МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“

МОМЧИЛ КОСТОВ БАЕВ

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

АВТОРЕФЕРАТ

НА 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

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм

Проф. д-р Мария Стойкова Братойчева, дм

София, 2020 г.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за защита от разширен катедрен съвет на катедра „Социална медицина“ при Факултет по обществено здраве на Медицински университет – София.

Дисертационният труд съдържа 199 страници и е онагледен с 12 таблици, 48 фигури и 10 приложения. Библиографската справка включва 229 заглавия, от които 38 са на кирилица и 191 на латиница.

Научно жури:

Вътрешни членове:

1. Проф. д-р Ралица Златанова Златанова-Великова, дм. – от академичния състав на Медицински университет – София.
2. Проф. д-р Красимир Стоянов Визев, дмн - от академичния състав на Медицински университет – София.

Външни членове:

1. Проф. д-р Мария Атанасова Семерджиева-Филипова, дм – външен член за Медицински университет – София, Декан на Факултет по обществено здраве при Медицински университет - Пловдив.
2. Проф. д-р Мария Стойкова Братойчева, дм - външен член за Медицински университет – София, Медицински университет – Пловдив.
3. Проф. д-р Юлияна Крумова Маринова, дм - външен член за Медицински университет – София, Медицински факултет при Тракийски университет – Стара Загора.

Резервни членове:

1. Проф. д-р Лидия Младенова Георгиева, дм - от академичния състав на Медицински университет – София.
2. Проф. Донка Димитрова Димитрова, дм – външен член за Медицински университет – София.

Публичната защита ще се проведе на 27 октомври 2020 г. от 13 часа във Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, ул. Бяло море 8, град София.

СЪДЪРЖАНИЕ

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ВЪВЕДЕНИЕ……...8

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.

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 2017-18 г.

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

2.1. Обект, предмет, време и място на проучването……..…11

2.2. Материали и методи ……12

2.3. Изследвани групи лица……....17

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. Анализ на европейски и национални политически документи…….…….....19

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 България……...23

3.3. Проучване на здравното състояние, здравните потребности и оценките относно получаваната здравна помощ на лица, търсещи закрила. ……29

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…….....35

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…….39

3.6. Предложение за концептуален модел за подготовка и реакция на системата на здравеопазване в условията на бежанска криза……....41

IV. ИЗВОДИ……..45

V. ПРЕПОРЪКИ……..48

VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ…….51

VII. ПРИНОСИ ……...……....53

VIII. СПИСЪК НА НАУЧНИТЕ ПУБЛИКАЦИИ…….....54

IX. ПРИЛОЖЕНИЕ 11..……...……..55

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.

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.

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.

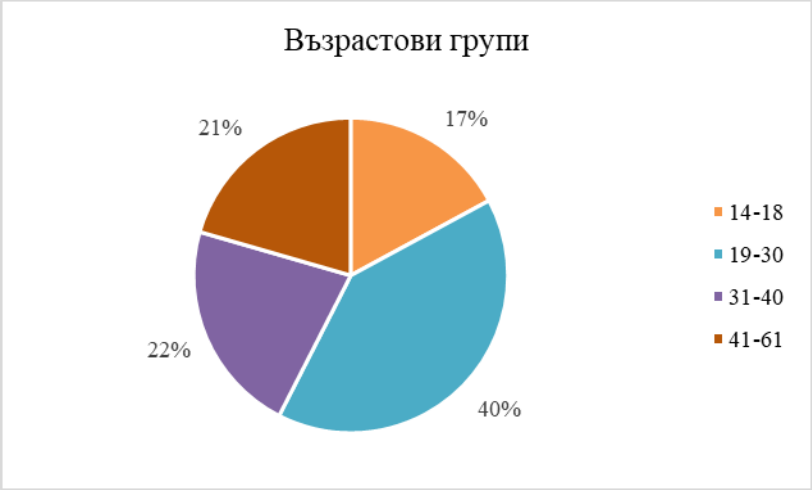
В **Проучване III** първичната информация е събрана от стажант-лекарите с помощта на въпросник с 14 въпроса (**Приложение 3**). В голяма степен съдържанието на въпросите към стажант-лекарите се покрива с това на въпросите към лекарите и ПЗГ, за да могат да бъдат сравнени отговорите на двете групи. Анкетната 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 1. 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.

