

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ  
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

---

**ЛИДИЯ СТОЙКОВА СТОЙКОВА – ЧОРБАНОВА**

**МЕНИДЖМЪНТ НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО  
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ КАТО МЯРКА ЗА  
ОВЛАДЯВАНЕ НА ДЕМОГРАФСКИЯ СРИВ В  
БЪЛГАРИЯ**

**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 РАЛИЦА ЗЛАТАНОВА-ВЕЛИКОВА, ДМ**

**РЕЦЕНЗЕНТИ**

**ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВЛАЙКОВ ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН**

**ДОЦ. Д-Р КАТЯ ПЕТРОВА ПОПОВА-ЮРУКОВА, ДМ**

София, 2018г.

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра по Здравна политика и мениджмънт при Факултета по Обществено здраве при Медицински Университет – София.

Дисертационният труд съдържа 169 страници и е онагледен със 63 фигури, 20 таблици и 2 приложения. Библиографската справка включва 141 заглавия, от които 54 на кирилица, 87 на латиница и 7 електронни източника.

#### **Научно жури:**

Проф. д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн

Проф. д-р Ралица Златанова Златанова-Великова, дм

Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн

Проф. Мими Георгиева Стойчева, дм

Доц. д-р Катя Петрова Попова - Юрукова, дм

#### **Резервни членове:**

Проф. Добриана Александрова Сиджимова, дф

Доц. д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

Публичната защита ще се състои на 29.05.2018г. от 14:00 часа в зала №7 на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул. „Бяло море” №8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ София, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул. „Бяло море” №8, гр. София и на интернет страницата на МУ София.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

## **СЪДЪРЖАНИЕ**

<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>4</b>
<b>МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО</b> .....	<b>6</b>
1. ЦЕЛ .....	6
2. ЗАДАЧИ НА РАЗРАБОТКАТА.....	6
3. МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО .....	6
Логическа единица .....	8
Техническа единица .....	8
Време и място на наблюдението .....	8
Документи на проучването.....	8
Методи на проучването.....	8
<b>СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ</b> .....	<b>10</b>
1. АНАЛИЗ НА СЪСТОЯНИЕТО НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО ЗДРАВЕ .....	10
2. АНАЛИЗ НА ПРОБЛЕМИТЕ В ЗДРАВНОТО ОБСЛУЖВАНЕ НА ДЕЦАТА, БРЕМЕННИТЕ И МАЙКИТЕ .....	15
3. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД БРЕМЕННИТЕ И МАЙКИТЕ С ДЕЦА ЗА МНЕНИЕТО ИМ ОТНОСНО СЪСТОЯНИЕТО НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ .....	35
4. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЗДРАВНИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА МНЕНИЕТО ИМ ОТНОСНО СЪСТОЯНИЕТО НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ .....	48
5. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЗДРАВНИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ И БРЕМЕННИТЕ И МАЙКИ С ДЕЦА.....	51
<b>ИНТЕГРИРАН ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРЕН МЕДИКО–СОЦИАЛЕН ПОДХОД ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ</b> .....	<b>56</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	<b>63</b>
<b>ИЗВОДИ</b> .....	<b>65</b>
<b>ПРЕПОРЪКИ</b> .....	<b>67</b>
<b>САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД</b> .....	<b>69</b>
<b>СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД</b> ....	<b>70</b>

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Стойностите на някои обобщаващи демографски показатели дават ясно доказателство за влошаване на общото и на репродуктивното здраве в частност, на населението в страната в последните 20 години. България отчита едни от най-високите стойности сред европейските страни по такива важни демографски показатели като перинатална смъртност (брой на мъртвородените деца и тези от живородените, умрели през първите 6 дни вкл. от раждането, на 1000 родени), детска смъртност, повъзrastова смъртност, обща смъртност. Страната ни се нарежда на едно от последните места сред страните от Европа по очаквана средна продължителност на предстоящия живот, а темповете на увеличение са твърде бавни.

Важна характеристика на здравния статус на населението дават и показателите за честотата и структурата на регистрираните заболявания. Общата регистрирана заболеваемост продължава да се задържа на високи нива. Съществуващите затруднения в достъпа до здравни услуги, налаганите от населението самоограничения при ползването им, отсъствието на масови скринингови проучвания, дават основание да се предположи, че е налице значителен обем скрита, нерегистрирана заболеваемост с всички произтичащи от това последици за индивидуалното и общественото здраве.

Данни от различни стратегически документи - Доклад за здравето на гражданите, Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България 2012 – 2030г., Национална здравна стратегия 2020, показват, че в страната ни всички демографски показатели са значително влошени. Критичното състояние на тези демографски показатели нареждат България на челното място в Европа по:

- отрицателен естествен прираст;
- висока смъртност (вкл. детската);
- ниска раждаемост (според ООН България е сред държавите с най-ниска раждаемост в света);
- застаряване на населението;

- влошено образование и растяща неграмотност;
- влошено здраве (особено детското);
- рязко влошаване на качеството на живот;
- постоянна миграция на млади хора;

Днешното демографско състояние на българското население е резултат от продължително действие на множество фактори и влияния. Една част от тях са свързани с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни, други - със специфичните особености на историческото, икономическото и културно развитие на Република България. Влияние върху демографското развитие на населението оказват общите за развитите страни демографски процеси – намалена брачност и раждаемост, засилена урбанизация, както и специфичните за развиващи се страни и страни в преход, по-високи нива на смъртност и интензивна външна миграция. В резултат на тези процеси България изпадна в сериозна демографска криза. Спирането на нарастването на броя на населението и процесът на неговото числено намаляване, започва още преди 1989 г.

В настоящата разработка е направен преглед на демографската ситуация в страната. Формулирани са основни понятия отразяващи демографските тенденции. Засегнати са проблемите на майчиното и детско здравеопазване в България, подкрепени с критичен анализ на ситуацията.

Въз основа на направените проучвания и анализи са формулирани предложения за въвеждане на „Интегриран подход за подобряване на майчиното и детско здравеопазване“, ката е обоснована нуждата от създаване на структури в подкрепа и подобряването на майчиното и детско здраве в страната.

## **МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО**

### **1. ЦЕЛ**

Целта на дисертационния труд е да се предложи интегриран интердисциплинарен медико-социален модел за подобряване на майчиното и детско здраве, като мярка за овладяване на демографския срив на базата на проучване, анализ и оценка на състоянието и тенденциите в майчиното и детско здравеопазване в България.

### **2. ЗАДАЧИ НА РАЗРАБОТКАТА**

1. Изясняване на демографската ситуация в България и формулиране на демографските тенденции като обществено значим за страната проблем.
2. Анализ на демографската криза в страната.
3. Представяне и анализ на проблемите в здравното обслужване на децата, бременните и майките.
4. Анализ и оценка на резултатите от проведеното анкетно проучване сред бременните и майките с деца за мнението им относно състоянието на майчиното и детско здравеопазване.
5. Изследване с оценка на резултатите от проведеното анкетно проучване сред здравните специалисти за мнението им относно състоянието и проблемите на майчиното и детско здравеопазване в България.
6. Разработване на интегриран интердисциплинарен медико-социален модел за подобряването на майчиното и детско здраве.

### **3. МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО**

В зависимост от така поставените научни задачи се конкретизират обектът на наблюдение, единиците и признаците им.

**ОБЕКТ** на проучването е майчиното и детско здравеопазване в България.

Проучването е комплексно. Конкретните научни задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със специфичността на разработката.

Единият от компонентите включва проучване и анализ на състоянието на майчиното и детско здравеопазване за периода 2010 – 2016 г. в контекста на демографската ситуация в България. Анализирани са:

- Броят ОПЛ, педиатри и извънболнични АГ по области за периода 2010 – 2016г.
- Потребностите от лекари - ОПЛ, педиатри и извънболнични АГ по области за осигуряването на достъп на населението до медицинско обслужване в извънболничната медицинска помощ за всички области според Националната здравна карта на Република България.
- Основните проблеми в здравното обслужване на децата, бременните жени и майките.

Вторият компонент е анкетно проучване сред бременните и майките с деца с помоща на анкета /ПРИЛОЖЕНИЕ 1./, която се състои от 30 въпроса, от които 17 са закрити, 10 полузакрити и 3 открити въпроса. Проучено и анализирано е мнението им относно медицинското обслужване на бременните и децата в България и достъпа им до здравни услуги.

Третият компонент е анкетно проучване сред здравните специалисти с помоща на анкета /ПРИЛОЖЕНИЕ 2./, която се състои от 15 въпроса, от които 10 закрити, 1 полузакрит и 4 открити въпроса. Изследвано и анализирано е мнението на респондентите относно състоянието на медицинското обслужване на бременните и децата у нас покривано от НЗОК, както и необходимостта от наличието на комплексно медицинско обслужване за бременни жени и деца с хронични заболявания.

В проучването са анкетирани 3015 пациентки и 725 здравни специалисти.

Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите.

Интервалът на доверителност при уroveň на значимост  $P(t) = 0.05$  дава информация за оценка точността на анализираниите показатели.

**Логическа единица** на наблюдението са анкетираните бременни, майки с деца и професионалисти по здравни грижи.

**Техническа единица** на наблюдението е уеб пространството на организациите - "Съюз на трансплантираните", "Сдружение на родителите на деца със синдром на Даун", Сдружение "Зачатие", Фондация "Искам бебе", "Алианс на българските акушерки", както и ДКЦ, АПИМП и болници в градовете - Стара Загора, Раднево; Хасково, Димитровград, Свиленград; Ямбол; Бургас; Пазарджик, Велинград, Панагюрище; Перник, Брезник; Благоевград; Карлово, Сопот, Силистра, София.

Признаците се конкретизират от поставените задачи и вида на единицата (в приложението е посочена анкетната карта за пациентите).

### **Време и място на наблюдението**

Анкетните проучвания сред респондентите са проведени за период от една година - от месец октомври 2016 до месец октомври 2017, сред всички отзовали се да попълнят уеб базираните анкетни карти, публикувани на интернет страниците на посочените организации, както и в ДКЦ, АПИМП и болниците в посочените градове.

### **Документи на проучването**

Основните документи, които се използват за набирането на първичната информация са:

- Анкетната карта за бременни и майки с деца – ПРИЛОЖЕНИЕ 1.
- Анкетна карта за професионалисти по здравни грижи – ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

### **Методи на проучването**

#### **За събиране на необходимата информация**

Използвани са следните методи в дисертационния труд:

#### **Социологически методи:**

Социологически методи - :

- документален метод;

- анкетен метод - анкетират се бременни и майки с деца, както и здравни специалисти;

### **Методи за обработка на информацията:**

Статистически методи. В разработката са използвани широк кръг от описателни и аналитични статистически методи.

За обективизиране на наблюдаваните резултати са използвани следните статистически методи, като начина на интерпретация съответства на описанието в литературата:

1. Алтернативен анализ;
2. Вариационен анализ – изчисляване оценките на централната тенденция и разсейване;
3. Непараметричен анализ – метод ХИ-квадрат ( $\chi^2$ );
4. Сравняване на резултатите чрез ТЕ – критерий (t – критерий);
5. Дескриптивен анализ – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване;
6. Корелационен анализ - за проверка наличието на линейна зависимост между количествени признаци.;
7. Графичен анализ – използва се онагледяване на получените резултати.

Посочените методи при провеждане на проучването взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена.

За обективизиране на наблюдаваните закономерности и анализ на събраната информация е използвана комплексна методика. Показателите са оценявани при уровень на значимост  $P > 0.05$ , като са интерпретирани закономерности съществуването, на които не буди съмнение  $P(t) = 0.95$ .

Количествените анализи са правени със статистически пакет приложни програми - SPSS 17.0. За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на MICROSOFT OFFICE.

## **СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.**

### **1. АНАЛИЗ НА СЪСТОЯНИЕТО НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО ЗДРАВЕ**

Всички проучени и анализирани стратегически документи - доклад за здравето на гражданите, актуализираната демографска стратегия на Република България, Националната здравна стратегия подчертават проблемите в показателите на държавата за състоянието на майчиното и детско здраве.

#### **Раждаемост**

Броят на родените през 2015 г. е 66 370, от които живородените са 65 950 (99.4%) и мъртвородените са 420 (0.6%) по данни от НСИ . Спрямо предходната година броят на живородените деца е намалял с 1635 деца. Броят на живородените момчета е 34 069, с 2 188 по-голям от този на момичетата – 31 881 или на 1000 момчета се падат 936 момичета. В градовете живородените са 49 486 (с 1 218 по-малко от предходната година), а в селата –16 464 (с 417 по-малко от 2014 г.). Наблюдава се увеличение спрямо предходната година в средната възраст на жените при раждане на първо дете - 26.9 години (България 2011. Статистическа панорама, НСИ, юли 2012).

Запазва се дълготрайната тенденция за намаляване на раждаемостта (Фигура 1). През 2015 г. броят на ражданията в страната е намалял и коефициентът на общата раждаемост е 9.2‰ (9.4‰ за 2014 г.), като остава по-нисък от този за ЕС (10.02‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

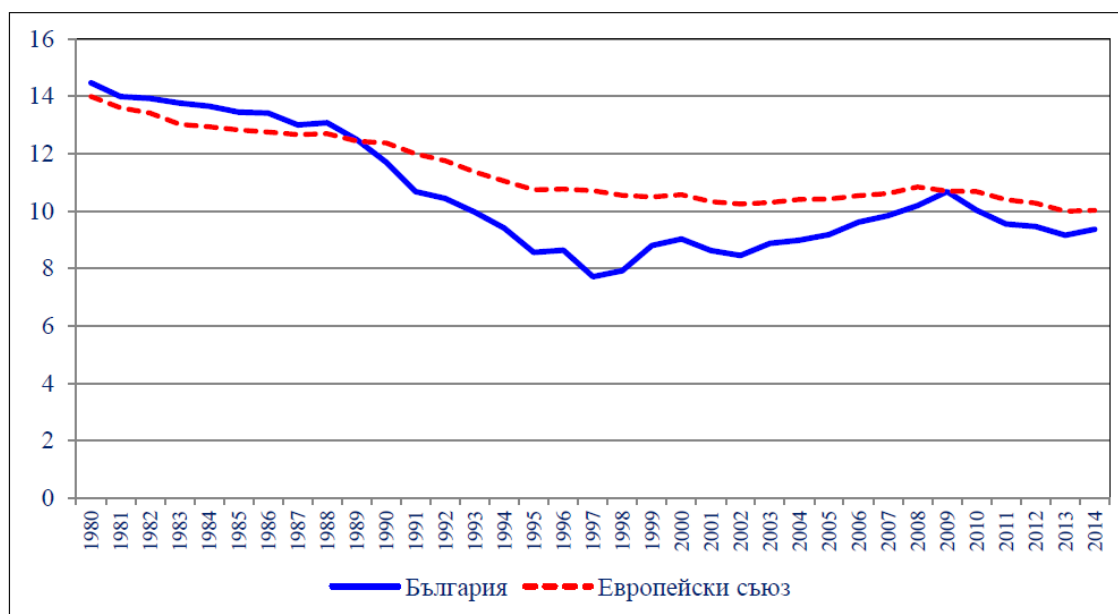
Раждаемостта в градовете намалява и през 2015 г. е 9.4‰, в селата също намалява – 8.5‰. По-високата раждаемост в градовете се определя от по-младата възрастова структура на населението.

През последната година остава относително висок броят на живородените от майки на възраст до 20 г. - 6 274 през 2015 г., при 6 655 за 2014 г. Значими социални и здравни проблеми поставят ранните раждания на момичета под 15 годишна възраст и на 15-19 години.

Влияние върху раждаемостта през последните години оказва повишаването на плодовитостта на родилните контингенти, измерена чрез тоталния коефициент на плодовитост (среден брой деца, които една жена ражда през целия си детероден период). Най-ниската стойност на този показател е регистрирана през 1997 г. – 1.12. Следва увеличение на нивото: 1.31 през 2005 г., 1.49 деца през 2010 г., през 2015 г. достига 1.53 (ЕС – 1.55).

Намаляването на жените във фертилна възраст и увеличаването на тоталния коефициент на плодовитост показва, че увеличеният брой раждания се дължи главно на отложени във времето раждания и раждане на второ или следващо дете (Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030г.).

**Фигура 1.** Ниво на раждаемостта в България и ЕС (на 1000 души)



Източник: WHO, Regional Office for Europe. Europeanhealthforalldatabase (HFA-DB)

Запазват се териториалните различия. Най-висока е раждаемостта в областите Сливен (12.6‰), София столица (10.2‰), Бургас (9,9‰), Пловдив (9.9‰), а най-ниска в областите Видин (6.1‰), Смолян (6.5‰) и Габрово (6.9‰).

Свързани с раждаемостта са и *проблемите за безплодието и абортите*.

Въпреки изразената тенденция за намаляване броя на абортите (1990 г. – 144 644; 2000 г. – 61 378), те съставляват почти половината от

ражданията през годината. При 66 370 раждания за 2015 г. броят на абортите е 27 782. На 1000 жени на възраст 15-49 години се падат 42 раждания и 18 аборти. Най-голям е броят и делът на абортите във възрастовата група 25-29 г. – 6 934 (24,96%) и 30-34 години – 6 157 (22.16%). На лица до 15-годишна възраст са извършени 118 аборта (0.42%), а до 19-годишна възраст – 2 334 (8.4%).

Броят на абортите на 1000 живородени в България през 2015 г. е 421.26 и е 2 пъти по-висок от средния за ЕС (207.58‰). Легалният аборт продължава да се използва като контрацептивен метод, въпреки риска за здравето и детеродната способност на жената. От всички извършени аборти 2 630 са по медицински показания (9.47%), 8590 са спонтанни (30.92%), по желание – 16 167 (58.19%).

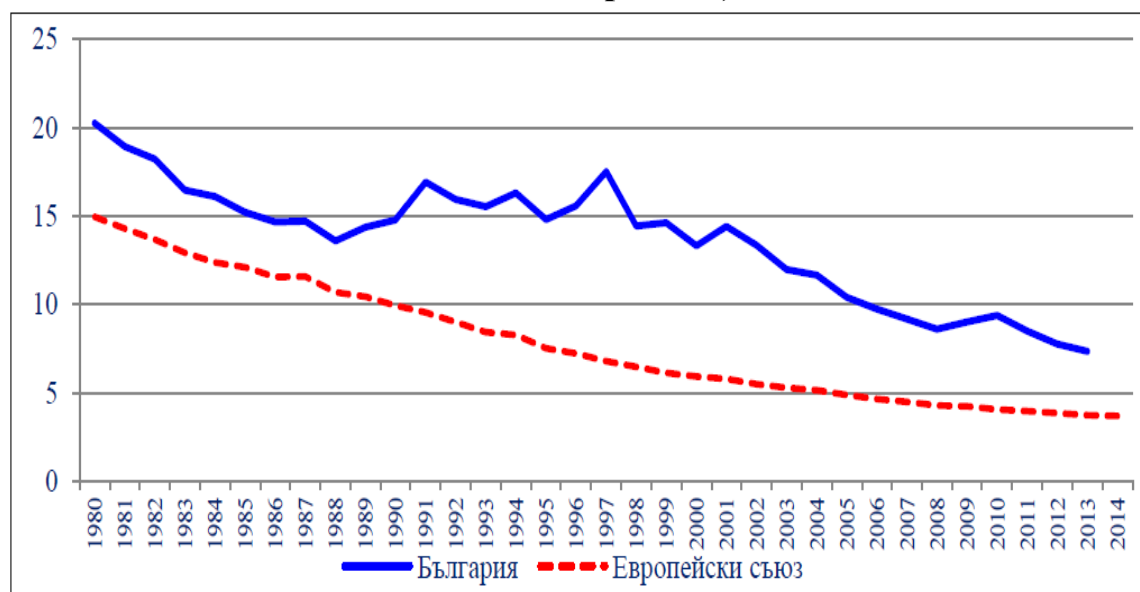
### **Детска смъртност**

Детската смъртност в страната намалява, като достигнатото равнище на детската смъртност през 2015 г. е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България (Фигура 2). През 2015 г. в страната са умрели 434 деца на възраст до 1 г. (517 за 2014 г.), като коефициентът на детската смъртност е намалял от 7.6‰ през 2014 г. на 6.6‰ през 2015 г. Въпреки това, детската смъртност остава по-висока, отколкото в ЕС (3.69‰). Този показател е индикатор за качеството на медицинската помощ, но върху неговата динамика влияят и жизнения стандарт и здравната култура на населението.

