

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**

**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**

София, 2018г.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	8
1. ОСНОВНИ ТЕНДЕНЦИИ В ДЕМОГРАФСКОТО РАЗВИТИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ	8
Брой и структура на населението.....	10
Раждаемост.....	15
Аборти	20
Детска смъртност.....	22
Майчина смъртност.....	24
2. ДЕМОГРАФСКАТА КРИЗА КАТО ОБЩЕСТВЕН ПРОБЛЕМ	26
3. ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ ПО СПЕЦИАЛНОСТТА „АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ“ В РУСКАТА ФЕДЕРАЦИЯ.....	36
Ред за предоставяне на медицинска помощ на жени по време на бременност ...	42
4. МЕДИЦИНСКО ОБСЛУЖВАНЕ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ И СЛЕД РАЖДАНЕ В ГЕРМАНИЯ	45
ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	56
1. ЦЕЛ	56
2. ЗАДАЧИ НА РАЗРАБОТКАТА.....	56
3. МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО	57
Обект.....	57
Логическа единица	58
Техническа единица	58
Време и място на наблюдението	58
Документи на проучването.....	59
Методи на проучването.....	59
ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	61
1. АНАЛИЗ НА СЪСТОЯНИЕТО НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО ЗДРАВЕ.....	61
Раждаемост.....	61
Детска смъртност.....	63
Здравно обслужване на бременните жени и майките	66
2. АНАЛИЗ НА ПРОБЛЕМИТЕ В ЗДРАВНОТО ОБСЛУЖВАНЕ НА ДЕЦАТА, БРЕМЕННИТЕ И МАЙКИТЕ	67
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	92
4. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЗДРАВНИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА МНЕНИЕТО ИМ ОТНОСНО СЪСТОЯНИЕТО НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	113
5. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЗДРАВНИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ И БРЕМЕННИТЕ И МАЙКИ С ДЕЦА.....	121
ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ИНТЕГРИРАН ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРЕН МЕДИКО-СОЦИАЛЕН ПОДХОД ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ	128
Същност, обхват и дейности на медико-социалните звена.....	135
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	142
ИЗВОДИ	144
ПРЕПОРЪКИ	146
САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	148
ЛИТЕРАТУРА	149
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. АНКЕТНА КАРТА ЗА БРЕМЕННИ И МАЙКИ С ДЕЦА .	161
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. АНКЕТНА КАРТА ЗА ЗДРАВНИ СПЕЦИАЛИСТИ	167

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

АГ	Акушерство и гинекология
АПИМП	Амбулатории за първична извънболнична медицинска помощ
ДКЦ	Диагностично консултативен център
ДЦП	Детска церебрална парализа
ЕС	Европейски съюз
ЗЗОЛ	Задължително здравно осигурени лица
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
ЗНЗ	Закон за народното здраве
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МЗ	Министерство на здравеопазването
МЦ	Медицински център
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НРД	Национален рамков договор
ООН	Организация на Обединените Нации
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
РБ	Република България
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
СЗО	Световна здравна организация

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 медико-социален подход за подобряване на майчиното и детско здравеопазване“, като е обоснована нуждата от създаване на структури в подкрепа и подобряването на майчиното и детско здраве в страната.

ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. ОСНОВНИ ТЕНДЕНЦИИ В ДЕМОГРАФСКОТО РАЗВИТИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

През 2016 г. текущата демографска ситуация в България се характеризира с продължаващо намаляване и застаряване на населението, ниски нива на раждаемост и високи нива на обща смъртност. Задълбочава се дисбалансът в териториалното разпределение на населението.

Намалява абсолютният брой на живородените деца и коефициента на обща раждаемост.

През 2016 г. в страната са регистрирани 65 446 родени деца, като от тях 64 984 (99.3%) са живородени. В сравнение с предходната година броят на живородените намалява с 966 деца, или с 1.5%. Коефициентът на обща раждаемост през 2016 г. е 9.1‰. Коефициентът на раждаемост общо за ЕС-28 през 2015 г. е 10.0‰ по данни на Евростат. Броят на жените във фертилна възраст (15-49 навършени години) към 31.12.2016 г. е 1 539 хил., като спрямо предходната година намалява с над 22 хил., а спрямо 2011 г. - с над 111 хиляди.

Броят на умрелите лица през 2016 г. е 107 580 души, а коефициентът на обща смъртност - 15.1‰. Спрямо предходната година броят на умрелите намалява с 2 537, или с 2.3%. Нивото на общата смъртност продължава да е твърде високо. Общо за ЕС-28 коефициентът на смъртност през 2015 г. е 10.2‰. Равнището на общата смъртност на населението в България е най-високо сред европейските страни.

Най-значимата демографска тенденция в развитието на населението е процесът на застаряване. Средната възраст на населението в България е сред най-високите не само в Европейския съюз, но и в

света. Средната възраст на населението нараства устойчиво, като от 40.4 години през 2001 г. достига 43.5 г. в края на 2016 г. През 2016 г. в резултат на отрицателния естествен прираст населението на страната е намаляло с 42 596 души.

Средната продължителност на предстоящия живот общо за населението на страната, изчислена за периода 2014 - 2016 г., е 74.7 години и спрямо предходния период (2013 - 2015 г.) се увеличава с 0.2 години. Средната продължителност на живота при мъжете е 71.2 години, докато при жените е със 7 години по-висока - 78.2 години. Средната продължителност на предстоящия живот е с 2.9 години по-висока за населението в градовете (75.5 години) отколкото за населението в селата (72.6 години).

Тревожна е тенденцията във възпроизводството на трудоспособното население. Съотношението между броя на влизащите в трудоспособна възраст (15-19 години) и броя на излизащите от трудоспособна възраст (60-64 години) показва, че към 31.12.2016 г. всеки 100 лица, излизащи от трудоспособна възраст са замествани от 63 влизащи в трудоспособна възраст. За сравнение, през 2001 г. 100 лица, излизащи от трудоспособна възраст, са били замествани от 124 млади хора.

Като положителни тенденции през 2016 г. могат да бъдат отбелязани намаляването на детската смъртност, задържането на тоталния коефициент на плодовитост на нива близки до средното за страните-членки на Европейския съюз, намаляването на броя на умрелите лица и коефициента на обща смъртност, увеличаването на очакваната средна продължителност на живота, подобряването на жизнения стандарт и качеството на живот.

Брой и структура на населението

Основните фактори, които влияят върху измененията в броя и структурите на населението са демографските процеси - раждаемост, смъртност и миграция.

Броят и структурите на населението се определят от размерите и интензивността на неговото естествено и механично (миграционно) движение.

По данни на НСИ към 31 декември 2016 г. населението на България е 7 101 859 души, което представлява 1.4% от населението на Европейския съюз. В сравнение с 2015 г. населението на страната намалява с 51 925 души, или с 0.7%.

През 2016 г. в резултат на отрицателния естествен прираст населението на страната е намаляло с 42 596 души.

Съществено влияние върху броя и структурите на населението в страната оказва и механичният прираст (нетното салдо от външната миграция), който подобно на естествения прираст, също е отрицателен - минус 9 329 души. Той се формира като разлика между броя на заселилите се и изселилите се от страната.

Намалението на населението в резултат на външната миграция, измерено чрез коефициента на нетна миграция, е -1.3‰¹.

Подобно на предходните години, намалението на населението през 2016 г. в България се дължи главно на отрицателен естествен прираст, а не на външна миграция - в резултат на отрицателния естествения прираст населението намалява с 42 596 души, а в резултат на

¹ Коефициент на нетна миграция - отношение на нетната миграция към средногодишното население през годината (на 1000 души).

механичния прираст (нетното салдо от външната миграция) – с още 9 329 души.

След 1990 г. демографското развитие на страната се характеризира с отрицателен естествен прираст на населението.

През 2016 г. в резултат на отрицателния естествен прираст населението на страната е намаляло с 42 596 души.

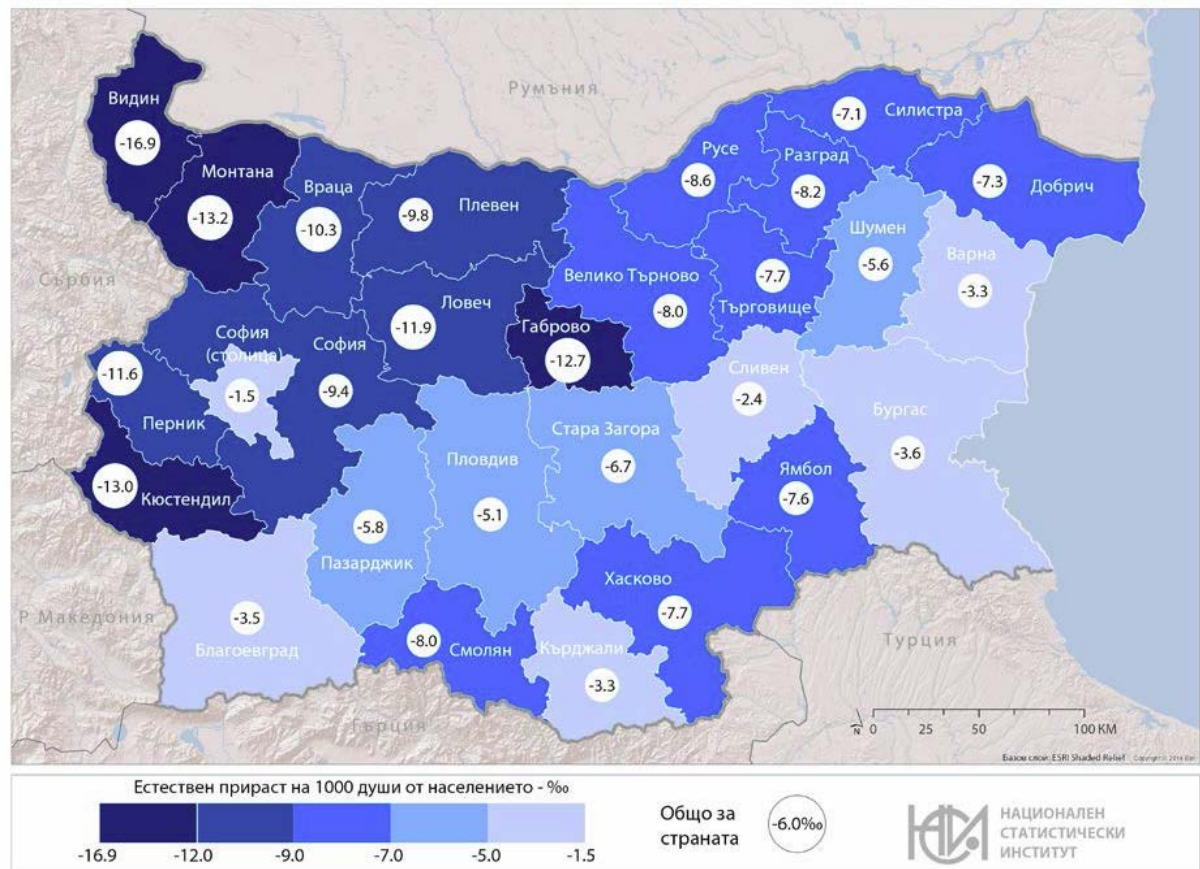
Таблица 1. Живородени, умрели, естествен прираст, през периода 2004-2016 г.

Година	Живородени	Умрели	Естествен прираст
2004	69886	110110	- 40224
2005	71075	113374	- 42299
2006	73978	113438	- 39460
2007	75349	113004	- 37655
2008	77712	110523	- 32811
2009	80956	108068	- 27112
2010	75513	110165	- 34652
2011	70846	108258	- 37412
2012	69121	109281	- 40160
2013	66578	104345	- 37767
2014	67585	108952	- 41367
2015	65950	110117	- 44167
2016	64 984	107580	-42596

Източник: НСИ

Намалението на населението в страната в резултат на отрицателния естествен прираст (задържане или нарастване на отрицателния естествен прираст) се дължи главно на високите нива на общата смъртност и на продължителния акумулиращ ефект на ниската раждаемост. Ниската раждаемост не може да компенсира значително по-високите нива на смъртност.

**Фигура 1. Естествен прираст на населението през 2016 г. по области
(На 1 000 души)**



Източник: НСИ, Графика МТСП

Намалението на населението, измерено чрез коефициента на естествения прираст, е минус 6.0%². Коефициентът на естествения прираст в градовете е минус 3.6‰, а в селата - минус 12.6‰, или намалението на населението в страната в резултат на естествения прираст се дължи предимно на негативните демографски тенденции в селата.

През 2016 г. всички области в страната имат отрицателен естествен прираст. С най-малки по стойности коефициенти на отрицателен естествен прираст са областите София (столица) (-1.5‰) и Сливен (-2.4‰).

² Разлика между броя на живородените и броя на умрелите на 1 000 души от средногодишния брой на населението.

С най-голямо намаление на населението вследствие на високия отрицателен естествен прираст е област Видин - минус 16.9%, следвана от областите Монтана (-13.2%) и Кюстендил (-13.0%). В седем области населението намалява с над 10 на 1 000 души през 2016 година.

Коефициентът на естествения прираст общо за ЕС-28 през 2015 г. е минус 0.2%. Шестнадесет страни имат положителен естествен прираст, като най-висок е този показател в Ирландия (7.6%), Кипър (3.9%) и Люксембург (3.7%). Освен нашата страна с високи стойности на отрицателен естествен прираст на населението са Унгария и Хърватия - по минус 4.0%.

Таблица 2. Относителен естествен прираст на 1 000 души от населението през 2012, 2013, 2014, 2015 г. и 2016 г. - по статистически райони и местоживееене

Естествен прираст (%)	Общо за страната	Северозападен	Северен централен	Североизточен	Югоизточен	Югозападен	Южен централен
2012 г.							
Общо	-5,5	-11,5	-8,2	-4,2	-4,4	-3,7	-4,7
Град	-2,8	-5,8	-5,2	-2,0	-2,1	-2,0	-2,2
Село	-12,8	-21,4	-14,2	-9,9	-10,3	-12,5	-9,9
2013 г.							
Общо	-5,2	-10,5	-7,7	-4,1	-4,1	-3,7	-4,5
Град	-2,8	-5,4	-5,1	-2,1	-2,1	-2,0	-2,2
Село	-11,8	-19,7	-13,2	-9,3	-9,1	-11,7	-9,3
2014 г.							
Общо	-5,7	-11,5	-8,7	-4,7	-4,8	-3,6	-5,2
Град	-3,1	-6,2	-5,7	-2,9	-2,4	-1,9	-2,8
Село	-12,9	-20,8	-14,9	-9,9	-10,6	-12,5	-10,2
2015 г.							
Общо	- 6,2	-11,8	-9,0	-5,5	-5,1	-4,1	-5,7
Град	-3,5	-6,8	-6,0	-3,1	-2,8	-2,4	-3,0
Село	-13,4	-20,4	- 15,2	-11,8	-10,7	-12,8	-11,2
2016 г.							
Общо	-6,0	-11,7	-8,7	-5,1	-4,8	-4,0	-5,7
Град	-3,5	-6,9	-5,8	-3,1	-2,7	-2,4	-3,6
Село	-12,6	-19,8	-14,6	-10,4	-10,3	-12,1	-10,1

Източник: НСИ; Таблица: МТСП

България е с най-висок отрицателен относителен естествен прираст на населението в ЕС. (Таблица 3.)

Таблица 3. Раждания и умирения - естествен прираст на населението

Естествен прираст на населението в държавите-членки на ЕС, 2016 г.	Естествен прираст на населението през 2016 г. Абсолютен брой (в хиляди)			Бруто коефициент (на 1000 души от населението)		
	Раждания	Умирения	Естествен прираст	Раждания	Умирения	Естествен прираст
ЕС	5 114.1	5 130.0	-15.9	10.0	10.0	0.0
Белгия	121.9	108.1	13.8	10.8	9.5	1.2
България	65.0	107.6	-42.6	9.1	15.1	-6.0
Чехия/ЧР	112.7	107.8	4.9	10.7	10.2	0.5
Дания	61.6	52.8	8.8	10.8	9.2	1.5
Германия	770.0	920.0	-150.0	9.3	11.2	-1.8
Естония	14.1	15.4	-1.3	10.7	11.7	-1.0
Ирландия	63.9	30.4	33.5	13.5	6.4	7.1
Гърция	92.8	118.8	-26.0	8.6	11.0	-2.4
Испания	406.6	406.8	-0.3	8.7	8.8	0.0
Франция	785.7	587.1	198.6	11.7	8.8	3.0
Хърватия	37.5	51.5	-14.0	9.0	12.4	-3.4
Италия	473.4	615.3	-141.8	7.8	10.1	-2.3
Кипър	9.5	5.5	4.0	11.1	6.4	4.7
Латвия	22.0	28.6	-6.6	11.2	14.6	-3.4
Литва	30.6	41.1	-10.5	10.7	14.3	-3.7
Люксембург	6.1	4.0	2.1	10.4	6.8	3.6
Унгария	95.4	127.1	-31.7	9.7	13.0	-3.2
Малта	4.5	3.3	1.1	10.2	7.6	2.6
Холандия	172.5	149.0	23.5	10.1	8.7	1.4
Австрия	87.7	80.7	7.0	10.0	9.2	0.8
Полша	382.3	388.0	-5.8	10.1	10.2	-0.2
Португалия	87.1	110.5	-23.4	8.4	10.7	-2.3
Румъния	188.4	256.5	-68.1	9.6	13.0	-3.5
Словения	20.3	19.7	0.7	9.9	9.5	0.3
Словакия	57.6	52.4	5.2	10.6	9.6	1.0
Финландия	52.8	53.9	-1.1	9.6	9.8	-0.2
Швеция	117.4	91.0	26.4	11.8	9.2	2.7
Великобритания	774.8	597.2	177.6	11.8	9.1	2.7
Исландия	4.0	2.3	1.7	12.0	6.9	5.1
Норвегия	58.9	40.7	18.2	11.2	7.8	3.5
Швейцария	87.9	65.0	22.9	10.5	7.8	2.7
Черна гора	7.6	6.5	1.1	12.2	10.4	1.8
Македония	23.0	20.4	2.6	11.1	9.9	1.2
Сърбия	64.7	100.8	-36.1	9.2	14.3	-5.1
Турция	1 309.8	422.1	887.6	16.5	5.3	11.2

През 2016 г. в ЕС са родени 5,1 милиона бебета, 11 000 повече от предходната година. В държавите-членки най-високите нива на раждаемост през 2016 г. са регистрирани в Ирландия (13,5 на 1 000 жители), Швеция и Обединеното кралство (и двете 11,8 ‰) и Франция (11,7 ‰), докато най-ниските са регистрирани в южните държави-членки: Италия (7.8 ‰), Португалия (8.4 ‰), Гърция (8.6 ‰), Испания (8.7 ‰), Хърватия (9.0 ‰) и България (9.1 ‰). На равнище ЕС коефициентът на раждаемост е бил 10,0 на 1 000 жители.

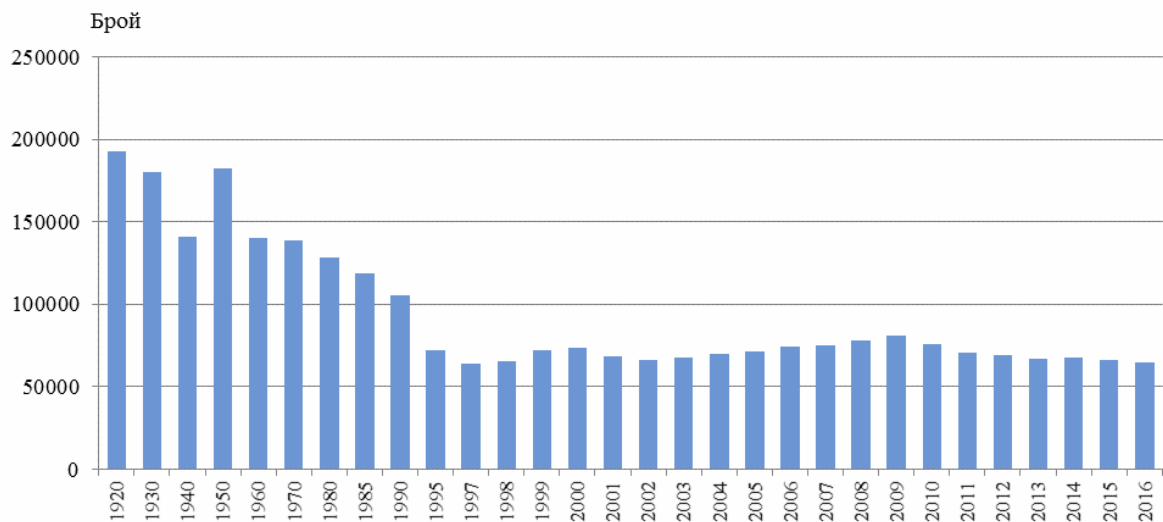
Междувременно в ЕС са регистрирани 5,1 милиона смъртни случаи през 2016 г., почти 91 000 по-малко от предходната година. Ирландия и Кипър (6.4 на 1000 жители), така и Люксембург (6.8 ‰) имат най-ниска смъртност през 2016 г., следвани от Малта (7.6 ‰), Холандия (8.7 ‰), Испания и Франция). В другия край на скалата, България (15.1 ‰), Латвия (14.6 ‰), Литва (14.3 ‰), Румъния и Унгария (и двете 13.0 ‰) са с най-високи коефициенти на смъртност. На равнище ЕС смъртността е 10,0 на 1 000 жители.

В резултат на това Ирландия (с естествен прираст на населението си + 7.1 ‰) остава през 2016 г. държавата-членка, в която родените са най-много в сравнение с починалите, пред Кипър (+ 4.7 ‰), Люксембург (+ 3.6 ‰), Швеция и Обединеното кралство (+ 2,7 ‰) и Малта (+ 2,6 ‰). От друга страна, сред тринадесетте държави-членки на ЕС, регистрирали отрицателен естествен прираст през 2016 г., най-много са смъртните случаи в България (-6.0 ‰), следвани от Литва (-3.7 ‰), Румъния (-3.5‰), Хърватия и Латвия (-3,4 ‰) и Унгария (-3,2 ‰).

Раждаемост

През 2016 г. в страната са регистрирани 65 446 родени деца, като от тях **64 984 (99.3%) са живородени**. В сравнение с предходната година броят на живородените намалява с 966 деца, или с 1.5%.

Фигура 2. Живородени деца през периода 1920 - 2016 г.



Източник: НСИ

Коефициентът на обща раждаемост³ през 2016 г. е 9.1‰.

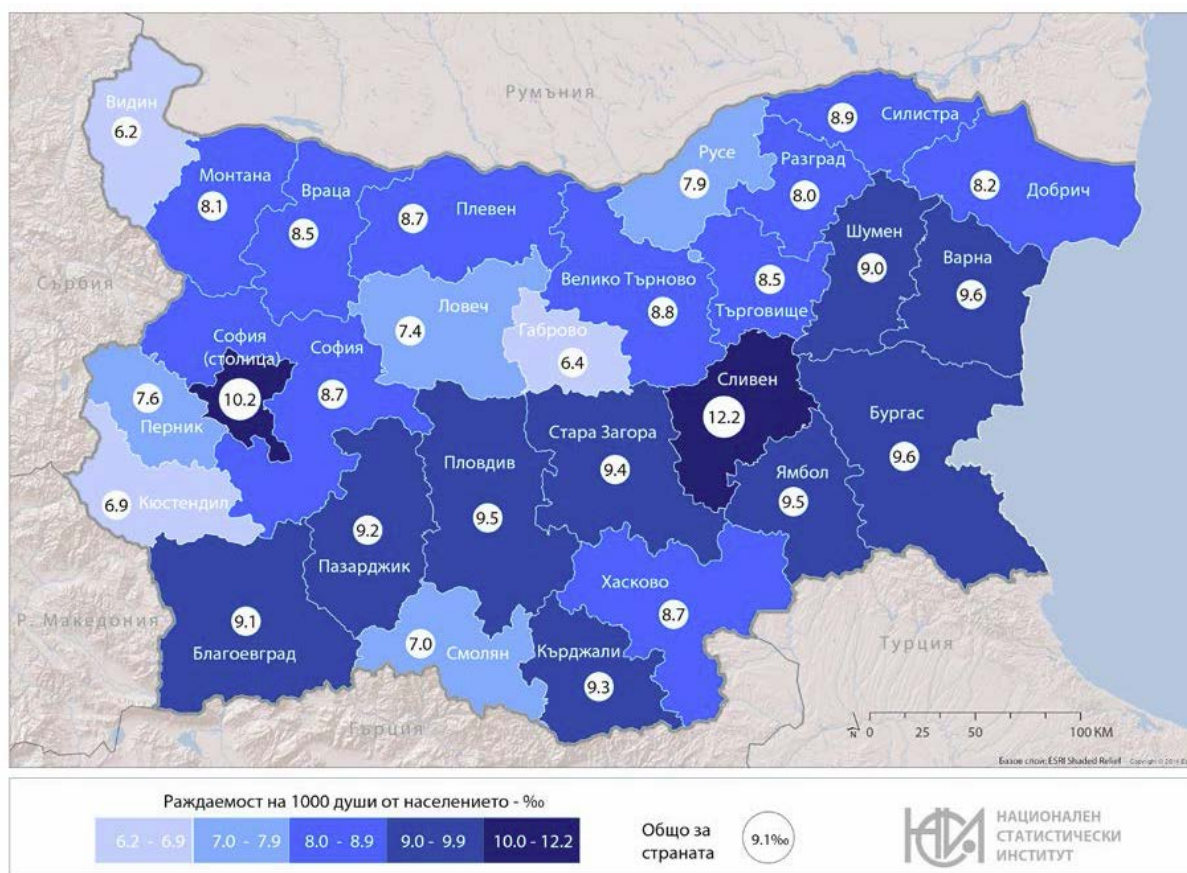
Броят на живородените момчета (33 375) е с 1 766 по-голям от този на живородените момичета (31 609), или на 1 000 родени момчета се падат 947 момичета.

В градовете и селата живородени са съответно 48 733 и 16 251 деца, а коефициентът на раждаемост - 9.3‰ в градовете и 8.5‰ в селата.

В регионален аспект най-висока е раждаемостта в областите Сливен - 12.2‰, София (столица) - 10.2‰, Варна и Бургас - по 9.6‰. В осемнадесет области раждаемостта е по-ниска от средната за страната, като най-ниски стойности се наблюдават в областите Габрово (6.4‰) и Видин (6.2‰).

³ Брой живородени деца на 1 000 души от средногодишния брой на населението през годината.

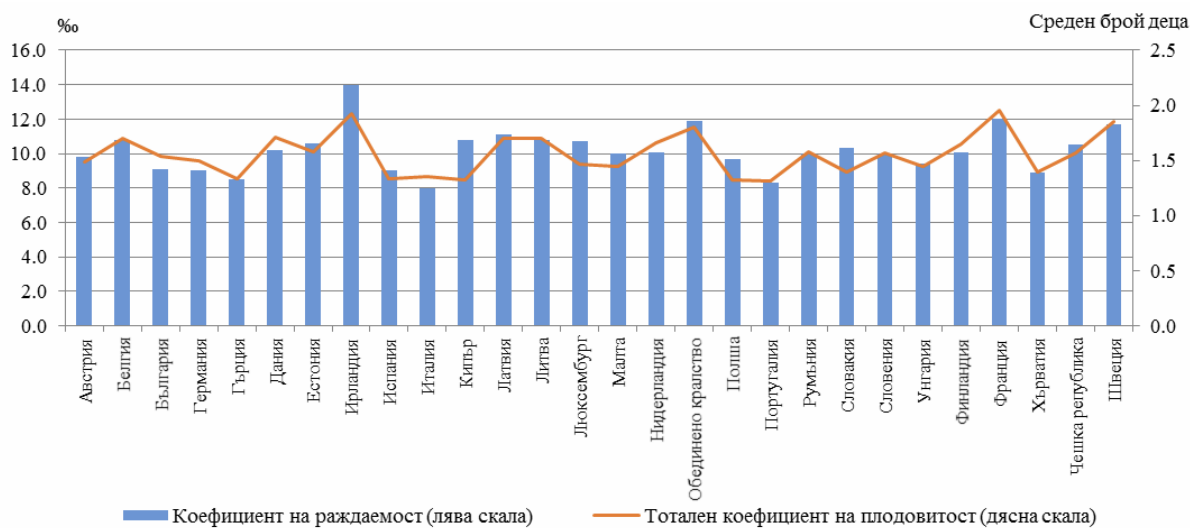
Фигура 3. Коефициент на раждаемост по области през 2016 г.



Източник: НСИ

Коефициентът на раждаемост общо за ЕС-28 през 2015 г. е 10.0% по данни на Евростат. Най-високо равнище на раждаемост в европейските страни има Ирландия - 14.0%, следват Франция (12.0%) и Обединеното кралство (11.9%). С най-нисък коефициент на раждаемост в Европейския съюз е Италия - 8.0%.

Фигура 4. Коефициент на раждаемост и коефициент на плодовитост в държавите - членки на ЕС, през 2015 година



Източник: НСИ

Броят на жените във фертилна възраст (15 - 49 навършени години) в страната, или размерът на родилните контингенти и тяхната плодовитост, оказва съществено влияние върху равнището на раждаемостта и определя характера на възпроизводството на населението.

Броят на жените във фертилна възраст към 31.12.2016 г. е 1 539 хил., като спрямо предходната година намалява с над 22 хил., а спрямо 2011 г. - с над 111 хиляди.

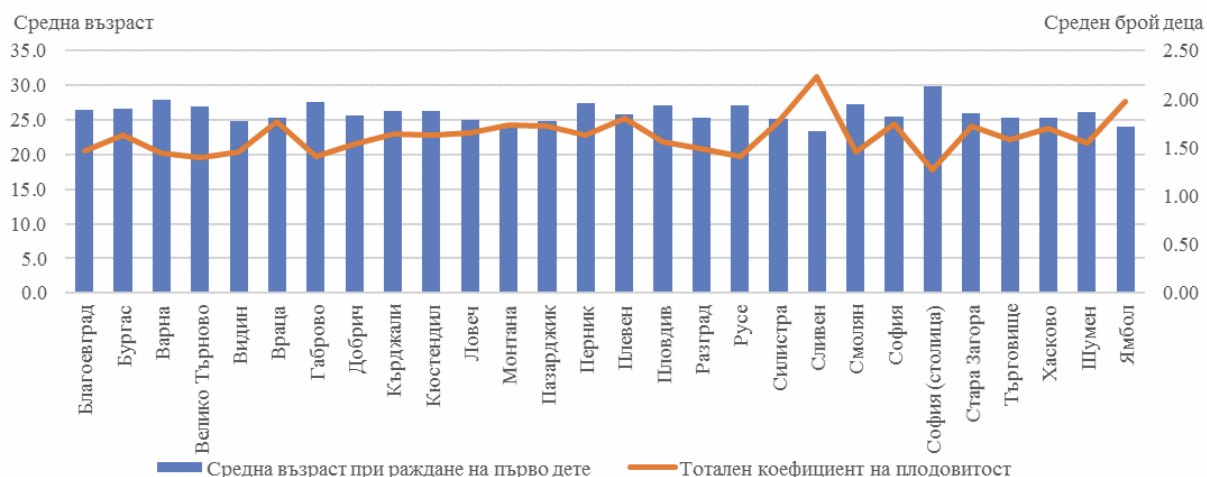
През 2016 г. броят на децата, родени от майки под 18 години, е 3 249 и спрямо 2015 г. се увеличава със 168 деца. Запазва се тенденцията на увеличаване на броя на децата, родени от жени на възраст 40 и повече навършени години - от 1 705 през 2015 г. на 1 947 през 2016 година.

