

**ДОКЛАД ЗА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОУЧВАНЕТО НА БХК НА ТЕМА:
„ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЕПИДЕМИЯТА ОТ МОРБИЛИ В ГР. СЛИВЕН.
УСТАНОВЯВАНЕ НА НАРУШЕНИ ОСНОВНИ ЧОВЕШКИ И ЗДРАВНИ
ПРАВА НА ЗАСЕГНАТОТО НАСЕЛЕНИЕ”**

Увод

В края на октомври и началото на ноември екип на БХК посети град Сливен, за да проучи протичането на разразилата се от края на ноември 2009 до началото на март 2010 г. епидемия от морбили, засегнала единствено ромското гето „Надежда” и селата около града, в които има голям дял ромско население. Освен това цел на изследването бе да се види дали има нарушени основни човешки и здравни права на засегнатото население. Изследователският екип, който извърши посещението включваше д-р Георги Банков, Емил Коен и мед. сестра Диана Димитрова. Във формулирането на методологията на изследването и в оценката на фактите участва Красимир Кънев. Текстът по-долу представлява отчет на екипа, извършил проучването, за резултатите му.

Необходимо е да се отбележи, че изготвянето на този доклад се забави поради упорития отказ на Районната здравно-осигурителна каса – Сливен да предостави по реда на Закона за достъп до обществена информация на данни за броя на лицата, живеещи в ромското гето „Надежда”, които не са включени в списъците на общопрактикуващите лекари (ОПЛ), имащи практики, включващи хора, живеещи в този квартал. Касата също така отказа и да даде данни за това дали пет от починалите от морбили деца са били имунизирани с комбинираната ваксина МПР (с която се ваксинират децата, за да получат имунитет срещу болестта морбили). Заявлението е подадено от д-р Георги Банков на 05 ноември 2010 г. и вече повече от месец и половина РЗОК не дава отговор, което наложи да се заведе дело по Закона за достъп до обществена информация.

Проучването имаше две части – *събиране на информация* за мненията на редица фактори, имащи пряко отношение към борбата с епидемията от морбили за това, кои са факторите, довели да нейното избухване, и *медико-статистически анализ*, включващ

преглеждане на историите на заболяването на настанените в болници, на хода, борбата с епидемията и причините за нея.

2. Проблемната ситуация

От декември 2009 г. до март 2010 г. в Сливен и в селата около града избухна епидемия от инфекциозната болест морбили. Различни са официално заявените данни за обхвата на епидемията, но всички те сочат за повече от хиляда и петстотин регистрирани случаи на заболяването, около 900 хоспитализирани и десет смъртни случая. Според д-р Узунова, началничка на РИОКОЗ – Сливен, в област Сливен през последните два месеца на 2009 г. са били регистрирани 689 случая на заболяване от морбили, като 659 от тези случаи са се отнасяли до община Сливен, при което 361 са били в града, а останалите в селата. През 2010 г. – до момента на провеждане на разговора, но по същество през януари и февруари – са били регистрирани 1015 случая на заболяването, от които в община Сливен – 487.¹

Ако гледаме на разразилата се през зимата на 2009-10 год. епидемия от морбили от, условно казано, нормална и законова гледна точка, *то ще установим, че тя просто не би трябвало да се случи, защото от десетилетия всички новородени следва при навършване на тринадесет месечна възраст да бъдат имунизирани срещу морбили и реимунизирани при навършване на дванайсетгодишна възраст.*² Имунизацията е задължителна и безплатна за имунизираниите. Задължението се изпълнява от родителите и настойниците на децата. Освен това, според Закона за здравето, тези, които не се явят, за да бъдат имунизирани, следва да бъдат глобявани; това, естествено, се отнася за родителите, защото и двете имунизации срещу морбили се правят на деца.³

¹ Данните са съобщени от д-р Узунова, началничка на РИОКОЗ – Сливен, в интервю с БХК на 28 октомври 2010 г. На друго място в разговора същият източник каза, че случаите на заболяване от морбили през време на епидемията, започнала на 11 ноември 2009 и завършила в началото на март 2010 г., са били 1665.

Тук е мястото да се добави, че според един от интервюираните, д-р Стефан Панайотов, личен лекар, чиято практика е основно в ромското гето „Надежда” „общият брой на случаите от морбили в гетото е 5000”. Той твърди, че в огромно количество случаи инфекцията е била лека, обривът слаб, заболяването е могло да мине за грип или за настинка и поради това не е била потърсена лекарска помощ. Няма как да бъдат проверени почти година след епидемията тези твърдения на д-р Панайотов, споделени в интервю, направено на 28 октомври 2010 г.

² Имунизационен календар на Република България, приложение към „Наредба № 15 от 12 май 2005 г. за имунизациите в република България”.

³ Чл. 209, ал. 1 от Закона за здравето гласи: „Който не се яви на задължителен профилактичен медицински преглед, изследване или имунизация, се наказва с глоба от 50 до 100 лв., а при повторно неявяване - от 100 до 200 лв.”, а ал. 3 на същия член добавя, че „родители или настойници, които не

Но въпреки това безпрецедентна по мащабите си през последните години епидемия се случи в гр. Сливен и в околните села и тя се разрази почти изключително в ромските квартали на Сливен и в околните села, в които преобладава ромско население.⁴

3. Фактите. Общ обзор

България е сред страните в Централна и Източна Европа с най-добри резултати в областта на ваксинапрофилактиката. Здравната политика в областта на превантивната медицина у нас е насочена към поддържането на висок имунизационен обхват (95-96 %) срещу полиомиелит, морбили, паротит, рубеола, дифтерия, тетанус и коклюш, което осигурява надеждна защита на населението спрямо тези заболявания. От 2001 г. страната ни се намира във фаза на елиминация на морбили и вродена рубеола.⁵

Въпреки националните показатели за имунизирани, които са по-добри от тези на много западноевропейски държави, през 2009 и 2010 на практика стана ясно, че ромската общност има катастрофално нисък колективен имунитет.

Според СЗО и ЕЦПКЗ "...независимо от вероятната надеждност на приблизителните оценки, прецизността им може да бъде повлияна или от завишаването на данните в отчета, или от недостатъчно добро идентифициране на цялото население, подлежащо на ваксинация. Тези данни се подкрепят от проведени в България серологични проучвания, показващи предразположението на населението към морбили"⁶. Всъщност данните за 95-96% имунизационно покритие са верни, но по отношение на регистрираните пациенти, с избор на общопрактикуващ лекар и постоянен адрес. *В тази група спадат почти всички етноси в страната без ромския.*

Горното означава, че големи групи хора не са имали имунизации и/или изградена защита срещу вируса на морбили. Българските власти явно са осъзнали този пропуск и са опитали да вземат превантивни мерки⁷, но неуспешно. Същевременно, и

осигуряват провеждането на задължителните имунизации на децата си, се наказват с глоба от 50 до 100 лв. При повторно извършване на нарушението глобата е от 100 до 200 лв."

⁴ Вж. и интервю на Д-р Ангел Кунчев, директор на дирекция "Надзор на заразните болести" към МЗ, публикувано на 17 март 2010 г. в сайта Econ.bg под заглавие "Болестта морбили трудно може да излезе извън ромската общност":

http://www.econ.bg/interviews/article177167/bolestta_morbili_trudno_moje_da_izleze_izvun_romskata_obshtn_ost

⁵ Според Националния център за заразни и паразитни болест /НЦЗПБ/, специализирано звено към МЗ.