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

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.

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.

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.

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).

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).

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.

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.

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].

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.

Сътрудничество с други ЛЗ

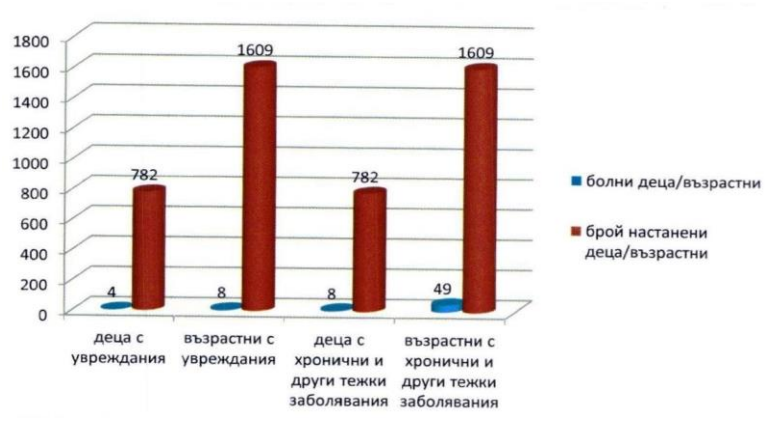
През 2017 г. ДАБ при МС е подписала Споразумение за сътрудничество с Медицинския институт на МВР, чийто срок е удължен до май 2020 г. В изпълнение на Споразумението за сътрудничество между ДАБ и Медицинския институт на МВР, са организирани специализирани медицински прегледи на търсещите международна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

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.



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

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].

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.

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).

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 3 и Приложение 4).**

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.

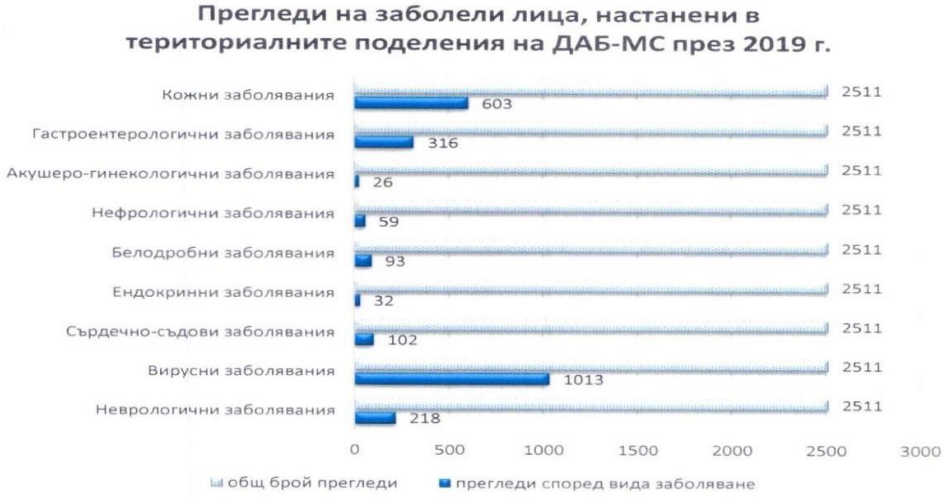
Медицинските досиета на настанените чужденци в ТП на ДАБ съдържат медицинска карта и копия на налични медицински документи. В здравния кабинет се води задължително необходимата документация, съгласно разпоредбите на МЗ. Документацията съдържа Амбулаторен дневник, Тетрадка манипулации и Тетрадка за положителни резултати **(Приложение 7)**

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 8)**

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.

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.

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.

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.

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.