В селата показателят остава по-висок от този в градовете (съответно 10.9‰ и 5.2‰). Причини за това могат да се търсят във влошаване на социално-икономическите условия в селата, ограничения достъп до здравни услуги, по-ниското образование и култура.

Областите с най-висока детска смъртност са Ловеч (12.9‰), Сливен (12.8‰), Пазарджик (11.8‰), Велико Търново (9.8‰), Силистра (9.4‰), а с най-ниска – София - столица (2.5‰), Кюстендил - (3.2‰), Габрово - (3.8‰), Перник (4.6‰).

**Фигура2. Показатели за детска смъртност в България и ЕС (на 1000 живородени)**



Източник: НЦОЗА, WHO, Regional Office for Europe. Europeanhealthforalldatabase (HFA-DB)

Перинаталната детска смъртност през 2015 г. намалява от 10.4‰ през предходната година на 9.1 на 1000 родени деца, при среден показател за ЕС (6.09‰).

Показателят за мъртвораждаемостта също намалява спрямо предходната година - 6.3‰, но е по-висок от средната стойност за ЕС (4.81‰).

Благоприятни тенденции се установяват и по отношение на другите повъзrastови показатели за детска смъртност: неонатална и постнеонатална, които показват устойчива тенденция на намаление, макар че все още остават по-високи от средните стойности за ЕС.

Неонаталната детска смъртност след 2000 г. показва тенденция за намаляване и достига през 2015 г. 4.0‰. Средната стойност в ЕС е 2.52‰.

Постнеонаталната детска смъртност намалява през 2015 г. в сравнение с 2014 г. от 3.3 на 2.6 на 1000 живородени без умрелите до 28 ден. Средната стойност за ЕС е 1.16‰.

Анализът на умираанията при децата до 1-годишна възраст по причини показва, че най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през перинаталния период – 188 (43.32%). Следват вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 118

(27.19%), болести на дихателната система (12.67%) и болести на органите на кръвообращението (5.07%). Тези 4 класа обуславят 88.25% от всички умирения на деца до 1-годишна възраст. Не се наблюдава съществена разлика в структурата на умиренията до 1 година по пол.

Интегралният показател, характеризиращ вероятността за *умиране на децата преди достигане на 5-годишна възраст* /Броят смъртни случаи до навършване на 5 год. възраст на 1000 живородени. За изчисляването се използват таблиците за смъртност и очакваната средна продължителност на живота/ в България е 9.43‰ – 2 пъти по-високо ниво от средното за ЕС (4.37‰). Най-често основните причини за смърт на децата до 5 години са: някои състояния, възникващи през перинаталния период, болести на дихателната система, вродени аномалии, болести на органите на кръвообращението и външни причини за заболяемост и смъртност.

*Недоносеността* е важен фактор и има съществен „принос“ за нивото на перинаталната детска смъртност. През 2015 г. броят на недоносените новородени е 5 618, което представлява 8.5% от живородените. Недоносените мъртвородени са 301, което представлява 71.67% от мъртвородените.

*Майчината смъртност* на 100 000 живородени от 19.07 през 2001 г. намалява до 6.1 през 2015 г. Съответният показател за ЕС е 4.72‰.

### **Здравно обслужване на бременните жени и майките**

Здравното обслужване на бременните жени, майките до 45-я ден след раждането и децата до 18 години са регламентирани с нормативните актове на Министъра на здравеопазването по чл. 45 от ЗЗО, Наредба №8 от 2016г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и Наредба №40 от 2004г. за основния пакет от здравни дейности, които НЗОК заплаща. Посочените наредби са съобразени с всички съвременни постижения на медицинската наука, като периодично се осъвременяват. В следствие чрез програмите „Майчино здравеопазване“ и „Детско здравеопазване“ на НЗОК се заплаща на изпълнителите – ОПЛ и специалисти по АГ и по педиатрия, които осъществяват пряката дейност. Тя включва прегледи и изследвания за проследяване на бременността, за домашни посещения

след раждането, за профилактични прегледи и диспансеризация на здрави деца и за деца с хронични заболявания. Целта на програмите е да осигурява нормалното протичане на бременността и изхода от нея за майката и плода, както и наблюдението и грижата за развитието на здрави деца и превенцията на заболяванията при децата

На личните лекари и специалистите от извънболничната помощ са вменени задължения и за извършване на промотивно-профилактични дейности преди забременяване, преконцепционна консултация, обхващаща общ профилактичен преглед на желаещите да встъпят в брак осигурени лица и оформяне на необходимата документация, информиране на двамата партньори при наличие на определени заболявания и генетична предиспозиция, разясняване методите на семейното планиране, откриване и съдействие за своевременно отстраняване на рискови фактори, вредни навици и зависимости (тютюнопушене, алкохолизъм и др.), извършване на прегледи ежемесечно и извършване на необходимите изследвания, указания за двигателния и хранителен режим на бременната и подготовка за процеса на раждане както и множество такива функции по отношение на децата –хранене, имунизации, осъществяване на консултации относно последващо лечение, грижи за деца с увреждания и деца при които има белези за насилие и осъществяване на контакт с други институции които имат отношение към проблема.

## **2. АНАЛИЗ НА ПРОБЛЕМИТЕ В ЗДРАВНОТО ОБСЛУЖВАНЕ НА ДЕЦАТА, БРЕМЕННИТЕ И МАЙКИТЕ**

Независимо от създадената организация за здравно обслужване на децата, бременните и майките най-важните показатели за страната в последните години: перинатална детска смъртност, мъртворождаемост, постнеонатална детска смъртност и обхват на бременните жени с наблюдение до 3-я лунарен месец показват, че са налице проблеми, които влияят сериозно върху здравето на тези контингенти. Основните от тях са:

- **Неравномерно териториално разположение на ОПЛ практиките.**

Налице е неравномерно разпределение на лекарските практики, с наличие на незаети лекарски практики в малки и отдалечени населени места и в кварталите с малцинствено население в редица области. Наличието на незаети лекарски практики в тези места, въпреки допълнителното заплащане за работа при неблагоприятни условия, се дължи на липса на интерес от ОПЛ за заемане на практиките. Това принуждава населението да търси медицинска помощ в близки до тях населени места, което е свързано с допълнителни финансови разходи за придвижване и заплащане на услугите. Броят на функциониращите АГ и педиатрични индивидуални, групови и мобилни практики е незначителен.

На таблица 1 е представена динамиката в броя на общопрактикуващите лекари за периода 2010 – 2016г. Данните показва, че във всички области е налице неблагоприятната тенденция за намаляване на броя на ОПЛ в резултат, на което се затруднява достъп на населението до първичната извънболнична медицинска помощ. Сравнявайки броят на личните лекари през периода 2010-2016г. с необходимия минимален брой на лекарите по обща медицина според Националната здравна карта на Република България се установява, че във всички области практикуващите ОПЛ са по-малко от необходимия минимален брой. В област Кърджали от 101 лекарски практики по Националната здравна карта 38 от тях са незаети. Кърджали е сред областите с най-голям недостиг на лекари и през 2016 г. На един общопрактикуващ лекар през 2016г. отговарят 2394 души от населението (при 1611 души за страната).

**Таблица 1. Брой ОПЛ по области за периода 2010-2016г.**

Статистически райони Области	брой ОПЛ 2010г.	брой ОПЛ 2011г.	брой ОПЛ 2012г.	брой ОПЛ 2013г.	брой ОПЛ 2014г.	брой ОПЛ 2015г.	брой ОПЛ 2016г.	Необходим минимален брой ОПЛ според Националната здравна карта на РБ
<b>Общо за страната</b>	<b>4761</b>	<b>4697</b>	<b>4900</b>	<b>4572</b>	<b>4525</b>	<b>4433</b>	<b>4407</b>	<b>4886</b>
<b>Северозападен</b>	<b>605</b>	<b>600</b>	<b>594</b>	<b>589</b>	<b>580</b>	<b>561</b>	<b>551</b>	<b>573</b>
Видин	75	73	75	73	72	66	63	65
Враца	115	115	112	114	111	104	102	117
Ловеч	97	94	94	93	93	92	91	91
Монтана	104	100	102	100	100	95	91	94
Плевен	214	218	211	209	204	204	204	206
<b>Северен централен</b>	<b>486</b>	<b>470</b>	<b>536</b>	<b>447</b>	<b>443</b>	<b>431</b>	<b>425</b>	<b>550</b>
Велико Търново	161	152	179	146	145	142	139	165
Габрово	81	81	92	77	77	76	76	78
Разград	60	55	59	50	51	48	48	79
Русе	117	117	142	115	111	107	105	152
Силистра	67	65	64	59	59	58	57	76
<b>Североизточен</b>	<b>644</b>	<b>635</b>	<b>642</b>	<b>598</b>	<b>604</b>	<b>604</b>	<b>588</b>	<b>644</b>
Варна	322	315	311	305	309	306	296	316
Добрич	143	138	143	137	133	131	127	132
Търговище	59	59	58	55	53	52	50	78
Шумен	120	123	130	101	109	115	115	118
<b>Югоизточен</b>	<b>680</b>	<b>654</b>	<b>703</b>	<b>689</b>	<b>641</b>	<b>625</b>	<b>669</b>	<b>735</b>
Бургас	235	227	223	217	220	213	217	276
Сливен	116	111	126	160	111	108	151	128
Стара Загора	247	235	256	234	233	229	225	247
Ямбол	82	81	98	78	77	75	76	84
<b>Югозападен</b>	<b>1412</b>	<b>1393</b>	<b>1420</b>	<b>1358</b>	<b>1371</b>	<b>1341</b>	<b>1325</b>	<b>1421</b>
Благоевград	202	198	200	193	200	197	187	210
Кюстендил	100	92	94	90	89	89	85	89
Перник	87	85	86	83	83	84	87	85
София	146	145	170	137	136	133	132	159
София (столица)	877	873	870	855	863	838	834	878
<b>Южен централен</b>	<b>934</b>	<b>945</b>	<b>1005</b>	<b>891</b>	<b>886</b>	<b>871</b>	<b>849</b>	<b>963</b>
Кърджали	70	67	66	63	67	66	63	101
Пазарджик	177	179	187	171	172	169	162	178
Пловдив	458	467	510	433	432	425	421	450
Смолян	79	77	81	74	71	68	66	76
Хасково	150	155	161	150	144	143	137	158

- **Наличие на регулативни стандарти и непълнота при осъществяване на пакетите за профилактични прегледи и диспансеризация при бременни и деца.**

Липса на информация за бременни и деца, обхванати с профилактични прегледи, както и за обема в който се осъществяват. Липса на капацитет за наблюдение и родоразрешение при бременност с патология на плода и майката.

Наличието на регулативни стандарти в първичната извънболнична помощ (лимитиран брой направления за месец на ОПЛ за насочване за консултация към съответен специалист) ограничават свободния достъп на бременните и майките до специализирана медицинска извънболнична помощ.

Лимитираният брой направления се изчерпват в първата половина на месеца и след това нуждаещите се от насочване към съответен специалист за преглед/консултация/изследвания трябва или да заплатят тази услуга или да изчакат направление в началото на следващия месец. Това води до допълнителни финансови разходи, отлагане на съответните прегледи и консултации и оттам до влошаване на здравето състояние.

Същото касае и лимитирания брой направления на специалистите от извънболничната помощ – акушер-гинеколози и педиатри. Независимо, че няма лимит на направленията на децата за педиатър, той има ограничен брой направления за изследвания.

Поради наличието на тези регулативни стандарти в извън болничната АГ помощ голяма част от предвидените прегледи и изследвания се заплащат от бременните жени. В тази връзка особено тежък е проблемът сред малцинствената група на ромите. От една страна голяма част от ромските жени не са осигурени, от друга страна при тях се наблюдава най-високо ниво на раждаемост, особено във възрастта под 19 г., от трета страна се наблюдава най-висока честота на вродени малформации, поради близко родствени връзки. Болшинството от бременните ромски жени не посещават консултации и първият преглед по време на бременността им се извършва при постъпване за раждане.

Раждането и престоят в болница по време на раждане не се заплаща от жените<sup>1</sup>. Тази здравна услуга се поема от НЗОК, независимо от това дали бременната жена, постъпила за раждане, е здравно осигурена или не. От една година Министерство на здравеопазването заплаща и един профилактичен преглед по време на бременността, който е крайно недостатъчен.

За детските контингенти друг основен проблем е в малките и отдалечени населени места и в кварталите с малцинствено население. Достъпът до ОПЛ/педиатър се ограничава поради липсата на такива.

Съществуващата нормативна база не стимулира активност на извънболничните АГ лекари по отношение на обхвата, наблюдението и изследването на бременните жени. Ниското възнаграждение на акушер гинеколозите за диспансерно наблюдение и консултиране на бременните жени намалява мотивацията им. Поради това и във връзка с пасивно отредената им роля да очакват бременните жени активно да ги потърсят, води до влошаване на качеството на извън болничната АГ помощ. Особено сериозен проблем представлява медицинското наблюдение и консултиране на бременните жени от ромския етнос. Поради това че около 60% от тях не са осигурени, бременността им не се наблюдава и те не получават никакви антенатални консултации.

Деца имат право на избор на лекар (ОПЛ или педиатър), който да ги наблюдава. Независимо от това в много случаи този избор не може да се направи, педиатър не може да бъде избран поради това, че педиатрите обикновено са локализирани в големи населени места.

На таблица 2 е представена динамиката в броя на педиатрите за периода 2010 – 2016г, както и необходимия минимален брой педиатри според Националната здравна карта на РБ.

---

<sup>1</sup> Наредба № 26 от 14.06.2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени;

**Таблица 2. Брой педиатри по области за периода 2010-2016г.**

Статистически райони Области	Педиатри 2010г.	Педиатри 2011г.	Педиатри 2012г.	Педиатри 2013г.	Педиатри 2014г.	Педиатри 2015г.	Педиатри 2016г.	Необходим минимален брой педиатри според Националната здравна карта на РБ
<b>Общо за страната</b>	<b>1425</b>	<b>1423</b>	<b>1426</b>	<b>1448</b>	<b>1459</b>	<b>1420</b>	<b>1467</b>	<b>1273</b>
<b>Северозападен</b>	<b>159</b>	<b>164</b>	<b>166</b>	<b>167</b>	<b>167</b>	<b>162</b>	<b>157</b>	<b>137</b>
Видин	21	19	20	22	21	17	19	17
Враца	33	37	35	32	33	31	25	30
Ловеч	20	24	26	26	24	23	22	23
Монтана	18	18	18	17	17	17	18	24
Плевен	67	66	67	70	72	74	73	43
<b>Северен централен</b>	<b>157</b>	<b>153</b>	<b>156</b>	<b>157</b>	<b>152</b>	<b>145</b>	<b>147</b>	<b>148</b>
Велико Търново	45	43	42	40	41	42	44	42
Габрово	34	32	33	37	33	27	30	28
Разград	16	17	16	18	18	16	15	20
Русе	38	37	40	35	34	33	34	39
Силистра	24	24	25	27	26	27	24	19
<b>Североизточен</b>	<b>221</b>	<b>220</b>	<b>215</b>	<b>207</b>	<b>207</b>	<b>195</b>	<b>208</b>	<b>171</b>
Варна	128	124	123	125	126	126	135	90
Добрич	36	36	36	29	29	25	27	31
Търговище	21	27	26	25	25	21	23	20
Шумен	36	33	30	28	27	23	23	30
<b>Югоизточен</b>	<b>175</b>	<b>172</b>	<b>178</b>	<b>184</b>	<b>190</b>	<b>201</b>	<b>214</b>	<b>189</b>
Бургас	59	62	68	72	76	86	95	80
Сливен	29	29	27	25	23	28	28	33
Стара Загора	68	64	64	67	74	76	77	55
Ямбол	19	17	19	20	17	11	14	21
<b>Югозападен</b>	<b>403</b>	<b>398</b>	<b>387</b>	<b>421</b>	<b>415</b>	<b>399</b>	<b>407</b>	<b>383</b>
Благоевград	50	48	53	48	45	52	50	54
Кюстендил	27	29	26	27	25	25	27	22
Перник	15	17	15	15	15	13	14	22
София	46	45	43	44	42	41	41	40
София (столица)	265	259	250	287	288	268	275	245
<b>Южен централен</b>	<b>288</b>	<b>293</b>	<b>295</b>	<b>282</b>	<b>303</b>	<b>295</b>	<b>313</b>	<b>245</b>
Кърджали	27	30	26	27	30	29	28	26
Пазарджик	67	66	65	59	59	54	57	45
Пловдив	135	136	144	139	155	156	169	115
Смолян	18	19	17	17	21	18	18	19
Хасково	41	42	43	40	38	38	41	40

Достъпът до ОПЛ/педиатър се ограничава поради липсата на такива, а изборът на педиатър от друго населено място е свързано с допълнителни финансови разходи за придвижване, а понякога и с невъзможност поради липса на транспортни средства

Практически съществува неизпълнение на програмите за профилактичните прегледи и диспансеризация на бременните и на децата, както по отношение на патронажната дейност, особено в първите дни от изписване от родилните отделения.

Всички тези въпроси обаче не могат да се подкрепят с индивидуални данни за всеки случай, тъй като липсва регистър с информация относно обхващането на бременните и броят на изследванията, които са им извършени през бременността, както и последващият „път“ на жената да получи адекватни медицински грижи.