⁶ Световната здравна организация и Европейския център за профилактика и контрол на заболяванията – WHO и ECDC - доклад от 19 март 2010 г.

⁷ Протокол №13/09.02.2007 г. на експертния съвет по надзор на заразни болести.

то неведнъж, ECDC предупреждаваха за влошена епидемиологична обстановка на континента⁸.

На този фон се стигна до избухването на заболявания от морбили и то изключително в затворените ромски общности. Към момента изглежда, че взривът е отминал. За 2010⁹ общият брой на случаите с морбили е 21 898. За същия период на 2009 са регистрирани 34 случая с морбили.

През 2009 и 2010 България беше най-засегнатата страна на континента. Долната таблица обобщава наличните данни за докладваните случаи на морбили по години както следва:

Период	2008	2009	1-о трим. 2010	2-о трим. 2010
Случаи за България	1	249	10 678	10 428
Случаи общо за Европа ¹⁰	9 817	7178	12 214	12 351
Смъртни случаи България		7	11	6
Смъртни случаи общо за Европа ¹¹		10	11	6

От началото през април 2009 г. до сега общият брой случаи с морбили за страната е 24 147, а починалите са 25.¹²

⁸ Швейцария, Обединеното кралство, Румъния, Франция, Дания, Германия, Австрия, Испания и Норвегия-например: "ECDC warns of upsurge of measles in Europe... 10 April 2008"

⁹ 1-45 седмица

¹⁰ Данни за 32-те страни членки на EUVAC.NET /включително Турция/

¹¹ Данни за 32-те страни членки на EUVAC.NET /включително Турция/

¹² Налице е известно разминаване на данните от националната статистика и тези, докладвани от страната пред ECDC и EUVAC.net /б.а.



3.1. Фактите. Ситуацията с епидемията в Сливен

В област Сливен живеят около 212 000 човека. Основната част от случаите са от квартал “Надежда”, неурегулирана градска част, в която на около 200 000 квадратни метра живеят 20 000 до 25 000 роми в едноетажни и по изключение двуетажни и триетажни постройките. Комуналните и хигиенно-битови условия са кошмарни. Канализация липсва. Вода се доставя от ВиК по строг режим само няколко часа дневно. В края на квартала има полицейски участък, медицински кабинети и кабинети на общинските здравни медиатори.

От началото през декември 2009 до юли 2010 са засегнати 1705 лица¹³. Почти половината от смъртните случаи за страната са в Сливен. Починали са 10 деца.

Заболелите са почти изцяло от ромската общност. Причината за случаите е липсата на имунизации и/или имунитет.

По време на кампанията за справяне с епидемията от морбили от началото на декември до края на януари 2010 г. в Сливен и в областта са били имунизирани срещу морбили общо 4057 деца. Очевидно е, че само малка част от тях са били такива, на които им е предстояла планова имунизация, голямата част са били деца, на които е трябвало да бъде направена, имунизация, но това не е станало¹⁴.

Квартал „Надежда” е едно от най-окаяните ромски гета у нас с изключително лоши условия на живот, с население, което е в основната си част трайно безработно, живеещо в мнозинството си в мизерни постройките, често без прозорци и врати, с улици,

¹³ РИОКОЗ Сливен – мисия 2-4 ноември на БХК в Сливен.

¹⁴ Интервю с д-р Узунова, началник на РИОКОЗ – Сливен с БХК, 28 октомври 2010 г.

потънали в кал през есента и зимата и в прахоляк през лятото. Хората са натъпкани в малки помещения, където е нормално в една стая да живеят пет-шест и повече души. Кварталът е снабден с електричество, но практически е без канализация и има много къщи, които нямат течаща вода в тях. В него при катастрофално лоши условия живеят около 25 000 души¹⁵. Освен това, според сведения на ромски активисти, гетото „Надежда” трайно е на режим на тока – през нощта ток има, през деня няма; това е поради системно неплащане на натрупани големи задължения на семействата към електроразпределителните дружества¹⁶. Всичко това създава предпоставки за разпространение на всякакви заразни болести.

Ако се разгледат наличните данни за заболяемостта по възрастови групи може да се направят някои изводи за “тъмни” периоди в имунопрофилактиката в региона¹⁷:

Възраст	Брой заболели лица	Брой заболели в %
до 1г	373	21 %
1-4г	500	29 %
5-9г	262	15 %
10-14г	213	12 %
15-19г	202	11 %
20-24г	48	9 %
25-29г	30	
30-34г	34	
35-39г	25	
40-44г	13	
45-49г	4	
50-54г	1	

За сравнение – в Сливен има и друг, много по-малък ромски квартал – „Никола Кочев”. По степен на благоустроеност той почти не се отличава от „нормалните”

¹⁵ Обширно описание на условията за живот и на начина на живот на населението на ромското гето „Надежда”, което е едно от най-лошите ромски гета у нас може да се намери в труда на Pona Tomova, Irina Vandova and Varban Tomov *POVERTY AND ETHNICITY. Roma in Nadezhda and Nikola Kochev neighborhoods in the town of Sliven, and in the villages of Topolchane, Gorno Alexandrovo and Sotirya*, ed. by International Centre for Minority Studies and Intercultural Relations (IMIR), S., 2000, достъпен на следната хипервръзка: <http://www.imir-bg.org/imir/reports/Poverty&Ethnicity1.pdf>

¹⁶ Интервю с Николай Стефанов, координатор на проекта за десегрегация на ромските деца и ученици на Ромска младежка организация в Сливен, 27 октомври 2010 г.

¹⁷ РИОКОЗ Сливен – мисия 2-4 ноември на БХК в Сливен.

квартали на града. Там, според всички източници, епидемия на практика не е имало – сочат се само около 50 случая на заболяването на фона на стотици преболели от морбили в гетото „Надежда”. Освен това, образователното ниво на жителите на този ромски квартал е много по-високо от това на жителите на гетото „Надежда”, а безработицата – значително по-малка.

4. Имунизациите: механизми за осъществяването им

Ваксината против морбили е комбинирана¹⁸, прилага се по схема, наречена Имунизационен календар¹⁹ в 13-ия месец и 12-тата година от живота на детето. Схемата за имунопрофилактика на морбили не е променяна от въвеждането ѝ през 1972 година. Биопродуктите се заплащат от държавата.

От десетки години до началото 2000 г. имунизациите са извършвани от детски участъкови лекари и патронажни сестри от специализирани звена, наречени “детски консултации”, които са били клон на детски поликлинични отделения. Тези специалисти са извършвали както самите процедури, така и отчети към ХЕИ.

Действащото от края на 1999²⁰ г. до сега законодателство определя друг ред за провеждане на имунопрофилактиката в България. Следните задължения са делегирани на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) по отношение на техните пациенти¹⁸.

- *изготвя и представя в съответната РИОКОЗ ... годишен план за следващата календарна година за броя на подлежащите на задължителни планови имунизации и реимунизации лица от обслужвания от него контингент;*
- *вписва подлежащите на задължителни имунизации и реимунизации в книгата за профилактични имунизации и реимунизации;*
- *получава всяко тримесечие от РИОКОЗ биопродукти за извършване на задължителни имунизации и реимунизации и техническите средства за тяхното прилагане;*

¹⁸ От 2000 г. - МПР /морбили, паротит, рубеола/ или MMR на английски. МЗ използва продукта “Priorix” на “GlaxoSmithKline”.

¹⁹ Наредба №15 от 2005 г. за имунизациите в Република България, сменила Наредба № 2 / 27.04.2000 г. за видовете имунизации в Република България и сроковете за извършването им – отменена.

