НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКО ЗДРАВЕ 2021 – 2030 г.

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравето на жените, тяхното репродуктивно поведение и сигурността на майчинството, са от изключително значение за раждането на здрави и пълноценни деца. Грижите за децата от момента на тяхното зачеване поставят основите на човешкото здраве и формират здравното поведение на всеки индивид. Те са инвестиция в бъдещите поколения и в просперитета на държавата.

Настоящата Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве е разработена в изпълнение на Цел 22 Подобряване на майчиното и детско здравеопазване от Програмата за управление на Правителството на Република България за периода 2017 - 2021 г. За изпълнението на Цел 22 са предвидени Мярка 90: Актуализиране на Националната програма за подобряване на детското и майчино здравеопазване (НППМДЗ) и Мярка 91: Развитие на интегрирани здравно-социални услуги за деца и финализиране на процеса на деинституционализация на деца до 3 години чрез закриване на всички домове за медико-социални грижи за деца.

Основната цел на програмата е да се осигури устойчивост на провежданите политики в областта на майчиното и детско здраве и да се надградят постигнатите резултати от реализирането на мерките, заложени в Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014 - 2020 г. Чрез изпълнението на заложените мерки ще се осигурят условия за активна промоция на здраве и профилактика на заболявания, за предоставяне на своевременни, качествени и комплексни медицински и здравни грижи, както и за развитие на здравно-социални услуги за всички нуждаещи се.

Изпълнението на програмата е свързано и с поетите ангажименти, залегнали в национални стратегически документи с хоризонт до 2030 г. - Национална здравна стратегия 2020, чиито приоритети ще бъдат включени и при разработването на здравна стратегия за периода 2021 – 2030 г.; Актуализирана Национална Стратегия за демографско развитие на населението в Р България (2012 - 2030 г.); Национална стратегия за хората с увреждания; Национална стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“ и Актуализиран план за изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация на децата в Република България“, приет 2016 г.

Като член на Европейския съюз (ЕС), на Организацията на обединените нации (ООН) и на Световната здравна организация (СЗО), България има ангажименти и по изпълнението на целите, заложени в международни стратегически и програмни документи като Конвенцията на ООН за правата на детето, Цели за устойчиво развитие 2030 на ООН, Глобалната стратегия за здравето на жените, децата и подрастващите (2016-2030); Препоръките на Съвета за висококачествени системи за образование и грижи в ранна детска възраст от 2018 г.; Рамката за пълноценна грижа на СЗО, Световна банка и УНИЦЕФ от 2018 г.; Рамката за пълноценна грижа в ранно детство в Европейския регион на СЗО от 2020 г.

Съгласно основополагащите принципи, заложени в тези стратегически документи, всяко дете следва да се ползва от най-високия достижим стандарт на здраве и на улеснения за лечение на заболявания и за възстановяване на здравето си. С оглед това, водещ подход в програмата ще е използването на холистичния модел на грижа, при който детето и семейството са в центъра на всички интервенции. Управлението на детското здраве изисква специфични за всяка възраст мерки, които трябва да стартират още преди бременността на майката и да обхванат всички възрастови периоди до 18-годишна възраст. Освен здравни интервенции, свързани с активна промоция и профилактика, с подобряване на диагностиката и лечението и повишаване на

квалификацията на медицинския персонал, е необходимо медицинската грижа да бъде адаптирана към емоционалните потребности на пациентите и да се развиват на т.нар. „хуманизирани“ медицински грижи и лечебни заведения, осигуряващи приятелска към децата и техните семейства среда при ползване и получаване на здравна помощ. Идентифицираните проблеми в областта на майчиното и детско здраве налагат и прилагането на интегриран подход за преодоляване на съществените различия в показателите за детско здраве в отделните области на страната и най-вече между селата и градовете. Реализирането на целенасочена политика за подобряване на майчиното и детското здраве не може да се осъществи без активното участие на други сектори от обществения живот като образование, икономика, финанси, социални грижи, спорт и др.

Всичко това налага политиките за майчино и детско здраве да останат в центъра на стратегическите и оперативни действия на системата на здравеопазването и усилията да бъдат насочени към постигане на консенсус на национално ниво, към реализирането на целенасочени действия от страна на държавната и местната власт, към насърчаване включването и активното участие на медицинската общност, професионалистите по здравни грижи и експертите в областта на социалните услуги, както и на организациите от неправителствения сектор, които работят в областта на майчиното и детско здраве.

АНАЛИЗ НА ЗДРАВНО-ДЕМОГРАФСКИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Раждаемост

Данните за раждаемостта в България през последните десетилетия показват категорична тенденция за намаление, която е обусловена от множество демографски, социални и икономически фактори. През 1990 г. са се родили 105 821 деца, докато през 2000 г. са родени едва 74 234 деца. Въпреки наблюдаваното увеличение на раждаемостта през 2009 г. (81 572 деца) и 2010 г. (76 105 деца), през следващите години броят новородени намалява ежегодно, като през 2019 г. спада до 61 882 деца. Данните за мъртвородените деца през разглеждания период са сравнително идентични в процентно съотношение, като през периода 2000 – 2010 г. те са 0.8 % от всички родени деца, а в следващите години до 2019 г. намаляват на 0.6 %. В териториален аспект съществуващите и в предходните години различия се запазват, като и през 2019 г. раждаемостта е най-висока в областите Сливен (12.4 на живородени деца на 1 000 души население), София град (9.8‰), Ямбол и Пловдив (9.3‰), а най-ниска в областите Смолян (6.2‰), Видин (6.5‰) и Русе (6.9‰). В градовете има по-висока раждаемост (75 %) в сравнение със селата (25 %), което се обуславя от по-младата възрастова структура на живеещите в големите населени места.

Следва да се отбележи, че дълготрайна тенденция за намаляване на раждаемостта се наблюдава и в страните от Европейския съюз (ЕС), където средният коефициент е 9.7 живородени деца на 1 000 души население. Коефициентът на общата раждаемост в България през последните две десетилетия е динамичен (9‰ през 2000 г., 10‰ през 2010 г. и 8.8‰ през 2019 г.) и се доближава до нивото в повечето европейски страни.

Фигура 1. Ниво на раждаемостта в България и ЕС (на 1 000 души)



Източник: НСИ, Евростат

Влияние върху раждаемостта оказва повишаването на плодовитостта, която се измерва чрез тоталния коефициент на плодовитост (среден брой деца, които една жена ражда през целия си детероден период). Най-ниската стойност на тоталния коефициент на плодовитост е регистрирана през 1997 г. – 1.12 деца, през 2010 г. увеличението достига 1.49 деца, а през 2019 г. – 1.58, като надвишава средната стойност на ЕС (1.56 деца). 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.

По отношение на средната възраст на жените при раждане на първо дете се наблюдава тенденция за увеличаване – от 26.2 години за 2010 г. нараства до 27.3 години

през 2019 г. а по отношение на родилките до 19 г. - слабо намаляване, въпреки че коефициентът остава относително висок (43.1‰ за 2010 г., 41.3‰ - 2015 г., 39.9‰ – 2017 г. и 40.9 за 2019 г.). Значими социални и здравни проблеми поставят ранните раждания на момичета под 15 годишна възраст и на 15-19 години.

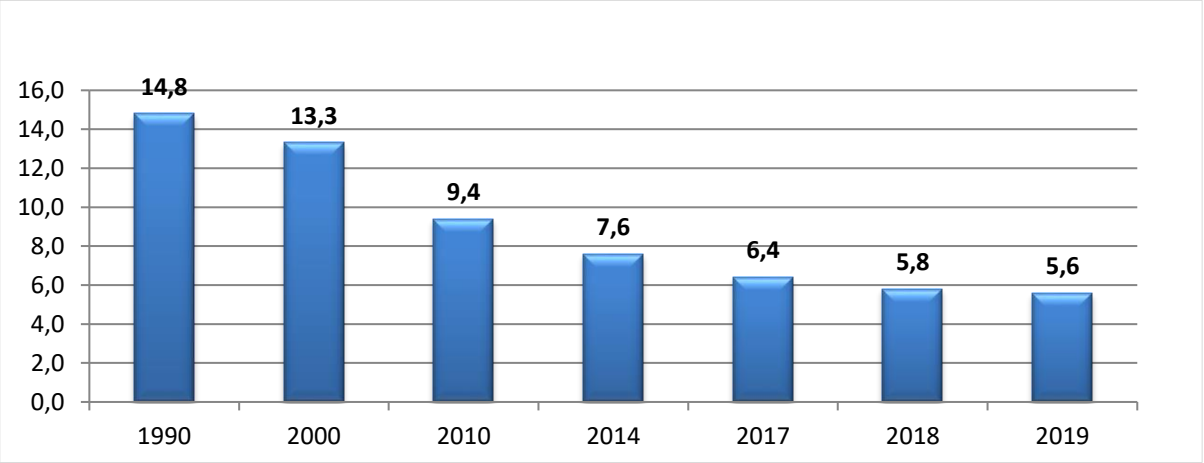
Влияние върху раждаемостта оказват и проблемите, свързани с безплодието, както и абортите. През последните десетилетия съществува изразена тенденция за намаляване броя на абортите (1990 г. – 144 644 аборта при 105 821 раждания; 2000 г. – 61 378 аборта при 74 234 раждания; 2010 г. – 31 548 аборта при 76 105 раждания). През 2019 г. при 61 882 раждания броят на абортите е 21 864. На 1 000 жени на възраст 15-49 години се падат 42 раждания и 15 аборта. Най-голям е броят и делът на абортите във възрастовата група 30-34 г. – 5 571 (25,5%) и 25-29 години – 5 234 (23.9%). На лица до 15 годишна възраст са извършени 127 аборта (0.6%), а от 15 до 19-годишна възраст – 1 891 (8.6%).

Броят на абортите на 1 000 живородени в България през 2019 г. е 355.3 и е почти два пъти по-висок от средния за ЕС (198.6‰), като от всички извършени аборти 1 720 са по медицински показания (7.9%), 6 321 са спонтанни (28.9%) и 13 820 (63.2%) са по желание, въпреки риска за здравето и детеродната способност на жената.

Смъртност

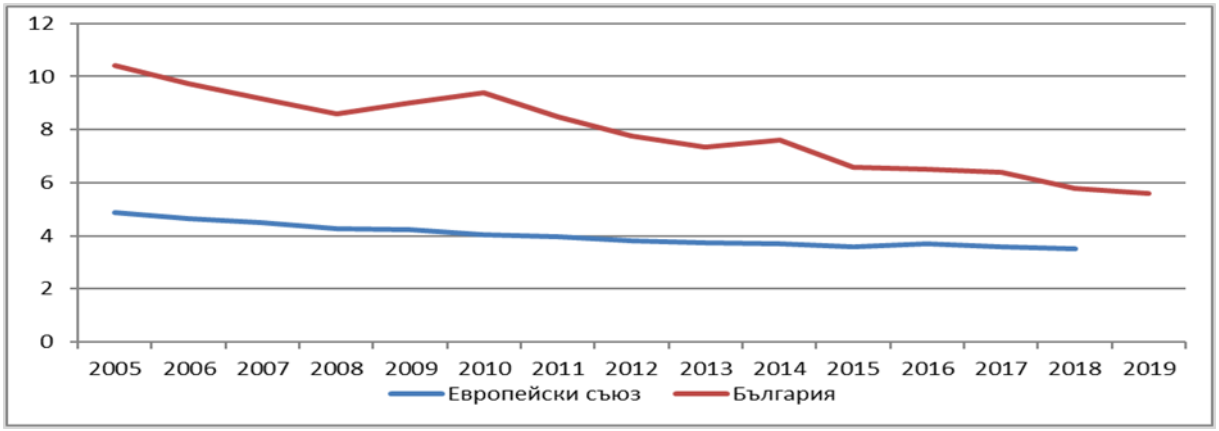
През последните десетилетия в България е налице трайна тенденция на ежегодно намаляване на детската смъртност. През 2019 г. коефициентът на детска смъртност достига най-ниското си равнище – 5.6 на 1 000 живородени, като е по-нисък с 0.2 пункта от предходната година и с 3.8 пункта спрямо 2010 г. (Фиг. 2). През последната година нивото на смъртността сред новородените момчета в страната е по-високо отколкото сред момичетата, като показателите са съответно 6.1 и 5.0 ‰. Запазва се и значителната разлика в равнището на детската смъртност според местоживеенето на децата, като през 2019 г. смъртността сред новородените деца в градовете е 4.7 ‰, а в селата – 8.0 ‰. Причините за това са комплексни и са свързани с влошаване на социално-икономическите условия в селата, ограничения достъп до здравни услуги и по-ниското образование и култура.

Фигура 2. Детска смъртност



По данни на Евростат за 2018 г., коефициентът на детската смъртност общо за ЕС е 3.5 на 1 000 живородени, като в повечето страни е под 5.0 ‰. Най-ниска е детската смъртност в Естония (1,6 ‰), Словения (1.7 ‰) и Швеция (2.0 ‰).