Мерки за справяне с насилието

През 2008 г. ДАБ с подкрепата на ВКБООН [292], 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

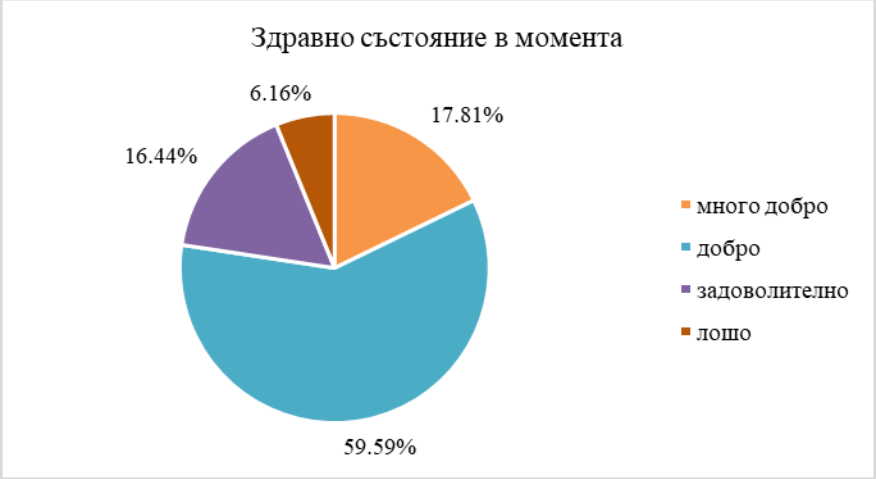
6. Част от настанените в български центрове бежанци са хора с трайни увреждания и тежки хронични заболявания. За тях е нужна постоянна медицинска грижа, не само медикаментозна, но и от специалисти. Моментите на неочакван приток са водещ фактор за спешно отваряне на четири нови приемателни центъра. В 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

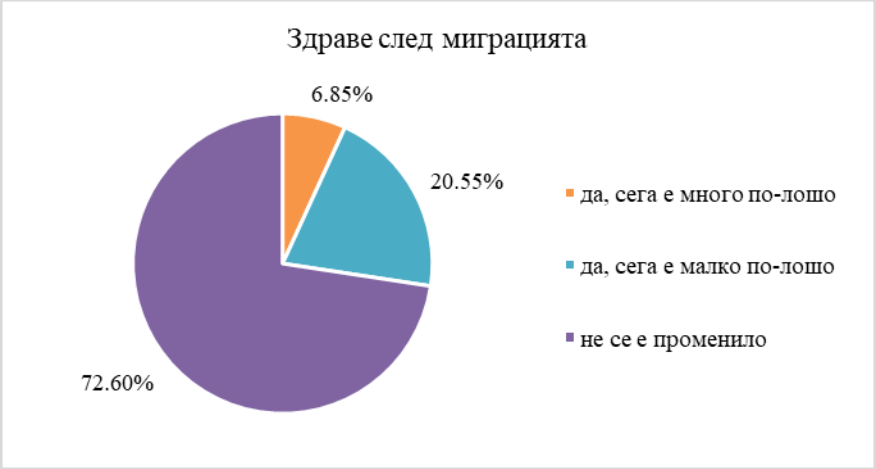
противоречия в данните за броя прегледи и находки, които ДАБ предоставя по различни поводи.

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.

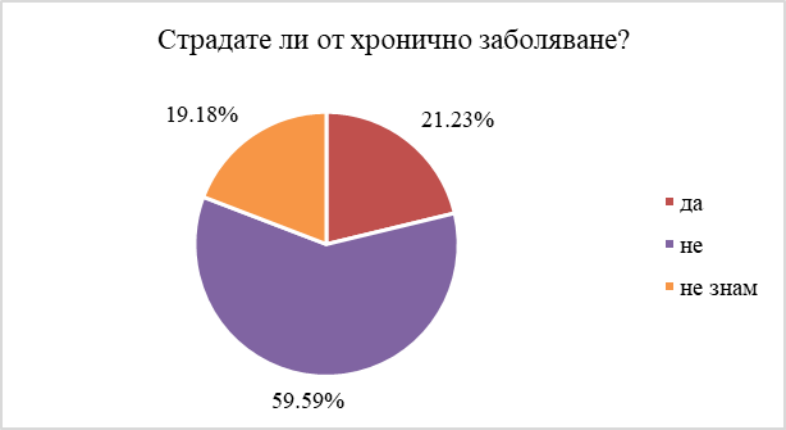


Фигура 11. Как оценявате общото си здравно състояние в момента?