Половината (50.5%) от ражданията през 2016 г. са първи за майката, 36.5% - втори, а 12.6% - трети и от по-висока поредност.

Тоталният коефициент на плодovitост⁴ е един от основните показатели, характеризиращи плодovitостта на жените. **През 2016 г. средният брой живородени деца от една жена е 1.54.** За сравнение, през 2001 г. той е бил 1.24, а през 2015 г. - 1.53.

Средната възраст на жените при раждане на първо дете се увеличава от 26.9 години през 2015 г. на **27.0 години през 2016 година.** В регионален аспект средната възраст при раждане на първо дете варира от 29.8 години за област София (столица) до 23.4 години за област Сливен.

Фигура 5. Средна възраст на жената при раждане на първо дете и тотален коефициент на плодovitост по области през 2016 година



През 2016 г. са регистрирани 1 129 случая на **многоплодни раждания**, което е с 20 случая повече отколкото през 2015 година. При 1 113 от случаите са родени по две деца, при 15 - по три, а при един случай - 4 деца.

От 1991 г. се наблюдава трайна тенденция на увеличаване на абсолютния брой на извънбрачните раждания. Техният относителен дял

⁴ Среден брой живородени деца, които би родила една жена през целия си фертилен период съобразно повъзrastовата плодovitост през отчетната година.

нараства от 18.5% през 1992 г. на 42.0% през 2001 г. и на 59.2% през 2013 година.

През 2016 г. броят на извънбрачните раждания е 38 440, или 58.7% от всички раждания. Относителният дял на извънбрачните раждания в селата (66.1%) е по-висок отколкото в градовете (56.3%). За 76.9% от извънбрачните раждания има данни за бащата, което означава, че тези деца най-вероятно се отглеждат в семейна среда от родители, живеещи в съжителство без брак.

В регионален аспект най-висок е относителният дял на извънбрачните раждания в областите Видин (75.5%) и Враца (75.0%). Този дял е над 50.0% във всички области на страната с изключение на Разград (48.1%), Благоевград (43.9%) и Кърджали (38.4%).

Аборти

През 2016 г. общият брой на абортите е 26 412 при 65 446 раждания. В сравнение с 2015 г. (27 782) броят на абортите намалява с 1370.

Таблица 4. Раждания и аборти

Година	Раждания	Аборти	Раждания	Аборти
	Брой		На 1000 жени от 15-49 г.	
2012	69678	29992	42,5	18,3
2013	67061	29505	41,6	18,3
2014	68083	28145	42,8	17,7
2015	66370	27782	42,3	17,7
2016	65446	26412	42.2	17.0

Източник: Национален център по общественото здраве и анализи (НЦОЗА)

Таблица 5. Раждания и аборти на 1000 жени във фертилна възраст (15-49 г.)

Години	Раждания на 1000 жени във фертилна възраст	Аборти на 1000 жени във фертилна възраст
1980	60,4	72,9
1990	49,2	67,2
1995	35,2	47,2
2000	37,0	30,6
2005	38,2	22,3
2013	41,6	18,3
2014	42,8	17,7
2015	42,3	17,7
2016	42.2	17.0

Източник: МЗ, НЦОЗА - Кратък справочник „Здравеопазване 2017 г.“

От 2016 г. абортите се отчитат, разпределени по вид като: спонтанни; терапевтични – от тях по желание (законно) и по медицински показания; други видове и аборт, неуточнен. От всички извършени аборти 2 202 са по медицински показания; 7866 са спонтанни; 16 340 са по желание, а 4 са класифицирани като „други видове и аборт, неуточнен“.

Общият брой на спонтанните аборти и на абортите по медицински показания е 10 068. При адекватна медицинска профилактика и грижа, този брой би могъл да бъде значително редуциран и това доведе до повишаване на раждаемостта.

Таблица 6. Извършени аборти в лечебните заведения през 2016 г. по възрастови групи и видове аборти (брой)

Възраст (в навършени години)	Аборти	По вид				
		Спонтанни	Терапевтични	от тях:		други видове и аборт, неуточнен
				по желание (законно)	по медицински показания	
Общо	26412	7866	18542	16340	2202	4
< 15	98	58	40	18	22	-
15–19	2110	824	1285	1151	134	1
20–24	4821	1178	3642	3405	237	1
25–29	6877	1971	4905	4475	430	1
30–34	6167	1901	4265	3815	450	1
35–39	4616	1365	3251	2609	642	-
40–44	1588	523	1065	795	270	-
45–49	112	42	70	54	16	-
> 50	23	4	19	18	1	-

Източник: Национален център по общественото здраве и анализи (НЦОЗА)

Приема се, че абортът може да бъде рисков за бъдещите репродуктивни способности на жената, поради което следва да бъде оценяван като един от значимите фактори, оказващи въздействие върху демографския баланс на населението.

Легалният аборт продължава да се приема и да се използва често като предпочитан и достъпен изход за освобождаване от нежелана бременност, макар да са известни опасностите и вредите за здравето и детеродната способност на жената от подобна интервенция.

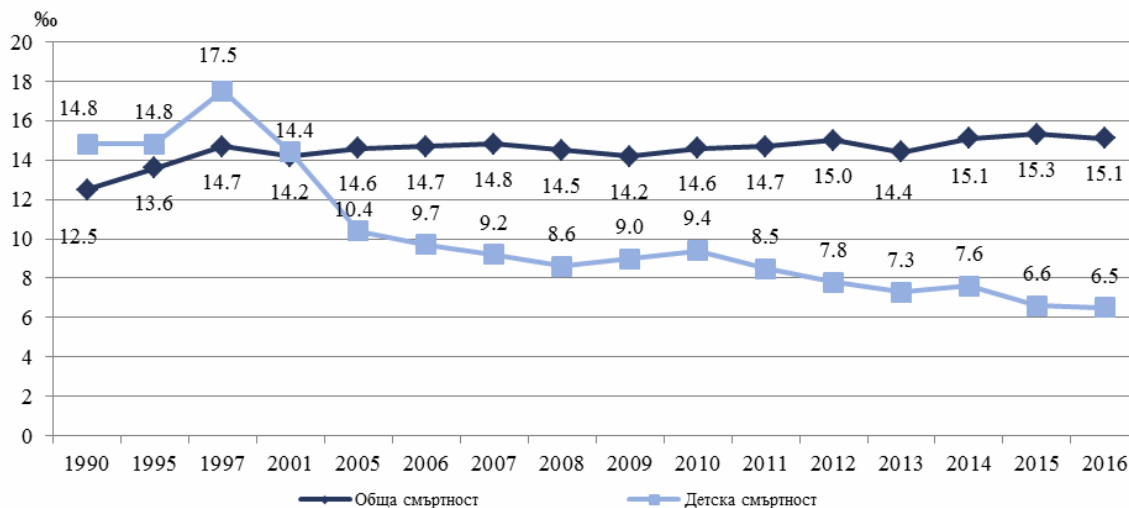
Детска смъртност

През 2016 г. в страната са починали 423 деца на възраст до една година, а коефициентът на детска смъртност⁵ е 6.5‰. За сравнение, през 2001 г. коефициентът на детска смъртност е бил 14.4‰, през 2005 г. - 10.4‰, а през 2015 г. - 6.6‰.

⁵ Брой умрели деца на възраст под 1 година на 1 000 живородени.

В регионален аспект през 2016 г. в общо тринадесет области коефициентът на детска смъртност е по-нисък от средния за страната, като най-нисък е в областите Разград - 2.1‰, и София (столица) - 2.5‰. Най-висока стойност на коефициента на детска смъртност е регистрирана в областите Ямбол (12.9‰) и Кюстендил (12.8‰).

Фигура 6. Коефициент на обща и детска смъртност



Източник: НСИ

Общо за ЕС-28 коефициентът на детска смъртност през 2012 г. е 3.8‰ а през 2011 г. е бил 3.9‰.

Сериозно внимание и предприемане на мерки изисква констатираната по-висока смъртност на децата в селата (на 1000 живородени).

Таблица 7. Умрели деца на възраст до 1 год. през 2012 г. и 2013 г.

Година	Общо	В градовете	В селата
Брой			
2012	536	368	168
2013	489	331	158
На 1000 живородени			
2012	7,8	7,1	9,6
2013	7,3	6,7	9,3

Източник: НСИ

Таблица 8. Умрели деца на възраст под 1 година

Година	Брой умрели деца
2004	814
2005	739
2006	720
2007	690
2008	668
2009	729
2010	708
2011	601
2012	536
2013	489

Източник: НСИ

Майчина смъртност

През 2016 г. броят на починалите жени от Клас XV - Бременност, раждане и послеродов период (O00-O99) е 2, а показателят за майчина смъртност на 100 000 живородени деца за страната възлиза на 3.1.

Таблица 9. Умирания по причини за смъртта, 2016 г.

Причини за смъртта, МКБ - X ревизия	Всичко (бр. хора)	НСИ- Коефициент на смъртност на 100 000 д.
България	107 580	1 509.3
I. Някои инфекциозни и паразитни болести (A00-B99)	661	9.3
II. Новообразувания (C00-D48)	17 294	242.6
III. Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм (D50-D89)	131	1.8
IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата (E00-E90)	1 634	22.9
V. Психични и поведенчески разстройства (F00-F99)	90	1.3
VI. Болести на нервната система (G00-G99)	992	13.9
VII. Болести на окото и придатъците му (H00-H59)	-	-
VIII. Болести на ухото и мастоидния израстък (H60-H95)	-	-
IX. Болести на органите на кръвообращението (I00-I99)	70 459	988.5
X. Болести на дихателната система (J00-J99)	4 428	62.1
XI. Болести на храносмилателната система (K00-K93)	3 931	55.2
XII. Болести на кожата и подкожната тъкан (L00-L99)	54	0.8
XIII. Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан (M00-M99)	29	0.4
XIV. Болести на пикочо-половата система (N00-N99)	1 473	20.7
XV. Бременност, раждане и послеродов период (O00-O99)	2	0.0
XVI. Някои състояния, възникващи през перинаталния период (P00-P96)	205	2.9
XVII. Вродени аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации (Q00-Q99)	124	1.7
XVIII. Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде (R00-R99)	3 387	47.5
XX. Външни причини за заболяемост и смъртност (V01-Y98)	2 686	37.7

Източник: НСИ

До 2011 г. относително устойчива е тенденцията на намаляване на майчината смъртност. През 2011 г. майчината смъртност е с най-ниски стойности – 2.8, докато през 2000 г. тя е 17.6.

През 2012 г. обаче, майчината смъртност се увеличава – стойността на този показател е 4.3, а през 2013 нараства до 12.0.

Таблица 10. Майчина смъртност за периода 2000г. – 2013г.

Години	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Майчина смъртност	17,6	19,1	16,5	5,9	10,0	11,3	6,8	10,6	6,4	4,9	7,9	2,8	4,3	12,0

Източник: МЗ/НСИ; Таблица МТСП

2. ДЕМОГРАФСКАТА КРИЗА КАТО ОБЩЕСТВЕН ПРОБЛЕМ

Демографският проблем в България е извънредно сериозен. Кризата е в особено остри форми, застрашава жизнеността на българската нация, тя е пречка за икономическата модернизация и ефективност, обезлюдява се голяма част от територията на страната и се създава риск за националната сигурност.

Количествените параметри на демографските процеси в България от последните две десетилетия могат да се синтезират до няколко основни проекции. Тези основни количествени параметри, сами по себе си са структуроопределящи в цялостния обществен и политически живот.

Основни количествени параметри на демографските процеси в България от последните две десетилетия:

❖ Ускорено свиване броя на населението;

Намаляването на населението за 20 години (1988 - 2009) е с около 24%, като в тази стойност е отчетена и масовата емиграция. Допълнително в периода 2010 – 2025г. населението вероятно ще намалее с още 17 -20%, като общо за периода 1988 - 2060 свиването ще е в рамките на 50%. По официални данни на НСИ намаляването на населението за периода 1988 – 2009 е с 1,457 млн. души, но ако се отчете и емигриралите извън България, то фактическото намаляване на населението ще възлезе на 2,160 млн. души.

Таблица 11. Демографска прогноза за броя на населението на България в перспектива до 2060г. /в милиони/

	2009	2030	2050	2060
ЕВРОСТАТ	7,603	6,753	5,923	5,485
НСИ	7,560	6,436	5,543	5,138
Изоставане от планираното с:	0,6%	4,7%	6,4%	6,3%

Две са тенденциите стоящи в основата на главоломно стопяване на населението:

1. Рязко свиване на раждаемостта – от над 100 до под 70 хиляди годишно;

Към 1988 живите раждания са 117 хиляди, а в периода 1997 – 98 едва около 65 хиляди, като тази тенденция се запазва за десетилетия. Тази тенденция на критичен спад би мога да се овладее само ако ражданията над 80 хиляди годишно.

2. Масовата емиграция, която не затихва повече от 20 години;

Чрез емиграция България „изнася“ не просто голям брой свое население. По-важното е, че в своето мнозинство това е младо население, в активна фертилна възраст.

❖ Бързо повишаване на средната възраст на населението;

Населението на България застарява с изключително бързи темпове.

Младите поколения се оказват недостатъчни като заместващи поколения, чрез които да се реализира фундаменталния процес на социална културна, трудово – производителна и гражданска национална приемственост както и на съответната генетично – възпроизводствена способност и жизненост.

❖ **Възрастово полярно концентриране;**

Налице е изявена поляризация между регионите в страната по възрастов профил, населението териториално се групира в полярна възрастова диспропорция – райони, общини и градове с „младежки“ облик, които съхраняват висока жизненост, наред с други, които имат „застаряващ“ облик и затихваща раждаемост. В тези градове и общини е налице диспропорция в раждаемостта, намаляващия контингент образовани млади хора, бързото остаряване на социализираното население.

❖ **Висока заболяемост;**

През последните две десетилетия здравния статус на младото поколение рязко се усложнява, много са медицинските и поведенчески индикатори, които потвърждават това. Ранната и висока заболяемост още в юношеска възраст имат директно отражение върху планирането и реализирането на раждане и заедно със социалните условия при, които живее младото поколение допринасят за не пълноценното възпроизводство на населението.

❖ **Масова дестабилизация на семейния модел**

Наблюдава се рязко намаляване на демографския показател *коефициент на брачност* – от 6,9 промила през 1960 на 3,6 промила от населението през 2009. Семейството като ценност в България вече две десетилетия губи своята стабилност и устойчивост.

Количествените измерения на демографската криза в България са определящи не само за деформираното възпроизводство на населението, трудовите ресурси и гражданската структура на обществото. Те са също така от изключителна важност и за способността на икономиката да се модернизира и да догони страните от Западна Европа по

производителност, но и за българската нация, която трябва да удържа своята идентичност в днешния мултикултурен и крайно динамичен свят.⁶

Тези тенденции ще представляват все по-сериозен проблем проблем за икономическото развитие, а в бъдеще и за държавното и регионално управление на държавата.

Обективната инерция в посока рязко намаляване на населението в страната може да бъде овладяна само и насочена в обратна посока само чрез енергични действия и ефективна политика, само чрез съответна гражданска активизация.

Проблемът пред, който е изправена страната и в частност системата на здравеопазване в България е да се възпре критичното свиване на „*основата на пирамидата*“ – това би трябвало да е целта на една действително загрижена за съдбата на българската нация демографска политика заложена и стартирана сега, за да даде статистически значим ефект след 15 – 20 години. Уравновесяване на „*възрастовата пирамид*“ може да се очаква едва след 30 – 40 години.

Брой и структура на населението

Населението в България към 31 декември 2016 г. населението на България е 7 101 859 души, което представлява 1.4% от населението на Европейския съюз.

През 2016 г. мъжете са 3 449 978 (48.6%), а жените - 3 651 881 (51.4%), или на 1 000 мъже се падат 1 059 жени. Броят на мъжете преобладава във възрастите до 53 години. С нарастването на възрастта се увеличават броят и относителният дял на жените от общото население на страната.

⁶Михаил Мирчев, Социална динамика и цивилизационно разслояване, М-8-М, София, 2009

Таблица 12. Население към 31.12.2016 г. по възраст и пол

Възрастови групи	Пол		
	Всичко	Мъже	Жени
Общо	7 101 859	3 449 978	3 651 881
0	64 665	33 172	31 493
1 - 4	265 610	136 543	129 067
5 - 9	349 350	179 593	169 757
10 - 14	321 394	165 601	155 793
15 - 19	309 596	159 294	150 302
20 - 24	350 006	180 552	169 454
25 - 29	465 523	239 641	225 882
30 - 34	481 875	250 016	231 859
35 - 39	513 551	265 779	247 772
40 - 44	542 793	279 190	263 603
45 - 49	512 792	262 394	250 398
50 - 54	470 548	236 270	234 278
55 - 59	488 734	238 596	250 138
60 - 64	493 306	229 793	263 513
65 - 69	483 221	212 058	271 163
70 - 74	377 433	156 417	221 016
75 - 79	273 709	105 731	167 978
80 +	337 753	119 338	218 415

Източник: НСИ

Неравномерно е разпределението на мъжете и жените по възраст.

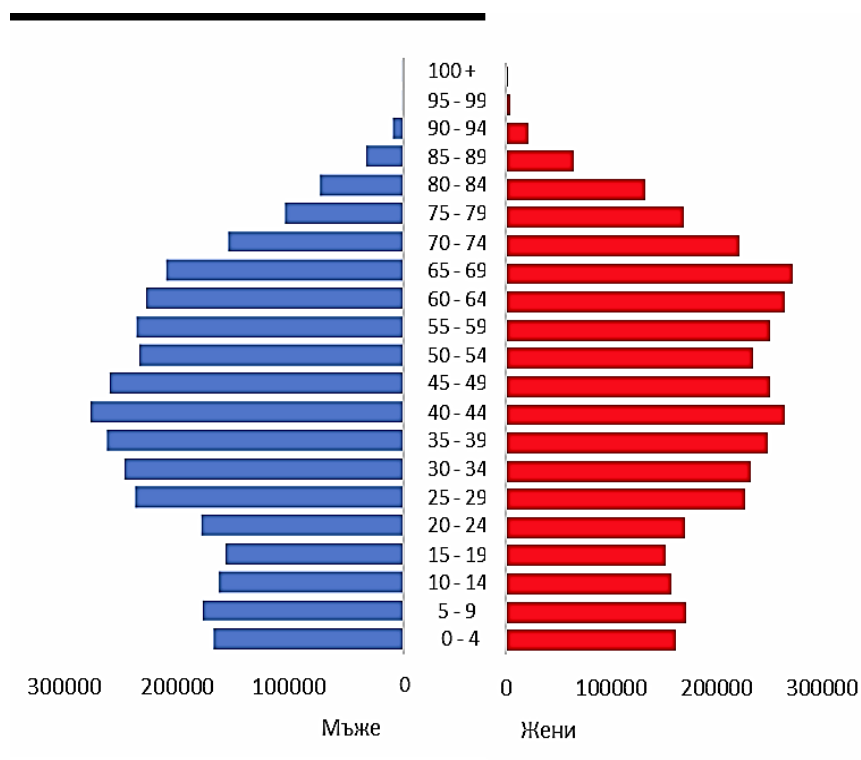
Запазва се тенденцията с нарастване на възрастта да се увеличава броят и относителният дял на жените от общото население на страната. Това води до феминизация на социалните проблеми и предизвикателства в по-високите възрастови групи на населението.

Неравномерно е разпределението на мъжете и жените и по местоживеене.

Половото съотношение, т.е. броят на жените на 1000 мъже в страната е 1059, в градовете – 1076, а в селата -1011.

Това води до многоаспектни проблеми в социалните ролеви отношения – икономически, трудови, професионални, семейни и др.

Фигура 7. Възрастова структура на населението към 31.12.2016 г.



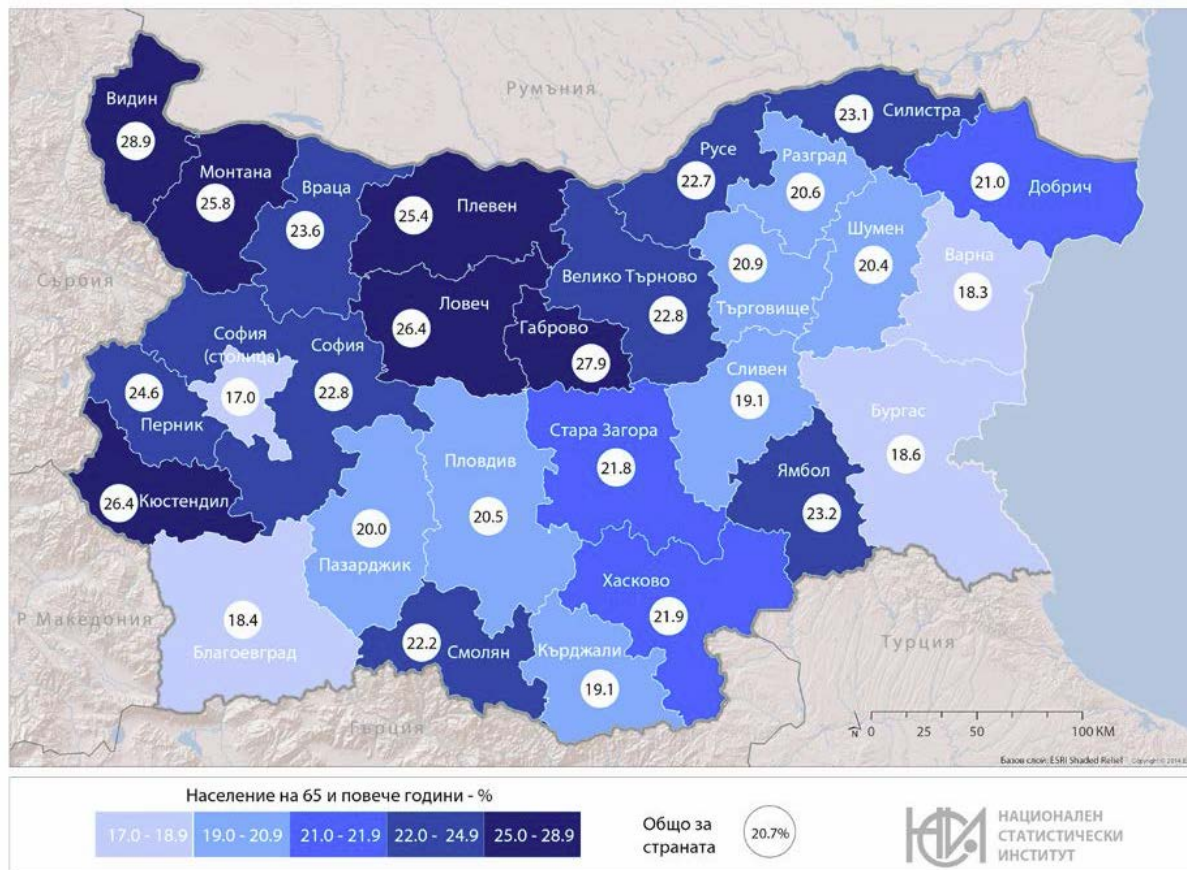
Продължава процесът на застаряване на населението. В края на 2016 г. лицата на 65 и повече навършени години са 1 472 116, или 20.7% от населението на страната. В сравнение с 2015 г. делът на населението в тази възрастова група нараства с 0.3 процентни пункта, а спрямо 2001 г. - с 3.8 процентни пункта.

Процесът на застаряване е по-силно изразен сред жените отколкото сред мъжете. Относителният дял на жените на възраст над 65 години е 24.1%, а на мъжете - 17.2%. Тази разлика се дължи на по-високата смъртност сред мъжете и като следствие от нея - на по-ниската средна продължителност на живота при тях.

В регионален аспект делът на лицата на 65 и повече навършени години е най-висок в областите Видин (28.9%), Габрово (27.9%), Кюстендил и Ловеч - по 26.4%. Общо в осемнадесет области този дял е

над средния за страната. Най-нисък е дялът на възрастното население в областите София (столица) - 17.0%, и Варна - 18.3%.

Фигура 8. Относителен дял на населението на 65 и повече навършени години към 31.12.2016 г. по области



Общо за ЕС-28 относителният дял на населението на 65 и повече навършени години е 19.2%. Най-висок е този дял в Италия (22.0%), следвана от Гърция (21.3%) и Германия (21.1%). Общо в шест страни, включително и България, дялът на възрастното население е над 20.0%.

Към 31.12.2016 г. децата до 15 години в страната са **1 001 019**, или **14.1%** от общия брой на населението, като спрямо 2015 г. този дял се увеличава с 0.1 процентни пункта.

Относителният дял на населението под 15 години е най-висок в областите Сливен - 18.2%, и Бургас - 15.4% от населението на областта. Общо в петнадесет области този дял е под общия за страната, като най-нисък е в областите Габрово - 11.4%, и Смолян - 11.5%.

Делът на най-младото население в ЕС-28 в началото на 2016 г. е 15.6%, като най-нисък е в Германия (13.2%) и Италия (13.7%), а най-висок е в Ирландия (21.9%) и Франция (18.5%).

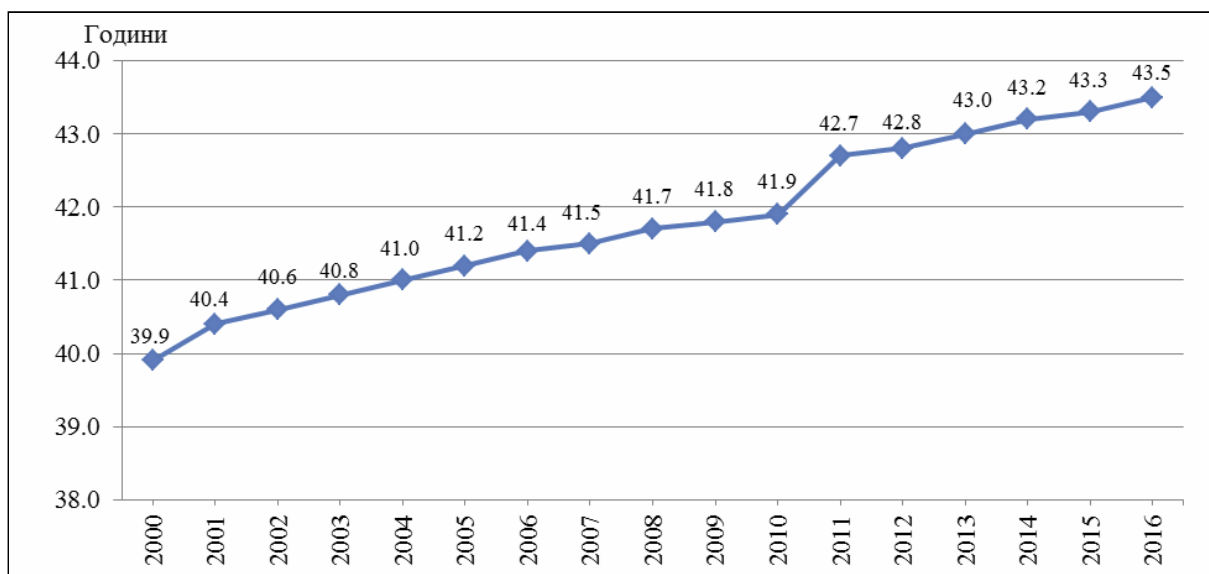
Към 31.12.2016 г. **общият коефициент на възрастова зависимост⁷ в България е 53.4%**, или на всяко лице в зависимите възрасти (под 15 и над 65 години) се падат по-малко от две лица в активна възраст. За сравнение, през 2005 и 2015 г. този коефициент е бил съответно 44.5 и 52.4%.

Това съотношение е по-благоприятно в градовете - 49.0%, отколкото в селата - 67.0%. Общо в двадесет и четири области на страната този показател е над 50.0%, като най-неблагоприятно е съотношението в областите Видин (69.2%), Ловеч (65.7%) и Габрово (64.6%), а най-благоприятно - в областите София (столица) - 45.3%, и Благоевград - 49.0%.

Застаряването на населението води до повишаване на неговата **средна възраст**, която от 40.4 години през 2001 г. нараства на 41.2 години през 2005 г. и достига **43.5 години в края на 2016 година**.

⁷ Коефициентът на възрастова зависимост показва броя на лицата от населението в „зависимите“ възрасти (населението под 15 и на 65 и повече навършени години) на 100 лица от населението в „независимите“ възрасти (от 15 до 64 години). Изчислява се в проценти.

Фигура 9. Средна възраст на населението



Източник: НСИ

Процесът на застаряване на населението се проявява както в селата, така и в градовете, като в градовете средната възраст на населението е 42.5 години, а в селата - 46.2 години.

Наблюдава се трайна тенденция за обезлюдяване на населени места, предимно на селата и то в пограничните райони (северозападна и югоизточна граница). Това представлява сериозен проблем за икономическото развитие, а в бъдеще и за държавното и регионално управление и е индикатор за задълбочаващите се различия между условията на работа и живот в градовете и селата [Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030г.)].

През последното десетилетие настъпват съществени промени във възрастовата структура на населението, повлияни от промените в раждаемостта, смъртността, средната продължителност на живота, миграцията, жизнения стандарт, политическите промени и др. Продължава процесът на демографско остаряване, характеризиращ се с намаляване на броя и дела на населението до 15-годишна възраст и

увеличаване на дела на населението над 65 години – проблем, характерен и за другите страни-членки на ЕС.

След 2000 г. се наблюдава тенденция за намаляване на дела на децата до 15 - годишна възраст, който за 2013 г. е 13.7% от общия брой на населението (996 144 деца) и е по-нисък от същия за ЕС (15.56%). В същото време нараства относителният дял на лицата над 65-годишна възраст, който през 2013 г. достига 19.6% при 19.2% за предходната година. В сравнение със средния показател за Европейския съюз (17.57%), той остава, макар и незначително, по-висок [WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB)]. В 15 области на страната населението на 65 и повече години е повече от 1/5.

Проблемът със застаряването на населението в България и деформираната възрастова структура е изключително важен и значим, тъй като тя ще определя възпроизводството на населението и на работната сила през следващите десетилетия. Нарастващият брой и дял на старите хора (на 65+ г.) поставя и ще поставя сериозни предизвикателства пред социално-осигурителната система, системата за социално подпомагане, здравеопазването, образованието. Прогнозите на ООН предвиждат през 2025 г. делът им сред възрастното население да достигне до 26.2% в Източна Европа. Това поражда необходимостта от изграждане и ефективно функциониране на адекватна мрежа от специализирани институции, както и от оказване на разнообразни социални услуги и медицински грижи [Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030г.)].

3. ОРГАНИЗАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ ПО СПЕЦИАЛНОСТТА „АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ“ В РУСКАТА ФЕДЕРАЦИЯ

Министерството на Здравеопазването на Руската Федерация е приело стандарт за предоставяне на медицинска помощ профил „Акушерство и гинекология“ (с изключение на направление „Репродуктивни технологии“), който регламентира въпросите за предоставяне на медицинска помощ по тази специалност, независимо от формата на собственост на лечбното заведение.

