вълни. Минало, настояще, бъдеще". Благоевград, 2017 г. стр: 61-71.
38. Съвет на жените бежанки в България. http://www.crw-bg.org/en/projects-completed.

39. 2015: The year of Europe's refugee crisis. https://www.unhcr.org/news/stories/2015/12/56ec1ebde/2015-year-europes-refugee-crisis.html).
40. Access to Health Care for Undocumented Migrants and Asylum Seekers in 10 EU Countries. Law and practice. Paris: HUMA network, 2009. http://tinyurl.com/36rhzo5
41. Access to health care for undocumented migrants in Europe. Brussel: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM); 2007.
42. Access to health care for undocumented migrants in the EU. Brussels: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM); 2010.
43. Adger, Neil and other. Focus on environmental risks and migration: causes and consequences. https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1748-9326/10/6/060201/meta.(40)
44. Affronti M, Affronti A, Pagano S, Soresi M, Giannitrapani L, Valenti M et al. The health of irregular and illegal immigrants: analysis of day-hospital admissions in a department of migration medicine. Int Emerg Med. 2011;8(7):561– 6. 12.
45. Akhavan S. Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. Int J Equity Health. 2012;11:47.
46. Alawa, J., Zarei, P., Khoshnood, K., Evaluating the provision of health services and barriers to treatment for chronic diseases among Syrian refugees in Turkey: A review of literature and stakeholder interviews, International Journal of Environmental Research and Public Health, 25 July 2019, p.3-9.(41)
47. Almeida LM, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias S. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. Matern Child Health J. 2013;17:1346–54.
48. Almeida LM, Caldas JP, Ayres-de-Campos D, Dias S. Assessing maternal healthcare inequities among migrants: a qualitative study. Cad Saude Publ. 2014;30:333–40.
49. Alvarez-del Arco D, Monge S, Caro-Murillo AM, Ramírez-Rubio O, AzcoagaLorenzo A, Belza MJ et al. HIV testing policies for migrants and ethnic minorities in EU/EFTA Member States. Eur J Public Health. 2014;24(1):139–44.
50. Annual Risk Analysis, FRONTEX, 2013. https://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/Annual_Risk_Analysis_2013.pdf.(42)

51. Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Maisano B, Geraci S. Traumatic events, postmigration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. Ann Ist Super Sanita 2013;49(2):169–75.
52. Arora VS, Karanikolos M, Clair A, Reeves A, Stuckler D, McKee M. Data resource profile: the European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). Int J Epidemiol. 2015;44(2):451–61.
53. Assesment report: Health Situation at EU's Southern Borders – Migrant, Occupational, and Public Health, Bulgaria - 2014-2015 field work. https://eea.iom.int/sites/default/files/publication/document/Bulgaria-Situation-Assessment-Report-Equi-Health.pdf.(43)
54. Audit Commission. Early Lessons from Payment by Results. London: Audit Commission, 2005. Available at http://www.auditcommission.gov.uk/Products/NATIONA L-REPORT/B502F0FC-E007-4925- AD24-529C4889AD02/EarlyLessonsFromPaymentByResultsPrintFriendly11O CT05REP.pdf
55. Audit Commission. Payment by Results Assurance Framework Pilot Results and Recommendations. London: Audit Commission, 2006. Available at http://www.auditcommission.gov.uk/Products/NATIONA L-REPORT/BE765294-44C1-4a5d-BE76- 1328BCD45747/PbR%20AF_final%20pro of.pdf
56. Aung NC, Rechel B, Odermatt P. Access to and utilisation of GP services among Burmese migrants in London: a cross-sectional descriptive study. BMC Health Serv Res. 2010;10:285.
57. Basile L, Jansà JM, Carlier Y, Angheben A, Bartoloni A, Seixas J et al. Chagas disease in European countries: the challenge of a surveillance system. Eurosurveillance. 2011;16(37):pii:19968.
58. Baussano I, International migration report 2013. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2013 (http://www.un.org/en/development/ desa/population/migration/publications/wallchart/docs/wallchart2013.pdf, accessed 29 July 2015).
59. Bechtel, G. A., Gray BH, van Ginneken E. Health care for undocumented migrants: European approaches. Issue Brief (Commonw Fund) 2012;33:1–12.

60. Bernhardt, J., Grit K, den Otter JJ, Spreij A. Access to health care for undocumented migrants: a comparative policy analysis of England and the Netherlands. J Health Polit Policy Law. 2012;37(1):37–67.
61. Bhopal RS. The quest for culturally sensitive health-care systems in Scotland: insights for a multi-ethnic Europe. J Public Health. 2012;34(1):5–11.
62. Biswas D, Kristiansen M, Krasnik A, Norredam M. Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. BMC Public Health. 2011;11:560.
63. Biswas D, Toebes B, Hjern A, Ascher H, Norredam M. Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands. Health Hum Rights. 2012;14(2):49–60.
64. Blair, A., Guidelines for Mental Health Screening During the Domestic Medical Examination for Newly Arrived Refugees. Atlanta, CDC, 2015, Centers for Disease Control and Prevention.
65. Bletzer, K. V., Harrison A, Appleby J. Health Costs: The Rough Guide. Public Finance 2003;10:28–30. Available at http://www.cipfa.org.uk/publicfinance/search_details.cfm?News_id=17507&keysearc h-appleby
66. Bodenmann P, Vaucher P, Wolff H, Favrat B, de Tribolet F, Masserey E et al. Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres; a descriptive exploratory study. BMC Infect Dis. 2009;9:34.
67. Boyle S. Payment by Results in England. Euro Observer 2005;7(4):1–4. Available at http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealt hAndSocialCare/pdf/euroObserver/Obsvol7no4.pdf
68. Bradby, Hannah and Humphris, Rachel and Newall, Dave and Phillimore, Jenny, Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region, Uppsala University, Department of Sociology, Health Evidence Network synthesis report, vol.44.
69. Broeders, D. Return to sender? Administrative detention of irregular migrants in Germany and the Netherlands. Punishment Society 2010;12(2):169–86.
70. Brown, D. W., Hatzenbuehler ML, Link BG. Introduction to the special issue on structural stigma and health. Soc Sci Med. 2014;103:2.