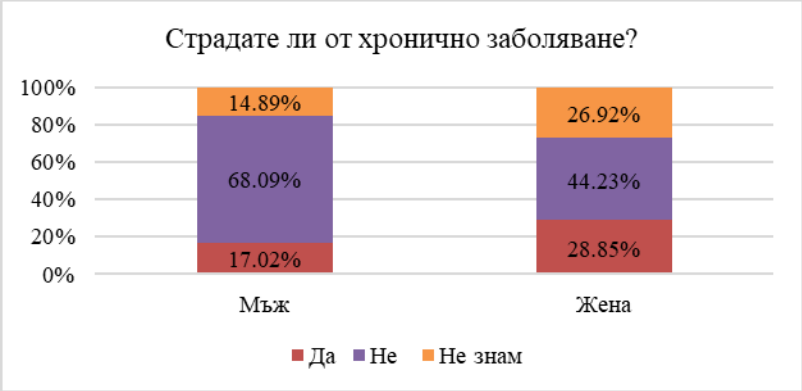


Фигура 12. Вложи ли се здравето ви в резултат на миграцията?

Хроничните неинфекциозни болести (ХНБ) са важен фактор на общото здраве на бягащите от войни и конфликти [102]. 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.



Фигура 13. Страдате ли от някакво хронично заболяване?



Фигура 14. Наличие на хронично заболяване по пол



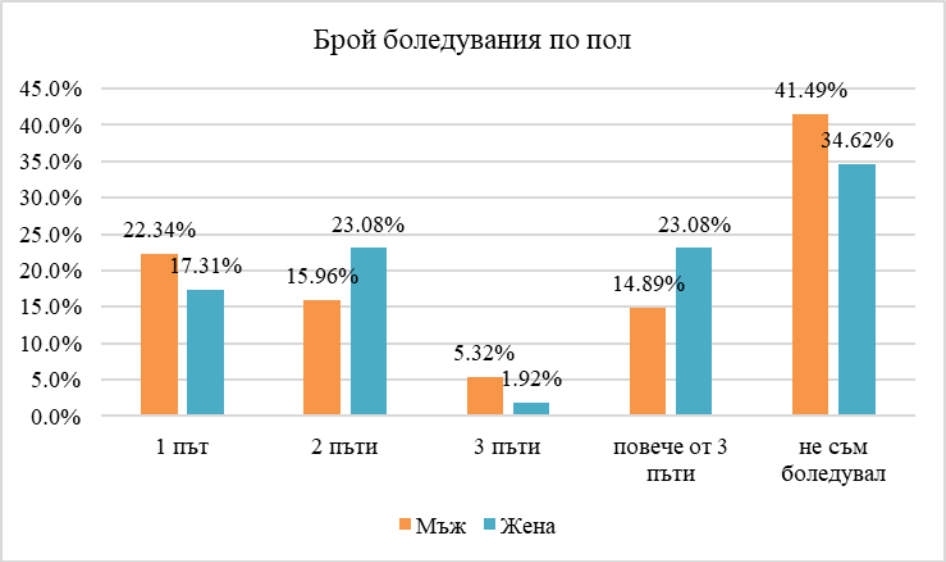
Фигура 15. Разпределение на хроничните заболявания сред лицата, търсещи закрила по тип?



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“.

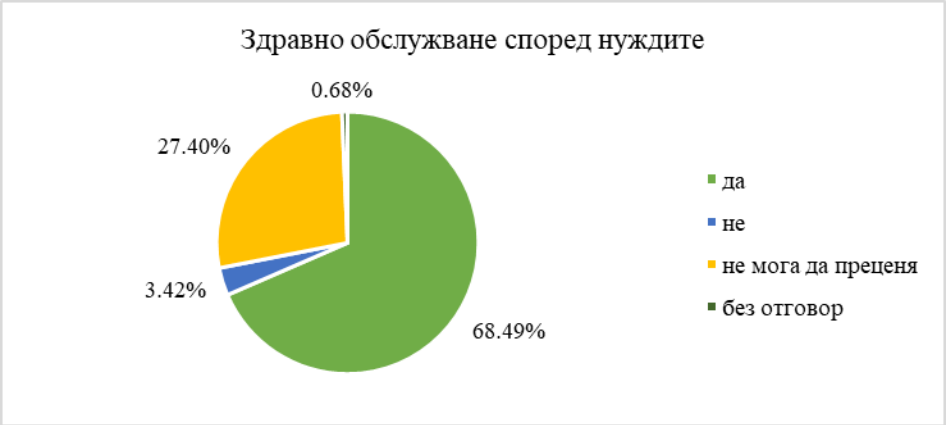
Честотата на заболяване на изследваните лица, търсещи закрила у нас, е анализирана по пол, за да се определи влиянието на този фактор (фиг. 17).



