

**Граждански мониторинг върху изпълнението на
„Националната програма за подобряване на
майчиното и детско здраве 2014-2020”**

Сдружение ЛАРГО

Август 2017

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение	3
Резултати от количествено проучване чрез електронна анкетна карта на мнението на служители в Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве в страната относно „Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020”	5
Анализ на интернет страниците на Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве	19
Интегрираните здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве: мненията на служители в центровете, експерти от гражданския сектор и потребители на услугите	35
Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014- 2020 като инструмент за провеждане на публични политики	70

Въведение

„Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020” е приета с решение № 510 на Министерски съвет от 17. 07. 2014 г. Програмата е изготвена в изпълнение на Националната здравна стратегия (2014-2020) на Министерския съвет на Република България. Политика 7 от Стратегията, „Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване”, предвижда мерки за **„интегриран подход** на институциите и обществото за здравето на децата”.

„Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020” е базирана на разбирането, че „грижата за детското здраве и развитие е задължение на родителите, държавата и институциите, обществото като цяло, както и на самото дете в по-горните възрасти”.

Програмата е разработена като инструмент за публични здравни политики, който стъпва на схващането, че „грижите за здравето на децата са инвестиция в бъдещи здрави поколения, тъй като *през детството се поставят основите на човешкото здраве* и се формира здравното поведение на всеки индивид, което обезпечава по-високо качество на здравния статус на националния човешки капитал”.

Ето защо Програмата предвижда мерки за управлението на детското здраве „в една **интегрална съвкупност на твърде различаващи се области на интервенции**, които изискват различна компетентност, *промотивни, профилактични, социални и психологически мерки*, подобряване на диагностиката и лечението, обучение и квалификация на медицинския персонал, учителите и цялостното население, изграждане на социални връзки и комуникации и укрепване на организационната мрежа с йерархични или координационни взаимодействия между различни правителствени и неправителствени институции”.

Три години след приемането на „Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020” сдружение ЛАРГО предприе инициатива за

извършване на **граждански мониторинг** върху изпълнението на Програмата. Мониторингът първоначално предвиждаше **пет** компонента: 1) Анализ на „Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020“ като инструмент за провеждане на публични политики; 2) Desk research на интернет страниците на Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве в страната; 3) Провеждане на качествено социологическо проучване чрез дълбочинни интервюта на мнението на пациентите и мнението на служителите в типологично значими Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве в страната; 4) Провеждане на количествено проучване чрез електронна анкетна карта на мнението на служителите в Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве в страната относно програмата, нейните цели и постигнати резултати; 5) Анализ на официалните данни от МЗ и НЗОК относно работата на Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве в страната до момента¹.

Мониторингът е проведен през периода юли-август 2017 г. от екип в състав: Венелин Л. Стойчев – ръководител на екипа, Светла Енчева – старши изследовател, Боряна Петрова – изследовател, Александър Костадинов – младши изследовател, Християн Дудев – младши изследовател, Юлия Колева – технически сътрудник.

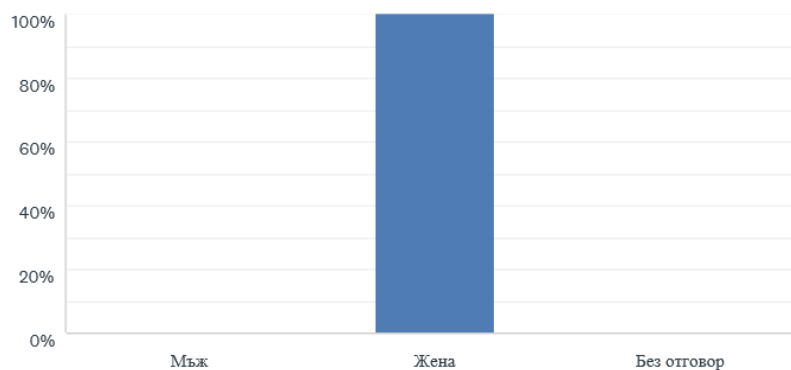
¹ На 20-07-2017 г. Сдружение ЛАРГО изпрати официално запитване до МЗ по ЗДОИ с искане за информация за управлението на Програмата и извършените дейности. В писмо от МЗ с изх. н. 93-00-75 от 17. 08. 2017 г. до ЛАРГО се казва, че „шестмесечни и годишни отчети от РЗИ, годишни отчети на регионалните координатори и ежегодни отчети за изпълнението на Програмата не могат да бъдат предоставени, тъй като Министерството на здравеопазването не разполага с информация във вида, в който е поискана“. Ето защо предвидената т. 5 от мониторинга отпадна като отделен доклад, а официалните данни от МЗ са интегрирани в останалите доклади от мониторинга.

Резултати от количествено проучване чрез електронна анкетна карта на мнението на служители в Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве в страната относно „Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020”

Настоящият доклад представя резултатите от **количествено проучване чрез електронна анкетна карта** на мнението на служители в Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве. Проучването беше проведено в период от 20-07-2017 г. до 04-08-2017 г. Електронният въпросник беше разпратен *до всички* публично достъпни Центрове за майчино и детско здраве, които имат електронна поща и до ръководителите на лечебните заведения, в които са отворени такива центрове, ако самият център не е публикувал електронен адрес. На поканата за участие в проучването се отзоваха *42 служители* от Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве. Всички участници в проучването са от женски пол. Останалите проучвания по мониторинга на Програмата също не предоставят свидетелства за участие на лица от мъжки пол в Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве, с едно единствено изключение.

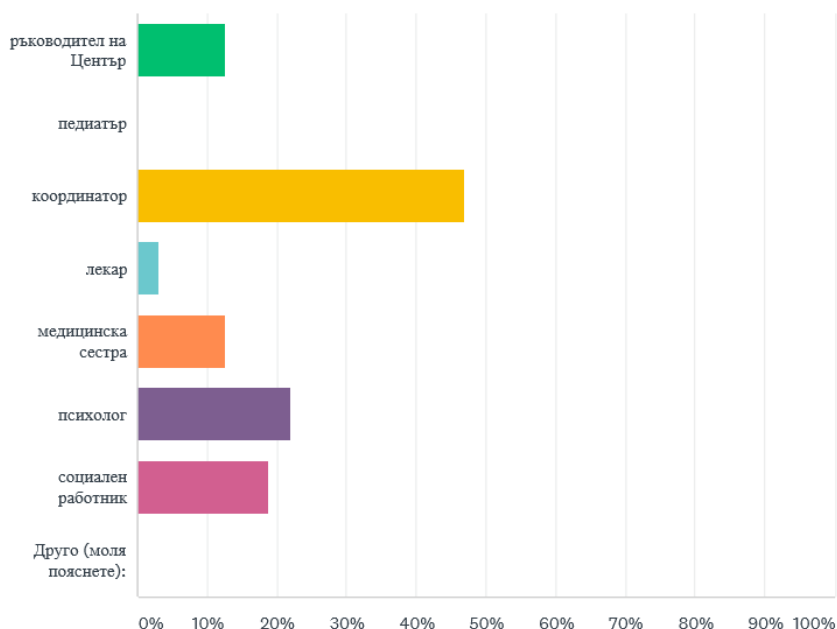
Графика 1

Вашият пол:



Близо половината от участниците в проучването са заети като *координатори* на Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве. По-малко от една четвърт от отговорите лица са психолози, а почти една пета са социални работници. Дяловете на медицинските сестри и лекарите са по-малки, но някои респонденти са отговорили, че заемат едновременно позицията на „координатор” и „медицинска сестра” или на „психолог” и „координатор”.

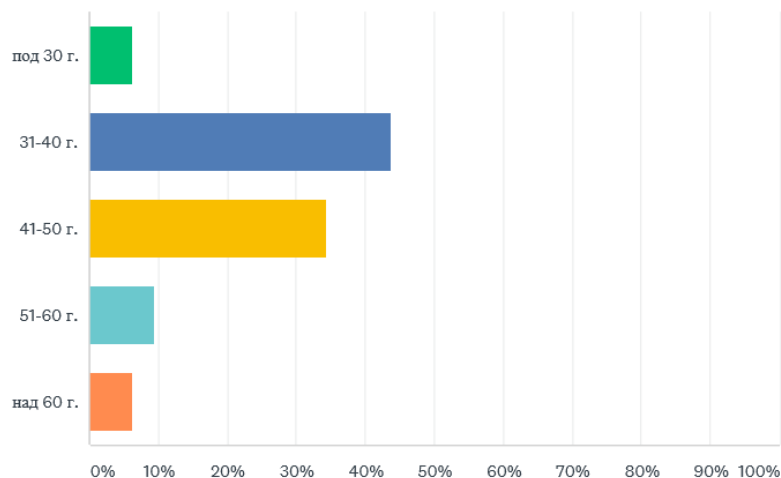
Вие сте?



Макар и да няма разнообразие по пол, сред заетите в центровете има разнообразие по възраст. Най-голям е делът на лицата, които са между 31 и 40-годишна възраст – 44% от всички респонденти. Една трета са лицата на възраст между 41 и 50 години. Един от десет участници е между 51 и 60 години. Лицата, заети в центровете на възраст под 30 и над 60 години са с най-малки дялове.

Тези възрастови съотношения са **много добра предпоставка** за ефективна работа с деца и родители, защото показват, че в работата на центровете са въввлечени лица, които *имат достатъчен опит*, но все още не са на възраст за пенсиониране.

Каква е Вашата възраст?



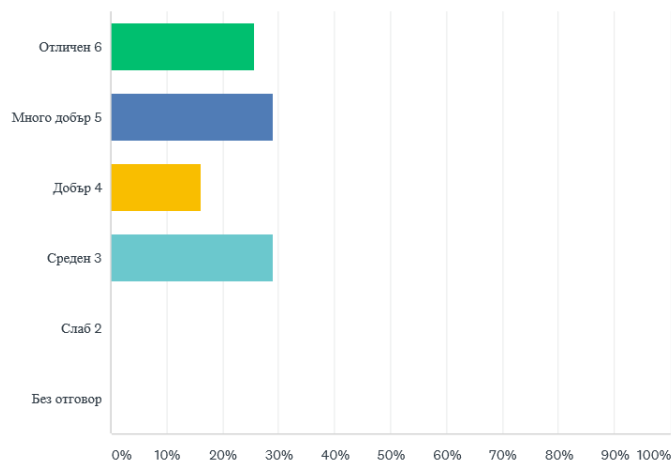
Участниците в проучването са директно ангажирани с работата на Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве, а центровете са основен инструмент за изпълнението на Програмата и Стратегията на МС. Ето защо **оценката на респондентите за Програмата** е от голямо значение за мониторинга на самата Програма.

Тъй като служителите в Центровете са заинтересована страна, защото са наети на работа в Центровете, може да се очаква, че техните оценки биха били завишени. Резултатите от проучването обаче показват, че „отличните“ оценки изобщо не са преобладаващи. Най-голям е делът на оценката „среден“ (3). С един глас по-малко на второ място се нарежда оценка „много добър“ (5). Отличните оценки остават на трето място – един от четири служители в Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве поставя шестица на изпълнението на Програмата. 17% от участниците в проучването оценяват изпълнението с „добър“ (4).

Макар и никой да не поставя слаба оценка на изпълнението на Програмата до този момент, нивата на критичност на самите служители в Центровете са сериозно основание за равностметка. Екипът, провеждащ мониторинга, очакваше много по-високи резултати, защото служителите оценяват и собствената си работа. В същото време те всички имат личен интерес Центровете да продължат да функционират. В този смисъл големият дял на оценки „среден“ (3) и „добър“ (4) са признак за демотивация у самите екипи на Центровете и за сериозни спънки при изпълнението на Програмата – проблеми, които се потвърдиха и от проведеното проучване чрез дълбочинни интервюта.

Графика 4

Като цяло каква оценка бихте дали на изпълнението на „Националната програма за подобряването на майчино и детско здраве 2014-2020“ от стартирането и през 2015 г. до настоящия момент (от отличен 6 до слаб 2)?



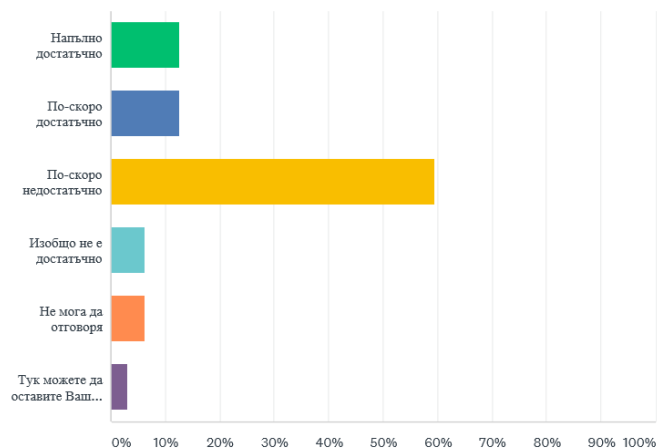
Една от причините за ниските оценки на центровете излиза веднага на повърхността – недостатъчното *финансиране на центровете*. Близко 60% от респондентите, които работят в Центровете смятат, че финансирането „по-скоро не е достатъчно“. Дяловете на лицата, които смятат, че финансирането на центровете е „напълно достатъчно“ и „по-скоро достатъчно“ са равни – по малко над 10 %. Но кумулативно лицата, които смятат, че финансирането на центровете не е

достатъчно („по-скоро недостатъчно” и „изобщо не е достатъчно”) са три пъти повече от тези, които смятат, че финансирането е достатъчно.

Според финансовият план на Програмата още през 2014 г. са инвестирани 1 млн. лв. от националния бюджет за разкриването на здравно-консултативните центрове. Отделно от това финансовият план включва и още 81 млн. лв. за осигуряване на дейността на центрите до 2020 г. – по 12 млн. на година до 2017 г. и по 18 млн. от 2018 до 2020 г.

Графика 5

Според Вашите собствени впечатления достатъчно ли е финансирането на Здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве?



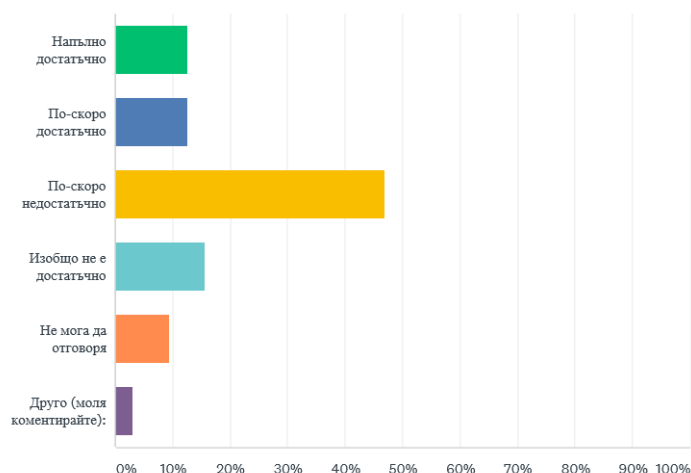
Конкретният въпрос за възнаграждението на самите специалисти в Здравно-консултативните центрове възпроизвежда подобна структура на отговорите. Около една четвърт от всички отговорили смятат, че възнаграждението е достатъчно. Делът на хората, които смятат, че възнаграждението „по-скоро не е достатъчно” малко пада в сравнение с въпроса за Центровете като цяло, но гласовете не се прехвърлят в полза на доволените, а отиват към недоволените – лицата, които смятат, че възнаграждението на специалистите „изобщо не е достатъчно” нарастват на 17% и така надхвърлят дяловете на тези, които смятат възнаграждението за „напълно достатъчно” (12%) и „по-скоро достатъчно” (13%).

Анализът на отговорите показва, че доволни от финансирането са „ръководителите на центровете” и част от „координаторите” и „психолозите”. Най-недоволни са „медицинските сестри” и „социалните работници”².

Тези отговори сигнализират за наличието на сериозни предпоставки за големи нива на текучество в екипите (хипотеза, която се потвърди от качественото проучване), мотивационна криза сред служителите на Центровете, а от там и за *опасност от понижаване на качеството на предлаганите услуги* за най-уязвимите групи от населението – бременните жени и малките деца.

Графика 6

Според Вашето лично мнение достатъчно ли е възнаграждението на специалистите в Здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве?



За целите на мониторинга най-важно е мнението на служителите в Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве по отношение на **конкретните цели**, заложи в Програмата.

Най-напред трябва да подчертаем, че по отношение на нито една от основните цели на Програмата *няма консенсус* между служителите в Центровете. Няма и нито една сфера на интервенция, при която делът на респондентите, които

² Обемът на извадката не позволява по-детайлен анализ на дяловите разпределения.

смятат, че Програмата е оказала „силно въздействие“, че има сериозен принос да надвишава половината от анкетираните лица.