71. Buja A, Fusco M, Furlan P, Bertoncello C, Baldovin T, Casale P et al. Characteristics, processes, management and outcome of accesses to accident and emergency departments by citizenship. Int J Public Health. 2014;59(1):167–74.
72. Call, R., Entwistle, B., & Swanson, T. (1987). Dental caries in permanent teeth in children of migrant farm workers. American Journal of Public Health, 77, 1002–1003.
73. Cary, A. H., Goldberg, B. W., Jobe, A. C., McCann, T., Skupien, M. B., Troxel, T. M., & Williams, D. R. (1995). If we fund it, will they come? Researching nonfinancial barriers to primary health care. Family & Community Health, 18, 69–74.
74. Castañeda H. "Over-foreignization" or "unused potential"? A critical review of migrant health in Germany and responses toward unauthorized migration. Soc Sci Med. 2012;74(6):830–8.
75. Castañeda H. Illegality as risk factor: a survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. Soc Sci Med. 2009;68:1552–60.
76. Charter of Fundamental Rights of the European Union. Official Journal of the European Communities 2000: C 364/1. http://www.europarl.europa.eu/charter/ pdf/text_en.pdf
77. Chauvin P, Parizot I, Simonnot N. Access to health care for undocumented migrants in 11 European Countries: 2008 survey report. Paris: Médecins du Monde European Observatory on Access to Healthcare; 2009 (http://www.episouth.org/doc/r_documents/Rapport_UK_final_couv.pdf, accessed 28 July).
78. Chernin G, Gal-Oz A, Schwartz IF, Shashar M, Schwartz D, Weinstein T. Care of undocumented-uninsured immigrants in a large urban dialysis unit. BMC Nephrol. 2012;13:112.
79. Chimienti M, Solomos J. Social movements of irregular migrants, recognition, and citizenship. Globalizations. 2011;8(3):343–60.
80. Cholewinski R. Study on Obstacles to Effective Access of Irregular Migrants to Minimum Social Rights. Strasbourg: Council of Europe, 2005. http://mighealth. net/eu/images/e/ec/Chol.pdf
81. Commission of the European Communities. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Green Paper. Brussels: Health and Consumer Protection Directorate, European Commission, 2005.

82. Commission of the European Communities. Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU. Brussels, 2009. Available at http://tinyurl.com/3xla3ot
83. Commission of the European Communities. The EU Role in Global Health. Brussels, 2010. Available at http://tinyurl.com/y9o6kqh
84. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation. Geneva: World Health Organization, 2008.
85. Commission on Social Determinants of Health-CSDH. Final report: closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinant of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
86. Committee on Economic Social and Cultural Rights. General Comments on the Right to the Highest Attainable Standard of Health. Geneva: United Nations, 2000. http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28 symbol%29/E.C.12.2000.4.En
87. Committee on the Elimination of Racial Discrimination. General Recommendation XXX on Discrimination Against Noncitizens. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights, 2002. http://www.unhcr.org/refworld/docid/451 39e084.html
88. Consolidated Versions of the Treaty on European Union and the Treaty on the Functioning of the European Union. Official Journal of the European Union 115, 9 May 2008. http://tinyurl.com/yaej97x
89. Costa D, Matanov A, Canavan R, Gabor E, Greacen T, Vondráčková P et al. Factors associated with quality of services for marginalized groups with mental health problems in 14 European countries. BMC Health Serv Res. 2014;14:49.
90. Council of Europe. Conclusions of the European Committee of Social Rights (http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/conclusions/ conclusionsindex_en.asp, accessed 29 July 2015).
91. Council of Europe. Detention of Asylum Seekers and Irregular Migrants in Europe. Resolution 1707 (2010). Strasbourg: Council of Europe, 2010.
92. Council of the European Union. Council Conclusions on Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health. Brussels, 2010. Available at http://tinyurl.com/32tajqy
93. Council of the European Union. Council Conclusions on Health and Migration in the EU. Brussels, 2007. Available at http://tinyurl.com/3akvfzp

94. Council of the European Union. Council Conclusions on Health in All Policies (HiAP). Brussels, 2006.
95. Cuadra CB. Policies on health care for undocumented migrants in EU27: country report France. Malmö: MIM/Health and Society, Malmö University; 2010 (Health Care in NowHereland: improving services for undocumented migrants in the EU).
96. Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. Eur J Public Health. 2011;2(2):267–71.
97. Curran C, Knapp M, McDaid D, Tomasson K, MHEEN Group. Mental health and employment: an overview of patterns and policies across western Europe. Journal of Mental Health 2007;16(2):195–210.
98. Daniele Mipatrini, Paola Stefanelli, Santino Severoni & Giovanni Rezza (2017) Vaccinations in migrants and refugees: a challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence, Pathogens and Global Health, 111:2, 59-68, DOI: 10.1080/20477724.2017.1281374.(44)
99. Dauvrin M, Derluyn I, Coune I, Verrept H, Lorant V. Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities: the case-study of ETHEALTH in Belgium. BMC Public Health. 2012;12:726.
100. Dauvrin M, Lorant V, Sandhu S, Devillé W, Dia H, Dias S et al. Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study. BMC Res Notes. 2012;5:99.
101. Dauvrin M, Lorant V. Adaptation of health care for migrants: whose responsibility? BMC Health Serv Res. 2014;14:294.
102. Davies A, Blake C, Dhavan P. Social determinants and risk factors for noncommunicable diseases (NCDs) in South Asian migrant populations in Europe. Asia Eur J. 2011;8:461–73.
103. de Jong JTVM, Komproe IH, Spinazzola J, et al.: DESNOS in three postconflict settings assessing cross-cultural construct equivalence. J Trauma Stress 2005; 18:13–21 Crossref.(45)
104. De Jonge A, Rijnders M, Agyemang C, van der Stouwe R, den Otter J, van den Muijsenbergh ME et al. Limited midwifery care for undocumented women in the Netherlands. J Psychosom Obstet Gynecol. 2011;32(4):182–8.

105. De Leon Siantz, M. L. (1990). Correlates of maternal depression among Mexican-American migrant farmworker mothers. Journal of Community Psychology, 3, 9–13.
106. Degni F, Suominen S, Esse B. Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting the needs of [corrected] Somali women living in Finland. J Immigr Minor Health. 2012;14:330–43.
107. Depallens SD, Puelma MJ, Krähenbühl JD, Gehri M. The health status of children without resident permit consulting the Children's Hospital of Lausanne. Swiss Med Wkly. 2010;140:w13048.
108. Department of Health. Delivering the NHS Plan – Next Steps on Investment, Next Steps on Reform. London: Department of Health, 2002. Available at http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/95 /26/04059526.pdf
109. Department of Health. Guidance on the NHS Contract for Acute Hospital Services for 2007/08. London: Department of Health, 2006. Available at http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/14/24 /07/04142407.pdf
110. Department of Health. NHS Bank Revenue Support for Capital Development from 2005/06. London: Department of Health, 2006. Available at https://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/0 3/26/04110326.pdf
111. Department of Health. Payment by Results Guidance 2007/08. London: Department of Health, 2006. Available at http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/14/16 /20/04141620.pdf
112. Department of Health. Resolution 61.17. Geneva: 61st World Health Assembly, 24 May 2008. Available at http://tinyurl.com/2woy4bg
113. Dever, A. (1991). Profile of a population with complex health problems. Austin, TX: Migrant Clinicians Network.
114. Devillanova C. Social networks, information and health care utilization: evidence from undocumented immigrants in Milan. J Health Econ. 2007;27(2):265–86.
115. Devillé W, Greacen T, Bogic M, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A et al. Health care for immigrants in Europe: is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. BMC Public Health. 2011;11:699.
116. Dias SF, Severo M, Barros H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. BMC Health Serv Res. 2008;8:207.