Фигура 3. Показатели за детска смъртност в България и ЕС (на 1000 живородени)

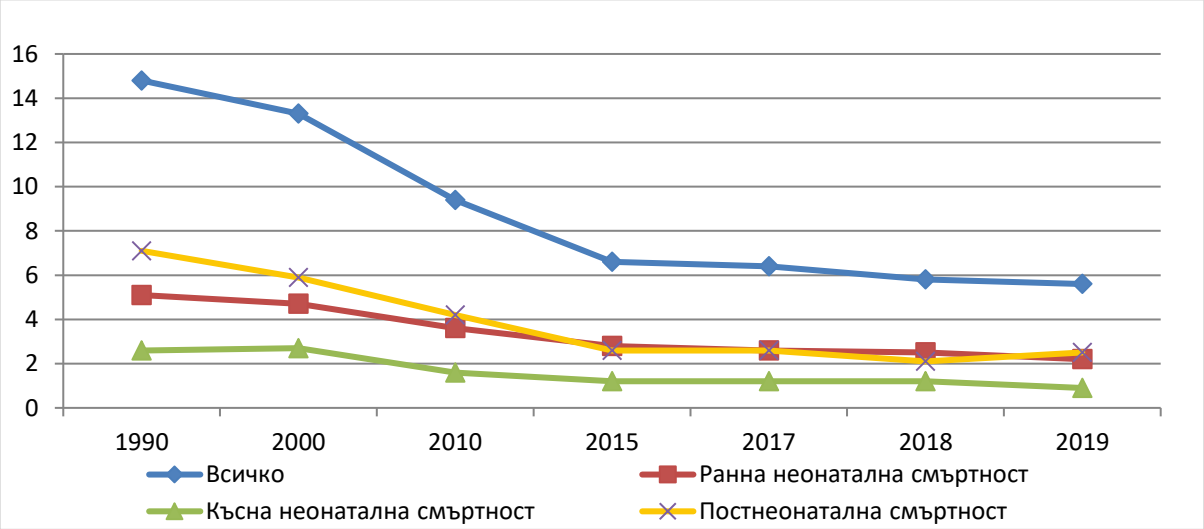


Източник: НСИ, Евростат

Данните за България показват благоприятни тенденции и по отношение на повъзрастовите показатели за детска смъртност (перинатална, неонатална, постнеонатална), които също продължават да намаляват:

- перинаталната детска смъртност намалява и през 2019 г. достига 7.8 на 1 000 родени деца, при 12.2 ‰ през 2000 г., 11.4 ‰ през 2010 г., 10.4 ‰ през 2014 г., 8.5 ‰ през предходната година и при среден показател за ЕС (6.5 ‰);
- неонаталната детска смъртност също трайно намалява (7.5 ‰ през 2000 г., 5.2 ‰ – 2010 г., 4.4 ‰ за 2014 г. и 3.6 ‰ през 2018 г.) и през 2019 г. достига 3.1 ‰, с което се доближава до средната стойност в ЕС на този показател (2.5 ‰). Данните за 2019 г. сочат, че ранната неонатална смъртност (от 0 до 6-ия ден след раждането) намалява с 0.3 пункта в сравнение с предходната година и е 2.2 ‰, а най-ниска е честотата на умиранията при децата в късната неонатална възраст (от 7-ия до 27-ия ден), чийто показател е 0.9 ‰ и намалява спрямо 2018 г. с 0.3 пункта (Фиг. 4).
- постнеонаталната детска смъртност намалява от 5.9 ‰ през 2000 г., на 4.2 ‰ през 2010 г., 3.2 ‰ през 2014 г. и на 2.5 на 1 000 живородени през 2019 г., при средна стойност за ЕС 1.1 ‰.

Фигура 4. Детска смъртност по повъзрастови показатели

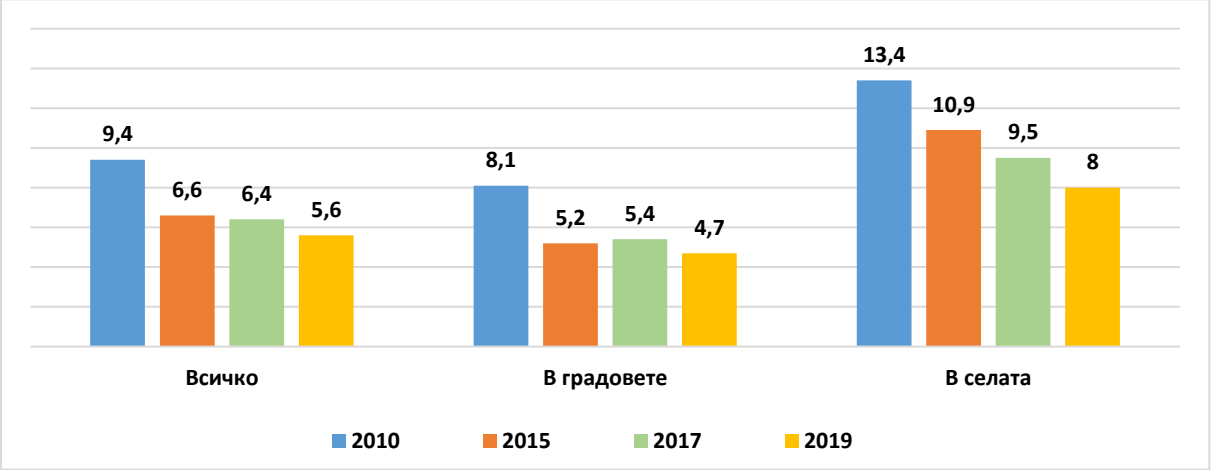


Данните на Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА) показват, че аналогично на общия показател за детската смъртност и при специфичните

повъзрастови коефициенти се наблюдават известни различия в нивото на смъртността сред момчетата и момичетата. Интензитетът на умиранията в различните възрастови интервали след раждането е по-висок сред момчетата, като най-съществена е тази разлика в ранната неонатална възраст, в късната неонатална възраст е по-висок при момичетата с 0.1 пункт, а в постнеонаталната възраст са изравнени.

Налице са и различия в равнището на детската смъртност и по местоживеене. Все още показателите за смъртност сред новородените деца в селата са по-високи в сравнение с градовете, което най-ясно се проявява в ранната неонатална и в постнеонаталната възраст.

Фигура 5. Детска смъртност по местоживеене, на 1 000 живородени



Анализът на данните за детската смъртност по класове болести показва, че основната причина за умиранията при децата до 1 година са някои състояния, възникващи през перинаталния период - дихателни, сърдечно-съдови, хеморагични и хемолитични нарушения на плода. Другите водещи причини за детската смъртност са вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации, болестите на дихателната система, болестите на органите на кръвообращението и външните причини за заболеваемост и смъртност. На тези пет класа болести се дължат близо 88,5% от смъртните случаи при децата под 1-годишна възраст. Смъртността при децата през първата година след раждането е неколкократно по-висока в селата в сравнение с градовете.

Недоносеността също оказва съществено влияние върху нивото на перинаталната детска смъртност. Данните за последните години сочат, че ежегодно недоносените новородени са около 10% от живородените, а недоносените мъртвородени са между 68 и 62% от мъртвородените. През 2018 г. броят на недоносените новородени е 6 369, а през 2019 г. – 5 681. Недоносеността е в тясна връзка с качеството на акушеро-гинекологичната помощ от една страна, а от друга – с нивото на здравни познания и отговорност сред самите бременни жени.

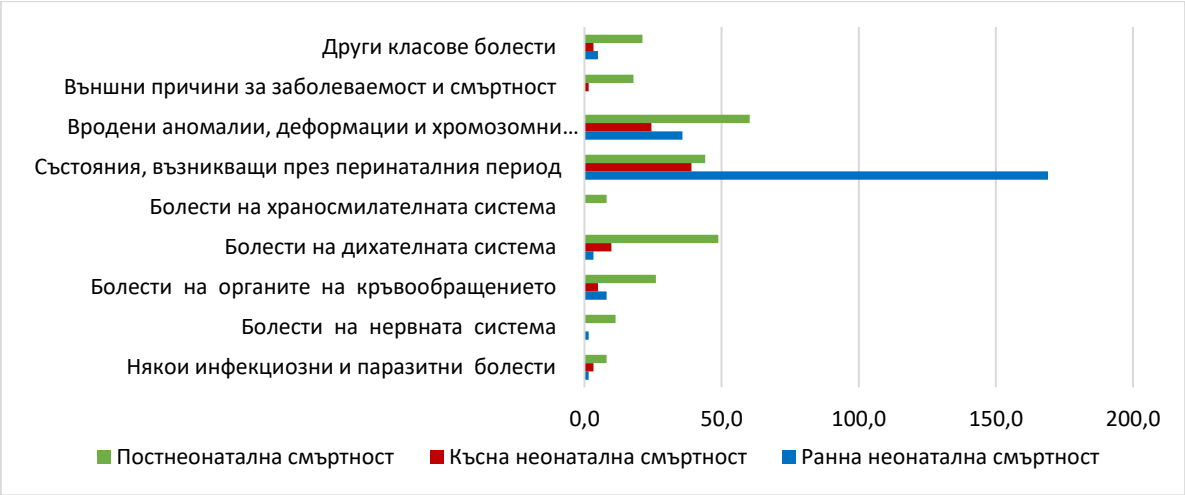
Недоносени новородени деца за 2019 г.	Живородени	Мъртвородени
Раждания	**56 629**	**337**
в т.ч.: недоносени с тегло:		
2499-2000 г.	3 869	56
1999-1500 г.	1 090	54

1499-1000 г.	503	61
999-800 г.	181	25
под 800 г.	38	15

Намаляването на смъртността при недоносените е от съществено значение за понижаване на детската смъртност, като за целта е необходимо да се работи за повлияване на редица фактори, включително и такива извън обхвата на здравната система - социално-икономически условия, начин на живот и хранене, които водят до по-здрави бременности, както и от наличието на неонатологична помощ, с възможности за обслужване на недоносените деца, вкл. тези, родени с висока степен на недоносеност и изключително ниско тегло при раждане. Това налага развитието на съвременни технологии за неонатални грижи и на високо квалифицирани и опитни здравни работници.

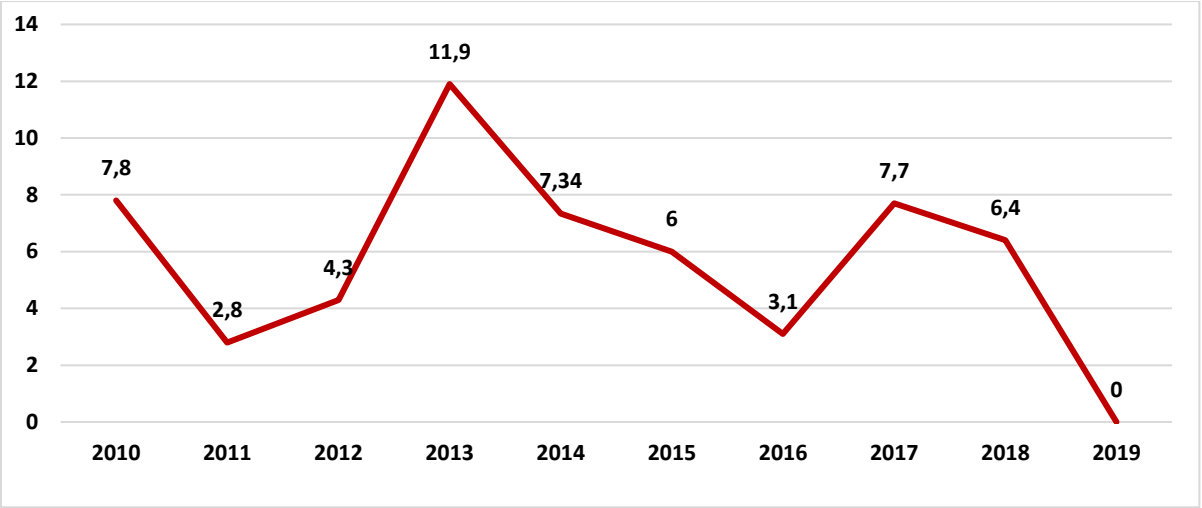
Развитието на методите и възможностите за асистирана репродукция, които са свързани с покачване броя на многоплодната бременност и на оперативните раждания, също оказва влияние върху нивото на недоносеност. Средногодишният брой на реализираните раждания след прилагане на методите за асистираната репродукция за 2019 г. се е повишил с 30% спрямо 2018 г. и достига 1 112 раждания, при които са родени 1 387 деца.

Фигура 6. Детска смъртност по основни причини и възраст през 2019 г.



Майчината смъртност (умрели по причини от класа „Бременност, раждане и послеродов период“, отнесени на 100 000 живородени) е здравен индикатор, който е показателен за качеството на здравните услуги за бременни и родилки. Данните за България показват стабилна тенденция за намаление – от 19.07‰ през 2001 г. до 7.8‰ за 2010 г. В периода 2010 - 2019 г. показателят варира, като най-високата му стойност е отчетена през 2013 г. (12‰), а най-ниската - през 2019 г., когато няма нито една починала родилка.