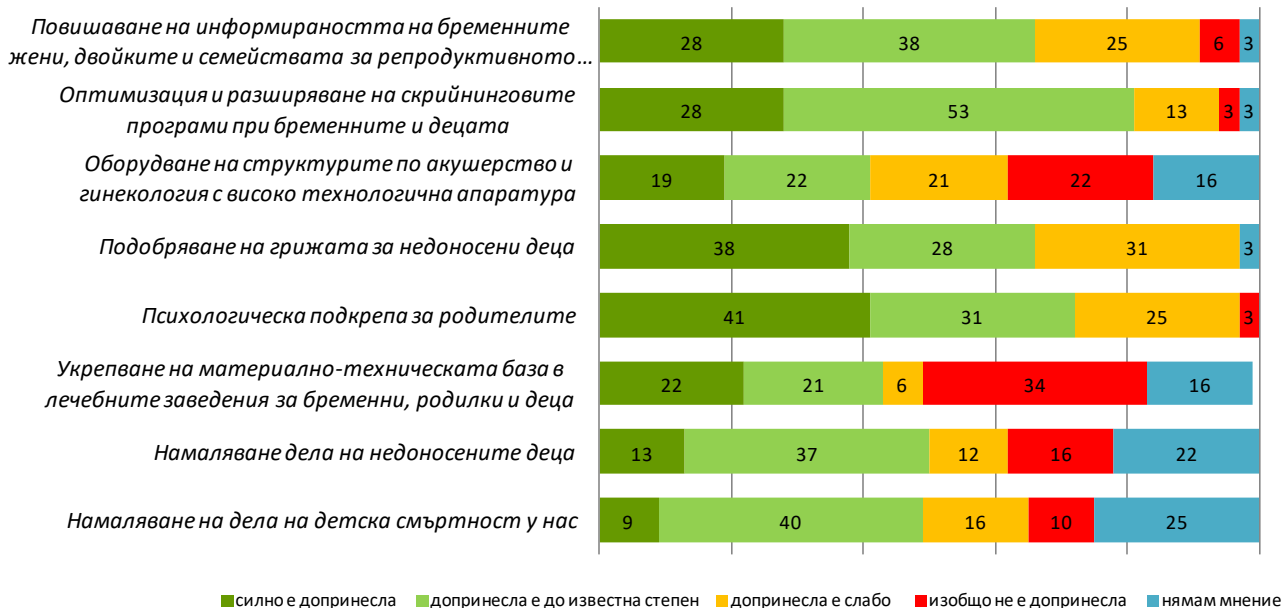
Въпреки това изследването доказва значими дистинкции между постигнатите резултати в различните области на въздействие. Най-голямо единодушие има по отношение на „оптимизацията и разширяването на **скрининговите програми** за бременните и децата“. Над 80% от анкетираните лица отбелязват, че тук има значимо въздействие. Макар че лицата, които смятат, че има „силно“ въздействие да са почти два пъти по-малко от тези, които смятат, че Програмата е допринесла за постигането на тази цел само „до известна степен“, като цяло **„скринингът“ е безспорно постижение на Програмата** според мнението на служителите в Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве. Нека напомним, че финансовият план на Програмата включва над 1 млн. лв. от националния бюджет за апаратура за скрининг за недоносените деца, 625 хил. за въвеждане на механизъм за неонатален слухов скрининг и 750 хил. за въвеждане на механизъм за скрининг за ретинопатия при недоносените. Според официалния отговор на Министерството на здравеопазването до този момент слухов скрининг е проведен на 84286 новородени³, като при 420 от тях е установено отклонение от нормата. Биохимичен скрининг е проведен на 33043 бременни жени, но няма данни какви са резултатите от това.

Резултатите от електронното анкетно проучване показват, че до този момент Програмата е допринесла **най-силно за оказване на „психологическа подкрепа за родителите“**. Делът на анкетираните лица, които смятат, че Програмата има голям принос за това е 41 %, най-голям от всички сфери на въздействие.

Другата област с високи резултати е **„подобряването на грижата за недоносените деца“**.

³ При около 125 000 новородени през този период.

**Според Вашите собствени наблюдения до каква степен изпълнението на
„Националната програма за подобряването на майчино и детско здраве
2014-2020“ е допринесла за всяко от изброените:
(в % от всички на всеки ред)**



Кои са проблемните сектори? Най-сериозен, от над една трета, е делът на лицата, които смятат, че програмата изобщо не е допринесла за „укрепване на материално-техническата база в лечебните заведения за бременни, родилки и деца“. Това е сериозен въпрос, защото означава, че има проблеми в инструментите, които се очаква да гарантират изпълнението на Програмата. Още повече, че Норвежкият фонд осигурява 18 млн. лв. за укрепване на материално техническата база в лечебните заведения. 9 млн. от тези средства би трябвало да са инвестирани още през 2015 г., а по още 4,5 млн. през 2016 г. и 2017 г.

В този клъстър попада и въпросът за „оборудването на структурите по акушерство и гинекология с високо технологична апаратура“ – кумулативно лицата, които смятат, че Програмата има положителен принос в тази област са по-малко от тези, които мислят противното. Според финансовия план на Програмата

Норвежкият фонд осигурява 7,8 млн. лв. за „оборудване на неонатологични отделения“. До края на 2017 г. тези средства би трябвало вече да се инвестирани.

От тези отговори следва заключението, че или оборудването не е закупено, или не е стигнало до голямата част от лечебните заведения. Най-благоприятната опция е оборудването да е закупено, но служителите в Центровете да не знаят за това. Но тогава как биха могли да насочват пациенти към апаратура, за която не знаят, че съществува?

Всички тези отговори проясняват защо служителите в центровете дават толкова ниски оценки на изпълнението на Програмата до този момент. Но резултатите от проучването повдигат още един сериозен въпрос – огромните дялове на респондентите, които не могат да отговорят на въпросите, свързани с най-важните предизвикателства пред Програмата (намаляването на дела на недоносените деца и намаляването на детската смъртност) са свидетелство за *липса на обратна връзка*, което е предпоставка служителите в центровете да не виждат смисъла от собствения си труд.

Според официалния отговор на Министерството на здравеопазването от началото на работата си до този момент здравно-консултативните центрове са провели общо 13230 медицински консултации и домашни посещения. Това означава, че средно аритметично едни център прави по една консултация в работен ден.

Ако обърнем поглед от изпълнението до този момент към **очакванията за бъдеще**, отново се натъкваме на сериозни противоречия.

На първо място – 97% от специалистите в здравно-консултативните центрове смятат, че им е *необходимо обучение* (три четвърти смятат, че **обучение е силно необходимо**). Подобни обучения са предвидени и в самата Програма. Проблемът е, че две години след стартирането на работата на центровете, по средата на изпълнението на тази публична политика, такова обучение (или серия от обучения) все още не е проведено. Нещо повече дори – проведеното качествено проучване чрез дълбочинни интервюта свидетелства, че все още не е изготвена и разпространена методика за работата на центровете. Ако служителите не са напълно наясно какво, как и защо правят, ако нямат обратна връзка за резултатите от дейността си, то

тогава как може да се очаква да дават масово високи оценки за самата Програма? Тук трябва да напомним, че според финансовия план на Националната програма за майчино и детско здраве 2014-2020 г. за обучение на персонала на центровете от Норвежкия фонд са осигурени близо 4 млн. лв. През всяка една от годините 2015, 2016 и 2017 би трябвало да са инвестирани по 650 хил. лв. именно за обучение на персонала. Учудващо е служителите в центровете да не са разбрали за тази инвестиция.

Вторият сериозен проблем е пряко свързан с първия – две трети от анкетиранията лица смятат, че е много необходимо за в бъдеще центровете да разширят дейността си в областта на координацията и сътрудничеството с другите заинтересовани страни (отговорни институции на местно и национално ниво). Проблемът е, че координацията и сътрудничеството не са просто един от елементите, а *ключова предпоставка за осъществяването на интегрирана здравна политика*, която изисква разнородна компетентност от разнообразни публични институции. Отсъствието на тази ключова предпоставка означава признание, че всъщност центровете не биха могли да изпълняват ефективно функциите си.

Според финансовия план на Националната програма за майчино и детско здраве 2014-2020 г. още преди две години, през 2015 г., е трябвало да са били инвестирани 50 хил. лв. (от общо 250 хил. за това перо), осигурени от Норвежкия фонд за изграждане на *система за комуникация между заинтересованите страни*.

Графика 8



И ако за дейностите, които би трябвало вече да са осъществени, да са приключили (обучението на екипите и системата за координация и сътрудничество) учудващи са ниските дялове на лицата, които смятат, че не е необходимо разширяване на дейността (едва 3% на въпроса за обучението и 15% на въпроса за координацията), то по отношение на дейностите, които би трябвало да са текущи и да градират, високите дялове на лицата, които смятат, че не е необходимо разширяване на дейността са направо парадоксални.

Програмата е базирана на разбирането, че **превенцията, скринингът и информираността на населението са от ключово значение** за излизането на страната ни от дъното на европейските класации за дяловете на детска смъртност, раждане на недоносени деца и спонтанни аборти. Това изисква активно търсене на представители на уязвими социални групи, при които има висок риск от проблеми, свързани с недохранване, инфекции, генетични малформации и др. Същевременно е необходима и проактивна информационна дейност, която да подпомага

превенцията и да повиши здравната култура на населението. В самата Програма е записано, че първият проблем на майчиното и детско здраве у нас е „Неравномерното разпределение на лекарските практики, с наличие на незаети лекарски практики в малки и отдалечени населени места и в кварталите с малцинствено население в редица области. (...) Това принуждава населението да търси медицинска помощ в близки до тях населени места, което е свързано с допълнителни финансови разходи за придвижване и заплащане на услугите” (стр. 6). Ето защо задача номер едно на центровете е: „активно издирване на целевите групи за обхващане с комплекс от здравни и социални услуги в зависимост от потребностите” (стр. 18 от Програмата).

Но тъкмо при тези дейности дяловете на лицата, които смятат, че не е необходимо допълнително разширяване на обхвата на интервенция са най-големи. Повече от една пета от респондентите не смятат, че са необходими допълнителни информационни кампании през интернет и социалните мрежи. 16% смятат, че не по-скоро не са необходими допълнителни дейности по информация и публичност, а 13% не смятат, че е необходимо допълнително разширяване на дейността на центровете по посока активно търсене на целевите групи. Тук трябва да припомним, че приоритет номер 1 на Програмата гласи: „Повишаване информираността на бременните, двойките, децата и техните родители по различните аспекти на репродуктивното здраве” (стр. 16 от Програмата), а финансовият план на Програмата предвижда 30 хил. лв. за проучвания на нагласите на целевите групи, 30 хил. лв. за информационни кампании за родителите и обществото, 45 хил. лв. за информационни кампании за подрастващите, 150 хил. за подкрепа на родители на недоносени деца, 192 хил. лв. за информационни кампании за бременността, раждането, грижата за децата. От официалния отговор на Министерството на здравеопазването става ясно, че е проведено само едно проучване за... нагласите за задължителния характер на ваксините. Тема, която изобщо не е спомената дори в Програмата.

Проведеното анкетно проучване има по-скоро пилотен характер и играе ориентировъчни цели. Въпреки това получените резултати свидетелстват както за

силни постижения на програмата (скрининг и психологическа подкрепа за деца и родители), така също и за сериозни **дефицити** (липса на обучения за служителите в центровете, липса на обратна връзка, оттегляне от ангажиментите за превенция, информация и активно издирване на уязвимите целеви групи).

Ниските оценки от самите служители за програмата и структурата на отговорите за постигнатите резултати са свидетелство за значима демотивация сред личния състав, което представлява *заплаха пред качеството на предлаганата услуга* за най-беспомощните членове на обществото ни.

Оставените от някои респонденти коментари са красноречиви и затова ги прилагаме директно⁴:

Showing 6 responses

защо ни мъчат?

8/4/2017 2:27 PM

ще ни закривят ли?

8/3/2017 7:57 AM

Разочарование!

8/2/2017 11:25 AM

Има ли надежда?

7/22/2017 11:37 AM

Благодаря!

7/20/2017 10:23 AM

И аз благодаря!

⁴ Няма да се впускаме в психоаналитични интерпретации на допусната правописна грешка при коментара от 3-8-17, но той е индикативен за закривената работа и страха от закриване.

Анализ на интернет страниците на Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве

Въведение

Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве се създават като част от Националната програма за подобряването на майчиното и детското здраве (2014-2020). Една от ключовите теми в Програмата, залегнала и в концепцията на центрoвете, е необходимостта от разпространяване на информация във връзка с майчиното и детското здраве. Първият приоритет на Програмата е *„Повишена информираност на бременните, двойките, децата и техните родители, по различните аспекти на репродуктивното здраве“* (стр. 16). В тази връзка, първата ѝ оперативна цел е формулирана по същия начин (пак там). Центровете, освен това, следва да осигуряват консултации и подкрепа, както и да насочват към специалисти, включително майки и деца, които нямат здравно осигуряване. Целеви групи на центрoвете са *„младите хора, двойките, бременни и родилки, деца от раждането до навършване на 18-годишна възраст и членове на техните семейства“* (стр. 18). *„Особено сериозен проблем представлява медицинското наблюдение и консултиране на бременните жени от ромския етнос. Около 60% от тях не са осигурени, поради което бременността им не се наблюдава и те не получават антенатални консултации“* (стр. 7).

Програмата очаква от центрoвете да бъдат активни в идентифицирането на потребители. Като проблем се диагностицира *„пасивно отредената роля“* на акушер-гинеколозите в извънболничната помощ *„да очакват бременните жени активно да ги потърсят“* (пак там). На първо място сред основните задачи на центрoвете е заложено *„активно издирване на целевите групи за обхващане с комплекс от здравни и социални услуги в зависимост от потребностите“* (стр. 18).

Информирането на потенциалните потребители на центрoвете за това, какви услуги предлагат те, и активното им привличане към тях е от полза и на здравната

система в областта на майчиното и детското здраве, тъй като на редица места в Програмата се изтъква **липсата на достатъчно информация** за медицинските дейности, извършвани по отношение на бременни жени и деца. От центровете се очаква да събират и интегрират информация за здравния статус и лечението на бременни, родилки и деца.

В тази връзка, целта на интернет страниците на здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве би следвало да бъде информиране на потенциалните им потребители за съществуването на центровете и услугите, които те предлагат. За да е ефективно изпълнението на тази цел, тя трябва да се реализира по начин, който да привлече потребителите към центровете. Доколкото наличните интернет страници на центровете се справят с тази задача?

Обхват и методика на изследването

Настоящият анализ представлява деск рисърч на интернет страниците на Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве в страната⁵.

Анализът отговаря на следните предварително поставени въпроси:

1. Има ли Центърът собствен сайт; има ли фейсбук и/или други социални мрежи?
2. Каква е структурата на сайта (ако има такъв) – обща информация, екип, типове услуги, нормативни документи?
3. Лесно ли го откриват търсачките (има ли етикети под публикациите, има ли инструменти за генериране на трафик)?

⁵ В рамките на изследването бяха идентифицирани следните интернет страници на здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве: Благоевград (страница на сайта на болницата и фейсбук страница), Бургас (страница на сайта на болницата и фейсбук страница), Варна (две страници към два центъра – в болниците „Света Марина“ и „Света Анна“), Велико Търново, Видин, Враца, Габрово, Кърджали, Кюстендил, Монтана, Пазарджик, Перник (фейсбук профил „Здравно-консултативен център Перник“, чийто собственик се представя като „студент“), Пловдив, Разград (файл във формат Word на сайта на болницата), Русе (страница в медицинската социална мрежа CredoWeb и фейсбук група), Силистра, Сливен, Смолян (страница на сайта на болницата, с два раздела, както и новина в сайта на болницата), София (към детската болница „Проф. д-р Ив. Митев“), Стара Загора (информация на сайта на РЗИ „Стара Загора“ и фейсбук страница), Търговище, Хасково (страница в медицинската социална мрежа CredoWeb, фейсбук страница, фейсбук група), Шумен и Ямбол (страница на сайта на болницата и фейсбук страница).

4. Ако е на сайта на болницата, на колко клика разстояние е от началната страница (излиза ли веднага, излиза ли на търсачката на болницата)?
5. Поддържа ли се сайтът на Центъра; колко често се качва информация?
6. Качват ли си видео/аудио файлове, снимки, анкети (по какви теми); колко често, какъв тип?
7. Има ли лице за контакти, тел., имейл, снимки на екипа, (авто)биографии на екипа на Центъра?
8. Има ли карта, която да показва как да се стигне до Центъра?
9. Има ли публикувано работно време, изброени услуги, представяне на процедурата, представяне на специалистите?
10. Информацията на административен език ли е поднесена или на ясен, разбираем, „човешки“ език?
11. Има ли внимание и „човешко“ отношение към пациентите?
12. Има ли линкове към другите въввлечени институции – Програмата, МЗ, РЗИ, болницата, други Центрове, НЗОК и т.н.?
13. Има ли възможност да се задават въпроси през сайта? Има ли отговори на въпросите, които да са достъпни за всички посетители?