117. Dias ST, Gama A, Cortes M, de Sousa B. Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. Health Soc Care Community. 2011;19(5):514–21.
118. Diaz, J. O., Trotter, R. T., & Rivera, V A., Jr. (1989). The effects of migration on children: An ethnographic study State College, PA: Centra de Estudios Sobre la Migracion.
119. Dorn T, Ceelen M, Tang MJ, Browne JL, de Keijzer KJ, Buster MC et al. Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2011;11:190.
120. Duguet AM, Bévière B. Access to health care for illegal immigrants: a specific organisation in France. Eur J Health Law. 2011;18(1):27–35.
121. East Coast Migrant Health Project. (1996). Changes in the east coast migrant stream. Washington, DC: Author.
122. ENACT, „Лекари на света“, 2018 г. https://www.medecinsdumonde.org/en/countries/europe/bulgaria.(46)
123. European Commission. Charter of Fundamental Rights of the European Union Official Journal of the European Communities. 2000;C364/1. 132. NHS Scotland: fair for all. Edinburgh: Scottish Executive (http://www.sehd. scot.nhs.uk/publications/ffar/ffar1.pdf, accessed 29 July 2015).
124. Eurostat. EU-SILC cross sectional data and manuals: reference year 2012. Luxembourg: Eurostat; 2012.
125. Eurostat. Statistics in Focus: Citizens of European Countries Account for the Majority of the Foreign Population in the EU27 in 2008. Luxembourg: Eurostat, 2009.
126. Fakoya I, Reynolds R, Caswell G, Shiripinda I. Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe. HIV Med. 2008;9(Suppl 2):23–5.
127. Fernandes A, Miguel JP (eds.) Health and Migration in the EU: Better Health for All in an Inclusive Society. Lisbon: National Health Institute Doctor Ricardo Jorge, 2009. Available at: http://tinyurl.com/3652zwo
128. Filc D. Circles of exclusion: obstacles in access to health care services in Israel. Int J Health Serv. 2010;40(4):699–717.
129. FRAN Quarterly. Quarter 3, July–September 2014. Warsaw: FRONTEX; 2015 (http://frontex.europa.eu/assets/Publications/Risk_Analysis/FRAN_ Q3_2014.pdf, accessed 28 July).

130. Franzini L, Giannoni M. Determinants of health disparities in Italian regions. BMC Public Health. 2010;296:1–10.
131. Gagnon, A.J., Carnevale, F., Mehta, P. et al. Developing population interventions with migrant women for maternal-child health: a focused ethnography. BMC Public Health 13, 471 (2013).(47)
132. Gamsky, T. E., Health Protection Agency. Migrant Health. Infectious Diseases in non-UK Born Populations in England, Wales and Northern Ireland. A Baseline Report. London: Health Protection Agency, 2006.
133. Gamsky, T. E., Heldal E, Kuyvenhoven JV, Wares F, Migliori GB, Ditiu L, Fernandez de la Hoz K et al. Diagnosis and treatment of tuberculosis in undocumented migrants in low- or intermediate-incidence countries. Int J Tuberc Lung Dis. 2008;12(8):878–88.
134. García- García J-M, Blanquer R, Rodrigo T, Caylà JA, Caminero JA, Vidal R et al. Social, clinical and microbiological differential characteristics of tuberculosis among immigrants in Spain. PLoS One 2011;6(1):e16272.
135. General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York: United Nations, 1966.
136. Gerberich, S., Hellgren Z. Negotiating the boundaries of social membership: undocumented migrant claims-making in Sweden and Spain. J Ethn Migr Stud. 2014;40(8):1175–91.
137. Giannoni M, Franzini L, Masiero G, Ismail Z. Migrants policies and health and health care inequalities in the EU. Abstract book IHEA (International Health Economics Association) International Conference. Sidney; 2013.
138. Global Approach to Migration and Mobility, European Commission. https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/international-affairs/global-approach-to-migration_en.(48)
139. Global coalition calls for acceleration of access to universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/universal_ health_coverage/en/, accessed 21 July 2015).
140. Global forced displacement trends. 2010 (Annexes) UNHCR Statistical Yearbook". United Nations Convention Relating to the Status of Refugees. 2011. p. 73.(49)

141. Global forced displacement trends. 2011(Annexes) UNHCR Statistical Yearbook". United Nations Convention Relating to the Status of Refugees. 2012. p. 73.(50)
142. Global forced displacement trends. 2012 (Annexes) UNHCR Statistical Yearbook". United Nations Convention Relating to the Status of Refugees. 2013. p. 83.(51)
143. Global forced displacement trends. 2013 (Annexes) UNHCR Statistical Yearbook 2014". United Nations Convention Relating to the Status of Refugees. 2014. p. 83.(52)
144. Global forced displacement trends. 2015 (Annexes) UNHCR Statistical Yearbook 2014". United Nations Convention Relating to the Status of Refugees. 2015. p. 83.(53)
145. Global Migration Trends, IOM. https://www.iom.int/global-migration-trends.(56)
146. Global Trends 2009, UNHCR https://www.unhcr.org/4c11f0be9.html).(54)
147. Global Trends 2009, United Nations. https://www.unhcr.org/4c11f0be9.html.(57)
148. Global Trends 2016, Annex Table 1. United Nations Convention Relating to the Status of Refugees. p. 72. Retrieved 31 July 2017. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR) (19 June 2017).(55)
149. Goldsmith, M. Hernández-Quevedo C, Masseria C, Mossialos EA. Analysing the socio-economic determinants of health in Europe: new evidence from the EUSILC. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
150. Goldstein H. Multilevel statistical models. 4th ed. Chichester: Wiley; 2011.
151. Goossens MC, Depoorter AM. Contacts between general practitioners and migrants without a residence permit and the use of “urgent” medical care. Scand J Public Health. 2011;39(6):649–55.
152. Herman JL: Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. J Trauma Stress 1992; 5:377–391 Crossref.(162)
153. Higginbottom G, Reime B, Bharj K, Chowbey P, Ertan K, Foster-Boucher C et al. Migration and maternity: insights of context, health policy, and research evidence on experiences and outcomes from a three country preliminary study accross Germany, Canada, and the United Kingdom. Health Care Women Int. 2013;34(11):936–65.
154. Hollings J, Samuilova M, Petrova-Benedict R. Health, migration and border management: analysis and capacity-building at Europe’s borders. Int J Public Health. 2012;57:363–9.
155. Holzmann R, Koettl J, Chernetsky T. Portability Regimes of Pension and Health Care Benefits for International Migrants: An Analysis of Issues and Good Practices. Geneva:

Global Commission on International Migration, 2005. Available at http://www.gcim.org/attachements/TP2. pdf

156. House JS, Schoeni RF, Kaplan GA, Pollack H. The health effects of social and economic policy: the promise and challenge for research and policy. In: Schoeni RF, House JS, Kaplan GA, Pollack H, editors. Making Americans healthier: Social and economic policy as health policy. New York: Russell Sage; 2008. p. 3–26.
157. How homosexuality became a crime in the Middle East - The Economist. https://www.economist.com/open-future/2018/06/06/how-homosexuality-became-a-crime-in-the-middle-east?fbclid=IwAR1lqHRfPmOgZytS37mvfLC34rCbPuioEMSF_fLAL_mhNLGfbLUowfXdmrk.
158. HUMA Network. Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries: law and practice. Paris: Médecins du Monde France for the HUMA (Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers) Network; 2009 (http://www.episouth.org/doc/r_documents/Rapport_humanetwork.pdf, accessed 28 July).
159. HUMA Network. Are undocumented migrants and asylum seekers entitled to access health care in the EU? A comparative overview in 16 countries. Paris: Médecins du Monde France for the HUMA (Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers) Network; 2011 (http://www.epim.info/wpcontent/uploads/2011/02/HUMA-Publication-Comparative-Overview-16- Countries-2010.pdf, accessed 28 July).
160. Human Trafficking: The Government's Strategy. https://ec.europa.eu/anti-trafficking/sites/antitrafficking/files/human-trafficking-strategy_1.pdf.(174)
161. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997;38(1):21–37.
162. Ingleby D, Chimienti M, Hatziprokopiou P, Ormond M, De Freitas C. The role of health integration. In: Fonseca L, Malheiros J (eds). Social Integration and Mobility: Education, Housing and Health. IMISCOE Cluster B5 State of the art report. Lisbon: Centro de Estudos Geográficos, 2005.
163. International Organization for Migration. 2008 World Migration Report: Managing Labour Mobility in the Evolving Global Economy. Geneva: IOM, 2008.