²⁰ Закон за здравното осигуряване (ЗЗО), Национален рамков договор (НРД), Закон за лечебните заведения (ЗЛЗ), Закон за народното здраве/Закон за здравето (ЗНЗ/ЗЗ) и наредби – пакет актове, въвеждащи т.н. “здравна реформа” в България.

- уведомява всички подлежащи на задължителни имунизации и реимунизации за вида и датата на поредната имунизация;
- ежегодно, в седемдневен срок от началото на учебната година, изпраща на медицинските специалисти от училищните здравни кабинети талон с данни за имунизационното състояние на ученика към датата на започване на учебната година;
- предоставя данни за извършените имунизации и реимунизации на медицинските специалисти от училищния здравен кабинет и на органите на държавния здравен контрол при поискване.

Явно ОПЛ има доста широки задължения, свързани както с извършването на самата манипулация, така и с планиране, отчет, контрол и уведомяване за имунизации. Всички тези дейности се заплащат от републиканския бюджет през НЗОК към ОПЛ по следните стойности през годините²¹:

Година	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Лева	0	0	0	1,00	1,00	1,60	1,60	1,60	1,60	1,90	1,90

Сумата в лева е за една направена и отчетена имунизация. Всяка направена имунизация се регистрира като се вписва и серията и номера на биопродукта:

- в книгата за профилактични имунизации и реимунизации по образец
- в имунизационния паспорт в здравноосигурителната книжка / съхранява от имунизираното лице или от неговия законен представител или попечител и се предоставя за регистрация при всяка извършена имунизация и реимунизация /
- в личната амбулаторна карта (ЛАК) или обменната карта на новороденото.

От друга, страна всички граждани на България са длъжни да се имунизират²².

РИОКОЗ пък контролира изпълнителите и цялостно дейностите по имунопрофилактиката, както и снабдяването с биопродукти.

Така изложената нормативна схема работи при пациенти, които имат контакт с личния си лекар, информирани са за задълженията и отговорностите си и полагат необходимите здравни грижи за децата си. Голяма част от ромите обаче не отговарят на тези критерии.

²¹ Национални рамкови договори 2000-2010.

²² Чл. 209 от Закона за здравето.

5. Отправна точка

Преди да пристъпим към изложение на събраните данни и към изводите, които произтичат от тях, е необходимо да отбележим нещо, което има характера на **отправна точка** при всички по-нататъшни разсъждения, засягащи действията или бездействията на компетентните власти в случая с епидемията от морбили в Сливен.

Имунизациите в мнозинството от случаите се правят на малки деца. Те не могат да отидат сами до мястото, където ще им бъде извършена манипулацията и трябва да бъдат водени от родител/настойник.

Основната предпоставка, от която изхожда системата на здравеопазването е, че родителите осъзнават ползата от имунизациите за здравето на децата им и поради това първо, ги водят при ОПЛ за извършването им и второ, сами се информират за поредността на следващите една след друга имунизации и не се нуждаят от особени подканвания, за да допринесат за извършването на действия, които в очите им са очевидно много полезни за здравето на децата им. На предположението, че това е основният мотив за родителите се основава и санкцията, която се предвижда в чл. 209 от Закона за здравето – тя наказва за неизпълнение на задължение, което е в очевиден интерес както на конкретното дете, така и на окръжаващите го.

Но тази предпоставка в качеството ѝ на мотив на поведението е валидна само в условията на неромските квартали на градовете. В ромските гета по много причини няма да е коректно да се твърди, че визираният мотив действа, условно казано, „автоматично”. *Това не значи, че ромските родители в ромските квартали не са загрижени за здравето на децата си.*

Но те, първо, в голямата си част нямат тази базисна информация, поради неграмотност или съвсем слаба образованост, която е част от саморазбиращото се, „подръчното” знание на родителите в „белите” квартали.

Второ, сред част от тях, пак поради невежество, битуват най-различни митове и легенди за вредата от имунизациите. Разпространено е поверието например, че имунизациите накърняват оплодителните способности на момчетата и те ще станат безплодни, когато достигнат възраст да създадат семейство и деца.

Трето, част от хората в гетата изобщо нямат ОПЛ. Това се дължи на редица причини: сезонни миграции на част от хората, живеещи в гетата и липса на постоянен адрес, висока степен на откъснатост от съвременните средства за информация и поради това липса на знание, че трябва да имат ОПЛ, прекъснати и невъзстановени здравни

права поради неплащане на здравни вноски, което пък се дължи на дълбока мизерия и всекидневна борба за оцеляване. Както бе казано по-горе (вж. стр. 1) не е възможно да се направи точна преценка на броя и дела на живущите в гетото „Надежда”, които нямат личен лекар, т.е. не фигурират в списъците на никой ОПЛ, защото РЗОК в Сливен отказа да предостави данни по въпроса. Според д-р Узунова, началник на РИОКОЗ – Сливен и екипът ѝ, между 5 и 10 на сто от ромите в „Надежда” нямат личен лекар²³, което означава че между 1000 и 2000 души от „Надежда” практически нямат никакъв контакт със системата на здравеопазването, още повече, че както е казано в пар. 7.1.1. на този доклад, изборът на личен лекар не е задължителен.

Четвърто, немалка част от практиките на ОПЛ (това е особено вярно за сливенското ромско гето „Надежда”) са разположени във вон от града, а масово е положението в този крайно беден квартал хората да нямат обувки и/или прилични дрехи, за да отидат „в града”. В гетото може да се ходи облечен как да е, но в „града” не може и това също е бариера пред завеждането на децата да им бъде направена имунизация. Всички тези особености на начина на живот на хора²⁴, населяващи гета, които са по същество откъснати от организма на града, към който принадлежат, по-специално за гетото „Надежда”, следва да се имат пред вид, когато се анализират причините за епидемията от морбили в сливенското ромско гето „Надежда” от декември 2009 – март 2010 г.

6. Правото на здраве и неговото гарантиране

Гражданите на България имат право на опазване на тяхното здраве. Това право е гарантирано от Конституцията на Република България, от международни договори по правата на човека, по които държавата ни е страна и е конкретизирано от Закона за здравето.

Така член 52 от **Конституцията на България** гласи: „(1) Гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон.”

²³ Интервю с д-р Узунова, проведено на 28 октомври 2010 г.

²⁴ Подробности за начина на живот и манталитета на ромите, населяващи гетото „Надежда” в Сливен могат да се видят в цитираното в заб. 15 изследване.

Според чл. 12 от **Международния пакт за икономически, социални и културни права** гражданите имат право да бъде опазвано здравето им:

„1. Държавите - страни по този пакт, признават правото на всяко лице да постигне възможно най-добро състояние на физическо и душевно здраве. ... ,

2. Мерките, които държавите - страни по този пакт, ще вземат, за да се осъществи напълно това право, трябва да включват и мерките, необходими за: ...

с) предотвратяването и лекуването на епидемичните, ендемичните, професионалните и други заболявания, както и борбата с тях;”

Член 24, пар. 1 от **Международния пакт за политическите и гражданските права (МППГП)** специално защитава благополучието, в това число и здравното благополучие на децата (които са огромна част от преболедувалите от морбили, както и от починалите):

„1. Всяко дете, без разлика на раса, цвят на кожата, пол, език, религия, национален или социален произход, имотно състояние или рождение, има право на такива мерки на закрила от страна на неговото семейство, на обществото и на държавата, каквито състоянието му на малолетен изисква.”