- **Липса на организиран ехографски скрининг на бременните жени.**

**Недостатъчен капацитет на системата за диагностициране на патологично протичащите бременности. Липса на алгоритъм и отговорни структури за „насочване, извършване и отчитане“ на биохимичния скрининг при бременните жени.**

Въпреки посочените срокове на бременността в Наредба №8 от 03.11.2016г., в които следва да се извършват ехографски прегледи с различна компетентност, биохимичен скрининг и последващи от него действия, реално няма действащ системен алгоритъм за насочване на пациентките на място, в което има обучени специалисти за по-сложна ехография на плода при съмнение за аномалии и при патологично протичаща бременност, както и оборудвани с апарати за по-високи диагностични цели. Литературните данни показват, че при „пасивен скрининг“ могат да се открият 2-3% от големите аномалии на новородените. Патологията на бременността е около 15%. Тя също изисква по-специализирана ехографска диагностика, каквато не е гарантирана в системата на извънболничната помощ, и е инсуфициентна в системата на болничната помощ. При изградена система с протоколи и диагностика от обучени специалисти, нивото на откриване сигнификантно се покачва на 7,3% от всички новородени. По отношение на бременните с патологично протичаща бременност – бременност и

диабет, бременност и прееклампсия, бременност и сърдечно-съдови заболявания е необходимо да се предприемат мерки за специализирано медицинско наблюдение и насочване на места, където има възможност за по-добра диагностика /апаратура и специалисти/, както и родоразрешение.

При анализа на наличната апаратура която е необходима за провеждане на изследвания по протокол се оказва, че повечето болници даже не разполагат с апаратура 2D, 3 и 4D, Doppler и цветен Doppler, а тези които имат тя е на 4-5 години. Направените анализи относно „допълнителната квалификация“ на специалистите показват, че много малко от тях разполагат със сертификати за обикновена ехография, а тези, които имат за най-високо ниво са от порядъка на 15-20 за цялата държава. Проучванията на чуждия опит показват че в Германия и Англия ехографският скрининг се извършва на три нива. В тази връзка следва да се регламентира въвеждане на Концепция за три нива на ехографски прегледи /концепция на Hansmann 1981, адаптирана в момента се използва от DEGUM/US/, съобразно възможностите на апаратурата и компетенциите на специалистите, както и алгоритъм на поведение – ехографски прегледи (8-12 г.с.; 18-22 г.с.; 28-32 г.с.) и обвързването им с биохимичния скрининг на бременните.

Първо ниво – от АГ специалист в оборудван център , познаващ нормалната анатомия на плода и който извършва квалифицирана Basic биометрия на фетални части –CRL, BPD, ATD. Изследователят също трябва да познава белезите на абнормалност. За нашите условия това трябва да се извършва в извънболничната помощ и в болници I и II ниво на компетентност по акушерство и гинекология.

Второ ниво – специализиран център или болница с дългогодишен опит с ултразвукова диагностика /УЗД/ и добра специализация и познания за откриване на фетални аномалии и промени свързани с патология на бременността. Оборудване с висок клас апарат/ предлагаме да се направи на областно ниво и да се обучат специалисти за второ ниво/.

Трето ниво - Пренатални центрове, които концентрират много патология, провеждат клинични проучвания и обучение на други специалисти/уместно е да се създадат в Университетски болници,

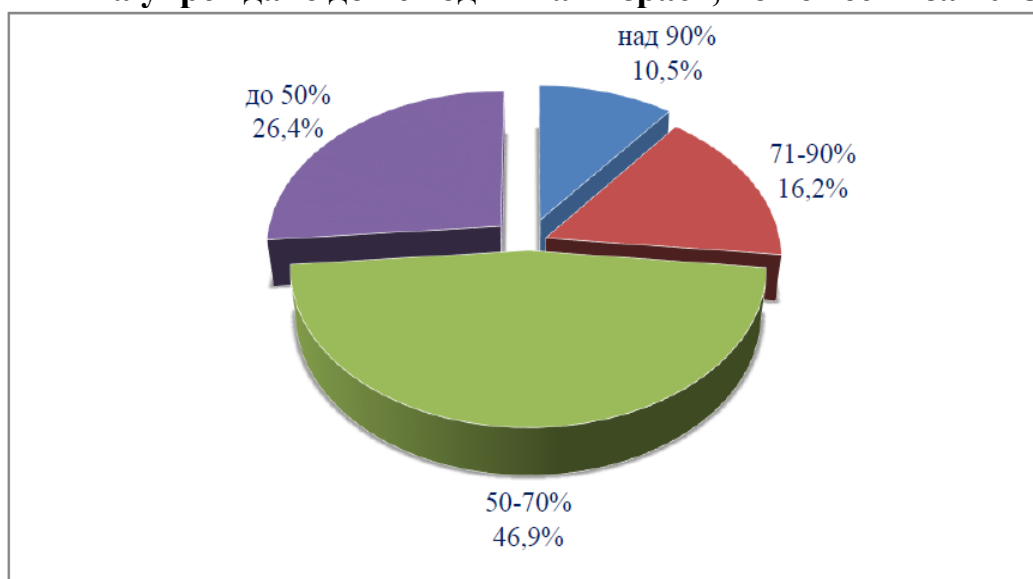
специализирани болници по акушерство и гинекология и налични развити центрове.

- **Липса на интегриран медико-социален подход при обслужване на деца с хронични заболявания/увреждания**

Съгласно действащата нормативна уредба /Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК/ децата с хронични заболявания подлежат на диспансерно наблюдение, което включва прегледи и изследвания с определен обем и честота. Като съществен проблем при децата с увреждания е липсата на възможности за планиране на ранна интервенция, както и на последващи интегрирани здравно-социални услуги и рехабилитация.

За България тревожна тенденция е големият брой на децата до 16-годишна възраст, освидетелствани и признати с първична инвалидизация. След 2008 г. се регистрира увеличаване на броя на освидетелстваните деца до 16-годишна възраст, признати за лица с вид и степен на увреждане, като през последните две години намалява и достига през 2015 г. 5 014 деца (при 5 050 за 2014 г.) или 4.7 на 1000 население до 16 години (4.8‰ за 2014 г.).

**Фигура 3. Структура на децата, първично определени с вид и степен на увреждане до 16 годишна възраст, по тежест - за 2015 г.**



Източник: НЦОЗА

Най-голям е броят и делът на децата със степен на увреждане 50-70% – 2 351 (46.9%). Всяко шесто дете с увреждане е със степен 71-90% увреждане (16.2%), с най-тежката степен над 90% са 10.5% (фигура 3).

Структурата на причините за вида и степента на увреждане при децата е различна от тази при лицата над 16-годишна възраст. Най-честата причина са болестите на дихателната система (29.0%), психичните и поведенческите разстройства (18.2%), вродените аномалии (15.2%) и на нервната система (14.9.) (Таблица 3).

Тази структура с някои изключения се запазва през годините.

**Таблица 3. Освидетелствани деца до 16-годишна възраст с признати вид и степен на увреждане**

Години	Вид и степен на увреждане								Общо	
	над 90%		71% – 90%		50% – 70%		до 50%		брой	на 1000 население до 16 г.
	брой	%	брой	%	брой	%	брой	%		
2001	2 570	37.8	1 757	25.8	1 735	25.5	740	10.9	6 802	5.1
2005	801	17.1	•	•	•	•	819	17.5	4 674	4.0
2010	628	16.4	•	•	•	•	570	14.9	3 833	3.5
2013	615	11.4	966	17.9	2 514	46.5	1 310	24.2	5 405	5.1
2014	523	10.3	857	17.0	2 439	48.3	1 231	24.4	5 050	4.8
2015	526	10.5	815	16.2	2 351	46.9	1 322	26.4	5 014	4.7

В МЗ ежегодно се изготвя анализ на физическото развитие и здравословното състояние на децата и учениците, в който се обхващат децата от организирани детски колективи – детски градини и училища. Анализът на здравното състояние на децата и учениците е изготвен по данни на МЗ въз основа на представените от 28-те РЗИ в страната данни за физическо развитие, моментна болестност (всички регистрирани заболявания от профилактичните прегледи) при децата и учениците, и дееспособността при учениците.

### **Здравно състояние на децата от 0-6 години**

Основен профилактичен преглед през учебната година 2014-2015 г. е проведен на 220 796 (96.5%) от общо 228 887 деца, посещаващи детски заведения. В сравнение с предходните години, за които има обобщени данни, се отбелязва значително увеличаване на обхвата на децата с профилактичен преглед - 91% през 2013 г. и 92.3% през 2012 г.

Резултатите от антропометричните измервания показват, че с нормално физическо развитие по отношение на водещите индикатори ръст и телесна маса са в границите на нормата ( $X \pm S$ ) и разширената норма ( $X \pm 2S$ ) за тази възраст, съответно 97.2% за ръста и 90.6% за телесната маса (Таблица 4). С наднормена телесна маса са 2.0% от децата, а 1.2% от децата изостават във физическото си развитие по показателя ръст.

**Таблица 4.** Водещи показатели за физическо развитие при деца 0-6 г.

	I група норма	II група разширена норма	III група извън норма	
	брой деца ( $X \pm 1S$ )	брой деца между ( $X \pm 1S$ ) и ( $X \pm 2S$ )	под ( $X - 2S$ )	над ( $X + 2S$ )
<b>Ръст</b>	203363	19220	2752	2609
<b>Телесна маса</b>	200014	20879	2523	4439

При основния профилактичен преглед са регистрирани общо 15 795 заболявания. С отклонения в здравето състояние са 72 на 1000 прегледани деца (Таблица 5). Очертава се тенденция за намаляване броя на децата със здравословни проблеми, в сравнение с 2013 (78%), 2012 г. (87%) и 2011 г. (93%).

**Таблица 5.** Моментна болестност при деца 0-6 г.

Заболявания и аномалии	Ши-фър	Общо деца	В това число	
			0-3 г.	4-6 г.
<b>а</b>	<b>б</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Общ брой деца	0	228 887	32 470	196 417
Общо прегледани деца	1	220 796	31 219	189 577
Туберкулоза (A15-A19)	2	4	0	4
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	3	27	3	24
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	4	24	2	22
Захарна болест (диабет) (E10)	5	86	1	84
Затлъстяване (E65-E68)	6	1 319	68	1 251
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	7	166	18	148
Неврози (F40-F48)	8	79	7	72
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	9	365	35	330
Специфично забавяне в развитието (F84)	10	448	33	415

Олигофрения (F70-F79)	11	71	4	67
Детска церебрална парализа (G80)	12	375	32	343
Епилепсия (G40)	13	348	16	332
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	14	320	13	307
Смущения в зрението (H53)	15	1 552	86	1 464
Слепота и намалено зрение (H54)	16	179	12	167
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	17	266	66	200
• в т.ч. Глухота (H90)		151	10	141
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	19	9	1	8
Хипертонична болест (I10-I15)	20	4	0	4
Хронични заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации (J35)	21	1 515	205	1310
Алергичен ринит (J30)	22	1 353	198	1 155
Пневмония (J12-J18)	23	1 576	359	1 217
Хроничен бронхит (J41-J44)	24	1 073	248	825
Астма (J45)	25	2 212	164	2048
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	26	15	0	15
Гастрит и дуоденит (K29)	27	104	8	96
Абдоминална херния (K40-K46)	28	18	2	16
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	29	6	2	4
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	30	28	1	27
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	31	64	8	56
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	32	5	0	5
Кръвотечения от половите органи и смущения на менструацията (N91-N94)	33	1	0	1
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	34	24	0	24
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	35	157	7	150
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	36	61	4	57
Вродени аномалии (Q00-Q99) в т.ч.	37	253	29	224
• на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	38	158	13	145
• крипторхизъм (Q53)	39	12	0	12
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	40	9	1	8
Други	41	1 682	346	1336
<b>Открити заболявания - всичко</b>	42	<b>15 795</b>	1 997	14 064

На фона на установените положителни тенденции по отношение обхвата с профилактични прегледи и намаляване на заболеваемостта,

водещо място в структурата на заболяванията при децата от 0 до 6 г. заема бронхиалната астма, която е регистрирана при 10.0 на 1000 прегледани деца. На второ място са болестите на окото (нарушения на рефракцията и акомодацията, смущения в зрението, слепота и намалено зрение) – 9.3‰, следват случаите на пневмонии и хронични заболявания на тонзилите & аденоидни вегетации, регистрирани съответно при 7.1 и 6.8 на 1000 прегледани деца.

Налице е известна възрастова специфика по отношение на моментната болестност, като основен проблем при децата до 3-годишна възраст е високият брой случаи на заболявания на дихателната система (пневмонии, хроничен бронхит, съответно 11.4‰ и 7.9‰), а във възрастта 4-6 години водещи са случаите на астма (10.8‰) и болестите на окото (10.2‰).

### **Здравно състояние на учениците (7-18 г.)**

През 2015 г. с основния профилактичен преглед са обхванати 574 324 ученика (89.9% от всички подлежащи). Все още относителният дял на преминалите профилактичен преглед ученици е недостатъчен, но през последните години се отбелязва незначително нарастване на обхвата (86.6% през 2013 г., 84% през 2012 г. и 81.1% през 2011 г.).

По отношение на водещите антропометрични показатели, 95.2% от учениците са в норма или в разширената норма по показател ръст (Таблица 6). С ръст под 2 стандартни отклонения от нормата, т.е. с много нисък ръст, са 12 656 (1.9% от учениците), а с много висок ръст са 18 384 ученика (2.9%).

**Таблица 6. Сборна таблица за индивидуална оценка на ръста на учениците**

I група норма		II група разширена норма		III група извън нормата			
брой ученици ( $X \pm 1S$ )		брой ученици между ( $X \pm 1S$ ) и ( $X \pm 2S$ )		брой ученици под ( $X - 2S$ )		брой ученици над ( $X + 2S$ )	
7 - 14 г.	14 - 18 г.	7 - 14 г.	14 - 18 г.	7 - 14 г.	14 - 18 г.	7 - 14 г.	14 - 18 г.
348 142	180 178	53 616	27 037	8 410	4 246	10 541	7 843
54.4%	28.2%	8.4%	4.2%	1.2%	0.7%	1.6%	1.3%

В I и II група на норма и разширена норма по отношение на телесната маса са 93.3% от учениците. (Таблица 7). С ниска телесна маса

са 12 502 ученика (2.0%), сред които преобладават 7-14-годишните (7958). Двукратно по-голям е броят на учениците с наднормена телесна маса/затлъстяване - общо 30 209 (4.7%). Най-голям е броят на учениците с показатели за телесна маса превишаващи 2 стандартни отклонения при 7-14 годишните момчета (10 926).

**Таблица 7. Сборна таблица за индивидуална оценка на телесна маса при ученици**

I група норма		II група разширена норма		III група извън нормата			
брой ученици (X ± 1S)		брой ученици между (X ± 1S) и (X ± 2S)		брой ученици под (X - 2S)		брой ученици над (X + 2S)	
7 - 14 г.	14 - 18 г.	7 - 14 г.	14 - 18 г.	7 - 14 г.	14 - 18 г.	7 - 14 г.	14 - 18 г.
337852	175763	55917	28653	7958	4544	20392	9817
52.7%	27.4%	8.7%	4.5%	1.3%	0.7%	3.2%	1.5%

По време на основния профилактичен преглед през учебната 2014-2015 г. са регистрирани общо 45 030 заболявания, т.е. 76.6 на 1 000 прегледани ученика са с отклонения в здравното състояние (Таблица 8.).

**Таблица 8. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на учениците**

Заболявания и аномалии	Ши-фър	Общо ученици	В това число		
			I клас	VII клас	X клас
а	б	1	2	3	4
Общ брой ученици	0	653 840	65 907	60 499	59 756
Общо прегледани ученици	1	587 740	60 010	53 539	44 312
Туберкулоза (A15-A19)	2	46	5	6	4
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	3	147	14	15	11
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	4	244	7	26	45
Захарна болест (диабет) (E10)	5	746	60	72	92
Затлъстяване (E65-E68)	6	10 496	1 166	1 293	765
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	7	400	40	34	28
Неврози (F40-F48)	8	375	18	41	51
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	9	720	140	74	33
Специфично забавяне в развитието (F84)	10	1 982	245	226	78
Олигофрения (F70-F79)	11	906	94	130	67
Детска церебрална парализа (G80)	12	804	92	81	57
Епилепсия (G40)	13	1 670	189	173	116
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	14	3 132	242	265	271

Смущения в зрението (H53)	15	5 037	587	665	447
Слепота и намалено зрение (H54)	16	661	68	97	68
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	17	630	56	56	37
• в т.ч. Глухота (H90)	18	533	61	58	46
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	19	60	3	6	8
Хипертонична болест (I10-I15)	20	403	7	44	78
Хронични заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации (J35)	21	790	154	97	48
Алергичен ринит (J30)	22	1 261	172	138	144
Пневмония (J12-J18)	23	596	110	71	24
Хроничен бронхит (J41-J44)	24	539	72	68	42
Астма (J45)	25	4 513	693	325	274
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	26	81	3	12	9
Гастрит и дуоденит (K29)	27	533	34	102	68
Абдоминална херния (K40-K46)	28	32	1	3	1
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	29	20	3	1	2
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	30	89	6	4	4
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	31	278	18	26	31
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	32	201	2	23	36
Кръвотечения от половите органи и смущения на менструацията (N91-N94)	33	163	0	19	27
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	34	427	13	35	57
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	35	764	68	89	114
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	36	2 325	275	344	201
Вродени аномалии (Q00-Q99) в т.ч.	37	945	81	62	55
• на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	38	577	59	44	27
• крипторхизъм (Q53)	39	22	4	1	2
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	40	163	9	12	27
Други	41	2 851	298	184	175
Открити заболявания - всичко	42	45 030	5 045	4 919	3 595

Затлъстяването е водещ проблем в ученическата възраст и заема първо място в структурата на установените по време на профилактичния преглед заболявания. Броят на учениците със затлъстяване е 10 496 (17.8%). През последните години се наблюдава трайна тенденция за намаляване на случаите със затлъстяване - през 2011 г. със затлъстяване са 22.2%, през 2012 г. - 21.7% и 2013 - 19.5% от учениците. Ниската двигателна активност/хиподинамията и нездравословния модел на хранене са водещите рискови фактори за наднормената телесна маса и затлъстяването.

На второ място в структурата на заболяемостта са болестите на окото (нарушения на рефракцията и акомодацията, смущения в зрението, слепота и намалено зрение), установени при 8 830 ученика (15%). Резултат, идентичен с предходните 2013 г. (15%) и 2012 г. (15.6%). Проблемите със зрението на учениците продължават да бъдат сред водещите патологии, поради прекалено дългото време, което децата прекарват пред екраните на компютри, лаптопи, таблети, всички видове клетъчни телефони, електронни книги и други дигитални устройства. Всички те, освен че застрашават зрението и стойката на ученика, предразполагат и към развиване на психическа зависимост със всички негативни здравни последици за детската психика.

На трето и четвърто места следват бронхиалната астма – 4 513 (7.7%) и заболяванията на костно-мускулната система (гръбначните изкривявания) – 2 325 (3.9%), запазвайки сравнително стабилно ниво от предишни години - съответно 7.6% и 4.0% за 2013 и 7.8% и 5.3% за 2012 г.

Наличните данни за регистрираните при профилактичните прегледи заболявания дават също така възможност да се анализира здравното състояние на учениците от първите, седмите и десетите класове. Най-висок е обхватът с профилактични прегледи на първокласниците (90.05%), а най-висока заболеваемост е отчетена при седмокласниците – 91.8 случая на 1 000 прегледани.