164. International Organization for Migration. Migration and Health of Migrants. Venice: WHO, 2007.
165. International Organization for Migration. Migration Health: Better Health for All in Europe. Brussels: IOM, 2009. Available at: http://tinyurl.com/2v8v8ph
166. Jackson Y, Castillo S, Hammond P, Besson M, Brawand-Bron A, Urzola D et al. Metabolic, mental health, behavioral and socioeconomic characteristics of migrants with Chagas disease in a non-endemic country. Trop Med Int Health. 2012;17(5):595–603.
167. Jaeger FN, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. The health of migrant children in Switzerland, Int J Public Health. 2012;57:659–71.
168. Jaeger FN, Kiss L, Hossain M, Zimmerman C. Migrant-friendly hospitals: a paediatric perspective: improving hospital care for migrant children. BMC Health Serv Res. 2013;13:389.
169. Jensen NK, Nielsen SS, Krasnik A. Expert opinion on ”best practices“ in the delivery of health care services to immigrants in Denmark. Dan Med Bull. 2011;57(8):A4170.
170. Jensen NK, Norredam M, Draebel T, Bogic M, Priebe S, Krasnik A. Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? BMC Health Serv Res. 2011;11:154.
171. Jolivet A, Cadot E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, Chauvin P. Migrant health in French Guiana: are undocumented immigrants more vulnerable? BMC Public Health. 2012;12:53.
172. Kassar H, Dourgnon P. The big crossing: illegal boat migrants in the Mediterranean. Eur J Public Health. 2014;24(Suppl 1):11–15.
173. Kassar H, Marzouk D, Anwar WA, Lakhoua C, Hemminki K, Khyatti M. Emigration flows from North Africa to Europe. Eur J Public Health. 2014;24(Suppl 1):2–5.
174. Kawachi KG. U.S. State-level social capital and health-related quality of life: multilevel evidence of main, mediating, and modifying effects. Ann Epidemiol. 2007;17:258–69.
175. Keiswetter, Allen.The Arab Spring: Implications for US Policy and Interests. https://www.mei.edu/publications/arab-spring-implications-us-policy-and-interests.(195)
176. Keith L, LeVoy M, Vanbiervliet F. Health systems and services for undocumented migrants: developments in Spain and Sweden. Eurohealth. 2014;20(4):15–8 (http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL20No4/ EH20.4-WEB-Version-16Dec14.pdf, accessed 28 July).

177. Keygnaert I, Dialmy A, Manço A, Keygnaert J, Vettenburg N, Roelens K et al. Sexual violence and sub-Saharan migrants in Morocco: a community-based participatory assessment using respondent driven sampling. Global Health. 2014;10:32.
178. Keygnaert I, Guieu A, Ooms G, Vettenburg N, Temmerman M, Roelens K. Sexual and reproductive health of migrants: does the EU care? Health Policy. 2013;114(2,3):215–25.
179. Keygnaert I, Vettenburg N, Temmerman M. Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. Cult Health Sex. 2012;14(5):505–20.
180. Kluge U, Bogic M, Devillé W, Greacen T, Dauvrin M, Dias S et al. Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. Eur Psychiatry. 2012;27(Suppl 2):S56–62.
181. Knapp M, McDaid D. Funding and Resourcing Mental Health in Europe. In: Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G (eds). Mental Health Policy and Practice Across Europe. Buckingham: Open University Press, 2007.
182. Knapp M, McDaid D. The Mental Health Economics European Network. Journal of Mental Health 2007;16(2):157–66.
183. Kraler A, Reichel D. Measuring irregular migration and population flows: what available data can tell. Int Migr. 2011;49(5):97–128.
184. Laczko F. New directions for migration policy in Europe. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2002;357(1420):599–608.
185. Larchanché S. Intangible obstacles: health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. Soc Sci Med. 2012;74(6):858–63.
186. Learning to live together: migrant/migration. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2015 (http://www.unesco.org/new/ en/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/ migrant/, accessed 21 July 2017).
187. Lindert J, Ehrenstein S, Priebe S, et al.: Depression and anxiety in labor migrants and refugees: a systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med 2009; 69:246–257 Crossref.
188. Lorant V, Bhopal RS. Comparing policies to tackle ethnic inequalities in health: Belgium 1 Scotland 4. Eur J Public Health. 2012;21(2):235–40.

189. MacFarlane A, O'Reilly-de Brún M, de Brún T, Dowrick C, O'Donnell C, Mair F et al. Healthcare for migrants, participatory health research and implementation science: better health policy and practice through inclusion. The RESTORE project. Eur J Gen Pract. 2014;20:148–52.
190. Malmusi D. Immigrants' health and health inequality by type of integration policies in European countries. Eur J Public Health. 2014;(17 sept): 1–7.
191. Mapping Report on Legal Frameworks and Assistance Available to Migrant Victims of Sexual and Gender-Based Violence (SGBV), MOM, 2019 г. http://iom.bg/sites/default/files/PROTECT_MAPPING%20REPORT_FINAL.pdf.(233)
192. Marmot M, Allen J. Social determinants of health equity. Am J Public Health. 2014;104(S4):S517–9.
193. Maroukis T, Iglicka K, Gmaj K. Irregular migration and informal economy in southern and central-eastern Europe: breaking the vicious cycle? Int Migr. 2011;49(5):129–56.
194. Migration and health: key issues, WHO. http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues.(242)
195. MIPEX. Migrant Integration Policy Index (http://www.mipex.eu, accessed 29 July 2015).
196. Mladovsky P, Ingleby D, McKee M, Rechel B. Good practices in migrant health: the European experience. Clin Med. 2012;12(3):248–52.
197. Mossialos, Elias & Dixon, Anna & Figueras, Josep & Kutzin, S. (2002). Funding Health Care: Options for Europe.(251)
198. Mukomel V. Integration of migrants: Russian Federation. Florence: Robert Schuman Centre for Advanced Studies, European University Institute; 2013 (CARIM-East RR 2013/02) (http://www.carim-east.eu/media/CARIMEast-RR-2013-02.pdf, accessed 28 July 2015).
199. Norredam M. Migrants' access to healthcare. Dan Med Bull. 2011;58(10):B439.
200. November infringements package: key decisions, Европейска комисия, MEMO/18/6247, 8 ноември 2018 г. https://bit.ly/2RETZfR.(258)
201. O'Connell Davidson, J. (2011). Moving children? Child trafficking, child migration, and child rights. Critical Social Policy, 31(3), 454–477. https://doi.org/10.1177/0261018311405014.(259)