Законът за здравето на Република България също гарантира правото на здраве на всички български граждани без всякаква дискриминация, както и полагането от страна на държавата на специални грижи за здравето на децата:

„Чл. 2. Опазването на здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие е национален приоритет и се гарантира от държавата чрез прилагане на следните принципи:

1. равнопоставеност при ползване на здравни услуги;
2. осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ, с приоритет за деца, бременни и майки на деца до една година;”

Цитираните нормативни актове ясно показват, че българската държава има ангажимент на международно правно, конституционно и законово ниво да гарантира опазването на здравето на българските граждани на равнопоставена основа. Самото допускане на избухване на епидемия от инфекциозната болест морбили при положение, че всички лица над 13 месечна възраст задължително следва да са имунизирани, което изключва именно епидемичното разпространение на инфекцията, говори че в случая с епидемията от морбили в ромското гето „Надежда” в Сливен (и в някои от населените с голям процент роми околни села)

държавата не е изпълнила поетите от нея ангажменти по опазването на общественото здраве и така е извършила нарушение на правата на гражданите.

Изискването за равнопоставеност на гражданите по отношение на здравните грижи, които полага за тях държавата предполага, че последната трябва да се приспособява към спецификата на населените места, видовете население, неговите привички, културно ниво, начин и условия на живот с цел да осигури здравеопазването за тези групи хора и в тези населени места. В частност това значи, че държавното здравеопазване следва да приспособява методите си на работа към спецификата на населените места и населението в тях, а не обратното.

Предварително може да се каже, че най-важното с оглед нарушените основни човешки и здравни права на гражданите се състои в това, че според всички източници около 90 – 95% от случаите на заболявания от морбили, регистрирани в община Сливен, са били в ромското гето „Надежда”. С други думи – епидемията със сигурност има социални причини. Ако не беше така, болестта щеше да се разпространи и в „белите” квартали на града. А щом е така, значи се сблъскваме с нарушени човешки и здравни права на ромското малцинство, обитаващо този квартал.

7. Обективни данни за причините на епидемията, както и субективни мнения на редица експерти относно тези причини.

7.1. Обективни данни

7.1.1. Изборът на ОПЛ не е задължителен

При липса на такъв гореизложената схема за планови имунизации не работи. Оценките на различните лица и институции за дела на ромите в Сливен, неосъществили избор на личен лекар, варира от 5 до 10%. Единствената институция, която има информация по темата, отказа да я предостави с мълчалив отказ²⁵. Със сигурност обаче лицата без такъв избор не са били имунизирани за съответния период, което представлява дефект на нормативната уредба.

²⁵ Заявление по ЗДОИ до РЗОК Сливен от Д-р Георги Банков, отправено устно до Директора на 04.11.2010 и писмено на 05.11.2010.

7.1.2. Липса на постоянен адрес

Задължението на ОПЛ да уведоми пациентите си за имунизация е практически неизпълнимо. Съдебната практика и практиката при налагане на санкции от НЗОК и РИОКОЗ приемат за валидно уведомяването от ОПЛ към неговите пациенти единствено и само с писмо с обратна разписка или подписан писмен отказ от страна на пациента или настойника/попечителя на пациента. Оповестявания, четене на съобщения по медиите и окачане на обявления на публични места се считат за невалидни, без правни последици за пациента. РИОКОЗ е санкционирала осем ОПЛ от областта, като наказанията са всъщност именно за неосъществения контакт с подлежащите на имунизации. Такъв определено е трудно да бъде направен при нереални, несъществуващи адреси и физическа смяна на местообитанието.

7.1.3. Отказ за имунизации

В ромската общност битуват много ирационални вярвания за целите и последиците от имунизациите. Понякога родителите не са заинтересовани от адекватни здравни грижи за детето си било поради нежелание, неразбиране, неинформираност или пък липса на родителска грижа. Отново в такива случаи институциите изискват писмен отказ от страна на пациента или неговия настойник/попечител, за да се намесят. Явно такъв няма как да бъде получен. Същевременно ОПЛ няма законови механизми да издири и оповести пациента или пък да заяви едностранно пред РИОКОЗ фактически отказ за имунизация, което би породило мерки за действие от страна на институцията.

7.1.4. Липса на индивидуален контрол по отношение на имунизациите

РИОКОЗ/МЗ не води и вероятно няма готовност да води индивидуално имунизационно досие на всеки гражданин, с което да може да проследи статуса му и да предприеме необходимите мерки за извършване на задължителните имунизации. НЗОК разполага с необходимата база данни, и то в електронен вид от последните пет години, но липсва видим обмен на информация между нея и Министерството на здравеопазването. Така единствената конкретна информация остава в институцията,

която я генерира – ОПЛ. РИОКОЗ разполага само с обобщени данни, достоверността на които е чувствително разклатена след този епизод. Тревожното е, че достоверността на много други твърдения за 95-96% покритие с имунизации ще бъде проверена от бъдещи взривове на други заболявания - полиомиелит, туберкулоза и пр. Независими изследвания опровергават националната статистика за морбили, като свидетелстват за 70% обхванатост във възрастова група 2-4 години, 75% за групата 5-9 годишни и 80% за 10-19 годишните на база имунологични изследвания²⁶. *Във всички случаи имунизационните пропуски в ромските общности са значими и много по-големи от общите показатели за страната.* В резултат на този значително намален колективен имунитет се достига до взрива от морбили 2009-2010 година.

7.1.5. Ефективност на ваксината

Докладваната от производителя ефективност на ваксината при еднократна апликация е до 95%²⁷, тоест въпреки направена имунизация е възможно да липсва имунен отговор и съответно защита. Предвидената втора доза на ваксината МПР цели не усилване на първата, а развитие на имунитет именно при пациентите с липса на имунен отговор.

7.1.6. Неадекватност на Имунизационния календар

Приемът на втора доза от ваксината МПР на възраст от 12 години се оказва явно доста рисков и неотговарящ на промените през последните 20 години и специфични за ромите социални условия. Световните производители²⁸ препоръчват втори прием на възраст от 4 до 6 години, тоест времето когато детето влиза в някакъв колектив и променя ежедневните си контакти, което поражда и рискове от заразяване. Повечето национални имунизационни схеми отчитат тези факти. Във възприетата в България схема обаче втората имунизация е на 12 годишна възраст. В описаните социално-битови условия на ромския квартал, както и поради ранните бракове и раждания явно е необходимо една по-ранна втора имунизация. Поради неимунизиранияте млади майки

²⁶ Andrews N. et al. (2008)

²⁷ По американски източници до 10%.

²⁸ GSK, Sanofi Aventis, Merck, Института на Индия и др.

явно трябва да се мисли и за една по-ранна първа имунизация, а не на 13-ия месец²⁹ и/или скрининг на имунния статус на бъдещите майки.

7.1.7. Дефекти на продукта, съхранението, транспорта, апликацията³⁰

БХК интервюира семействата на всички починали деца. При два случая³¹ родителите/близките доказаха убедително, включително с документи и показания направена имунизация. Присъствали са лично на манипулацията.

От 2249 заболели от морбили през 2009 година в 20% са били приложени 2 имунизации МПР, а в възрастовата група 13 месеца –11 години имунизираните еднократно и разболели се деца са били 52%.³² Тези данни излизат от референтните 5% неефективност на продукта и сочат, че едно от възможните обяснения е имунизацията да е била опорочена от неефективен продукт или начин на обръщение с него. На последно място трябва да се мисли и за фалшифицирани документи от изпълнителите. Предвид описаните процедури на регистрация на акта на имунизация, както и незначителния икономически стимул подобно обяснение е възможно, но малко вероятно. Исканите от НЗОК данни биха позволили детайлизиране по този въпрос.