Дескриптивен анализ

Първоначалната задача на анализа беше да се извърши деск рисърч на интернет сайтовете на центровете. В **нито един** от случаите обаче не е създаден самостоятелен интернет сайт на здравно-консултативен център. Има най-вече страници (публикации) в сайтовете на болниците, на чиято територия са центровете. В два от случаите (Русе и Хасково) страниците са не на сайтовете на болниците, а в медицинската социална мрежа CredoWeb, в един случай (Стара Загора) информацията е качена на сайта на Районната здравна инспекция. Бяха идентифицирани и пет фейсбук страници (на центровете в Благоевград, Бургас, Стара Загора, Хасково и Ямбол), две фейсбук групи и един потребителски профил

във фейсбук (Русе). В един случай (Разград) информацията за центъра е качена на файл в Word (!) на сайта на болницата.

С едно изключение, всички страници на центровете в сайтовете на болници се състоят само от една-единствена публикация, която е качена веднъж и информацията в нея не е обновявана повече. Изключението е центърът в Смолян, чиято страница се състои от две подстраници: „Структура“ и „Дейност“, и отделно новина за откриването му в сайта на болницата. В останалите случаи информацията за откриването на центъра същевременно служи и за негова интернет страница. При това, често пъти дори става въпрос не за страница, а за публикация⁶. Линк към страниците на центровете в повечето случаи или се намира на началната страница на сайтовете на съответните болници, или до тях може да се стигне с един-два клика, макар невинаги връзките да са сложени на най-интуитивното място. В повечето случаи сайтовете на болниците нямат търсачки, но там, където имат, информацията за центровете се намира и чрез тях.

С едно изключение, няма данни, че са използвани каквито и да било инструменти за генериране на трафик към съответната страница. Изключението е Кюстендил, където публикацията има етикет „Здравно-консултативен център по майчино и детско здраве към МБАЛ "Д-р Никола Василиев" АД гр. Кюстендил“, който е достатъчно информативен. Дали страницата излиза на челно място в търсачките, или не, няма общо с вложените за това усилия (или липсата им). Даже напротив – идентифицирането на страниците е допълнително затруднено от това, че за много от тях не става ясно към кой точно център са, защото са озаглавени просто „Здравно-консултативен център за майчино и детско здраве“. Едва при отварянето на страниците може да се разбере към коя болница е съответният център. Дори тогава невинаги е лесно да се разбере – при отварянето на страницата на един от центровете например се вижда, че той е към болница с име „Света Марина“ и са необходими известни допълнителни усилия, за да се научи, че тази болница се намира в град Варна. Страницата на центъра в Силистра се намира особено трудно,

⁶ Каква е разликата? Докато страниците са статични в структурата на един сайт, публикациите (в рубрики като „новини“, „актуално“, „обяви“) се обновяват периодично, като по-новите изместват по-старите.

защото е озаглавена „Майчино и детско здраве“ и чак в края на текста става ясно, че има здравно-консултативен център.

Объркването е още по-голямо във Фейсбук, където в заглавията на три от петте страници на центрове (с изключение на Благоевград и Хасково) не става ясно в кое населено място е съответният център. Най-сериозно е затруднението при фейсбук страницата на центъра в Бургас, от която няма начин да се разбере къде е центърът, освен ако не положат особени усилия да се намери и разчете „@zkcmdzmbalburgas“. А потребителят „Здравно-консултативен център“ от Перник не е ясно на какво точно е център, но е ясно, че е студент, а от публикуваните на профила снимки потребителят на информацията разбира, че по всяка вероятност е жена и че обича футбол.

Информацията в страниците на центровете съм сайтовете на болниците и в CredoWeb е качена наведнъж и повече не е обновявана, или поне няма индикации за това. Във фейсбук повечето страници и групите се обновяват, с честота между няколко пъти в месеца и веднъж на няколко месеца.

Никъде няма качено аудио или видео съдържание, нито анкети. Повечето страници в сайтовете на болниците съдържат само текст. В две от тях има и снимки. В страницата на центъра в Пазарджик се показват снимки на слайдшоу – на болницата, както и на медицинско оборудване, свързано с майчиното и детското здраве. На снимките се виждат и лекари, пациенти, бебета. На страницата на болницата в Благоевград има снимки на медицинското оборудване на центъра. На няколко страници (Бургас – във Фейсбук, Видин, Стара Загора – във Фейсбук, Хасково – в CredoWeb) има публикувани плакати на центровете. На страницата на центъра в Благоевград се вижда картинка с майка и дете, на която пише „Децата са най-ценният дар“. Плакатът на центъра в Бургас представлява текст на фона на снимка, като снимката затруднява четимостта на текста, както и главните букви.

От плаката на страницата на центъра във Видин се остава с впечатлението, че потребители на центъра са личните лекари, тъй като неговата цел е да разшири тяхната дейност:



ЗДРАВНО-КОНСУЛТАТИВЕН ЦЕНТЪР ЗА МАЙЧИНО И ДЕТСКО ЗДРАВЕ





ЦЕНТЪРЪТ ИМА ЗА ЦЕЛ ДА РАЗШИРИ ДЕЙНОСТТА НА ЛИЧНИТЕ ЛЕКАРИ, ПЕДИАТРИ И АКУШЕР-ГИНЕКОЛОЗИ В СЛЕДНИТЕ АСПЕКТИ :

- промоция на здравето;
- профилактика и превенция на рисковете за детско здраве и развитие;
- образование на родителите и подкрепа за родителски умения за грижа за малките деца;
- ранно идентифициране на рисковете за здравето и развитие на детето и осигуряване на ранна интервенция;
- подобро медицинско обслужване на бременни;
- комплексно медико-социално обслужване на деца;

ПРЕГЛЕДИТЕ ЩЕ СЕ ИЗВЪРШАТ ОТ:

- Медицински специалисти
- Психолог и социален работник
- Домашни посещения при необходимост





МБАЛ „СВЕТА ПЕТКА“ АД
гр. Видин, ул. „Цар Симеон Велики“ № 119
ет.2 кабинет №7
тел: 0879 069 007
email:centar_mbavidin@abv.bg

Във фейсбук се качват преди всичко публикации от други медии, свързани с темите на майчиното и детското здраве. В някои случаи има и информация, свързана с дейността на центровете. *Много рядко се публикува информация с какво се занимават те и как потребителите да стигнат до тях.*

В нито една страница няма представяне на специалистите, работещи към съответния център, със снимки и автобиографии. Частично изключение е страницата на центъра в Шумен, информацията в която започва с имената на членовете на екипа, длъжностите им и образователните им степени. В някои от страниците са предоставени имената на основните специалисти в центровете – координатора, психолога и социалния работник, но в други страници те липсват. В почти всички случаи са предоставени телефони и имейли за контакт. Често пъти имейлите са всъщност лични електронни адреси, на безплатен домейн, примерно в

abv.bg или в gmail.com. Понякога адресът е на съответния център, но отново е на безплатен домейн, а не към институционалния сайт на болницата.

Повечето страници съдържат работно време – или на центъра като цяло, или заедно с график с приемните часове на различните специалисти, или поне – на координатора, психолога и социалния работник. Немалко центрове предлагат и консултации с акушер-гинеколози, педиатри, специалисти по УНГ, рехабилитатори и други специалисти. В страницата на центъра в София е предоставена информация за шест експертни комисии, с имената на членовете им и телефони на председателите, както и в кой ден и час от седмицата заседават, но **не става ясно** какъв е достъпът до тези комисии, може ли потребителите да се обръщат директно към тях и да отиват на консултация по време на заседанията им.

Процедура за достъп до центъра в много от случаите или не е представена, или е представена неясно. В няколко страници пише, че насочването към съответния център се извършва от ОЛП (общопрактикуващ лекар) или друг специалист. Това създава впечатлението, че потребителите **трябва** предварително да са били насочени от лекар. На няколко страници (напр. Благоевград, Варна – „Света Марина“, Кюстендил, Силистра) изрично се казва: *„В случаите, когато пациенти/техните законни представители се обърнат самостоятелно към Центъра, те следва да бъдат подробно информирани за реда и условията за прием.“* От използването на пасивно наклонение („да бъдат подробно информирани“) става ясно обаче от кого следва да бъдат информирани потребителите, наречени тук „пациенти“, което създава впечатлението, че потенциалните потребители следва да се информират сами. Има страници, в които се казва, че пациентите могат и сами да се насочат към центровете, без да се споменава необходимостта от подробното им информиране. На няколко страници се споменава, че центровете предоставят безплатни услуги, включително и на пациенти без здравни осигуровки, но това важно уточнение не е обща практика. На страницата на центъра в Габрово е качен сканиран PDF файл с правила за предоставяне на консултации. Документът има вид на юридически договор, с членове и алинеи, започва с „Общи положения“ и по-скоро може да отблъсне потенциалните потребители, отколкото да ги привлече.

На **нито една** от страниците не е сложена карта как да се стигне до съответния център (като изключим една-две фейсбук страници, в които картата е генерирана автоматично поради наличието на адрес). Нещо повече – в повечето страници не е посочен и адрес на центъра. Неявно се предполага, че потенциалните потребители или знаят адреса на съответната болница, в която е центъра, или е тяхна задача да го научат.

В огромната част от случаите информацията на страниците на центровете е поднесена изключително на административен език, не на „човешки“. Докато се стигне до това, че центърът предоставя услуги, се минава през това, във връзка с какъв нормативен документ е създаден той, пише за дейности, цели, задачи, очаквани резултати. Дори в случаите, когато информацията за предоставяните услуги и тяхната достъпност е изнесена на преден план, няма персонално, да не говорим за „човешко“, отношение към потенциалните потребители и те трудно могат да разберат, че предлаганите услуги се отнасят за тях. Има и изключения, най-вече страниците на центровете в Благоевград и Хасково. Страницата на Хасково, впрочем, е **единствената, в която към потребителите е използвано второ лице**, в изречението: *„Достатъчно е предварително да се обадите на посочените телефони, за да можем да предвидим съответния специалист, както и деня и часа на срещата“*.

В страниците и групите във Фейсбук езикът, доколкото го има, по правило е „човешки“, споделят се най-вече различни публикации в областта на майчиното и детското здраве. В повечето случаи обаче публикациите се споделят без коментар, няма и коментари на потребители. Не изглежда да се търси контакт или реакция. В отделни случаи някои от публикациите са споделени и на други места.

Нито една страница *не предоставя линкове* към други въввлечени институции или документи, като например Националната програма за подобряването на майчиното и детското здраве (2014-2020), Министерството на здравеопазването, болницата, други центрове, Здравна каса.

С изключение на Фейсбук, нито една от страниците на центровете *не предоставя възможност за обратна връзка*, като например потребителски

коментари и възможност за дискусии, а във фейсбук тези потенциални възможности на практика не се използват.

Критичен анализ

Основни забележки

От прегледа на интернет страниците на Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве може да се направи заключението, че в огромната си част те **не изпълняват основната си цел** – да информират и привличат потенциалните потребители на центровете.

Структурата на страниците навежда на хипотезата, че за тях на практика **не е отделен никакъв финансов ресурс**. Няма отделни сайтове, има страници на сайтове на болници и в социални мрежи, които, в огромната си част, се състоят само от една публикация. Публикациите в сайтовете на институции и организации по правило се качват от лица, част от професионалните задължения на които е да вършат тази работа, докато за създаването на отделен сайт са необходими допълнителни компетенции и, респективно, средства.

В няколко случая (Видин, Русе, Стара Загора) може да се предположи, че минимален ресурс е отделен за създаване на информационни плакати, публикувани на страниците. В други случаи (Благоевград, Бургас) плакатите изглеждат по-скоро аматьорско дело.

Като се има предвид, че само за откриването и поддържането на центровете е отделен значителен финансов ресурс⁷, липсата на бюджет за интернет сайтове е сериозен пропуск. Ако информирането е първата цел на центровете, а интернет е един от основните информационни канали в съвременния свят, липсата на сайтове на центровете говори за *системен проблем*.

⁷ 1 млн. лв. за откриването на центровете и 81 млн. лв. за осигуряване на дейността на центровете според нормативния регламент.

Хипотезата за системен проблем в изпълнението на информационната цел на Програмата се потвърждава и от структурата и съдържанието на информацията на страниците/публикациите на центровете. На първо място, с единични изключения е изначално *сбъркана целевата група на информацията*:

Повечето публикации започват с това, че „считано от“, „във връзка“, „в изпълнение“ (на Програмата) или „със заповед“ е създаден съответният здравно-консултативен център за майчино и детско здраве. На административно-отчетен език се казва какви дейности ще се извършват в центъра, какви са очакваните резултати. При такова представяне на информацията потенциалните потребители на центровете едва ли ще останат с впечатление, че става въпрос за тях, а още по-малко ще се почувстват предразположени да потърсят консултация или помощ. Целта на публикациите обаче не е да стигне до целевите групи, **а да се покаже на тези „отгоре“, че се извършва дейност** и че каквото е платено, е направено – създаден е център.

Фактът, че в много от случаите текстовете на страниците с известни вариации се повтарят, от своя страна, навежда на хипотезата, че за съставянето им в масовия случай са използвани части от документи, изпратени „отгоре“, като е нямало изискване използваните пасажки да бъдат преведени на „човешки“ език, тъй щото да са разбираеми за потребителите. По-скоро е възпроизведена *логиката на отчитане на проекти*, според която трябва максимално точно да се повтори онова, което са написали възложителите. Така, *изпълнението на Програмата се превръща в механично повтаряне на спуснати изисквания и всъщност не стига до целевите групи, към които именно е насочена Програмата*.

Визуалното впечатление от страниците подкрепя съдържателното. Изградени в по-голямата си част в болнични сайтове, страниците на центровете възпроизвеждат тяхната визуална идентичност, включително дребни и непривлекателни за четене шрифтове, потоци от информация, в които акцентите на съдържанието са трудно различими. В много малко случаи има снимки на центровете или информационни плакати. Там, където има, понякога (напр. Видин)

адресът на центъра е написан на плаката, а не в самия сайт, поради което не може да се намери при търсене в интернет.

Като цяло, целевите групи е много трудно да бъдат привлечени чрез подобни страници, независимо дали самостоятелно или чрез близки, познати, приятели, които не са експерти в областта на здравеопазването. Дори за образован човек с опит в изпълнението на проекти не е лесно да разбере какво се казва точно в страниците и какво е посланието към потребителите, а какво остава за хора с ниско образование и с липсващи социални компетентности. Целевите групи се състоят от настоящи и бъдещи родители и техните деца, като особено внимание се обръща на хората от ромския етнос и децата с увреждания, здравно неосигурените. Немалко от представителите на целевите групи живеят в малки населени места. Изискването в много от страниците, което липсва в Програмата, насочването към центровете да се извършва от личен лекар или друг специалист, *затруднява достъпа именно на най-уязвимите* – онези, които нямат здравни осигуровки, живеещите далече от големите болници, на които им е трудно да ходят допълнително по лекари – било поради лоша инфраструктура, било поради липса на средства, било поради увреждане (тяхно или на децата им).

Липсата – в много от страниците – на адрес на центровете допълнително затруднява достъпа до тях, както и липсата на ясни и просто обяснени процедури за достъп. Допълнително затрудняват и липсата на човешко отношение към потребителите, както и липсата на повече информация за членовете на екипите на центровете – снимки, кратки биографични справки.

Накратко, онлайн идентичността на центровете като цяло създава впечатление, че те са *безлични институционални механизми, чиято цел е не предоставянето на услуги на целевите групи, а собственото им функциониране и финансова обезпеченост*.

Положителен пример

На общия фон, някои центрове очевидно полагат усилия да привличат потребители. Понеже те са по-скоро изключение, може да се предположи, че усилията се дължат на **личната ангажираност** на екипите или на координаторите им. Тъй като става за дума за лична ангажираност от страна на хора, които не са специалисти по онлайн комуникация обаче, въпреки доброто желание, в страниците на въпросните центрове има някои пропуски и неясноти.

Специално внимание в анализа ще се обърне на **центъра в Хасково**, защото те в най-голяма степен демонстрират желание да се стигне до целевите групи.

Центърът няма страница на сайта на болницата, но има страница в медицинската социална мрежа CredoWeb, страница във Фейсбук, както и фейсбук група. Това означава, че въпреки (вероятно) липсата на институционална воля от страна на съответната болница, екипът на центъра прави всичко по силите си, за да му осигури онлайн присъствие.