202. Pace P. Migration and the Right to Health: A Review of International Law. International Migration Law Series No.19. Geneva: IOM, 2009. http://publications. iom.int/bookstore/free/IML_19.pdf
203. Pace-Asciak A, Mamo J, Calleja N. Tuberculosis among undocumented boat migrants to Malta: implications for a migrant tuberculosis policy. Int J Tuberc Lung Dis. 2013;17(8):1065–70.
204. Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
205. Priebe S, Matanov A, Barros H, Canavan R, Gabor E, Greacen T et al. Mental health-care provision for marginalized groups across Europe: findings from the PROMO study. Eur J Public Health. 2012;23(1):97–103.
206. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC; F2018, ISBN 978-92-9498-280-3, European Centre for Disease Prevention and Control.(272)
207. Push and pull factors affecting children in migration. https://www.unicef-irc.org/article/1382-push-and-pull-factors-affecting-children-in-migration.html.(273)
208. Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M, editors. Migration and health in the European Union. Mc Graw Hill: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
209. Reporting guidelines. Brussels: Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (http://picum.org/en/press-room/guidelines-forjournalists/, accessed 21 July 2015).
210. Review of GBV Services in Bulgaria Available for Migrants and Asylum Seekers"; UNICEF Bulgaria; 2018; p. 19.(279)
211. Rondet C, Cornet P, Kaoutar B, Lebas J, Chauvin P. Depression prevalence and primary care among vulnerable patients at a free outpatient clinic in Paris, France, in 2010: results of a cross-sectional survey. BMC Fam Pract. 2013;14:151.
212. Rumbach J, Knight K: Sexual and gender minorities in humanitarian emergencies, in Issues of Gender and Sexual Orientation in Humanitarian Emergencies. Edited by Roeder LW, Jr. New York, Springer, 2014, pp 33–74 Crossref.(283)

213. Sandhu S, Bjerre NV, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, Greacen T et al. Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;48(1):105–16.
214. Schierup C-U, Hansen P, Castles S. Migration, Citizenship, and the European Welfare State: A European Dilemma. Oxford: Oxford University Press, 2006
215. Schoevers MA, Loeffen MJ, van den Muijsenbergh ME, Lagro-Janssen AL. Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands. Int J Public Health. 2010;55(5):421–8.
216. Sebo P, Jackson Y, Haller DM, Gaspoz JM, Wolff H. Sexual and reproductive health behaviors of undocumented migrants in Geneva: a cross sectional study. J Immigr Minor Health. 2011;13:510–17.
217. Sexual and gender-based violence - prevention and response, UNHCR. https://emergency.unhcr.org/entry/60283/sexual-and-gender-based-violence-sgbv-prevention-and-response?fbclid=IwAR1sAIjb8tDjsIk9ipoJS0v7n9UvyvNQJoaV5rtreUIicY3Q208f5fXrPRo. (292)
218. Straßmayr C, Matanov A, Priebe S, Barros H, Canavan R, Díaz-Olalla JM et al. Mental health care for irregular migrants in Europe: barriers and how they are overcome. BMC Public Health. 2012;12:367.
219. Syrian Arab Republic: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage, WHO.(302)
220. Tabak S, Levitan R: LGBTI migrants in immigration detention. Forced Migration Review, 2013; 42:47–49.(303)
221. Terminski B. Realizing the right to health of undocumented immigrants in Europe: legal and social challenges. In: Proceedings of the 13th World Congress on Public Health, April 23–27 2012. Bologna: Monduzzi Editore; 2013:463–79.
222. The year of Europe's refugee crisis, United Nations. 2015. https://www.unhcr.org/news/stories/2015/12/56ec1ebde/2015-year-europes-refugee-crisis.html.(306)
223. Trauma Center for Children and Families, Фондация „Асоциация Анимус" – 2013 – 2016 г. https://animusassociation.org/en/programs-and-services/.(308)

224. van Ginneken E. Health care access for undocumented migrants in Europe leaves much to be desired. Eurohealth. 2014;20(4):11–14.
225. Villanueva SD, Puelma M, Krähenbühl J, Gehri M. The health status of children without a resident permit consulting the Children's Hospital of Lausanne. Swiss Med Wkly. 2010;140:w13048.
226. Viruell-Fuentes EA, Miranda PY, Sawsan A. More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. Soc Sci Med. 2012;75:209–2106.
227. World Health Organization and International Organization for Migration. Health of Migrants – The Way Forward. Geneva: WHO, 2010. Available at http://tinyurl.com/36l94wv
228. World Health Organization. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
229. Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. Eur J Public Health. 2013;23(2):206–10.

IX. ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Въпросник за проучване на здравното състояние на лица, търсещи международна закрила и мигранти

1. **Възраст**.....

2. Пол.....

а) мъж б) жена в) друг

3. Държава.....

4. Образование

а) без образование б) начално в) основно г) средно д) висше

5. Как оценявате общото си здравно състояние в момента?

а) много добро б) добро в) задоволително г) лошо

6. **Влоши ли се здравето Ви в резултат на миграцията**?

а) да, сега е много по-лошо б) да, сега е малко по-лошо в) не се е променило

7. **Страдате ли от някакво хронично заболяване**?

а) да б) не в) не знам

Ако отговорът на въпроса е б) или в) преминете на въпрос 11.

8. Ако страдате от хронично заболяване, посочете какво е то?

……

9. Имате ли достъп до лекарствата, които са необходими за лечение на хроничното Ви заболяване?

а) да, имам достъп до лекарства б) не, нямам достъп

10. Тук в България, консултиран ли сте с лекар-специалист по повод на хроничното заболяване?

а) да, консултиран съм б) не, не съм консултиран

11. Колко деца имате?

а) нямам деца б) едно в) две г) три д) повече от три

Ако отговорът на въпроса е а) преминете на въпрос 15.

12. Колко от децата Ви са под 18-годишна възраст?……

13. Знаете ли дали на децата Ви, които са под 18-годишна възраст, са поставени всички необходими имунизации?

а) да, знам б) не, не знам

14. Откакто сте в България, поставяни ли са някакви ваксини на децата Ви под 18-годишна възраст?

а) да, ваксинираха ги б) не, не са ги ваксинирали в) не знам

15. През последната година колко пъти сте боледували?

а) 1 път б) 2 пъти в) 3 пъти г) повече от 3 пъти д) не съм боледувал

Ако отговорът на въпроса е д) преминете на въпрос 17.

16.* От какво сте боледували през последната една година? *(възможни са повече отговори)

а) от остро заболяване (напр. грип, настинка, инфекциозна болест и т.н.)
б) от хронично заболяване (напр. астма, хроничен бронхит, хипертония, диабет и др.)
в) друго……

17. През последната година колко пъти сте говорили с лекар за Вашето здраве?

а) 1 път б) 2 пъти в) 3 пъти г) повече от 3 пъти д) не съм говорил

18. Смятате ли, че получавате здравното обслужване, от което се нуждаете?

а) да б) не в) не мога да преценя

19. Смятате ли, че търсещите закрила (бежанците), които се нуждаят от лекарска помощ, я получават навреме?