7.1.8. Липса на индивидуален контрол по отношение на имунизациите

РИОКОЗ/МЗ не води и вероятно няма готовност да води индивидуално имунизационно досие на всеки гражданин, с което да може да проследи статута му и да предприеме необходимите мерки за извършване на задължителните имунизации. НЗОК разполага с необходимата база данни, и то в електронен вид от последните пет години, но липсва видим обмен на информация между нея и министерството на здравеопазването. Така единствената конкретна информация остава в институцията, която я генерира – ОПЛ. РИОКОЗ разполага само с обобщени данни, достоверността на които е чувствително разклатена след този епизод. Тревожното е, че достоверността на много други твърдения за 95-96% покритие с имунизации ще бъде проверена от

²⁹ Смята се, че антителата предавани от майката на плода защитават детето през първата година от живота му. Този пасивен имунитет обаче няма как да действа ако самата майка не е била имунизирана или преболедувала от морбили. Това се доказва и от големия процент заболели деца под 1 година – 21%.

³⁰ Ваксината се съхранява при температура 2-8 С, като след отварянето ѝ трябва да се приложи в рамките на 30 минути.

³¹ Инициалите на интервюираните са Ю. К. Ю. и Й. Е. С.

³² Презентация на Националния център по заразни и паразитни болести (НЦПЗБ).

бъдещи взривове на други заболявания - полиомиелит, туберкулоза и пр. Независими изследвания опровергават националната статистика за морбили, като свидетелстват за 70% обхванатост във възрастова група 2-4 години, 75% за групата 5-9 годишни и 80% за 10-19 годишните на база имунологични изследвания³³. ***Във всички случаи имунизационните пропуски в ромските общности са значими и много по-големи от общите показатели за страната. В резултат на този значително намален колективен имунитет се достига до взрива от морбили 2009-2010 година.***

Горните заключения сочат, че по отношение на ромската общност държавната политика за имунопрофилактика е била неадекватна. За отбелязване е, че РИОКОЗ Сливен е налагал санкции, както следва:

през 2009 г. на 15 лица

през 2010 г. на 23 лица

Наложените санкции са при фиксирани писмено откази за имунопрофилактика.

Липсват държавна политика и удачни законови механизми за прилагането ѝ. В някои случаи е явно³⁴, че липсата на имунизации и родителска грижа са в пряка причинно-следствена връзка със смъртта на деца, нещо което може да бъде определено като престъпление, останало ненаказано и неразследвано. От друга страна, една малка, но важна нормативна промяна след април 2010³⁵ доведе до увеличение на броя на плановете имунизации на жителите на квартал "Надежда" 4 до 6 пъти според интервюираните ОПЛ. Този факт само показва колко ефективен може да бъде подходящият механизъм, нещо което е било пропуснато да бъде направено в миналото.

7.1.9. Датиране

Една груба схема за датиране на направените пропуски в имунизацията изглежда по следния начин:

³³ Andrews N. et al. (2008)

³⁴ Двете починали деца от едно семейство, на 10 месеца и на 4 години. Изключително лоши битови условия. Липса на имунизации. Не е потърсена медицинска помощ. Починали в къщи.

³⁵ Приложение № 5а към чл. 24а, ал. 1 от Закона за семейни помощи за деца (Ново - ДВ, бр. 29 от 2010 г., в сила от 16.04.2010 г.) - Въпросните помощи се отпускат само при представяне от родителя на уверение от ОПЛ за направени всички необходими имунизации на детето за съответната възраст. Изисква се ежегодно. Въведено като мярка през април 2010. Обсъждано многократно през годините в РИОКОЗ и други институции.

- В една трета от случаите (31%) пропуск в имунопрофилактиката е допуснат преди началото на здравната реформа³⁶ и съществуващата в момента нормативна рамка. Причината за случаите са сегашни родители, които не са били имунизирани на съответната възраст, последно когато са били на 12 годишна възраст.
- В другата около една трета (29%)³⁷ пропускът е през последните три години.
- При последната трета от случаите неизвършената имунопрофилактика датира в периода 2000-2007 година³⁸ от 5 до 19 години

Изводите са, че най-малко две трети от обективизираните пропуснати имунизации са след 2000 година, в условията на протичаща здравна реформа.

8. Предприети мерки

Предприетите мерки за справяне с големия брой заболявания обективно са били адекватни, като може да се отбележи известно забавяне в снабдяването с ваксина за извънредна имунизация против морбили. Предприети са опити за комплексен подход на местно ниво с ангажиране на широк кръг организации и институции.

Не е известно в Сливен в периода декември 2009-април 2010 да е използвана пасивна имунизация на застрашените лица.

Почти всички смъртни случаи са били на деца, непотърсили или много късно потърсили и получили специализирана медицинска помощ. Качеството и адекватността на болничната помощ по време на взрива от морбили не са предмет на този доклад. За отбелязване е обаче голямата натовареност на специализираното болнично заведение по това време и извънредните условия, при които е работило.

9. Субективни мнения на представители на властите, на експерти и на ромски активисти за причините на епидемията

9.1. Метод на събирането на данните

На 26, 27 и 28 октомври бяха проведени срещи с:

- представители на ромски НПО в Сливен, работещи в гетото „Надежда“;

³⁶ Тук влизат всички разболели се над 20 години и под една година, както и част от разболелите се на възраст от 1 до 4 години /от 12 до 13 месеца възраст/. Необходима е корекция за майките под 20 годишна възраст.

³⁷ Групата разболели се на възраст от 1 до 4 години.

³⁸ Групата разболели се на възраст от 5 до 19 години.

- лекари, имащи практики в същото гето;
- представители на общинската администрация – Сливен;
- с Областния управител на Сливен г-н Марин Кавръков;
- със здравна медиаторка, работеща в гетото „Надежда“;
- с Началника на РИОКОЗ д-р Узунова и двама лекари от екипа ѝ;
- с Мария Динкова, гл. експерт „Здравеопазване” в отдел „Социални дейности, здравеопазване и спорт” на Община Сливен.

С тези хора бе проведено полустандартизирано интервю, което имаше за цел да установи мненията на респондентите относно *хода и развитието* на епидемията, относно *мерките*, предприети от компетентните власти за борба с нея и най-вече относно това *кои са и как се подреждат по важност причините* за избухването на епидемичния взрив от морбили.

Следва да се отбележи, че тежестта на мненията на различните групи респонденти по главния въпрос – какви са основните причини за избухналата епидемия, не е еднаква. Едни от тях имат множество непосредствени впечатления „от първа ръка” (ромските активисти, здравната медиаторка), но нямат достъп до достоверни данни и до обобщени наблюдения. Други – като началничката на РИОКОЗ д-р Узунова разполагат с обобщени и достоверни данни за хода на епидемията и за мерките, взети за преодоляването ѝ, но не е сигурно дали преценката им за степента на отговорност на различните фактори (лични лекари, самите ромски родители, здравните власти в лицето на РИОКОЗ, регионалният център по здравеопазване³⁹, областното поделение на НЗОК) са достоверни, защото РИОКОЗ има правомощия да санкционира лекари, които не изпълняват както трябва задълженията си, включително и тези по имунизациите и не е ясно дали е упражнил по надлежния начин правомощията си преди избухването на епидемията. Показателно е, че РИОКОЗ е санкционирала (глобила) осем общопрактикуващи лекари (ОПЛ) от областта за пропуски в провеждането на имунизациите срещу морбили, *но след като епидемията вече е била факт*. Глобите са за слаб контакт между ОПЛ и пациентите им, т.е. за това, че ОПЛ не са уведомили по надлежния начин семействата, че трябва да доведат децата си за имунизация.⁴⁰

³⁹ Впрочем началничката на РИОКОЗ – Сливен д-р Узунова към момента на провеждане на интервюто с нея бе едновременно и началник на Регионалния център по здравеопазване.