В съдържателно отношение, още в самото начало на представянето на центъра в CredoWeb се започва с това, че той предоставя безплатни услуги, като думата „безплатни“ е написана с главни букви. Уточняват се и основните целеви групи. Въпреки че на места е използван административен език и че не е предоставен физическият адрес на центъра, като впечатление надделява опитът за достъпност. Възможностите за достъп до центъра са описани възможно най-подробно и най-близко до записаното в Програмата⁸:

„Потребителите могат да бъдат насочвани към центъра от общопрактикуващи лекари /ОПЛ/, лекари от лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ, лечебни заведения, включително и специализирани институции за деца /ДМСГД/ и родилни отделения, медицински и немедицински специалисти от детски заведения /детски ясли, обединени детски заведения/,

⁸ „Потенциалните потребители ще бъдат насочвани към Центъра от лични лекари, педиатри, акушер-гинеколози, здравни медиатори, лечебни заведения за болнична помощ, детски ясли, съответните дирекции „Социално подпомагане“ (отдели за закрила на детето), доставчици на социални услуги, семейно-консултативни центрове и други структури, предоставящи услуги за деца и семейства в общността. Потребители могат да заявят желание за ползване на услугите на Центъра и самостоятелно.“ (стр. 20 от Програмата).

здравни медиатори, служители в дирекциите за социално подпомагане, в частност в отделите „Закрила на детето“, местни власти, доставчици на социални услуги, семейно-консултативни центрове и други структури, предоставящи услуги за деца и семейства на територията на област Хасково.

За консултации с лекари-специалисти не е необходимо направление. Достатъчно е предварително да се обадите на посочените телефони, за да може да предвидим съответния специалист, както деня и часа на срещата.“

Както беше отбелязано и по-горе, това е единственият случай, където има обръщане към потребителите във второ лице.

Препоръки

За да може онлайн присъствието на центровете за майчино и детско здраве да изпълняват основната си цел да информират и да привличат потребители, те трябва да бъдат насочени към потребителите и привлекателни за тях. За тази цел би могло да се изработи *концепция за онлайн идентичността* на центровете в сътрудничество със специалисти по маркетинг и по уеб дизайн.

Един сайт или множество сайтове?

Съществуват два основни варианта за качествено онлайн присъствие на центровете. Първият вариант е всеки център да изработи собствен сайт. Сайтовете биха могли да бъдат по общ модел и само конкретните особености да са различни. Вторият вариант е да има **един общ сайт**, в рамките на който всеки център да разполага със собствена страница. В настоящия анализ се препоръчва вторият вариант поради следните причини:

1. Един общ сайт е по-лесно да бъде изработен, отколкото едно и също усилие да се мултиплицира десетки пъти.
2. Общ сайт би намалил тежестта на субективния фактор на болничните ръководства, които не са мотивирани да промотират центровете и техните услуги.

3. Информацията за услугите, предоставяни в центровете, и достъпа до тях и в голямата си част обща. Така няма да бъде необходимо тя да се мултиплицира на десетки места.

4. Един общ сайт ще бъде много по-лесно намираем с търсачка, а от него потребителите бързо ще се ориентират за конкретния център, адекватен за тях.

5. При един общ сайт много по-лесно ще се забележат и, съответно, попълнят липсите в информацията за отделните центрове.

6. Общ сайт ще предостави възможност за връзка между самите центрове и техните екипи.

7. Общ сайт би могъл да се превърне в основа и за конкуренция между центровете, която би била е от полза за потребителите им.

Как да изглежда сайтът?

В графично отношение, един сайт на Здравно-консултативните центрове на за майчино и детско здраве би следвало да отговаря на съвременните тенденции в уеб дизайна. Това означава той да е с лесно четим шрифт, с „отзивчив“ (responsive) дизайн, което ще рече да се адаптира към екрани с различна резолюция, както и към мобилни устройства, да включва привличащи вниманието изображения.

В съдържателно отношение, сайтът трябва да акцентира върху предоставяните услуги и безплатния им характер, както и на ясен език да се обяснява какъв е достъпът до него. Информацията по каква програма са създадени центровете, кой е платил за тях и пр. следва да бъде на отделна страница, озаглавена например „Повече за нас“.

Езикът на сайта, който потребителят вижда първо, следва да е във второ лице, за да усеща той/тя, че става дума за него/нея, но и в учтива форма, за да се избегне принизяващото говорене на „ти“ към пациенти, характерно за голяма част от

болничния персонал. Посланията ще са по-ефективни, ако, подобно на рекламите, предизвикват потребителя да предприеме действие. Например:

„Имате тежка бременност (дете с увреждане, нужда от информация и т.н.)? Нямаме здравни осигуровки? Елате при нас и ние ще направим всичко по силите си да ви окажем подкрепа. Услугите ни са напълно безплатни за вас.“

Страниците на отделните центрове следва да съдържат няколко секции. На първо място, те трябва да включват информация за екипа, графика, както адрес, телефони и имейли за контакт. Институционалните имейл адреси създават впечатлението, че в притежателите им са професионалисти, а не аматьори. Адресите биха могли да бъдат асоциирани както със сайтовете на болниците, така и (може би по-лесно за изпълнение) свързани с домейна на сайта на центровете.

Желателно е членовете на екипите да бъдат представяни със снимка и кратка биографична справка – това би създавало по-голямо доверие у потребителите, както и впечатление за човешко отношение в центровете. Снимки на центровете, както и на предоставената апаратура, също биха допринесли за създаването на доверие.

Редовно поддържана рубрика с актуални новини за всеки център ще създаде впечатлението, че в центровете реално се работи. Би било полезно да има и специална рубрика, в която се разказва за истории на потребители, на които съответният център е помогнал – разбира се, със съгласието на въпросните потребители.

Възможностите за обратна връзка е от съществено значение за изграждането на впечатление за центровете. Добре е да има секция с въпроси и отговори (може би една обща за целия сайт, за да няма твърде празни и твърде пълни секции), възможност за коментари след отделните публикации и периодично публикуване на анкети по определени теми.

Добре е да има и линкове към сайтове с релевантна и интересна информация, както и към свързани институции.

Присъствие в социалните мрежи

В съвременния свят достъпът до интернет сайтовете се осъществява дори повече чрез социалните мрежи (особено Фейсбук), отколкото чрез търсачки като Гугъл. Ето защо присъствието на центровете в социалните мрежи е от съществено значение. Но за да има ефект от него, то трябва да предоставя релевантна информация, и то по начин, че потребителите да реагират, като я четат и споделят, и изразяват мнението си. Това може да се постигне например със задаване на въпроси по важни за целевите групи теми, както и с пускане на анкети. Акцент на фейсбук страниците следва да бъдат услугите в центровете, а също и различни теми, свързани с майчиното и детското здраве, като се предоставя *качествена информация, а не псевдонаука*.

Макар и у нас Туитър да е по-малко популярен от Фейсбук, присъствието на центрове за майчино и детско здраве в Туитър може да има добър ефект върху тяхната публична идентичност. Тъй като CredoWeb е медицинска социална мрежа, която се ползва от потребители, които търсят специфично медицинска информация, присъствието на центровете в нея би било полезно.

Присъствието на центровете в социалните мрежи не е задължително, а препоръчително. От него не би имало особен смисъл, ако не се извършва качествено и ако става с цената на ресурс, който би могъл да се използва, да за се извършват услуги в центровете. При наличие на достатъчен ресурс обаче и особено – ако се организира базисно обучение по онлайн комуникация на поддържащите акаунтите в социалните мрежи на центровете – **онлайн присъствието може да бъде от голяма полза както за потребителите, така и за самите центрове.**

Интегрираните здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве: мненията на служители в центровете, експерти от гражданския сектор и потребители на услугите

Въведение

Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 е разработена като инструмент за публични здравни политики, който стъпва на схващането, че „грижите за здравето на децата са *инвестиция в бъдещи здрави поколения*, тъй като през детството се поставят *основите на човешкото здраве* и се формира здравното поведение на всеки индивид, което обезпечава по-високо качество на здравния статус на националния човешки капитал” (стр. 1).

Ето защо Програмата предвижда мерки за управлението на детското здраве „в една *интегрална съвкупност на твърде различаващи се области на интервенции*, които изискват различна компетентност, промотивни, профилактични, социални и психологически мерки, подобряване на диагностиката и лечението, обучение и квалификация на медицинския персонал, учителите и цялостното население, изграждане на социални връзки и комуникации и укрепване на организационната мрежа с йерархични или координационни взаимодействия между различни правителствени и неправителствени институции” (стр. 1).

Общият бюджет на програмата за периода 2014-2020 г. възлиза на 128 589 600 лв., от които 87 963 000 са осигурени от националния бюджет, а 40 653 600 лв. от Норвежкия фонд и оперативни програми.

За проучването

Настоящият доклад представя резултатите от **качествено социологическо проучване на мнението** на служители в здравно-консултативните центрове, потребители на услугите на центровете и експерти от гражданския сектор, които се занимават с темата.

Проучването е фокусирано върху работата на центровете, защото те имат фундаментална роля за цялостното реализиране на програмата. **„За реализация на приоритетите ще бъдат създадени интегрирани здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве (Център). Те ще бъдат разкрити на ниво общински болници със структури по АГ и педиатрия, всички лечебни заведения за болнична помощ – търговски дружества със смесена държавна и общинска собственост в капитала, университетски и специализирани АГ и педиатрични болници и други лечебни заведения, в които ще се използва наличния капацитет от медицински специалисти”** (стр. 18 от програмата).

„В центровете ще се осъществяват здравно-информационни, здравно-обучителни, здравно-консултативни, медико-социални дейности, психологическа консултация, 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, с цел подобряване на интегрираното, съвременно обслужване на тези групи. Здравните услуги ще се предоставят от квалифицирани медицински специалисти – лекари специалисти по акушерство и гинекология и по педиатрия, медицински сестри/акушерки, социални работници, психолози - както в центъра, така и в дома на семействата.” (стр. 18).

Проучването е проведено чрез **дълбочинни интервюта** в пет типологично различни градове на страната. Проведени са общо 21 дълбочинни интервюта в периода от 24-7-2017 г. до 12-8-2017 г., в които са участвали 4 експерти и активисти от гражданския сектор, 6 потребители на услугите на центровете и 11 служители в центровете (лекари, координатори, психолози, социални работници, акушерки, медицински сестри).

Мнения за документа

С изключение на някои редки препоръки от страна на активисти от гражданския сектор, изследването на регистрира *никакви други критики към самата програма за майчино и детско здраве като документ*. Точно напротив – всички участници в проучването са единодушни, че *програмата адресира изключително*

значими обществени проблеми, че инструментите на програмата са адекватни, че философията за интегриран подход към въпросите на майчиното и детско здраве е изключително съвременна и вдъхновяваща. Както смята един експерт от гражданския сектор:

„Въпросът не е дали имаме нужда от такава програма, а защо тази програма се появи чак сега“.

Това мнение се споделя масово и от служители в центровете. Ето мнението на координатор на център, която има и дългогодишен опит като акушерка:

„Отдавна имахме нужда от точно такова нещо, защото досега имаше една огромна дупка. Особено що се отнася до патронажната грижа. Има изследвания, които показват, че патронажната грижа е най-ефективна за здравето на родилката и на бебето. У нас през последните 25 години тази тема беше напълно неглижирана.“

Друг координатор на център в по-малък град, която има десетилетен опит като старша сестра в родилно отделение споделя, че:

„От 30 години съм в родилно отделение. Много пъти съм си мислела какво може да се направи, за да се подобрят нещата. Когато прочетох програмата, веднага я приех. Тя просто отговори на всичките ми притеснения и съмнения. Просто това е бъдещето. Ние или трябва да вървим в тази посока, или просто нямаме друг ход. Трябва да се осигуряват интегрирани грижи за майките, бебетата и децата, трябва да има холистичен подход. Досега какво ставаше? Робувахме на пътечкологията. Пишат се фалшиви диагнози, за да може някак си да вържеш бюджета. Едната ръка не знае какво прави другата. Ама това дете е цяло – бъбрекът му не живее отделно от левия му крак. То има и психичен живот, има и социален живот, има семейство. Всичко това трябва да се мисли общо, трябва да има цялостен поглед, да има проследяване...“

Психолог от друг град също изразява суперлативи за програмата на стратегическо ниво:

„Харесва ми. Лично на мен много ми допада – и като отношение, и като цели, и като дейности. Затова започнах работа с огромен ентузиазъм. Трябва да има едно място, където майката да отиде с детето и да получи комплексно обслужване. Ние говорим за едно гише за бизнеса, а разкарваме майките с детските колички да кръстосват по отделенията, по етажите, по асансьорите, (които не работят) и по стълбищата и коридорите. Да не казвам, че понякога трябва да обикалят целия град и да се редят на опашки за неща, които могат да бъдат организирани много по-добре.”

Социален работник, който работи активно на терен в ромската махала – както към Центъра, така и по други програми – обосновава необходимостта от превенция, която е заложена във философията на програмата:

„Скринингът, профилактиката са най-важните. Има проблеми, които, като ги хванеш навреме, ги лекуваш с едно аспириноче или блистерче с витамини. Цялото ни общество има интерес от профилактика, от информирани родители, от редовен скрининг. Като хванеш на време една инфекция, например, можеш да я излекуваш за 5 лв. или за 10 лв. Ако я изпуснеш и възникнат усложнения, отиваш на 100 лв. за лечение, понякога на 1000 и повече. А да не говорим, че може да възникнат такива усложнения, че и плода, и майката да си заминат... И това се случва понякога... Една наблюдавана бременност носи много по-малко рискове. Дори и майката да не е здравно осигурена, общият интерес е да има здрави бебета, които да се родят навреме и без усложнения. Ако изобщо е редно да говорим за чисто финансов интерес, когато става въпрос за жива душа...”

Експерт от гражданския сектор, ангажиран с темата за майчиното и детско здраве поставя акцента върху **промените в правната рамка**, които трябва да гарантират устойчивост на програмата:

„Програмата е чудесна, защото предвиждаше и нормативни промени. Много неща се правят на проектен принцип. Взимаме пари от този или онзи, за да приложим някоя добра световна практика. Това работи много успешно, но за ограничен период от време и с много тесен обseg. Няма лошо, нека да го има. Въпросът е какво става, когато дадената програма свърши и парите от външни донори секнат. Въпросът не е да живеем от програма на програма. Целта е да се промени самата здравна система. Системата да се модернизира, да може да се развива. Защото знаете проектите на (...)»⁹ Това са чудесни проекти! Но какво следва от тях? Имам предвид какво трайно остава след тях. Ами не остава нищо... Необходимо е тези добри практики да не се прилагат само тук и там, а да станат част от нормата. Ако си в София, добре. Но какво се случва с децата в Горна Оряховица? Така че един от големите плюсове на тази програма е точно това – добрите практики да влязат в здравната система чрез работа по стандартите, чрез промени в Закона за лечебните заведения. Защото норвежките пари ще свършат, а ние трябва да продължим.“

Одобрението към документа „Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020“ е изключително високо както сред специалистите в центровете, така и сред експертите от гражданския сектор. Ето последен цитат по темата, който може да послужи за обобщение на казаното дотук:

„Това е първата подобна програма, която поставя детето в центъра на здравната система. Преди детето беше по-скоро повод, а сега организацията е такава, че всички институции да са ориентирани към нуждите на детето – здравни институции, социални служби, психолози... всичко се върти около интересите на детето. Така и трябва да бъде...“

На теория и на практика

⁹ Респондентът споменава голяма международна организация.

Но вероятно заради големите очаквания, които създава високото качество на документа¹⁰, респондентите масово настояват за удържане на ясни граници между програмата като документ и програмата като реална практика:

„Като документ е чудесна. Няма никакви забележки. Друг е въпросът какво се случва на практика.“

На практика се случват и много добри неща според всички интервюирани лица. Най-напред трябва да подчертаем, че специалистите в центровете твърдят, че срещат **пълна подкрепа и разбиране** от страна на ръководителите на лечебните заведения, в които се помещават центровете:

„Никога не сме имали абсолютно никакво проблеми, каквото сме поискали, това ни е било осигурено.“

Тази съпричастност от страна на управленския персонал на болниците към целите на програмата започва още на ниво сформиране на екипа:

„Доктор (...) ми се обади и седнахме заедно да умуваме какви хора точно ни трябва, така че най-добре да си подредим нещата. Заедно решихме, че има огромна нужда от психолог и поканихме да назначим психолог. Аз настоявах, че ни е нужен социален работник, който да работи в махалата, да познава хората там, а и хората да го приемат. Избрахме подходящия човек и работите потръгнаха.“

Подобна заинтересованост на ръководството на болницата към програмата е документирана и в друг град, който се намира в не толкова развита част на страната и изпитва недостиг на специалисти:

„Имахме нужда от акушер-гинеколог. Обаче аз не успях да намеря АГ специалист. Те всичките са заети, имат си частна практика, не им се занимава с мен, претоварени са просто. Обикалях, молих им се. Накрая отидох при д-р (...), той е директор на болницата ни, и му казах, че няма

¹⁰ В отделен доклад представяме анализ на Програмата като документ за провеждане на устойчиви публични политики. Анализът разкрива както силните страни на програмата, така и някои слабости още на ниво програмиране, които представляват подводни рифове, застрашаващи декларираните добри намерения.