а) да, помощта е навременна б) не е навременна в) не мога да преценя

20. Ползвали ли ли сте здравна помощ извън Центъра за настаняване по своя инициатива?

а) да б) не

21. Имате ли личен лекар в България?

а) да, имам б) не, нямам в) не зная

22. Имате ли доверие на българските лекари като цяло?

а) да, имам б) не, нямам в) не мога да преценя

23. Как оценявате като цяло отношението на българските здравни работници към Вас?

а) отлично б) много добро в) добро г)задоволително д) лошо

24. Затруднено ли е общуването ви с медицинските работници заради езиковата бариера?

а) да, затруднено е много б) да, затруднено е отчасти в) не, не е затруднено

25. Според Вас подготвени ли са българските лекари и здравни професионалисти да работят с бежанци?

а) да, напълно са подготвени б)да, отчасти са подготвени в) не са подготвени

26. Според Вас, осигурено ли е правото Ви на здраве и медицинска помощ по време на престоя в България?

а) напълно е осигурено б) отчасти е осигурено в) не е осигурено

27. Ползвали ли сте здравна помощ в друга държава по път към България?

а) да б) не

28. Ако да, как оценявате качеството на получената там медицинска помощ?

а) много добро б) добро в) задоволително г) лошо

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Въпросник за лекари и специалисти по здравни грижи

1. **Вие работите в** *(моля посочете вида, наименование и местонахождение на лечебно заведение)*
   ……

2. **Някога обслужвали ли сте лица, които са бежанци, мигранти или търсещи закрила?**
   1) да, често 3) не помня
   2) да, но рядко 4) не, не съм

3. **Считате ли, че сте подготвени да работите с бежанци при необходимост?**
   1) да, напълно подготвен/а 3) не съм подготвен/а
   2) да, но отчасти подготвен/а 4) не мога да преценя

4. **Бихте ли преминали специална подготовка за работа с бежанци?**
   1) да, специализирана професионална подготовка 3) да, езикова подготовка
   2) да, специализирана културна подготовка 4) не, не бих

5. **В бъдеще бихте ли приели за свои пациенти, хора, които са бежанци?**
   1) по-скоро да 3) по-скоро не
   2) колебая се 4) категорично не

6. **Според вас необходимо ли е да се прилага структурирана оценка на здравето на бежанците при пристигането им в страната?**
   1) Да, необходимо е
   2) Не е необходимо (Преминете към въпрос 8)
   3) Не мога да преценя (Преминете към въпрос 8)

7. **Какво трябва да включва структурираната здравна оценка на бежанците според вас?**
   1) Цялостна оценка на здравето, вкл. състояние на наличните известни хронични болести.
   2) Оценка само за инфекциозни болести и паразитози.
   3) Оценка и на специфичните здравни нужди при деца, жени, хора с увреждания и стари хора.
   4) Друго……

8. **Трябва ли българската държава да отделя финансов ресурс за ваксиране на деца и други уязвими групи сред бежанците?**
   1) Да, трябва за всички преминаващи деца 3) Не, не трябва
   2) Да, трябва за всички, които остават в страната 4) Не мога да преценя

9. **Необходимо ли е да се събира в лично здравно досие информацията за здравето на бежанците?**

1) Да, необходимо е за всички 3) Не е необходимо
2) Да, но само за децата и бременните жени 4) Не мога да преценя

10. Смятате ли, че работата ви с бежанци би попречила по някакъв начин на работата ви с другите пациенти?
а) да б) не

11. Смятате ли, че работата ви с бежанци крие някакви рискове за вас?
а) да б) не в) не мога да преценя

12. Според Вас какви могат да бъдат рисковете за общественото здраве в резултат на миграционната вълна? *(Възможни са повече отговори)*
1. Риск от епидемични взривове от обичайни инфекциозни заболявания
2. Риск от епидемии от екзотични инфекциозни заболявания
3. Риск от паразитози
4. Риск от изчерпване на ресурсите на здравната система
5. Друго……

13. Смятате ли, че системата на здравеопазване в страната е подготвена за реакции при кризи и нови рискове, свързани с бежанските потоци към Европа?
а) да, напълно е подготвена б) да, отчасти е подготвена в) не е подготвена

14. Според Вас какво трябва да се подобри, за да отговори здравеопазването в България по-добре на предизвикателствата на евентуална нова бежанска вълна?
……

15. Кои според Вас биха били най-честите проблеми, които ще срещате в ежедневната си професионална работа с бежанци?
а) трудно сътрудничество с останалата част на здравната мрежа
б) липса на преводачи и трудна комуникация
в) липса на специализирана подготовка и методична помощ
г) културни различия
д) друго……

16. Вашият пол е: 1) Мъж 2) Жена

17. Вашата възраст:…….. години

18. Каква е Вашата професия?
а) лекар б) медицинска сестра/акушерка в) фелдшер/ парамедик
г) друга…….....

19. От колко години практикувате професията си?
……

20. Ако сте лекар, каква е Вашата специалност?……

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Въпросник за стажант-лекари

1. **Вие работите в** *(моля посочете наименование и местонахождение)* …….

2. **Някога обслужвали ли сте лица, които са бежанци, мигранти или търсещи закрила?**
   а) да, често в) не помня
   б) да, но рядко г) не, не съм

3. **Бихте ли преминали специална подготовка за работа с мигранти?**
   а) да, специализирана професионална подготовка
   б) да, специализирана културна подготовка
   в) да, езикова подготовка
   г) не, не бих

4. **В бъдеще бихте ли приели за свои пациенти, хора, които са мигранти?**
   а) по-скоро да в) по-скоро не
   б) колебая се г) категорично не

5. **Смятате ли, че работата ви с мигранти би попречила по някакъв начин на работата ви с другите пациенти?**
   а) да б) не

6. **Смятате ли, че работата ви с мигранти крие някакви рискове за вас?**
   а) да б) не в) не мога да преценя

7. **Според Вас какви могат да бъдат рисковете за общественото здраве в резултат на миграционната вълна?** *(Възможни са повече отговори)*
   а) Риск от епидемични взривове от обичайни инфекциозни заболявания
   б) Риск от епидемии от екзотични инфекциозни заболявания
   в) Риск от паразитози
   г) Риск от изчерпване на ресурсите на здравната система
   д) Друго……

8. **Смятате ли, че системата на здравеопазване в страната е подготвена за реакции при кризи и нови рискове, свързани с бежанските и мигрантски потоци към Европа?**
   а) да, напълно е подготвена б) да, отчасти е подготвена в) не е подготвена

9. **Според Вас какво трябва да се подобри, за да отговори здравеопазването в България по-добре на предизвикателствата на евентуална нова бежанска вълна?**

……

10. **Кои според Вас биха били най-честите проблеми, които ще срещате в ежедневната си професионална работа с мигранти?**
    а) трудно сътрудничество с останалата част на здравната мрежа
    б) липса на преводачи и трудна комуникация
    в) липса на специализирана подготовка и методична помощ
    г) културни различия
    д) друго…….