В този стандарт ясно са дефинирани правилата за организация на дейността на женските консултации, които регулират въпросите свързани с организацията на „женско консултиране“. Съгласно тези правила:

- Женските консултации се създават като независими „медицинска организация/звена“ или като структурни единици на ЛЗ за предоставяне на първична медико-санитарна акушеро-гинекологична помощ за жени в амбулаторни условия.
- Ръководството на Женската консултация, създадена като независима медицинска организация, се извършва от лекар.
- Управлението на Женската консултация, създадено в структурата на ЛЗ се осъществява от завеждащия.
- Структурата и персонала на Женската консултация се определят в зависимост от обема на предоставяната помощ и броя на обслужваното население, като се вземат предвид действащите разпоредби в стандарта за предоставяне на медицинска помощ по специалността "акушерство и гинекология".
- Оборудването на Женската консултация се извършва в съответствие със стандарта за оборудването съгласно стандарта за

предоставяне на медицинска помощ по специалността "акушерство и гинекология."

- На длъжността ръководител на Женската консултация се назначава: лекар-акушер-гинеколог, специалист, отговарящ на изискванията за квалификация за специалисти с висше и следдипломно медицинско и фармацевтично образование,
- На длъжността лекар в женска консултация се назначават специалисти, отговарящи на изисквания за квалификация и следдипломно медицинско и професионално и фармацевтичното образование в областта на здравеопазването.
- Медицински специалисти със средно медицинско образование и съответната квалификация за осъществяване на консултирането на жените.
- С цел оказване на първична медико-санитарна акушеро-гинекологична помощ на жени, услуги по опазване и укрепване на репродуктивното здраве, профилактика на абортите, също така профилактика, диагностика и лечение на гинекологични заболявания Женската консултация осъществява следните функции:
 - ✓ Диспансерно наблюдение на бременни жени, в това число обхват на рисковите бременности с ранно откриване и предотвратяване на усложненията в родовия и послеродовия период;
 - ✓ Насочване на бременните жени в ЛЗ за осъществяване на пренатална диагностика, с цел откриване на хромозомни нарушения и вродени аномалии на плода;
 - ✓ Идентификация и насочване при медицински показания на бременни жени, родилки, жени с гинекологични заболявания в ЛЗ за специализирана медицинска грижа, в това число ВСД;

- ✓ Физическа и психо-профилактична подготовка на бременни жени за раждане, включително подготовката на семейството за раждането и обгрижването на детето;
- ✓ Провеждане на патронаж за бременни жени и родилки;
- ✓ Консултиране и оказване на помощ за опазване и укрепване на репродуктивното здраве, използването на съвременни методи за предотвратяване на абортите и подготовка за бременност и раждане;
- ✓ Организиране и провеждане на превантивни прегледи на женското население за рано откриването на гинекологични и онкологични заболявания, патологията на млечните жлези и др.;
- ✓ Изследване и лечение на бременни жени и пациенти с гинекологични заболявания, с използване на съвременни медицински технологии, включително в амбулаторни условия и дневен стационар;
- ✓ Диспансерно наблюдение на пациенти, включително момичета;
- ✓ Установяване на медицински показания и препращане за лечение в санаториум и балнеологични центрове на бременни жени и жени, включително момичета, с гинекологични заболявания;
- ✓ Прекъсване на бременността в ранен период, както и прилагането на малки гинекологични интервенции, използващи съвременни медицински технологии (хистероскопия, лазер, криохирургия);
- ✓ Осигуряване на взаимодействие при преглед и лечение на бременни жени, родилки, гинекологично болни пациенти, между женските консултации и други лечебни заведения

(медико-генетични центрове кожно-венерически, онкологични, психо-неврологични, наркологични, противотуберкулозни диспансери), Фонд за задължително здравно осигуряване, застрахователни дружества, териториални органи на фонд "Социално осигуряване" на Руската федерация;

- ✓ Провеждане на клиничко-експертни оценки за качеството на оказаната медицинска помощ на жените, на бременните, на жените в послеродовия период и ефективността на лечебните и диагностичните мероприятия;
- ✓ Провеждане на експертиза по повод на временната нетрудоспособност на бременни, родилки, жени с гинекологични заболявания, след интервенции и др., издаване на болнични листове, направления към специалисти; трудоустрояване и прехвърляне на друго работно място заради здравословни причини; сезиране на съответната установената процедура за медицинска и социална експертиза при жени с признаци на персистираща инвалидност и др.;
- ✓ Оказване на адекватна психологическа, юридическа и медико – социална помощ на жените и техните семейства въз основа на индивидуален подход и с отчитане на особеностите на личността;
- ✓ Провеждане на консултации за психологическа и социална подкрепа за жените обръщащи се за помощ при прекъсването на нежелана бременност;
- ✓ Социална и психологическа помощ за малолетни и непълнолетни, насочена към запазването и укрепване на репродуктивното здраве, подготовка за семеен живот, ориентация към създаване на здраво семейство;

- ✓ Медико-психологическа и социална подкрепа на жени-инвалиди, в това число и жени с репродуктивни проблеми;
- ✓ Повишаване на квалификацията на лекари и медицински специалисти;
- ✓ Въвеждане в практиката на съвременните диагностични и лечебни технологии, нови организационни форми на работа, средства за профилактика и рехабилитация на пациенти;
- ✓ Профилактика на инфекциозни заболявания и превенция на епидемии;
- ✓ Предприемане на мерки за информираност и подобряването на санитарната култура на населението по различни аспекти на здравословния начин на живот, отговорното/позитивно родителство, опазването и репродуктивното здраве на жените, превенцията на вродените и наследствените аномалии при децата, превенция на абортите, превенция на инфекциите, предавани по полов път , включително HIV инфекция;
- ✓ Анализ на ефективността на женското консултиране, ефективност и качество на медицинската помощ, разработване на предложения за подобряване на качеството на акушеро-гинекологичната помощ.

Основните критерии за качество в работата на женските консултации са:

- Ранната регистрация на бременните за отчет и наблюдение;
- Дял на жените продължили бременността след като са се обърнали за прекратяване на бременност;
- Честотата на спонтанните аборти и неспонтанните аборти;
- Липса на майчината смъртност;

- Честотата на перинаталната и неонаталната смъртност на плода;
- Отсъствие на вродени аномалии, които не са били открити по време на бременността;
- Своевременното/несвоевременното насочване към специализирани ЛЗ на случаите с хипертония и други усложнения от бременността;

Женската консултация може да се използва като клинична база за обучение на учебните заведения и база за повишаване на компетенциите на специалистите, също така база за изследвания на научните дружества;

Препоръчителна структура на женската консултация:

- Регистратура;
- Кабинетът на лекар-акушер-гинеколог;
- Кабинети за специализиран помощ:
 - спонтанен аборт;
 - гинекологична ендокринология;
 - патология на шийката на матката;
 - запазване и възстановяване на репродуктивната функция;
 - деца и юноши;
 - функционална диагностика;
 - ултразвукова диагностика;
- Кабинети на специалисти:
 - Терапевт;
 - Стоматолог;
 - Офталмолог;
 - Лекар-психотерапевт (медицински психолог или психолог);

- Юрист;
- Специалист социални дейности;
- ЛФК;
- Психо-превантивна подготовка на бременни жени за раждане;
- Ранното откриване на заболявания на млечните жлези;
- Кабинет за патронажна грижа;
- Други звена: малка операционна зала, клинично диагностична лаборатория, дневен стационар; манипулационна; физиотерапия; рентген/мамограф; стерилизационна;

Ред за предоставяне на медицинска помощ на жени по време на бременност

Медицинската помощ за жени по време на бременност се предоставя в рамките на първичната медико–социална помощ, в специализираната здравна помощ, включително спешна специализирана медицинска помощ в здравните заведения, които имат лиценз за извършване на медицинска дейност в сферата акушерството и гинекологията (с изключение на използването на технологии за асистирана репродукция).

Оказването на медицинска помощ на жени по време на бременност включва два основни етапа:

- Амбулаторен, извършва се от акушер-гинеколози, а при отсъствието им и при физиологично протичане на бременността – от общопрактикуващи лекари (семеини лекари), и медицински специалисти персонал във фелдшеро – акушерските служби (като в случаите, на възникване на усложнения по време на бременността задължително трябва да

се осигури и обезпечи консултация с лекар-акушер-гинеколог или специалист при възникване на придружаваща заболяване).

- Стационарен, осъществява се в отделите за патологична бременността (при усложнения на бременността) или специализирани отделения (при възникване на придружаващи заболявания) на лечебните заведения.

Предоставянето на медицинска помощ на жени по време на бременност се извършва в съответствие с настоящата процедура и въз основа на „маршрутни листове“, като се вземе предвид произхода на усложненията по време на бременност, включително и при възникнали съпътстващи заболявания.

В случай на физиологично протичаща бременност наблюдението на бременните жени се извършва от:

- Лекар, акушер-гинеколог - най-малко седем пъти по време на бременността;
- Лекар, терапевт - поне два пъти;
- Стоматолог - поне два пъти;
- ОРЛ, офталмолог - поне веднъж (не по-късно от 7-10 дни след първоначалното постъпване на жената в женските консултации);
- И други специалисти - според указанията, като се има предвид съпътстващата патология.

Скрининг с ултразвук (УЗИ) се извършва три пъти по време на бременността: 11-14 седмици, 18-21 седмици и 30-34 седмици.

- В 11-14 седмица от бременността, бременната жена се насочва в лечебно заведение, извършващо високо специализирана пренатална диагностика от специалисти притежаващи необходимата специалност за наблюдение на нарушения в развитието на плода. Изследват се „серумни маркери“ (свързан

с бременността плазмен протеин А (RAPP-A), hCG), с последващ комплекс от изследвания за преценка на индивидуалния риск от раждане на дете с хромозомна патология.

- През 18-21 гестационна седмици, бременната жена се насочва в специализирано лечебно, което извършва пренатална диагностика с ултразвук с цел установяване на късна проява на вродени аномалии във феталното развитие.
- През 30-34 седмици, ултразвуковото изследване се извършва на мястото на наблюдение на бременната жена.

При установяване на бременност с висок риск от хромозомни аномалии в плода (индивидуален риск от 1/100 и повече) през първия триместър на бременността и/или откриване на вродени аномалии (малформации) при плода в I, II и III триместър на бременността, бременната се изпраща за консултация в звено по медицинската генетика за консултиране и отхвърляне или потвърждаване на използване на пренатална диагноза.

При пренатално диагностицирани вродени аномалии (малформации) на плода се провежда консултация с лекари специалисти, акушер-гинеколог, неонатолог, детски хирург и детски кардиолог. Ако с приключването на консултацията се установи, че е възможна хирургическа корекция в неонаталния период, бременната се изпраща за родоразрешение в специализирани акушеро-гинекологични болници имащи отделения за интензивно лечение за новородени.

При наличие на вродени аномалии (малформации) на плода, изискващи специализирани, включително високотехнологични медицински грижи за плода или новороденото в перинаталния период, се създава консилиум от лекари - акушер-гинеколог, ултразвуков диагностик, генетик, неонатолог, лекар -детска кардиология и детски

хирург. Ако консилиума установи, че не е възможно да се осигури необходимата медицинска помощ на територията на Руската федерация, бременна жена се изпраща в лечебно заведение притежаващо нужния лиценз за предоставянето на вида специализирана медицинска помощ.

Основната задача на диспансерното наблюдение на жените по време на бременност е предотвратяване и ранна диагностика на възможни усложнения при бременност, раждане, след родилен период и патология на новородените. Бременните жени, при които съществува риск от усложнения се регистрират „на отчет“ с заключение на лекари – специалисти не по-късно от 11-12 седмица. Крайното заключение за степента на риска и предвид състоянието на бременната жена и плода се прави от акушер - гинеколог преди 22-та седмица от бременността.

Преди изписването на родилката от ЛЗ се препоръчва ултразвуково изследване на тазовите органи.

При изписването на родилката, лекуващият лекар дава обяснения и препоръки за ползите и продължителност на кърменето (от 6 месеца до 2 години от раждането на детето).

След като бъде изписана от ЛЗ освободена майката се изпраща към женската консултация в мястото на пребиваване за проследяване на протичането на следродилния период.

4. МЕДИЦИНСКО ОБСЛУЖВАНЕ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ И СЛЕД РАЖДАНЕ В ГЕРМАНИЯ

Насоките на Съвместния федерален комитет за медицинско обслужване по време на бременност и след раждането на детето служат за осигуряване на адекватна медицинска и икономическа помощ на осигурените лица през периода на бременност след раждане и са в

съответствие с правилата за добра медицинска практика, като се вземат предвид общоприетите медицински стандарти.

Медицинските грижи по време на бременността и след раждането са предназначени да предотвратяват възможни опасности за живота и здравето на майката или детето и да откриват своевременно здравни проблеми както и да им дават решение. Насоките също така включват регионални услуги за подкрепа на родители и деца (например "Ранна помощ"). Основната цел на медицинската пренатална грижа е ранното откриване на високорискови бременности и високорискови раждания.

Лекарите, специалистите по здравни грижи, акушерките и лечебните заведения работят заедно, за да предоставят необходимата информация за размера и обхвата на предоставяната медицинската помощ по време на бременността и след раждането, съобразени с развитието на медицинската наука.

Лекарите, които вземат участие в наблюдението на бременните и по време на бременността и след раждането трябва да спазват определени указания, за да осигурят на здравно осигурените лица и на техните близки адекватна и достатъчна медицинска помощ по време на бременността и след раждане, като същевременно се избягват ненужните разходи за медицински услуги.

Използват се само мерки, чиято диагностична и превантивна стойност е адекватно гарантирана.

Медицинските грижи, които се предприемат за наблюдение на здравословното състояние на бременните или новородените, в женските консултации, освен ако не представляват медицинско лечение по смисъла на действащата в страната нормативна уредба, включват следните видове грижа:

А. Изследвания и консултиране по време на бременност

- В. Ранното откриване и специален мониторинг на рисковите бременности - амниоскопични и кардиотокографски изследвания, ултразвукова диагностика, амниоцентеза и др.
- С. Серологични тестове за инфекции. Изследвания за кръвни групи по време на бременност.
- Д. Консултации на жените
- Е. Предписания на лекарства и др.

Изследвания, консултации и други мерки по време на бременност

Бременната жена трябва да бъде, изследвана, консултирана и съветвана адекватно и в пълен обем. Консултирането трябва да обхваща и рисковете от заразяване с ХИВ или СПИН. На всяка бременна жена трябва да се препоръча да направи тест за антитела срещу HIV, тъй като вероятността от предаване на ХИВ на детето може да бъде значително намалена чрез ефективни терапевтични навременни мерки. Процедурата по теста изисква информираното съгласие на бременните жени. За да се помогне жените да се информират за това изследване, се използва листовка, озаглавена "Аз съм бременна. Защо на всички бременни трябва да бъдат предложени тест за ХИВ?" (Вижте пример 3)

В допълнение бременните жени трябва да бъдат информирани и консултирани за ваксината срещу сезонния грип. За здрави бременни жени тази ваксина трябва да се препоръчва от второто тримесечие нататък, бременни жени с повишен риск за здравето в резултат на първично заболяване още през първия триместър.

По време на бременността жените се информират по подходящ начин за важността на оралното здраве, собственото им и на детето.

В консултацията са включени и препоръки за храненето на бременната, като мярка за насърчаване на доброто здравословно

състояние. По-специално се обръща внимание за необходим достатъчен прием на йод (по правило е необходим допълнителен прием от 100 до 200 µg йодид на ден). Посочва се връзката между рисковете от неправилна диета и влошаването на състоянието на зъбите/кариес.

Бременните жени се информират за техните юридически права, консултират ги по общи социални въпроси относно бременността и техните трудови правоотношения, съгласно § 2 от Закона за конфликти по време на бременността (SchKG).

Първият преглед след откриването на бременността трябва да се проведе възможно най-рано. Той включва:

- a) семейната анамнеза;
личната история;
историята на бременността;
работата и социалната анамнеза;
- b) общия преглед, гинекологичен преглед, включително преглед за инфекция с генитален *Chlamydia trachomatis*. Анализът се провежда върху проба от урина чрез тест за усилване на нуклеинова киселина (NAT). За да се поддържа изискването за икономическа ефективност, тестът може да се проведе в процедура за обединяване, при която проби от до пет пациенти се тестват заедно. Могат да се използват само тестови комплекти, които са подходящи за използване в процедурата за обединяване. Надеждността на изпитванията в процедурата за обединяване трябва да бъде гарантирана в лабораториите чрез подходящи мерки за осигуряване на качеството.

Други диагностични мерки, които включват:

- измерване на кръвното налягане,
- определяне на телесното тегло,
- изследване за захар, протеини, седименти в урината и др.

- хемоглобин.

Ако има индикации за генетичен риск в контекста на грижите за майчинство, лекарят информира бременните жени за възможностите за генетично консултиране и / или за генетично изследване.

Изследванията се повтарят всеки 4 седмици или в зависимост от семейната анамнеза, а през последните 2 месеца от бременността – през седмица.

След като бъде установена бременност, и се уведоми осигурителната институция, лекар или акушерка издава на бременната майка „Паспорт“, освен ако вече няма паспорт от този тип.

В този паспорт се регистрират резултатите от прегледите и изследванията в рамките на проследяването на бременността. Оказаната медицинската помощ по време на бременността, също и по време на раждането. Допълнителни резултати, свързани с бременността, резултати от специализирани изследвания трябва да бъдат въведени в регистъра на бременните, или спазвайки специални указания (изследване за сифилис, както и изследване за ХИВ).

В паспорта се отразяват също резултатите от кръвната група, серологични изследвания, които наблюдаващия специалист държи да бъдат отразени с цел предотвратяване на риск за бременната и детето, за да са на разположение на всеки друг лекар или специалист по здравни грижи, и за които бременната жена е информирана.

При създаването на друг паспорт констатираните данните трябва да бъдат прехвърлени в новия паспорт. Правилността на трансфера трябва да бъде гарантирана от лекар.

Ако има индикации за генетичен риск в контекста на майчината и детска грижа, се изисква бременните да бъдат консултирани за възможните усложнения и да бъдат насочени към лекари специалисти.

На всеки 4 седмици се провежда:

- ✓ Контрол на състоянието на матката,
- ✓ Контрол на сърдечната дейност на детето,
- ✓ Определяне на положението на детето.

През последните два месеца консултациите се провеждат през седмица.

По време на бременност на бременните се извършва ултразвуков скрининг:

- ✓ 8 до 11 седмици (1-ви скрининг)
- ✓ 18 до 21 (2-ри скрининг)
- ✓ 28 до 31 (3-ти скрининг)

Ултразвуковият скрининг се използва за наблюдение и нормално протичане на бременността и особено с цел:

- ✓ точното определяне на гестационната възраст,
- ✓ контрол на соматичното развитие на плода,
- ✓ намиране на забележими фетални отклонения,
- ✓ ранното откриване на многоплодни бременности,

Преди извършването на първия ултразвуков скрининг, бременната жена се информира за целите, съдържанието и ограниченията на това изследване, както и за възможните последици от изследването.

Съдържанието на скрининга е посочено в специална листовка, чрез която се разяснява на бременната за необходимостта и ползите от това изследване през съответните периоди на скрининга.

Най-важната информация в тази листовка:

- ✓ По време на бременност имате право на три основни ултразвукови прегледи, ако имате здравно осигуряване по закон.
- ✓ Основните ултразвукови изследвания трябва да спомогнат, за да се прецени дали бременността и развитието на детето са нормални.

- ✓ Не са известни директни нежелани ефекти или рискове от самия ултразвуков преглед при бременни или неродени деца.
- ✓ Ултразвукът може също да диагностицира аномалии и може да изисква трудни решения.
- ✓ Лекарите са задължени да ви информират за предимствата и недостатъците преди извършването на ултразвуковото изследване.
- ✓ Можете да откажете да направите ултразвукови прегледи.

Разяснява се на бременните жени:

Какво представлява ултразвуково изследване?

Кои са основните ултразвукови прегледи по време на бременност?

Ако жената е здравно осигурена и не е изложена на риск по време на бременност, ще ѝ бъдат предложени три основни ултразвукови изследвания. Те предоставят основна информация за бременността. И трите ултразвука дават данни за:

- развива ли се детето според възрастта,
- има ли данни за нарушения в развитието.

Освен това в отделните етапи от бременността се изследват:

1. Основен ултразвуков преглед - 9-та до 12-та седмица от бременността: Първият основен ултразвук се използва главно за потвърждаване на бременността. Проучва се дали е налице имплантация.

При първия ултразвук може да се измери дължината на тялото или диаметъра на главата. Резултатите помагат да се оцени седмицата на бременността и очакваната дата на раждане. Гинекологът или акушерката също така проверява дали сърдечната дейност е налична и дали е многоплодна бременност.

2-ри основен ултразвуков преглед - 19-та до 22-ра седмица на бременността.

За втория ултразвук бременната може да избира между две алтернативи за откриване на аномалии:

а) "Основен ултразвуков преглед"

б) "Удължен основен ултразвуков преглед"

Трети основен ултразвуков преглед - 29-та до 32-та седмица на бременността. Третият основен ултразвук измерва главата, корема и бедрената кост. Позицията на детето и сърцето му също се контролират.

Ако ултразвукът показва аномалии или води до неясни резултати, те могат да бъдат изяснени чрез допълнителни изследвания.

Какво не установява основния ултразвуков преглед?

Ако има някакви специални медицински причини, задължителните здравноосигурителни дружества ще извършват и допълнителни ултразвукови изследвания. Например, така нареченият органен ултразвук, от специализирани гинеколози и той не е част от основния ултразвук. Може да е полезно, например, ако една бременност се счита за рискова бременност или ако други изследвания са довели до неясни резултати. Финият ултразвук е възможен дори и без медицинска обосновка.

Изследванията, които търсят специално индикации за генетично определени аномалии, са предмет на Закона за диагностика на гени.

Дори при основен ултразвук могат да се открият аномалии на плода, което може да има различни, също генетични причини. Вашият лекар ще трябва да Ви предложи и специална консултация.

Колко надеждни са резултатите от основния ултразвук?

Някои нарушения на развитието на детето се откриват директно в основен ултразвук. За други здравословни проблеми или малформации, прегледът дава само доказателства за аномалии. Други проблеми и нарушения в развитието не могат да бъдат открити с ултразвуков преглед.

Може ли ултразвук също да бъде вреден?

Звуковите вълни, използвани при основните ултразвукови изследвания, не вредят нито на бременната, нито на детето.

От друга страна, ултразвуково изследване може да създаде впечатлението, че нероденото дете се развива нормално, въпреки че има здравословни проблеми. Тогава бъдещите родители погрешно приемат, че детето им е здраво. Ако след раждането има сериозни здравословни проблеми или малформации, и те са напълно неочаквани, то могат да изпаднат в шок.

Жените имат право да се откажат от всички индивидуални ултразвукови изследвания по време на бременност. Може само да искат да разберат дали дете им се развива според възрастта, но не и ако има малформации. В този случай, лекарят ги призовава да потвърдят решението си, като подпишат декларация. По този начин се освобождава от отговорност лекаря и акушерката да информират бременната и в никакъв случай те не могат да бъде подведени под отговорност в следствие.

Какво представлява основният ултразвуков преглед?

Разходите за всички основни ултразвукови прегледи, описани тук, са покрити от задължителната здравна осигуровка. През всеки триместър на бременността жените имат право на основен ултразвуков преглед. Във втория триместър това може да се извърши или като основен ултразвуков преглед, или като разширен основен ултразвуков преглед.

Къде мога да намерят повече информация?

Ако имат въпроси относно бременността и раждането, жените могат да се свържете с консултативен център за бременни. Дейностите по консултиране включват и проследяването и изследванията по време на бременността. Консултацията обикновено е безплатна.

Центрове за консултиране, които могат да помогнат на бъдещите родители с изясняване на въпроси относно бременността и раждането - Адреси и други информация могат да бъдат намерени на интернет страницата на Федералния център за здравно образование (BZgA) www.familienplanung.de. Там се намират и адреси на консултантски центрове във всеки район.

Всяка бременна жена, получава възможността за скрининг за гестационен диабет. За да се информират жените за този скрининг се използва листовка, озаглавена "Аз съм бременна. Защо всички бременни жени трябва да направят тест за диабет по време на бременност?". Тази информация се дава на бременната жена рано, за да вземе информирано решение, дори и в случай на възможни отклонения - възможности за лечение.

На всички бременни предлагат тест за ХИВ.

Най-важната информация, която се получава от предварително подготвени за целта листовки е:

- ✓ ХИВ може да се предава на детето по време на бременност, при раждане и по-късно през майчиното мляко.
- ✓ Ранното откриване на ХИВ инфекцията е важно. С навременното лечение има много добра перспектива за предотвратяване на инфекцията на детето. Но дори и ако се открие зараза по-късно през бременността, лечението все още може да защити детето.
- ✓ Анонимен тест за ХИВ е възможен.
- ✓ Бременните имат право на тест за ХИВ. Разбира се, имат право и да откажат тест за ХИВ.

Какво представлява ХИВ?

Вирусът заразява клетките на защитната система на организма и ги унищожава. Повечето хора с ХИВ години наред имат малък

дискомфорт. Въпреки това, ако вирусът значително отслаби имунната система, възникват сериозни заболявания.

Ако имам ХИВ, как мога да защита детето си?

1. Вие приемате лекарства, които се борят с ХИВ по време на бременност. При успешно лечение въздействието на вирусите намалява толкова много, че те вече не се откриват в кръвта.

2. Видът на раждането се коригира: Ако лечението е успешно, е възможно нормално раждане. Ако не приемате никакви лекарства или не работите правилно, цезарово сечение може да намали риска от предаване.

3. Вие трябва да се въздържате от кърменето на бебето след раждането. Кърмата ви може да съдържа HIV, както и остатъци от лекарството. Адаптираното мляко е безопасна алтернатива.

4. Детето се лекува след раждането.

HIV инфекцията е възможна и по време на бременност. При сексуални контакти.

За повечето жени тестът за ХИВ е само един от многото тестове по време на бременност. Изборът на тест за ХИВ обаче не винаги е лесен и може да предизвика страхове. Времето за изчакване до резултата от теста може да се окаже стрес. Ако имат притеснения бременните могат да говорят с техния лекуващ лекар или специализиран персонал в консултантските центрове - ако желаят, анонимно.

Кой ще научи резултата от теста?

Лекарят съобщава резултата от теста в конфиденциално интервю. Работодателите или други организации не се информират за резултата.

Само бременната решава кой ще научи за теста и неговия резултат. Резултатът от проверката не се документира в майчиния паспорт.

ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

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 уовен 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 здравни специалисти.

Техническа единица на наблюдението е веб 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 веб 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 здравни специалисти – 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 (χ^2);

4. Сравняване на резултатите чрез тестове на Ман-Уитни и Кръскал-Уолис;
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.

ГЛАВА ТРЕТА. 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 15). 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.

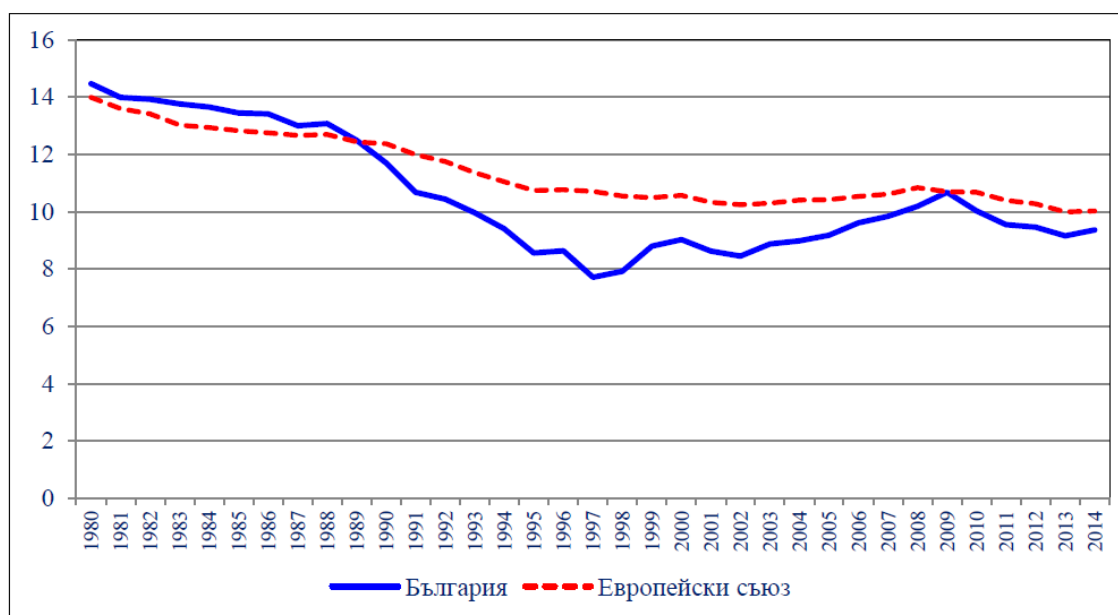
Раждаемостта в градовете намалява и през 2015 г. е 9.4‰, в селата също намалява – 8.5‰. По-високата раждаемост в градовете се определя от по-младата възрастова структура на населението.

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 10. 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

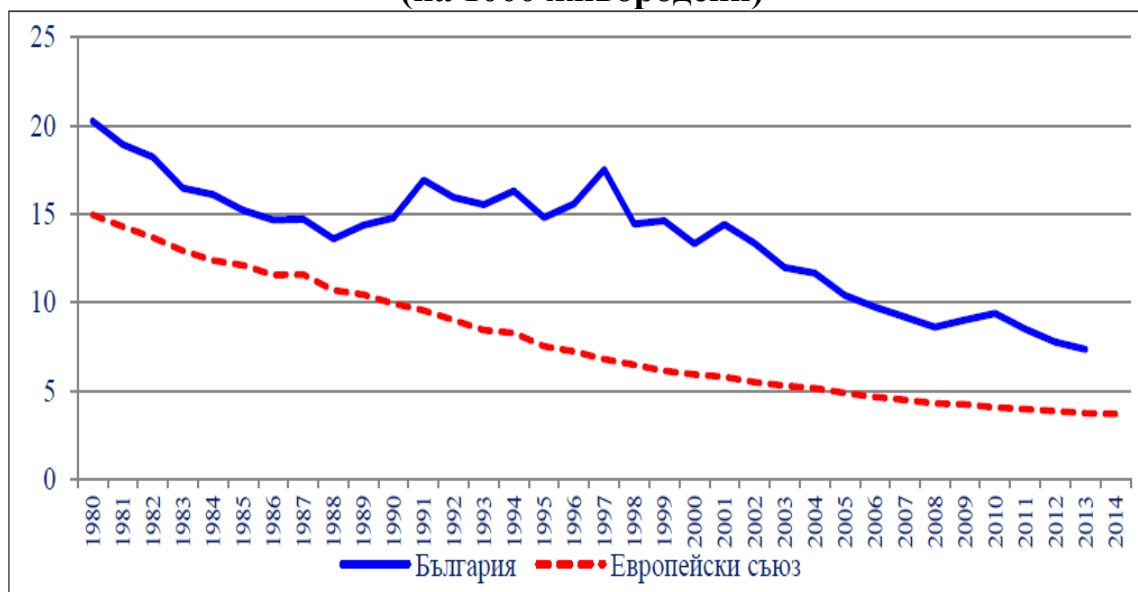
Детската смъртност в страната намалява, като достигнатото равнище на детската смъртност през 2015 г. е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България (Фигура 16). През 2015 г. в страната са умрели 434 деца на възраст до 1 г. (517 за 2014 г.), като коефициентът на детската смъртност 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‰).