За преодоляване на проблемите, свързани със затлъстяването, зрителните аномалии и гръбначни изкривявания, които са водещи в структурата на заболеваемостта и се считат за специфични за училищната възраст, е необходимо създаване на условия за повишаване на двигателната активност на учениците чрез подобряване училищната среда като цяло и особено на спортната база в училищата.

Проблемът е по-широкообхватен и касае интервенции от компетентността на различни институции. Стратегическият подход към тази превенция трябва да стартира още с обучение в училище с оглед предпазване от нежелана бременност, както и за планиране на семейството в момент, когато индивидът е узрял за това, както и придобиване на познания за посещение на женска консултация с оглед превенция на аномалии на плода.

От медицинска гледна точка в лечението на много хронични заболявания са постигнати значителни успехи. Прилаганите медицински технологии обаче не могат да доведат до трайни и оптимални постижения без съчетаното им приложение с определени социални практики, насочени към болното дете и неговото семейство. Неотменна част от тази дейност е необходимо да бъде и психо-социалната подкрепа на детето и неговото семейство.

За реализиране на това обаче като един от основните проблеми се явява липсата на регистър на децата - пациенти с хронични заболявания. В тази материя се действа по-скоро разпокъсано – няма трайна визия за решаване на проблема. Това не позволява адекватно планиране на средства и ресурси за медицински и социални мерки при хронично болните деца.

Не е решен въпросът за ефективното сътрудничество на медицинските и социални служби за конкретния пациент. В големите лечебни заведения не са създадени медико-социални служби, които да осигуряват комплексно обгрижване на пациентите и техните семейства. В тези служби наред с медицинските трябва да се разрешават юридически и психологически проблеми на децата с хронични заболявания и техните семейства. Също така като проблем се очертава и въпроса, какво става с пациентите с хронични заболявания в детска възраст, когато навършат 18 години. Без заобикалки може да се каже, че тези пациенти изпадат в „безтегловност“. Не е създадена нормативна база и строен ред, по който на тези пациенти да се осигури същото качество на лечение и грижи както в детската възраст.

За преодоляване на посочените и други проблеми пред децата с хронични заболявания е необходимо да се развият дейности по комплексно обслужване на деца с хронични заболявания. Това включва извършванена консултации от необходимите медицински специалисти /при прехода към възрастни да се интегрират педиатър и специалист по вътрешни болести/ съвместно със социален работник, психолог, юрист и т.н.. Тези грижи ще постигнат успех чрез изработване на Индивидуален интегриран медико-социален план за обгрижване на дете с хронично заболяване, както и неговото периодично актуализиране в зависимост от състоянието на детето; За постигане на резултати е необходим регистър

за децата с хронични заболявания. Този регистър ще даде възможност да се прави адекватно планиране на средствата необходими за медицински и социални мерки при хронично болните деца, при това в дългосрочен план.

### **Необходимост от разширяване обхвата на масовите скринингови програми за новородени**

Над 50 заболявания могат да бъдат открити в ранен етап чрез неонатален скрининг и да се започне навременно лечение. В България понастоящем действат следните масови скринингови програми:

1. ФКУ и хиперфенилаланинемия /скринингов метод-определя се фенилаланин в суха капка кръв; НРА; място за лабораторен анализ – генетична лаборатория в СБАЛАГ „Майчин дом“, гр. София, място за лечение – СБАЛДБ, гр. София/.

2. Вроден първичен хипотиреоидизъм /скринингов метод ТСХ в супа капка кръв; СН; място за лабораторен анализ, лечение и проследяване СБАЛДБ, скрининг /.

3. Вродена надбъбречнокорова хиперплазия /определя се 17 хидрокси-прогестерон в суха капка кръв; около 90% по литературни данни се дължат на моногенно засягане на 21-хидроксилазата, много по-рядко се касае за останалите дефекти в надбъбречната стероидна биосинтеза; САН; място за лабораторен анализ, лечение и проследяване скрининг СБАЛДБ /.

4. Пилотни скринингови програми за вродени грешки на обмяната с тандем масспектрометрия /СБАЛАГ „Майчин дом“, гр. София - лабораторен анализ, отделение по генетика СБАЛДБ, гр. София, лечение/.

Международната експертна скринингова мрежа обръща внимание, че се касае за цялостни програми, не бива те да бъдат редуцирани единствено и само до лабораторните единици. Скрининг това означава потвърждаване на съмнението от скрининговото изследване, решение за или против започване на съответно лечение, избор на оптимално лечение /напр. диета, медикаменти, операции, рехабилитация и т.н/, а също така и продължително проследяване на пациентите и оценка на късните резултати. Експертната мрежа предлага разширяването на

съществуващите скринингови дейности да се извършва в страните членки на ЕС по определен ред, в зависимост от честотата на заболяването, вида на лабораторния тест/тестове, доказани ползи.

За България това означава да продължи да се осъществява и да се разшири обхвата на въведените в страната програми за масов неонатален скрининг - въвеждане на масов скрининг за кистична фиброза /муковисцидоза, CF/ и MCAD/ medium chain acyl CoA dehydrogenase deficiency - дефекти в разграждането на средно-верижните мастни киселини/, възстановяване на прекъснатия през 1993 г. скрининг за класическа галактоземия (GALT), въвеждане на скрининг за глутарова ацидемия първи тип (GA1), MSUD (maple sirup disease - болест на кленовия сироп). През последната година се препоръчва и въвеждане на масов скрининг за тежък имунен Т-клетъчен дефицит (SCID).

Тези скринингови програми не биха могли да се въведат без коренно технологично и информационно обновяване както на лабораторната, така и на клиничната /стационар и дневни клиники/ база, адаптиране на цялостната нормативна уредба и остойностяване не само на лабораторната, първа скринингова част от цялостните програми. Работенето в „мрежа“ в реално време е задължително условие за неонатолози, скринингови лаборатории, клиницисти и пациенти.

Като съществуващ проблем при реализирането на масовите неонатални скринингови програми се явява непълното обхващане на новородените, ненавременното изпращане и изследване на пробите, което от своя страна води до забавяне на диагностиката и лечението при деца с отклонения. За преодоляване на това е необходимо да бъде изградена взаимовръзка и съгласуваност между информационната система на ражданията, поддържана от МЗ, с ЕСГРАО от една страна и с регистрите към лабораториите, извършващи масовите неонатални скринингови програми /СБАЛДБ и СБАЛАГ „Майчин дом“/.

### **Неефективна система за проследяване, рехабилитация и грижа за недоносените деца**

У нас ръста на недоносеност се движи в международно приетите граници. Така в България ежегодно се раждат около 6000 недоносени

деца при раждаемост около 60 000-65 000 годишно (близо 10 % от всички живородени).

Националният център по обществено здраве и анализи не разполага с данни относно заболяемостта и късните усложнения при тази рискова група новородени, разпределението им по нозологични единици. Не е известен и броят на недоносените деца изискващи рехабилитация, на децата с дихателни, неврологични, очни, ендокринни и слухови увреждания, проблеми с растежа и затруднения в адаптацията в ранната училищна възраст, които посещават нормални училища и т.н.

За съжаление всички отклонения в нормалното развитие се интервенират с успех, ако терапията започне до 2-3-я месец от живота. Затова предпоставка за успех е регистрирането на тази група рискови новородени, адекватно проследяване и ранното откриване на отклоненията, което може да стане единствено чрез въвеждането на Национален регистър за недоносените деца (НРНД). Необходимо е да се създаде възможност за регистрация на недоносените новородени, тяхната заболяемост включваща неврологично развитие, очен скрининг, ушен скрининг, белодробна патология, двигателно развитие, да се унифицира системата за откриване на деца с увреждания, което е съставна част от НРНД.

### **Липса на места за консултиране на бременни, майки, двойки, деца и техните семейства**

Недостатъчно развитие на «консултирането» като промотивно-профилактичен метод по въпросите на планиране на бременността, проблеми на бременността и безопасното майчинство, репродуктивни проблеми, медико-социални и психологически проблеми при семействата и при деца със специални потребности се констатира не само в малките населени места, но и в големите градове.

Интегрирано «консултиране» по всички въпроси на младежите и двойките преди забременяване, по време на бременността, за деца с увреждания и специални потребности ще създаде предпоставки за преодоляване на негативните тенденции, произтичащи от разпокъсаните връзки в системата, от негативизма към системата, който произтича от трудното реализиране на пръв поглед гарантираните здравни услуги за

семейства, бременни и деца. В системата за здравеопазване няма интегриран подход към цялостното обслужване необходимо за реализиране политиката за „репродуктивно здраве“ формулирана още от Конференцията в Кайро през 1994 г.: политика за безопасно майчинство, политика за преходните възрасти/пубертет и менопауза/, политика за семейно планиране, борба със стерилитета, политика против абортите, политики в областта на генетиката и др.

Липсата на тази услуга води до не удовлетворяване на съществуващата обществена потребност от промотивни, профилактични и превантивни дейности по опазване на здравето и благосъстоянието на майките и децата и насърчаване на ранното детско развитие, както и на особено необходимия интегриран социално-медицински и психологически подход към тези въпроси.

### **3. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД БРЕМЕННИТЕ И МАЙКИТЕ С ДЕЦА ЗА МНЕНИЕТО ИМ ОТНОСНО СЪСТОЯНИЕТО НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**

Анкетата е проведена сред 3015 жени. Средната възраст на участниците е 29,6 г.±5,8 г., като най-много от тях (60,4%) са на възраст между 21 и 30 г., а всяка трета е на 31-40 г. Почти половината анкетиранни (49,2%) са омъжени, а сходен е дялът на живеещите в съжителство без брак – 42,1%. Неомъжените са 6,4%, разведените 1,2%, разделените без развод са 0,9%, а вдовиците – 0,1%.

Над половината анкетиранни (56,3%) са с висше образование, като 24 от тях имат докторска степен, а още 4 – висока научна длъжност (доцент, професор, старши научен сътрудник). Дамите със средно образование са 41,6%, а дялът на тези с по-ниско е минимален (2,1%).

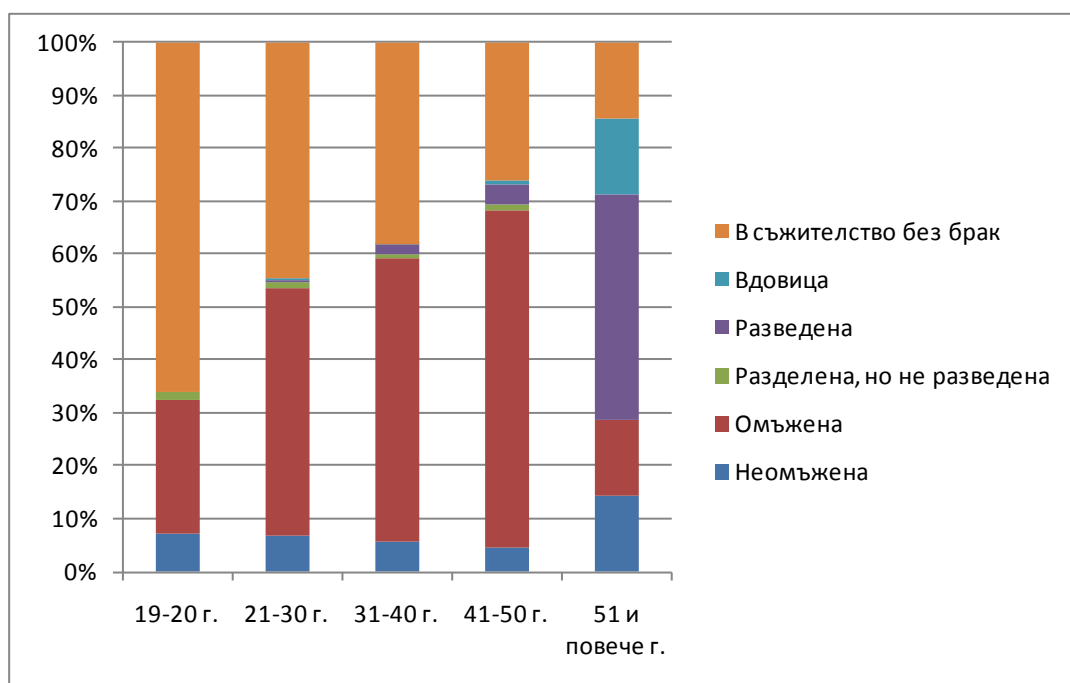
Основната част от анкетираните (76,4%) са работещи (в тази група влизат и жените по майчинство към момента на провеждане на анкетата), безработните са 17,3%, учащите, които не влизат към други категории, са 6,2%, а пенсионерите – 0,2%.

Две от всеки три анкетиранни (66,6%) живеят в град, всяка пета (19,9%) – в столицата, а 13,5% - в село.

Малко над половината анкетирани (57%) са съобщили, че доходите им са средни, за 27,9% са по-скоро ниски, а 9,1% ги определят като по-скоро високи. Много ниски са доходите на 5,5%, а много високи – на едва 0,6%. Преобладаващият етнос е българският (94%), турският е представен с 3,7%, ромският и другите етноси са по 1,1%.

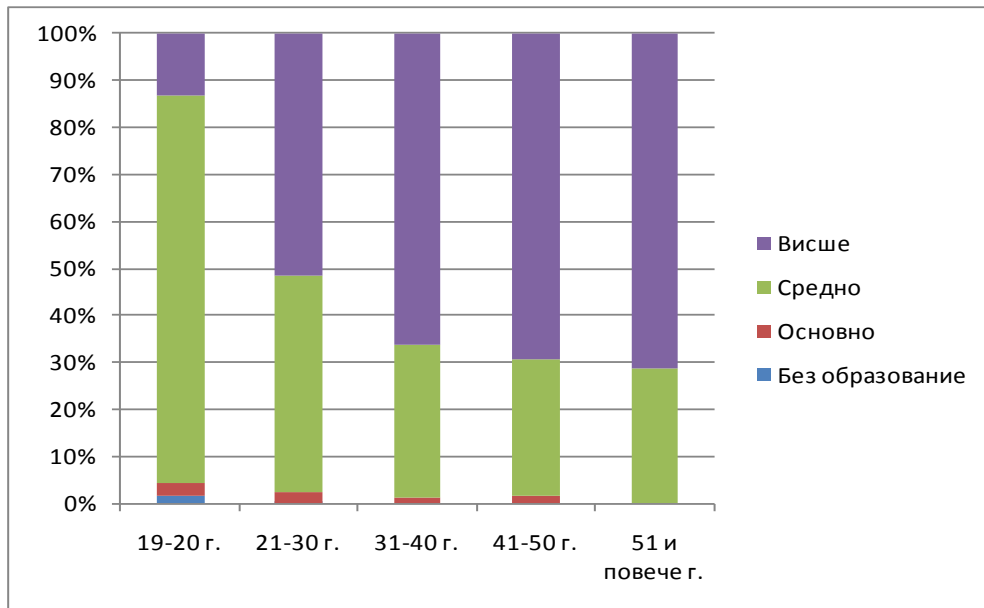
Възрастта на анкетираните е свързана с тяхното семейно положение – делът на омъжените нараства с възрастта, докато делът на живеещите в съжителство без брак намалява с увеличаване на възрастта (Фиг. 4).

**Фигура 4. Разпределение на семейното положение по възрастови групи (относителен дял)**

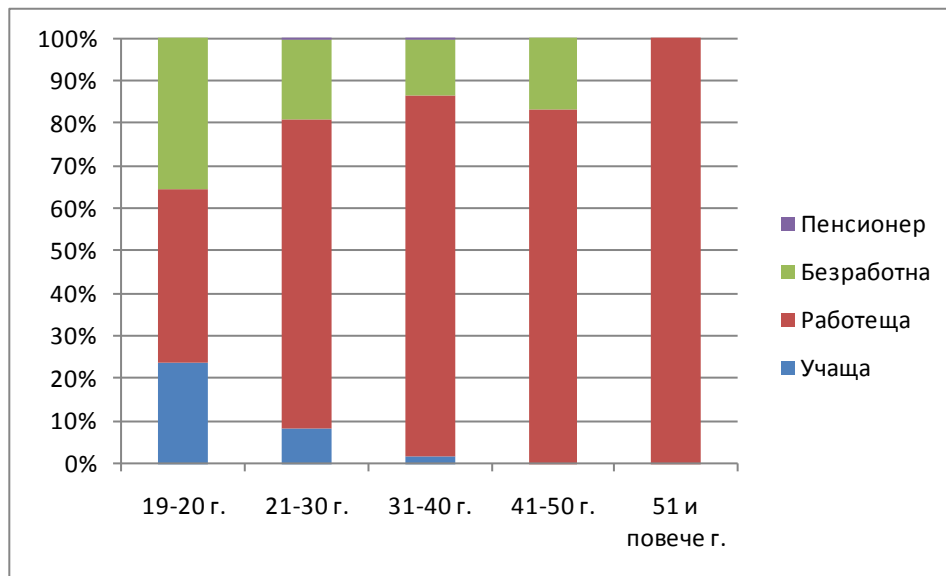


Възрастта има връзка с образованието, като делът на висшистите нараства с възрастта, за сметка на намаляване дела на средните (Фиг. 5). Заетостта също е свързана с възрастта – делът на учащите, логично, е най-висок сред най-младите възрасти, но също и делът на безработните, докато работещите се увеличават с нарастване на възрастта (Фиг. 6).

**Фигура 5. Разпределение на образованието по възрастови групи  
(относителен дял)**

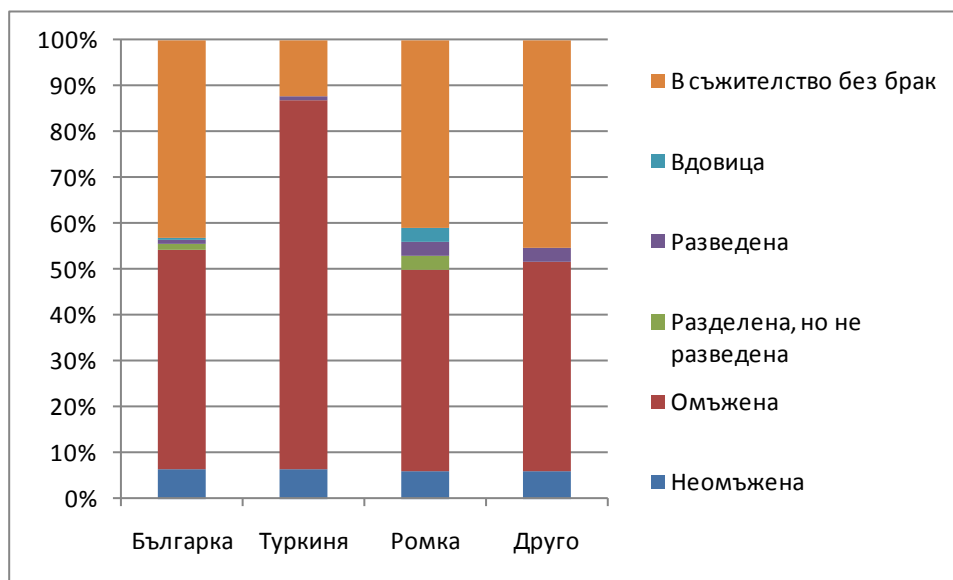


**Фигура 6. Разпределение на заетостта по възрастови групи  
(относителен дял)**



Семейното положение е свързано с етноса – съжителството без брак е по-характерно за българския и ромския етнос, за разлика от турския, при които делът на омъжените е най-висок (Фиг. 7).