кого да вземем. И той лично се зае, ходи, разговаря, използва личното си влияние, но не се отказа, докато не се разреши въпроса. Назначихме д-р (...), която сега си работи и всичко е нормално.”

Резултатите от дълбочинните интервюта свидетелстват, че ръководствата на лечебните заведения са оказвали пълна подкрепа и по отношение на осигуряването на подходящи помещения за работата на центровете:

„Веднага ни се даде помещение. Настоявахме да е на първи етаж, за да не се ползва асансьор и да могат да идват деца с увреждания. Ние имаме асансьори, но те толкова често се повреждат, че не може да се разчита на тях. Директорът се съобрази и ни сложи на първи етаж. Сега всички вече знаят къде сме, лесно ни откриват, достъпни сме.”

Изискванията за оборудването на центровете също са били удовлетворени според абсолютно всички участници в настоящето проучване, които са заети в центровете:

„Първо имахме компютър. Такъв, стационарен компютър. Но говорих с ръководството, че като тръгнем нанякъде, не можем да го носим този компютър с нас. Трябва ни лаптоп. И ни осигуриха лаптоп веднага”.

Дори и в сравнително малък град с не толкова богата болница споделят, че:

„Стационарен телефон, мобилен телефон, компютър, принтер – каквото ни е дотрябвало, ни е било осигурено от ръководството. Ние от нашето ръководство нямаме никакви оплаквания. Не знам как е по другите места, защото чувам от координаторите противоречиви мнения, но ние сме си много доволни.”

Програмата предвижда активност от страна на центровете по отношение на издирването на лица в риск – бременни жени, родилки и деца. Ето защо във въпросника за дълбочинните интервюта беше включена и темата за превоза. Макар и да няма свидетелства, че екипите на центровете пътуват често, няма и никакви данни някога на някого да е бил отказан транспорт от страна на болницата:

„Никакви проблеми да ползваме служебен транспорт, ама никакви. (...) Не, не линейки, но тези, служебните коли. Просто пускам заявка предния ден и това е. Не сме имали досега никакъв проблем, ако ни е дотрябвал транспорт, за да ходим някъде.”

Що се отнася до обзавеждането на кабинетите, в които се помещават центровете, анкетьорите свидетелстват за много голямо разнообразие в големината на помещенията, мебелировката, осветеността. На някои места за нуждите на програмата са пригодени стари помещения:

„Кабинетът така си беше, когато ние се настанихме. Всички тези рисунки по стените, украсата си беше отпреди. Вероятно е бил някакъв педиатричен кабинет, нямам представа. Но е изключително подходящ за нашата дейност.”

На други места обзавеждането е чисто ново:

„Мебелите ме оставиха аз да си ги избирам, шкафовете аз съм си ги избрала, бюрата, папките, класьорите всичко – изобщо не съм имала проблеми от ръководството за това”.

Изследването регистрира сигнали за загриженост от страна на ръководството на лечебните заведения дори и когато се появяват проблеми от финансов характер:

„Ние никога не сме оставали без заплати, например. На други места, например в (...) чувам, че се бавят парите по програмата и колегите се оплакват, че и на тях им се бавят заплатите. Бавят се и плащанията към лекарите на места. Те ще си ги вземат накуп в един момент, но не е приятно да ти се бавят парите. Докато аз мога да кажа с ръка на сърцето, че ние никога не сме имали забавени плащания. Нито към персонала на центъра, нито към лекарите. Сигурно директорът вади пари от друго перо, но забавяния не сме имали.”

Първоначална мотивация

Вероятно тъкмо тази съпричастност от страна на ръководствата на лечебните заведения и високото качество на програмата са в основата на големия ентузиазъм, с който респондентите са започнали работа към центровете. Анкетьорите от екипа за мониторинг свидетелстват, че всички поканени за участие в проучването лица са били *изключително отзивчиви, с готовност са споделяли впечатления от работата си и са се отнасяли с всеотдайност към потребителите на услугата*. Ето свидетелства от първо лице:

„Казах си – ето, най-сетно нещо читаво да се направи у нас за майките и за децата. Нямах търпение да започна. Даже, не знам от радиото откъде бяха разбрали, че се открива такъв център, но ми позвъниха още същата вечер. А аз дори и договора не си бях подписала още. Но го казвам, защото и от радиото бяха много ентузиазирани за програмата. Аз също бях много ентузиазирана.“

Друг отговор от служител, който също работи в центъра още от самото му откриване, свидетелства за медийното отразяване на инициативата:

„Аз разбрах за програмата от телевизията. Министър Москов тогава беше в нашия град и го видях вечерта по новините. Помислих си, че точно такова нещо бих искала да работя. Започнах с огромен ентузиазъм.“

Още едно мнение, което е показателно за възможностите за пълноценна професионална реализация, които специалисти са виждали в новооткритите центрове¹¹:

„За мен това беше две в едно. Защото аз имам и медицинско образование, и имам опит тъкмо в социалната сфера. И в работата в центъра видях възможност да реализирам две в едно“.

¹¹ Според резултатите от проучването няма единна методика за подбор на персонала на центровете – на някои места екипът е поканен от ръководствата на лечебните заведения, на други места специалисти сами са изявили желание да работят в центровете и по собствена инициатива са се обърнали към ръководителите на болниците, а на трети места са обявявани публични конкурси за определени позиции.

Откриването на центровете

Тези големи първоначални очаквания към програмата от страна на новоназначения персонал на центровете обаче скоро се сблъскват с реалността, която не е нито толкова систематична, нито така добре структурирана както е документът.

„И така аз си подписах договора. И искам да започна работа. Оборудвахме кабинета, работят телефоните. Но никой не идва. Не знаем какво да правим.“

Служителите в центровете споделят, че първоначално започват старателно да изучават самата програма, защото отникъде не получават ясни указания какво и как да правят. Повечето сътрудници проявяват самоинициатива в реализирането на различни любителски информационни кампании. Координатор от малък град разказва:

„Обиколих всичките лични лекари, обясних им какво правим, къде се намираме.“

На друго място освен на лична среща и разговор, разчитат и на самодейно изработени дигитални и брошури, от които може да се очаква да са по-надеждни и по-информативни от личните срещи:

„Разпечатах едно представяне на центъра с телефон, адрес и тръгнах да го разнасям нагоре-надолу.“

Доколко такова „нагоре-надолу“ съвпада с целевите групи на програмата остава на личната преценка на самите координатори. За целите на настоящия мониторинг е важно да се подчертае, че координаторите и други служители в центровете прибегват до такива своеволни информационни инициативи, защото не срещат никаква подкрепа от екипа за управление на програмата. Ето какво споделя координатор от голям български град:

„И не зная към кого да се обърна. Дадох ми някакви телефони в София. Звъня, а те се оказаха на едни счетоводителки. И те хабер си нямат. Казаха ми да чета програмата.”

Но, разбира се, програмата е стратегически документ. В самата програма няма, а и ни бива да има, подробни наръчници за действията на различните специалисти, ангажирани в работата на интегрираните здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве. Затова служителите в центровете (както вече подчертахме изследването регистрира много високи нива на първоначална мотивация у тях) прибегват до метода на добросъседска взаимопомощ:

„От новините видях, че са отворили такъв център в (...). От интернет изрових контакти. Да е жив и здрав Google, да пребъде вечно дано. И говорих с тамошния координатор. Питам я какво правят. Казвам ние какво правим. Тя много ми помогна. Ако не беше тя, не зная какво щях да правя аз тука.”

Дано Google да пребъде, но едва ли е редно една публична политика за близо 130 млн. да се управлява на фолклорен принцип, чрез споделяне от уста на ухо. Без ясни писмени инструкции, опасността да възникне ефектът на „разваления телефон” нараства до степен, застрашаващ основанията на самата инициатива, колкото ѝ благородна да е тя. Още повече, че някои центрове са отворили по-рано от други, а Google е само търсачка, която не генерира собствено съдържание за провеждане на секторни национални публични политики. Затова:

„Ами сама си измислих всичко. Питам в министерството, питам в РЗИ – никой нищо не знае. Седнах си на д-то и давай-давай, направих си карта, направих си таблички за отчетите и така. После разбрах, че моите таблички заживели свой собствен живот и се разпространили и по други места.”

Първоначалният период на работа на центровете е белязан от много неясноти. Думите на един от координаторите са красноречива диагноза за нивата на съгласуваност и координация между звената за управление и местните структури:

„Ами неволята ни помогна, нямаше кой друг да ни помогне.“

Напълно разбираемо тази пропаст между съпричастността на ръководствата на самите лечебни заведения към каузата на програмата и липсата на каквато и да било централизирана подкрепа разочарова много служители и попарва първоначалния ентузиазъм. Една от най-мотивираните според впечатленията на анкетъорите участничка в проучването споделя огорчението си:

„Аз съм работила в (... държавно предприятие – бел. авт.), за (... частна фирма – бел. авт.) съм работила, по проекти съм работила, ама никъде не е било чак такъв хаос!“

Без изключение във всеки един от петте изследвани случая интервютата стигат до една и съща задънена улица, която фрустрира дори и най-уравновесените специалисти. Тук конкретно цитираме мнението на специалист от сравнително голям български град, намиращ се недалеч до столицата:

„Ами вие знаете ли, че ние още нямаме методика?! Е как се работи така! Две години след откриването на центровете ние нямаме методика за работа.“

Всички интервюирани специалисти с основание настояват, че липсата на методика е огромен препъни-камък за постигането на целите на програмата. Дори и координатор, която демонстрира изключителна виталност, инициативност и ентузиазъм признава, че проблемът с липсата на обща методика за работа на центровете трябва спешно да бъде разрешен, макар и малко по-рано да настоява, че в малък град всички се познават и не е нужна прекалена формализация на взаимоотношенията:

„Да, няма методика. Нищо няма. То се говори, че се изготвя някаква методика. Но това се говори откакто са ни открили. Във всеки случай до нас нищо не е достигнало.“

Затова:

„Всичко си правим сами – и методика, и брошури, и диплянки, и страничка във фейсбук...”

В резултат на това:

„Аз така го разбирам и така го правя. А дали така е правилно, не мога да кажа. Това си е моето мнение по въпроса.”

Чудесно е, че служители в центровете имат частни мнения и си ги отстояват. Въпросът е дали национална програма, която адресира едни от най-сериозните проблеми пред обществото ни, каквито са два пъти по-високите нива на детска смъртност у нас в сравнение със средните за ЕС, високите нива на недоносеност и непроследените от специалист бременности би била ефективна, ако е оставена да разчита на, макар и добронамерени, частни мнения, които отразяват индивидуален биографичен опит.

Взаимодействие

На стр. 20 от програмата се казва, че „Потенциалните потребители ще бъдат насочвани към Центъра от лични лекари, педиатри, акушер-гинеколози, здравни медиатори, лечебни заведения за болнична помощ, детски ясли, съответните дирекции „Социално подпомагане” (отдели за закрила на детето), доставчици на социални услуги, семейно-консултативни центрове и други структури, предоставящи услуги за деца и семейства в общността. Потребители могат да заявят желание за ползване на услугите на Центъра и самостоятелно.”

На стр. 21 се допълва още: „Центърът осъществява своята дейност в сътрудничество и координация с лечебните и здравни заведения на територията на прилежащия район, дирекции „Социално подпомагане” (отдели за закрила на детето), местни власти, социални услуги за деца и семейства и др. структури с отношение към проблемите на семейството, майчиното и детско здраве.

Центърът си сътрудничи с личните лекари, педиатри и акушер-гинеколози от извънболничната помощ, наблюдаващи съответните потребители, както и насочва при необходимост за хоспитализация. Насочването на потребителите към

специалист/професионалист в определена област (кинезитерапевт, лекар-специалист, рехабилитатор, логопед и пр.) с цел по-пълно удовлетворяване на индивидуалните им потребности се извършва съгласувано със съответните заведения, в които се осъществяват необходимите дейности.”

Ето защо и темата за *взаимодействието с другите въвлечени институции* беше ключова за настоящето проучване чрез дълбочинни интервюта.

При директно зададен въпрос повечето респонденти твърдят че:

„Всичко ни е наред при сътрудничеството с другите институции”, „Не, нямаме никакъв проблем”, „Работим добре с всички”.

Причините за подобно добро сътрудничество се крият в това, че:

„Ами ние сме малък град. Всички се познаваме. Аз тук съм учила, напуснала съм града само докато си завърша медицинското образование, тук съм се омъжила, тук съм си отгледала детето. Аз познавам всички и всички ме познават. Не е нужно специално да се представям, че съм координатор на центъра.”

Друг координатор посочва различна предпоставка за доброто сътрудничество:

„Била съм им началник толкова години, проверявала съм ги, всичко им знам. Как няма да си сътрудничат с мене! Ще си сътрудничат, разбира се!”

В трето населено място координаторът споделя, че доброто сътрудничество и координация се дължи на:

„Връзките на мъжа ми. Когато нещата не стават с моята фамилия, защото аз съм все още позната с името си по баща, използвам фамилията на мъжа ми. Той дълги години беше в Общинския съвет, беше председател на комисията по (...). Всички го познават. Щом е за общото благо, вървя напред с името на мъжа ми и вратите се отварят пред мен.”

Обстоятелството, че се налага използването на лични връзки, за да се върши служебна работа, от една страна е показател за всеотдайността на служителите в центровете. Но, от друга страна, е сигнал за липса на достатъчно ясни институционални отношения. Ако някъде координаторът не е съпруга на мъжа си, или пък не е била началник в други публични институции, се появяват проблеми:

„В град (...) знам, че не вървят нещата. Даже май ще се стигне дотам, че да вържат парички. Техните координатори много напускаха. Сега пак е едно новичко, младичко момиченце. Свитичко такова. Добре дете е, но няма опит.”

Но при задълбочаването на разговора, интервютата разкриват и признания за напрежения. Например много служители в центровете споделят за прояви на резистентност от страна на личните лекари:

„Забравят личните лекари. Обикалям, приказвам. Викат добре-добре, кимат с глава. Пращат една седмица, а след това забравят... Такива са си просто. Следващия месец пак трябва да ги обхождам един по едни, за да им напомням да препращат към нас”¹².

Но програмата предвижда сътрудничество не само с други институции, но и между самите здравни центрове. Още повече, че обмяната на добри практики (споделяне, разпространение и мултиплициране) е основен приоритет. Освен споменатите вече лични инициативи за обаждания по телефона (защото няма изготвена обща методика за работа), проучването не регистрира други формати за комуникация между центровете:

„Не, никога не сме се виждали с другите колеги от центровете”, „знам имената на някои от колегите, чували сме се по телефона, но никога не сме се виждали”, „с едната колежка случайно се срещнахме, защото беше на почивка в (...) и там една нейна позната се беше контузила, та бяха дошли до нашата болница и така се запознахме”.

¹² Мониторингът регистрира свидетелства за повече или по-малко прикрита съпротива от страна на лични лекари към центровете поради противоречиви интереси за привличане на пациенти.

Категорично може да се твърди, че служителите в центровете проявяват силно желание за подобни срещи помежду си за обмяна на добри практики:

„Ами хайде, със сигурност бихме искали да участваме в такава инициатива“, „ако не всички, могат поне координаторите да ни съберат“, „важно е да се видим, да се запознаем“, „да разберем кой какво прави, ние да разкажем как се справяме“, „важно е да си сверим часовниците“.

Подобен ентусиазъм и любопитство към работата на другите центрове е напълно обясним на фона на представените вече неясноти в работата, свързани с липсата на методика за функционирането на центровете. Но това също така е знак за липса на достатъчно прозрачност – самите служители в центровете не могат да намерят публична информация за работата на колегите си, а какво остава за гражданите¹³.

Дали това се отразява и върху предлаганите услуги?

Предлагани услуги

В началото на интервютата всички служители в центровете твърдят, че *предлагат всички услуги, които са разписана по програмата*. Нека да припомним какви задачи включва самата програма на стр. 18:

„Дейността на Центъра е насочена към изпълнение на следните основни задачи:

- активно издирване на целевите групи за обхващане с комплекс от здравни и социални услуги в зависимост от потребностите;
- подпомагане достъпа на целевите групи до системата на обществено здравеопазване, социалните услуги и подпомагане;
- промоция на здраве, превенция и профилактика на болестите;
- подготовка за родителство и подкрепа за добро родителство;

¹³ Виж. изготвения в рамките на настоящия мониторинг анализ на присъствието на Интегрираните здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве в интернет.