Фигура 11. 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 *умиранията 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 умирания на деца до 1-годишна възраст. Не се наблюдава съществена разлика в структурата на умиранията 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 13 е представена динамиката в броя на общопрактикуващите лекари за периода 2010 – 2016г.

Таблица 13. 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
Общо за страната	4761	4697	4900	4572	4525	4433	4407	4886
Северозападен	605	600	594	589	580	561	551	573
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
Северен централен	486	470	536	447	443	431	425	550
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
Североизточен	644	635	642	598	604	604	588	644
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
Югоизточен	680	654	703	689	641	625	669	735
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
Югозападен	1412	1393	1420	1358	1371	1341	1325	1421
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
Южен централен	934	945	1005	891	886	871	849	963
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

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).

- **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 жените⁸. 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.

⁸ 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;

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.

Децата 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 14 е представена динамиката в броя на педиатрите за периода 2010 – 2016г, както и необходимия минимален брой педиатри според Националната здравна карта на РБ.

Таблица 14. 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
Общо за страната	1425	1423	1426	1448	1459	1420	1467	1273
Северозападен	159	164	166	167	167	162	157	137
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
Северен централен	157	153	156	157	152	145	147	148
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
Североизточен	221	220	215	207	207	195	208	171
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
Югоизточен	175	172	178	184	190	201	214	189
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
Югозападен	403	398	387	421	415	399	407	383
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
Южен централен	288	293	295	282	303	295	313	245
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 бележите 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.

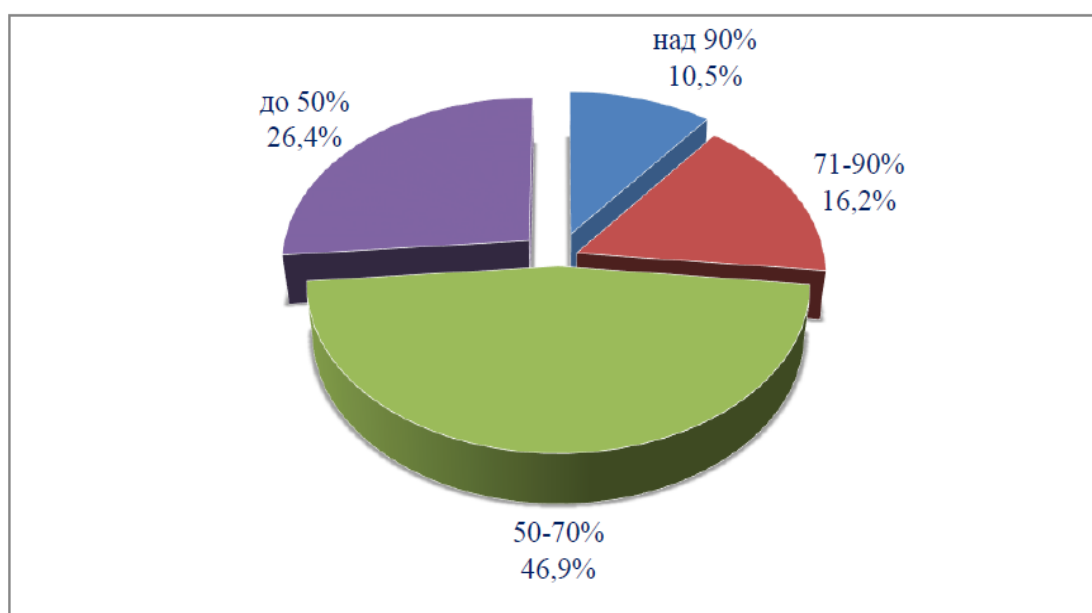
- **Липса на интегриран медико-социален подход при обслужване на деца с хронични заболявания/увреждания**

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.). 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 13).

Фигура 13. Структура на децата, първично определени с вид и степен на увреждане до 16 годишна възраст, по тежест - за 2015 г.



Източник: НЦОЗА

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.) Тази структура с някои изключения се запазва през годините.

Таблица 15. 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	%	брой	%	брой	%	брой	%	брой	на 1000 население до 16 г.
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 организираните 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 16). С наднормена телесна маса са 2.0% от децата, а 1.2% от децата изостават във физическото си развитие по показателя ръст.

Таблица 16. 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 ($X + 2S$)
Ръст	203363	19220	2752	2609
Телесна маса	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 17). Очертава се тенденция за намаляване броя на децата със здравословни проблеми, в сравнение с 2013 (78‰), 2012 г. (87‰) и 2011 г. (93‰).

Таблица 17. Моментна болестност при деца 0-6 г.

Заболявания и аномалии	Ши-фър	Общо деца	В това число	
			0-3 г.	4-6 г.
а	б	1	2	3
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
Открити заболявания - всичко	42	15 795	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 18). 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 18. 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 19). 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 19. 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 20.).

Таблица 20. 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 актуализране 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.

Вродени малформации

Родените деца с вродени аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации са 164,2 на сто хиляди. Именно поради това значимостта на пренаталната диагностика за намаляване на детската смъртност е голяма. През 2011 г. са извършени 21 870 биохимични скрининга при бременни жени за синдром на Даун и още пет хромозомни болести, дефекти на коремната стена и невралната тръба. Установени са 1 145 отклонения в резултатите, наложили пренатална ДНК диагностика и 61 бременности с вродена тежка патология на плода. За осигуряване на своєвременна и точна пренатална диагностика е наложително наличието на високо-технологична ехографска апаратура. В момента достъпът на бременните жени до такава апаратура е силно ограничен, както поради недостатъчния брой налични апарати, така и поради липса на достатъчно квалифицирани

специалисти, които да работят с нея. Чрез осигуряване на високо-технологична ехографска апаратура и обучение на специалисти за работа с нея следва да се гарантира ефективност на пренаталната диагностика и осигуряване на достъп до изследвания за фетална морфология за всички бременни жени. С това ще се гарантира в системен мащаб гарантиране на ефективността от въведения биохимичен скрининг на бременните жени. Като резултат ще се позволи ранно откриване на различни вродени аномалии на плода, диагностициране на евентуални хромозомни или структурни аномалии, с което се създават условия за тяхното намаляване.

Детска церебрална парализа (ДЦП)

Честотата на ДЦП е 2-2,6/1000 живородени деца. Децата родени с пре- и перинатална патология следва да се насочват за ранна диагностика към специализирани лечебни заведения, където диагностиката се осъществява от екип от специалисти, който изработва и провежда програма за цялостна диагностика, лечение и комплексна медико-педагогическа рехабилитация, контролира провеждането ѝ, обучава родителите и ги включва в рехабилитационния екип.

Към момента у нас има само едно специализирано лечебно заведение за лечение на деца с ДЦП – СБДПЛРДДЦП „Св. София” в гр. София. Рехабилитационно лечение на деца с ДЦП се осигурява и в Специализираната болница за рехабилитация град Котел, Специализирана болница за рехабилитация – Момин проход, както и в отделенията по физиотерапия и рехабилитация в областните многопрофилни болници за активно лечение.

Поради липсата на достатъчно обучени специалисти, особено в областта на кинезитерапия, рехабилитация и специална педагогика, както и недостатъчно и морално остаряло оборудване на лечебните

заведения, ангажиращи се с рехабилитацията на тези деца, голяма част от децата са лишени на практика от осигуряване на качествено съвременно лечение. Към това се добавя и затруднения достъп на децата, живеещи в малките населени места, на чиито родители се налага пътуване и продължително отсъствие от работа, за да осигурят престой в специализирано лечебно заведение за децата си. Необходими са интервенции по оборудване и обзавеждане на по-голям брой специализирани центрове, в които да се осигури достъп на децата с ДЦП до качествена медико-психологическа рехабилитация, както и обучение на специалистите по прилагане на съвременните методи на лечение.

Липса на алтернативна грижа за деца, които се възстановяват след лечение на онкохематологично заболяване

В България ежегодно се разболяват между 150 до 200 деца от 0 до 18 годишна възраст. След процеса на лечение на децата и родителите се нуждаят от специализирана помощ за рехабилитация и социална реинтеграция.

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 супа 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.

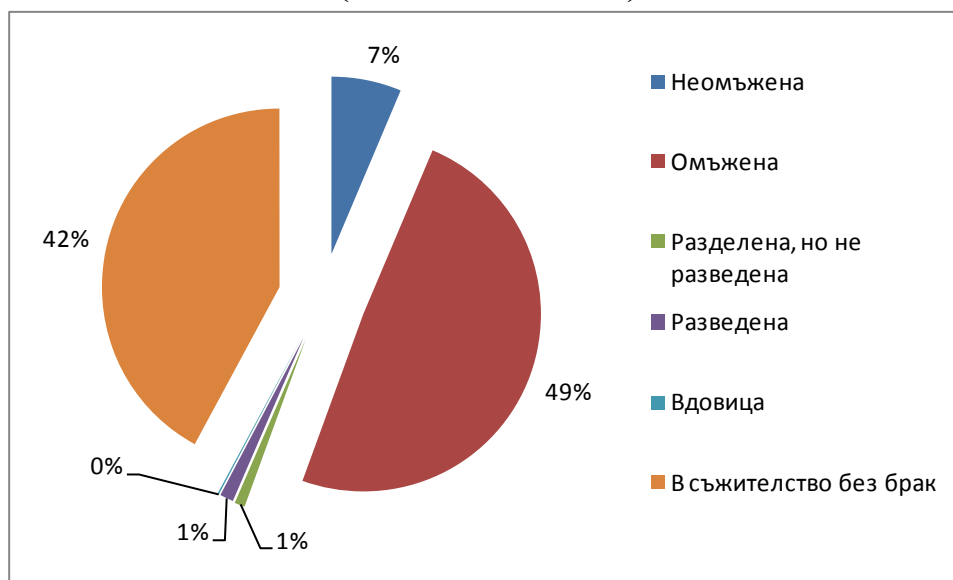
Липсата на тази услуга води до не удовлетворяване на съществуващата обществена потребност от промотивни, профилактични и превантивни дейности по опазване на здравето и благосъстоянието на майките и децата и насърчаване на ранното детско развитие, както и на особено необходимия интегриран социално-медицински 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 делът на живеещите в

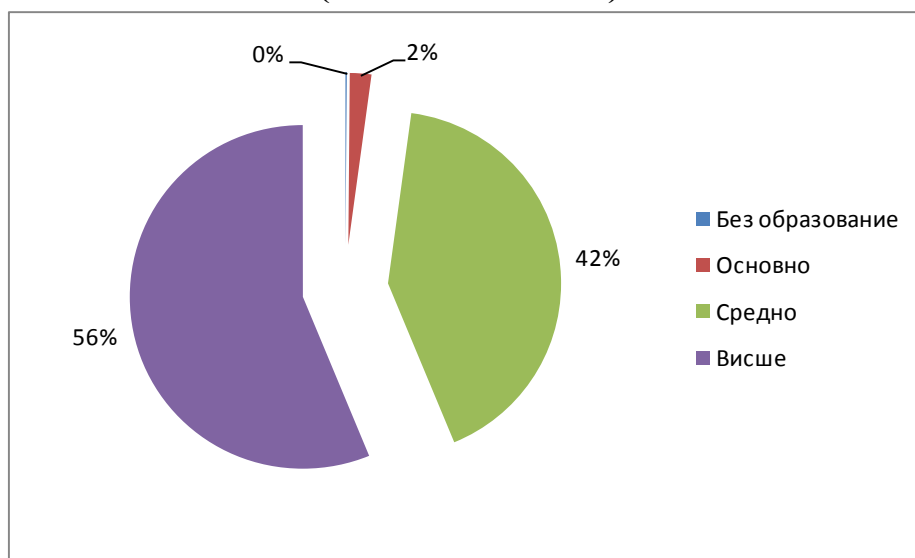
съжителство без брак – 42,1%. Неомъжените са 6,4%, разведените 1,2%, разделените без развод са 0,9%, а вдовиците – 0,1% (Фиг. 14).

Фигура 14. Разпределение на анкетираните по семейно положение (относителен дял)



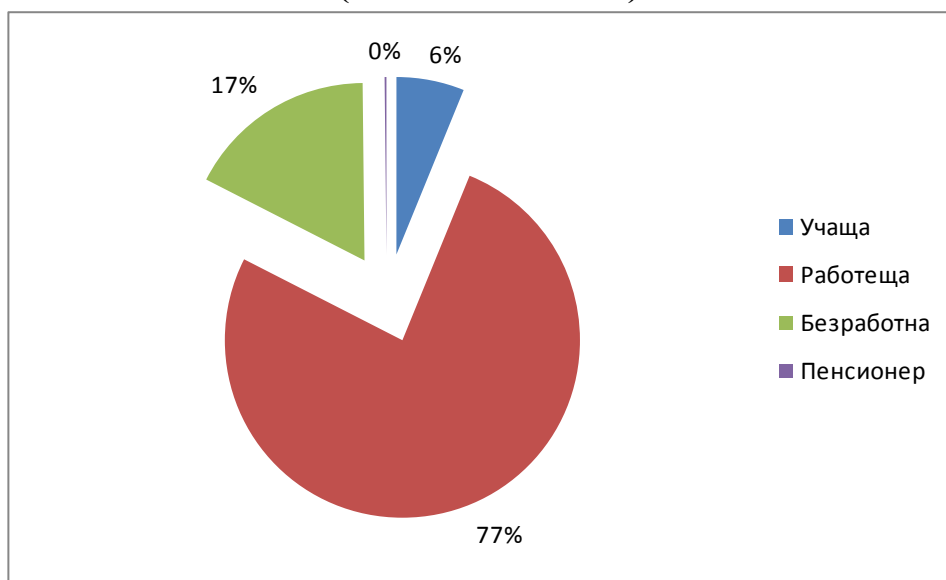
Над половината анкетирани (56,3%) са с висше образование, като 24 от тях имат докторска степен, а още 4 – висока научна длъжност (доцент, професор, старши научен сътрудник). Дамите със средно образование са 41,6%, а дялът на тези с по-ниско е минимален (2,1%) (Фиг. 15).

Фигура 15. Разпределение на анкетираните по образование (относителен дял)



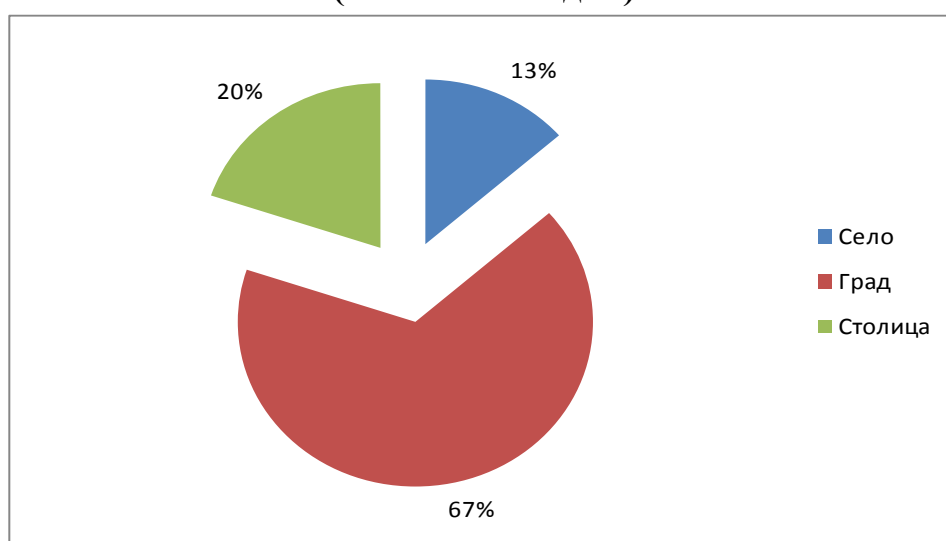
Основната част от анкетираните (76,4%) са работещи (в тази група влизат и жените по майчинство към момента на провеждане на анкетата), безработните са 17,3%, учащите, които не влизат към други категории, са 6,2%, а пенсионерите – 0,2% (Фиг. 16).

Фигура 16. Разпределение на анкетираните по заетост (относителен дял)



Две от всеки три анкетиранани (66,6%) живеят в град, всяка пета (19,9%) – в столицата, а 13,5% - в село – Фиг. 17.

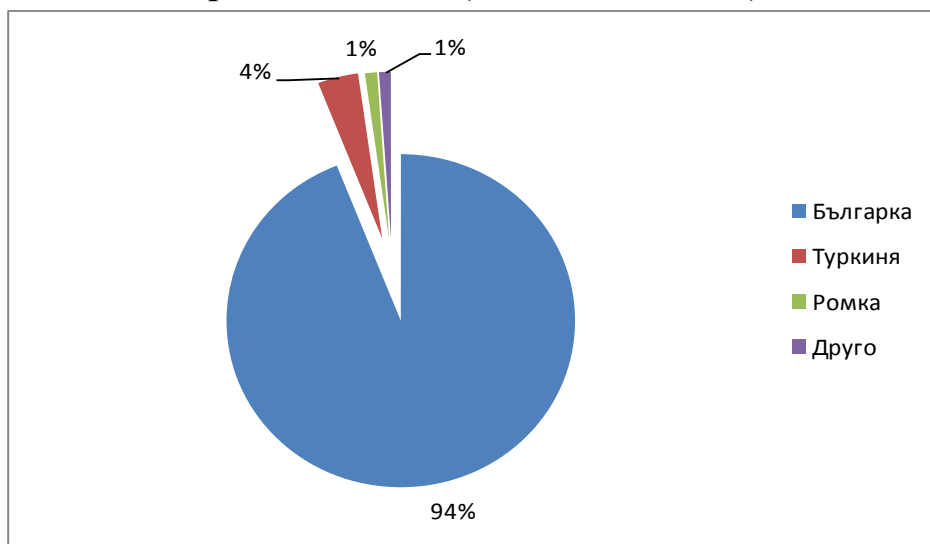
Фигура 17. Разпределение на анкетираните по местоживееене (относителен дял)



Малко над половината анкетиранани (57%) са съобщили, че доходите им са средни, за 27,9% са по-скоро ниски, а 9,1% ги определят

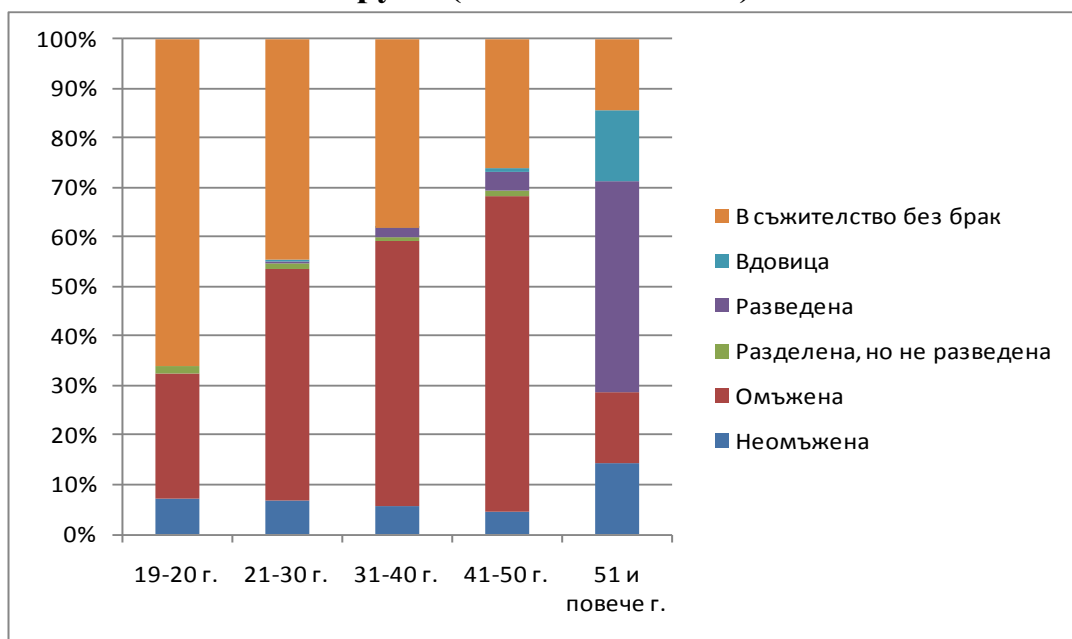
като по-скоро високи. Много ниски са доходите на 5,5%, а много високи – на едва 0,6%. Преобладаващият етнос е българският (94%), турският е представен с 3,7%, ромският и другите етноси са по 1,1% (Фиг. 18).

Фигура 18. Разпределение на анкетираните по етническа принадлежност (относителен дял)



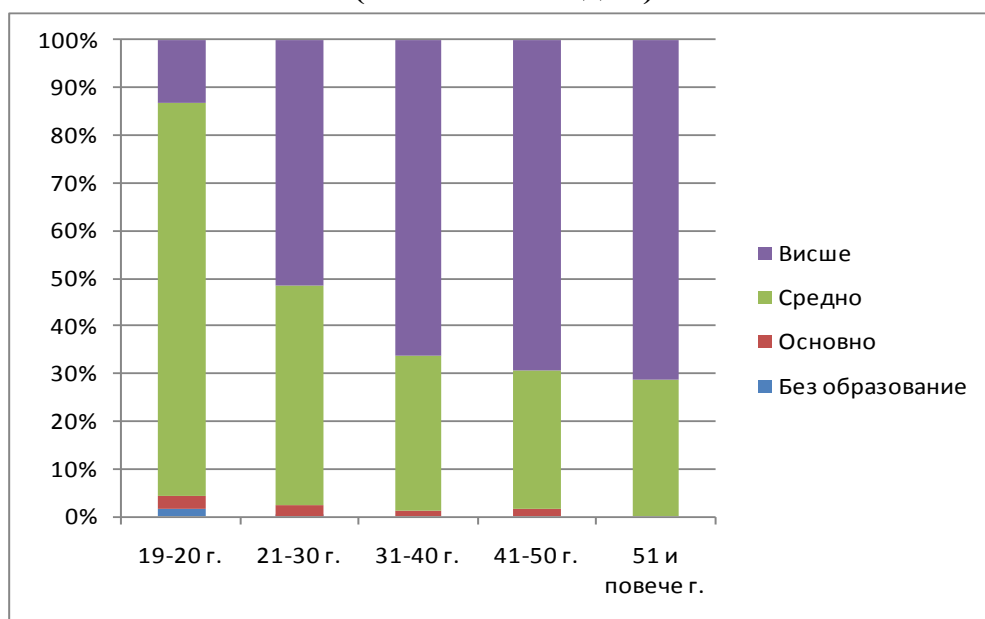
Възрастта на анкетираните е свързана с тяхното семейно положение – делът на омъжените нараства с възрастта, докато делът на живеещите в съжителство без брак намалява с увеличаване на възрастта (Фиг. 19).

Фигура 19. Разпределение на семейното положение по възрастови групи (относителен дял)

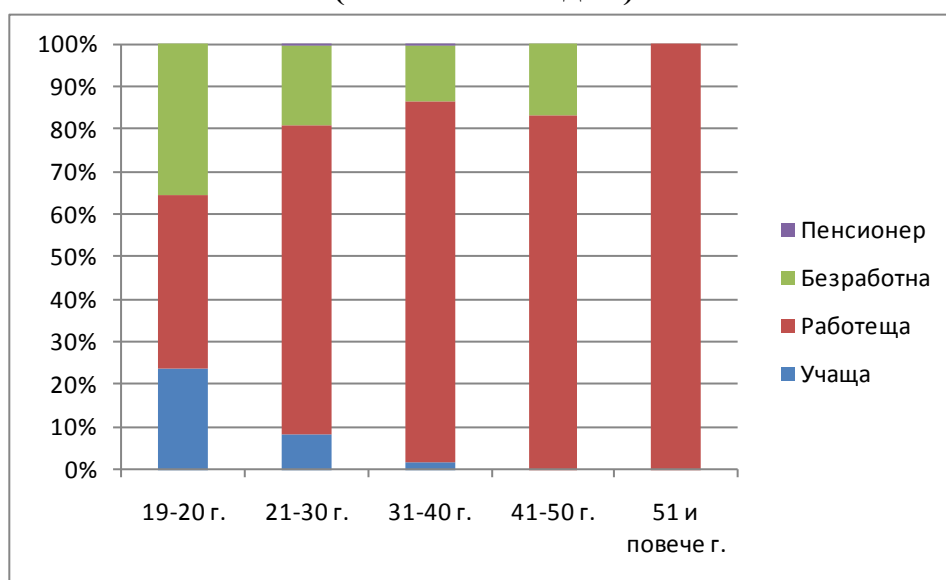


Възрастта има връзка с образованието, като дялът на висшистите нараства с възрастта, за сметка на намаляване дела на средните (Фиг. 20). Заетостта също е свързана с възрастта – дялът на учащите, логично, е най-висок сред най-младите възрасти, но също и дялът на безработните, докато работещите се увеличават с нарастване на възрастта (Фиг. 21).

Фигура 20. Разпределение на образованието по възрастови групи (относителен дял)

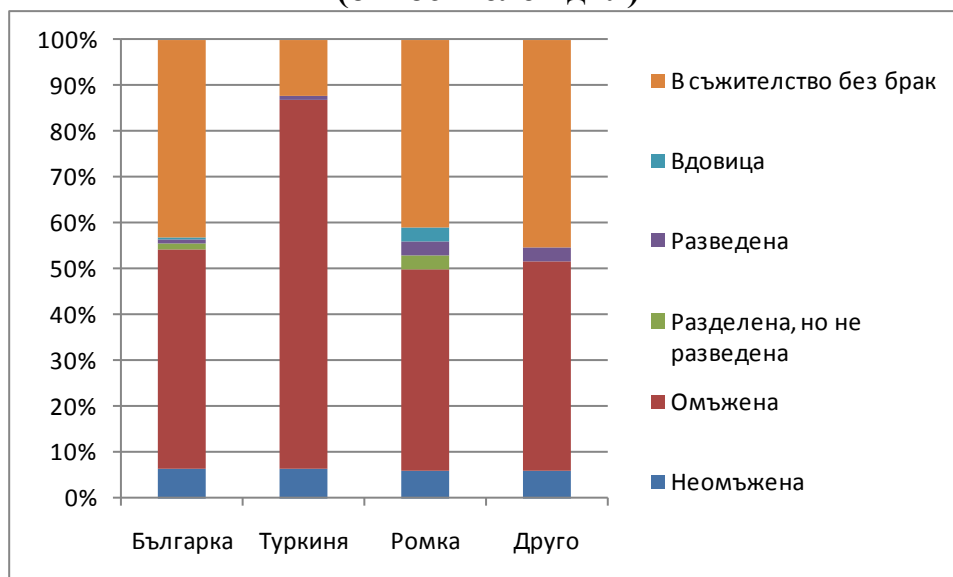


Фигура 21. Разпределение на заетостта по възрастови групи (относителен дял)



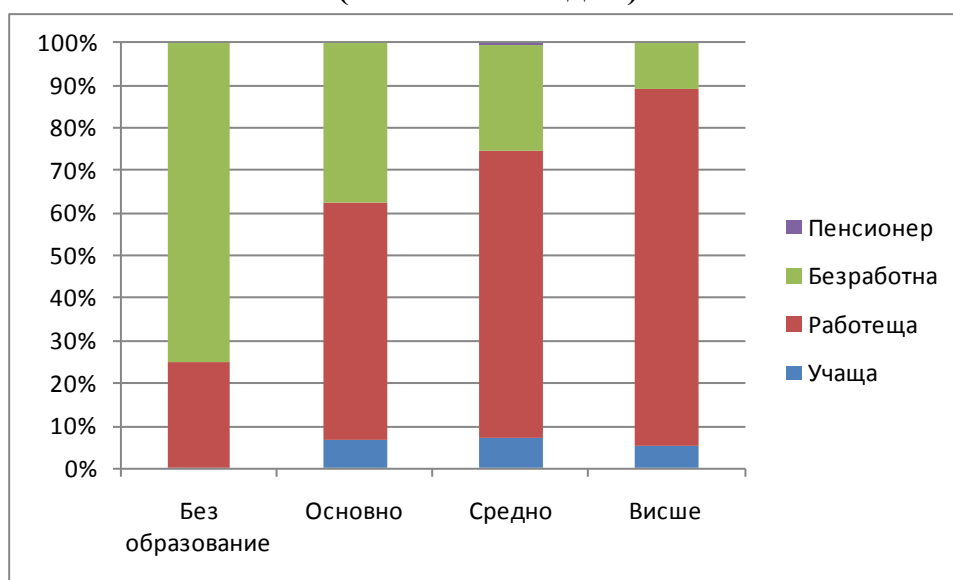
Семейното положение е свързано с етноса – съжителството без брак е по-характерно за българския и ромския етнос, за разлика от турския, при които делът на омъжените е най-висок (Фиг. 22).

Фигура 22. Разпределение на семейното положение по етнос (относителен дял)



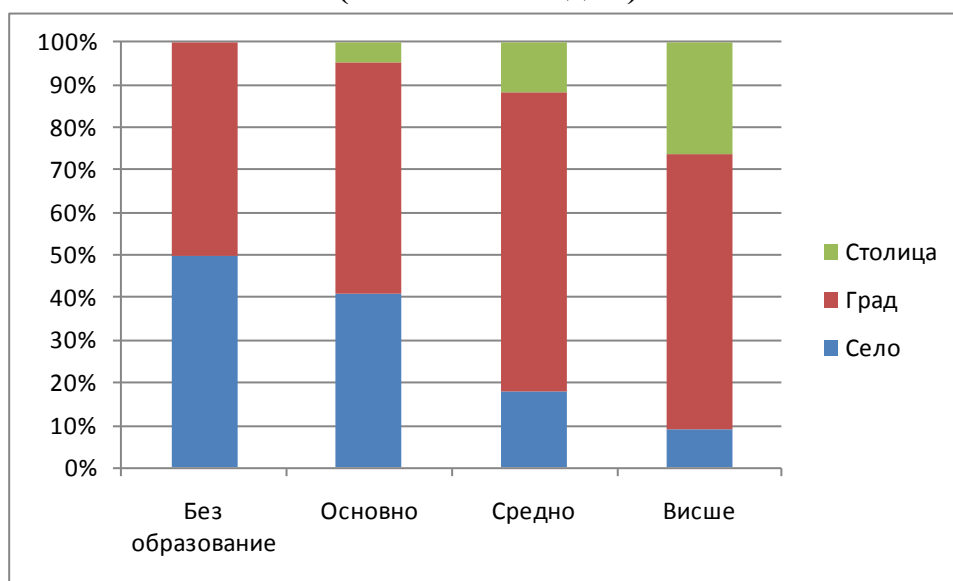
Образованието влияе върху заетостта, като най-нисък е делът на безработните сред жените със средно и висше образование (Фиг. 23).