⁴⁰ Показателно е, че тази информация бе съобщена на интервюера от д-р Узунова практически след като интервюто бе приключило и интервюиращият бе затворил бележника си. С други думи д-р Узунова нямаше желание тази информация да бъде официално фиксирана. Може да се предполага, че РИОКОЗ е

9.2. Обзор на мненията на респондентите

В следващото изложение ще бъде направен обзор на субективните мнения на интервюираните относно начина на провеждане на имунизациите в ромския квартал „Надежда” в Сливен, както и относно виждането на различните групи респонденти за това как се подреждат по значимост различните причини за наличието на толкова много неимунизирани лица⁴¹ в това гето, което, очевидно е основната причина за възникването на епидемията, поне на това място. Всъщност това е обяснението на тези интервюирани защо е имало толкова много неимунизирани деца в ромското гето „Надежда” и в селата на Сливенско, където преобладават роми.

9.3. Мнение на Областния управител г-н Марин Кавръков

Голяма тежест, поради заемания от него пост има **мнението на г-н Марин Кавръков, Областен управител на област Сливен** за това, коя измежду многото е **основна причина** за епидемията: *„ОПЛ са взимали от НЗОК пари за извършени имунизации, писали са в отчетите си, че са извършвани имунизации, но всъщност не са ги правили”*.⁴² Освен това той добавя, че *„Начинът на имунизациите е порочен”*.⁴³

Твърдението на отговорен държавен служител, висш представител на централната власт в областта, заслужава сериозно внимание. **Но единствено разследване, осъществено от прокуратурата, би могло да каже има ли такива случаи, колко са били разпространени и това ли е преобладаващата причина за избухването на епидемията или не.** Тук е уместно да отбележим, че няма данни прокуратурата да е извършила разследване по факта на епидемията от морбили в Сливен и областта, макар че тя е завършила с десет смъртни случая. Освен това в правомощията на Областния управител е да изпрати сигнал до прокуратурата за предполагаемите от него нарушения, довели до избухването на епидемията. **Няма данни това да е сторено.**

трябвало да наложи тези наказания и да осъществи правомощията си по *Закона за здравето* (чл. 17, ал. 1, пар. 2 и 3, отнасящи се до контрола върху заразните болести, за да избегне упреците, че не е санкционирал невреме ОПЛ за лошо изпълнение на задълженията им).

⁴¹ Вж. по-горе, данните на стр. 5 за това, че по време на кампанията за борба с епидемията от морбили в Сливен и в Сливенска област са били имунизирани срещу морбили от 7 декември 2009 до 31 януари 2010 г. 4057 деца.

⁴² Интервю с Марин Кавръков, Областен управител на Сливенска област, 28 октомври 2010 г.

⁴³ Същото интервю.

9.4. Мнения на ромски активисти

Впрочем веднага може да се добави, **че ромските активисти** като цяло в разговорите, проведени с тях на 27 и 28 октомври, бяха склонни да отдават голямо значение на това, което те наричат „измама”, а именно – на това, че според тях, има множество случаи, при които ОПЛ вписва в съответните отчетни документи, че е извършил имунизацията, а всъщност не я прави, като впоследствие унищожава флакона с ваксината. *Ключовият момент според тях е, че не се изисква подпис на родителите на имунизираните за извършените манипулации.* Така например, Николай Стефанов и Тодор Кръцов, координатори в проекта за десегрегация на ромското образование, развиван вече почти десет години от Ромска младежка организация – Сливен, заявиха, че според тях „основните причини за липсата на имунизации са безотговорността на някои лични лекари, които не са правили имунизации, но са ги отчитали като направени или не са полагали достатъчно усилия да достигнат до пациентите си, както и страхът от имунизации сред част от семействата в ромския квартал „Надежда”⁴⁴. Подобно мнение сподели и известната ромска общественичка, председателката на Ромската младежка организация в Сливен, Стела Костова.⁴⁵

9.5. Становище на представителите на РИОКОЗ

Според **представителите на РИОКОЗ** причините за епидемията са много. Те изтъкват, без да ги градират по тежест, различни причини за масовата липса на имунизации сред ромските деца в гетото „Надежда”:

- за разлика от „българите”, ромските родители били недисциплинирани, те не се явяват, за да бъдат направени имунизации на децата им;⁴⁶

- сред ромското население, според специалистите от РИОКОЗ, има „голяма вътрешна миграция”, големи и непрекъснати размествания на населението. Това означава, според тях, че в гетото непрекъснато се заселват нови семейства, а други,

⁴⁴ Интервю с двамата ромски активисти, 27 октомври 2010 г.

⁴⁵ Интервю със Стела Костова, 27 октомври 2010. Важно е да се отбележи, че Ромската младежка организация от почти десет години работи непосредствено в сливенското ромско гето „Надежда”, че служителите и активистите ѝ са от квартала и всеки ден са в него и че като ромски общественици са отлично запознати както със състоянието на гетото, така и с проблемите на здравното обслужване в него, а също и с мненията на населението там.

⁴⁶ Интервю с д-р Узунова, началничка РИОКОЗ – Сливен, 28 октомври 2010, както и с подчинените ѝ служители в същото учреждение д-р Дишлиев и д-р Михайлова, същата дата.

живели дълго време там, напускат. Тези размествания далече не винаги били фиксирани в съответните граждански регистри и така се формирали контингенти, които оставили извън системата на здравеопазването;⁴⁷

- РИОКОЗ твърди, че още през май 2009 г. е пуснало предписание до ОПЛ да огледат пациентските си списъци и да имунизират тези, които по една или друга причина не са били имунизирани срещу морбили. „Но очевидно това указание е било изпълнено само частично”, заяви в интервюто си началничката на РИОКОЗ д-р Узунова⁴⁸.

- д-р Дишлиев, отговорен сътрудник в РИОКОЗ, заяви, че „е убеден, че сред ромите се шири и е пуснал дълбоки корени поверието, че имунизацията уврежда здравето на децата” и че това е основната причина те да не водят децата си да бъдат имунизирани.⁴⁹

- заслужава да бъде специално отбелязано мнението, изразено, макар и не с едни и същи думи, от всичките трима интервюирани специалисти от РИОКОЗ, че „реформата създаде хаос в детското здравеопазване”.⁵⁰

Те изтъкнаха, че изменението на *Правилника за прилагане на Закона за семейните помощи за деца*, прието с „Постановление на МС № 53 от 1-ви април 2010 г. за изменение и допълнение на Правилника за прилагане на Закона за социално подпомагане, приет с Постановление № 243 на Министерския съвет от 1998 г.”, с което се въвежда задължението лицата, които получават месечни помощи за отглеждане на деца при условията на *Закона за социалното подпомагане*, да представят „служебна бележка, удостоверяваща извършените задължителни имунизации и профилактични прегледи на детето, издадена от личния лекар на детето, а при липса на избор на личен лекар – от регионалната инспекция за опазване и контрол на общественото здраве.”⁵¹ има много положително влияние върху действителното извършване на имунизациите в ромското гето „Надежда” в Сливен, където голяма част от живеещите се издържат от социални помощи и не могат да си позволят да не получават помощи за децата си, а

⁴⁷ Цит. интервю

⁴⁸ Цитираното интервю с д-р Узунова от 28 октомври 2010 г.