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.

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).



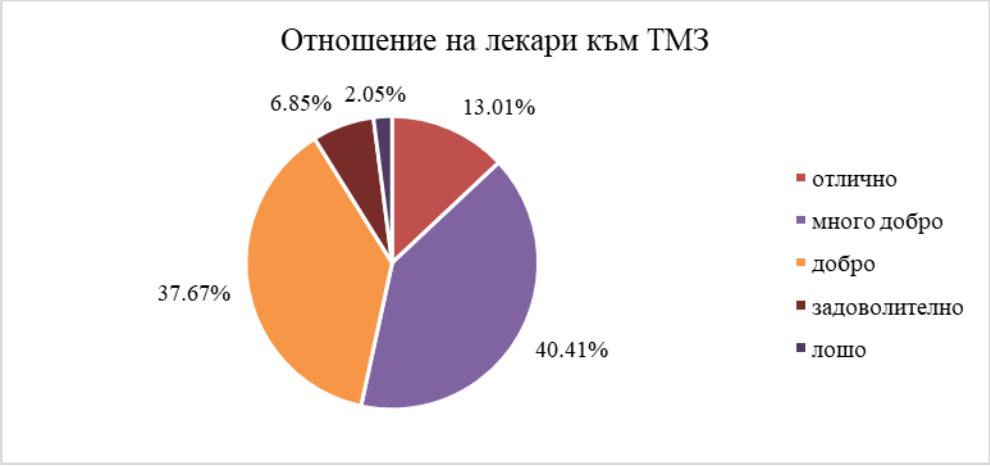
Фигура 18. Разпределение на отговорите на въпрос "Смятате ли, че получавате здравното обслужване, от което се нуждаете?"

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.

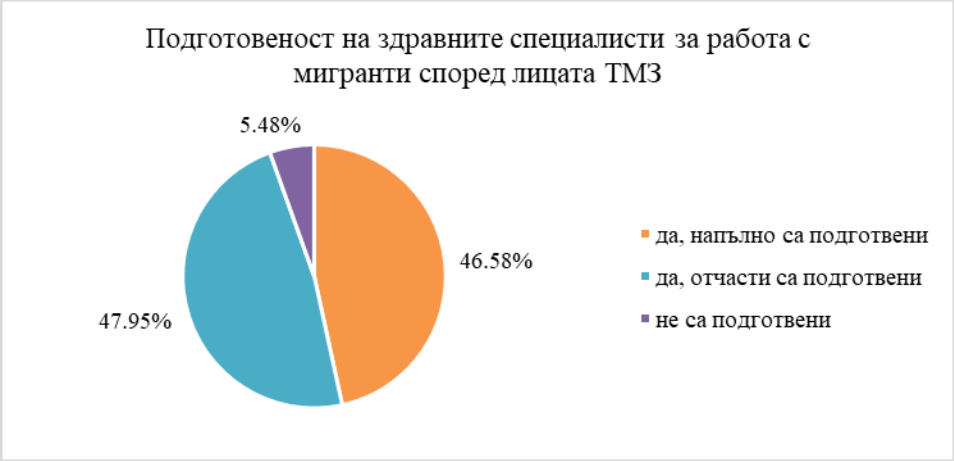


Фигура 19. Разпределение на отговорите на въпрос "Ползвали ли ли сте здравна помощ извън Центъра за настаняване по своя инициатива?"

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).



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



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.



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.