Фигура 23. Разпределение на заетостта по образование (относителен дял)



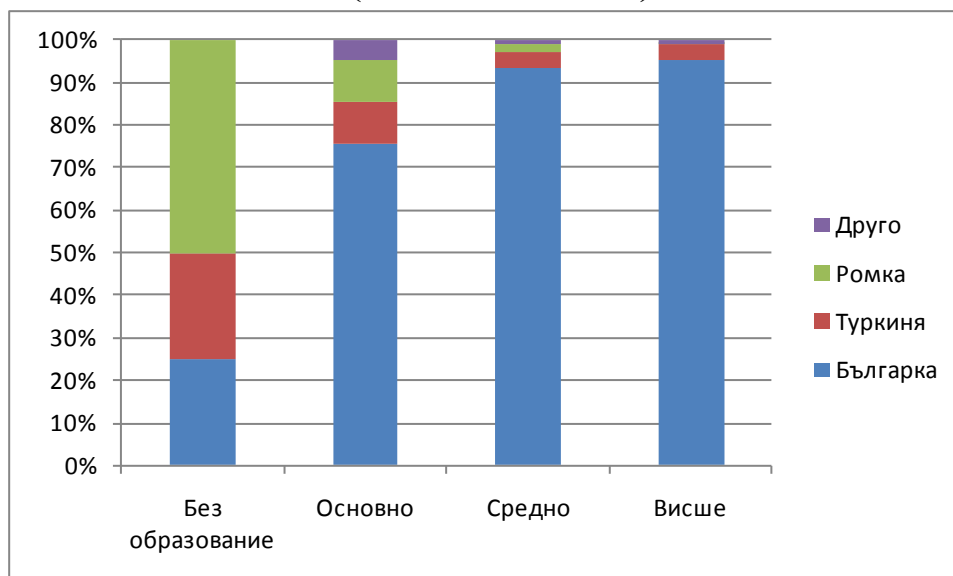
Местожиенето влияе върху образованието, като в градовете и особено столицата, участниците са по-образовани (Фиг. 24).

Фигура 24. Разпределение на местоживеенето по образование (относителен дял)



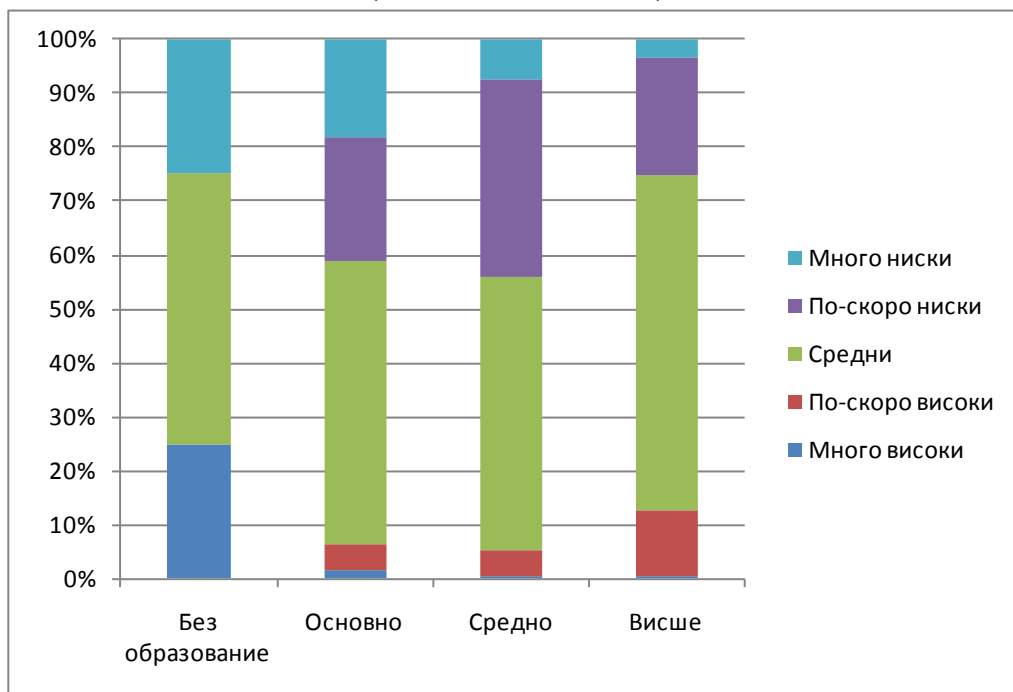
Етносът влияе върху образованието, като българският и турският етноси са по-образовани, в сравнение с ромският (Фиг. 25).

Фигура 25. Разпределение на етноса по образование (относителен дял)



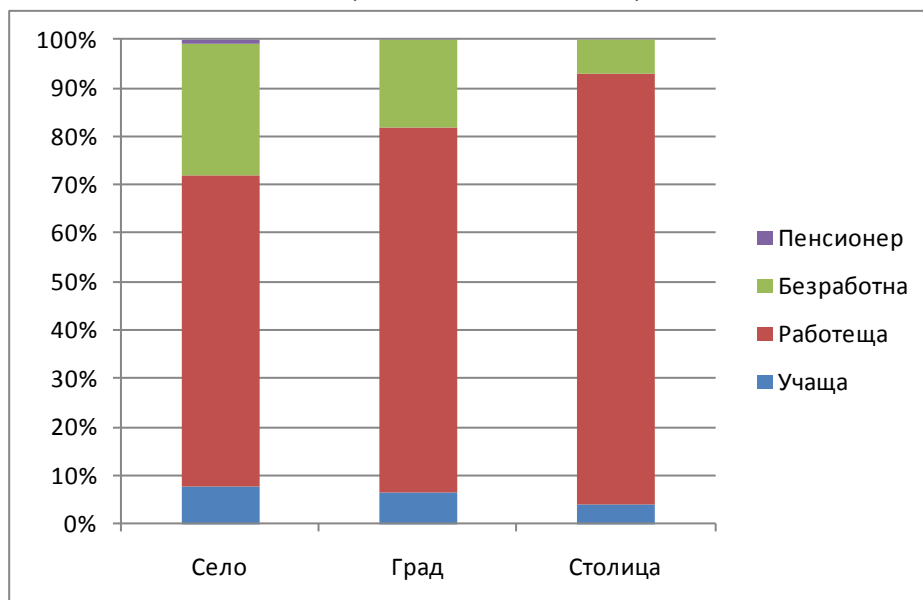
Образованието влияе върху доходите, като по-високите степени по-често показват по-високи доходи (Фиг. 26).

Фигура 26. Разпределение на доходите по образование (относителен дял)



Местоживеенето влияе върху заетостта в посока на по-добра заетост в градовете и особено столицата (Фиг. 27).

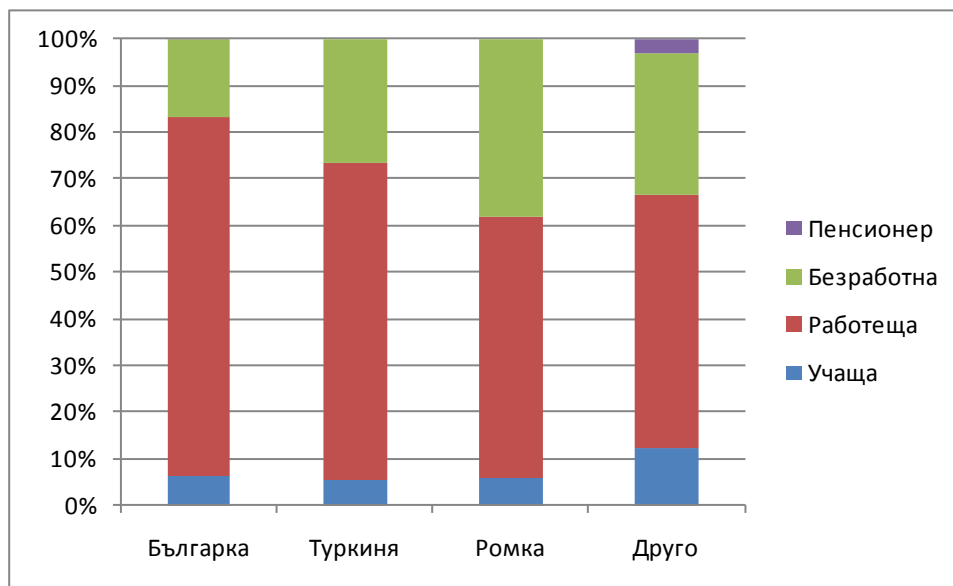
Фигура 27. Разпределение на заетостта по местоживеене (относителен дял)



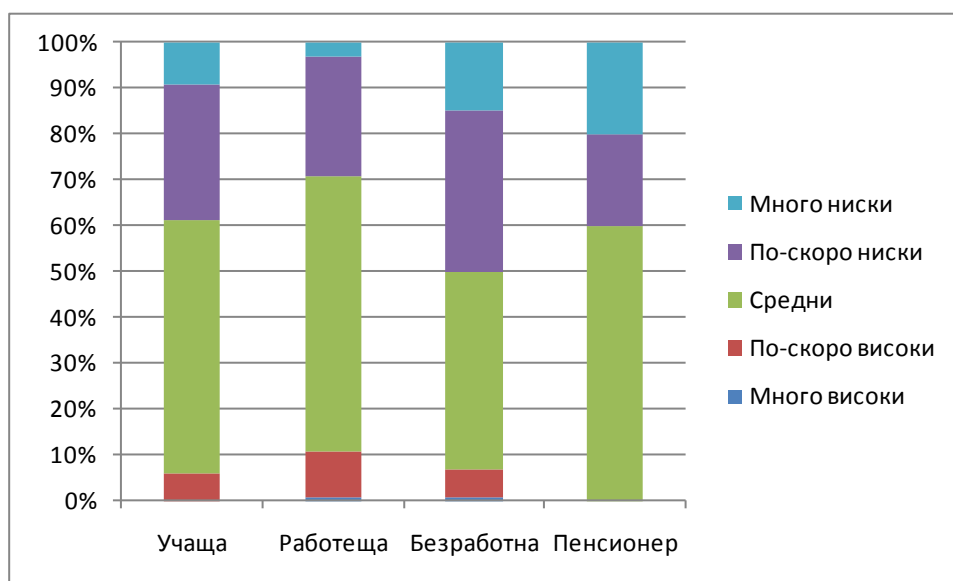
Етносьт също влияе върху заетостта и показва по-висок дял работещи сред българските, като той намалява при останалите групи (Фиг. 28). Заетостта, логично, влияе върху доходите, като работещите

по-често имат по-високи доходи, на фона на безработните и учащите (Фиг. 29).

Фигура 28. Разпределение на заетостта по етнос (относителен дял)

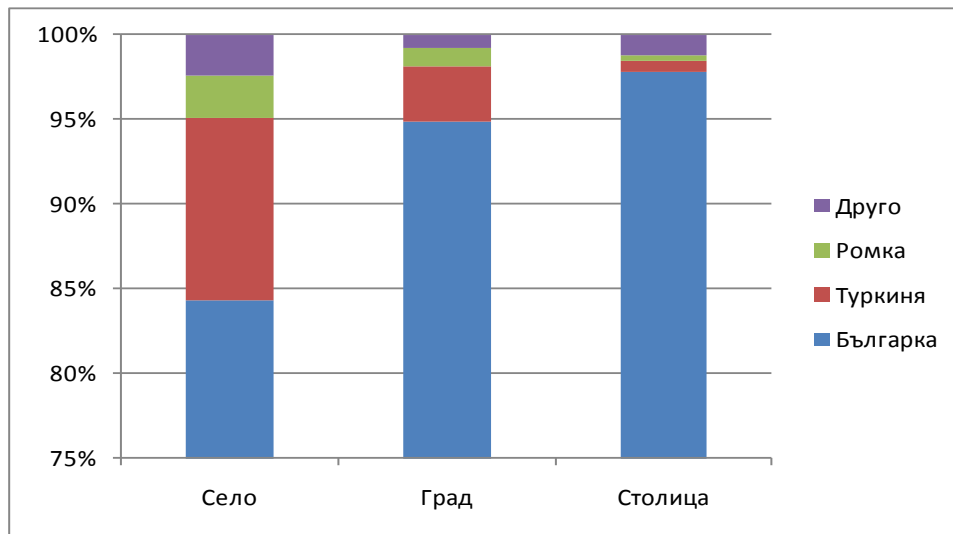


Фигура 29. Разпределение на доходите по заетост (относителен дял)

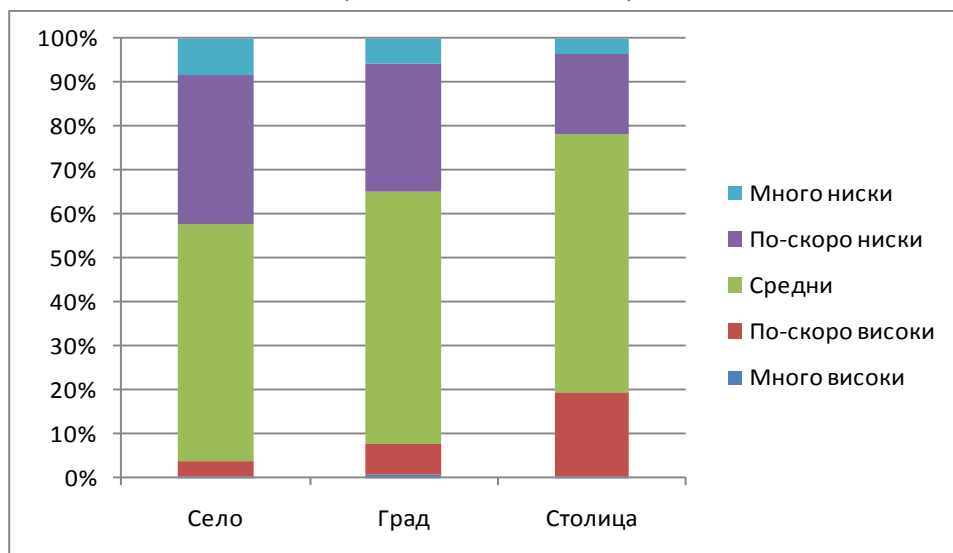


Местоживеенето и етносът са свързани, като българките по-често живеят в градовете и столицата, а туркините и ромките – по-често в селата (Фиг. 30). Местоживеенето предопределя и доходите на участниците – по-високи са те в столицата и градовете, на фона на селата (Фиг. 31).

Фигура 30. Разпределение на етноста по местоживеене (относителен дял)



Фигура 31. Разпределение на доходите по местоживеене (относителен дял)



Под една трета (31%) от анкетираните 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.

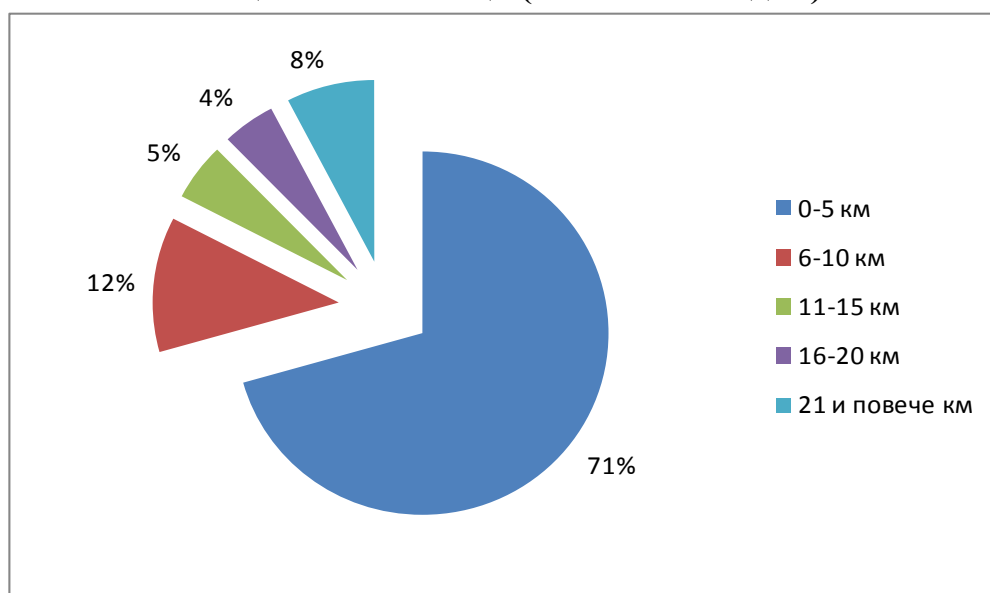
Само отговорилите положително на този въпрос бяха попитани дали са запознати с дейностите, включени в програмата. Едва всяка десета жена (10,3%) е съобщила, че е напълно запозната, а мнозинството

(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 анкетираните пациентки 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.

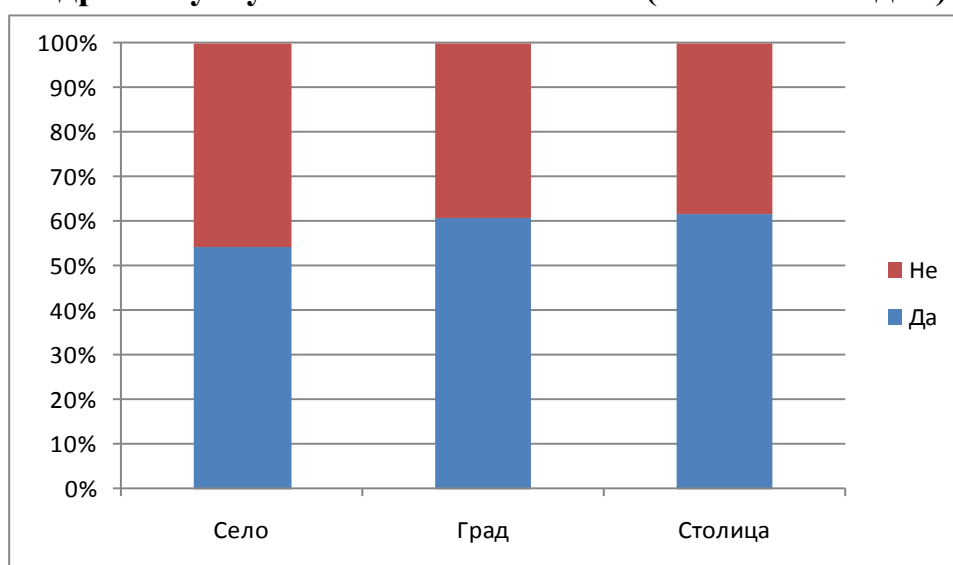
Средното разстояние, на което е най-близката общинска болница, според участниците, е 8,1 км \pm 20,3 км. За най-голям дял от участниците (71%) най-близката общинска болница се намира в рамките на до 5 км (Фиг. 32). Средното разстояние за живеещите в селата обаче е значитимо по-голямо – 16 км \pm 17,9 км, докато в градовете то е 7,6 км \pm 22,9, а в столицата е едва 4,3 км \pm 5.

Фигура 32. Разпределение на разстоянието до най-близката общинска болница (относителен дял)

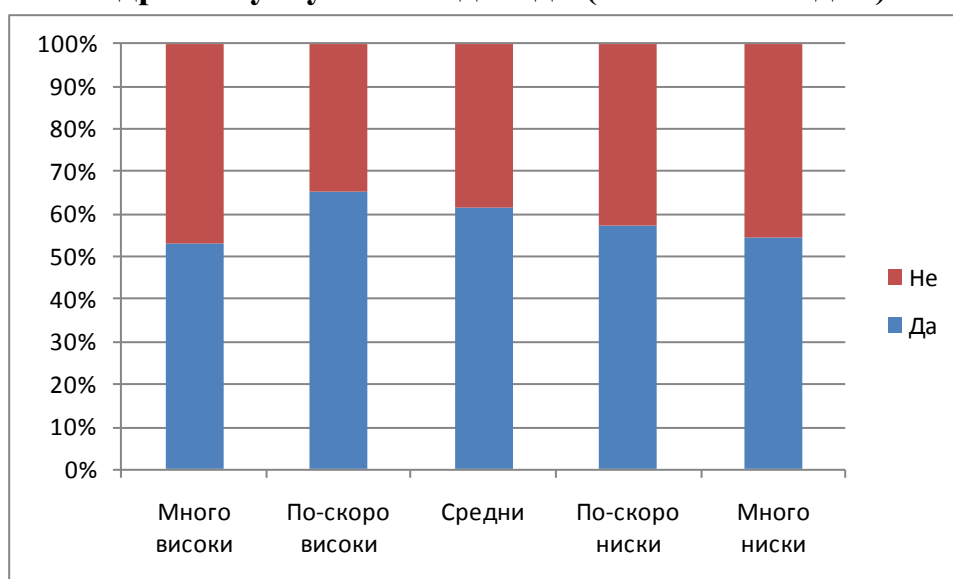


Участниците са попитани дали според тях е осигурен безпрепятствен достъп до качествени и ефективни здравни услуги. Положителен отговор са дали 60,1%, като най-нисък е този дял в селата (54,4%) и сред анкетираните с най-ниски доходи (54,4%) – Фиг. 33 и 34. Лицата с най-високи доходи трябва да не се вземат предвид, тъй като са твърде малко на брой.

Фигура 33. Разпределение на отговорите на въпроса „Осигурен ли е според вас безпрепятствен достъп до качествени и ефективни здравни услуги?“ по местоживеене (относителен дял)

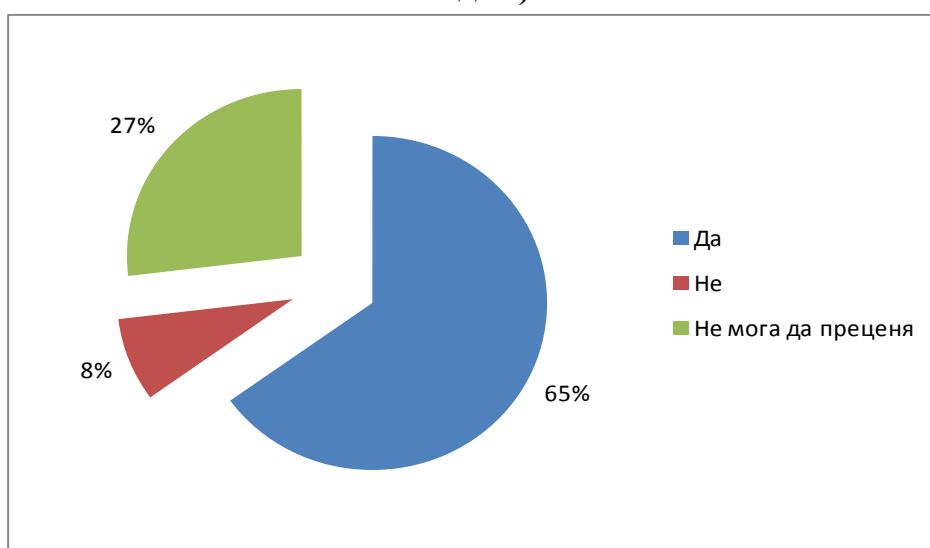


Фигура 34. Разпределение на отговорите на въпроса „Осигурен ли е според вас безпрепятствен достъп до качествени и ефективни здравни услуги?“ по доходи (относителен дял)



Мнозинството от анкетираниите (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 (Фиг. 35).

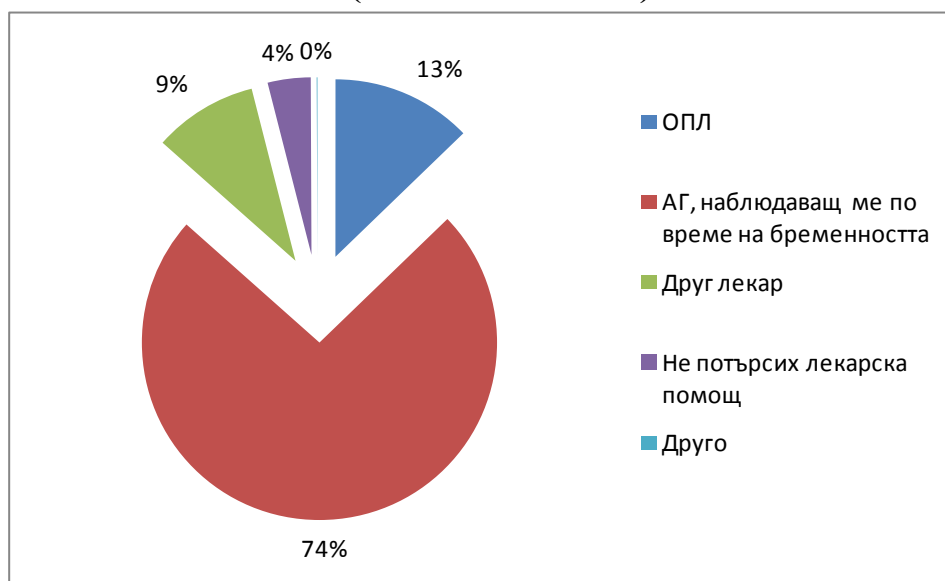
Фигура 35. Разпределение на отговорите на въпроса „Считате ли, че ако в най-близката общинска болница съществува специализиран консултативен кабинет, ще спестите време и средства при разрешаване на проблем свързан с вашето здраве?“ (относителен дял)



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 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. 36). 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.

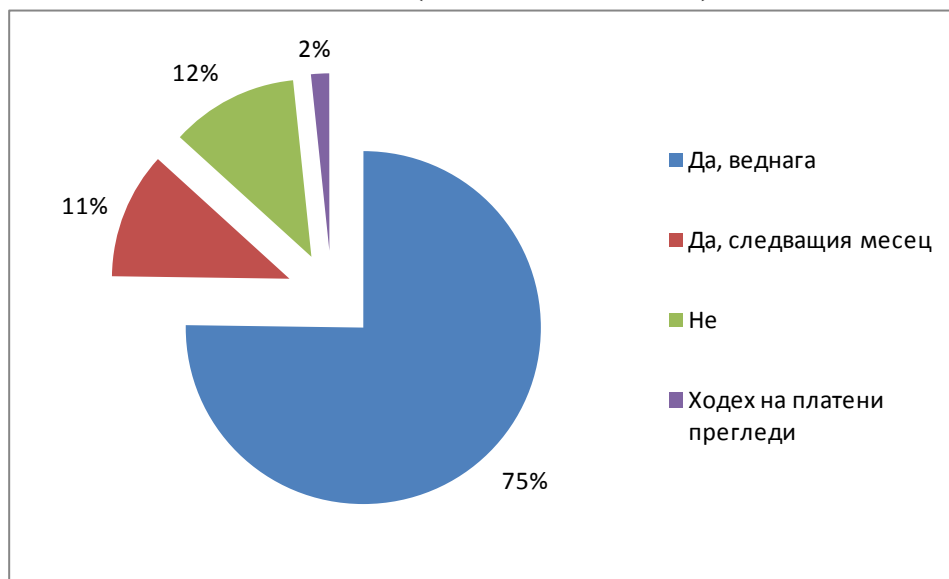
Фигура 36. Разпределение на отговорите на въпроса „Ако сте имали здравословен проблем по време на бременността и след раждането, към кого се обърнахте за диагностициране и лечение?“ (относителен дял)



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” (Фиг. 37). 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 получилите 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.

Фигура 37. Разпределение на отговорите на въпроса „Ако ви се е налагало консултация със специалист по време на бременността по конкретен здравословен проблем получихте ли направление от ОПЛ?” (относителен дял)



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” (Фиг. 38). 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 не получилите. 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 не получилите направление също да са отишли на платено изследване, но просто да не са отбелязали това в отговорите си.

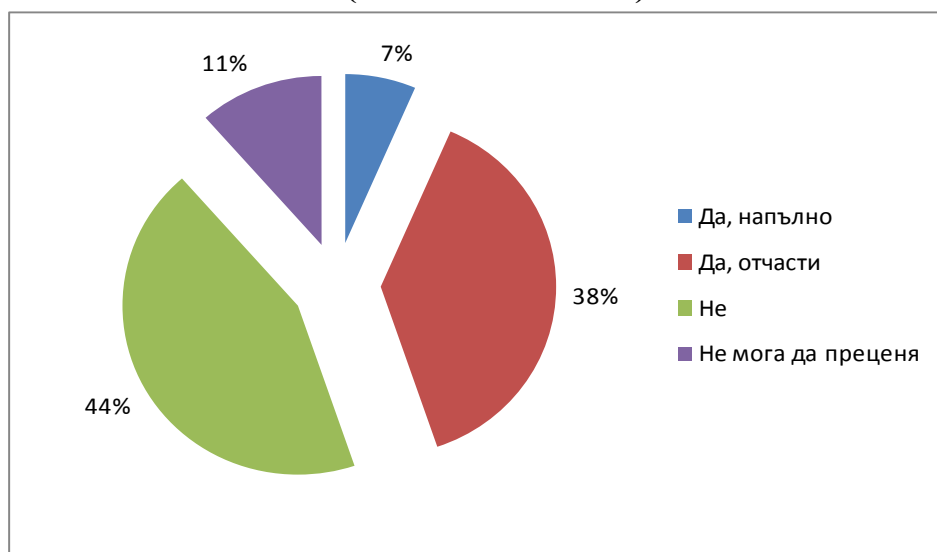
Фигура 38. Разпределение на отговорите на въпроса „Ако ви се е налагало да направите изследвания по време на бременността по конкретен здравословен проблем получихте ли направление от ОПЛ” (относителен дял)



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. 39). Нивото на одобрение към пакета услуги на НЗОК значитимо 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.

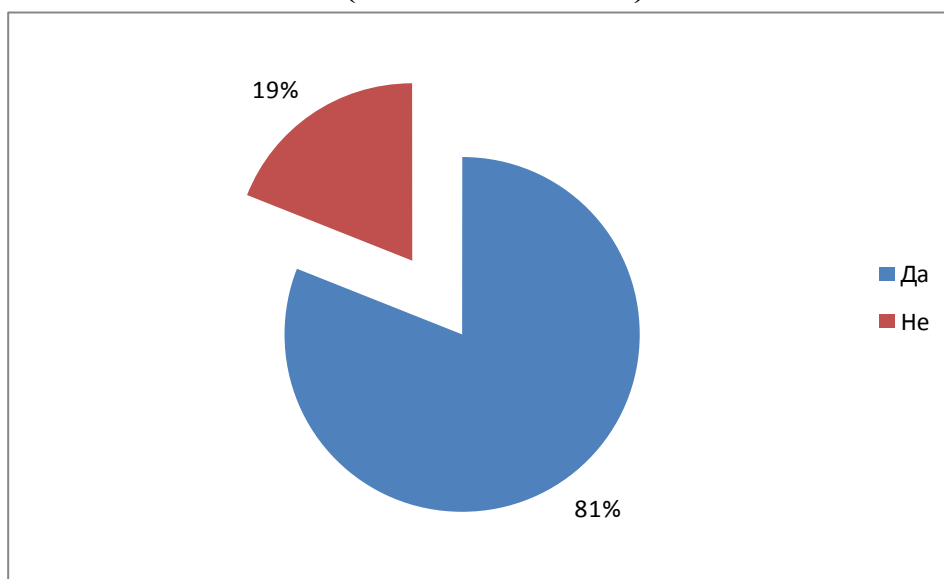
Фигура 39. Разпределение на отговорите на въпроса „Смятате ли, че пакета услуги, който се предоставя на бременни жени от НЗОК, покрива необходимите консултации, прегледи и изследвания” (относителен дял)



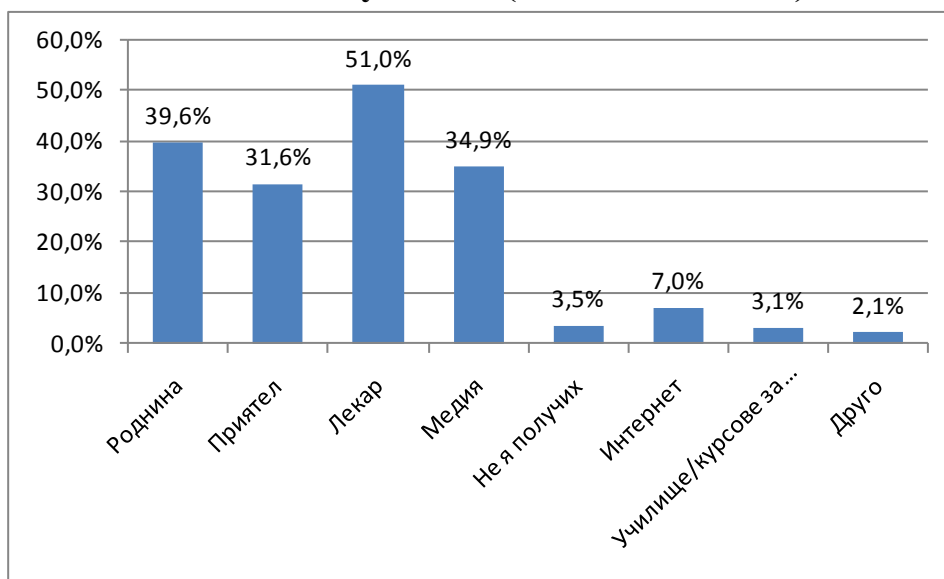
Четири от всеки пет дами (81%) са имали нужда от допълнителна информация по време на бременността (Фиг. 40). От тях едва 3,5% не са я получили, докато половината (51%) са я получили от лекар, 39,6% от роднина, 34,9% от медия, 31,6% от приятел, 7% от интернет и 3,1% от училище или курсове за бременни. Още 2,1% са съобщили други източници на информация, сред които преобладават книги, списания и специализирана литература (Фиг. 41). 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.