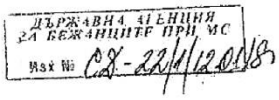
11. **Как оценявате нагласите и отношението на обществото към бежанците, мигрантите и търсещите закрила?**
    а) по-скоро добро б) неутрално в) по-скоро лошо г) не мога да преценя

12. **Вашата възраст е:** …….години

13. **Вашият пол е: а) мъж б) жена**

14. **Населено място на произход: ……**

ПРИЛОЖЕНИЕ 4



ДО
ДИРЕКТОРИТЕ В
ТЕРИТОРИАЛНИТЕ ПОДЕЛЕНИЯ НА
ДЪРЖАВНАТА АГЕНЦИЯ ЗА
БЕЖАНЦИТЕ ПРИ
МИНИСТЕРСКИ СЪВЕТ

ОТНОСНО: *Указание за предприемане на мерки при случаи на заразни инфекциозни болести.*

УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ,

Инфекциозните болести се предизвикват от различни болестотворни организми, заразни са, предават се по различен начин и имат потенциал да обхващат в кратки срокове значителни групи. Основна характеристика на инфекциозните болести е социалната им значимост.

Съгласно правната уредба всеки чужденец търсещ международна закрила настанен в центровете на ДАБ при МС има право:

- ✓ Да получи своевременна, достатъчна и качествена медицинска помощ независимо от неговата възраст, етническа принадлежност, религиозни убеждения, културно равнище, увреждане, вид и причина на заболяването;
- ✓ Да бъде информиран за диагнозата и характера на заболяването, разумни алтернативи, очаквани резултати и прогноза, потенциални рискове, свързани с предлаганите диагностично – лечебни методи, включително странични ефекти, нежелани лекарствени реакции, болка и други неудобства, риск за здравето при прилагане на други методи на лечение или при отказ от лечение;
- ✓ Когато болният е в състояние, ограничаващо възможностите му за разбиране на информация за състоянието му, или когато от медицинска гледна точка е нежелателно да се даде такава информация, тя се предоставя на съпруг/а/ неговия родител/и/; определения представител по чл. 25 от ЗУБ, настойник, попечител и на социалния работник от ДАБ при МС.

Във връзка с гореизложеното,

Директорите на териториалните поделения създават организация за изпълнение на следните дейности:

- ➢ Всеки медицински специалист, открил случай (възможен случай, вероятен случай, потвърден случай) от заразно заболяване, включен в списъка за задължителна регистрация, съобщаване и отчет на заразните болести по чл. 2 от Наредба № 21 от 18.07.2005 г. за реда за регистрация, съобщаване и

отчет на заразните болести (Наредбата) **е длъжен** да съобщи за това незабавно по телефон и електронна поща на директора на РПЦ и директора на дирекция „Социална дейност и адаптация". Официален писмен доклад от директора на териториалното поделение до председателя на ДАБ при МС следва да бъде изпратен в срок до 24 часа от откриването/установяването на случая от медицинския специалист;

- В 3-дневен срок от получаване на настоящото указание директорите осигуряват редовното водене на Книга за регистриране на заразните болести по образец (Книгата) – приложение № 4 на чл.5, ал. 1 от Наредбата, като Книгата е пронумерована, прошнурована и подпечатана с печата на съответното РПЦ;
- Директорите на РПЦ определят/потвърждават със заповед медицински служител, който ще отговаря за регистрацията и ще води Книгата съгласно Правилата в Приложение 5 към чл.5, ал. 2 на Наредбата;
- Медицинският специалист регистрира случая в Книгата;
- Директорът или определен от него ръководен служител след откриване и регистриране на инфекциозното заболяване, в срок до 24 часа, съобщава на РЗИ, на чиято територия е открит случаят и на общопрактикуващия лекар;
- Съобщаването на заразната болест се извършва с *Бързо известие* по образец, съгласно Приложение № 6 на чл.8, ал. 1 от Наредбата, по телефон и електронна поща, попълнено от медицинския специалист в съответното РЗИ;
- Медицинските специалисти, отговарящи за регистриране на лицата, издирват и определят контактните лица на заболелите, провеждат активно наблюдение на здравословното им състояние. В рамките на един инкубационен период – 21 дни отразяват състоянието им в журнал за контактни на ОЗБ, уч. форма 61.
- Медицинските специалисти от РПЦ два пъти месечно организират провеждането на здравни беседи за здравно-просветна дейност на пребиваващите в съответния център, търсещи международна закрила лица, относно заразните заболявания от Списъка за заразните и паразитни болести, които подлежат на регистрация, съобщаване и отчет. На тримесечие разработват и предлагат на директора на РПЦ план за утвърждаване на темите.

Настоящите указания да се сведат до знанието на медицинските специалисти от РПЦ, социалните експерти, социални работници, директорите на РПЦ и ТЦ, директора на Д СДА, главен секретар, за сведение и изпълнение.

Приложение: Наредба № 21 от 18 юли 2005 г. за реда за регистрация,съобщаване и отчет на заразните болести с приложените образци.

МИНИСТЕРСКИ СЪВЕТ ДЪРЖАВНА АГЕНЦИЯ ЗА БЕЖАНЦИТЕ

ПЕТЯ ПЪРВАНОВА
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА
ДЪРЖАВНАТА АГЕНЦИЯ ЗА БЕЖАНЦИТЕ
ПРИ МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

ДЪРЖАВНА АГЕНЦИЯ
ЗА БЕЖАНЦИТЕ ПРИ МС
Вх. № 64-524 23.10.18

ДО
ДИРЕКТОРИТЕ В
ТЕРИТОРИАЛНИТЕ ПОДЕЛЕНИЯ НА
ДЪРЖАВНАТА АГЕНЦИЯ ЗА
БЕЖАНЦИТЕ ПРИ
МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ

ОТНОСНО: *Указание за уеднаквяване практиката в здравните кабинети на ДАБ при МС*

Във връзка с дейността на здравните кабинети в Териториалните поделения на ДАБ при МС указвам, директорите на териториалните поделения да организират изпълнение и да следят за следното:

1. Оборудване и документация в здравните кабинети:

- Здравният кабинет е обзаведен съгласно *Приложение № 1* към настоящите указания;
- Здравният кабинет се оборудва със специален шкаф за оказване на спешна помощ с лекарства и инструментариум съгласно *Приложение № 2* към настоящите указания;
- В здравния кабинет се води задължително необходимата документация съгласно *Приложение № 3* към настоящите указания;
- В здравния кабинет задължително на видно място е поставено удостоверението от Регионалната здравна инспекция, удостоверяваща, че обектът е вписан като обект с обществено предназначение в *Публичния регистър към РЗИ;*
- Определени от директорите на РПЦ – служители с медицинско образование водят *Амбулаторен дневник* (уч.форма № 74 на МЗ) - *Приложение 3.1* към настоящите указания. Амбулаторният дневник е прономерован, прошнурован и подпечатан с печата на съответното териториално поделение (ТП);
- Служителите от здравите кабинети водят *Тетрадка манипулации - Приложение 3.2* към настоящите указания. Тетрадката е прономерована, прошнурована и подпечатана с печата на съответното ТП;

- Служителите от здравите кабинети водят *Тетрадка за положителни резултати - Приложение 3.3* към настоящите указания. Тетрадката е прошнурована, прономерована и подпечатана с печата на съответното ТП;

- За всяко търсещо международна закрила лице се попълва медицинска карта, *Приложение 4* към настоящите указания.