**Фигура 7. Разпределение на семейното положение по етнос  
(относителен дял)**

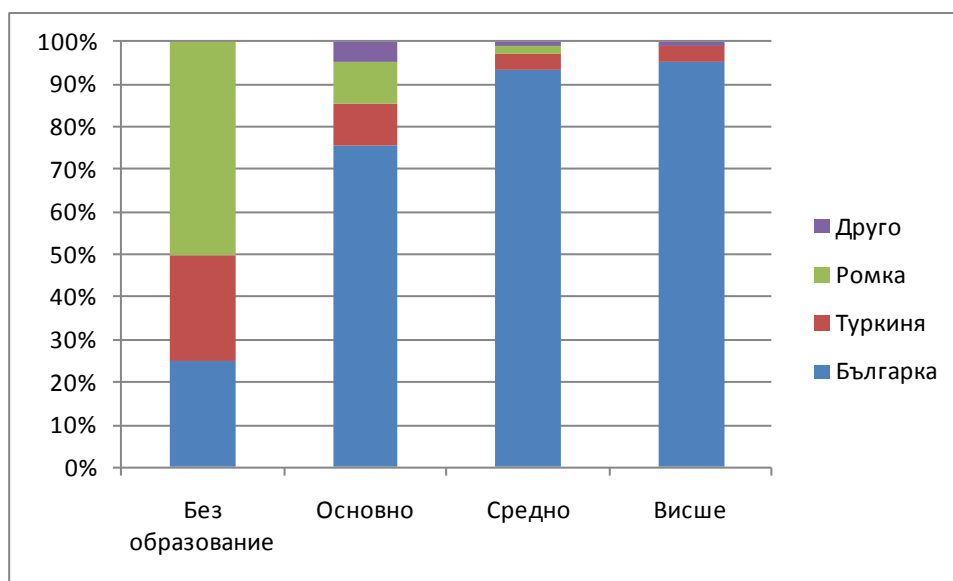


Образованието влияе върху заетостта, като най-нисък е дялът на безработните сред жените със средно и висше образование.

Местожиенето влияе върху образованието, като в градовете и особено столицата, участниците са по-образовани.

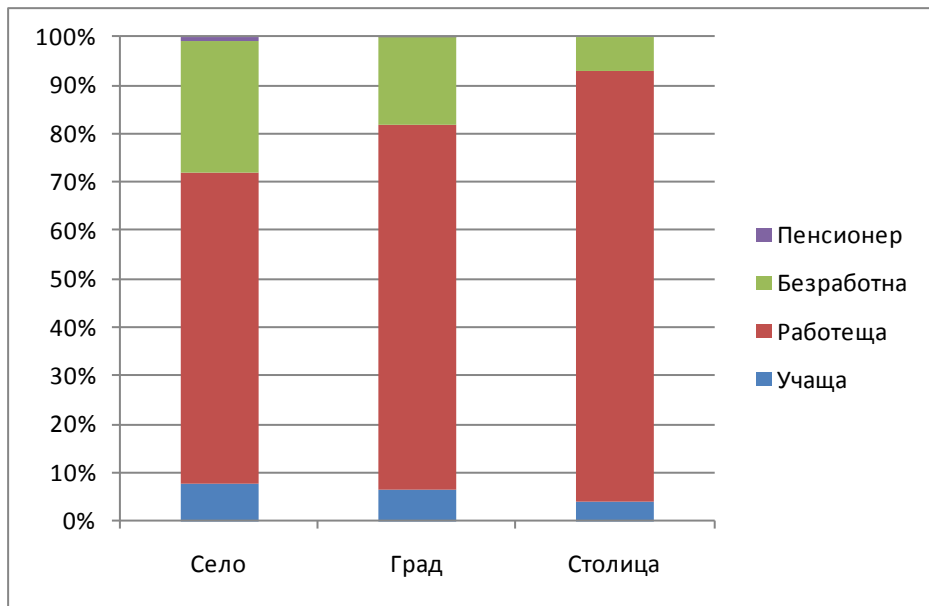
Етносът влияе върху образованието, като българският и турският етноси са по-образовани, в сравнение с ромският (Фиг. 8).

**Фигура 8. Разпределение на етноса по образование  
(относителен дял)**



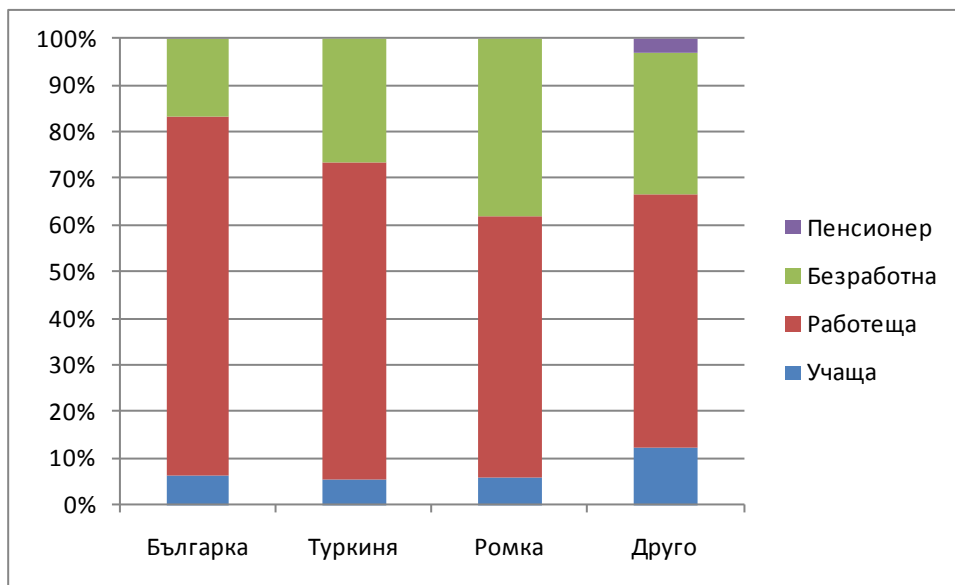
Местожиенето влияе върху заетостта в посока на по-добра заетост в градовете и особено столицата (Фиг. 9).

**Фигура 9. Разпределение на заетостта по местоживеене**

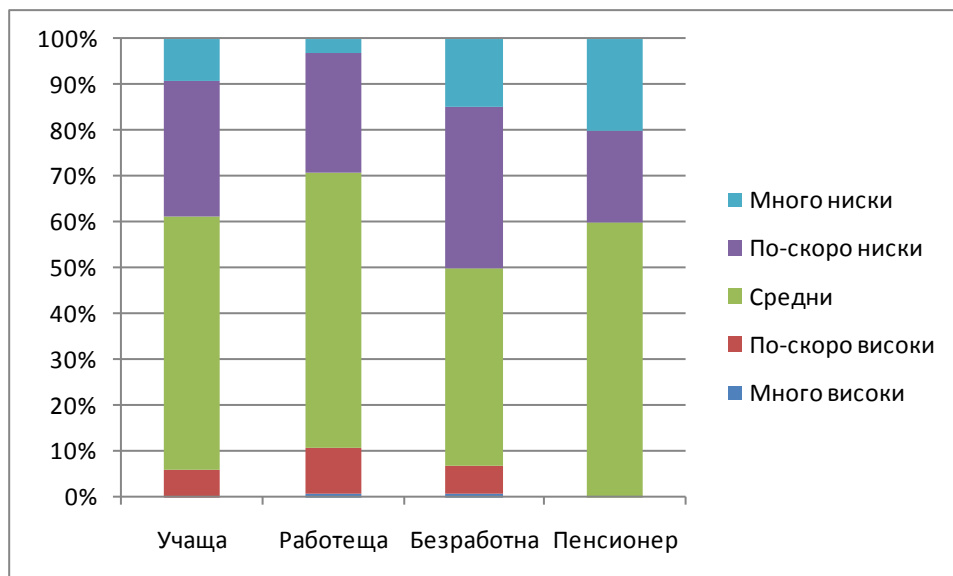


Етносьт също влияе върху заетостта и показва по-висок дял работещи сред българските, като той намалява при останалите групи (Фиг. 10). Заетостта, логично, влияе върху доходите, като работещите по-често имат по-високи доходи, на фона на безработните и учащите (Фиг. 11).

**Фигура 10. Разпределение на заетостта по етнос (относителен дял)**



**Фигура 11. Разпределение на доходите по заетост (относителен дял)**



Местоживеенето и етносът са свързани, като българките по-често живеят в градовете и столицата, а туркините и ромките – по-често в селата. Местоживеенето предопределя и доходите на участниците – по-високи са те в столицата и градовете, на фона на селата.

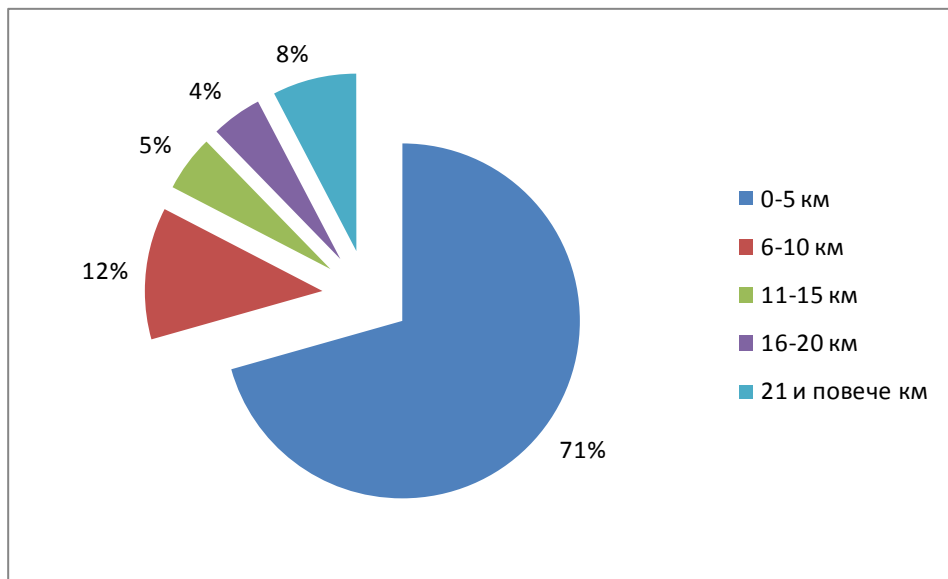
Под една трета (31%) от анкетираниите съобщават, че са информирани за съществуването на Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г. Турският и ромски етнос са значимо по-информирани, в сравнение с българския, както и лицата с по-ниски доходи.

Само отговорилите положително на този въпрос бяха попитани дали са запознати с дейностите, включени в програмата. Едва всяка десета жена (10,3%) е съобщила, че е напълно запозната, а мнозинството (68,3%) – частично. Незапознати с дейностите на програмата са 21,5%. Лицата с по-високи доходи по-често са съобщавали, че са напълно запознати, докато със средни и по-ниски – по-често са отчасти наясно с дейностите или нямат представа от тях.

При 4% от анкетираниите няма ОПЛ в населеното място, а при още 19,7% - няма акушерка. Липсата на такива специалисти е по-често съобщавана от по-младите възрасти, по-ниско образованите участници, безработните, турският и ромски етнос, лицата с по-ниски доходи. Сред живеещите в селата 24,5% съобщават за липса на ОПЛ, а цели 82,9% - за липса на акушерка.

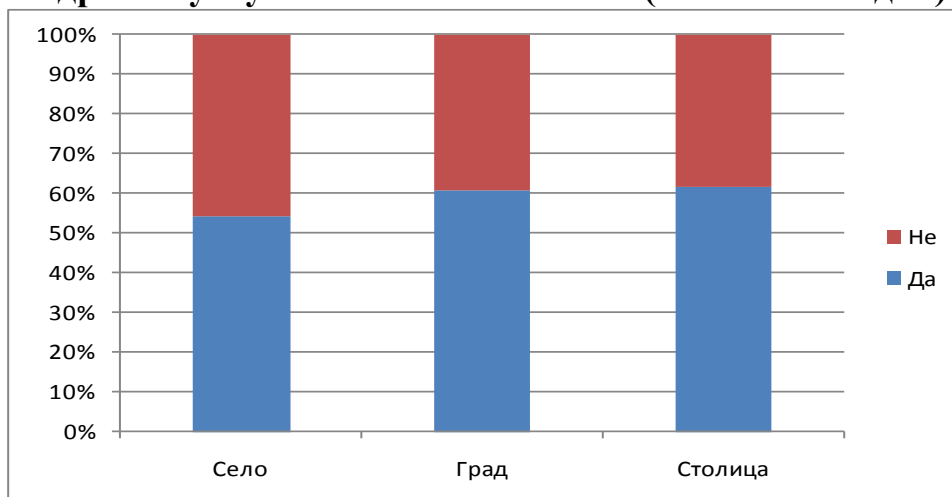
Средното разстояние, на което е най-близката общинска болница, според участниците, е 8,1 км  $\pm$  20,3 км. За най-голям дял от участниците (71%) най-близката общинска болница се намира в рамките на до 5 км (Фиг. 12). Средното разстояние за живеещите в селата обаче е значитимо по-голямо – 16 км  $\pm$  17,9 км, докато в градовете то е 7,6 км  $\pm$  22,9, а в столицата е едва 4,3 км  $\pm$  5.

**Фигура 12. Разпределение на разстоянието до най-близката общинска болница (относителен дял)**

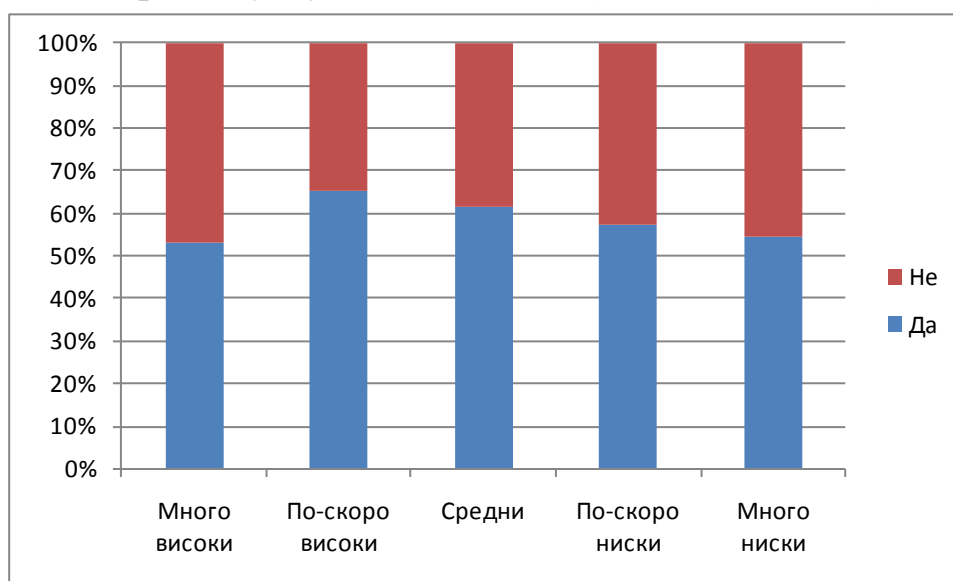


Участниците са попитани дали според тях е осигурен безпрепятствен достъп до качествени и ефективни здравни услуги. Положителен отговор са дали 60,1%, като най-нисък е този дял в селата (54,4%) и сред анкетираните с най-ниски доходи (54,4%) – Фиг. 13 и 14.

**Фигура 13. Разпределение на отговорите на въпроса „Осигурен ли е според вас безпрепятствен достъп до качествени и ефективни здравни услуги?“ по местоживеене (относителен дял)**



**Фиура 14. Разпределение на отговорите на въпроса „Осигурен ли е според вас безпрепятствен достъп до качествени и ефективни здравни услуги?“ по доходи (относителен дял)**



Лицата с най-високи доходи трябва да не се вземат предвид, тъй като са твърде малко на брой.

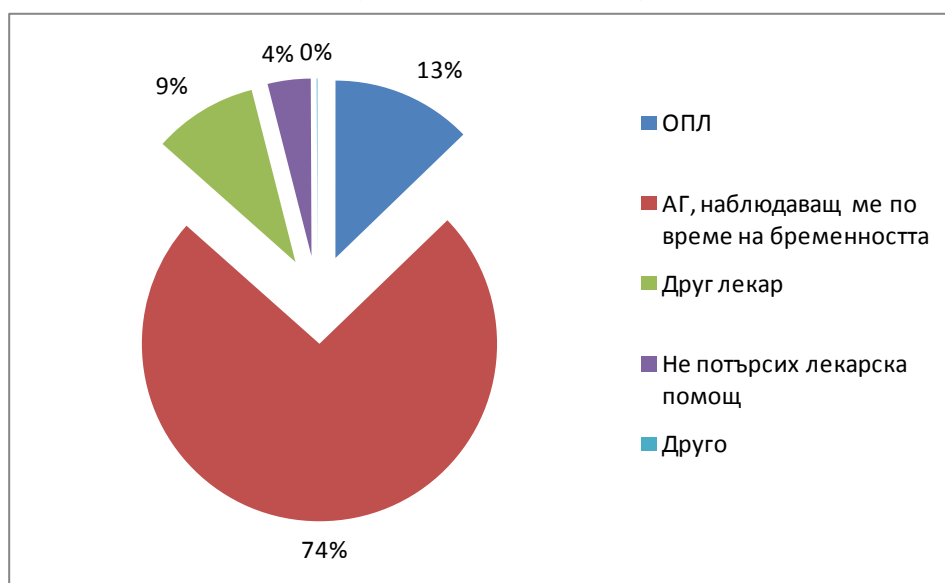
Мнозинството от анкетираните (65,1%) са категорични, че ако в най-близката общинска болница съществува специализиран консултативен кабинет, ще спестят време и средства при разрешаване на проблем, свързан с тяхното здраве. Отрицателен отговор са дали едва 8%, а други 26,9% не могат да преценят.

Почти всички анкетирани (98,3%) са наблюдавани по време на първата си бременност от акушер-гинеколог, едва 1,2% от ОПЛ, 0,3% не са били под лекарски надзор, а 0,2% са съобщили нещо друго („бях в чужбина” или „децата ми са осиновени”). Сходни са отговорите по отношение на втората бременност – основната част са били под наблюдение от АГ (98,4%), 1,3% от ОПЛ, като от отговорите са изключени дамите, които са имали само по една бременност до момента. Интересен е фактът, че по-често наблюдавани от ОПЛ са били настоящите вдовици – този факт вероятно има отношение към по-високата им възраст.

Участничките бяха попитани „Ако сте имали здравословен проблем по време на бременността и след раждането, към кого се обърнахте за диагностициране и лечение?”. С „Не съм имала здравословен проблем” са отговорили 8,4% и техните отговори са

изключени от този въпрос (Фиг. 15). Най-често (в 73,8% от случаите) дамите са се обръщали към АГ, наблюдаващ ги по време на бременността, докато 12,8% - към ОПЛ, а 9,4% - към друг лекар. Не са потърсили лекарска помощ 3,9%. Пациентките с основно образование по-често са се обръщали към ОПЛ, а с нарастване на образованието намалява дялът на тези, които не са търсили лекарска помощ.

