

институт, Националният център по здравна информация, „Евростат“ и Световната здравна организация, а те не предоставят сравнима информация по повечето индикатори, заложи в международното изследване за здравето на ромите. В много случаи информацията за основното население е събирана години преди провеждането на настоящото изследване, а това също поражда изкривявания при сравнителните оценки. Въпреки тези ограничения обаче сравняването на огромен масив налични данни с такива от изследването осигурява възможност за формулирането на по-прецизни хипотези и изводи.

Възникват проблеми и при сравняването на някои от данните за ромите от седемте страни, включени в проекта. Най-сериозни са те при оценката на образователния профил на ромите и влиянието на образованието върху здравния статус и достъпа им до здравни услуги в седемте страни. Въпреки обясненията на българския, румънския и чешкия екип за спецификите на образователната система в тези страни испанските статистики са обединили в една графа ромите със средно и висше образование, което внася много неточности при националните и сравнителните анализи. Разликите в здравните осигурителни системи на седемте страни също не са отчетени напълно от испанските колеги, които са взели като модел испанската система, а тя е нерелевантна в другите страни.

Проблеми възникнаха и при определянето на размера на ромските общности в седемте страни и въз основа на това – при определянето на извадките в тях. В много от държавите от Европейския съюз не се събират официални статистически данни за етническия състав на населението. Такъв е случаят с Испания, Португалия и Гърция, където оценките се основават на експертни мнения и предишни изследвания. В България, Чехия, Словакия и Румъния официалните данни от преброяванията на населението за броя на ромите сериозно се разминават с оценките на експертите и на околното население.

Методологически подход

Първият методически проблем, който възникна пред изследователите, бе как да бъде определен броят на генералната съвкупност на