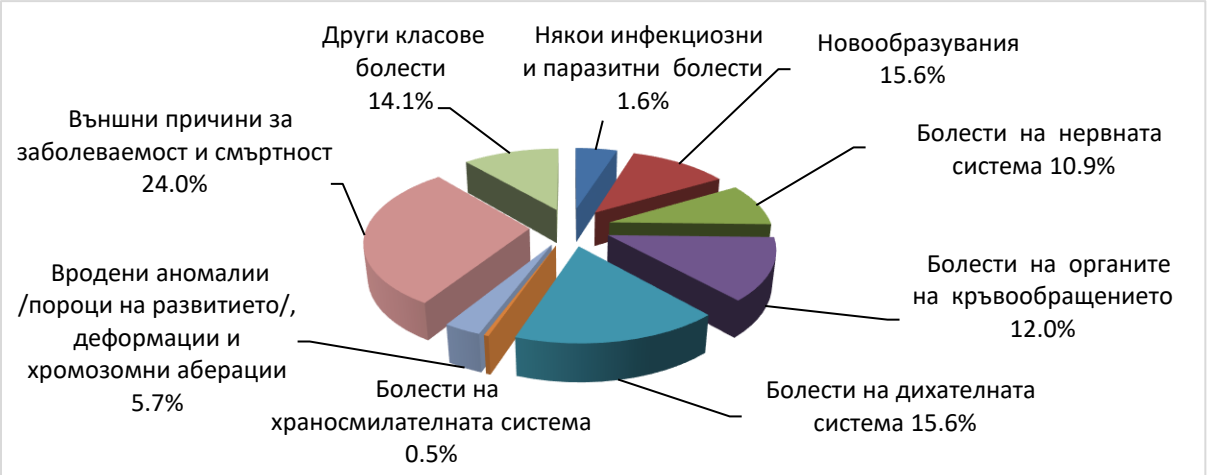
Фигура 7. Коефициент на майчина смъртност (2010 – 2019 г.)



Доколкото детската и майчината смъртност са статистическите показатели с най-висока степен на зависимост от качеството на предоставяните здравни услуги, то намалението им следва да се приеме като обективно доказателство за положителен резултат от предприетите активни мерки за подобряване на детското и майчино здравеопазване. Данните показват, че са необходими интервенции по отношение на реализирането на превантивни мерки за предотвратяване на усложненията на бременността и раждането и за правилното отглеждане на децата в отдалечените и селските райони, където е налице ограничен достъп до здравни услуги.

През 2019 г. смъртността при децата на възраст от 1 до 14 г. намалява с 3.4 пункта в сравнение с нивото от предходната година и е 20.4 на 100 000 от населението (2018 г.– 23.8 на 100 000). Най-висока е честотата на умиранията при децата от 1 до 4-годишна възраст (29.1 на 100 000). Водещото място в структурата на смъртността по причини при децата от 1 до 14 години заемат външните причини за заболеваемост и смъртност (транспортни злополуки, удавяне, падане, задушаване и др.), чийто интензитет през 2019 г. намалява до 4.9 на 100 000, при 7.1 на 100 000 за 2018 г. На второ място като причина за смърт на децата в тази възраст са болестите на дихателната система (3.2 на 100 000, от които 2.2 на 100 000 са пневмонии) и новообразуванията (3.2 на 100 000), следвани от болести на органите на кръвообращението (2.4 на 100 000).

Фигура 8. Смъртност на децата от 1 до 14 години по основни причини през 2019 г.



Смъртността при децата на възраст от 15 до 19 г. (49.6‰) се увеличава спрямо 2019 г., когато е била 46.1‰), като водещи са външните причини за заболеваемост и смъртност (транспортни злополуки, удавяне, падане, задушаване и др.), чийто интензитет през 2019 г. се увеличава до 26.7 на 100 000, при 22.6 на 100 000 за 2018 г. На второ място като причина за смърт са симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, некласифицирани другаде (6.4‰), следвани от болестите на дихателната система (4.5‰), болестите на органите на кръвообращението (4.1‰) и новообразуванията (3.8‰).

Данните показват, че смъртността на живеещите в селата е по-висока от тази на децата от градовете, като водещи причини за смърт при децата, живеещи в градовете, са външните причини за заболеваемост и смъртност, новообразуванията, заболявания на дихателната система, болестите на нервната система, болестите на органите на кръвообращението и вродените аномалии, на които се дължат около 81.6% от умиранията. При децата, живеещи в селата, най-висока е смъртността от външни причини за заболеваемост и смъртност, заболявания на дихателната система, болести на органите на кръвообращението, новообразуванията и болестите на нервната система, като на тези пет класа болести се дължат 86,3% от умиранията на децата от 1 до 19-годишна възраст в селата.

Оценка на здравното състояние на децата и учениците

Анализът е изготвен въз основа на данните за физическото развитие и за регистрираните при профилактични прегледи заболявания при децата и ученици, които са посещавали детско или учебно заведение през учебната 2019/2020 г.

От подлежащите общо 696 471 деца и ученици на възраст 0 - 19 г. основен профилактичен преглед са преминали 618 532, което представлява 88.8% обхват. За първи път от 2015 г. насам, обхватът с профилактични прегледи спада под 90% (91.6% през 2015 г.; 90.1% - 2016 г.; 91.1% - 2017 г.; 90.1% - 2018 г.), въпреки че остава по-висок от този през 2013 г. (87.8%) и 2012 г. (86.2%). Това се дължи на отчетения нисък обхват с профилактични прегледи в някои региони (под 87%), особено при 14-19-годишните.

93.7% от децата на възраст 0 - 6 г., посещаващи детски заведения, са обхванати от основен профилактичен преглед. В сравнение с предходните години обхватът с профилактични прегледи в тази възрастова група е по-висок от този през 2018 г. (93.06%), но отбелязва спад в сравнение с 2017 г. (95.2%), 2016 г. (93.2%) и 2015 г. (96.5%). Резултатите от антропометричните измервания показват, че с нормално физическо развитие в границите на нормата и разширената норма за тази възраст, са съответно 96.9 % по отношение на теглото и 97.5% по отношение на ръста. С наднормено тегло са 1.9% от децата, а по-високи за възрастта си са 1.2% от децата. Изоставане във физическото развитие на децата по отношение на теглото се наблюдава при 1.2%, а по отношение на ръста - при 1.3%.

При основния профилактичен преглед на децата във възрастовата група 0 - 6 г. през 2019 г. са регистрирани общо 20 659 заболявания (Таблица 1). С отклонения в здравното състояние са 135.6 на 1 000 прегледани деца, което представлява значителен ръст в нивото на заболеваемост при децата в тази възрастова група, на фона на тенденцията от последните години за намаляване броя на децата със здравословни проблеми (86.8‰ за 2018 г., 72.9‰ – 2017 г., 68‰ – 2016 г., 72‰ – 2015 г.).

Водещо място в структурата на заболяванията при децата до 6 г. са хроничните заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации (9.9‰), следвани от случаите на алергичен ринит (7.6‰), пневмония (7.4‰) и астма (7.2‰). Смущения в зрението са регистрирани при 6.2 от 1 000 деца, хроничен бронхит при 5.7, а затлъстяване при 5.5.

По отношение на възрастовата специфика на моментната болестност, в двете възрастови групи значимо място заемат заболяванията на дихателната система, като при децата до 3-годишна възраст водещи са случаите на хронични заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации, пневмонии, хроничен бронхит и алергичен ринит (съответно 17.6‰, 10.6‰, 9.5‰ и 5.9‰), а във възрастта 4 - 6 години с най-висока честота са регистрираните случаи на болести на окото (смущения в зрението, нарушения на рефракцията и акомодацията, слепота и намалено зрение) – 8.95‰, хронични заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации (8.7‰), астма (8.3‰), алергичен ринит (8.0‰) и пневмония (7.0‰), следвани от затлъстяване (6.3‰) и хроничен бронхит (5.2‰).

Таблица 1. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на децата на възраст 0 - 6 години

Заболявания и аномалии	Брой деца всичко	В това число	
		0-3 г.	4-6 г.
Общ брой деца	**162 135**	**23 603**	**137 370**
Общо прегледани деца	152 332	22 249	128 725
Туберкулоза (010-018)	0	0	0
Злокачествени новообразувания (140-208)	24	2	22
Болести на щитовидната жлеза (240-246)	13	0	13
Захарна болест (диабет) (250)	55	4	52
Затлъстяване (278)	839	30	815
Болести на кръвта и кръвотворните органи (280-289)	88	9	79
Неврози (300)	35	1	34
Специални симптоми и синдроми (заекване тикове анорексия енурезис стереотипи) (307)	208	16	193
Специфично забавяне в развитието (315)	556	24	539
Олигофрения (317-319)	18	0	19
Детска церебрална парализа (343)	129	2	125
Епилепсия (345)	216	9	211
Нарушения на рефракцията и акомодацията (367)	146	7	139
Смущения в зрението (368)	958	26	953
Слепота и намалено зрение (369)	66	5	61
Болести на ухото и на мастоидния израстък (380-389)	197	56	140
в т.ч. Глухота (389)	50	4	45
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (390-398)	13	0	13
Хипертонична болест (401-405)	7	0	7
Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (474)	1 511	393	1 118
Алергичен ринит (477)	1 159	132	1 032
Пневмония (480)	1 128	237	902
Хроничен бронхит (491)	872	211	674
Астма (493)	1 098	61	1 068
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (531-532)	12	0	13
Гастрит и дуоденит (535)	214	16	200
Абдоминална херния (550-553)	12	0	12
Хроничен хепатит (571.4)	4	0	4
Остър и хроничен гломерулонефрит (580-583)	15	0	15
Остър и хроничен пиелонефрит (590)	45	8	37
Камъни в бъбрека и уретера (592)	5	0	5

Кръвотечения от половите органи и смущения на менструацията (626)	0	0	0
Артропатии и сродни заболявания (710-719)	15	0	15
Плоско стъпало придобито (734)	58	7	52
Гръбначни изкривявания (737)	29	1	28
Вродени аномалии (740-759)	200	26	176
в т.ч. на сърдечно съдовата система (745-747)	88	10	80
крипторхизъм (752)	8	3	5
Късни последици от травми и отравяния (905-909)	19	5	14
Други	3 585	938	2 642
Открити заболявания – всичко	**20 659**	**3 277**	**17 655**

В структурата на заболяванията, при които децата се водят на диспансерно наблюдение, водещо място отново заемат болестите на дихателната система – 2 528, следват случаи на ентеробиоза (458) и заболявания от рубриката слепота и намалено зрение (372); поведенчески и емоционални разстройства с начало, типично за детството и юношеството (306), следвани от епилепсия (190), генерализирани разстройства на развитието (184, в т.ч. детски аутизъм); детска церебрална парализа (98) и вродени аномалии (99, от които най-много – 59 са случаите на вродени аномалии на сърцето).

През учебната 2019/2020 г. 87.3% от общо 531 770 ученици на възраст 7 - 18 г. са обхванати с основен профилактичен преглед, като показателят намалява, но се доближава до стойностите, регистрирани през предходните години. (89.14% за 2018 г., 89.8% - 2017 г., 89% - 2016 г. и 89.9% за 2015 г.) и нараства значително спрямо 2012 г. (84%) и 2011 г. (81.1%). По региони има значима разлика по този показател (от 48.3% до 100%), като данни за проведени профилактични прегледи при над 90% от учениците са представили медицинските специалисти от училищата в 18 региона, а намаляване на обхвата е отчетен в 10 области.

По отношение на водещите антропометрични показатели, 95.2 % от учениците са в норма или в разширената норма по показател ръст. С много нисък ръст са 1.7%, а с много висок ръст са 3.1 % от учениците в тази възрастова група. 93.2% от учениците са в норма и разширена норма по отношение на телесната маса, а 1.9% са с ниско тегло като в тази група преобладават деца между 7 и 14-годишна възраст. Значително по-голям е броят на учениците с наднормено тегло/затлъстяване (4.9%), като броят на учениците с показатели за телесна маса, превишаващи 2 стандартни отклонения, е двойно по-голям при 7 - 14 годишните и с най-високи стойности при момчетата.

По време на основния профилактичен преглед през учебната 2019/2020 г. са регистрирани общо 52 824 заболявания, което означава, че 115.3 на 1 000 прегледани ученика са с отклонения в здравното състояние (Таблица 2). В структурата на установените заболявания за поредна година първо място заема затлъстяването. Броят на регистрираните случаи – 8 879 (19.4‰) е съпоставим с нивата от 2016 г. и 2017 г. (съответно 19.8‰ и 19.3‰), като бележи ръст в сравнение с 2018 г. и 2015 г. (съответно 17.9‰ и 17.8. Най-много случаи на затлъстяване са установени при учениците в 7-ми клас (29.7‰). Това налага изводът, че наднорменото тегло и затлъстяването са водещ здравословен проблем за децата в ученическа възраст и са необходими активни действия, насочени към превенция чрез здравно образование и възпитание, включително и в семейната среда.