⁴⁹ Интервю с д-р Дишлиев, 28 октомври 2010 г.

⁵⁰ Интервюта с д-р Узунова, д-р Дишлиев и д-р Михайлова, 28 октомври 2010 г.

⁵¹ Това е текстът на пар. 28, ал. 1 от Преходните и заключителни разпоредби на Постановление на МС № 243 от 1-ви април 2010 г. Със същия текст е изменен и чл. 25, ал. 2 от Правилника за прилагане на *Закона за семейни помощи за деца*, приет с Постановление № 139 на Министерския съвет от 2002 г., който урежда реда, при който се отпускат семейни помощи за отглеждане на деца до навършване на едногодишна възраст. Вж. Държавен вестник, бр. 27 от 9 април 2010 г., достъпен на <http://dv.parliament.bg/DVWeb/broeveList.faces>

това получаване сега вече е поставено в зависимост от това дали децата са имунизирани ли не.

Те твърдят, че сега ОПЛ не са заинтересовани да съобщават на РЗОК истинския брой на неимунизираниите, защото това би довело както до намаляване на доходите им, така и до санкционирането им за това, че не са изпълнили задълженията си.⁵²

*Според тях следва да се намери механизъм, който, от една страна, да стимулира лекарите да извършват имунизациите в „рискови“ квартали, а от друга да увеличи отговорността им за евентуалното неизвършване.*⁵³

Сега, според тях, РЗОК и РИОКОЗ действат разпокъсано, всяка институция сама за себе си. РИОКОЗ може да налага парични глоби на ОПЛ за неизвършени имунизации, но няма как да узнае за това, освен в случаи като епидемичен взрив, защото по сегашната система РЗОК, която плаща на лекарите, се основава единствено на техните отчети, когато дава пари за свършена работа. А ОПЛ имат много начини да не свършат изцяло работата си по имунизациите в „рискови“ квартали, оправдавайки се с това, че пациентите не са идвали при повикване, че няма как да ги принудят да го сторят, че движението на населението е много голямо и че винаги има немалък брой семейства, които вече са напуснали гетата и поради това децата им не могат да бъдат имунизирани, както и такива, които са пристигнали, но още не вписани в списъците на ОПЛ.⁵⁴

Интервюираните от РЗОК – Сливен също така направиха и някои предложения, които според тях биха допринесли за намаляване на броя на неимунизираниите деца в ромските квартали:

*- въвеждане на механизъм, който да направи така, че практиките на ОПЛ да са разположени в самия ромски квартал, а не в града*⁵⁵. Сега само д-р Панайотов и д-р Колев имат кабинети в гетото, а другите ОПЛ, в чиито списъци преобладават хора от гетото, те са 6 на брой, са разположили кабинетите си в ДКЦ, което се намира на другия край на града, докато самото гето „Надежда“ е разположена на няколко километра от Сливен; *с други думи, ромски пациент от „Надежда“ първо трябва да стигне до града, след това да го прекоси и чак тогава ще може да посети своя ОПЛ.*

- възстановяване на съществувалите преди началото на големите реформи в здравеопазването детски консултации; сега тези специализирани отделения на бившите

⁵² Цитираното интервю с тримата лекари от РИОКОЗ, 28 октомври 2010 г.

⁵³ Пак там.

⁵⁴ Пак там.

⁵⁵ Предложение на д-р Узунова, началничка на РИОКОЗ – Сливен, интервю на 28 октомври 2010 г.

поликлиники ги няма, а функциите им са поети от ОПЛ, което според лекарите от РИОКОЗ е неправилно и води до влошаване на качеството на детското здравеопазване.⁵⁶

9.6. Становище на здравните медиатори

Здравните медиатори са тези, които следва да осигуряват непосредствената връзка между ромските семейства в гетото и ОПЛ. В „Надежда” работят двама здравни медиатори, с единият от които бе проведено интервю на 27 октомври 2010 г. Наташа Иванова Тодорова, здравна медиаторка, обясни своята и на колегата си работа в контекста на провеждането на имунизациите така: „Ние, здравните медиатори, сме многофункционални, трябва да разбираме от всичко и имаме толкова много работа, че не смогваме да известяваме всички за предстоящите имунизации.”⁵⁷ *С други думи, тя, макар и непряко, признава, че работата на здравните медиатори в гетото „Надежда” не е ефективна, поне що се отнася до имунизациите.* Ако родителите не водят децата си на имунизации, то здравните медиатори, по задание на ОПЛ, би трябвало да изяснят защо става така във всеки конкретен случай и да подтикнат родителите да изпълнят задължението си. *Ала на практика това очевидно в много случаи не става.* Но и тази интервюирана, чието положение я кара да защитава собствените си действия или бездействия, както и тези на ОПЛ, на прекия въпрос какви са според нея, главните причини за наличието на толкова много неимунизирани хора в гетото, заяви, че „има проблем с ОПЛ, някои от тях са проявили известно нехайство, има такива, които изобщо не познават хората, които се числят в техните списъци.”⁵⁸ Освен това, тя „била чувала, че има ОПЛ, които са записвали като имунизирани хора, които в действителност не са били имунизирани”.⁵⁹ Медиаторката добави към причините за липсата на имунизации и „страховете и невежеството на хората, особено на по-старите, които се страхуват от имунизациите и ги считат за вредни за здравето на децата”.⁶⁰

9.7. Становища на общопрактикуващи лекари с практики в гетото „Надежда”

⁵⁶ Колективно мнение и на тримата интервюирани лекари от РИОКОЗ – Сливен, 28 октомври 2010 г.

⁵⁷ Интервю с Наташа Иванова Тодорова, здравен медиатор, 27 октомври 2010 г.

⁵⁸ Пак там.

⁵⁹ Пак там.

⁶⁰ Пак там.

Мненията на **общопрактикуващи лекари (ОПЛ), които разполагат практиките си в ромското гето „Надежда”** за причините за епидемията, също представляват интерес. На 28 октомври 2010 бе проведен обширен разговор с д-р Стефан Панайотов, **чиято практика като ОПЛ е разположена в самото гето „Надежда”**, и с д-р Желязко Манолов, който, по думите му, има над 10 години стаж в гетото, а и сега в списъците на пациентите на практиката му, макар и разположена в сградата на ДКЦ, има много роми от „Надежда”.

Двамата лекари изтъкнаха, че „страшна е не самата болест морбили, тя не тежка, а усложненията, които могат да настъпят и които са причина за десетте смъртни случая”.⁶¹ Както бе казано по-горе, в забележка 2, д-р Панайотов твърди, че истинският брой на заболелите от морбили е много по-голям от официално обявения и възлиза на около 5000 случая. Той добавя още, че „поне 400 от преболедувалите бяха за болница, но не са били вкарани в нея”.⁶²

Според двамата лекари големият брой неимунизирани лица се дължи на различни причини:

- трудна мобилизация на хората, за да заведат децата си да бъдат имунизирани, *защото „условията на живот са толкова тежки, че хората не се сещат за имунизации”*,⁶³

- има много голяма миграция, хората трудно биват намирани (за да заведат децата си на имунизация, *бел. авт.*), защото непрекъснато са в движение;⁶⁴

- заетостта на ОПЛ е огромна и имунизациите, особено когато хората не идват сами, а трябва да бъдат търсени или призовавани да се явят, не е първата грижа;⁶⁵

- хората в квартал „Надежда” са доста полиморбидни, т. е. много хора са болни от повече от едно заболяване, ромските деца боледуват много, имунитетът им изобщо е слаб и това е защото живеят много зле, в мизерни условия;⁶⁶

- на родителите, чиито деца трябва да бъдат имунизирани, се пишат писма да доведат децата си за процедурата, *но „по-голямата част от тези хора са неграмотни*

⁶¹ Интервю с д-р Стефан Панайотов и д-р Желязко Манолов, 28 октомври 2010 г.