**Фигура 15. Разпределение на отговорите на въпроса „Ако сте имали здравословен проблем по време на бременността и след раждането, към кого се обърнахте за диагностициране и лечение?“ (относителен дял)**



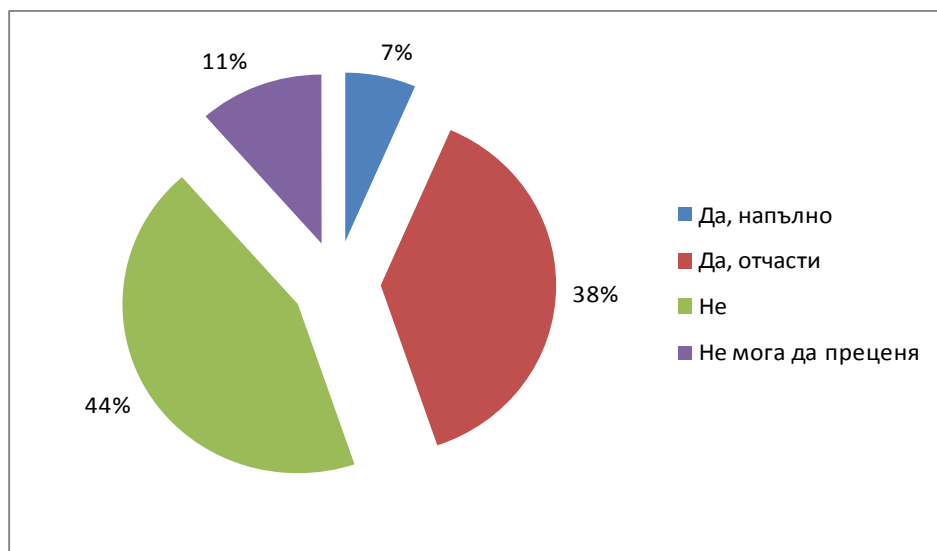
При необходимост от консултация с друг специалист по време на бременността, най-голяма част от анкетираните (75,2%) веднага са получавали направление от своя ОПЛ, а други 11,5% са изчаквали до следващия месец във връзка с лимитите на направлението. Неполучилите направление са 11,6%, а 1,7% са посочили, че са ходили на платени прегледи, тъй като „добрите специалисти не работят с НЗОК“ или „прегледите не се покриват от здравната каса“. Лицата, на които не се е налагало да искат направление за консултация (7,6%) са изключени от анализа. Пациентите, посетили лекари „на частно“ са предимно от градовете и още по-често – от столицата, като това в голяма степен не зависи от доходите им. Дамите от София пък са по-многобройни сред неполучилите направление и получили го със закъснение. Много вероятно голяма част от неполучилите направление

също да са отишли на платен преглед, но просто да не са отбелязали това в отговорите си.

Необходимостта от изследвания по време на бременността е насърчавала повечето ОПЛ да дадат веднага направление на пациентките си (76,5% от случаите), а при 8,5% това се е случило в началото на следващия месец. При 13,3% дамите не са получили талон за изследване, а 1,6% са заплатили за това, тъй като „не се покрива от НЗОК”. От отговорите са изключени 6,2% от анкетираните, на които това не се е налагало. По-често са отивали на платени изследвания по-възрастните родилки, като това може да се дължи на специфични усложнения от бременността, свързани с по-високата възраст. Интересно е да се отбележи, че с нарастване на образованието намалява дялът на пациентките, получили веднага направление, докато техният дял се увеличава при получилите на следващия месец или неполучилите. Живеещите в столицата по-рядко са получавали направлението веднага, а съответно по-често са го получавали със закъснение или не са го получавали и са отивали на платени изследвания. Много вероятно голяма част от неполучилите направление също да са отишли на платено изследване, но просто да не са отбелязали това в отговорите си.

На въпроса „Смятате ли, че пакета услуги, който се предоставя на бременни жени от НЗОК, покрива необходимите консултации, прегледи и изследвания?” анкетираните дават разнопосочни мнения. Почти половината (43,7%) са отговорили категорично отрицателно, а всяка десета (11,5%) не може да прецени. Напълно доволни от пакета услуги на НЗОК са едва 6,5%, а с „Отчасти” са отговорили 38,3% (Фиг. 16). Нивото на одобрение към пакета услуги на НЗОК значимо намалява с нарастване на възрастта и натрупване на житейски опит. По сходен начин намалява одобрението и с повишаване на образованието на анкетираните дами. Живеещите в селата са по-малко критични в сравнение с живеещите в градовете и особено в столицата. Българките са по-критични, в сравнение с ромките и туркините. Неодобрението е по-високо сред пациентите с по-високи доходи.

**Фигура 16. Разпределение на отговорите на въпроса „Смятате ли, че пакета услуги, който се предоставя на бременни жени от НЗОК, покрива необходимите консултации, прегледи и изследвания” (относителен дял)**

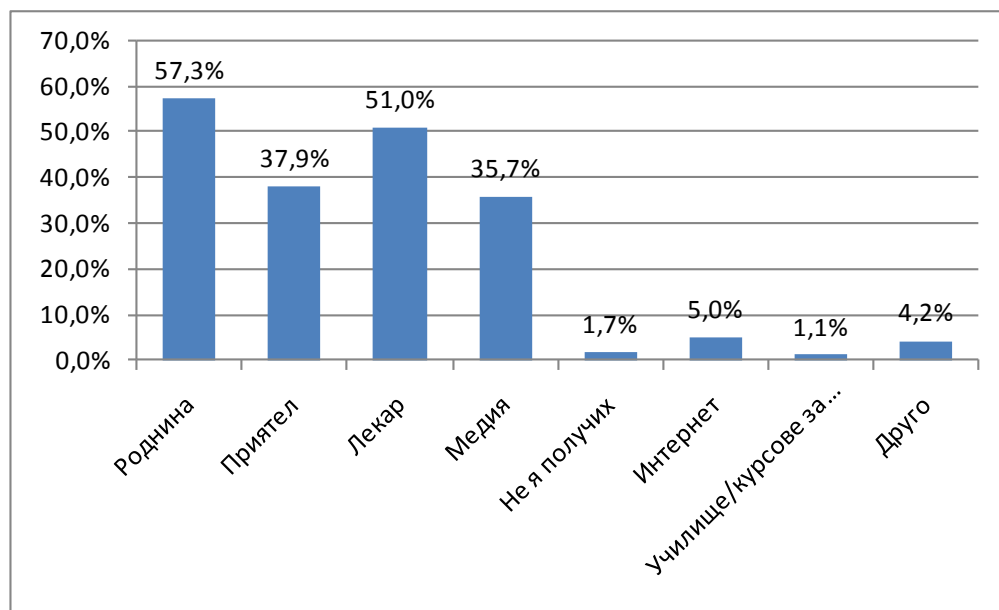


Четири от всеки пет дами (81%) са имали нужда от допълнителна информация по време на бременността. От тях едва 3,5% не са я получили, докато половината (51%) са я получили от лекар, 39,6% от роднина, 34,9% от медия, 31,6% от приятел, 7% от интернет и 3,1% от училище или курсове за бременни. Още 2,1% са съобщици други източници на информация, сред които преобладават книги, списания и специализирана литература. Интересно е да се отбележи, че нуждата от допълнителна информация нараства с по-доброто образование и е най-висока при дамите с висше образование. По отношение на източниците на информация, висшистките по-рядко са се допитвали до роднини, но по-често до приятели, лекари, интернет и училища за бременни.

Анкетираните дами, които вече са родили, бяха попитани дали имат или са имали допълнителна информация при грижите за детето. Мнозинството (83,2%) са отговорили положително. Най-честият източник на информация в тази връзка са роднините (57,3%), лекарите (51%), приятели (37,9%), медии (35,7%), интернет (5%), училища за бременни (1,1%) и друго (4,2%), сред което най-често се споменават книги, списания и специализирана литература, както и акушерка, консултант по кърмене и различни НПО (Фиг. 17). При отговорите на този въпрос също се установи, че по-високо образованите дами по-често

са отговаряли, че имат нужда от допълнителна информация при грижите за детето/децата си. Сходно с предходния въпрос, висшистките по-рядко са се допитвали до роднини, но по-често до приятели, лекари, интернет и училища за бременни.

**Фигура 17. Разпределение на отговорите на въпроса „Ако имахте нужда от допълнителна информация при грижите за детето, от къде я получихте” (относителен дял)**



С пакета от дейности (прегледи, изследвания и имунизации), включени в програмата „Детско здравеопазване”, разработена от НЗОК, са напълно започнати едва 26,2% от участниците, а отчасти – 45,7%. Незапочнатите са 28,1%. Сред напълно познаващите програмата по-често се срещат туркини и ромки, в сравнение с българки и други етноси.

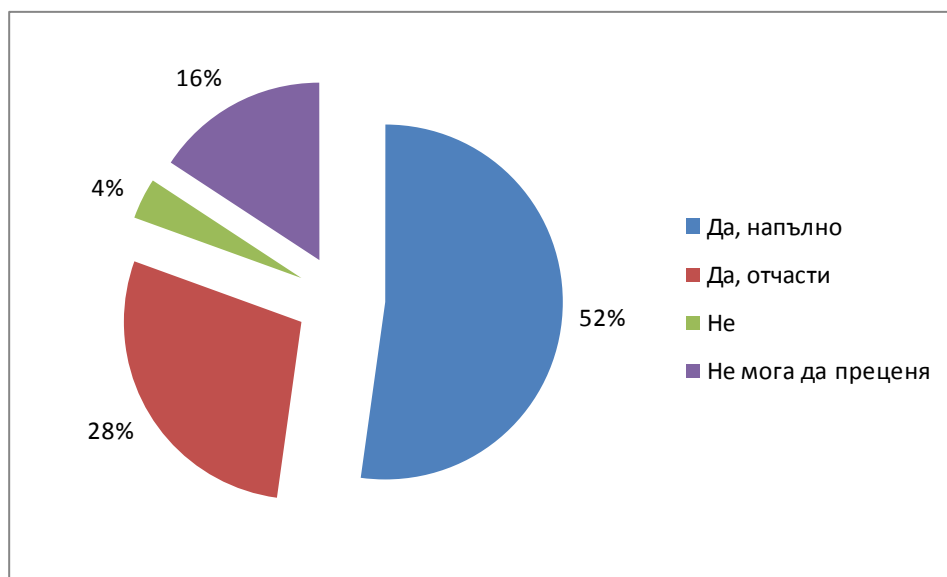
Родилите дами, чиито деца са имали здравословен проблем бяха попитани към кого са се обърнали за диагностицирането и лечението на този проблем. Две от всеки три от тях (62,9%) са потърсили педиатър, а 29,6% - ОПЛ на детето (който в повечето случаи също е педиатър). Други 6,7% са потърсили друг лекар, а 0,6% - не са потърсили лекарска помощ. С „Друго” са отговорили 0,3%, като най-често са споменали хомеопат/остеопат. Майките с по-високи доходи са по-склонни да се обръщат към педиатър, докато тези с по-малки финансови възможности по-често са се насочвали към ОПЛ на детето.

Майките, за чиито деца се е налагало да потърсят консултация със специалист, най-често веднага са получавали направление (в 83,8% от случаите), а за следващия месец са отложени 8,4%. На други 7,3% е отказано насочване към специалист по НЗОК, а 0,6% са съобщили, че са платили за прегледа.

Анкетираните, за чиито деца се е налагало да се направят изследвания, най-често са получавали направление за това веднага (85,9%), при 6,9% се е наложило да изчакат началото на следващия месец, 6,6% са получили отказ, а 0,6% са заплатили за изследванията.

Половината анкетиранни дами (52,2%) са категорични, че наличието на комплексно медицинско обслужване за бременни жени и деца с хронични заболявания би им дало спокойствие при протичане на бременността и увереност в отглеждането на децата им. Други 28,3% споделят отчасти това мнение. Категорично на противоположната теза застават едва 3,7%, а 15,8% не могат да преценят (Фиг. 18).

**Фигура 18. Разпределение на отговорите на въпроса „Смятате ли, че наличието на комплексно медицинско обслужване за бременни жени и деца с хронични заболявания би Ви дало спокойствие при протичане на бременността и увереност в отглеждането на децата Ви?“ (относителен дял)**



#### **4. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЗДРАВНИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА МНЕНИЕТО ИМ ОТНОСНО СЪСТОЯНИЕТО НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**

Проучено е мнението на 725 специалисти в сферата на здравеопазването, основната част от които са професионалисти по здравни грижи. Преобладават акушерките (77,2%), следвани от медицинските сестри (17,2%) и другите здравни специалисти (5,5%), сред които се срещат по двама магистри по УЗГ с непосочена основна професия и специални педагози, по един рехабилитатор, рентгенов лаборант, медицински лаборант и лекар по дентална медицина.

Основната част от здравните професионалисти, участвали в анкетата, работят в град (82,1%), в столицата са 17,2%, а само един (0,7%) практикува в село.

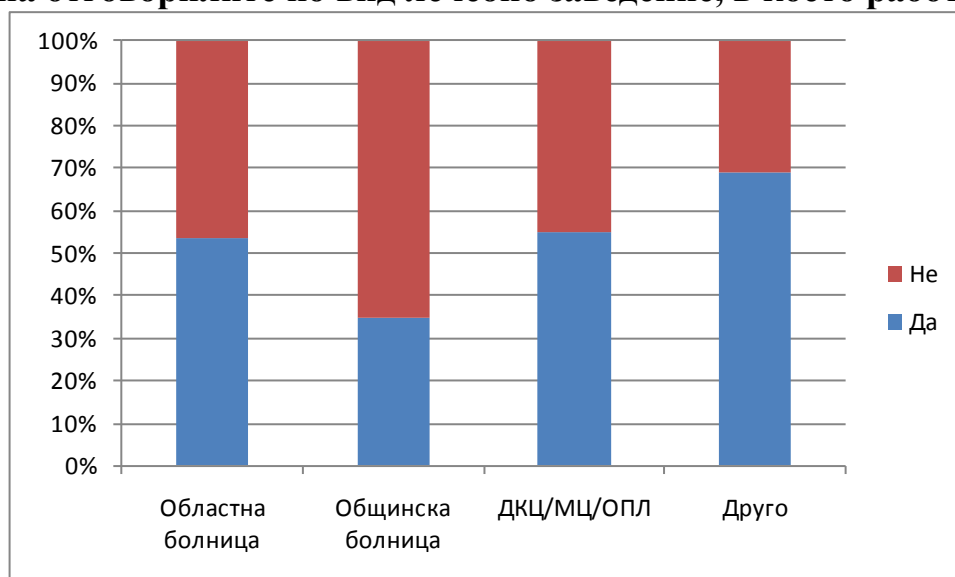
Средната възраст на специалистите е 41,2 г.  $\pm$ 10,4 г., като най-голям е дялът на тези на възраст между 41 и 50 г. (35,9%). Средният трудов стаж е 17,6 г.  $\pm$ 11,6 г. и най-много от тях (37,9%) упражняват своята професия 21 или повече години. Възрастта, логично, е свързана със стажа.

Специалистите са почти по равно разпределени между заетост в областна болница (29,7%) и общинска болница (22,8%), докато работещите в ДКЦ са 3,4%, в МЦ 8,3%, при ОПЛ 2,1%, а в друг тип място – 29%. Сред отговора „Друго” се срещат МБАЛ, УМБАЛ, частна болница и др.

Малко над половината здравни специалисти (53,1%) съобщават, че са информирани за съществуването на Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г. По-високо е нивото на информираност сред работещите в областни болници, ДКЦ/МЦ/ОПЛ или други здравни заведения (над 50%) в сравнение с това на заетите в общинските болници (35%) (Фиг. 19).

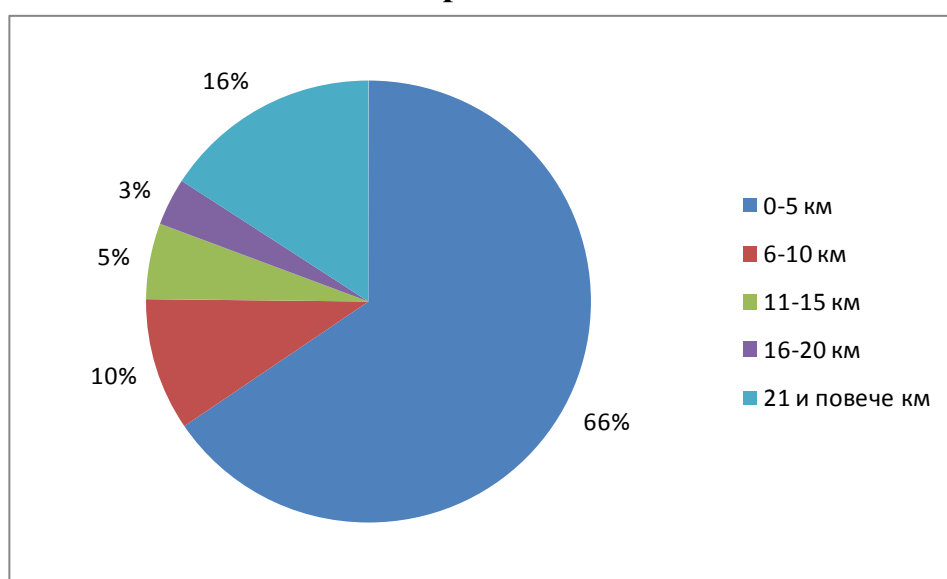
Отговорилите положително са попитани за степента, в която са запознати с дейностите на програмата. Основната част от тях са частично запознати (70,1%), едва 18,2% са напълно запознати, а 11,7% – не са запознати с тези дейности.

**Фигура 19. Разпределение на отговорите на въпроса „Информирани ли сте за съществуването на Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г.” – относителни дялове на отговорилите по вид лечебно заведение, в което работят**



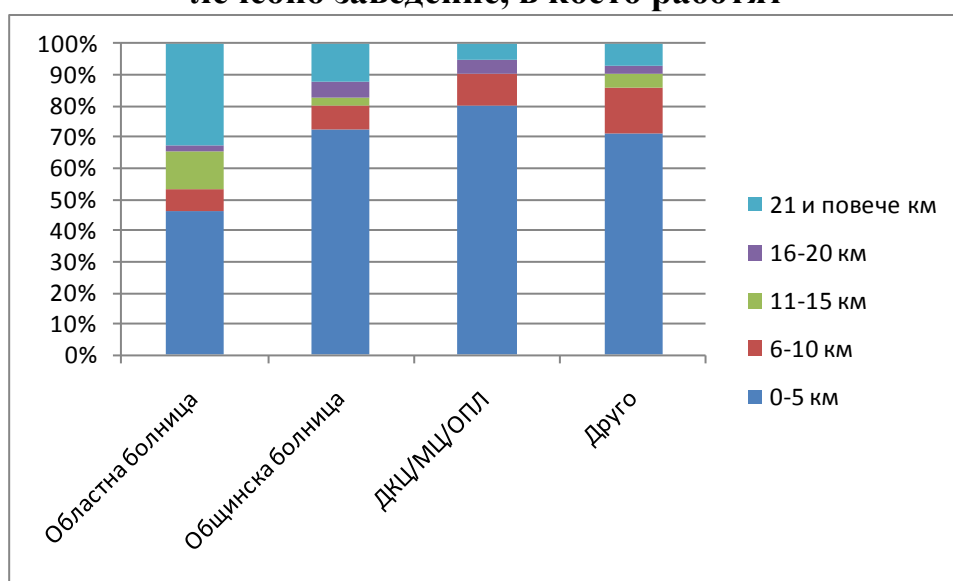
Най-честите отговори на въпроса „На колко километра е най-близката общинска болница от населеното място в което работите” са в рамките на 0-5 км (65,5%), вероятно защото повечето от анкетираните работят именно в такива болници. Обезпокоително е, обаче, че на второ място по честота на споменаване е отговорът „21 и повече км” (15,9%) (Фиг. 20). Средното разстояние, посочено от участниците, е 10,2 км  $\pm$ 15,9 км.