Второ място в структурата на заболеваемостта заемат болестите на окото, установени при 17.3‰ ученика, като показателят бележи по-високи стойности в сравнение с предходните години (2018 г. – 16.7‰, 2017 г. – 14.3‰, 2016 г. – 14‰, 2015 г. – 15‰). През последните десетилетия проблемите с детското зрение фокусират вниманието на специалистите в световен мащаб, заради прекомерната употреба на дигитални устройства, излъчващи синя светлина, която е причина за ранна дегенерация

на тъканта на ретината и на макулата. Провеждането на очен скрининг за деца създава предпоставки за навременното откриване и коригиране на зрителните аномалии, като по този начин могат да бъдат избегнати последствия за цял живот. Профилактиката на очните заболявания е от съществено значение за правилното развитие на децата и за тяхното здравно благополучие, тъй като чрез зрението те получават по-голямата част от информацията за околния свят. С оглед това, чрез Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, са създадени условия за ранно откриване на очна патология при деца до 1 година с родител с вродени/наследствени страбизъм, катаракта, глаукома, хиперметропия, висока миопия, амблиопия и/или ретинобластом, на които се извършват две изследвания от специалист по очни болести, а за деца от 5 до 18 години са предвидени изследвания за зрителна острота и цветоусещане.

На трето място, запазвайки сравнително стабилно ниво, следва бронхиалната астма – 3 434 случая (7.5‰), съответно при 7.3‰ за 2018 г., 7.7‰ за 2017 г., 7.5‰ за 2016 г., 7.7‰ – 2015 г. Регистрираните случаи на заболявания на костно-мускулната система (гръбначните изкривявания) са най-малко за последните години – 1 144 (2.5‰), при 3.9‰ за 2018 г., 3.7‰ за 2017 г., 3.6‰ за 2016 г., 3.9‰ за 2015 г., 4.0‰ за 2013 г. и 5.3‰ за 2012 г.

Наличните данни за регистрираните заболявания при профилактичните прегледи дават възможност да се анализира здравното състояние на учениците и по възрастови групи. Най-висок е обхватът с профилактични прегледи при първокласниците (88.5%) при 86.8% при учениците в 7-ми клас и 84.3% – в 10-ти клас. Най-висока заболеваемост през 2019 г. е отчетена при десетокласниците – 160 случая на 1 000 прегледани ученици, при 156.2‰ при учениците в 7-ми клас и 149‰ при първокласниците. Водещо място в структурата на моментната болестност и в трите възрастови групи заемат болестите на окото, затлъстяването и астмата, като с най-висока честотата са регистрираните случаи на астма при първокласниците (14.7‰ на 10.3‰ при седмокласниците и 9.7‰ при десетокласниците), на затлъстяване – при седмокласниците (29.7‰ на 28.8‰ при десетокласниците и 19.9‰ при първокласниците), а на болести на окото – при десетокласниците (28.8‰ на 28.2‰ при седмокласниците и 20.6‰ при първокласниците).

Таблица 2. Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на учениците 2019 г.

Заболявания и аномалии	Брой ученици всичко	В това число		
		I клас	VII клас	X клас
Общ брой ученици	525 369	38 945	40 741	33 444
Общо прегледани ученици	458 033	34 452	35 381	28 185
Туберкулоза (A15-A19)	16	2	0	0
Злокачествени новообразувания (C00-C96)	121	4	15	17
Болести на щитовидната жлеза (E04-E07)	190	7	13	28
Захарна болест (диабет) (E10)	694	57	77	82
Затлъстяване (E65-E68)	8 879	687	1 050	804
Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69)	287	19	28	27
Неврози (F40-F48)	235	14	17	46
Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98)	418	58	30	23
Специфично забавяне в развитието (F84)	1 568	172	108	95
Олигофрения (F70-F79)	351	17	30	31
Детска церебрална парализа (G80)	604	70	51	47

Епилепсия (G40)	1 144	142	101	111
Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52)	2 443	190	268	260
Смущения в зрението (H53)	4 971	471	680	465
Слепота и намалено зрение (H54)	535	50	48	86
Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93)	307	49	44	54
в т.ч. Глухота (H90)	257	42	38	40
Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09)	48	6	4	9
Хипертонична болест (I10-I15)	316	5	34	72
Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (J35)	753	158	108	46
Алергичен ринит (J30)	1 373	163	171	151
Пневмония (J12-J18)	578	120	95	55
Хроничен бронхит (J41-J44)	569	94	65	71
Астма (J45)	3 434	485	355	275
Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26)	53	5	6	7
Гастрит и дуоденит (K29)	583	46	73	77
Абдоминална херния (K40-K46)	14	1	2	0
Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73)	18	4	3	2
Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08)	61	7	5	6
Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16)	133	6	18	14
Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23)	77	2	9	12
Кръвотечения от половите органи и смущения на менструацията (N91-N94)	165	2	17	38
Артропатии и сродни заболявания (M00-M36)	254	5	22	28
Плоско стъпало, придобито (M21.4)	533	55	45	76
Гръбначни изкривявания (M40-M43)	1 144	95	116	156
Вродени аномалии (Q00-Q99)	641	54	48	48
в т.ч. на сърдечно съдовата система (Q20-Q27)	442	34	37	29
крипторхизъм (Q53)	20	2	0	4
Късни последици от травми и отравяния (T90-T95)	152	11	11	18
Други	2 668	277	287	141
Открити заболявания – всичко	**52 824**	**5 137**	**5 526**	**4 527**

Водещо място в структурата на заболяванията, при които учениците се водят на диспансерно наблюдение, заема астмата (3 986 регистрирани случая), на второ място са регистрираните случаи от рубриката слепота и намалено зрение (2 729), на трето-епилепсия (1 189), следвани от групата на вазомоторен и алергичен ринит (893), поведенчески и емоционални разстройства с начало, типично за детството и юношеството (609), генерализирани разстройства на развитието (526, от които 251 са диспансеризираните с диагноза детски аутизъм) и детска церебрална парализа (481).

По данни от медицинските специалисти от здравните кабинети в училищата, 98.3% от 511 655 ученици на възраст 7 - 18 г., покриват нормативите от оценката на физическата дееспособност, като съотношението момичета:момчета е незначително (Таблица 3).

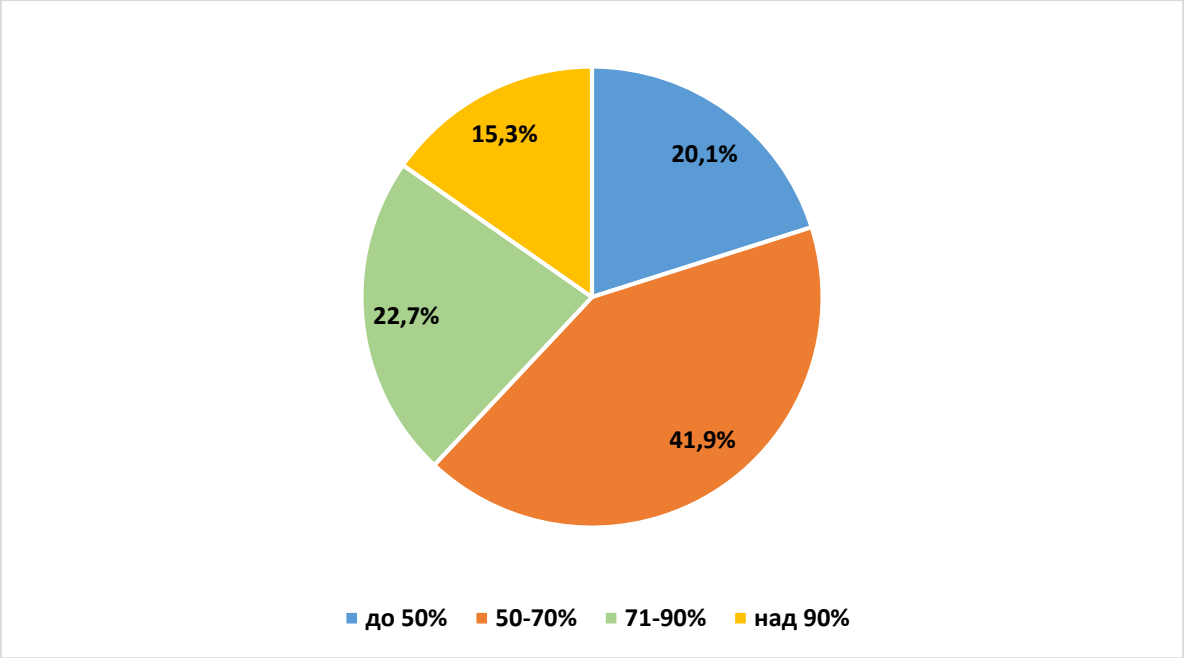
За учебната 2019/2020 година броят на учениците, освободени от часовете по физическо възпитание и спорт е 1.5%, като и в двете възрастови групи преобладаващ е броят на момичетата в съотношение съответно 1.04 при 7 - 14-годишните и 1.7 при 14 - 18-годишните. Продължава тенденцията на намаляване на относителния дял на учениците, които не участват в заниманията по физическо възпитание поради здравословни проблеми (2018 г. – 1.5%; 2017 г. – 1.6%; 2016 г. – 1.6%; 2015 г. – 1.7%. В групи по лечебна физкултура са включени общо 0.2%, с незначителен превес на момчетата. Съотношението на броят на учениците, с които се провежда ЛФК, спрямо общия брой ученици остава постоянен през последните години (0.2%).

От представените данни за структурата на регистрираните заболявания при учениците е видно, че затлъстяването, зрителните аномалии и гръбначни изкривявания продължават да заемат водещо място. Това обуславя необходимостта от прилагане на по-ефективни мерки за превенция чрез насърчаване на здравословен начин на живот в и извън училище, за подобряване на училищната среда и на спортната база.

Деца с увреждания

Данните на органите на медицинската експертиза за вида и степента на увреждания при деца до 16 години показват, че през последните години намалява броят на освидетелствани деца, като през 2019 г. достига 3 441 деца (при 3 915 за 2018 г. 4 070 за през 2017 г. и 4 228 за 2016 г.) или 3.2 на 1 000 население до 16 години (3.7‰ за 2018 г., 3.8‰ за 2017 г. и 4‰ за 2016 г.). Най-голям е броят и делът на децата със степен на увреждане 50-70% – 1 443 (41.9%). Всяко четвърто дете с увреждане е със степен 71-90% увреждане (22.7%), с най-тежката степен над 90% са 15.3% (Фигура 9). В тази връзка обаче следва да се отчетат и неколкократните промени в нормативните актове, определящи критериите за оценка на степените на увреждане при децата.

Фигура 9. Структура на децата, първично определени с вид и степен на увреждане до 16-годишна възраст, по тежест, за 2019 г.



Структурата на причините за вида и степента на увреждане при децата по класове болести (Таблица 3) показва, че най-честата причина за освидетелстване са психичните и поведенческите разстройства (22.7%), болестите на дихателната система (19.4%), вродените аномалии (17.9%) и на нервната система (12.0%) Тази структура, с някои изключения, се запазва през годините.

Таблица 3. Вид и степен на увреждане при лица до 16 години по МКБ-10

№ по МКБ-10	Класове болести	над 90%	71%–90%	50%–70%	до 50%	ОБЩО
	Общо	**526**	**780**	**1 443**	**692**	**3 441**
I.	Някои инфекциозни и паразитни болести	35	-	4	-	39
II.	Новообразувания	90	6	11	9	116
III.	Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	14	19	5	11	49
IV.	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	22	195	10	11	238
V.	Психични и поведенчески разстройства	87	257	284	152	780
VI.	Болести на нервната система	90	87	178	58	413
VII.	Болести на окото и придатъците му	13	10	43	33	99
VIII.	Болести на ухото и мастоидния израстък	26	15	32	15	88
IX.	Болести на органите на кръвообращението	4	4	7	9	24
X.	Болести на дихателната система	1	3	400	264	668
XI.	Болести на храносмилателната система	4	15	24	4	47
XIII.	Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	3	48	49	10	110
XIV.	Болести на пикочо-половата система	3	20	9	3	35
XVII.	Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	126	91	301	97	615
XIX.	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	5	3	26	9	43
	Останали класове болести	3	7	60	7	77

Здравно обслужване в обхвата на задължителното здравно осигуряване

Здравното обслужване в обхвата на задължителното здравно осигуряване на бременните жени, майките до 45-я ден след раждането и на децата до 18 години са регламентирани с Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса и Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията. Посочените нормативни актове са съобразени с всички съвременни достижения на медицинската наука и практика и периодично се актуализират. Въз основа на заложените в тях медицински и здравни дейности, чрез програмите „Майчино здравеопазване" и „Детско здравеопазване" на НЗОК, се финансират прегледи и изследвания за проследяване на бременността, за домашни посещения след раждането, за профилактични прегледи и диспансеризация. 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. Чрез закона за бюджета на НЗОК за съответната календарна година се осигурява 100% обхват на

изпълняваните ежегодно програми, които гарантират достъпа на здравноосигурените лица до необходимата им медицинска помощ в извънболничната и болничната част на системата. Ежегодното нарастване на бюджета на НЗОК позволи да бъдат увеличени цените за профилактични прегледи и цените на клиничните пътеки за деца от 0 до 18 години.