⁶² Същото интервю.

⁶³ Изразът е на д-р Манолов, същото интервю.

⁶⁴ Същото интервю

⁶⁵ Пак там.

⁶⁶ Това са преценки на д-р Желязко Манолов от същото интервю.

*и не могат да прочетат какво пише, затова е „изключително трудно да се правят имунизации“;*⁶⁷

- ОПЛ трябва да искат от здравните медиатори да им вършат работата по известяването на хората за имунизациите, „но не всички колеги го искат и не всички здравни медиатори вършат тази работа“;⁶⁸

Д-р Манолов обобщи, като каза, че „при сегашната система на извършване и отчитане на имунизациите от морала на лекаря зависи дали е извършена имунизацията или не“⁶⁹;

Той добави, че е „нужен много сериозен контрол върху работата на медиаторите, сегашният модел не дава ефект“. Освен това д-р Желязков се солидаризира с мнения, изказани от колегите му от РИОКОЗ (без да знае за тях, интервюто с лекарите от РИОКОЗ беше след срещата с д-р Панайотов и д-р Желязков), че „*час по-скоро трябва да се възстановят детските консултации*“.⁷⁰

10. Обобщение на проучените мнения

Проучването на мненията на един кръг лица, имащи както преки наблюдения върху протичането на епидемията от морбили в Сливен, така и взели непосредствено участие в ликвидирането ѝ, налага извода, че всички те имат **сходни мнения** по централния въпрос на проучването, който е какви са основните причини за епидемията от морбили в ромското гето „Надежда“. **Сходството се изразява в това, че те вкупом отдават голямо значение на предположения относно съществени пропуски в работата на ОПЛ, които обслужват пациенти от ромското гето „Надежда“.** Тези пропуски се изразяват в неизпълнение на задължението им да имунизират всички, които трябва да бъдат имунизирани, срещу морбили. В полза на обосноваването на такова предположение говори и приведените по-горе факт за наложените осем наказания на ОПЛ от страна на РИОКОЗ.

Съществено тук е това, че при наличието на широко разпространени предположения относно, най-мекото казано, немарливо отношение на част от ОПЛ на задълженията им по имунизациите в ромското гето „Надежда“ (и в някои села с преобладаващо ромско население близо до Сливен) няма данни да е проведено

⁶⁷ Изказване на д-р Манолов, цитираното интервю.

⁶⁸ Пак там.

⁶⁹ Пак там.

⁷⁰ Пак там.

разследване дали тези предположения са верни или не. А това е задължително в такива случаи, особено когато става дума за десет смъртни случая. Това, че не са проверени предположенията за системно неизпълнение от страна на някои ОПЛ на задълженията им по имунизацията на децата от ромското гето „Надежда” и в някои от селата с голям процент или преобладаващо ромско население **е съществено нарушение на правата на пострадалото от епидемията население.**

11. Обобщение на предложенията на интервюираните лица за мерки, които трябва да се приемат за недопускане на нови епидемии от инфекциозни болести в ромското гето „Надежда” в гр. Сливен

Интервюираните по време на проучването на мненията на активисти, експерти и представители на изпълнителната власт лица направиха предложения, които, ако се приложат, биха подобрили чувствително ситуацията с имунизациите:

А) Да бъдат обвързани контролните механизми на НЗОК и на РИОКОЗ по отношение на имунизациите, така че отчетността за направените имунизации да може да бъде индивидуализирана, като се минимизират възможностите за небрежност и злоупотреби от страна на някои ОПЛ. Въведеният от април т.г. ред, при който изплащането на месечни помощи за отглеждане на деца се обвързва с наличието на удостоверение за извършени имунизации, е стъпка в правилна посока. *Необходимо е обаче да се въведе изискване имунизираният, респ. неговият родител (настойник) да удостоверява с подписа си факта на извършената имунизация;*

Б) Да се премахне положението, при което кабинетите на ОПЛ, които имат много пациенти в листите си, жители на ромските квартали, ги разполагат далеч от квартала в града, защото това е голяма пречка за част от ромите (поради липса на прилични дрехи и обувки) да ги посещават;

В) Да се подобри организацията на работата на здравните медиатори и контрола върху изпълнението ѝ, така че те действително да уведомяват семействата, където има деца за имунизирани и да правят всичко възможно тези деца да получат имунизациите си;

Г) Да бъде възстановена формата „детска консултация” като ефективна форма за обезпечаване на здравеопазването за деца;

Д) Да се засили, включително с по-активното включване на здравните медиатори, на информационно-просветната работа сред ромското население в града, за

да бъдат преодолени предразсъдъците и суеверията сред част от ромските семейства, които ги настройват срещу имунизациите.

12. Заключение. Изводи и препоръки

1. Проучването недвусмислено показва, че практиката на провеждане на имунизациите и в по-широк план – цялостната политика по отношение на детското здравеопазване, насочено към ромската малцинствена общност в Сливен *не е адекватна на условията на живот и особеностите на хората, живеещи в отделените от градските организми гета*. Нейното осъществяване граничи със сериозни нарушения на правата на човека и в частност на здравните права на засегнатите групи.

2. Необходимо е държавата да преосмисли здравната си политика и по-специално тази към опазването на здравето на децата от ромската общност, *като приведе методите и средствата за осъществяването ѝ в съответствие с със социокултурните, демографските и инфраструктурните дадености, в които живеят ромите в гетата на големите градове у нас*.

2.1. За тази цел следва да се преосмисли начинът на провеждане на ваксинациите в тези квартали, трябва да се направи така, *че ваксинация да не може да се осъществи без надлежно удостоверено потвърждение от страна на родителите, че такава е направена. За нарушенията следва да се търси строга отговорност*.

2.2. Следва също така да се осъвремени Имунизационният календар.

3. Необходимо е всеотстранно да се преосмисли ролята и дейностите, които осъществяват здравните медиатори. Очевидно сегашният модел на дейността им, поне примера на Сливен показва това, не е адекватен на обстановката, в която работят и на отговорностите, които им се вменят. Те трябва да станат „очите и ушите” на лекарите в ромските квартали. Авторитета на тези първи помощници на лекарите трябва да се укрепва, заплащането им да се увеличи и да се засили контролът върху работата им.

4. Необходимо е да се въведе *правило, според което практиките на ОПЛ в гетата следва да са разположени в близост до или в самите гета*. Възможно е лекарите, които работят в условията на гетата, да получават увеличение на заплащането, което получават от НЗОК заради специфичните условия на работа.

5. Следва законодателят да въведе система от мерки, които да сведат до минимум броя на лицата, които нямат личен лекар. Това може да стане като се

преосмислят сегашните твърде формални критерии, според които здравното осигуряване на лишените от средства се подпомага от публични фондове.

6. Следва да се обмисли отново въпросът за премахването на детските консултации и да се намери форма за възстановяването им.

7. Най-накрая, приведените в доклада данни сочат, че е необходимо Прокуратурата да проведе разследване по фактите около епидемията от морбили в Сливен и околните села, завършила с десет смъртни случая и да определи дали има данни за извършени престъпления по служба или други престъпления от съответните длъжностни лица в този случай.