Фигура 40. Разпределение на отговорите на въпроса „Имате/имахте ли нужда от допълнителна информация по време на бременността” (относителен дял)

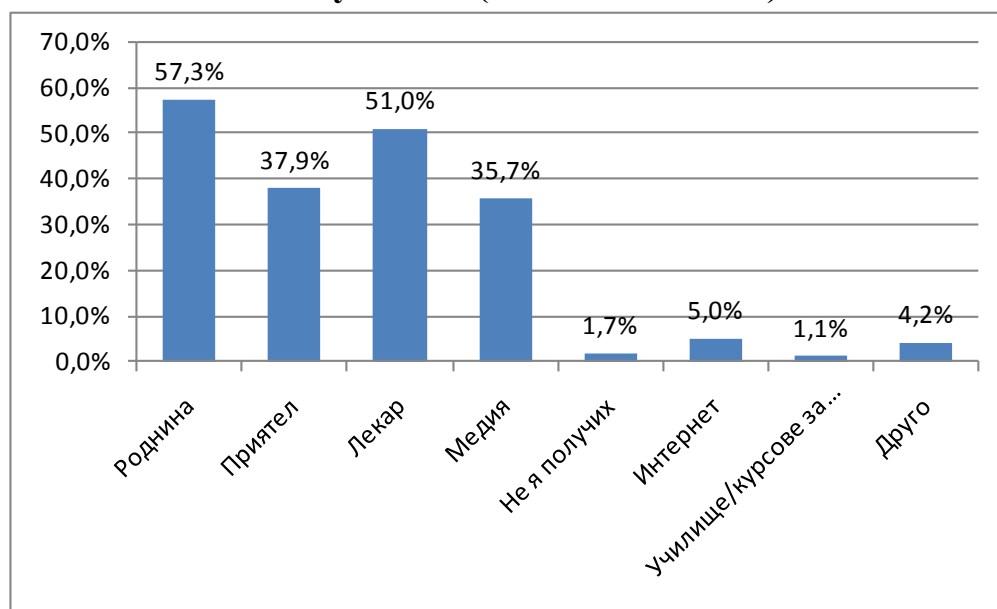


Фигура 41. Разпределение на отговорите на въпроса „Ако имахте нужда от допълнителна информация по време на бременността, от къде я получихте” (относителен дял)



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. 42). 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.

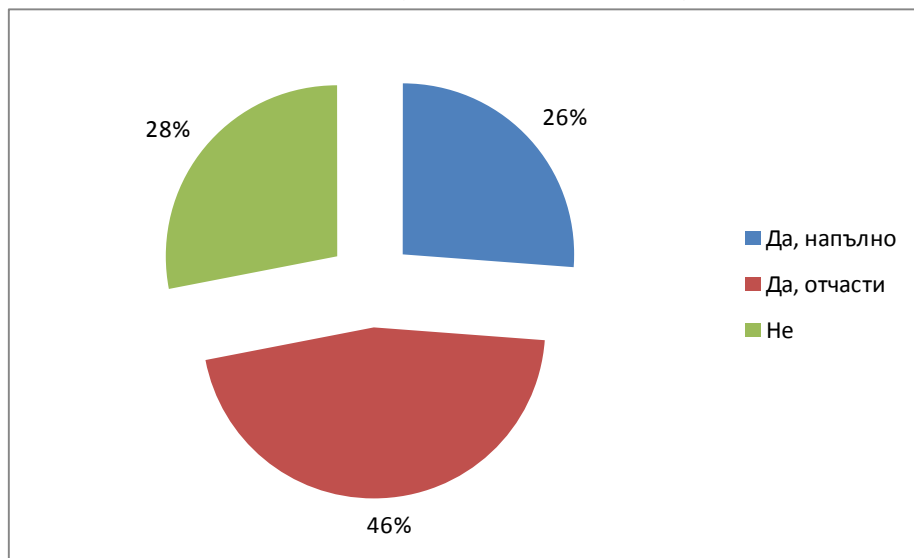
Фигура 42. Разпределение на отговорите на въпроса „Ако имахте нужда от допълнителна информация при грижите за детето, от къде я получихте” (относителен дял)



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% (Фиг. 43). Сред напълно познаващите

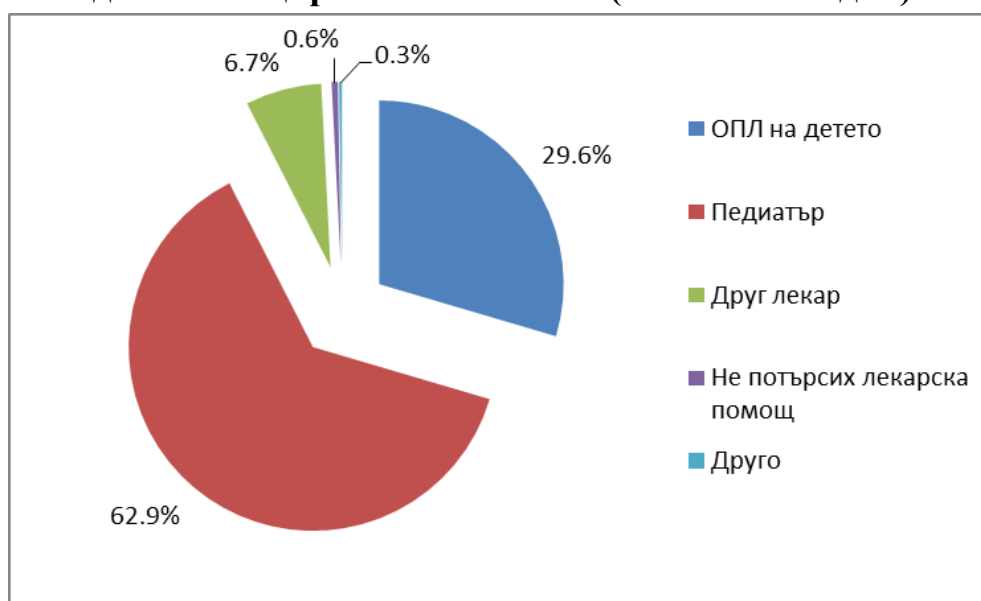
програмата по-често се срещат туркини и ромки, в сравнение с българки и други етноси.

Фигура 43. Разпределение на отговорите на въпроса „Запознати ли сте с пакета от дейности (прегледи, изследвания и имунизации) включени в програмата „Детско здравеопазване” разработена от НЗОК?” (относителен дял)



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 (Фиг. 44). 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.

Фигура 44. Разпределение на отговорите на въпроса „Ако детето ви има или е имало здравословен проблем към кого се обърнахте за диагностициране и лечение?“ (относителен дял)

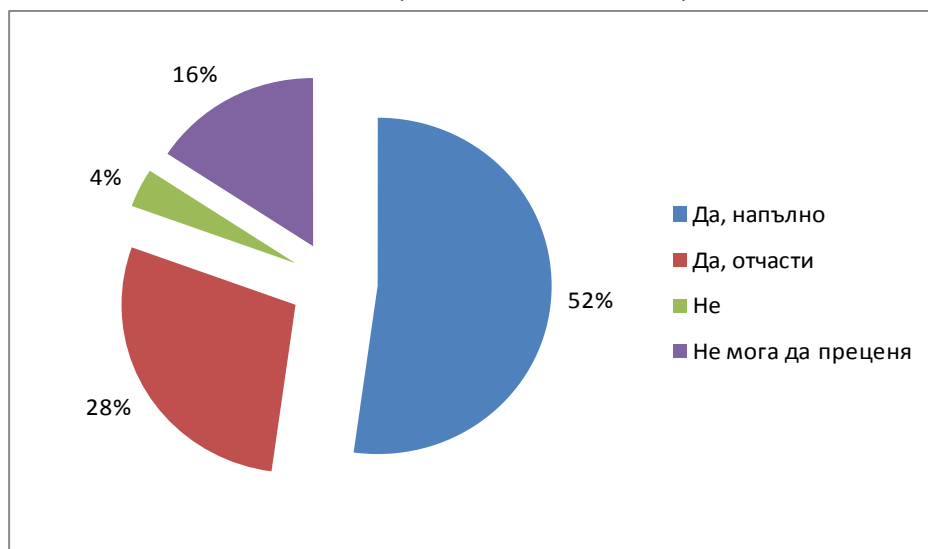


Майките, за чиито деца се е налагало да потърсят консултация със специалист, най-често веднага са получавали направление (в 83,8% от случаите), а за следващия месец са отложени 8,4%. На други 7,3% е отказано насочване към специалист по НЗОК, а 0,6% са съобшили, че са платили за прегледа.

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 анкетирани 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. 45).

Фигура 45. 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)

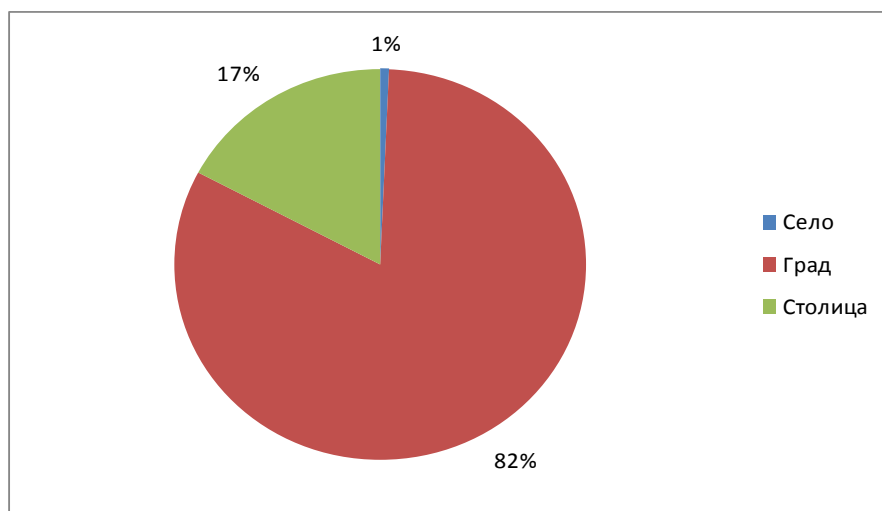


4. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЗДРАВНИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА МНЕНИЕТО ИМ ОТНОСНО СЪСТОЯНИЕТО НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

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 (Фиг. 46).

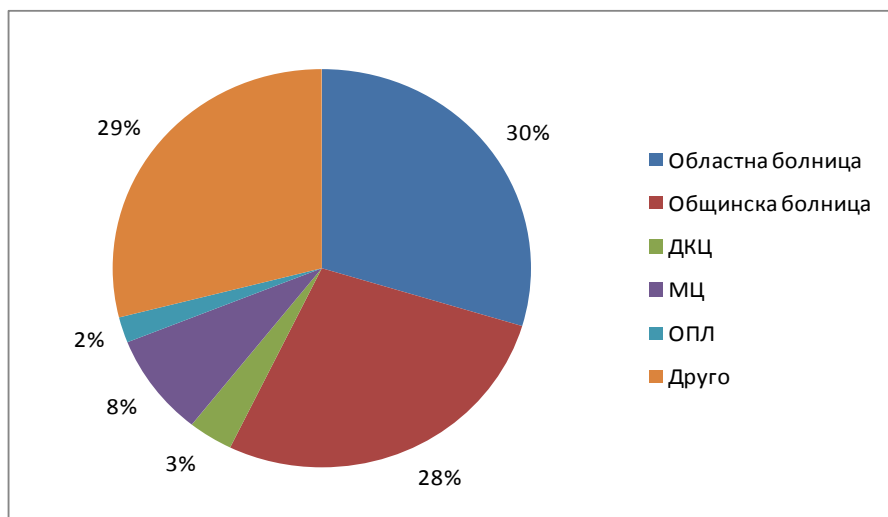
Фигура 46. Разпределение на специалистите по населено място



Средната възраст на специалистите е 41,2 г. \pm 10,4 г., като най-голям е делът 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.

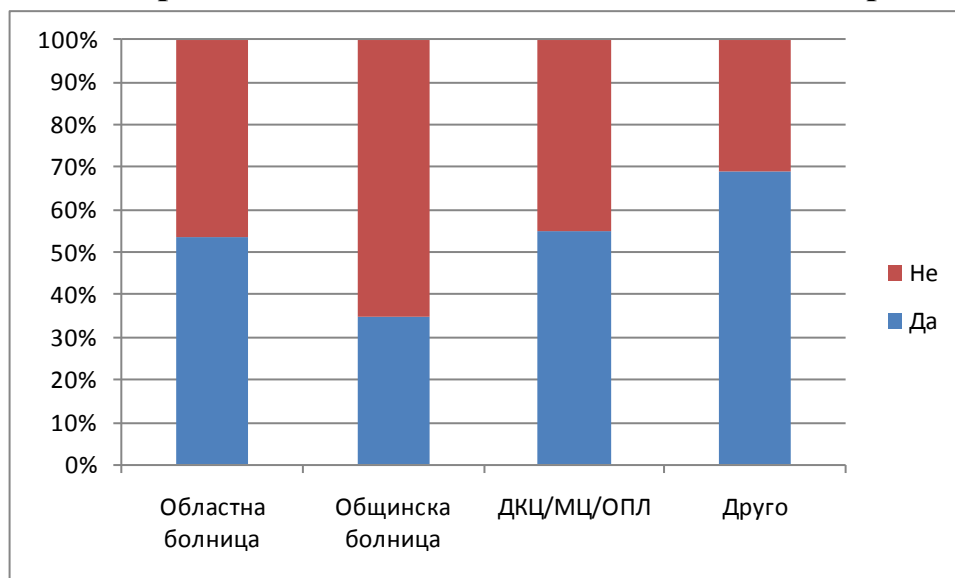
Специалистите са почти по равно разпределени между заетост в областна болница (29,7%) и общинска болница (22,8%), докато работещите в ДКЦ са 3,4%, в МЦ 8,3%, при ОПЛ 2,1%, а в друг тип място – 29%. Сред отговора „Друго” се срещат МБАЛ, УМБАЛ, частна болница и др. (Фиг. 47).

Фигура 47. Разпределение на специалистите по вид лечебно заведение



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.

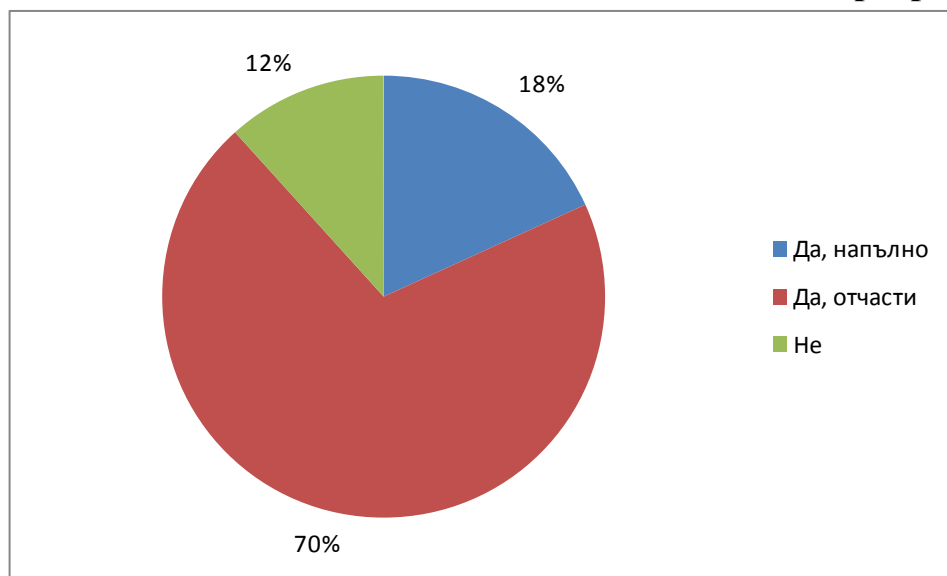
Фигура 48. Разпределение на отговорите на въпроса „Информирани ли сте за съществуването на Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г.?” – относителни дялове на отговорилите по вид лечебно заведение, в което работят



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. 48).

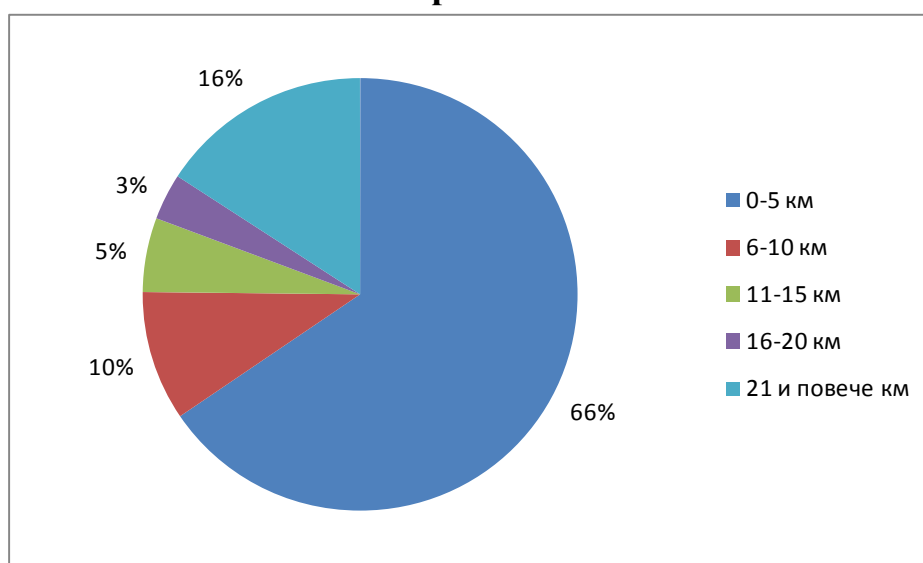
Отговорилите положително са попитани за степента, в която са запознати с дейностите включени в програмата. Основната част от тях са частично запознати (70,1%), едва 18,2% са напълно запознати, а 11,7% – не са запознати с тези дейности (Фиг. 49).

Фиура 49. Разпределение на отговорите на въпроса „Ако отговорът ви е „да”, запознати ли сте с дейностите, включени в програмата?”



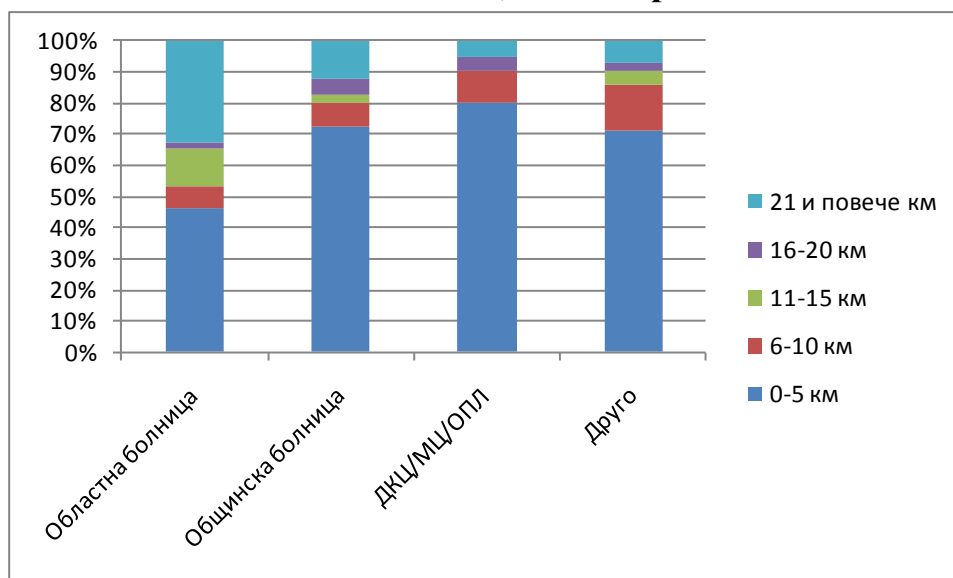
Най-честите отговори на въпроса „На колко километра е най-близката общинска болница от населеното място в което работите” са в рамките на 0-5 км (65,5%), вероятно защото повечето от анкетираните работят именно в такива болници. Обезпокоително е, обаче, че на второ място по честота на споменаване е отговорът „21 и повече км” (15,9%) (Фиг. 50).

Фигура 50. Разпределение на отговорите на въпроса „На колко километра е най-близката общинска болница от населеното място в което работите?”



Средното разстояние, посочено от участниците, е 10,2 км ±15,9 км. 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. 51)

Фигура 51. 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

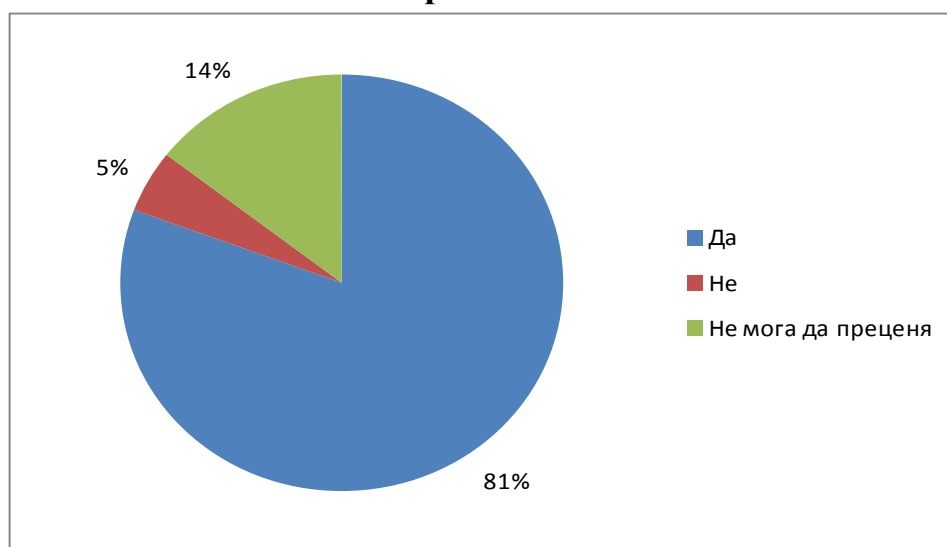


Здравните професионалисти са разделени в мненията си по въпроса дали е осигурен безпрепятствен достъп до качествени и ефективни услуги – над половината (57,2%) смятат, че не е осигурен, а останалите 42,8% са на противоположното мнение.

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

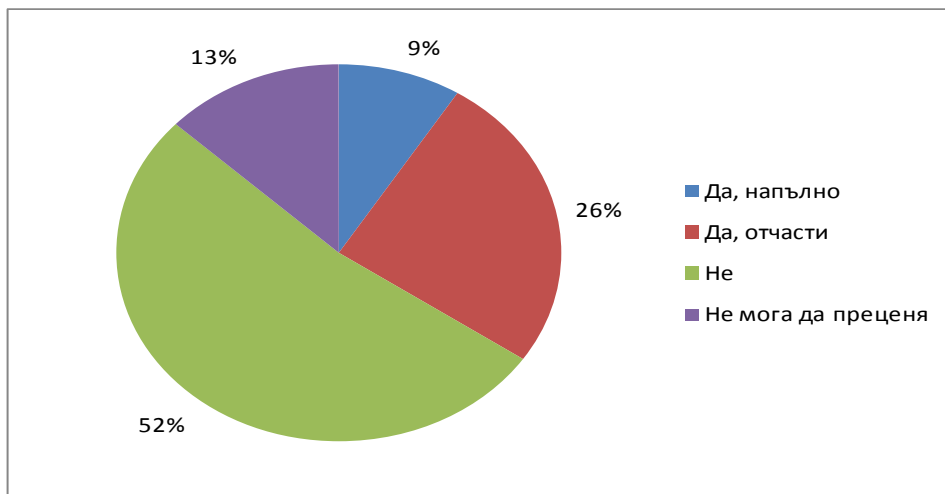
със здравето на бременните – 80,7% са отговорили утвърдително, делът на отрицателните отговори е едва 4,8%, а 14,5% не могат да отговорят (Фиг. 52).

Фигура 52. Разпределение на отговорите на въпроса „Считате ли, 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?“



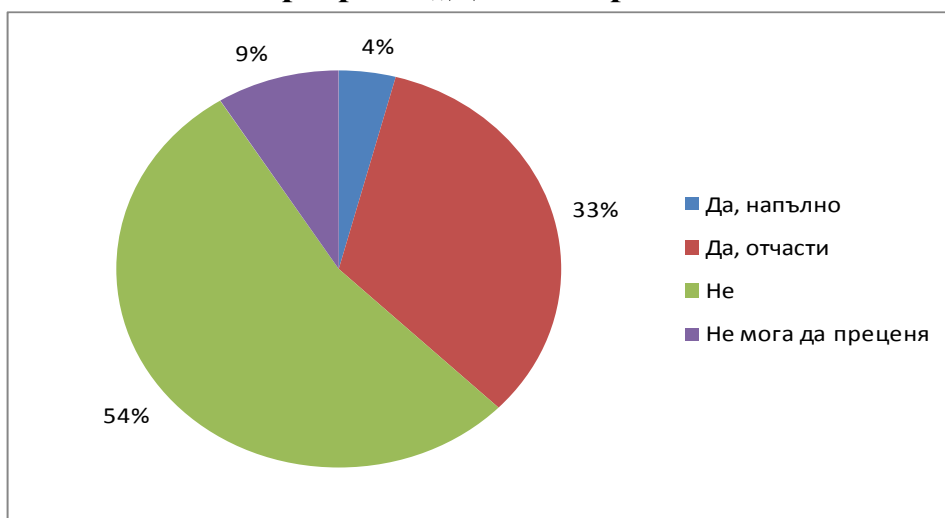
На въпроса „Смятате ли, че пакета услуги, който се предоставя на бременни жени от НЗОК, покрива необходимите консултации, прегледи и изследвания?“, половината участници (53,8%) са отговорили с „Не“. Напълно съгласие са изразили 9%, а частично – 25,5%. Още 13,1% не могат да преценят какво да отговорят. (Фиг. 53)

Фигура 53. Разпределение на отговорите на въпроса „Смятате ли, че пакета услуги, който се предоставя на бременни жени от НЗОК, покрива необходимите консултации, прегледи и изследвания?“



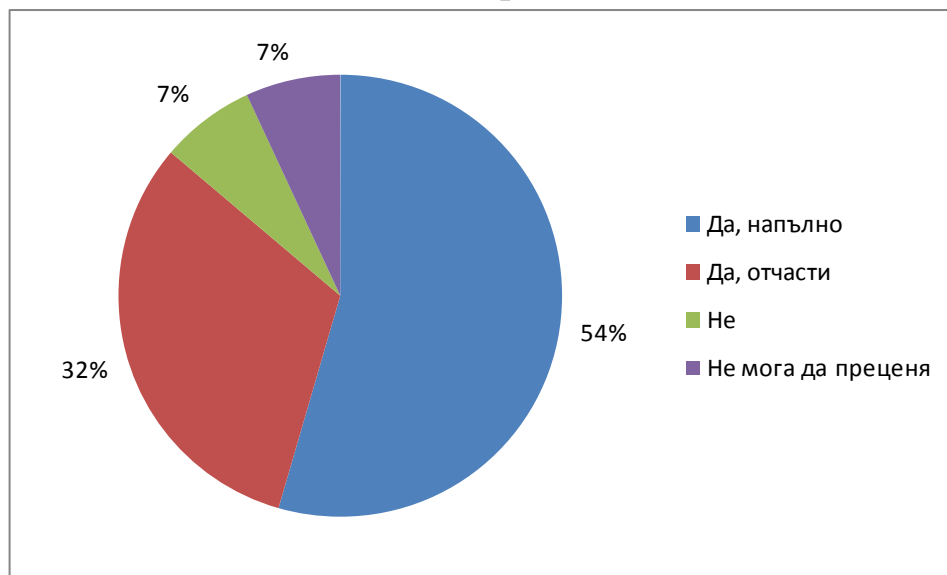
Всеки втори здравен професионалист (53,8% е споделил мнение, че пациентите не са запознати с пакета от дейности (прегледи, изследвания и имунизации), включени в разработената от НЗОК програма „Детско здравеопазване“. Един от трима (33,1%) смята, че са частично запознати, а едва 4,1% – че са напълно запознати. 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. (Фиг. 54)

Фигура 54. Разпределение на отговорите на въпроса „Смятате ли, че пациентите, които Ви посещават, са запознати с пакета от дейности (прегледи, изследвания и имунизации), включени в разработената от НЗОК програма „Детско здравеопазване“?“



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. (Фиг. 55)

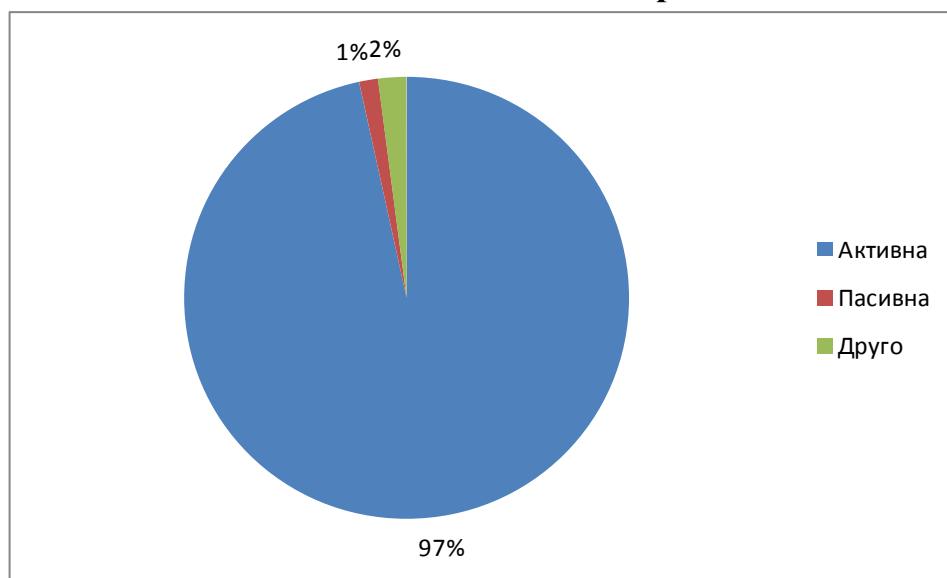
Фигура 55. Разпределение на отговорите на въпроса „Смятате ли, че наличието на комплексно медицинско обслужване за бременни жени и деца с хронични заболявания би Ви дало спокойствие при протичане на бременностите и увереност в отглеждането на децата в България?“



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. (Фиг. 56)

Фигура 56. Разпределение на отговорите на въпроса „Каква, според Вас, трябва да е ролята на държавните институции в мениджмънта на майчиното и детско здраве?“



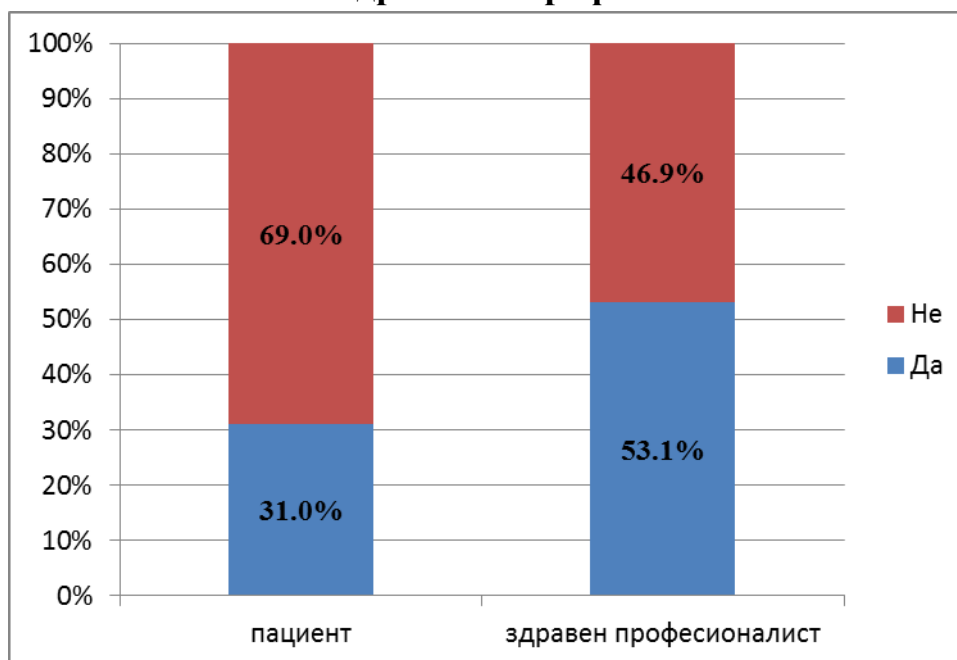
5. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЗДРАВНИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ И БРЕМЕННИТЕ И МАЙКИ С ДЕЦА

Въпросите, зададени на специалистите 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 специалистите – 41,2 г. Наблюдават се различия и по местоживееене основно сред населяващите селата (много по-голям дял сред майките) и в градовете (по-голям дял сред здравните професионалисти), докато делът на обитаващите столицата е приблизително сходен.