На общопрактикуващите лекари (ОПЛ) и специалистите от извънболничната помощ са вменени задължения за извършване на здравно-промотивни и 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, здравно-образователни дейности по отношение 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. Здравно-промотивни и профилактични дейности са заложени в обхвата на дейностите на ОПЛ и специалистите в извънболничната медицинска помощ и по отношение на децата. ОПЛ имат ангажименти по наблюдение и оценка на физическото и нервно-психическото развитие на детето, дават указания за здравословно хранене на детето през различните възрастови периоди, извършват диагностика и лечение на заболявания,–имунизации, осъществяват консултации относно последващо лечение, грижи за деца с увреждания и деца, при които има белези за насилие и осъществяване на контакт с други институции, имащи отношение към проблема – социална система, МВР, психолози и т.н.

По данни на НЗОК, през 2019 г. при профилактика на бременни жени с нормална бременност от ОПЛ са извършени 2 927 прегледа на 1 663 бременни по програма „Майчино здравеопазване“, при 3 738 прегледа на 1 899 бременни за 2018 г. В две области на страната - Кюстендил и Разград, общопрактикуващите лекари не осъществяват наблюдение по програма „Майчино здравеопазване“, тъй като там няма бременни, включени в регистъра при ОПЛ. Към 31.12.2019 г. за дейностите по „Майчино здравеопазване“ не се наблюдава ръст в отчетените профилактични прегледи, като продължава трайната тенденция към намаление на бременните, наблюдавани от ОПЛ.

През 2019 г. по програма „Майчино здравеопазване“ за наблюдение на бременни жени с нормална и рискова бременност от лекар-специалист по акушерство и гинекология са отчетени общо 348 024 профилактични прегледа на 75 795 бременни (42 073 първични и 305 951 вторични), при 359 252 профилактични прегледа на 78 059 бременни (43 269 първични и 315 983 вторични) за 2018 г. Средната стойност на показателя за страната през 2019 г. е 4,59 прегледа на една бременна жена включена в програмата, за 2018 г. стойността на показателя е 4,60 прегледа. Тези данни показват, че в по-голямата част от страната, бременните жени избират да бъдат наблюдавани от специалисти по акушерство и гинекология и само в някои региони, където е затруднен достъпа до специализирана медицинска помощ, наблюдението се извършва от ОПЛ.

Първична извънболнична медицинска помощ на децата, които са здравноосигурени от държавния бюджет, се предоставя от избрания общопрактикуващ лекар (ОПЛ). По данни от НЗОК към 31.12.2019 г. общо 1 212 968 деца до 18 г. са с избран ОПЛ. От тях 54 178 деца са от 0 до 1-годишна възраст, 60 432 са от 1 до 2 години, 327 647 са от 2 до 7 години и 770 711 – от 7 до 18-годишна възраст. Когато общопрактикуващият лекар няма придобита специалност по детски болести, профилактичните прегледи на децата, по желание на родителя или настойника, може да се извършват от лекар с придобита специалност по детски болести от лечебно заведение за специализирана извънболнична помощ. Общо 691 ОПЛ на територията на страната са с придобита специалност по

педиатрия, като в техните пациентски листи са включени общо 438 574 деца. С цел осигуряване на качествени грижи за децата, в медицинския стандарт по педиатрия е заложено като препоръчително наблюдението и лечението на децата до 7-годишна възраст в първичната извънболнична помощ да се осъществява от общопрактикуващ лекар със специалност „Педиатрия“ или придобита допълнителна квалификация чрез форми на продължаващо медицинско обучение в областта на педиатрията. По данни от НЗОК в първичната медицинска помощ през 2019 г. са осъществени следните прегледи:

Вид преглед	Брой деца преминали преглед	Брой прегледи
Общо за програма „Детско здравеопазване“	1 059 997	1 911 179
Общо диспансерни прегледи на деца	18 466	46 976

Медицински услуги за децата в специализираната извънболнична медицинска помощ се извършат след насочване от ОПЛ на детето към съответния специалист, в зависимост от конкретния повод и установен здравен проблем. Съгласно утвърдената нормативна уредба в СИМП се осъществяват дейности по профилактика (профилактични прегледи от педиатри), консултативни прегледи при различни заболявания и голяма част от дейностите за наблюдение на хронично болни деца. По данни от НЗОК към 31.12.2019 г. общо 1 098 броя лекари с детска специалност имат сключен договор. Това включва специалисти по: педиатрия, детска ендокринология и болести на обмяната, детска кардиология, детска пневмология и фтизиатрия, детска психиатрия, детска ревматология, детска хирургия, детска клинична хематология и онкология, детска гастроентерология, детска нефрология и хемодиализа, детска неврология. Лекари със специалност „Педиатрия“, сключили договор с НЗОК, има във всички области на страната, което предоставя възможност за консултации с педиатър при необходимост. Проблем обаче е налице с достъпа на децата до останалите специалности с педиатрична насоченост. Специалисти по всички от изброените медицински специалности с педиатрична насоченост, сключили договор с НЗОК за СИМП, има само в областите София-град и Варна. В областите Ловеч, Кърджали, Кюстендил и Ямбол няма специалисти по нито една от посочените специалности, освен по педиатрия, което налага децата да посещават лечебно заведение в друга област при необходимост от консултация по тясно специализиран въпрос.

Таблица 4. Данни за брой прегледи по специалности с детска насоченост в СИМП

Вид дейност	Специалност	Брой ЗОЛ	Брой прегледи
Общо:		**729 830**	**1 815 448**
Общо за Педиатрия:		**614 585**	**1 665 053**
Профилактични прегледи на ЗОЛ до 18 г. при педиатър	Педиатрия	13 395	48 046
Първични диспансерни прегледи	Педиатрия	273	273
Вторични диспансерни прегледи	Педиатрия	2,404	5,604

В обхвата на здравното осигуряване е гарантиран достъп до болнична помощ в случаите, когато диагностично-лечебният процес не може да бъде реализиран в извънболнични условия.

По отношение на родилната помощ за всички бременни жени, независимо от здравноосигурителния им статус и метода на родоразрешение, е осигурена възможност за хоспитализация и раждане в болница.

В болнични условия е гарантирано и медицинското обслужване на новородените деца, включително недоносени новородени, до възможност те да бъдат отглеждани и обслужвани в домашни условия.

През годините броят на хоспитализираните случаи на децата до 17-годишна възраст (изписани и умрели) в стационарите на лечебните заведения за болнична помощ намалява - 300 574 през 2015 г., 290 231 през 2017 г. и 287 540 през 2019 г. При децата до 17-годишна възраст за 2019 г. най-голям е относителният дял на хоспитализираните поради заболявания на дихателната система, следват травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини, някои състояния, възникващи през перинаталния период, болести на храносмилателната система, някои инфекциозни и паразитни болести и болести на пикочо-половата система.

По данни от НЗОК, отчетената болнична помощ за деца за 2019 г. включва общо 273 100 случая/хоспитализации на общо 203 150 броя пациенти деца. Лечение на деца в болнично лечебно заведение в друга област през 2019 г. е осъществено при общо 36 646 деца, като случаите на хоспитализация са общо 43 142. Отнесени към общия брой деца, хоспитализирани през 2019 г., лекуваните в други области на страната са 18%. Най-голям дял от деца, лекувани в други области, заемат тези, лекувани в гр. София (15 033 или 41% от групата), следвани от децата, лекувани в гр. Пловдив (4 762 или 13% от групата) и в гр. Варна (3 476 или 9% от групата). Общо в трите града са лекувани 64% от децата, за които е потърсена/предпочетена болнична помощ от друга област. Тези данни кореспондират с данните за териториалното разпределение на лекарите със специалности от детския профил, които показват, че в тези три области техният брой е най-голям - общо 743 или 38% от общия брой лекари. Значение оказва също така фактът, че в столицата, както и в другите градове с медицински университети като Пловдив и Варна, има налични висококвалифицирани специалисти с опит в лечението на различни по вид тясноспециализирани и редки патологични състояния, за които в останалите области на страната липсват достатъчно познания и опит. От значение е и наличието на високоспециализирана апаратура, която поради спецификата и потребностите е целесъобразно да бъде концентрирана в лечебните заведения, където има съответни специалисти за работа с нея и използваемостта е най-ефективна.

Като възможност за предоставяне на медицинска помощ на деца в случаите, когато такава не може да бъде осъществена своевременно в страната ни или за съответните диагностични и лечебни процедури няма условия за извършването им в България, от НЗОК се издава предварително разрешение за планово лечение в чужбина. За периода от 01.04.2019 г. до 12.06.2020 г. са одобрени общо 224 заявления от общо 304 подадени заявления за лечение в чужбина и 32 – за продължаване на лечението и контролни прегледи в лечебно заведение в чужбина. Заболяванията, които налагат изпращане на деца за лечение в чужбина, обхващат тежкопротичащи диагнози от различни класове болести, изискващи високоспециализирано лечение, вкл. трансплантации.

Независимо, че към настоящия момент лечението на деца в чужбина е възможно чрез одобрение от НЗОК, се налага предприемане на мерки за подобряване на диагностичните и лечебни възможности в страната. Това предполага инвестиции както в осигуряването на нова апаратура и въвеждане на нови, утвърдени от науката методи на

лечение, така и в подобряване на квалификацията и опита на медицинските специалисти у нас.

Здравно обслужване извън обхвата на задължителното здравно осигуряване

Извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, чрез бюджета на Министерство на здравеопазването и чрез изпълнението на национални програми, се финансират различни дейности, които осигуряват качествени и достъпни грижи в областта на майчиното и детско здраве, независимо от здравноосигурителния статус на лицата.

Чрез Наредба № 26 от 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, са гарантирани медицинските услуги, свързани с акушерска помощ на здравно неосигурени жени и провеждането на масов неонатален скрининг за три редки заболявания - фенилкетонурия, вроден хипотиреоидизъм и вродена надбъбречна хиперплазия. Тези заболявания представляват значим здравен проблем, като същевременно могат да бъдат открити в ранен, клинично неизявен стадий. С осъществяването на скрининговите изследвания на всички новородени се дава възможност да се открият в най-ранен етап засегнатите деца, което позволява стартиране на адекватна и навременна терапия за предотвратяване на последващите усложнения на заболяването.

Имунопрофилактиката има голямо значение за опазване здравето на децата, поради което ежегодно се провеждат задължителни планови имунизации срещу определени заразни болести, които могат да предизвикат усложнения, инвалидизация или смърт. В съответствие с Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България, задължителни имунизации и реимунизации се извършват срещу 11 заразни заболявания (вирусен хепатит тип Б, туберкулоза, дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит, пневмококови инфекции, хемофилус инфлуенце тип Б, морбили, епидемичен паротит, рубеола). Целеви имунизации и реимунизации се извършват срещу 3 заболявания (бяс, Кримска хеморагична треска, коремен тиф).

Чрез Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 за бременни, родилки и деца се осигуряват медицински и здравни грижи извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, които имат значим здравен ефект. За целта бяха разкрити 31 Здравно-консултативни центъра (ЗКЦ) във всички области на страната в МБАЛ с над 50 % държавно участие в капитала, както и в някои специализирани и университетски болници в София, Пловдив, Варна и Плевен.

В ЗКЦ в МБАЛ се предоставят информационни дейности, специализирани консултации от медицински и немедицински специалисти, включително и от психолози, за деца с увреждания и деца с хронични заболявания, родилки и бременни с патология на бременността в хода на тяхното болнично лечение и/или амбулаторно проследяване и лечение. Чрез ЗКЦ се финансират и допълнителни консултации при наличие на заболявания, възникнали по време на бременността, в т.ч. допълнителен преглед от специалист по АГ освен прегледът, който се полага съгласно Наредба № 26 от 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. Чрез ЗКЦ се организират и домашни посещения на деца с увреждания и хронични заболявания и недоносени деца до 1 година, за които специалист от лечебното заведение е преценил необходимостта от провеждане на консултация в домашни условия.

Чрез ЗКЦ в УМБАЛ се финансира и извършване на лабораторни изследвания и консултации в рамките на биохимичен скрининг за бременни за оценка на риска от раждане на дете с болест на Даун, други анеуплоидии, спина бифида, аненцефалия и

тежък дефект на коремната стена. В тези лечебни заведения са създадени и комисии от висококвалифицирани специалисти, които изготвят планове за комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване и продължителна здравна грижа на деца с хронични заболявания (диабет, вродени сърдечни малформации, вродени лицеви малформации, вродени неврологични заболявания, вродени хематологични заболявания и недоносени деца). Комисиите изготвят индивидуални медико-социални планове за децата в зависимост от конкретното състояние.

Чрез програмата беше въведен масов неонатален слухов скрининг с цел ранно откриване и навременна интервенция при увреждане на слуха при новородени. Той се провежда във всички лечебни заведения с разкрити АГ и неонатологични структури, като годишно обхватът достига 87 % от новородените.