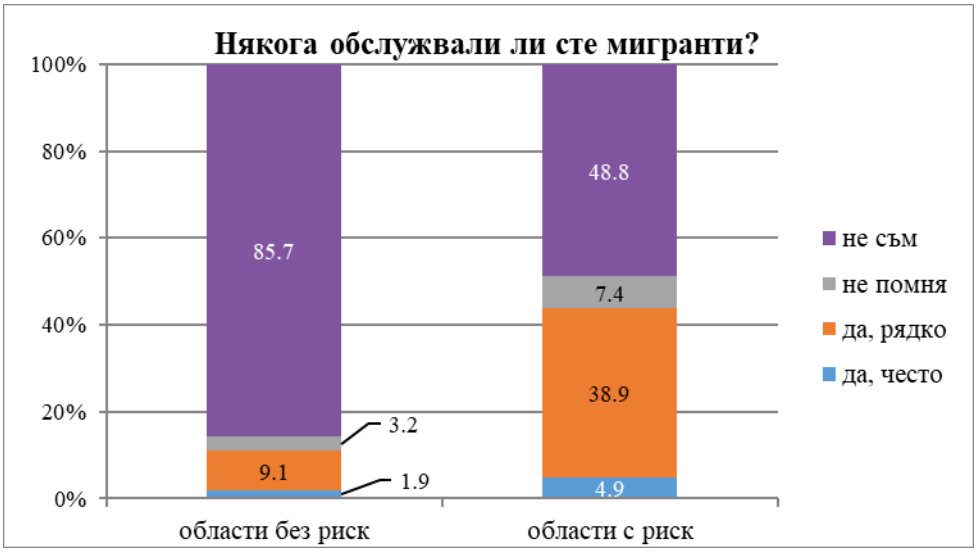
4. Около 60% от запитаните търсещи закрила потвърждават, че общуването им със здравните специалисти е затруднено заради езиковата бариера. Въпреки наличието на здравни работници от арабски произход, говоримите езици в центровете са многобройни.

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.



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



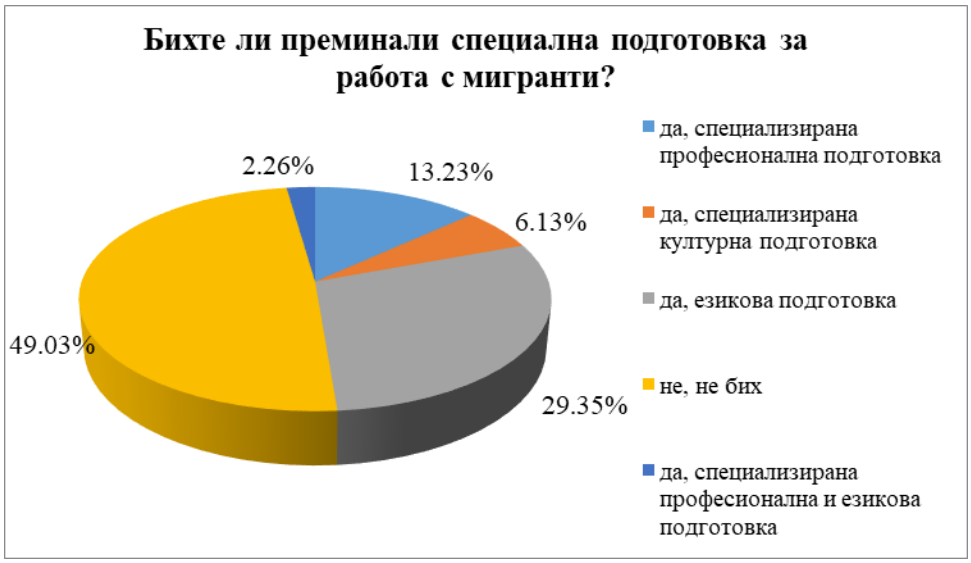
Фигура 24. Разпределение на лекари и ПЗГ по област на риск на въпрос "Някога обслужвали ли сте лица, които са бежанци, мигранти или търсещи закрила?"

Значителен е делът на здравните професионалисти, които не се чувстват подготвени за работа с мигранти (фиг. 25).



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



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

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.