**Фигура 20. Разпределение на отговорите на въпроса „На колко километра е най-близката общинска болница от населеното място в което работите?”**



Разстоянието варира значимо по населено място – най-отдалечени са общинските болници, съобщени от работещите в селата, следвани от градовете, а най-близо са тези в столицата. Важно е да се отбележи, че има значими вариации и по вид лечебно заведение, в което работят анкетираните: най-голям е дялът на съобщилите над 21 км сред заетите в областни болници (32,6%), а най-често е съобщавано разстояние в рамките до 5 км от работещите в ДКЦ/МЦ/ОПЛ (80%). (Фиг. 21)

**Фигура 21. Разпределение на отговорите на въпроса „На колко километра е най-близката общинска болница от населеното място в което работите?“ – относителни дялове на отговорилите по вид лечебно заведение, в което работят**



Здравните професионалисти са разделени в мненията си по въпроса дали е осигурен безпрепятствен достъп до качествени и ефективни услуги – над половината (57,2%) смятат, че не е осигурен, а останалите 42,8% са на противоположното мнение.

Анкетираните са почти единодушни, че ако в най-близката общинска болница съществува специализиран консултативен кабинет, предлагащ интегриран подход за подобряване на майчиното и детско здраве, ще спести време и средства при разрешаване на проблем свързан със здравето на бременните – 80,7% са отговорили утвърдително, дялът на отрицателните отговори е едва 4,8%, а 14,5% не могат да отговорят.

На въпроса „Смятате ли, че пакета услуги, който се предоставя на бременни жени от НЗОК, покрива необходимите консултации, прегледи и изследвания?“, половината участници (53,8%) са отговорили с „Не“.

Напълно съгласие са изразили 9%, а частично – 25,5%. Още 13,1% не могат да преценят какво да отговорят.

Всеки втори здравен професионалист (53,8% е споделил мнение, че пациентите не са запознати с пакета от дейности (прегледи, изследвания и имунизации), включени в разработената от НЗОК програма „Детско здравеопазване”. Един от трима (33,1%) смята, че са частично запознати, а едва 4,1% – че са напълно запознати. Още 9% не могат да отговорят на този въпрос или вероятно са на мнение, че част от пациентите са наясно с пакета, а други – не са.

Мнозинството от анкетираните здравни професионалисти са на мнение, че наличието на комплексно медицинско обслужване за бременни жени и деца с хронични заболявания би Ви дало спокойствие при протичане на бременностите и увереност в отглеждането на децата в България: 54,5% са напълно съгласни с това твърдение, а 31,7% – частично. Несъгласните са едва 6,9%, а още толкова (6,9%) не могат да отговорят.

Здравните професионалисти са попитани каква, според тях, трябва да е ролята на държавните институции в мениджмънта на майчиното и детско здраве. Почти всички (96,6%) са отговорили, че тя трябва да е активна. Един участник е допълнил „*Не просто активна, а супер хиперактивна*”. Двама (1,4%) са отбелязали „Пасивна”, вероятно визирайки текущото състояние. Други двама (1,4%) са допълнили в отговора „Друго” – надзорна, регулативна. Последният участник е написал, че ролята на държавните институции е недостатъчна – вероятно имайки предвид ситуацията в момента.

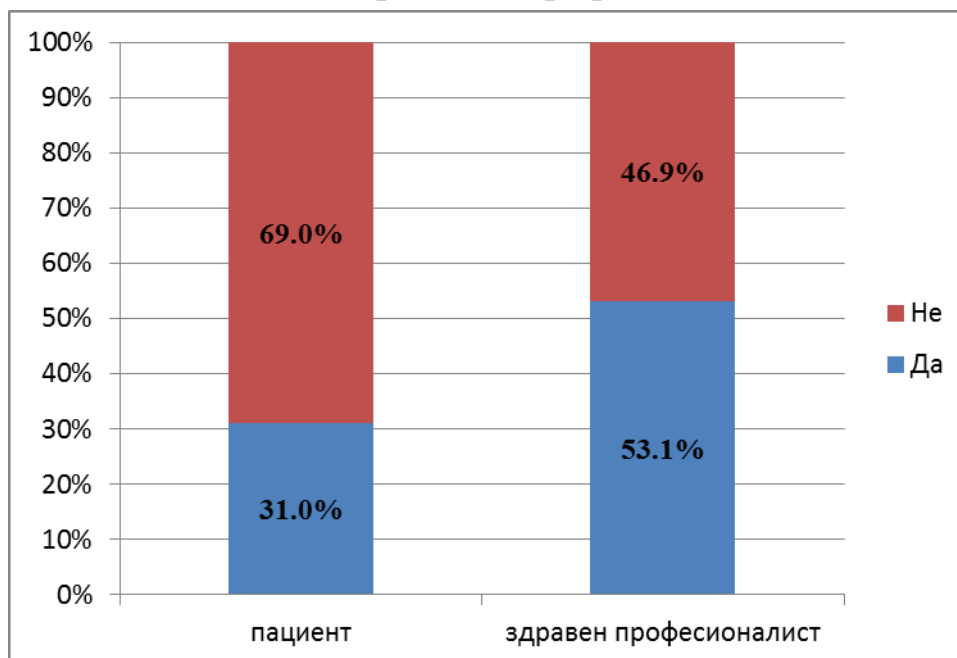
## **5. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЗДРАВНИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ И БРЕМЕННИТЕ И МАЙКИ С ДЕЦА**

Въпросите, зададени на професионалистите по здравни грижи и другите здравни специалисти частично съвпадат с тези, зададени на майките. Това позволява директни сравнения между двете групи респонденти.

Двете групи се различават значимо по възраст – при майките средната възраст е 29,6 г., а при професионалистите – 41,2 г. Наблюдават се различия и по местоживеене основно сред населяващите селата (много по-голям дял сред майките) и в градовете (по-голям дял сред здравните професионалисти), докато дялът на обитаващите столицата е приблизително сходен.

На въпроса „Информирани ли сте за съществуването на Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г.?” здравните професионалисти /53,1%/ демонстрират много по-голяма информираност в сравнение с майките и бременните /31%/, което е обяснимо, предвид факта, че това е част от тяхната професия (Фиг. 22). Разбираемо, сред отговорилите с „Да” и попитани дали са запознати с дейностите, които включва програмата, здравните професионалисти /88,3% в различна степен са запознати/ отново демонстрират по-високи нива на познаване на материята.

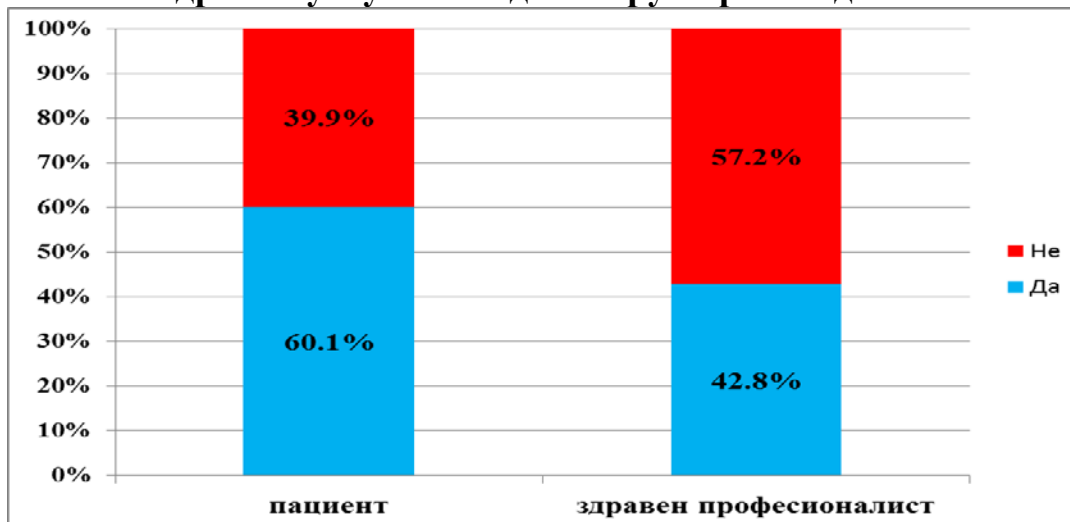
**Фигура 22. Разпределение на отговорите на въпроса „Информирани ли сте за съществуването на Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г.?” по отделно за майките и здравните професионалисти**



Здравните професионалисти /57,2%/ по много по-категоричен начин изразяват мнението си, че не е осигурен безпрепятствен достъп до

качествени и ефективни здравни услуги, докато майките /39,9%/ са по-умерени в мненията си (Фиг.23).

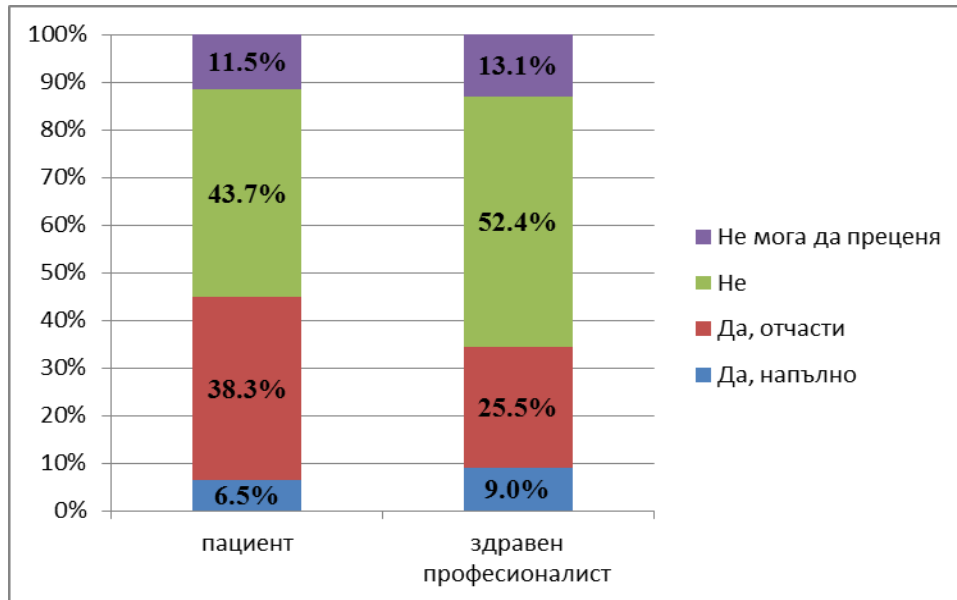
**Фигура 23. Разпределение на отговорите на въпроса „Осигурен ли е според вас безпрепятствен достъп до качествени и ефективни здравни услуги?“ за двете групи респонденти**



Здравните професионалисти /80,7%/ по-смело изразяват съгласието си с твърдението, че ако най-близката общинска болница съществува специализиран консултативен кабинет, ще спестят време и средства при разрешаване на проблеми, свързани със здравето на пациентите. При бременни и майките с деца съгласни с това твърдение са 65,1% от анкетираните, докато 26,9% не могат да преценят.

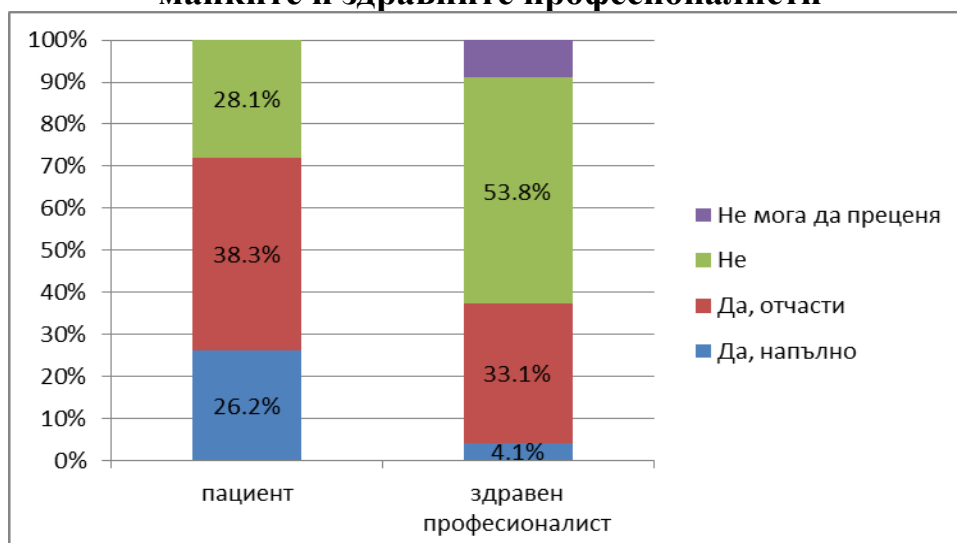
Здравните специалисти /52,4%/ са по-категорични, че пакета услуги, който се предоставя на бременни жени от НЗОК, не покрива необходимите консултации, прегледи и изследвания, в сравнение с мненията, изразени от майките /43,7%/ (Фиг. 24).

**Фигура 24. Разпределение на отговорите на въпроса „Смятате ли, че пакета услуги, който се предоставя на бременни жени от НЗОК, покрива необходимите консултации, прегледи и изследвания?“ по отделно за майките и здравните професионалисти**



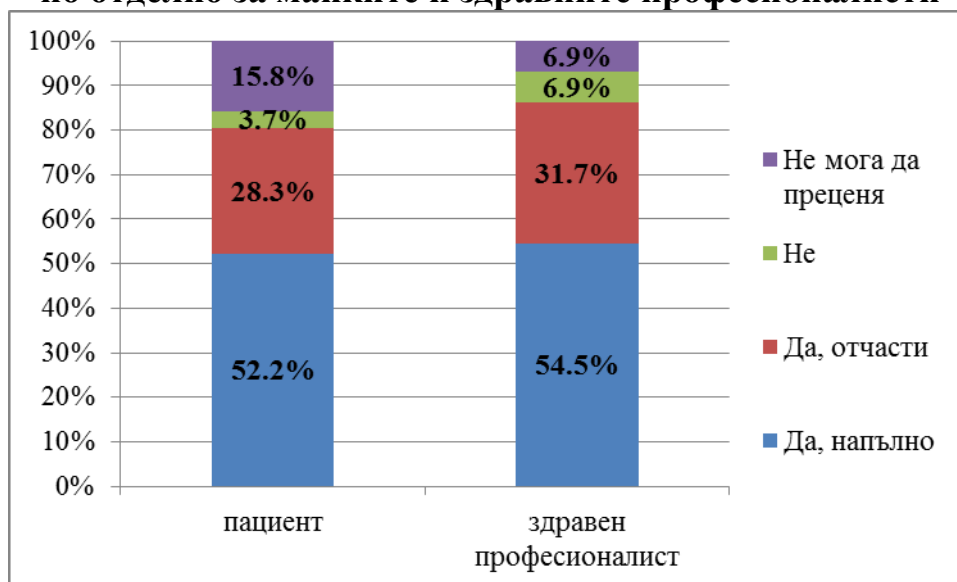
Майките съобщават по-високо ниво на познания /71,9% са запознати в различна степен/ относно пакета от дейности (прегледи, изследвания и имунизации), включени в разработената от НЗОК програмата „Детско здравеопазване”, в сравнение с оценката на здравните професионалисти за техните знания /37,2%/ (Фиг. 25).

**Фигура 25. Разпределение на отговорите на въпроса „Запознати ли сте/Смятате ли, че пациентите са запознати с пакета от дейности (прегледи, изследвания и имунизации), включени в разработената от НЗОК програмата „Детско здравеопазване”?“ по отделно за майките и здравните професионалисти**



И голяма част от анкетиранияте пациенти /80,5%/, и мнозинството от включените в проучването здравни професионалисти /86,2%/, са на мнение, че наличието на комплексно медицинско обслужване за бременни жени и деца с хронични заболявания би им дало спокойствие при протичане на бременността и увереност в отглеждането на децата. Разликата в двете групи е по отношение на отговорилите с „Не мога да преценя” – значимо по-малко са те сред акушерките и другите специалисти /6,9%/, в сравнение с пациентите /15,8%/ (Фиг. 26).

**Фигура 26. Разпределение на отговорите на въпроса „Смятате ли, че наличието на комплексно медицинско обслужване за бременни жени и деца с хронични заболявания би Ви дало спокойствие при протичане на бременността и увереност в отглеждането на децата” по отделно за майките и здравните професионалисти**



На база получените резултати в нашите проучвания сред здравните специалисти и пациентите и на направените анализи на състоянието на майчиното и детско здраве в България изработихме предложение за интегриран подход за подобряване на майчиното и детско здравеопазване в България.

## **ИНТЕГРИРАН ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРЕН МЕДИКО–СОЦИАЛЕН ПОДХОД ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**

В стратегическите документите, късаещи състоянието на здравето на нацията и ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване се подчертава, че е необходимо да бъдат предприети мерки за интегриран подход на институциите и обществото за здравето на децата. В тях е отразено разбирането, че грижата за детското здраве и развитие е задължение на родителите, държавата, институциите и обществото като цяло. Грижите за здравето на децата са инвестиция в бъдещи здрави поколения, тъй като през детството се поставят основите на човешкото здраве и се формира здравното поведение на всеки индивид, което обезпечавя по-високо качество на здравния статус на националния човешки капитал. Управлението на детското здраве изисква специфични мерки във всеки период, които трябва да стартират още преди бременността на майката и да обхванат всички възрастови периоди до 18 годишна възраст. Те изискват усилия за обединение в една интегрална съвкупност на твърде различаващи се области на интервенции, които изискват различна компетентност, промотивни, профилактични, социални и психологически мерки, подобряване на диагностиката и лечението, обучение и квалификация на медицинския персонал, учителите и цялостното население, изграждане на социални връзки и комуникации и укрепване на организационната мрежа с йерархични или координационни взаимодействия между различни правителствени и неправителствени институции.

За да се осъществят тези препоръките Конвенцията на ООН за правата на детето, всяко дете следва „да се ползва от най-високия достижим стандарт на здраве и на улеснения за лечение” е необходимо отговорното участие на различни обществени сектори. Реализирането на адекватна промоция на детското здраве, своевременна превенция на болестите и целенасочена здравна политика е нужно да започне преди раждането му и може да се осъществи с активното участие на сектори като образование, икономика, финанси, социални грижи, спорта и др.