За подобряване на здравните услуги за деца и навременното им насочване към необходимия вид диагностика и лечение, на СБАЛДБ „Проф. Ив. Митев“ ЕАД в качеството й на високоспециализирана болница в областта на диагностиката и лечението на деца, беше възложено изготвянето на оценка на необходимостта от ранна интервенция при рискове и проблеми в здравето и развитието на децата. Оценката се изготвя за всеки пациент, хоспитализиран в лечебното заведение, като включва данни за общия здравен статус на пациента при дехоспитализацията, препоръки за наблюдение на развитието на детето, включително и за прилагане на хранителен режим, както и информация за необходимостта от последващо наблюдение и допълнителни консултации с медицински и немедицински (логопед, психолог и др.) специалисти.

Чрез Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 – 18 години се финансират дейности за подобряването на оралното здраве на децата. Първата програма стартира през 2009 г. за срок от 5 години (2009 - 2014), впоследствие са приети програми за периодите 2015 - 2020 и 2021 - 2025, чрез които се осигурява устойчивост и надграждане на постигнатите резултати.

Основните дейности по Националната програма за елиминация на морбили и вродена рубеола 2017 - 2022 г. са насочени към намаляване възприемчивостта на населението към морбилния и рубеолен вирус, осигуряване на допълнителна възможност за имунизация на групи с повишен риск от заразяване чрез целеви ваксинални кампании и подобряване на достъпността и качеството на информацията по отношение на тези заболявания, както и по отношение на ползата и риска от имунизацията срещу морбили и рубеола.

Чрез Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2017 - 2020 г. се осигурява имунизационна защита на момичета от основните целеви групи (12 и 13 г.) с цел намаляване на заболеваемостта и смъртността от рак на маточната шийка. Осигурена е устойчивост чрез приемането на програма за периода 2021 - 2024 г.

Националната програма за контрол и лечение на ротавирусните гастроентерити 2017 - 2021 г. е насочена към намаляване на заболяемостта и създаване на колективен имунитет, чрез специфична профилактика на деца на 6-седмична възраст.

Предизвикателства

Независимо от създадената организация за здравно обслужване на бременните, родилките и децата, от подобряването на най-важните здравни показатели в последните години – перинатална детска смъртност, мъртвораждаемост, постнеонатална детска смъртност, и обхвата на бременните жени с наблюдение до 3-я лунарен месец, все още са налице редица предизвикателства, които влияят сериозно върху здравето на тези контингенти. Основните от тях са свързани със:

- **Неравномерно териториално разположение на ОПЛ практиките и регулативни стандарти в ПИМП**

С цел гарантиране на достъпа на населението, живеещо в труднодостъпни и неблагоприятни райони до първична медицинска помощ, НЗОК ежегодно утвърждава „Методика за определяне на месечното заплащане за работа в населени места с регистрирани в РЗИ адрес/и с неблагоприятни условия на работа на изпълнители на първична извънболнична медицинска помощ“. С предоставянето на допълнително заплащане за дейности на ОПЛ в тези райони се цели преодоляване на неравенствата по отношение на достъпа до медицинска помощ. Въпреки осигуреното допълнително заплащане за ОПЛ, които работят при неблагоприятни условия, все още се наблюдава неравномерно териториално разположение на практиките от ПИМП и наличие на незаети лекарски практики в малки и отдалечени населени места и в кварталите с малцинствено население.

Аналогичен проблем се наблюдава и по отношение на лекарите, работещи в специализираната извънболнична медицинска помощ. Това принуждава потребителите да търсят медицинска помощ в други населени места, което е свързано с допълнителни финансови разходи за придвижване и заплащане на услугите и затруднява достъпа на бременни, родилки и деца до навременна медицинска помощ и здравни услуги в някои региони на страната. Броят на функциониращите АГ и педиатрични индивидуални, групови и мобилни практики е недостатъчен.

Независимо, че няма ограничение за издаване на направления за педиатър, наличието на регулативни стандарти в първичната извънболнична помощ, свързани с броя на месечните посещения при ОПЛ и направленията за медико-диагностични изследвания и консултации със специалист, ограничават свободния достъп на бременните и майките до специализирана медицинска извънболнична помощ. Това от друга страна води до допълнителни финансови разходи за потребителите, отлагане на съответните прегледи и консултации и оттам до влошаване на здравното състояние.

Поради наличието на регулативни стандарти в извънболничната АГ помощ, голяма част от предвидените прегледи и изследвания се заплащат от бременните жени. Това е сериозен проблем сред малцинствената група на ромите, тъй като голяма част от ромските жени са здравно неосигурени. Същевременно при тях се наблюдава най-високо ниво на раждаемост и най-висока честота на вродени малформации, поради раждаемост под 19 г. и заради 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 се заплаща от държавния бюджет въз основа на Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на здравното осигуряване на деца и бременни жени. От началото на 2013 г. Министерство на здравеопазването заплаща и един профилактичен преглед по време на бременността, който обаче е крайно недостатъчен за нейното проследяване. С оглед това чрез Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве, създадени в рамките на Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 г., се осигури възможност за допълнителни прегледи извън обхвата на задължителното здравно осигуряване

Посочените факти налагат да се предприемат мерки за подобряване на достъпа до здравни услуги чрез повишаване на мотивацията за работа на медицинските специалисти в неблагоприятни условия и увеличаване на обхвата на програмите за профилактичните прегледи и диспансеризацията по отношение на бременните и децата.

- **Необходимост от осигуряване на устойчивост и разширяване обхвата на скрининговите и рехабилитационни програми**

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

- скрининг за фенилкетунория и хиперфенилаланинемия;
- скрининг за вроден първичен хипотиреоидизъм;
- скрининг за вродена надбъбречнокорова хиперплазия;
- неонатален слухов скрининг, въведен чрез Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014 – 2020 г.

Допълнително се извършва и селективен скрининг за вродени грешки на обмяната с тандем масспектометрия, както и биохимичен скрининг на бременни по медицински показания за оценка на риска от раждане на дете с болест на Даун, други анеуплоидии, спина бифида, аненцефалия и тежък дефект на коремната стена.

Международната експертна скринингова мрежа обръща внимание, че се касае за цялостни програми, които не бива да бъдат редуцирани единствено и само до лабораторните единици. Скринингът представлява 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.

В България, 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 бъдат осигурени условия за бърз обмен на информация между специалистите в извънболничната помощ, лечебните заведения за болнична помощ и лабораториите, извършващи масовите неонатални скрининги, което ще бъде направено чрез Националната здравноинформационна система, след влизане в експлоатация на съответните модули.

Всяка година близо 3,5% от новородените са деца с вродени аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации са 3,5% , като този показател е измерим с данните за другите страни от ЕС. Именно поради това значимостта на пренаталната диагностика за намаляване на детската смъртност е голяма. Литературните данни показват, че при „пасивен скрининг“ могат да се открият 2 - 3% от големите аномалии на новородените, а патологията на бременността е около 15%. Проучванията на чуждия опит показват че в Германия и Англия ехографският скрининг се извършва на три нива. Съгласно адаптираната Концепция на Хансман, ехографските прегледи по време на бременността следва да се извършват на три нива (8 - 12 г. с.; 18 - 22 г. с.; 28 - 32 г. с.), и да се обвързват с биохимичен скрининг за бременни:

Първо ниво – от АГ специалист, познаващ нормалната анатомия на плода, който извършва акуратна Basic биометрия на фетални части – CRL, BPD, ATD.

Второ ниво – специализиран медицински център или болница, в които работят специалисти с опит в ултразвукова диагностика и необходимите познания за откриване на фетални аномалии и промени, свързани с патология на бременността.

Трето ниво - пренатални центрове, които концентрират много патология, провеждат клинични проучвания и обучение на други специалисти.

С цел подобряване на качеството на пренаталната диагностика, Министерство на здравеопазването разработи проект № 4 „Подобрено качество на пренаталната диагностика и неонаталните грижи“. Проектът беше одобрен и се реализира по Програма БГ 07 „Инициативи за обществено здраве“, чрез финансиране по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство 2009 – 2014 и Норвежкия финансов механизъм 2009 - 2014. Чрез проекта бяха закупени 436 високотехнологични апарата за пренатална диагностика за нуждите на 33 лечебни заведения от всички 28 области на страната. В рамките на проекта беше проведено и обучение на медицинските специалисти за работа с новата апаратура.

Допълнително, в рамките на Здравно-консултативните центрове към университетските болници в София, Варна, Плевен, Пловдив и Стара Загора, в които има разкрити генетични лаборатории, беше осигурено провеждането на биохимичен скрининг за бременни за оценка на риска от раждане на дете с болест на Даун, други анеуплоидии, спина бифида, аненцефалия и тежък дефект на коремната стена. Изследванията и консултациите се заплащат по Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2004 – 2020 г., а китовете и реактивите за изследванията се осигуряват от Министерството на здравеопазването по реда на Наредба № 26 от 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. Лабораторните изследвания се извършват на бременни, независимо от здравноосигурителния им статус, а при наличие на отклонения от нормата и увеличен риск от раждане на дете с хромозомна аномалия, бременната се насочва за допълнителни изследвания. За периода на действие на Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2004 – 2020 г. са финансирани 97 801 бр. изследвания.

По този начин е подобрен достъпът на бременните жени до високотехнологични изследвания и консултации с висококвалифицирани специалисти, като се гарантира ефективността на пренаталната диагностика и се осигурява качеството на фетална морфология за бременни. Това ще позволи ранно откриване на различни вродени аномалии на плода, диагностициране на евентуални хромозомни или структурни аномалии, с което се създават условия за тяхното намаляване.

С оглед стремежа за намаляване броя на децата с вродени заболявания и на детската смъртност в страната е необходимо да се осигури устойчивост на дейностите, свързани с ранната диагностика на вродените малформации, както и оптимизиране и разширяване на обхвата на скрининговите програми за бременни жени.

В рамките на Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014 – 2020 г., през 2015 г. в България беше въведен масов неонатален слухов скрининг. Той се провежда във всички лечебни заведения с разкрити АГ и неонатологични структури, като годишно обхватът достига 87 % от новородените. Намалението на слуха е едно от най-често срещаните вродени заболявания и придобити увреждания в неонаталния период, които остават актуален медицински, социален и икономически проблем. Ранната диагностика на децата с увреден слух и последващото лечение е съвременно решение и позволява развитието на речта и говора, емоционално, психично, социално и умствено развитие на личността, както и вграждането на децата в нормалната среда на чуващите. Обхващането на децата с масов неонатален слухов скрининг е дейност, която допринася за своевременното диагностициране и предприемане на адекватни мерки за пълноценното им развитие и следва да бъде осигурена устойчивост на изпълняваните дейности.

Реализираните до момента дейности по скрининговите програми показват тяхната значимост за общественото здраве и тяхната ефективност, което налага както действия за продължаването им, така и действия по разширяване на обхвата им. Същевременно,

включването на нов вид масов скрининг за определено заболяване следва да е основано на подробен анализ и широко обществено обсъждане по отношение на целесъобразността, необходимостта и възможностите за провеждането му. Във връзка с това в рамките на програмата се предвижда извършване на анализ и преценка за целесъобразността и възможностите за прилагане на нови скринингови програми в страната.

В рамките на Здравно-консултативните центрове, разкрити по Националната програма за подобряването на майчиното и детско здраве 2014 – 2020 г., в университетски и специализирани болници в София, Варна, Пловдив и Плевен са разкрити 12 комисии за комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване и продължителна здравна грижа за деца с хронични заболявания (диабет, вродени сърдечни малформации, вродени лицеви малформации, вродени неврологични заболявания, вродени хематологични заболявания, детска церебрална парализа и недоносени деца). Комисиите предоставят високоспециализирани медицински консултации и изготвят индивидуални медико-социални планове за всяко дете, а в състава им могат да бъдат включвани и немедицински специалисти, в т.ч. логопед, социален работник, рехабилитатор, в зависимост от индивидуалните нужди на всяко дете. За периода септември 2015 – януари 2020 г. комисиите са изготвили общо 8 689 медико-социални планове. Прилагането на комплексен и съобразен с индивидуалните потребности подход е много важна предпоставка за постигане на значими здравни резултати, повишаване качеството на живот и социална интеграция на децата с увреждания. С оглед на това следва да се насърчи развитието на тези добри практики и те да се включат като неотменна част от грижите за децата с увреждания. Въпреки това възможностите на здравната система за осигуряване на качествена и навременна рехабилитация на деца с определени хронични, генетични и ментални заболявания все още са ограничени и е необходимо да се предприемат мерки за задоволяване на потребностите им, както и за тяхната социална интеграция.

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. В България има само едно специализирано лечебно заведение за лечение на деца с ДЦП – СБДПЛРДДЦП „Св. София” в гр. София. Към лечебното заведение беше разкрита комисия за комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване и продължителна здравна грижа на деца с ДЦП, но тя прекрати дейността си през 2017 г. Рехабилитационно лечение на деца с ДЦП се осигурява и в Специализираната болница за рехабилитация - гр. Котел, Специализираната 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 кинезитерапията, рехабилитацията и специалната педагогика, както и недостатъчното и морално остаряло оборудване на лечебните заведения, ангажиращи се с рехабилитацията на децата с ДЦП, голяма част от тях са лишени от достъп до качествено съвременно лечение. Допълнителен проблем представлява и затрудненият 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. С оглед това са необходими интервенции за подобряване на достъпа на децата с ДЦП до качествена медико-психологическа рехабилитация, както и обучение на специалистите по прилагане на съвременните методи на лечение.