- подпомагане отглеждането на детето в семейна среда в съответствие с неговата възраст, включително чрез патронажни грижи;
- насърчаване на физическото, социалното, емоционално и познавателно развитие на децата в ранна възраст чрез подкрепа за изграждане на добри родителски практики и привързаност родител-дете;
- идентифициране на рискови фактори, в т.ч. и социалните с негативно влияние върху здравето и развитието на детето и качеството на родителските грижи;
- координиране и осигуряване на медицински грижи при бременност с патология (реализиран риск);
- ехографски скрининг на бременността на три нива според компетентността;
- организация на биохимичния скрининг при бременните жени за прилежащия район на центъра – извършване на вземането на кръв за изследване, изпращане на кръвта за изследване, получаване на резултатите, съобщаване на резултатите, организация на предварителните и последващи необходими прегледи и консултации;
- организация на последващите неонатални скринингови изследвания мерки при деца, при които има положителен резултат;
- методично участие за организацията на регистъра на всички бременни и обхвата на извършените профилактични прегледи на бременните жени от извънболничната помощ като предварително ще бъде определен прилежащия район на центъра;
- методично участие за организацията на регистъра на всички деца и обхвата на извършените профилактични прегледи от извънболничната помощ в прилежащия на центъра район;
- ранна интервенция при рискове и проблеми в здравето и развитието на детето;
- консултиране за комплексна рехабилитация на недоносените деца;
- регистрация на диспансерните прегледи на бременните с патология и на деца с хронични болести.”

Програмата предвижда следните *дейности* за постигане на изброените по-горе задачи:

- „наблюдение и оценка на здравното състояние и развитието на бременността и на детето, разпознаване на проблеми и подпомагане на семейството за достъп до необходимите грижи и лечение;

- наблюдение на санитарно-хигиенните, протиепидемичните и профилактични грижи за опазване здравето на детето и предлагане на съвети и препоръки за тяхното подобряване;

- оценка на медико-социалните и поведенчески фактори в семейната среда с негативно влияние върху бременността и отглеждането на детето и предприемане на мерки за тяхното отстраняване (напр. консултиране и мотивиране на родителите за промяна на рисково поведение като тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, здравословно хранене и др.);

- оценка на грижите за стимулиране на социалното, емоционално, познавателно и речево развитие на детето и насърчаване на добри родителски практики в това отношение;

- предоставяне на здравна информация, съвети, обучение (вкл. с демонстрация на основни дейности и грижи) за безопасна бременност, режим и диета по време на бременността, подготовка за раждане, обгрижване на детето, кърмене и хранене, дневен режим, стимулиране на нервно-психическото развитие и др. въпроси, свързани с бременността или с отглеждането на детето, с отчитане на специфичните нужди и ресурси на всяко семейство;

- консултиране по въпросите на семейното планиране, сексуалното и репродуктивното здраве, по репродуктивни проблеми на индивида и двойката;

- проследяване изпълнението на имунизационния календар на децата, насочване и подкрепа за имунизация и скрининг за различни заболявания;

- разпознаване на белези и риск от насилие (вкл. negliжиране) над деца и изоставяне и предприемане на действия за информиране на компетентните власти;

- при нужда насочване към специалисти (рехабилитатори, психолог, логопед и пр.) и подходящи профилактични диагностично-лечебни програми и дейности;

- насочване и подкрепа за достъп до наличните здравни и социални услуги в общността, вкл. общопрактикуващи лекари, педиатри, акушер-гинеколози, социални услуги за деца и семейства, социално подпомагане и др.;

- организиране на процеса по осигуряване комплексна рехабилитация на недоносените деца;

- домашни посещения;

- индивидуални консултации и групови обучения на целевите групи и членовете на техните семейства за здравословен начин на живот, здравословно хранене, адекватен хранителен и двигателен режим по време на бременност и кърмене и др.”

Списъкът със задачи и дейности е дълъг. Като общо правило служителите в центровете споделят, че като цяло следват този списък:

„Извършваме си всички дейности така както са разписани по програмата”, „спазваме си нещата от договора”, „услугите ни са фиксирани от самата програма”, „осигуряваме комплексно обслужване на децата и майките”.

Въпреки тези твърдения, изследването констатира значими различия в работата на отделните центрове, попаднали в обхвата на мониторинга. Например за броя на проведените месечни консултации. Докато на някои места специалистите споделят, че:

„Имаме по около десет случая на месец. В по-натоварени периоди, достигахме и до двайсет, а и над двайсет. Но това е главно през есента и зимата, когато започнат грипите.”

В едни доста по-малък град се извършват два пъти повече консултации със същия ресурс:

„Провеждаме по 40 до 50 консултации на месец. Рядко достигахме до 50, но 40 имаме. Говоря като цяло – деца, майки, здравни и психологически консултации”.

В най-скромния като оборудване и обзавеждане център, попаднал в обхвата на настоящия мониторинг, се провеждат по:

„Минимум 100 консултации месечно. Не сме падали под 100 консултации. Обикновено се движим между 100 и 150.“

Тези огромни разлики в натовареността на центрове със сходен екип може да се дължат или на лошо териториално разпределение на центровете или пък на активността на самите служители. Но според експерти от гражданския сектор проблем има и при методиката за отчитане (както вече стана ясно все още не е разработена единна национална методика за работа на центровете):

„В началото едно дете се отчиташе като един случай – провеждаше се здравна и социално-психологическа консултация. Но не им излизаха бройките и затова едно дете започнаха да го отчитат като два случая. Промениха си бланките и вече имаше здравна и отделно от това – социално-психологическа консултация. В момента едно дете се отчита три пъти за проведена здравна, социална и психологическа консултация. Кака да му хванеш дирята?“

Според официалния отговор на Министерството на здравеопазването от откриването на центровете до този момент са „отчетени“ общо 13 230 бр. „медицински консултации и домашни посещения“. От отговора на министерството не става ясно дали това са само медицински консултации или в това число влизат също така социалните и психологическите консултации. Няма данни и за дела на домашните посещения в общия брой на консултациите. Но елементарна сметка показва, че се провеждат по около 550 консултации месечно в цялата страна или средно аритметично по около 20 консултации и домашни посещения месечно в център (по една консултация всеки работен ден). Ако хипотетично допуснем, че се провеждат консултации само на майки с новородени бебета, при условие, че у нас се раждат по около 5500 бебета месечно, то би се получило, че от десет новородени

бебета само едно получава консултация от екипите на центровете. Какво остава за децата с увреждания, децата в риск, хронично болните деца, семействата, двойките?

Въпреки тези официални данни, от които излиза, че средно в страната в един център се провежда по една консултация дневно, участниците в проучването настояват, че работят активно с представителите на целевите групи:

„Влизаме в отделенията, за да хванем майките, когато са тук и няма къде да избягат. Редовно минаваме през родилно отделение, през детско отделение. Консултираме ги, казваме им къде ни е центърът и те след това започват да идват, когато се интересуват от нещо.”

Мненията за активното издирване на целевите групи са доста противоречиви обаче. На повечето места и през повечето време служителите са в помещенията на самите центрове. Мониторингът регистрира и някои положителни изключения:

„Ходим на терен поне веднъж в седмицата. Нашият социален работник си е от махалата. Хората я познават, тя ги познава. Няколко часа тя е тук, в болницата, а следобед слиза в махалата. Работим на терен. Когато има нужда, социалният ни работник се свързва с психолога и те двете слизат в махалата. Ако има нужда, веднага сезираме социалните и те също отиват на терен.”

Анкетьорите от екипа за мониторинг свидетелстват, че служителите в центровете действително познават по име много от децата, с които работят. Това може да се разчете като симптом за съпричастност към поетите ангажменти. От друга страна, едва ли би могло пациентите да се знаят поименно, ако те действително са много. Някои от респондентите проявяват признаци на раздразнителност от това, че пациенти имат склонност да злоупотребяват с гостоприемството на центровете:

„Жените вече научиха къде се намираме. Имаме си дежурни пациенти, така да се каже. Те свикнаха да се отбиват тука, да споделят. Понякога и съвсем странични проблеми – свекървата нещо я дразнила, мъжът ѝ не купил такъв хляб, а онакъв... Такива ми ти работи.”

Но не само част от жените, а и част от децата минават през центровете не защото имат нужда от здравна и социално-психологическа консултация, а защото:

„Не може в седми клас да си напише името. А името ѝ е от три букви – Ива¹⁴. Как може в седми клас, да не може да напише „Ива“?!? Какво е това образование?!? Ама като всичко у нас. И идва тука и се учим да пишем. Сядаме, вадим тетрадката, аз или психоложката помагаме... И така идва си тук детето и вика: мога ли да остана при вас да се поупражнявам да напиша малко? Оставяме я, какво да я правим...”

Вероятно Ива е подобрила краснописа си, но едва ли здравно консултативните центрове за майчино и детско здраве биха могли да компенсират всички дефицити в секторните публични политики. А и трябва ли? Заниманията по писане не отнемат ли всъщност ценен дефицитен ресурс, който би могъл да бъде инвестиран в домашни посещения, активно издирване на уязвими целеви групи и превенция срещу потенциални опасни заболявания? Или пък в образование и по-добра информираност на самите служители в центровете. Защото проучването показва, че някои центрове не работят активно с бременни жени, които нямат платени здравни осигуровки, защото просто не знаят за съществуването на наредба 26¹⁵...

„Аз лично не съм чувала досега за тази наредба. Казвам, че аз не съм чувала, но може би директорът знае. Ние поне засега не сме я ползвали. (...) Ние нямаме бюджет за изследвания. Само университетските болници имат. Ние ги консултираме и ги препращаме към социалните, ако констатираме, че има такъв проблем, или пък към специалист от болницата. С това можем да помогнем ние...”

Но ако не знаят за съществуването на наредба 26, как изобщо могат да изпълняват голяма част от задълженията на центъра, които са вменени от програмата?

¹⁴ В доклада истинското име на детето е променено.

¹⁵ Наредба 26 гарантира изследвания при риск и един безплатен за бременната жена гинекологичен преглед с ехограф в рамките на бременността.

Наблюденията на анкетъорите, участвали в мониторинга сочат, че тук не става въпрос за някакво изключение, а за систематичен проблем. Първоначалното задание предвиждаше посещения в три здравно-консултативни центъра. Но се оказа, че и в трите попаднали в обхвата на проучване места се работи по напълно различен начин. Затова бяха включени още два допълнителни центъра. Но там също се възпроизвеждат различни институционални практики. **От пет центъра, които работят по една и съща програма, се оказва че няма един с един, които да възпроизвеждат сходна методика за работа.** Ето свидетелства от първо лице, споделени с думите на самите специалисти. На едно място:

„Казах ви, аз имам 30 години опит в родилно отделение. Ние ги поемаме още щом постъпят за раждане. Всичко им обясняваме – за дишане, за напъване, за всичко... Веднага след раждането, докато са още в родилно, минаваме и ги консултираме за кърменето, за личната хигиена, за пъпчето как и с какво да третират...”

На друго място обаче координаторът на центъра е психолог. Интервюто с този координатор изобщо не стига до темата за раждането. За сметка на това:

„Провеждаме психологическа консултация с цялото семейство. Идва ли са и сами деца, но аз държа да се срещна и с родителите. Защото не може работата да е частична. Не можем да работим само с детето, без да знаем каква е ситуацията и без да се включват и родителите. Идваше едно момиченце. Няколко пъти идва само. Бащата сам я гледа, майката ги е изоставила. Но аз настоявах да дойде и бащата. Той дълго време отказваше, но накрая се съгласи. Оказа се, че голямата част от проблемите идват от него...”

На трето място грижата за пъпчето и психологическата подкрепа остават на заден план и са изместени от социалната работа, защото:

„Много добре познавам материята. Работим много добре с всички социални институции. (...) Ние тук нямаме кризисен център. Имаше проект за кризисен център, дори беше определена сграда за целта, но така и не се реализира. Иначе има (изброява институции за деца и

възрастни от уязвими социални групи – бел. авт.). С тях работим много добре, имаме отлична координация.”

Така приоритетите на работа на центровете се оказват функция на личната биографична траектория на служителите, а не на конкретните нужди на целевите групи от съответното населено място. Разбира се, поведението на персонала на центровете е напълно разбираемо, защото все още няма методика за работа и всеки прави това, в което се чувства най-сигурен. Вероятно личният опит, контакти и умения допринасят за високото качество на предлаганите услуги в дадена област. Но какво се случва с останалите сфери на интервенция, които излизат извън обхвата на тези биографични влияния?

За целите на доклада е важно да се спрем и на *дейностите, които центровете не покриват или пък са слабо застъпени.*

Една от водещите функции на центровете е **информационната**. Както вече стана ясно, повечето диплянки и брошурки са правени на любителски принцип по инициативата на екипите в съответните центрове. Същевременно мониторингът не регистрира свидетелства за провеждане на никакви други информационни кампании – информационни дни, информационни събития, дни на отворени врати, масови срещи, консултации, семинари, обучения за придобиване на практически умения, свързани с темата за майчиното и детско здраве. Ключова аудитория биха били учениците от различните възрастови групи, но срещи в училищата, посветени на темите на програмата до този момент не са провеждани в петте града, попаднали в извадката на настоящия мониторинг:

„Не, досега не сме работили с училищата. В интерес на истината съм мислила по въпроса, но досега още не сме работили. Може би следващата година”.

На друго място служители в центровете твърдят, че отговорността за провеждането на информационни кампании в училищата е на друга институция:

„Ами те РЗИ си имат програма за училищата. Те ходят, имат разработени материали. Това влиза в тяхната сфера, не е в нашата”.

Това лично мнение противоречи на текста на програмата. Вероятно затова респондентът привежда в своя защита и допълнителни аргументи:

„Не мисля, че учениците биха проявява ли интерес към тази тема! По-скоро не биха. Навремето те (вероятно „те“ са ромите – бел. авт.) бяха в (име на училище – бел. авт.), бяха на едно място. Но сега ги разпръснаха, сега те са навсякъде. Не зная как можем да ги хванем... Не, не ходим по училища, а и не виждам смисъл...”

В сравнително малък български град действията са същите, но оправданията са различни:

„Не знам на какво можем да ги научим. Те започват да водят полов живот на 12-13 години, вече всичко си знаят, няма да сме им интересни... (анкетаторът пита дали точно затова не е важно да се повиши сексуалната култура на учениците – бел. авт.) Едва ли биха проявили интерес точно към нас... Но може да се помисли по въпроса, това е интересно предложение, което отправяте.”

Информационните функции на центровете не са предложения, отправяни от анкетаторите, а задължения, вменени от самата национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве. Но тук не става въпрос само за negliжиране на част от задълженията. Проучването свидетелства за прикрит конфликт на интереси. Според наблюденията на анкетаторите центровете за майчино и детско здраве **никъде не предлагат (безплатно) услуга, когато същата услуга се предлага платено** от друга институция. Например в провинциална болница, в която по-късно стана ясно, че има платено училище за бременни:

„Едва ли би имало интерес към подобно нещо. На някои места съм чувала, че организират дни на отворени врати, училище за бременни и т.н., но в нашия град хората са по-консервативни малко, ако мога така да се изразя. Тук по-скоро биха се стресирали ненужно майките, ако преди да родят влязат в родилна зала. Например ние такива работи

като присъствие на бащата при раждането, раждане във вана... това са някакви неща, към които никой просто не проявява интерес..."

Респондентът отбягва да отговори на базата на какви проучвания е констатирал, че няма интерес от страна на майките към дни на отворени врати и училище за бременни. Не е ясно и защо бременни жени се записват на платено училище за бременни, ако не проявяват интерес към безплатно училище за бременни.

Но това е пореден пример за непрекъснатото лутане между публичност и прикритост. Проведеният анализ на интернет присъствието на центровете демонстрира тази амбивалентност в работата на центровете – хем някак си да качим информация за работата си, хем да не се разкрива прекалено много чрез предоставяне на карти, имена, адреси, описания на дейността и „човешко“ отношение към представителите на целевите групи. Вътрешно противоречиво е и мнението на следния ръководител на център, която открито заявява, че е против по-активното присъствие на центъра в интернет:

„Нямаме нужда от такива неща. Хората си знаят къде сме. Който иска може да ни намери. (Анкетърът припомня, че по-рано респондентът е заявил, че хората от селата фалират, за да стигнат до болницата – бел. авт.) Ами стигат, когато са на зор, намират начин и стигат... А то и в по-големите села си има личен лекар. Например в (...) е д-р (...), в (изброява села и имена на лекари). Сега, вярно, че той е вече много възрастен човекът, но все пак си имат личен лекар, защото на много места изобщо нямат..."

Въпреки признанието, че е необходима по-мощна информационна кампания и друг координатор на център настоява, че е против социалните мрежи:

„То вярно, че всичките киснат във фейсбук. Бедни, бедни, но всичките имат телефони. Но аз лично съм много против този фейсбук. Не мисля, че имаме нужда и от това..."