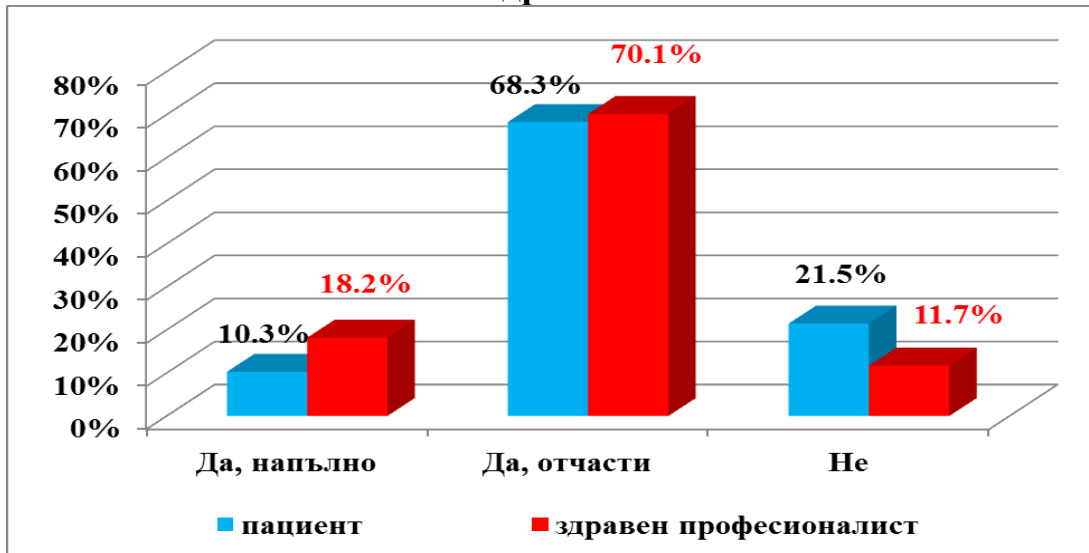
На въпроса „Информирани ли сте за съществуването на Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г.?” здравните професионалисти /53,1%/ демонстрират много по-голяма информираност в сравнение с майките и бременните /31%/, което е обяснимо, предвид факта, че това е част от тяхната професия (Фиг. 57).

Фигура 57. 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



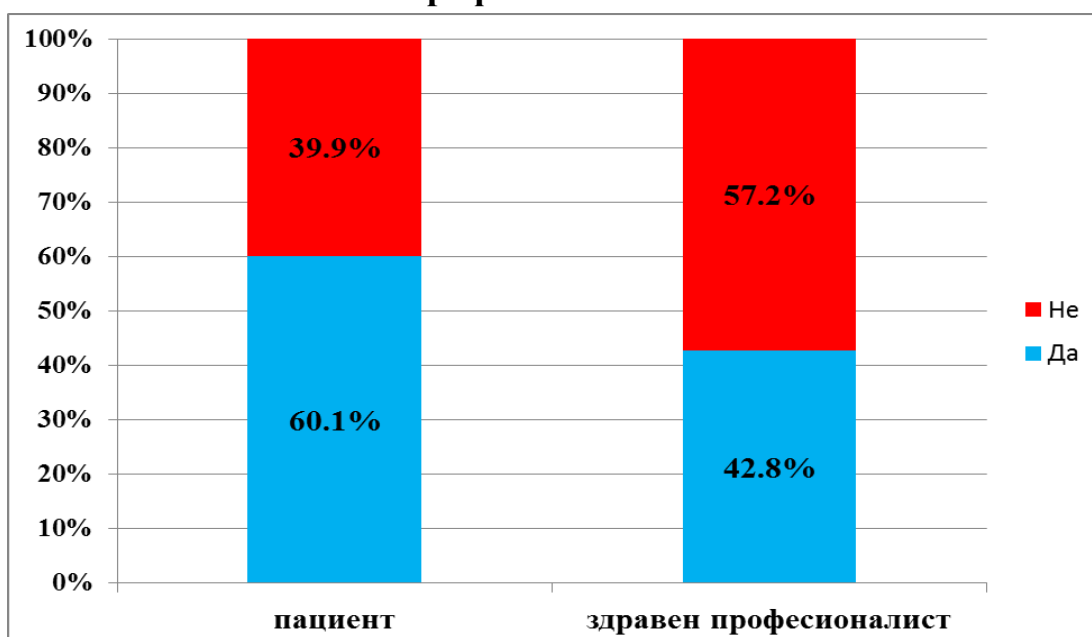
Разбираемо, сред отговорилите с „Да” и попитани дали са запознати с дейностите, които предоставя програмата, здравните професионалисти /88,3% в различна степен са запознати/ отново демонстрират по-високи нива на познаване на материята. (Фиг. 58)

Фигура 58. Разпределение на отговорите относно познаването на дейностите, които предоставят централите „Майчино и детско здраве“



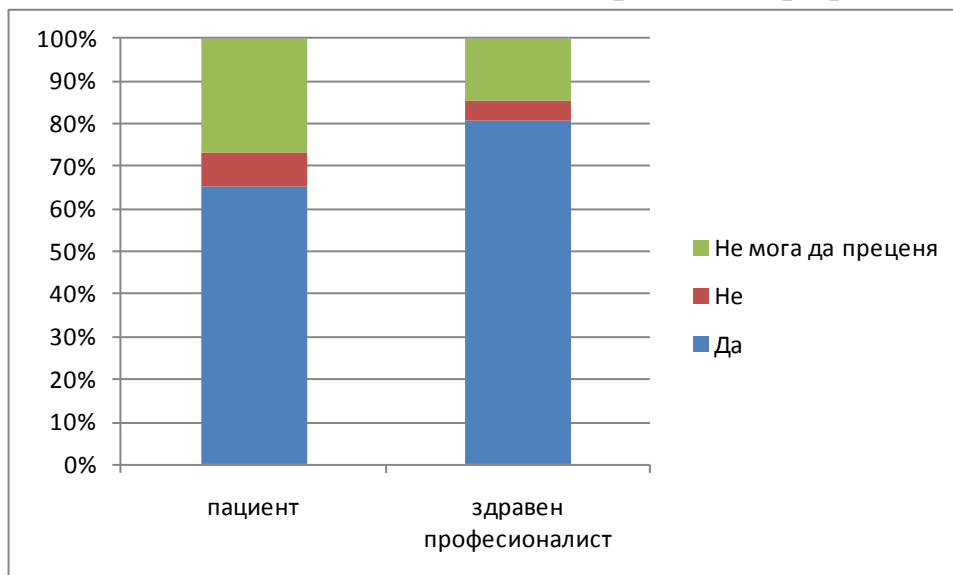
Здравните професионалисти /57,2%/ по много по-категоричен начин изразяват мнението си, че не е осигурен безпрепятствен достъп до качествени и ефективни здравни услуги, докато майките /39,9%/ са по-умерени в мненията си (Фиг.59).

Фигура 59. Разпределение на отговорите на въпроса „Осигурен ли е според вас безпрепятствен достъп до качествени и ефективни здравни услуги?“ по отделно за майките и здравните професионалисти



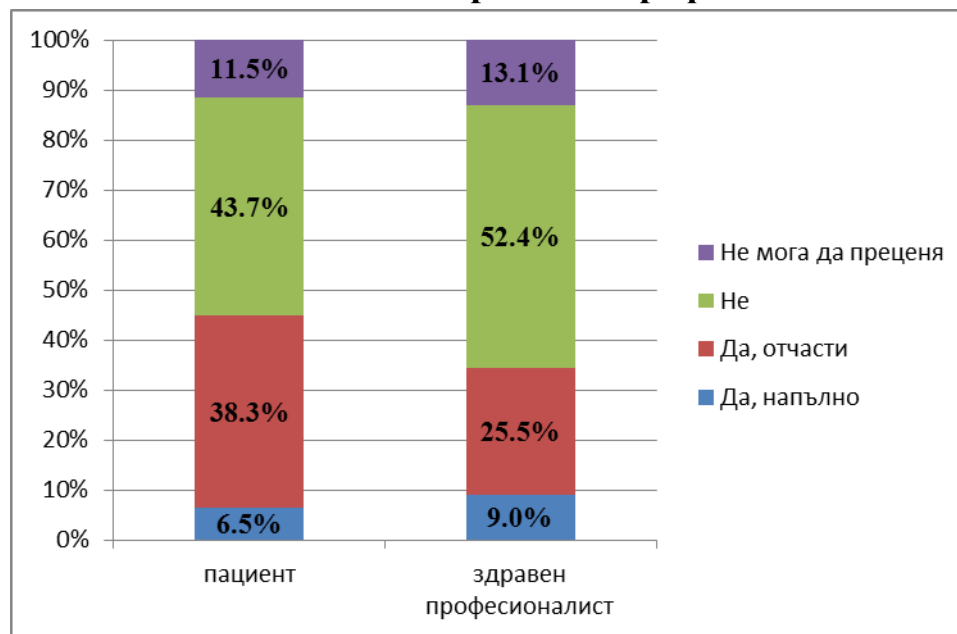
Здравните професионалисти /80,7%/ по-смело изразяват съгласието си с твърдението, че ако най-близката общинска болница съществува специализиран консултативен кабинет, ще спестят време и средства при разрешаване на проблеми, свързани със здравето на пациентите. При бременните и майките с деца съгласни с това твърдение са 65,1% от анкетираните, докато 26,9% не могат да преценят (Фиг. 60).

Фигура 60. Разпределение на отговорите на въпроса „Считате ли, че ако в най-близката общинска болница съществува специализиран консултативен кабинет, ще спестите време и средства при разрешаване на проблем свързан с вашето здраве/здравето на пациентите?“ по отделно за майките и здравните професионалисти



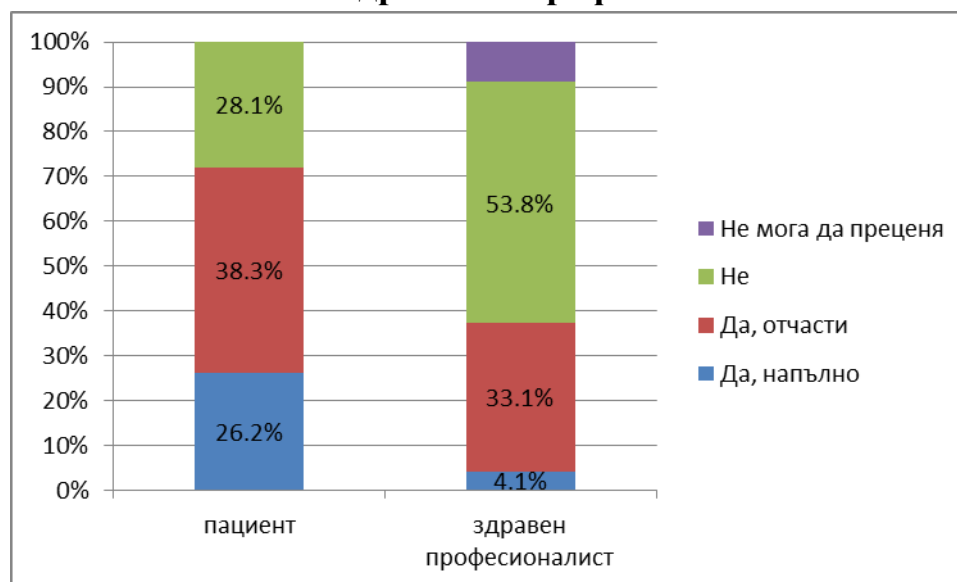
Здравните специалисти /52,4%/ са по-категорични, че пакета услуги, който се предоставя на бременни жени от НЗОК, не покрива необходимите консултации, прегледи и изследвания, в сравнение с мненията, изразени от майките /43,7%/ (Фиг. 61).

Фигура 61. 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



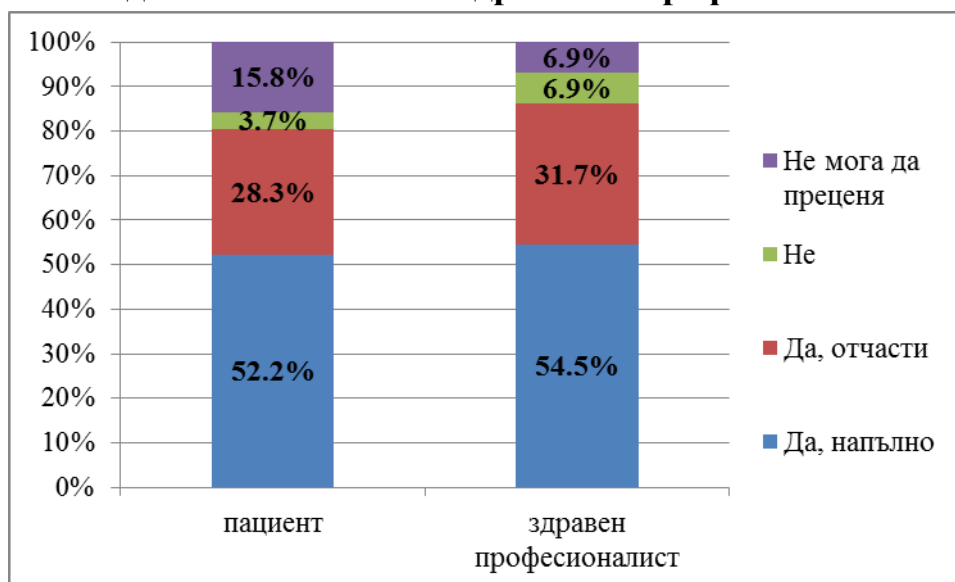
Майките съобщават по-високо ниво на познания /71,9% са запознати в различна степен/ относно пакета от дейности (прегледи, изследвания и имунизации), включени в разработената от НЗОК програма „Детско здравеопазване“, в сравнение с оценката на здравните професионалисти за техните знания /37,2%/ (Фиг. 62).

Фигура 62. 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 програма „Детско здравеопазване“?“ по отделно за майките и здравните професионалисти



И голяма част от анкетираните 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. 63).

Фигура 63. 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 медико-социален подход за подобряване на майчиното и детско здравеопазване в България.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. ИНТЕГРИРАН ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРЕН МЕДИКО–СОЦИАЛЕН ПОДХОД ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

В стратегическите документите, касаещи 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 организации. за значението на детското здраве за съдбата на нацията и неотложността на мерките.

Въвеждането на модела на интердисциплинарно медико – социално консултиране, като интегриран здравен и профилактичен подход ще доведе до:

- Подобряване на майчиното здраве
- Подобряване на здравето на децата до 18г.;
- Подобряване на ключови показатели, свързани със здравето на младите хора, бременните, децата и двойките чрез ;
- Промоция на здравето;
- Профилактика на социално значими заболявания сред жените и подрастващите;
- Разширяване на обхвата на бременните и адекватно предоставяне на нужната им подкрепа;
- Създаване на механизъм за актуализиране на действащите политики в сектора и създаване на условия за подобряване на

резултатите, водещи до овладяване на негативната демографска тенденция;

- Създаване на условия за безпрепятствен достъп до здравни грижи равномерно разположен в цялата страна;
- Осигуряване на медико – социална защита, юридическа подкрепа, икономическа подкрепа за бременните жени, родилките и семействата на деца до 18г.;
- Създаване на нормативни условия за усъвършенстване на компетенциите на специалистите по здравни грижи, с цел поемане на функционалното осъществяване на консултативните грижи.

Основните цели предлагания модел са:

- Създаване на необходимите условия за интегриране на здравните и социалните грижа насочена към жените и децата;
- Подпомагане на процеса на изготвяне и приемане на нормативни промени в здравното законодателство за регламентация на интердисциплинарните интегрирани, съобразени със съвременните изисквания здравно-консултативни услуги за бременни, майки, двойки, семейства и деца.
- Създаване на единен регистър на бременните, с цел подобряване обхвата им, контрол на жизнено важните демографски показатели.
- Създаване на централизиран механизъм за събиране на данни, оценка и анализ на състоянието на майчиното и детско здраве, необходими за предприемане на конкретни интервенции, съобразени с особеностите и потребностите на регионите и в изпълнение на наредените цели за овладяване на демографските тенденции.

- Подобряването на здравното обслужване на деvojките, жените и децата чрез въвеждане на съвременни консултативни интегрирани медико – социални услуги.
- Профилактика на социално значими заболявания както и повишена информираност на бременните, двойките, децата и техните родители, по различните аспекти на репродуктивното здраве.
- Превенция, ранна интервенция на уврежданията при децата както дългосрочна подкрепа за техните родители чрез медико-социалният аспект на модела;

С въвеждането на интердисциплинарния медико – социален подход ще се повиши нивото на информираност по различните аспекти на репродуктивното здраве на бременните, двойките, децата и техните родители, чрез:

- Адаптиране на методи, подходи и политики съобразени с, нагласите и поведението на подрастващите за собственото им здраве чрез количествени и качествени методи на изследване;
- Подкрепа на подрастващите за изграждане на жизненоважни умения за отговорно здравословно поведение, чрез програми за повишаване на информираност;

Усъвършенстване на механизмите за събиране на данни, оценка и анализ на състоянието на майчиното и детско здраве с оглед определяне на необходимите интервенции съобразно особеностите и потребностите на регионите

- Провеждане на проучвания за съществените различия в показателите за детско здраве в отделните области на страната, а така също и между селата и градовете и изработване на планове за действие по региони за преодоляване на негативните тенденции;

- Въвеждане на система за мониторинг и контрол за обхващането на бременните жени и децата за профилактични прегледи;
- Надграждане регистъра на ражданията с данни за обхвата с профилактични и диспансерни прегледи на бременните и децата;
- Надграждане регистъра на ражданията с регистър на недоносените и регистър на децата с данни за хронични заболявания.

Подобрено здравно обслужване на бременните жени, двойките, майките и децата чрез предоставяне на интегрирани интердисциплинарни здравно-консултативни услуги в здравно-консултативни звена за майчино и детско здраве

- 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;
- Развитие на медико-социални услуги за бременни жени, двойки, семейства и деца;
- Обучение на персонала за консултиране – лекари, медицински сестри, акушерки;
- Подобряване обучението на студентите, ОПЛ, лекари и друг персонал по специфични въпроси касаещи майчино и детско здраве – проблеми на недоносените деца и деца с хронични болести;
- Укрепване на материално-техническата база на лечебните заведения;

- Подобряване на диагностиката на патологичната бременност чрез повишаване квалификацията на кадрите и осигуряване на подходяща апаратура;
- Подобряване на пакета услуги, предоставяни за бременни жени;
- Осигуряване на комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване за деца с хронични заболявания;
- Внедряване на европейски стандарти за диагностика и лечение – алгоритми, фишове за поведение и др.;
- Развитие на интегрирани иновативни междусекторни услуги за деца и семейства (с акцент върху интегрирането на различните видове услуги – социални, здравни, образователни и др.);
- Обновяване на неонатологичната апаратура за повисокотехнологична диагностика;
- Обновяване апаратурата за диагностика и лечение за деца;
- Осигуряване на профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и грижи за деца със специални потребности;
- Обучение на персонала за консултиране – лекари, медицински сестри, акушерки;
- Подобряване на грижите за недоносените деца – диагностика, проследяване, осигуряване на комплексна рехабилитация, медийни кампании, обучение на ОПЛ, лекари, и обучение на родителите ;
- Превенция и ранна интервенция на уврежданията при децата;
- Подобряване на комплексните грижи за деца с увреждания и деца със специфични потребности;
- Изграждане и утвърждаване на модел за предоставяне на продължителна здравна грижа за деца;

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-обучителни, здравно-консултативни, медико-социални дейности, психологическа консултация, 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 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;
- 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;
- Подобрен 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;
- Подобвени показатели, характеризиращи здравното състояние на децата, бременните жени и родилките;

Интегрираната грижа ще разшири и допълни дейността на личните лекари, педиатри и акушер-гинеколози в следните аспекти:

- Промоция на здравето, профилактика и превенция на рисковете за детското здраве и развитие;
- Образование на родителите и подкрепа за развиване на родителски умения за грижа за малките деца;
- Ранно идентифициране на рисковете за здравето и развитието на детето и осигуряване на ранна интервенция;
- Подобвено медицинско обслужване на бременни и деца;
- Интегриране на медицинското обслужване с оглед реална реализация на гарантирания пакет;
- Комплексно медико-социално обслужване на деца с хронични заболявания;

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 анкетираните 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 анкетираните с най-ниски доходи (54,4%), докато според 57,2 % от здравните специалисти не е осигурен безпрепятствен достъп.
3. Мнозинството от анкетираните 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 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, като неполучилите направление са 11,6%.
5. Под една трета (31%) от анкетираните 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 анкетираните 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 анкетираните 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 интердисциплинарни 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 индърдисциплинарен 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 анкетирани бременни, майки с деца и здравни специалисти относно състоянието на майчиното и детско здравеопазване в България.

-Изследвани и анализирани са информираността на анкетирани 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуализирана национална стратегия за демографското развитие на населението в република България 2012 – 2030, София
2. Борисов В., Здравните реформи – трудности и рискове. Минимизиране на риска, Здравен мениджмънт с основи на здравната политика, избрани лекции, С., 2003, с. 168
3. Борисов В., Приоритети на европейската здравна политика, Здравен мениджмънт с основи на здравната политика, избрани лекции, С., 2003, с.215
4. Борисов В., Роля на общественото мнение, Здравен мениджмънт с основи на здравната политика, избрани лекции, С., 2003, с. 151
5. Борисов В., Синтетична социална медицина, Първично здравно обслужване, С., 1999 с. 80
6. Борисов В., Типове здравеопазни системи, Социална медицина, С., 2001, с.96-99.
7. Борисов В., Три неизползвани ресурса на здравната реформа. От каква подкрепа се нуждае здравната реформа?, Здравен мениджмънт, 2003, 3, с. 35
8. Борисов В., Учение за здравните потребности, Синтетична социална медицина, С., 1999, с.60
9. Борисов В., Ц.Воденичаров, Процеси на интеграция и диференциация в съвременното обществено здравеопазване, Ново обществено здравеопазване, С., 1998, т.1, с.35-38.
10. Валентинова Цв., Размер и състав на основните екипи, работещи в практиките за ПЗП, Здравен мениджмънт, С., 4, 2004, с.44-46
11. Воденичаров Ц., В. Борисов, Доброволно здравно осигуряване – стратегия на избора, С., 1999, с.150
12. Воденичаров Ц., Седемте разлики между медика и мениджъра, С., 2003, с.75
13. Воденичаров Ц., Тенденции в съвременните здравно-осигурителни системи, Ново обществено здравеопазване, С., т.1, 1998, с.260-261
14. Воденичаров Ц., Десетте принципа на медика и мениджъра. СИМЕЛПРЕС. С., 2010, 140 с.
15. Воденичаров, Ц., В. Борисов, С. Гладилков, К. Чамов, Д. Кръшков, Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване, Здравен мениджмънт, № 2, 2005, с. 5-14.

16. Воденичаров, Ц., С. Попова, Социална медицина, С., Екопринт, 2009, 238 стр.
17. Воденичаров, Ц., Ст. Гладилев, К. Чамов, Д. Кръшков, Социално либерален модел за развитие на българското здравеопазване, Социална медицина, № 1-2, 2005, с. 4-7.
18. Гладилев Ст., Икономическият начин на мислене в българското здравеопазване. Исторически аспекти, състояние, перспективи (Част II - Продължение от миналия брой), Здравен мениджмънт, 5, № 5, 2005, с. 39-42.
19. Гладилев, Ст., Икономически аспекти на изграждане на капацитета на здравеопазването в Република България, София, 2004, с. 202.
20. Гладилев, Ст., Основни насоки на икономическата реформа в здравеопазването в условията на пазарна икономика, V конгрес по социална хигиена, Плевен, 7-9 май 1992 г.
21. Гладилев, Ст., Съвременни модели за финансиране на здравеопазването, Trakia Journal of Sciences 6 , № 2, Suppl. 3, 2008, с. 28-30.
22. Гладилев, Ст., Б. Борисов, Съвременни методи за икономически анализ и ролята им за повишаване ефективността на здравеопазването, Здравна политика и мениджмънт, 10, № 4, 2010, с. 16-19.
23. Грива, Хр., Т. Чолакова, Ст. Христова, Здравни индикатори, НЦЗИ, С., 2000 г., с. 114.
24. Делчева, Е., Икономически параметри на съвременната здравна реформа, Икономически алтернативи, бр. 3, 2007, с.14-25.
25. Делчева, Е., Пазар на частни здравни услуги в България: социално-икономически аспекти. В: сб. Частната медицинска практика в България, Национален семинар, януари, 1996.
26. Делчева, Е., Управление на здравето осигуряване, УНСС, 2006, с. 200.
27. Доклад за здравето на гражданите 2013, София
28. Документ на Световна банка, Сметчане на икономическото въздействие на застаряването на населението, август 2013

29. Златанова, Р., Т. Златанова, В. Петков, Анализ на правата на пациента, Здравен мениджмънт, № 6, 2005, с. 10-13
30. Златанова, Т., Р. Великова, Подходи за повишаване на качеството на управление в болницата, ИНГА, Двадесет и седма научно-технологична сесия КОНТАКТ 2011, 24.06.2011, С., с. 114 – 120.
31. Златанова, Т., Р. Златанова–Великова, Динамика на разходите в здравеопазването на базата на системата на здравните сметки, ИНГА, 26-та научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2010, Интердисциплинарната идея в действие, 29.10.2010, С., с. 131-136.
32. Златанова, Т., Р. Златанова-Великова, С. Великов, Мениджмънт на капацитета и разходите за пациента в болницата, Здравен мениджмънт, 7, No 7, 2007, с. 44-48.
33. Златанова, Т., Р. Златанова-Великова, Цв. Готова, Р. Янева, Кр. Маркова, Вл. Гончев. Анализ на достъпа до първичната извънболнична медицинска помощ, в сб. статии Европейските етични стандарти и българската медицина, С., 2014, 73-77 с
34. Златанова-Великова, Р., Т. Златанова, Структура и динамика на хоспитализираната заболяемост, 26-та научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2010, Интердисциплинарната идея в действие, 29.10.2010, С., с. 137-142.
35. Комитов, Г., Стр. Генов, Мениджмънт на ресурсите – приоритет на здравната реформа, Горекс Прес, С., с.192.
36. Комитов, Г., Стр. Генов, Приложение на тежестта на заболяването в измерване на болничния продукт, Здравен мениджмънт, № 5, С., 2007, с. 17-21.
37. Костадинова, Т., Маркетингови подходи в управление на болницата, Здравна икономика и мениджмънт, 2, 2001
38. Мирчев М., Социална динамика и цивилизационно разслояване, изд. М-8-М, София, 2009
39. Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, обн. в ДВ бр. 92/22.11.2016 г.
40. 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;
41. Наредба № 40 от 24 ноември 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, в сила от 01.01.2005 г., издадена от Министерството на здравеопазването, Обн. ДВ. бр.112 от 23 Декември 2004г., изм.

ДВ. бр.32 от 2 Април 2013г... бр. 95 от 18.11.2014 г., в сила от 1.01.2015 г.

42. Национална здравна карта на Република България, Приета с Решение № 202 на Министерския съвет от 24 март 2016г.
43. Национална здравна стратегия на република България 2014 – 2020, София
44. Петков, В., Н.Попов, Т.Златанова, Световното население: актуални проблеми и тенденции за следващите десетилетия, Социална медицина, 3, С., 2005, с.4-7.
45. Петков, В., Стратегически проекции на здравната реформа, Социална медицина, С., 2007
46. Петрова – Готова, Ц., Финансови аспекти на здравеопазването в някои от развитите и развиващите се страни през последните години – литературен обзор, Здравен мениджмънт, 6, № 6, 2006, с. 30-36.
47. Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов, Качеството в здравеопазването - съвременни измерения и тенденции, Хелт медия груп, С., 2008, с. 270.
48. Петрова, Зл., Клиничните пътеки — метод за финансиране или метод за управление на качеството, С., 2010, [www://politiki.bg/bg.02/10](http://politiki.bg/bg.02/10)
49. Щерева, Д., Разходи на стационарните лечебни заведения в България през 2001-2009 г.: динамика и тенденции, Здравна политика и мениджмънт, №2, С., 2011, с. 66-69.
50. Щерева, Д., Финансови постъпления (приходи) в болниците: видове, динамика и анализ, Здравна политика и мениджмънт, №1, С., 2011, с.77-82.
51. Янева, Р., Клиничните пътеки като стандарт за качество, В: Сб. материали от XXIV Научно-технологична сесия “Контакт 2009” на ИНГА, ТЕМТО, С., 2009, с.93-98.
52. Янева, Р., Микроикономикс на болничното лечебно заведение, Ръководство за упражнения и семинари, Симелпрес, С., 2011, 222 с.
53. Янева, Р., Необходимост от ефективно разпределение и изразходване на здравните ресурси, В: Сб. материали от XX Научно-технологична сесия м “Контакт 2007” на ИНГА, ТЕМТО, С., 2007, с.191-194.