Друг сериозен проблем е липсата 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, децата и родителите се нуждаят от специализирана помощ за рехабилитация и социална реинтеграция.

Сериозен е и броят на страдащите младежи от анорексия и булимия. От анорексия невроза заболяват 8 до 13 човека на 100 000 популация годишно. Заболяването засяга предимно момичета в юношеска възраст, като между 15 и 19-годишна възраст се проявяват 40% от всички случаи. Приблизително 90% от децата с анорексия са момичета. Анорексия невроза често се придружава от психични и физически заболявания, като депресия, тревожност, маниакално поведение, злоупотреба с вещества, сърдечносъдови и неврологични усложнения и нарушено физическо развитие. В България липсват адекватни медицински звена, които да поемат засегнатите, както и липсва статистика за точния брой на засегнатите от хранителни разстройства. По оценка на специалисти, 150 хил. са младите хора в страната, които страдат от анорексия и булимия, при които обикновено се отлага лечението и вземането на мерки става едва при животозастрашаващите фази на болестта. Липсата на информация за тези заболявания кара много хора да неглижират този проблем, а те могат да бъдат разрушителни и понякога необратими.

- **Необходимост от прилагане на интегриран здравно-социален подход при обслужване на деца с хронични заболявания и увреждания**

Съгласно действащата нормативна уредба (Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК), децата с хронични заболявания подлежат на диспансерно наблюдение, което включва прегледи и изследвания с определени обем и честота.

Видно от данните, посочени в здравно-демографския анализ, за България тревожна тенденция е големият брой на децата до 16-годишна възраст, освидетелствани и с призната първична инвалидизация. 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 и психологическа подкрепа, насочени към децата и техните семейства. 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.

С оглед на това е необходимо семействата да бъдат подкрепяни при отглеждането на деца с увреждания и хронични заболявания, като се приложи интегриран комплексен здравно-социален подход. За целта през 2015 г. със Закона за лечебните заведения е регламентиран нов вид лечебно заведения - Център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ). ЦКОДУХЗ ще надгради предлаганите от съществуващите лечебни заведения здравни услуги, като осигури възможности за комплексно медицинско обслужване, продължително лечение и рехабилитация, палиативни грижи за деца и възможности за предоставяне на специализирани здравни услуги в дома на детето.

Към момента са разкрити 10 ЦКОДУХЗ - в Благоевград, Бургас, Бузовград, Видин, Дебелец, Добрич, Силистра, Сливен, София и Хасково. В Актуализирания план за изпълнение на Националната стратегия „Визия за деинституционализация“ се предвижда ЦКОДУХЗ да бъдат създадени във всички области на страната, като в зависимост от конкретните потребности, те ще имат различен обем на дейност.

С цел да се надградят предоставяните медицински дейности в обхвата на задължителното здравно осигуряване, както и да се осигурят интегрирани здравно-консултативни и социални услуги за родилки, бременни с патология и за деца с хронични заболявания и недоносеност, които се нуждаят от специфични и висококвалифицирани медицински услуги, са разкрити 31 Здравно-консултативни центъра за майчино и детско здраве (ЗКЦ) във всички областни градове. ЗКЦ се финансират от Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014 – 2020 г. В тези центрове лекари, психолози и социални работници осигуряват консултативни и логистични дейности, свързани с организиране на комплексното медицинско наблюдение на деца с увреждания и хронични заболявания, бременни с повишен медицински риск, с патология на бременността или наличие на хронични заболявания и увреждания.

В ЗКЦ се извършват информационни, логистични и координационни дейности, предоставят се специализирани медицински консултации и домашни посещения от медицински специалисти, както и консултации от психолог и социален работник на деца с увреждания и деца с хронични заболявания, родилки и бременни с патология на бременността в хода на тяхното болнично лечение и/или амбулаторно проследяване и лечение. Чрез ЗКЦ по програмата се финансират и медицински консултации извън обхвата на задължителното здравно осигуряване при наличие на заболявания, възникнали по време на бременността, в т.ч. и допълнителен преглед от специалист по АГ за здравно неосигурените жени в допълнение на прегледа, предвиден съгласно Наредба № 26 от 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. ЗКЦ организират и домашни посещения на деца с увреждания и хронични заболявания и недоносени деца до 1 година, за които специалист от лечебното заведение е преценил необходимостта от провеждане на консултация в домашни условия. При установяване на необходимост от допълнителни консултации, изследвания или лечение, специалистите в ЗКЦ насочват пациентите към подходящо лечебно заведение. От началото на програмата през м. септември 2015 г. до края на м. септември 2020 г. са отчетени 41 014 медицински консултации и 1781 домашни посещения на деца с увреждания и недоносени деца.

Анализът на дейността на Здравно-консултативните центрове показва, че е необходимо да се осигури устойчивост на финансираните дейности, да се повиши информираността на целевите групи относно предоставяните здравни и социални дейности с цел разширяване на обхвата на потребителите. Отчита се необходимост от разширяване на дейността на центровете по отношение на грижите за родилки и новородени в домашни условия. Здравно-консултативните центрове следва да се включат активно и в дейности, свързани с промоция и профилактика, здравно-образователни дейности по въпросите на репродуктивното здраве, семейното планиране, както и в дейности за подкрепа на родителите за развиване на умения за оптимална грижа в периода на ранното детство.

- **Подобряване на механизмите за проследяване, рехабилитация и грижа за недоносените деца**

У нас недоносеността се движи в международно приетите граници. В България ежегодно 10% от новородените се раждат недоносени. Данни относно заболеваемостта и късните усложнения при тази рискова група новородени, разпределението им по нозологични единици обаче не се събира и анализира. Не се проследява и броят на недоносените деца, нуждаещи се от рехабилитация, броят на децата с дихателни, неврологични, очни, ендокринни и слухови увреждания, децата с проблеми в растежа и

затруднения в адаптацията в ранната училищна възраст, които посещават нормални училища, и др.

С оглед факта, че всички отклонения в нормалното развитие се интервенират с успех, ако терапията започне до 2 - 3-я месец от живота, предпоставка за успех е регистрирането на тази група рискови новородени, адекватно проследяване и ранно откриване на отклоненията. Това ще бъде реализирано чрез въвеждането на Националната здравно-информационна система, част от която ще е пациентското досие. По този начин ще се създаде възможност за наблюдение на недоносените новородени, на тяхната заболеваемост, включваща неврологично развитие, очен скрининг, слухов скрининг, белодробна патология, двигателно развитие. Обективният анализ на данните от Националната здравно-информационна система за здравния статус на недоносените деца, извършените изследвания, проведените лечение и рехабилитация, ще даде възможност за планиране на мерки, съобразени с потребностите на децата.

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ И ПРИОРИТЕТИ

Въз основа на анализа на здравно-демографските данни и идентифицираните предизвикателства пред здравната система за гарантиране на качествени здравни грижи за бременни, родилки и деца, в Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021 - 2030 г. се залага следната стратегическа цел:

Подобряване на ключовите показатели, свързани със здравето на бременните жени, майките, децата и подрастващите, чрез подобряване на достъпа до здравни услуги извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, промоция на здраве и осигуряване на подкрепа за добри практики в областта на интегрираните здравно-социални услуги.

Приоритети:

1. Промоция на здраве, включително в областта на репродуктивното здраве, семейното планиране и детското здраве.

2. Повишаване на качеството и обхвата на медицинските грижи в областта на майчиното и детско здравеопазване.

3. Подобряване на компетенциите на медицинските и немедицински специалисти, работещи в областта на майчиното и детско здраве.

4. Усъвършенстване на механизмите за събиране и анализ на данни, свързани с майчиното и детско здраве.

5. Развитие на здравни и интегрирани здравно-социални услуги с цел превенция на усложненията при деца с хронични заболявания и увреждания.

За изпълнение на приоритетите се предвиждат дейности в следните направления:

По Приоритет 1. Промоция на здраве, включително в областта на репродуктивното здраве, семейното планиране и детското здраве се предвижда:

- повишаване на информираността на населението по въпросите на репродуктивното здраве и семейното планиране, бременността, раждането и грижите за децата;
- повишаване на информираността, знанията и уменията за здравословен начин на живот на подрастващите и младите хора и превенция на рисково поведение, свързано със здравето;
- подкрепа за родителите за развиване на умения за грижа за недоносените деца и децата с увреждания и специални потребности.

По Приоритет 2. Повишаване на качеството и обхвата на медицинските грижи в областта на майчиното и детско здравеопазване се предвижда:

- осигуряване на достъпни, качествени и ефективни здравни услуги в обхвата на задължителното здравно осигуряване, с акцент върху всеки период - преди забременяване, по време на бременността, раждането, следродилния период и за децата (от 0 - 18 г.);
- повишаване на качеството и увеличаване на обхвата на здравните услуги за бременни и деца извън обхвата на задължителното здравно осигуряване;
- оптимизиране и разширяване на действащите профилактични и скринингови програми при бременни и деца;
- укрепване на материално-техническата база на структури по АГ, неонатология и педиатрия в лечебни заведения за болнична помощ, включително чрез обновяване на медицинската апаратура;
- въвеждане на ефективни механизми за последваща комплексна грижа за недоносените деца, децата със специални потребности и децата в риск от проблеми в развитието;
- създаване на условия за преодоляване на различията в показателите за детското и майчиното здраве в отделните области на страната.

По Приоритет 3. Подобряване на компетенциите на медицинските и немедицинските специалисти в областта на майчиното и детско здраве се предвижда:

- създаване на условия за повишаване на квалификацията на специалистите, предоставящи здравни и интегрирани здравно-социални услуги за деца – ЦКОДУХЗ, ЗКЦ и Центровете за специализирана здравно-социална грижа за деца;
- създаване на условия за повишаване на квалификацията на медицинските специалисти от детските ясли и детските градини, от болничната и извънболничната помощ, работещи с деца;
- създаване на условия за повишаване на квалификацията на медицинските специалисти от извънболничната медицинска помощ за ранно идентифициране на рискове за бременните и консултиране на бъдещите майки и родители;
- подобряване обучението на студентите, ОПЛ, лекари и друг персонал по специфични въпроси, касаещи майчиното и детско здраве – проблеми на недоносените деца, децата с увреждания и хронични заболявания, ретинопатия на недоносеното, глухота и др.

По Приоритет 4. Усъвършенстване на механизмите за събиране и анализ на данни, свързани с майчиното и детско здраве се предвижда:

- използване на инструментариума на Националната здравно-информационна система и Информационната база данни на органите на медицинската експертиза за анализ на данните за здравния статус на бременните и децата;
- усъвършенстване на механизмите за мониторинг и контрол на дейностите в областта на майчиното и детско здраве.

По Приоритет 5. Развитие на здравни и интегрирани здравно-социални услуги с цел превенция на усложненията при деца с хронични заболявания се предвижда:

- подобряване на достъпа до качествени и ефективни здравни и интегрирани здравно-социални услуги за деца;

- осигуряване на комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване за деца с хронични заболявания и деца с увреждания;
- осигуряване на качествени интегрирани здравно-социални услуги за деца с хронични заболявания и деца с увреждания.

За изпълнение на стратегическата цел за подобряване на показателите за майчиното и детско здраве се предвиждат редица мерки, включени в Плана за действие към програмата. Планът за действие ще се актуализира на тригодишен период, в съответствие с данните от мониторинга за степента на постигане на предвидените дейности.

За реализацията на основните приоритети, заложени в програмата, ще се изгради Национална педиатрична болница, ще бъде оптимизирана и разширена дейността на Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве, ще бъдат създадени Центрове за комплексно обслужване за деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ) във всички области на страната и ще бъдат изградени 26 резидентни интегрирани здравно-социални услуги за деца с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи и за деца с високорисково поведение.

Изграждането на Национална педиатрична болница е задача с голяма обществена значимост, приоритетна за развитието на качественото здравеопазване в Република България и от голямо значение за оказване на адекватна, своевременна и висококвалифицирана помощ на малолетни и непълнолетни пациенти. Отчитайки факта, че грижите за здравето на децата са инвестиция в бъдещи здрави поколения, усилията за подобряване на здравните услуги следва да са насочени към осигуряване на по-добър достъп и навременно насочване към необходимия вид диагностика и лечение и към внедряване в практиката на утвърдени стандарти за диагностика, лечение и рехабилитация за заболяванията в детска възраст. Това може да бъде осъществено чрез създаване на национална многопрофилна педиатрична болница, в която на едно място да бъдат концентрирани услуги по спешна и високоспециализирана консултативна педиатрична помощ, интензивно лечение на деца, включително с възможности за продължителна дихателна реанимация, неонатологична помощ, с възможности за обслужване на деца, родени с висока степен на недоносеност и изключително ниско тегло при раждане, комплексно обслужване на деца с вродени аномалии, хронични заболявания и увреждания и други тежки заболявания, услуги по продължително лечение, рехабилитация и палиативни грижи. Наложително е да се работи в посока на прилагане на комплексен подход в лечението на децата, който да включва превенция на заболяванията, навременна диагностика и интервенция, последващо наблюдение и оценка на необходимостта от ранна интервенция при рискове и проблеми в здравето и развитието на децата, и същевременно осигуряване на подкрепа на семействата на болните деца. Не на последно място – създаването на комплексно лечебно заведение за болнична помощ ще създаде оптимални условия за обучението на специалистите от детския профил, като на едно място те ще могат да придобият необходимите знания в своята цялост, което в известна степен също ще допринесе за повишаване на мотивацията за предпочитане на тези специалности.