Анкетъорите, участвали в мониторинга масово споделят, че от проведените интервюта остават с впечатлението, че служителите в центровете прехвърлят 90% от задълженията си по програмата към други публични и частни институции – НПО, църкви, международни организации и програми. Например:

„Ами тук има център за майчино и детско здраве на (голяма международна организация). Ние с тях не можем да се мерим. Ние нито им даваме памперси, нито лекарства, нито храни. Препращаме ги към тях, ако има нужда...”

Свидетелство от друго географски отдалечено място, където споделят сходни практики:

„Там (местно НПО) имат проект за майчино и детско здраве. Те по проекта ги издирват жените още в началото на бременността, водят ги веднага на прегледи, покриват им изследванията... Те това по проекта си го работят и има много добри резултати. Ние такава услуга не можем да предложим...”

А точно такава услуга би трябвало да предлагат всички центрове, ако се спазва написаното в самата програма. Още един пример за прехвърляне на отговорността:

„Тяхната църква там си им помага. Събират си им пари, пращат ги на прегледи, на изследвания. На някои даже им събират пари от църквата, за да им платят със задна дата осигуровките и да може да си ѝ е проследена бременността и да си роди без притеснения... Ние само констатираме проблема и след това Мешерето поема - какво точно и как прави, аз не мога да зная, но е факт, че много често успяват да съберат пари и да помогнат...”

Но дори и тогава, когато в някои от центровете е назначен силно мотивиран специалист, който с лична воля и частен ресурс се опитва да спазва изискванията на програмата, се появяват остри напрежения:

„Назначихме за АГ специалист д-р (...). Изключително активен човек, хората я познават, особено ромското население. И тя така, самосиндикално си реши, че ще спазва програмата и ще ходим по селата, за да преглеждаме жените. (...) Защото ние първо искахме кметовете да ги карат тука в болницата, но разговаряхме и се оказа, че кметовете просто нямат такава финансова възможност. (...) И д-р (...) пали личната си кола и обикаляме с нея. Аз ѝ обяснявам, че няма как да ѝ платим по програмата тези разходи, които тя ги прави за гориво, но тя така, мисионерски един вид, сама си плащаше горивото. (...) И тръгнахме по селата, правим прегледи в кабинетите на кметовете, защото няма къде – няма лекарски кабинет, няма нищо. Имаше огромен интерес. (...) Обикаляме ние, направили сме си програма, но аз финансовата рамка изобщо не я знам. Аз отчитам прегледите при счетоводителката на болницата. И тя след известно време ми каза, че сме профукали парите по програмата. (...) И д-р (...), заместник директорът ни, като се ядоса и я уволни д-р (...) А тя просто си вършеше работата жената. Даже, нали ви казвам, парите за гориво ги плати от собствения си джоб...”

Причината за подобно уволнение вероятно се корени в липсата на методика за работа на центровете. Но липсата на методика е съпътствана и с други документални неуредици, които вероятно дърпат от дефицитния ресурс на центровете и затова служителите не успяват пълноценно да изпълняват задълженията си.

Документални неуредици

Много от служителите в интегрираните центрове за майчино и детско здраве се чувстват фрустрирани, защото са поставени в среда с противоречиви изисквания. От една страна, няма разработена и разпространена единна методика за работа, общи бланки за отчети и процедури за работа. От друга страна, се изисква центровете да функционират и да докладват за постигнатите резултати. В резултат на това стига до ситуации като описаната тук:

„Аз си направих бланки и им пращам редовно – месечни отчети, тримесечни отчети, шестмесечни и годишни. Но се оказа, че тази информация им дойде в повече. Една жена от министерството като ми се обади, като ми се разкрещя, ама на нищо ме направи. Оказа се, че информацията, която им пращам се дублирала и информацията от едни кого си. Ле-ле, луд скандал. Ама аз откъде да знам на тях кой каква информация им праща. Нямам методика, не са ми дали таблички, нищо не са ми пратили. Аз чета програмата, правя си таблички и пращам информация. Как аз да знам дублирам ли се, не се ли дублирам?!?”

Но липсата на методика за работа на центровете води след себе си и до друг тип напрежения:

„И ми открили някаква грешка. Разминаване в едни (...) бройки. И ме скъсаха от проверки. Направо ме разкостиха. Един месец РЗИ всеки ден идваха. Ама всичките ми карти са проверявали от началото досега лист по лист. И накрая се оказа, че грешката е у тях. Аз им пращам отчета, обаче те не са гледали отгоре какво пише – месечен ли, тримесечен ли отчет, и то така станало разминаването. Защото и те не са наясно какво точно искат от нас.”

Обстоятелството, че на места РЗИ добросъвестно изпълнява контролните си функции е чудесно. Проблем обаче е безсмисленото попиляване на времеви и интелектуален ресурс заради грешки, които са изкуствено предизвикани поради лошо управление, координация и логистика. На този фон проблемите с текуществото на кадри от центровете не изглеждат никак изненадващи.

Текущество

В нето един от петте попаднали в обхвата на мониторинга центрове съставът на екипа не е останал в един и същи вид от началото на програмата до настоящия момент. Макар и да бяха интервюирани отделни служители, които работят от самото начало и продължават да работят в момента, самите те споделят опасенията си за заплахата от текущество:

„Много колеги напускат. Ето в (...) напусна колегата, в (...) също разбрах, че е напуснала, а тя беше отскоро, изобщо не се задържа, в (...) е напуснала... Ама напускат, защото са демотивирани. Не знаят какво правят, не знаят как да го направят, а само някой им вика отгоре. Е как няма да напускат? Напускат!“

Според друго наблюдение от координатор, който също работи още от самото откриване на центъра:

„Да, има текучество. Голямо текучество има. Аз за себе си мога да кажа, че този месец съм тука. Но за следващия месец не гарантирам. Някой ще каже, че колегите напускат по финансови причини. Да, парите имат значение. Но не това е основното. За мен, личното си мнение споделям, не искам да ангажирам никого с него, колегите напускат защото са бърнаут. Защото не виждат смисъл от това, което правят. В началото беше едно, имаше едни очаквания, но реалността е напълно различна...“

Организационна структура

Вероятно много колеги не виждат смисъл в това, което правят, защото две години след откриването на центровете все още не само, че няма методика, ясни изисквания и очаквания, но дори **не е и изградена предвидената по програмата организационна структура**. Как може да се управлява толкова мащабна програма без система за координация, комуникация и контрол? Симптоматично е отсъствието на областни координатори, които според програмата би трябвало да са основно междинно звено за координация и комуникация. На едно място са категорични:

„Нямаме областен координатор“

На друго място респондентите казват на практика същото, на по-предпазлив начин:

„Не знам дали имаме областен координатор“

Трети случай:

„Със сигурност нямаме. Аз едва наскоро разбрах, че трябва да има и областен координатор.”

Спонтанни решения на коляно изобщо не биха могли да вършат работа. Проблемът с липсата на областни координатори е съществен, но следният цитат е симптом за още по-голям проблем, защото разкрива пълното не разбиране на смисъла от координация и взаимен контрол между различните звена, участващи в реализацията на програмата:

„И тогава в РЗИ д-р (...) ме погледна и ме пита искам ли аз да стана областен координатор!?! Ама как аз да съм областен координатор? Та аз съм координатор на центъра! Това е конфликт на интереси, не може да има такова нещо. Категорично им отказах!”

В резултат на този пореден дефицит се стига до следното:

„Няма областен координатор. Има две жени в министерството в София, които би трябвало да отговарят за нас. Но аз досега не съм им звъняла. Те на мен ми звънят, когато имат въпроси, за да им изясня някои работи (смях).”

Критики

Критиките към работата на интегрираните центрове за майчино и детско здраве покриват широк спектър, започвайки от колегиалното „по цял ден нищо не правят, клатят си краката”, минавайки през констатацията, че това е „втора и трета работа за повечето лекари, които са не просто демотивирани, а изнемогват чисто физически да се справят с толкова много ангажменти” и стигащи до обобщението, че „тази програма има много малко общо със здравето на децата, тя е поредния инструмент за дофинансиране на медицинското съсловие”.

По отношение на оборудването критиките са разнородни, но имат общ корен. Ще изброим част от изразените мнения от страна на активисти от гражданския сектор: „категорично мога да твърдя, че закупеното по норвежката програма оборудване не стига до най-нуждаещите се, оборудването се използва за

комерсиални цели”; „те заявиха оборудване, но не го използват – при нас все още пристигат бебета от (...) и от (...) в кашони; а аз зная, че там получиха транспортни кувьози, но си ги пазят, да са им нови, а бебета пристигат премръзнали”; „закупили оборудване, но сега не го ползват, защото казват, че са им скъпи консумативите и не могат да си ги позволят”; „да, получиха оборудване, модерно оборудване, но за неговото ползване се заплаща, както при всяка друга болница, която си е платила за него; нали целта беше да стига до нуждаещите се; нищо не стига до тях, плащаш си като поп”.

Изглежда в по-големите градове очакванията и съответно – критиките – към центровете са по-големи. Особено остри са някои респонденти към ситуацията в София: „някой знае ли има ли, няма ли център в София”; „в София по наредба 26 са направени единични прегледи от една-единствена лекарка във „Факултета” и то без дори АГ лекарката сама да знае, че ги прави по тази наредба, защото някой друг ѝ водил по това време документацията”; „ние един ден не можем да намерим центъра, питахме кого ли не; цял ден обикаляхме, пращат ни само от човек на човек - на хора, които би трябвало да знаят; така и не го открихме, а ние сме здрави и прави; какво остава за бременна жена в седмия месец, която едвам е стигнала до болницата”.

Остри реакции предизвикват и отменени от съда решения за извършване на обучения по програмата: „В съда падна програмата им за обучение за пренатална диагностика на неонатолози; защото те искат да обучат 124 гинеколози на фетална морфология с 10 часа теория и 15 часа практика, което е абсолютна свинщина; има акредитирани лекари в България, които правят всички вътре-утробни прегледи, но те са учили 6 месеца обща фетална морфология, всеки ден са имали по 10 пациенти и са имали 3 месеца фетално сърце; а този човек ще се води акредитиран в тези центрове с 10 часа теория и 15 часа практика; той не може да различи нормата от патологията и тези деца ще идват при нас с неразпознати сърдечни дефекти, за да се чудим вече какво да ги правим...”

Причините за тези проблеми гражданските активисти виждат и в самата програма и в здравния модел у нас като цяло: „това са търговски дружества, тук има пряка конкуренция”; „АГ-секторът у нас, вероятно е така и в другите сектори, гледа на жената като на банкомат – всеки се опитва да източи от нея до горната граница

на лимита”; „от програмата никъде не са намесват там, където има засегнат частен финансов интерес”; „става въпрос за прости бакалски сметки, а не за здравето на децата – изследванията показват едно, но всеки лекар ще предпочете едно планирано платено секцио за 40 минути, вместо две денонощия естествено раждане”; „тук става въпрос за пари и за ценности – например на нас още на първия ден на стажа ни в (...)”¹⁶ ни учеха как да бием бременните, така че да не остават следи, защото трябва да им вземеш страха в самото начало, да не ти се лигавят, а да ти се подчиняват...”

Настоящият мониторинг не регистрира емпирични свидетелства, които да се противопоставят на обобщението на един от респондентите ни:

„Няма никакъв консолидиран интерес от здрава нация. Нека да си го кажем направо. Има някакъв размит общ интерес, но кажете ми коя социална група би отстоявала този дифузен интерес от здрава нация. Точно обратното – системата не насърчава профилактиката, не насърчава превенцията. Колкото по-болен си, толкова по-лесно се измъкват легитимни пари от касата. Ако си осигурен, гледат да си тежко болен, за да легитимират по-големи разходи. Ако не си осигурен, гледат да стигнеш до спешна помощ, защото само тогава ще спечелят нещичко от тебе. Да не говорим, че колкото по-ниско е качеството на услугите, които се покриват от касата, толкова по-силен е натискът да те изсмучат в паралелната здравна система. Може на пръв поглед да изглежда парадоксално, но с данъците си ние финансираме една здравна система, която има консолидиран финансов интерес да ни разболе. Просто бизнес, нищо лично, както се казва в класиката...”

Това обобщение ярко контрастира на ефективността от някои евтини мерки, които биха имали дълготраен ефект върху детското здраве, ако центровете действително се фокусират върху информационните си функции, превенцията и профилактиката. Един координатор в здравен център споделя, че:

„И аз исках да поговоря с нея, да разбере защо не иска да кърми. И тя в началото се притесняваше, но после сподели, че смята, че кърмата ѝ е

¹⁶ Голяма столична болница.

развалена. И аз я питам защо смята така. Отговори ми, че в началото кърмата и пускала жълто. Обясних ѝ, че това е коластрата. Че това е най-ценното, което никакви изкуствени храни не могат да заменят пълноценно...”

Обобщение и препоръки

Проведените като част от настоящия мониторинг дълбочинни интервюта потвърждават, че програмата е базирана на отлична философия, която попада както на служителите в центровете, така също и на родителите, гражданските активисти и специалистите. Няма почти никакви възражения срещу качествата и количествата на закупеното по програмата медицинско оборудване. Но липсващата методика за работа на центровете, недоизградената система за управление (няма назначени областни координатори), липсата на предвидената в програмата система за текущ контрол и мониторинг създават каскада от проблеми, които силно възпрепятстват усилията за постигане на целите на програмата. Проучването привежда свидетелства, че програмата е в състояние на ентропия – всеки отделен център работи по начина, по който сам дефинира обхвата на отговорностите и задълженията си. Това води до силна демотивация у служителите, текучество и понижено качество на услугите. Има свидетелства, че центровете се оттеглят от най-важните си функции по осигуряване на информация за уязвимите целеви групи, превенция и профилактика.

За да се защити общия интерес са необходими спешни мерки за реанимация на губещата жизнените си функции програма: конституиране на обществен съвет (комитет за наблюдение), който да заседава публично поне веднъж на 6 месеца и в който задължително да участват всички заинтересовани страни – със сигурност представители на медиите, местните общности, пациентските организации и НПО. Общественият съвет би следвало да оказва натиск за вземане на спешни мерки за изпълнение на предвидените по програмата дейности, за изграждане на система за властови баланс и взаимен контрол между въввлечените страни. Трябва да бъде изградена ясна структура за комуникация и управление, да бъдат разпределени отговорностите, така че предвидените по програмата проучвания, мониторинг,

обучения и обмяна на опит най-сетне да бъдат реализирани. В противен случай програмата ще си остане пореден камуфлаж, който прикрива съществуващите проблеми без да постига трайно решение.

Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 като инструмент за провеждане на публични политики

Въведение

Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 е приета от правителството на Пламен Орешарски с решение № 510 на Министерски съвет от 17. 07. 2014 г. Настоящият доклад представлява анализ на Програмата като инструмент за *публични политики*. Подобен анализ е необходима, защото, от една страна, самата програма е представена тъкмо като публична здравна „политика“ („политиката излиза от тесните рамки по дейностите на осигуряване главно на медицински грижи“, „политиката е насочена и към прилагането на европейските практики“¹⁷). От друга страна, други две проучвания по настоящия мониторинг (а/ изследването чрез електронна анкетна карта и б/ дълбочинните интервюта сред служители в Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве и потребители на услугите на центровете) свидетелстват за много критични нагласи по отношение на *изпълнението* на програмата, но за изключително **високи оценка за самата програма като документ** – нито сред интервюираните служители в центровете, нито сред експертите бяха регистрирани никакви сериозни критики към *програмата на концептуални ниво, на ниво ценности, предвидени дейности и очаквани резултати*.

Целта на настоящия анализ е да установи дали, въпреки суперлативите към документа, не могат още на стратегическо ниво, на ниво разработване на програмата като инструмент за провеждане на публични здравни политики, да бъдат открити скрити предпоставки за проблемите при практическото реализиране на програмата. Ето защо, за да бъде полезен, настоящият анализ трябва да бъде преднамерено критичен – акцентът да не е поставен върху очевидните силни страни на документа, а върху евентуални повече или по-малко прикрити слабости. В този

¹⁷ стр. 2

смисъл изследването се фокусиран върху 6 основни въпроса, които би трябвало да бъдат присъщи на всяка една публична политика:

1) Има ли ясна и убедителна **обосновка** на Програмата (анализ на ситуацията; формулиране на проблеми; анализ на причините за проблемите; изброяване на алтернативните решения и обосновка на избора на решения)?

2) Идентифицирани ли са заинтересовани **субекти**, които имат воля/ потенциал/ интерес да износят изпълнението на Програмата? Идентифицирани ли са субекти, които имат интерес Програмата да не се реализира? Предвидени ли са мерки за противодействие?

3) Има ли ясно поставени **цели** (обща и специфични)? Има ли изброени ясни и конкретни качествени и количествени индикатори за проследяване на прогреса и постигането на крайната цел?

4) Има ли анализ на **рискове**, които се очаква да се появят при реализацията на Програмата? Има ли предвидени мерки за противодействие?