В тази насока са и препоръките на ЕС, изразени в Европейска стратегия „Здраве и развитие на децата и подрастващите”. В този дух страните – членки би следвало да хармонизират своето законодателство с Европейската стратегия за детско здраве и да въведат политики осъществяващи мерки за изпълнение на **приоритетните направления за действие в условията на Европа – здраве на майката и новороденото, хранене, инфекциозни болести, травми и насилие, физическа околна среда, здраве на подрастващите, психосоциално развитие и психично здраве**. Политиките възприети в документите на ЕК излизат от тесните рамки на осигуряването главно на медицински грижи за задоволяване потребностите от диагностика и лечение на нежеланата бременност, пренаталните грижи за майките, медицинските грижи насочени към различните проблеми във възрастовите периоди от 0-18 г. Политиката възприета от държавите – членки следва да е насочена и към прилагане на европейските стандарти за лечение на редки болести, генетични заболявания и предразположения, хронични заболявания в детската възраст, деца с увреждания, деца със специфични потребности и др..

От особена важност за осъществяване на по-горните цели са: създаването на здравно - консултативни услуги популяризиращи здравословен начин на живот, превенцията на злоупотребата с наркотици, тютюн, медикаменти и алкохол, на социокултурната и материалната околна среда, в която младите хора живеят и се социализират, превенцията на социално значими заболявания.

Проблемите отразени в данните от докладите за здравето на населението, особено в областта на детското здраве налагат въвеждане на интегриран, интердисциплинарен подход и към преодоляване на съществените различия в показателите за детско здраве не само между България и ЕС, а и между отделните области на страната и най-вече между селата и градовете.

За изпълнението на поставените цели е необходим широк консенсус за значението на детското здраве, за сигурността на нацията и неотложността на предприемане на мерки не само между държавната, местна власт и отговорните институции, а и между политическите сили,

бизнес среди, гражданските организаци. за значението на детското здраве за съдбата на нацията и неотложността на мерките.

### **Същност, обхват и дейности на медико-социалните звена**

Създаването на „Медико–социални звена“ за обгрижване на бременни, майки, деца и семейства с репродуктивни проблеми, като самостоятелни структури, в които да се осъществяват здравно-информационни, здравно-образователни, здравно-консултативни, медико-социални дейности, психологическа консултативна, координиращи и насочващи услуги за млади хора, двойки, семейства, бременни, родилките и децата до 18 г., диагностично-лечебни дейности при бременни и деца с патология, с цел подобряване на интегрираното, съвременно обслужване на тези групи. Здравните услуги ще се предоставят от квалифицирани медицински специалисти – лекари специалисти по акушерство и гинекология и педиатрия, медицински сестри/ акушерки, социални работници, психолози, както във звеното, така и в дома на семействата.

### **Целеви групи**

Интегрираната грижа е насочена към нуждите на младите хора, двойките, бременни и родилки, деца от раждането до навършване на 18-годишна възраст и членове на техните семейства и подкрепяща среда.

Целевите групи ще бъдат обхванати с различни пакети от здравни дейности в зависимост от техните конкретни потребности и медико-социални рискове за здравето и развитието на децата. Приоритет в работата с групите в повишен риск.

### **Основните задачи пред създаването на интегрираната консултативна медико – социална грижа:**

- Активно издирване на целевите групи за обхващане с комплекс от здравни и социални услуги в зависимост от потребностите;
- Подпомагане достъпа на целевите групи до системата на обществено здравеопазване, социалните услуги и подпомагане;
- Промоция на здраве, превенция и профилактика на болестите;
- Подготовка за родителство и подкрепа за добро родителство;
- Подпомагане отглеждането на детето в семейна среда в съответствие с неговата възраст;

- Насърчаване на физическото, социалното, емоционално и познавателно развитие на децата в рана възраст чрез подкрепа за изграждане на добри родителски практики и привързаност родител-дете;
- Идентифициране на рискови фактори в т.ч. и социалните с негативно влияние върху здравето и развитието на детето и качеството на родителските грижи;
- Медицински здравни грижи при бременност с патология/реализиран риск/.
- Методично участие за организацията на регистъра на всички бременни и обхвата на извършените профилактични прегледи на бременните жени от извънболничната помощ в прилежащия на звеното район на медицинско обслужване както и на всички деца и обхвата на извършените профилактични прегледи от извънболничната помощ в прилежащите райони.
- Ранна интервенция при рискове и проблеми в здравето и развитието на детето;
- Регистрация на диспансерните прегледи на бременните с патология и на деца с хронични болести

#### **Обхват на дейността**

Основен подход в работата на предложените Звена за профилактично–промотивна дейност е да се интегрира консултативната, профилактична дейност, патронажната дейност за млади хора, двойки, бременните и децата в района на обслужване, както и по-високо квалифицирани медицински грижи/диагностика, проследяване и лечение/ при бременни с патология и деца с хронични болести за провеждане на комплекс от здравни, медицински и социални дейности като:

- наблюдение и оценка на здравното състояние и развитието на бременността и на детето, разпознаване на евентуални проблеми и подпомагане на семейството за достъп до необходимите грижи и лечение;
- наблюдение на санитарно-хигиенните, протиепидемичните и профилактични грижи за опазване здравето на детето и предлагане на съвети и препоръки за тяхното подобряване;

- оценка на медико-социалните и поведенчески фактори в семейната среда с негативно влияние върху бременността и отглеждането на детето и предприемане на мерки за тяхното отстраняване (напр. консултиране и мотивиране на родителите за промяна на рисковото поведение, като тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, здравословно хранене и др.);
- оценка на грижите за стимулиране на социалното, емоционално, познавателно и речево развитие на детето и насърчаване на добри родителски практики в това отношение;
- предоставяне на здравна информация, съвети, обучение (вкл. с демонстрация на основни дейности и грижи) за безопасна бременност, режим и диета по време на бременността, подготовка за раждане, обгрижване на детето, кърмене и хранене, дневен режим, стимулиране на нервно-психическото развитие и др. въпроси, свързани с бременността или с отглеждането на детето, с отчитане на специфичните нужди и ресурси на всяко семейство;
- консултиране по въпросите на семейното планиране, сексуалното и репродуктивното здраве, по репродуктивни проблеми на индивида и двойката;
- проследяване изпълнението на имунизационния календар на децата, насочване и подкрепа за имунизация и скрининг за различни заболявания;
- разпознаване на белези и риск от насилие (вкл. negliжиране) над деца и изоставяне и предприемане на действия за информиране на компетентните власти;
- при нужда насочване към специалисти (рехабилитатори, психолог, логопед и пр.) и подходящи профилактични диагностично-лечебни програми и дейности;
- насочване и подкрепа за достъп до наличните здравни и социални услуги в общността, вкл. общопрактикуващи лекари, педиатри, акушер-гинеколози, социални услуги за деца и семейства, социално подпомагане и др.;
- Организиране на процеса по осигуряване комплексна рехабилитация на недоносените деца

- медицински грижи и насочване към по-висококвалифицирани медицински грижи
- Домашни посещения в пренаталния период с цел да се обхванат бременните жени във възможно най-ранен стадий на бременността и след раждането, докато детето навърши три години.
- индивидуални консултации и групови обучения на потребителите и членовете на техните семейства за здравословен начин на живот, профилактика на майчинството и детството, здравословно хранене, адекватен хранителен и двигателен режим по време на бременност и кърменето и др.

Всяко едно такова звено ще участва в изграждането на регистър за обхващането на бременните жени и децата с профилактични прегледи в извънболничната помощ от района на звеното. Този регистър ще надгради регистъра на ражданията и ще даде ясна представа за процента на обхванатите, за проведените им профилактични прегледи. Бременните с патология, които се обслужват в звеното ще се регистрират в регистъра от специалистите на звеното. Специалистите на звеното ще регистрират и бременните обхванати от биохимичния скрининг, както и резултатите от него и извършените последващи действия и изхода от тях.

Същото касае и регистрацията на профилактичните прегледи при децата от извънболничната помощ, както и регистрацията на деца с хронични заболявания.

Всички посочени дейности по регистрация, промотивно-профилактични, медицински ще бъдат структурирани в основни пакети според индивидуалните потребности и съществуващи медико-социални рискове за здравето и ще съдържат вида и обхвата на включените дейности.

### **Вход към услугата**

Потенциалните потребители ще бъдат насочвани към Звената от лични лекари, педиатри, акушер-гинеколози, здравни медиатори, родилен дом, болнични заведения, детски ясли, съответните дирекции „Социално подпомагане” (отдели за закрила на детето), доставчици на социални услуги, семейно-консултативни центрове и други структури, предоставящи услуги за деца и семейства в общността. Потребители

могат да заявят желание за ползване на услугите на Звеното и самостоятелно.

### **Структура и организация на работа**

Звеното ще се състои от централа в областния център, филиали в по-големите общини и изнесени работни места – в малките общини и населени места, в които са налице необходимите човешки ресурси. Цялостното управление на дейността ще бъде централизирано в областния център.

### **Ресурсно осигуряване**

За изпълнение на предвидените дейности Звеното за майчино и детско здраве задължително трябва да разполага с лекари специалисти по АГ и педиатрия, медицински сестри с базова медицинска специалност „медицинска сестра“ и специализация за работа с деца, акушерки, социален работник и психолог. Броят на медицинските сестри/ акушерки се определя на база брой потенциални потребители. Звеното може да наема чрез договор за услуга (или граждански договор) – психолог, рехабилитатор, логопед и др.

### **Резултати, които могат да се очакват след въвеждане на интегрираната медико–социална грижа**

- Осигурен достъп до здравно-социални услуги на млади хора, двойки, двойки с репродуктивни проблеми, деца с хронични заболявания, бременни жени и родилки;
- Подобен достъп и повишено ползване на медицински услуги за деца и бременни, особено рискови и с хронични заболявания;
- Ранно откриване на рискови фактори за здравето и развитието на децата и предприемане на навременни мерки за ограничаването им;
- Ранно идентифициране на проблеми в развитието на децата и ранна интервенция;
- Повишено ниво на информираност на родителите за отглеждане на децата и по-добри умения за родителство;
- Подобрени показатели, характеризиращи здравното състояние на децата, бременните жени и родилките;

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение на направеното проучване по проблемите за демографската криза в страната, състоянието на майчиното и детско здравеопазване и на базата на проучения опит в организацията на програмите за майчино здравеопазване в Русия и Германия може да обобщим необходимостта от нормативни промени в България с цел подобряване на достъпа, качеството и своевременното обслужване на нуждаещите се.

Осигуряване на достъпни, качествени и ефективни квалифицирани здравни услуги преди забременяване, по време на бременността, раждането, следродилния период и за децата от 0-18 г., с акцент върху специфичните мерки във всеки период е в основата на предложения интегриран модел на подобряване на майчиното и детско здравеопазване в България.

Подчертава се необходимостта от интегрирането на консултативната, профилактична дейност, патронажната дейност за млади хора, двойки, бременните и децата в района на обслужване, както и по-високо квалифицирани медицински грижи /диагностика, проследяване и лечение/ при бременни с патология и деца с хронични болести с оглед провеждане на комплекс от здравни, медицински и социални дейности.

Оценка на медико-социалните и поведенчески фактори в семейната среда с негативно влияние върху бременността и отглеждането на детето и предприемане на мерки за тяхното отстраняване (напр. консултиране и мотивиране на родителите за промяна на рисково поведение, като тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, здравословно хранене и др.). Оценка на грижите за стимулиране на социалното, емоционално, познавателно и речево развитие на детето и насърчаване на добри родителски практики в това отношение.

Предоставянето на здравна информация, съвети, обучение за безопасна бременност, режим и диета по време на бременността, подготовка за раждане, обгрижване на детето, кърмене и хранене, дневен режим, стимулиране на нервно-психическото развитие и др.

въпроси, свързани с бременността или с отглеждането на детето, с отчитане на специфичните нужди и ресурси на всяко семейство. Консултиране по въпросите на семейното планиране, сексуалното и репродуктивното здраве, по репродуктивни проблеми на индивида и двойката. Проследяване изпълнението на имунизационния календар на децата, насочване и подкрепа за имунизация и скрининг за различни заболявания.

При нужда насочване към специалисти (рехабилитатори, психолог, логопед и пр.) и подходящи профилактични диагностично-лечебни програми и дейности. Организиране на процеса по осигуряване комплексна рехабилитация на недоносените деца.

Домашни посещения в пренаталния период с цел да се обхванат бременните жени във възможно най-ранен стадий на бременността и след раждането, докато детето навърши три години.

Всичко казано до тук обосновава необходимостта от интегриране на тези услуги в комплексно звено, което е лесно достъпно и гарантира осигуряването на ефективни здравни и социални грижи на нуждаещите се.

## ИЗВОДИ

1. При 4% от анкетираниите пациентки няма ОПЛ в населеното място, а при 19,7% - няма акушерка, като тревожен е факта, че сред живеещите в селата 24,5% съобщават за липса на ОПЛ, а цели 82,9% - за липса на акушерка.
2. Безпрепятствен достъп до качествени и ефективни здравни услуги е осигурен според 60,1% от респондентите, като най-нисък е този дял в селата (54,4%) и сред анкетираниите с най-ниски доходи (54,4%), докато според 57,2 % от здравните специалисти не е осигурен безпрепятствен достъп.
3. Мнозинството от анкетираниите бременни и майки с деца (65,1%) са категорични, че ако в най-близката общинска болница съществува специализиран консултативен кабинет, ще спестят време и средства при разрешаване на проблем, свързан с тяхното здраве.
4. При необходимост от консултация с друг специалист по време на бременността, най-голяма част от анкетираниите (75,2%) веднага са получавали направление от своя ОПЛ, а други 11,5% са изчаквали до следващия месец във връзка с лимитите на направленията, като неполучилите направление са 11,6%.
5. Под една трета (31%) от анкетираниите бременни и майки с деца и малко над половината здравни специалисти (53,1%) са информирани за съществуването на Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г., от които всяка десета жена (10,3%) и 18,2% от здравните специалисти са напълно запознати с дейностите, включени в програмата.
6. Много висок е относителният дял както на здравните специалисти (52,4%), така и на анкетираниите бременни и майки с деца (43,7%), които считат, че пакета услуги, който се предоставя на бременни жени от НЗОК не покрива необходимите консултации, прегледи и изследвания.
7. С пакета от дейности (прегледи, изследвания и имунизации), включени в програмата „Детско здравеопазване”, разработена от НЗОК, са напълно започнати едва 26,2% от майките, отчасти – 45,7%, а незапочнатите са 28,1%. Всеки втори здравен

професионалист (53,8% е споделил мнение, че пациентите не са запознати с този пакет от дейности, а един от трима (33,1%) смята, че те са частично запознати.

8. Родилите дами, чиито деца са имали здравословен проблем са се обърнали за диагностицирането и лечението на този проблем на първо място към педиатър (62,9%), а 29,6% - ОПЛ на детето (който в повечето случаи също е педиатър).
9. Много голяма част от анкетирани дами (80,5%) и 86,2% от здравните специалисти са категорични, че наличието на комплексно медицинско обслужване за бременни жени и деца с хронични заболявания би им дало спокойствие при протичане на бременността и увереност в отглеждането на децата им.
10. Обосновано са представени резултатите, които могат да се очакват след въвеждане на интегрираната медико–социална грижа.

## **ПРЕПОРЪКИ**

В резултат от проучването могат да бъдат направени следните препоръки:

### **КЪМ МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО:**

1. Извършване на законодателни промени, които да гарантират създаването на „Интегрирани медико-социални звена за майчино и детско здраве“, с което ще се осигури безпрепятствен достъп до качествени и ефективни здравни услуги.
2. Активна роля на държавата в осигуряването на адекватно финансиране на новите структури.
3. Създаване на стимули на лекарите специалисти /акушер-гинеколози и педиатри/ и на професионалистите по здравни грижи за работа в новите звена.
4. Изработване и приемане на акушерски стандарт, регламентиращ акушерските пренатални и постнатални патронажни грижи и съобразен с европейското законодателство.
5. Привличане на други специалисти – социален работник, психолог, логопед с цел оказването на комплексно обслужване на нуждаещите се.
6. Създаване на национален регистър обхващащ деца с хронични заболявания, който ще получава информация от създадените структури.

### **КЪМ НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА**

1. Увеличаване на регулативните стандарти на ОПЛ по отношение на направленията за консултация с АГ за профилактичен преглед с оглед ранно откриване на предракови заболявания при жените.
2. Ежемесечно изпращане на бременните жени на информационни материали за техните права и изследвания, на които подлежат през текущия месец.
3. Оптимизиране на броя ехографски изследвания при бременните жени.

**КЪМ МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И  
ПАЦИЕНТСКИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ:**

1. Запознаване на пациентите с дейностите и достъпа до създадените нови структури.
2. Организиране на кампании за информиране на пациентите за необходимостта от извършването на профилактични прегледи и имунизации с различни средства и на достъпен език.

## САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Настоящият дисертационен труд има приноси в следните няколко направления:

✓ **Научно-приложни приноси:**

-Разработен и предложен е за внедряване в практиката на интегриран медико-социален модел за подобряване на майчиното и детско здравеопазване в България.

✓ **Научно-теоретични приноси:**

-Проучени и анализирани са състоянието на майчиното и детско здраве в страната.

-Представени и анализирани са основните проблеми в здравното обслужване на децата, бременните и майките.

-Проучена и анализирана е организацията на медицинската помощ по специалността „Акушерство и гинекология“ в Руската Федерация, както и медицинското обслужване по време на бременност и след раждане в Германия.

-Комплексно е проучено, анализирано и оценено мнението на анкетираните бременни, майки с деца и здравни специалисти относно състоянието на майчиното и детско здравеопазване в България.

-Изследвани и анализирани са информираността на анкетираните групи за наличието на Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г. и дейностите, които са включени в нея.

-Проучено и оценено е мнението на респондентите за наличието на безпрепятствен достъп до качествени и ефективни здравни услуги.

## **СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

1. Zlatanova-Velikova R., L. Stoykova-Chorbanova, A. Vodenicharova, THE CHILD HEALTH CARE ANALYSIS IN BULGARIA FOR THE 2010-2013 YEAR, International scientific on-line journal „SCIENCE & TECHNOLOGIES”, Volume V, Number 1, 2015, Meidcine, ISSN 1314-4111, Publish at <http://journal.sustz.com>, pp. 227-232
2. Stoykova-Chorbanova L., Zlatanova-Velikova R., Zlatanova T., ANALYSIS OF MOTHER AND CHILD HEALTHCARE IN BULGARIA, Journal of International Scientific Publications:Economy & Business, Volume 9, 2015, ISSN 1314-7242, Published at: <http://www.scientific-publications.net>, pp. 637-642
3. Насева Е., А. Енчев, Л. Чорбанова, Приложение на google формуляри за набиране на данни от емпирични проучвания в областта на медицината и здравеопазването, Здравна политика и мевиджмънт, 2017, том 17, № 4, ISSN 1313-4981, с. 77-79