54. Янева, Р., Управление на публичните болници – съвременни тенденции, Медицински меридиани, т. I, бр. 3, 2010, с.43-47.
55. Abul-Fadl, A., Shawky, M., El-Taweel, A., Cadwell, K., & Turner-Maffei, C. (2012). Evaluation of women' knowledge, attitudes, and practice towards the ten steps to successful breastfeeding in Egypt. *Breastfeeding Medicine*, 7(3), 173–178.
56. Adams, R. C., & Tapia, C. (2013). Early intervention, IDEA part C services, and the medical home: Collaboration for best practice and best outcomes. *Pediatrics*, 132(4), e1073–e1088.
57. Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937. CrossRefPubMedGoogle Scholar
58. Australian Government Department of Health. (2014). Australia's Physical Activity and Sedentary Behaviour Guidelines. Retrieved Feb 10, 2016
59. Azzi-Lessing, L. (2011). Home visitation programs: critical issues and future directions. *Early Childhood Research Quarterly*, 26(4), 387–398.
60. Belsky, J., & Most, R. K. (1981). From exploration to play: A cross-sectional study of infant free play behavior. *Developmental Psychology*, 17(5), 630–639
61. Birch, L. L., Parker, L., & Burns, A. (2011). Early childhood obesity prevention policies. Washington, DC: Institute of Medicine.
62. Campos, J. J., Anderson, D. I., Barbu-Roth, M. A., Hubbard, E. M., Hertenstein, M. J., & Witherington, D. (2000). Travel broadens the mind. *Infancy*, 1(2), 149–216.
63. Cherop, C. E., Keverenge-Ettsyang, A., & Mbagaya, G. M. (2009). Barriers to exclusive breastfeeding among infants aged 0–6 months in eldoret municipality, Kenya. *East African Journal of Public Health*, 6(1), 69–72.
64. Chou R, Cantor A, Bougatsos C, Zakher B. Screening for HIV in pregnant women: systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK114880/pdf/TOC.pdf>.
65. Chou R, Smits AK, Huffman LH, Fu R, Korthuis PT, US Preventive Services Task Force. Pre-natal screening for HIV: A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2005; 143: 38-54. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15998754>

66. Cope, D. G. (2014). Methods and meanings: Credibility and trustworthiness of qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(1), 89–91.
67. Coutsooudis A, Dabis F, Fawzi W, Gaillard P et al. Late postnatal transmission of HIV-1 in breast-fed children: an individual patient data meta-analysis. *J Infect Dis* 2004; 189: 2154-2166. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15181561>
68. Cross-Barnet, C., Augustyn, M., Gross, S., Resnik, A., & Paige, D. (2012). Long-term breastfeeding support: Failing women in need. *Maternal & Child Health Journal*, 16(9), 1926–1932.
69. Crossman, M.K., Warfield, M.E., Kotelchuck, M. et al., Associations Between Early Intervention Home Visits, Family Relationships and Competence for Mothers of Children with Developmental Disabilities, *Matern Child Health J* (2018). <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2429-x>
70. Delaware Stars for Early Success. (2014). Early care & education center standards. Retrieved from <http://www.delawarestars.udel.edu/wp-content/uploads/2013/11/ECE-Standard-7.1.20141.pdf>.
71. Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG) u.a. S2k-Leitlinie: Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-Therapie in der Schwangerschaft und bei HIV-exponierten Neugeborenen. September 2011. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/055-002.html>
72. Eidelman, A. I., & Feldman-Winter, L. (2005). American Academy of Pediatrics policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115(2), 496–506.
73. Environmental Rating Scales Institute. (2013). Additional notes for clarification for the ITERS-R. Retrieved Feb 10, 2016 from <http://www.ersi.info/PDF/NotesforClarification/ITERS-R%20Additional%20Notes%209-13.pdf>.
74. Forbes JC, Alimenti AM, Singer J, Brophy JC, Bitnun A, Samson LM et al. A national review of vertical HIV transmission. *AIDS* 2012; 26(6): 757-763. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/22210635>
75. Giglia, R., & Binns, C. (2014). The effectiveness of the internet in improving breastfeeding outcomes: A systematic review. *Journal of Human Lactation*, 30(2), 156–160.
76. Harms, T., Cryer, D., & Clifford, R. (2006). *Infant/Toddler Environmental Rating Scale: Revised Edition*. New York, NY: Teachers College Press.

77. Hesketh, K. R., van Sluijs, E. M., Blaine, R. E., Taveras, E. M., Gillman, M. W., & Neelon, S. E. B. (2015). Assessing care providers' perceptions and beliefs about physical activity in infants and toddlers: baseline findings from the Baby NAP SACC study. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1477-z>.
78. Heymann, J., Raub, A., & Earle, A. (2013). Breastfeeding policy: A globally comparative analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(6), 398–406.
79. Hobbs, B. (2011). The container baby lifestyle. Retrieved Feb 10, 2016 from <http://nspt4kids.com/parenting/the-container-baby-lifestyle>.
80. Horvath T, Madi BC, Iuppa IM, Kennedy GE, Rutherford G, Read JS. Interventions for prevent-ing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. *Cochrane Database Sys Rev* 2009; (1): CD006734. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160297>
81. http://www.naralicensing.org/assets/docs/ChildCareLicensingStudies/2014CCStudy/center_licensing_trends_brief_2014.pdf. Accessed 3 Feb 2017.
82. Ijumba, P., Doherty, T., Jackson, D., Sanders, D., Tomlinson, M., & Persson, L. (2014). Social circumstances that drive early introduction of formula milk: An exploratory qualitative study in a peri-urban South African community. *Maternal and Child Nutrition*, 10(1), 102–111.
83. Kemp, L., Harris, E., McMahan, C., Matthey, S., Vimpani, G., Anderson, T., et al. (2013). Benefits of psychosocial intervention and continuity of care by child and family health nurses in the pre- and postnatal period: Process evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1850–1861.
84. Kent, J. C., Prime, D. K., & Garbin, C. P. (2012). Principles for maintaining or increasing breast milk production. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(1), 114–121.
85. Kimani-Murage, E., Fotso, J., Kyobutungi, C., Mutua, M. K., Yatich, N., Madise, N. J., et al. (2011). Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya. *BMC Public Health*, 11, 396.
86. Kimani-Murage, E., Wekesah, F., Wanjohi, M., Kyobutungi, C., Ezeh, A. C., Musoke, R. N., et al. (2015). Factors affecting actualisation of the WHO breastfeeding recommendations in urban poor settings in Kenya. *Maternal and Child Nutrition*, 11(3), 314–332.

87. Lakati, A. S., Makokha, O. A., Binns, C. W., & Kombe, Y. (2010). The effect of pre-lacteal feeding on full breastfeeding in Nairobi, Kenya. *East African Journal of Public Health*, 7(3), 258–262.
88. Lakati, A., Binns, C., & Stevenson, M. (2002). The effect of work status on exclusive breastfeeding in Nairobi. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 14(2), 85–90.
89. León-Cava, N., Lutter, C., Ross, J., & Martin, L. (2002). Quantifying the benefits of breastfeeding: A summary of the evidence. PAHO: Washington, DC.
90. Littlefield, T., Kelly, K., Reiff, J., & Pomatto, J. (2003). Car seats, infant carriers, and swings: Their role in deformational plagiocephaly. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 15(3), 102–106.
91. Lyytinen, P., Laakso, M.-L., Poikkeus, A.-M., & Rita, N. (1999). The development and predictive relations of play and language across the second year. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40, 177–186.
92. Mamedova, S., & Redford, J. (2015). Early Childhood Program Participation, from the National Household Education Surveys Program of 2012. National Center for Education Statistics. Retrieved Feb 10, 2016 from <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2013029rev>.
93. Matanda, D. J., Mittelmark, M. B., Urke, H. B., & Amugsi, D. A. (2014). Reliability of demographic and socioeconomic variables in predicting early initiation of breastfeeding: A replication analysis using the Kenya demographic and health survey data. *BMJ Open*, 4(6).
94. Mitchell, A. W. (2005). *Stair steps to quality: A guide for states and communities developing quality rating systems for early care and education*. Alexandria, VA: United.
95. Nankunda, J., Tumwine, J. K., Nankabirwa, V., & Tylleskär, T. (2010). “She would sit with me”: Women’ experiences of individual peer support for exclusive breastfeeding in Uganda. *International Breastfeeding Journal*, 5.
96. National Center Early Childhood Quality Assurance. (2015). Trends in child care center licensing, regulations, and policies for 2014.
97. National Research Council and Institute of Medicine. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Committee on integrating the science of early childhood development. In P. Jack Shonkoff & D. A. Phillips (Eds.) Board on children, youth, and families, commission on behavioral and social sciences and education. Washington, DC: National Academy Press.

98. National Resource Center for Health and Safety in Child Care and Early Education. (2011). *Caring for our children: National health and safety performance standards*, 3rd edn. Retrieved Feb 10, 2016 from <http://cfoc.nrckids.org>.
99. Nyanga, N. M., Musita, C., Otieno, A., & Kaseje, D. (2012). Factors influencing knowledge and practice of exclusive breastfeeding in Nyando district, Kenya. *African Journal of Food, Agriculture, Nutrition and Development*, 12(6), 6632–6645.
100. Ogden, C., Carroll, M., Kit, B., & Flegal, K. (2014). Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *Journal of the American Medical Association*, 311(8), 806–814.
101. Oudgenoeg-Paz, O., Leseman, P. P. M., & Volman, M. J. M. (2015). Exploration as a mediator of the relation between the attainment of motor milestones and the development of spatial cognition and spatial language. *Developmental Psychology*, 51(9), 1241–1253.
102. Oudgenoeg-Paz, O., Volman, M. J. M., & Leseman, P. P. M. (2016). First steps into language? Examining the specific longitudinal relations between walking, exploration and linguistic skills. *Frontier in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01458>. Google Scholar
103. Prioreschi, A., & Michlesfield, L. K. (2016) A scoping review examining physical activity measurement and levels in the first 2 years of life. *Child: Care, Health and Development*, 42(6), 775–783.
104. Read JS, Newell M-L. Efficacy and safety of cesarean delivery for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1. *Cochrane Database Sys Rev* 2005; (4): CD005479. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16235405>
105. Robert Koch Institut (RKI). RKI-Ratgeber für Ärzte. Dezember 2013. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HIV_AIDS.html?nn=2374210
106. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986) zuletzt geändert am 21. April 2016 veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 19.07.2016 B5 in Kraft getreten am 20. Juli 2016
107. Sherriff, N., & Hall, V. (2011). Engaging and supporting fathers to promote breastfeeding: A new role for health visitors? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 467–475.

108. Shirima, R., Gebre-Medhin, M., & Greiner, T. (2001). Information and socioeconomic factors associated with early breastfeeding practices in rural and urban Morogoro, Tanzania. *Acta Paediatrica*, 90, 936–942. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2001.tb02461.x>.
109. Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P, Sint TT. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Sys Rev* 2011; (7): CD003510. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21735394>
110. Sijtsma, A., Sauer, P. J., Stolk, R. P., & Corpeleijn, E. (2013). Infant movement opportunities are related to early growth — GECKO Drenthe cohort. *Early Human Development*, 89(7), 457–461.
111. Slining, M. M., Neelon, S. E., & Duffey, K. J. (2014). A review of state regulations to promote infant physical activity in child care. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. <https://doi.org/10.1186/s12966-014-0139-3>.
112. Smith, L. B., & Thelen, E. (2003). Development as a dynamic system. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 7(8), 343–348.
113. State of Delaware Office of Child Care Licensing. (2015). *Delacare: Regulations for early care and education and school-age centers*. Wilmington, DE.
114. Stewart-Knox, B., Gardiner, K., & Wright, M. (2003). What is the problem with breast-feeding? A qualitative analysis of infant feeding perceptions. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 16(4), 265–273.
115. Sturt AS, Dokubo EK, Sint TT. Antiretroviral therapy (ART) for treating HIV infection in ART-eligible pregnant women. *Cochrane Database Sys Rev* 2010; (3): CD008440. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20238370>
116. Tarrant, M., Dodgson, J. E., & Wu, K. M. (2014). Factors contributing to early breast-feeding cessation among Chinese women: An exploratory study. *Midwifery*, 30(10), 1088–1095.
117. The Build Initiative & Child Trends. (2015). *A Catalog and Comparison of Quality Rating and Improvement Systems (QRIS) [Data System]*. Retrieved April 29, 2016 from <http://qriscompendium.org/>.
118. Thelen, E. (2000). Motor development as foundation and future of developmental psychology. *International Journal of Behavioral Development*, 24(4), 385–397.
119. Timmons, B. W., et al. (2012). Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0-4 years). *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37, 773–792.

120. Tremblay, M. S., Leblanc, A. G., Carson, V., Choquette, L., Gorber, S.C., Dillman, C., et al. (2012). Canadian physical activity guidelines for the early years (aged 0-4 years). *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. <https://doi.org/10.1139/h2012-018>.
121. Tsai, S. (2013). Impact of a breastfeeding-friendly workplace on an employed mother's intention to continue breastfeeding after returning to work. *Breastfeeding Medicine*, 8(2), 210–216.
122. United Kingdom Department of Health. (2011). Start active, stay active: A report on physical activity from the four home countries' Chief Medical Officers. Retrieved Feb 10, 2016 from https://www.sportengland.org/media/388152/dh_128210.pdf.
123. United States Department of Health and Human Services. (2008). Children and adolescents - 2008 physical activity guidelines. Retrieved Feb 10, 2016 from <http://health.gov/paguidelines/guidelines/children.aspx>.
124. Wallace, L. E., & Chason, H. (2007). Infant feeding in the modern world: Medicalization and the maternal body. *Sociological Spectrum*, 27(4), 405–438.
125. Warfield, M., Hauser-Cram, P., Wyngaarden Krauss, M., Shonkoff, J. P., & Upshur, C. C. (2000). The effect of early intervention services on maternal well-being. *Early Education and Development*, 11(4), 499–517
126. Winkelman, J. W., J. L. Aitken, D. R. Wybenga, Cost saving in a hospital clinical laboratory with a pay-for-performance incentive program for supervisors. *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 1991, 115(1):38-41.
127. Witters-Green, R. (2003). Increasing breastfeeding rates in working women. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family HealthCare*, 21(4), 415–434.
128. Wolfe, P. R., D.W. Moran, Global budgeting in the OECD countries. *Health Care Financing Review*, 1993, 14(3):333.
129. Wolff, M., N. Schlesinger, Risk, motives, and styles of utilization review: a crosscondition comparison. *Social Sciences and Medicine*, 1998, 47(7):911-26.
130. World Health Organization (WHO) 2010: ANTIRETROVIRAL drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Recommendations for a public health approach - 2010 Version. HIV/Aids Programme; Strengthening health service to fight HIV/AIDS) http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf

131. World Health Organization. (2002). The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation, Geneva, Switzerland.
132. World Health Organization. (WHO). (2008). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007. Washington DC: World Health Organization.
133. Zelman, W., M.McCue, A.Millikan, Financial Management of Health Organizations, Blackwell, 2000.
134. About the Public Health Service, Zavod za Zdravstveno Zavorovanje Slovenije, 2008, www.zzzs.si
135. <http://www.who.int/about/regions/euro/en/>
136. <http://www.mh.government.bg>
137. <http://ncphp.government.bg/>
138. <http://www.nsi.bg/>
139. <http://www.springer.com/public+health/journal/10995>
140. www.nhif.bg
141. www.nhif.bg/web/

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

АНКЕТНА КАРТА ЗА БРЕМЕННИ И МАЙКИ С ДЕЦА

Уважаема госпожо,
Изготвената от нас анкета има за цел да установи състоянието на майчиното и детско здравеопазване в България.
Резултатите от проучването ще бъдат използвани за подобряване на медицинското обслужване на бременните и децата.
Моля отговорете на въпросите като оградите избрания от Вас отговор.
Анкетата е анонимна.
Благодарим Ви за отзивчивостта!

1. ВЪЗРАСТ ГОД.

2. КАКВО Е СЕМЕЙНОТО ВИ ПОЛОЖЕНИЕ?

- 1) НЕЖЕНЕН / НЕОМЪЖЕНА
- 2) ЖЕНЕН / ОМЪЖЕНА
- 3) РАЗДЕЛЕН/А, НО НЕ РАЗВЕДЕН/А
- 4) РАЗВЕДЕН/А
- 5) ВДОВЕЦ / ВДОВИЦА
- 6) ЖИВЕЕЩ/А В СЪЖИТЕЛСТВО БЕЗ БРАК

3. ВАШЕТО ОБРАЗОВАНИЕ?

- 1) БЕЗ ОБРАЗОВАНИЕ
- 2) ОСНОВНО
- 3) СРЕДНО
- 4) ПРОФЕСИОНАЛЕН БЪКАЛАВЪР
- 5) ВИСШЕ – БАКАЛАВЪР
- 6) ВИСШЕ - МАГИСТЪР
- 7) НАУЧНА СТЕПЕН (ДОКТОР, ДОКТОР НА НАУКИТЕ)
- 8) НАУЧНО ЗВАНИЕ (ПРОФЕСОР, ДОЦЕНТ, СТ.Н. СЪТРУДНИК)

4. КАКЪВ Е ВАШИЯТ СОЦИАЛЕН СТАТУС?

- 1) УЧАЩ
- 2) РАБОТЕЩ
- 3) БЕЗРАБОТЕН
- 4) ПЕНСИОНЕР

5. МЕСТОЖИВЕЕНЕ:

- 1) СЕЛО
- 2) ГРАД
- 3) СТОЛИЦА

6. КАКВА Е ВАШАТА ЕТНИЧЕСКА ПРИНАДЛЕЖНОСТ?

- 1) БЪЛГАРИН
- 2) ТУРЧИН
- 3) РОМ
- 4) ДРУГА

7. КАК БИХТЕ ОПРЕДЕЛИЛИ ВАШИТЕ ДОХОДИ?

- 1) МНОГО ВИСОКИ
- 2) ПО-СКОРО ВИСОКИ
- 3) СРЕДНИ
- 4) ПО-СКОРО НИСКИ
- 5) МНОГО НИСКИ

8. ИНФОРМИРАНИ ЛИ СТЕ ЗА СЪЩЕСТВУВАНЕТО НА НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ 2014-2020Г.:

- 1) ДА
- 2) НЕ

9. АКО ОТГОВОРЪТ ВИ Е „ДА” ЗАПОЗНАТИ ЛИ СТЕ С ДЕЙНОСТИТЕ, ВКЛЮЧЕНИ В ПРОГРАМАТА:

- 1) ДА, НАПЪЛНО
- 2) ДА, ОТЧАСТИ
- 3) НЕ

10. В НАСЕЛЕНОТО МЯСТО, В КОЕТО ЖИВЕЕТЕ ИМА ЛИ ОПЛ?

- 1) ДА
- 2) НЕ

11. В НАСЕЛЕНОТО МЯСТО, В КОЕТО ЖИВЕЕТЕ ИМА ЛИ АКУШЕРКА?

- 1) ДА
- 2) НЕ

12.НА КОЛКО КИЛОМЕТРА Е НАЙ-БЛИЗКАТА ОБЩИНСКА БОЛНИЦА ОТ НАСЕЛЕНОТО МЯСТО В КОЕТО ЖИВЕЕТЕ? (МОЛЯ, ПОСОЧЕТЕ С ЦИФРИ)КМ

13.ОСИГУРЕН ЛИ Е СПОРЕД ВАС /ИМАЛИ ЛИ СТЕ, КОГАТО СЕ Е НАЛАГАЛО/ БЕЗПРЕПЯТСТВЕН ДОСТЪП ДО КАЧЕСТВЕНИ И ЕФЕКТИВНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ?

- 1) ДА
- 2) НЕ

14.СЧИТАТЕ ЛИ, ЧЕ АКО В НАЙ-БЛИЗКАТА ОБЩИНСКА БОЛНИЦА СЪЩЕСТВУВА СПЕЦИАЛИЗИРАН КОНСУЛТАТИВЕН КАБИНЕТ, ЩЕ СПЕСТИТЕ ВРЕМЕ И СРЕДСТВА ПРИ РАЗРЕШАВАНЕ НА ПРОБЛЕМ СВЪРЗАН С ВАШЕТО ЗДРАВЕ?

- 1) ДА
- 2) НЕ
- 3) НЕ МОГА ДА ПРЕЦЕНЯ

15.КОЙ ВИ НАБЛЮДАВА ПО ВРЕМЕ НА ПЪРВАТА БРЕМЕННОСТ?

- 1) ОПЛ
- 2) СПЕЦИАЛИСТ ПО АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ
- 3) НЕ ПРОВЕЖДАХ ПРЕГЛЕДИ И ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРИ ЛЕКАР
- 4) ДРУГО (МОЛЯ, ПОСОЧЕТЕ) _____

16.КОЙ ВИ НАБЛЮДАВА ПО ВРЕМЕ НА ВТОРАТА БРЕМЕННОСТ?

- 1) ОПЛ
- 2) СПЕЦИАЛИСТ ПО АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ
- 3) НЕ ПРОВЕЖДАХ ПРЕГЛЕДИ И ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРИ ЛЕКАР
- 4) ДРУГО (МОЛЯ, ПОСОЧЕТЕ) _____

17.АКО СТЕ ИМАЛИ ЗДРАВΟΣЛОВЕН ПРОБЛЕМ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТТА И СЛЕД РАЖДАНЕТО КЪМ КОГО СЕ ОБЪРНАХТЕ ЗА ДИАГНОСТИЦИРАНЕ И ЛЕЧЕНИЕ?

- 1) ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР
- 2) АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ /НАБЛЮДАВАЩ МЕ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТТА/
- 3) ДРУГ ЛЕКАР
- 4) НЕ ПОТЪРСИХ ЛЕКАРСКА ПОМОЩ
- 5) ДРУГО (МОЛЯ, ПОСОЧЕТЕ)_____

18.АКО ВИ СЕ Е НАЛАГАЛО КОНСУЛТАЦИЯ СЪС СПЕЦИАЛИСТ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТТА ПО КОНКРЕТЕН ЗДРАВΟΣЛОВЕН ПРОБЛЕМ ПОЛУЧИХТЕ ЛИ НАПРАВЛЕНИЕ ОТ ОПЛ?

- 1) ДА, ВЕДНАГА
- 2) ДА, НО СЕ НАЛОЖИ ДА ИЗЧАКАМ НАЧАЛОТО НА СЛЕДВАЩИЯ МЕСЕЦ
- 3) НЕ
- 4) ДРУГО (МОЛЯ, ПОСОЧЕТЕ)_____

19.АКО ВИ СЕ Е НАЛАГАЛО ДА НАПРАВИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТТА ПО КОНКРЕТЕН ЗДРАВΟΣЛОВЕН ПРОБЛЕМ ПОЛУЧИХТЕ ЛИ НАПРАВЛЕНИЕ ОТ ОПЛ?

- 1) ДА, ВЕДНАГА
- 2) ДА, НО СЕ НАЛОЖИ ДА ИЗЧАКАМ НАЧАЛОТО НА СЛЕДВАЩИЯ МЕСЕЦ
- 3) НЕ
- 4) ДРУГО (МОЛЯ, ПОСОЧЕТЕ)_____

20.СМЯТАТЕ ЛИ, ЧЕ ПАКЕТА УСЛУГИ, КОЙТО СЕ ПРЕДОСТАВЯ НА БРЕМЕННО ЖЕНИ ОТ НЗОК ПОКРИВА НЕОБХОДИМИТЕ КОНСУЛТАЦИИ, ПРЕГЛЕДИ И ИЗСЛЕДВАНИЯ?

- 1) ДА, НАПЪЛНО
- 2) ДА, ОТЧАСТИ
- 3) НЕ
- 4) НЕ МОГА ДА ПРЕЦЕНЯ

21.АКО НЕ, КАКВО ОЩЕ Е НЕОБХОДИМО СПОРЕД ВАС ПРИ ПРОСЛЕДЯВАНЕ НА БРЕМЕННОСТТА?

.....

22.ИМАТЕ /ИМАХТЕ/ ЛИ НУЖДА ОТ ДОПЪЛНИТЕЛНА ИНФОРМАЦИЯ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТТА?

- 1) ДА
- 2) НЕ

23.АКО ДА, ОТ КЪДЕ Я ПОЛУЧИХТЕ?

- 1) РОДНИНА /МАЙКА, БАБА, БАЩА, ДЯДО и т.н./
- 2) ПРИЯТЕЛ
- 3) ЛЕКАР
- 4) МЕДИЯ
- 5) ДРУГО (МОЛЯ, ПОСОЧЕТЕ) _____
- 6) НЕ Я ПОЛУЧИХ

24.ИМАТЕ ЛИ НУЖДА ОТ ДОПЪЛНИТЕЛНА ИНФОРМАЦИЯ ПРИ ГРИЖИТЕ ЗА ДЕТЕТО?

- 1) ДА
- 2) НЕ

25.АКО ДА, ОТ КЪДЕ Я ПОЛУЧИХТЕ?

- 1) РОДНИНА /МАЙКА, БАБА, БАЩА, ДЯДО и т.н /
- 2) ПРИЯТЕЛ
- 3) ЛЕКАР
- 4) МЕДИЯ
- 5) ДРУГО (МОЛЯ, ПОСОЧЕТЕ) _____
- 6) НЕ Я ПОЛУЧИХ

26.АКО ДЕТЕТО ВИ ИМА ИЛИ Е ИМАЛО ЗДРАВΟΣЛОВЕН ПРОБЛЕМ КЪМ КОГО СЕ ОБЪРНАХТЕ ЗА ДИАГНОСТИЦИРАНЕ И ЛЕЧЕНИЕ?

- 1) ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР НА ДЕТЕТО
- 2) ПЕДИАТЪР
- 3) ДРУГ ЛЕКАР
- 4) НЕ ПОТЪРСИХ ЛЕКАРСКА ПОМОЩ
- 5) ДРУГО (МОЛЯ, ПОСОЧЕТЕ) _____

27.ЗАПОЗНАТИ ЛИ СТЕ С ПАКЕТА ОТ ДЕЙНОСТИ /ПРЕГЛЕДИ, ИЗСЛЕДВАНИЯ И ИМУНИЗАЦИИ/ ВКЛЮЧЕНИ В ПРОГРАМАТА „ДЕТСКО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ” РАЗРАБОТЕНА ОТ НЗОК?

- 1) ДА, НАПЪЛНО
- 2) ДА, ОТЧАСТИ
- 3) НЕ

28.АКО СЕ Е НАЛАГАЛА КОНСУЛТАЦИЯ СЪС СПЕЦИАЛИСТ ЗА ДЕТЕТО ВИ ПО КОНКРЕТЕН ЗДРАВΟΣЛОВЕН ПРОБЛЕМ ПОЛУЧИХТЕ ЛИ НАПРАВЛЕНИЕ ОТ ОПЛ?

- 1) ДА, ВЕДНАГА
- 2) ДА, НО СЕ НАЛОЖИ ДА ИЗЧАКАМ НАЧАЛОТО НА СЛЕДВАЩИЯ МЕСЕЦ
- 3) НЕ
- 4) ДРУГО (МОЛЯ, ПОСОЧЕТЕ)_____

29.АКО СЕ Е НАЛАГАЛО ДА СЕ НАПРАВЯТ ИЗСЛЕДВАНИЯ ЗА ДЕТЕТО ВИ ПО КОНКРЕТЕН ЗДРАВΟΣЛОВЕН ПРОБЛЕМ ПОЛУЧИХТЕ ЛИ НАПРАВЛЕНИЕ ОТ ОПЛ?

- 1) ДА, ВЕДНАГА
- 2) ДА, НО СЕ НАЛОЖИ ДА ИЗЧАКАМ НАЧАЛОТО НА СЛЕДВАЩИЯ МЕСЕЦ
- 3) НЕ
- 4) ДРУГО (МОЛЯ, ПОСОЧЕТЕ)_____

30.СМЯТАТЕ ЛИ, ЧЕ НАЛИЧИЕТО НА КОМПЛЕКСНО МЕДИЦИНСКО ОБСЛУЖВАНЕ ЗА БРЕМЕННИ ЖЕНИ И ДЕЦА С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ БИ ВИ ДАЛО СПОКОЙСТВИЕ ПРИ ПРОТИЧАНЕ НА БРЕМЕНОСТТА И УВЕРЕНОСТ В ОТГЛЕЖДАНЕТО НА ДЕЦАТА ВИ?

- 1) ДА, НАПЪЛНО
- 2) ДА, ОТЧАСТИ
- 3) НЕ
- 4) НЕ МОГА ДА ПРЕЦЕНЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

АНКЕТНА КАРТА ЗА ЗДРАВНИ СПЕЦИАЛИСТИ

Уважаема госпожо,

Изготвената от нас анкета има за цел да установи състоянието на майчиното и детско здравеопазване в България.

Резултатите от проучването ще бъдат използвани за подобряване на медицинското обслужване на бременните и децата.

Моля, отговорете на въпросите, като изберете валидния за Вас отговор.

Анкетата е анонимна.

Благодарим Ви за отзивчивостта!

1. Моля, напишете Вашата възраст (в години)

2. Какъв е вашия професионален стаж в години

3. Вашето образование?

- 1) Акушерка
- 2) Медицинска сестра
- 3) Друго

4. Къде упражнявате вашата професия:

- 1) Село
- 2) Град
- 3) Столица

5. Какъв е вида на лечебното заведение, в което упражнявате вашата професия:

- 1) Областна болница
- 2) Общинска болница
- 3) ДКЦ
- 4) МЦ
- 5) ОПЛ
- 6) Друго

6. Информирани ли сте за съществуването на Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020г.:

- 1) Да
- 2) Не

7. Ако отговорът ви е „да”, запознати ли сте с дейностите, включени в програмата:

- 1) Да, напълно
- 2) Да, отчасти
- 3) НЕ

8. На колко километра е най-близката общинска болница от населеното място в което работите? (моля, посочете с цифри)

.....

9. Осигурен ли е, според Вас, безпрепятствен достъп до качествени и ефективни услуги?

- 1) Да
- 2) Не

10. Считате ли, 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 и техните деца?

- 1) Да
- 2) Не
- 3) Не мога да преценя

11. Смятате ли, че пакета услуги, който се предоставя на бременни жени от НЗОК, покрива необходимите консултации, прегледи и изследвания?

- 1) Да, напълно
- 2) Да, отчасти
- 3) Не
- 4) Не мога да преценя

12. Ако не, какво още е необходимо, според Вас, при проследяване на бременността?

.....
.....
.....
.....

13. Смятате ли, че пациентите, които Ви посещават, са запознати с пакета от дейности (прегледи, изследвания и имунизации), включени в разработената от НЗОК програма „Детско здравеопазване“?

- 1) Да, напълно
- 2) Да, отчасти
- 3) Не

14. Смятате ли, 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?

- 1) Да, напълно
- 2) Да, отчасти
- 3) Не
- 4) Не мога да преценя

15. Каква, според Вас, трябва да е ролята на държавните институции в мениджмънта на майчиното и детско здраве?

- 1) Пасивна
- 2) Активна
- 3) Друго