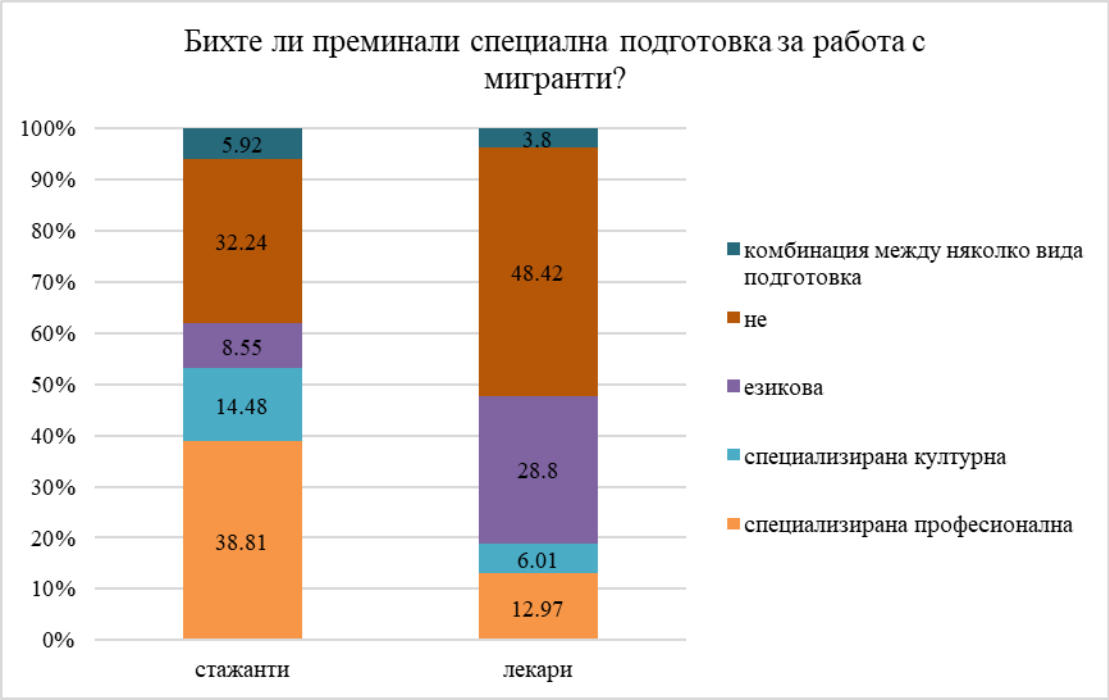
Третото срезово проучване е проведено сред стажант-лекари в Медицински университет – София като малко повече от половината от запитаните бъдещи лекари – 81 (53,29%) вече работят в лечебно заведение като доброволци (фиг. 37).



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

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

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

1. 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.
2. 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

1. Предлага се концептуален модел за подготовка и реакция на системата на здравеопазване в условията на бежанска криза.
2. Предлага се промяна в модела на привличане на кадри за здравното обслужване на центровете заради установената находка, че медицинският персонал зает в структурите на ДАБ е недостатъчен за покриване нуждите от здравно обслужване на настанените.

VIII. СПИСЪК НА НАУЧНИТЕ ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С НАСТОЯЩИЯ ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

Публикации в списания, реферирани в международни библиографски бази данни

1. Baev M., Gender differences in health status and health services utilization of migrants, seeking international protection in Bulgaria. International Journal of Recent Scientific Research, Vol. 11, Issue, 02(C), pp. 37384-37387, February, 2020, DOI: http://dx.doi.org/10.24327/ijrsr.2020.1102.5097

Публикации в национални списания

2. Баев М., Предоставяне на здравни услуги и здравен статус на лица, търсещи международна закрила в България. Годишник на НВУ „Васил Левски“, 2019, част II, ISSN: 1312-6148, стр. 213-219.
3. Баев М., Общ преглед и здравни аспекти на мигрантската криза в Европа след Арабската пролет, Здравна политика и мениджмънт, 2020, том 20 (№1), стр. 51-59, ISSN: 1313-4981

Участия в научни форуми

4. Baev M., Healthcare provision in the context of refugee crisis in Europe. Конкурс Световен ден на биоетиката 2016 „Достойнство и права на човека“, Първа награда (постер).
5. Velkova A., Baev M., Self-reported health and utilisation of health services by asylum seekers in Bulgaria. European Public Health Conference 2018, European Journal of Public Health, Vol. 28, Supplement 4, 2018, p. 406.
6. Баев М., Велкова А., Полови различия в здравния статус и потреблението на здравна помощ на мигранти, търсещи международна закрила в България, Втора национална конференция „Общественото здраве – глобален приоритет в науката и практиката“, 2018. Българско научно дружество по обществено здраве.

IX. ПРИЛОЖЕНИЕ 11

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