С цел подобряване на достъпа на бременни и деца до качествени медицински услуги извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, до необходимите психологически консултации и социални грижи, ще бъде осигурена устойчивост на дейността на съществуващите Здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве. Те са разкрити във всички области на страната, в лечебни заведения за болнична помощ с преобладаващо държавно участие в капитала, както и в някои университетски и специализирани АГ и педиатрични болници, в които се използва наличния капацитет

от медицински специалисти. Чрез ЗКЦ се осигурява достъп до различни здравни и социални дейности, в зависимост от техните конкретни потребности и медико-социални рискове за здравето и развитието им, като приоритет в работата на центровете са групите в повишен риск – бременни и родилки с патология, деца с увреждания и хронични заболявания. Основен подход в работата на ЗКЦ е да интегрира консултативната, промотивната, профилактичната и патронажната дейност за бременни и деца, както и да осигури висококвалифицирани медицински грижи (диагностика, проследяване и лечение) при бременни с патология и деца с хронични болести за провеждане на комплекс от здравни, медицински, психологически и социални дейности.

В ЗКЦ в МБАЛ ще продължат да се осъществяват здравно-информационни, здравно-обучителни, здравно-консултативни, медико-социални дейности, да се предоставят психологически консултации, координиращи и насочващи услуги за млади хора, двойки, семейства, бременни, родилки и деца до 18 г., диагностично-лечебни дейности при бременни и деца с патология. Здравните услуги се предоставят от квалифицирани медицински специалисти – лекари-специалисти по акушерство и гинекология и по педиатрия, медицински сестри и акушерки, а немедицинските – от социални работници и психолози. При разширяване на обема и обхвата на дейностите, ще бъде осигурена възможност за включването и на други специалисти.

В ЗКЦ в университетските и специализирани болници ще бъде осигурена устойчивост на дейностите, свързани с провеждане на биохимичен скрининг за бременни за оценка на риска от раждане на дете с хромозомни аномалии, както и на дейността на комисиите за комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване и продължителна здравна грижа за деца с хронични заболявания (диабет, вродени сърдечни малформации, вродени лицеви малформации, вродени неврологични заболявания, вродени хематологични заболявания, детска церебрална парализа и недоносени деца).

С цел повишаване на обхвата и подобряване на резултатите, дейността на ЗКЦ ще бъде насочена към активно издирване на целевите групи за обхващане с комплекс от здравни и социални услуги в зависимост от потребностите; идентифициране на рискови фактори, в т.ч. и социалните, с негативно влияние върху здравето и развитието на детето и качеството на родителските грижи; координиране и осигуряване на медицински грижи при бременност с патология (реализиран риск); ранна интервенция при рискове и проблеми в здравето и развитието на детето и консултиране за необходимостта от комплексна рехабилитация на недоносените деца. Центровете имат особено важна роля и за реализацията на мерки, свързани с промоция на здраве, превенция и профилактика на болестите, подпомагане достъпа на целевите групи до системата на здравеопазване, социалните услуги и подпомагане, подготовка за добро родителство и подкрепа за отглеждането на детето в семейна среда. С оглед това е необходимо активизиране на дейностите, свързани с повишаване на информираността на населението за предоставяните от ЗКЦ услуги. За целта ще се търсят възможности за подобряване на взаимодействието с организациите от неправителствения сектор, които работят по проблемите на майчиното и детско здраве, чрез създаване на механизми за тяхното активно участие, в тясна координация с персонала на ЗКЦ, в дейностите, свързани с подпомагане на достъпа на майките и децата до здравните услуги, предоставяни в центровете.

За осигуряване на комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване за деца с хронични заболявания, както и за предотвратяване институционализирането на деца, Министерството на здравеопазването стартира процес по създаване на допълнителна мрежа от здравни услуги, а именно центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ) - лечебни заведения, чрез

които да се подкрепят семействата при отглеждането на децата с увреждания и хронични заболявания. До момента са разкрити центрове в 10 области на страната и предстои създаването на ЦКОДУХЗ в останалите области на страната.

Комплексното обслужване ще включва лечение, рехабилитация, специализирани здравни услуги в дома или в центровете за настаняване от семеен тип, психо-социална рехабилитация, социална подкрепа и др. То ще доведе до минимизиране на увреждането и на последствията от него още в ранна детска възраст.

Във всички центрове амбулаторно ще се осъществява диагностика, физикална терапия, медицинска и психосоциална рехабилитация на деца с увреждания и хронични заболявания, както и почасови и мобилни услуги за обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания в центъра или в дома. Определени центрове, освен амбулаторни дейности, ще предоставят и допълнителни стационарни дейности. В тях ще се извършва комплексно лечение на недоносени деца, продължително лечение (до три месеца) след проведено активно болнично лечение, както и физикална терапия и рехабилитация (до шест месеца) за деца с тежки увреждания или хронични заболявания, без да се допуска институционализиране на грижите за деца, както и отглеждане на деца под формата на резидентна грижа. Тези центрове ще предоставят и специализирани палиативни грижи за деца в терминално състояние - дейност, която към момента не се осигурява от съществуващата мрежа от лечебни заведения.

Центровете ще осигуряват и подкрепа за родителите чрез обучение в грижите за дете с увреждане и чрез осигуряване на дневни и почасови услуги, които включват индивидуални и/или групови занимания с децата. С цел запазване връзката родител-дете ще се осигури възможност родителите да престояват с децата. ЦКОДУХЗ ще изпълнява и ролята на логистичен център, чрез който ще се осъществява връзката между личния лекар на детето и другите лечебни заведения от една страна, и социалната система, предоставяща услуги за деца, от друга страна. По този начин ще се осигури подкрепа на персонала от различните видове социални услуги, включително и тези от резидентен тип, при работата им с деца с увреждания и хронични заболявания.

Планира се изграждането и на 26 интегрирани-здравно-социални услуги за резидентна грижа: 20 Центъра за специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи (ЦСЗСГ за ДУ с ПМГ) и 6 Центъра за специализирана здравно-социална грижа за деца с високо-рисково поведение и потребност от специални здравни грижи (ЦСЗСГ за ДВРП с ПСЗГ). Това са интегрирани здравно-социални услуги за резидентна грижа, регламентирани в Закона за социалните услуги, в които ще се осигури грижа за децата с увреждания в среда, близка до семейната. Те ще се предоставят от всички доставчици на интегрирани здравно-социални услуги – от общини, от лечебни заведения и от доставчици на социални услуги, които отговарят на изискванията и критериите за предоставяне на услугата.

Центровете за специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи ще предоставят непрекъснати 24-часови медицински грижи за деца/младежи с увреждания, за които родителите не могат да оказват необходимите грижи в семейна среда, поради тежък функционален дефицит на орган и/или система, резултат от характера, тежестта и/или продължителността на заболяване, състояние или увреждане. Медицинските грижи ще се предоставят интегрирано с другите социални, образователни и други грижи и услуги, предоставяни на децата/младежите, включени в индивидуалните планове за грижа на доставчика на интегрираната здравно-социална услуга. За деца с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи ще бъдат осигурени близки до семейната среда условия за отглеждането им, които ще включват медицинско наблюдение от медицинска сестра, прилагане на предписано от лекар лечение и други медицински и здравни дейности,

манипулации и специфични процедури по хранене и ежедневни грижи (в зависимост от потребностите на детето), както и организация на достъпа и провеждането на лечебен процес от структурите на здравната система. ЦСЗСГ за ДУ с ПМГ ще бъдат подкрепени от останалите структури на здравната мрежа – общопрактикуващи лекари, лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ, ЦКОДУХЗ, които да осигурят пълния обем от медицинска помощ в случай на нужда.

В Центровете за специализирана здравно-социална грижа за деца с високорисково поведение и потребност от специални здравни грижи, освен възможност за предоставяне на временна резидентна грижа в случай на необходимост от 24-часова непрекъсната грижа и подкрепа, ще се предоставя консултативна, терапевтична и друга високо квалифицирана подкрепа за деца с високо рисково поведение и потребност от специални здравни грижи. Услугата ще включва и ежедневно присъствие на психолози, медицински сестри и възможност за ползване на педиатрична и детска психиатрична консултация на място. ЦСЗСГ за ДВРП с ПСЗГ ще бъдат подкрепени от останалите структури на здравната мрежа – общопрактикуващи лекари, лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ, които да осигурят пълния обем от медицинска помощ в случай на нужда.

Конкретните дейности, чрез които ще се реализират за изпълнение на заложените приоритети в областта на майчиното и детското здраве, се детайлизират в План за действие, който ще се отчита ежегодно и ще се актуализира на период от три години.

ФИНАНСИРАНЕ

Чрез реализацията на набор от мерки, заложени в Плана за действие към Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021 – 2030 г. ще се гарантира постигането на набелязаните от програмата приоритети. Планът за действие обхваща период от 3 години.

Средствата за изпълнение на заложените в Програмата мерки и постигане на поставените цели се предвижда да се осигурят в рамките на:

- Бюджета на Министерство на здравеопазването в рамките на разчетените средства по бюджетна програма „Медико-социални грижи за деца в неравностойно положение, майчино и детско здравеопазване“ и
- Бюджета на НЗОК чрез програми „Детско здравеопазване“ и „Майчино здравеопазване“. Програмата „Детско здравеопазване“ определя всички профилактични дейности (прегледи, изследвания, имунизации), които са задължителни при наблюдението на растежа и развитието на детето – от раждането до 18-годишната му възраст. Програмата „Майчино здравеопазване“ има за цел наблюдение върху протичането на нормална бременност или бременност с риск, както и ранно откриване на заболявания и усложнения у бъдещата майка и плода. Дейностите са регламентирани с Наредба № 9 от 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса и Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, а конкретното им остойностяване се определя със съответните Национални рамкови договори за медицинските дейности и за денталните дейности. Годишно със закона за бюджета на НЗОК се осигуряват средства за тези дейности.
- За периода на Програмата ще се разчита и на финансовите механизми ЕИС и оперативните програми.

РЪКОВОДСТВО НА ПРОГРАМАТА

Като орган за координация на дейностите се създава **Национален координационен съвет (НКС)** със следната структура:

- **Председател на НКС** - пряко отговорен за изпълнението на дейностите;
- **Национален координатор** – отговарящ пряко за регионалните координатори и изпълнението на Програмата в отделните области;
- **Членове** – трима представители на Министерството на здравеопазването, двама представители на Националния център по обществено здраве и анализи и по един представител на експертните съвети към министъра на здравеопазването по акушерство и гинекология, неонатология и педиатрия.

За всяка област ще бъде определен **регионален координатор**, служител на регионалната здравна инспекция, който ще координира и контролира изпълнението на дейностите на областно ниво.

Дейността на Националния координационен съвет и регионалните координатори ще бъде подкрепена от **секретариат**, в който ще участват трима експерти от Министерството на здравеопазването.

Изпълнението на дейностите по програмата ще се възлага от министъра на здравеопазването по предложение на Националния координационен съвет. Регионалните координатори по програмата ще получават своевременно информация за възложените дейности чрез секретариата на НКС.

Контролът на програмата ще се осъществява от следните институции:

- Министерство на здравеопазването;
- Национален координационен съвет;
- Регионални здравни инспекции в съответните области

Регионалните здравни инспекции, в координация с НКС, ще извършват периодични и внезапни проверки за изпълнението на дейностите.

Изпълнители на програмата:

- Министерство на здравеопазването;
- Националния център по обществено здраве и анализи и регионалните здравни инспекции;
- Лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ, включително ЗКЦ и ЦКОДУХЗ;
- Центрове за резидентни услуги - ЦСЗСГ за ДУ с ПМГ и ЦСЗСГ за ДВРП с ПСЗГ.

Мониторинг за изпълнението на дейностите по програмата ще се извършва чрез:

- тримесечни отчети, изготвяни от изпълнителите на дейности;
- шестмесечни отчети на регионалните координатори;
- годишен анализ за изпълнението на дейностите по програмата на национално ниво, изготвен от Националния център по обществено здраве и анализи;
- годишен доклад на националния координатор, който се одобрява от Национален координационен съвет;
- анализ на всеки три години с предложения за актуализиране на дейностите в Плана за действие, изготвен от Националния център по обществено здраве и анализи и Националния координационен съвет.

Окончателна оценка на програмата ще бъде изготвена през м. януари 2031 г.

Планът за действие за периода 2021 - 2023 г. е представен в Приложение № 1.