2. Служителите от здравните кабинети следят за задължителните планови имунизации и реимунизации, включени в *Националния имунизационен календар на Република България*, за спазването на реда, условията и сроковете, определени от министъра на здравеопазването.

3. Медицинската документация се съхранява в здравния кабинет за срок от 3 години от определен от директора на ТП служител с медицинско образование.

4. Служителите от здравните кабинети изготвят - въз основа на данните от медицинските карти, анализ на здравното състояние през предходната календарна година на обслужваните търсещи международна закрила лица в срок до 31 януари на всяка година и го представят на директора на дирекция „Социална дейност и адаптация“ чрез директора на ТП.

Настоящите указания да се сведат до знанието на служителите от здравните кабинети в териториалните поделения, социалните експерти, социалните работници, директорите на РПЦ и ТЦ, директора на дирекция ФСД, директора на дирекция УСОП, директора на дирекция СДА и главния секретар, за сведение и изпълнение.

Контрол по изпълнение за указанията да се осъществява от заместник-председателя на ДАБ при МС, отговарящ за социалната дейност.

МИНИСТЕРСКИ СЪВЕТ ДЪРЖАВНА АГЕНЦИЯ ЗА БЕЖАНЦИТЕ

ПЕТЯ ПЪРВАНОВА
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА
ДЪРЖАВНАТА АГЕНЦИЯ ЗА БЕЖАНЦИТЕ
ПРИ МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ

Приложение №1

Утвърдил:.....

Директор на „РПЦ-София“

020г./

ЗДРАВНИ БЕСЕДИ

ЯНУАРИ – МАРТ 2020Г.

ДАТА	ТЕМА	ЧАС	ЕЗИКОВА ГРУПА
09.01.2020г.	Женско здраве.	10:30ч.	френскоговорящи
23.01.2020г.	Остри респираторни заболявания – Грип.	10:30ч.	арабоговорящи
11.02.2020г.	ОИЗ – Рубеола.	14:00ч.	арабоговорящи
27.02.2020г.	ОИЗ – Морбили.	10:30ч.	арабоговорящи
09.03.2020г.	Болести предавани по полов път.	14:00ч.	френскоговорящи
24.03.2020г.	ТВС	14:00ч.	арабоговорящи

Изготви[illegible]

Приложение №2

Утвърдил :.....



ІЦ - Харманли

Здравни беседи

Януари – Март 2020 г.

Дата	Тема	Час	Езикова група
14.01.20г.	Остри вирусни инфекции. Грип	16 до 17 ч	Арабска
29.01.20г.	Остри вирусни инфекции. Грип.	16 до 17ч.	Афганистанска
06.02.20г.	Информация за новият коронавирус.Начин на зараза и предпазни мерки.	16 до17 ч.	Арабска
20.02.20г.	Информация за новият коронавирус. Начин на зараза и предпазни мерки.	16 до 17 ч.	Афганистанска
12.03.20г.	Контрол на телесна температура. Начини на измерване.	16 до 17 ч.	Арабска
25.03.20г.	Контрол на телесна температура. Начини на измерване.	16 до 17 ч.	Афганистанска

Изготвил:…

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Приложение № 3

1. Амбулаторен дневник - уч. Форма №74 на МЗ за вписване на цялата информация относно амбулаторния преглед на всеки пациент с отразяване на отпуснатите и приложени лекарствени продукти

№ по ред	Дата	Трите имена и ЛНЧ	Възраст	Местоживеене (сграда и/или етаж и стая №)	Диагноза	Уточнена	Забележка / Отпуснати и приложени лекарствени продукти	Подпис на пациента	ОТПУСНАТИ И ПРИЛОЖЕНИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ЗА МЕСЕЦ ..... лекарствен продукт / бр., количество	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

2. Тетрадка манипулации;

№ по ред	Дата	Трите имена и ЛНЧ	Държава на произход	Извършена манипулация
1	2	3	4	5

3. Тетрадка за положителни резултати;

№ по ред	Дата	Трите имена и ЛНЧ	Държава на произход	Местоживеене (сграда и/или етаж и стая №)	Диагноза	Терапия	Дата на назначаване на терапията
1	2	3	4	5	6	7	8

5

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Приложение № 4

2. Медицинска карта;

ДЪРЖАВНА АГЕНЦИЯ ЗА БЕЖАНЦИТЕ

ПРИ МИНИСТЕРСКИЯ СЪВЕТ

МЕДИЦИНСКА КАРТА

На пациент ..... мъж/жена

Дата на раждане .....г. Държава .....

Гр./с./.....,ул .....

ЛНЧ .....Регистриран на .....

Деца .....

.....

.....

.....

Предварителна диагноза .....

.....

Резултати от задължителни изследвания .....

HIV.....

W-S .....

Чр. п-ти.....

Чр.н.во.....

Malaria.....

Дата на преглед.....г.

Диагноза .....

Къде е лекуван пациента .....

Резултат от лечението .....

Необходимост от допълнителни манипулации / лечение

(физиотерапия, рехабилитация, кинезитерапия и др.):

.....

.....

6

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

Приложение: № 1

Обзавеждане на здравен кабинет

Умивалня с топла и студена вода - 1 бр.
Медицински шкаф за инструментариум – 1 бр.
Медицинска масичка – манипулационна – 1 бр.
Шкаф за лекарства за спешна медицинска помощ – 1 бр.
Чанта лекарска за спешна помощ – 1 бр.
Апарат за кръвно налягане – 1бр.
Лекарски слушалки – 1 бр.
Барабан за стерилни материали, голям и среден – 2 бр.
Ножица хирургическа права – 1 бр.
Пинсета хирургическа – 3 бр.
Кохер – 2 бр.
Шпатули металически -10 бр.
Чашки за лекарства – 5 бр.
Чашки за промиване на очи – 2 бр.
Есмархова тръба – 2 бр.
Легенче бъбрекавидно – 2 бр.
Спринцовки и игли за еднократна употреба - / 2.5 и 10 сс/ - по 10 бр.
Гутатори – 5 бр.
Лекарствена кушетка – 1 бр.
Бюро и стол – 1 бр.
Медицинска теглилка и ръстомер – по 1 бр.
Мека сантиметрова лента – 1 бр.
Хладилник – 1 бр.

Приложение № 2

Лекарства за оказване на първа помощ при спешни състояния

Атропин - 5 бр.
Адреналин 2 сс 1/1000 амп – 5 бр.
Аналгин 2 сс амп. – 20 бр.
Атаракс – 10 бр.
Витамин С 5 сс амп – 15 бр.
Глюкоза 5 % и 10 % - по 5 бр.
Натриум броматум 5 сс амп- 5 бр.
Калциумглюконатум 10 сс амп – 15 бр.
Урбазон 8 и 20 мг. амп. 40 и 80 мг. – по 5 бр.
Салбутамол шпрей – 2 бр.
Алергозан табл. – 1 опак.
Алергозан амп. 1 % 2 сс -10 бр.
Карбо медициналис 25 г. – 3 бр.
Манг.сулфурикум 30г. – 5 бр.
Дефламол 18 г. туба – 1 бр.
УНГ. немибацини – 2 бр.
Спазмалгон табл.- 1 опаковка
Спазмалгон – амп. – 10 бр.

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