5) Има ли въведен **механизъм за управление** на Програмата? Има ли гарантирана възможност за проследяване на възникналите проблеми и взетите решения? Носи ли се конкретна отговорност за постигането на целите на Програмата от съответните нива на управление? Системата за управление включва ли всички заинтересовани страни?

6) Има ли ресурсно обезпечаване на Програмата? **Бюджетът** върху какви аспекти поставя ударение – кои приоритети са важни/ има ли дейности (цели), които не са финансирани (в достатъчна степен)?

Общо описание

„Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020” е публичен документ с обем от 23 стр., към които има две приложения – *Работен план* и *Финансов разчет*. Програмата се състои от 6 глави, като глава IV. „Ръководство, контрол и изпълнение на програмата” се състои от една страничка, глава V. „Оценка на програмата” се състои от един параграф, а глава VI. „Работна програма и финансов разчет” не разполага със собствен текст, а препраща към двете приложения към документа.

Структура

Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 съдържа всички формални реквизити на една публична политика: обосновка; ясно формулирани цели и целеви групи; операционализация на целите и подцелите; механизъм за управление и въвличане на заинтересованите страни; система за текущ мониторинг и финална оценка; бюджет и времеви график.

Дефиниране на общия интерес

Глава I на програмата, „Въведение и обосновка“ се състои от 5 точки, в които се анализира състоянието на майчиното и детско здраве и се изброяват **проблемни сектори**.

В т. 1. „Състояние на майчиното и детско здраве“ са изброени основните 5 проблема в сферата на майчиното и детско здраве, които Програмата адресира:

- дълготрайна тенденция за намаляване на *раждаемостта* у нас (стр. 3);
- *безплодието и абортите* (в документа няма данни за безплодието, но „за 2012 г. броят на абортите в България е два пъти по-висок от средния за ЕС”¹⁸, от всички регистрирани аборти 33% са спонтанни и 55% по желание; но в документа няма данни колко са спонтанните в ЕС);
- *детската смъртност* („детската смъртност остава почти два пъти по-висока отколкото средната за ЕС”, перинаталната, неонаталната и постнеонаталната датска

¹⁸ От 764 аборта на 1000 живородени през 2002 г. през 2014 г. в България пада на 416 аборта на хиляда живородени (по данни на Световната здравна организация; според данните в Програмата те са 433,91 на 1000). Въпреки тази благоприятна тенденция, няма друга европейска страна с толкова много аборти. Единствено Румъния ни доближава с 401 аборта на 1000 живородени. За сравнение в Хърватия през 2014 има 76 аборта на 1000, в Чехия – 199, във Финландия – 171, в Полша – 3, в Ирландия и Малта – нито един. (World health organization) Делът от една трета спонтанни аборти у нас е ужасяваща диагноза за качеството на грижата за бременните. Тук е мястото да споменем и още един въпрос, който изобщо отсъства в Програмата – делът на ражданията чрез цезарово сечение у нас. За 2015 г. у нас 43% от ражданията са чрез секцио. За сравнение в Бразилия са 55,6%, в Турция – 50,4%, в Обединеното кралство – 26,2%, в Чехия – 26,1%, но в Исландия, Норвегия, Финландия и Швеция са под 15% (СЗО).

смъртност е около два пъти по-висока у нас от средната за ЕС; мъртваждаемостта през 2012 г. у нас се увеличава спрямо предходната)¹⁹;

- *недоносеността* (8,3% от живородените са недоносени у нас през 2010 и 2012 г.);

- големият брой на децата до 16-годишна възраст, освидетелствани и признати с първична *инвалидизация*. „През 2010 г. те са 3,5/1000” (стр. 9).

Без съмнение и петте изброени проблема са изключително сериозни. Програмата се базира на статистически данни за нивата на разпространение на тези проблеми у нас и в ЕС. Никой от участниците в другите проучвания по мониторинга (служители в здравните центрове, експерти и пациенти) не поставя под съмнение наличието на тези проблеми и неотложната необходимост от противодействие. В този смисъл програмата е насочена към безспорен и **изключително наболял обществен проблем**.

Анализ на ситуацията

В т. 2 „Здравно обслужване на бременните жени и майките” и в т. 3 „Липса на интегриран медико-социален подход при обслужване на деца с хронични заболявания/ увреждания” и в останалите точки от главата са формулирани **7 основни причини за така формулираните 5 проблема**. Тук влизат:

- неравномерното териториално разположение на *ОПЛ²⁰ практиките* (стр. 6);
 - лимитираният брой *направления* за месец за ОПЛ (стр. 6);
 - липсата на информация за бременни и деца, *обхванати от профилактични прегледи*;
 - липсата на организиран *ехографски скрининг* на бременните жени (стр. 8);
- липсата на „високо-технологична ехографска апаратура за диагностика на вродени малформации” (стр. 12);

¹⁹ Средните стойности на детска смъртност в ЕС се покачват най-вече благодарение на приноса на Румъния и България. През 2015 г. детската смъртност у нас е над 10 на 1000, което е почти два пъти повече от останалите бивши социалистически страни, три пъти повече от други „южни” страни като Гърция, Португалия, Италия и Испания и около четири пъти повече от „отличниците” по този показател – Швеция и Финландия.

²⁰ Общопрактикуващ лекар (личен лекар).

- липсата на *регистър* на децата - пациенти с хронични заболявания (стр. 11);
- липсата на алтернативна грижа за деца, които се *възстановяват след лечение* на онкохематологично заболяване;
- липсата на места за *консултиране* на бременни, майки, двойки, деца и техните семейства (стр. 15).

Цели

На базата на изброените проблеми и причини на стр. 15 е формулирана *стратегическата цел* на програмата: „Подобряване майчиното здраве и здравето на децата до 18 г.; подобряване на ключови показатели, свързани със здравето на младите хора, бременните, децата и двойките чрез насърчаване и подкрепа за добри практики, промоция на здравето и подпомагане на достъпа до здравни грижи.”

Постигането на тази обща цел изисква *дейност* в **7 приоритета**, които включват: 1) информационна кампания; 2) законодателни промени; 3) генериране на данни; 4) откриване на интегрирани здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве; 5) грижа за хронично болните деца, 6) недоносените деца и 7) децата с увреждания. Всеки от тези седем приоритета е разбит на оперативни цели, които са остойностени, разпределени между отговорните институции и отразени в бюджета на програмата, който е на обща стойност 128 589 600 лв. за периода 2014-2020 г.

Силни страни

Направеното дотук кратко представяне вече дава яснота за много от *силните страни на програмата* като документ за публични политики – ясно формулиран проблем, изведени причини за проблема, предвидени инструменти за решаването му, операционализирани дейности, остойностени инвестиции.

Друга безспорна силна страна на политиката е опитът тя да бъде обоснована чрез *анализ на статистически данни*. Освен това, съзнанието за провеждане на публична здравна политика е отразено в идентифицираните *заинтересовани субекти* и манифестираната необходимост от *консенсус* между противоположните интереси: „За изпълнението на политиката е необходим консенсус между

държавната и местна власт, политическите сили, бизнес среди, гражданските организации за значението на детското здраве за съдбата на нацията и неотложността на мерките” (стр. 2). Но за целите на настоящия мониторинг по-важни са слабостите на документа.

Пропуски

Дори и при повърхностен прочит на програмата, на очи се набиват повдигнати в обосновката **проблеми, които не намират** своето решение в документа. Още първата изброена в стратегията причина за два пъти по-лошите показатели за състоянието на майчиното и детско здравеопазване у нас – неравномерното разпределение на ОПЛ практиките – остава без мерки за противодействие.

Ако прочетем обосновката на стратегията, разбираме, че „налице е неравномерно разпределение на лекарските практики, с наличие на незаети лекарски практики в малки и отдалечени населени места и в кварталите с малцинствено население в редица области(...) Това принуждава населението да търси медицинска помощ в близки до тях населени места, което е свързано с допълнителни финансови разходи.” (стр. 6). Това е изключително сериозен проблем, защото практически *ограничава достъпа на деца, бременни и родилки до здравна помощ*. Още повече, че според обосновката на програмата проблемите не са на ниво нормативна база, а на ниво прилагане на тази нормативна рамка. Например чрез наредба № 39 и наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Според обосновката на програмата „посочените наредби са съобразени с всички съвременни постижения на медицинската наука, като периодично се осъвременяват.” (стр. 6). Но според правната рамка именно **„на личните лекари и специалистите от извънболничната помощ са вменени задължения и за извършване на промотивно-профилактични дейности** преди забременяване, преконцепционна консултация, обхващаща общ профилактичен преглед на желаещите да встъпят в брак осигурени лица и оформяне на необходимата документация, информиране на двамата партньори при наличие на определени заболявания и генетична

предиспозиция, разясняване методите на семейното планиране, откриване и съдействие за своевременно отстраняване на рискови фактори, вредни навици и зависимости (тютюнопушене, алкохолизъм и др.), извършване на прегледи ежесечно и извършване на необходимите изследвания, указания за двигателния и хранителен режим на бременната и подготовка за процеса на раждане както и множество такива функции по отношение на децата – хранене, имунизации, осъществяване на консултации относно последващо лечение, грижи за деца с увреждания и деца, при които има белези за насилие и осъществяване на контакт с други институции, които имат отношение към проблема – социална система, МВР, психолози и т.н.” (стр. 6).

Ако това се прилагаше на практика, би било чудесно. Но програмата настоява, че „независимо от създадената организация за здравно обслужване на децата, бременните и майките, най-важните показатели за страната в последните години (...) показват, че са налице проблеми, които влияят сериозно върху здравето на тези контингенти” (стр. 6). Това се случва, тъкмо защото „налице е неравномерно разпределение на лекарските практики, с наличие на незаети лекарски практики”.

Защо този основен проблем по никакъв начин не се адресира в програмата, ако той е толкова ключов за лошите показатели на майчиното и детско здраве у нас в сравнение със средните стойности за ЕС? Предвидените в програмата интегрирани здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве отново са само в големите градове, което не улеснява достъпа на уязвими групи от деца, майки и бременни жени до тях. Още повече, че програмата предвижда целевите групи да бъдат пренасочвани към консултативните центрове и от личните лекари. Но ако няма личен лекар, как уязвимите лица стигат до здравна грижа?

Но тук има още един заложен проблем тъкмо при тези, които имат лични лекари, защото очевидно има конфликт на интереси между личните лекари на децата и майките и здравно-консултативните центрове, които биха отнели ресурс от и без това демотивираните ОПЛ. Защо ОПЛ да пращат децата в ЗКЦ, а да не ги насочват към специалист? Защо децата, родилките и майките да не отиват директно в ЗКЦ и да прескачат личните си лекари?

Друг съществен проблем, който директно е свързан с темата за достъпа до здравна грижа отново остава без решение в програмата. Според документа „съществуващата нормативна база не стимулира активност на извънболничните акушер-гинеколози (АГ) по отношение на обхвата, наблюдението и изследването на бременните жени. Ниското възнаграждение на акушер-гинеколозите за диспансерно наблюдение и консултиране на бременните жени намалява мотивацията им. Поради това и във връзка с пасивно отредената им роля да очакват бременните жени активно да ги потърсят, доведе до влошаване на качеството на извън болничната акушеро-гинекологична помощ.”

Този проблем също не е разработен достатъчно подробно в Програмата, а е ключов. Макар и на декларативно ниво да се предвижда активно търсене на целевите групи по програмата, няма никаква яснота какво означава „активно търсене”, как се организира, с каква честота, с какъв обхват са консултациите, как служителите в центровете ще се окажат по-силно мотивирани от демотивираните акушер-гинеколози. Нещо повече дори, другите две проучвания – електронно проучване и дълбочинни интервюта показват, че сред служителите в ЗКЦ няма консенсус по въпроса чия отговорност е „активното търсене” на целевите групи. На някои от изследваните места центровете прехвърлят дейностите по „активно търсене” върху проекти на местните общности. На други места тази дейност е оставена на паралелни центрове за майчино и детско здраве, финансирани от международна организация. На трето място се оказва, че нает на граждански договор акушер-гинеколог е бил уволнен след два месеца, защото си е позволил активност в „активното търсене”, обикаляйки по селата и махалите с личния си автомобил, за да извършва профилактични прегледи на представители на целевите групи. Но причините за този хаос при реализацията се коренят още в липсата на яснота и конкретност в самия стратегически документ, който negliжира тази ключова според обосновката тема.

На фона на това други два проблема, повдигнати от самата програма, които остават висящи, изглеждат от второстепенна важност. В документа се констатира, че „в големите лечебни заведения не е създаден механизъм за осигуряване на

комплексно медико-социално обгрижване на пациентите и техните семейства, както и *юридическо* и психологическо консултиране” (стр. 11). Но никъде повече не се повдига темата за юридическо консултиране на пациентите, въпреки придобилите скандална медийна популярност случаи на заведени дела срещу медицински лица и лечебни заведения.

Друга констатация от програмата също остава неадресирана. Но вероятно може да се твърди, че тя не попада в обхвата на този документ: „Проблем се очертава и въпросът, какво става с пациентите с хронични заболявания в детска възраст, когато навършат 18 години. Без заобикалки може да се каже, че тези пациенти изпадат в „безтегловност” (стр. 11). Но защо тази тема изобщо се повдига, ако излиза извън обхвата на конкретната програма?

Тук е мястото да споменем за още един значим пропуск – според официалния отговор на Министерството на здравеопазването до ЛАРГО по ЗДОИ, от началото на програмата до настоящия момент е проведено едно-единствено проучване, което е посветено на знанията и нагласите за задължителния характер на ваксините. Но темата за ваксините изобщо не е спомената, дори и мимоходом, в самата програма за подобряване на майчиното и детско здраве. Ако този проблем е толкова значим, как може да не попадне в програмата? Ако не е толкова значим, защо единственото проучване е посветено тъкмо на него?

Но освен (не)повдигнати и изоставени теми, в програмата има и вътрешни противоречия.

Противоречия

Първо, на стр. 14 от програмата се твърди, че „у нас нивото на недоносеност се движи в международно приетите граници”²¹. Според документа „в България ежегодно се раждат около 6000 недоносени деца при раждаемост около 60 000-65 000 годишно (близо 10 % от всички живородени)”. Тези констатации за нивата на недоносеност у нас навеждат на извода, че това не е значим проблем, защото

²¹ През същата година дяловете на родените недоносени в Беларус са 4,1% (най-ниски в целия свят), в Латвия – 5,3%, в Хърватия и Финландия – 5,5%, в Швеция – 5,9%. (The global action report on preterm births). „Международно приетите граници”, или средните стойности в световната статистика, се покачват заради страни като Конго (16,7%), Зимбабве (16,6%), Мозамбик (16,4%). *Бел. авт.*

попадаме в „международно приетите граници“. Ако изключим разминаванията в данните и въпроса дали средно аритметичните данни в световен план съвпадат с „международно приетите граници“, остава противоречието с твърденията от стр. 5 и 6, според които недоносеността е голям проблем у нас: „през 2012 г. броят на недоносените новородени е 5 750, което представлява 8.3% от живородените, колкото е и през 2010 г. Недоносените мъртвородени са 389, което представлява 69.8% от мъртвородените. Недоносеността е важен фактор и има съществен „принос“ за нивото на перинаталната детска смъртност“. Документът оставя впечатлението, че авторите от стр. 14 не са запознати с тезите на авторите от стр. 5 и 6.

Второ, както вече стана ясно, според документа качествено здравно обслужване на бременните, майките и децата *е гарантирано от съществуващата нормативна рамка*. „Здравното обслужване на бременните жени, майките до 45-я ден след раждането и децата до 18 год. са регламентирани с нормативните актове на Министъра на здравеопазването по чл. 45 от ЗЗО – Наредба №39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Посочените наредби са съобразени с всички съвременни постижения на медицинската наука, като периодично се осъвременяват. В последствие чрез програмите „Майчино здравеопазване“ и „Детско здравеопазване“ на НЗОК се заплаща на изпълнителите – ОПЛ и специалисти по АГ и по педиатрия, които осъществяват пряката дейност. Тя включва прегледи и изследвания за проследяване на бременността, за домашни посещения след раждането, за профилактични прегледи и диспансеризация на здрави деца и за деца с хронични заболявания. Целта на програмите е да осигурява нормалното протичане на бременността и изхода от нея за майката и плода, както и наблюдението и грижата за развитието на здрави деца и превенцията на заболяванията при децата.“ (стр. 5)

Но, ако това действително е така, тогава защо има два пъти по-големи проблеми и защо е нужна изобщо настоящата програма за подобряване на майчиното и детско здраве?!? Според документа, защото на практика съществува: „неизпълнение на програмите за профилактичните прегледи и диспансеризация на

бременните и на децата. Това с пълна сила се отнася и до патронажната дейност, особено в първите дни от изписване от родилните отделения.” (стр. 9.) Освен това: „Реално няма действащ системен алгоритъм за насочване на пациентките на място в което има обучени специалисти за високоспециализирана ехография на плода/при съмнение за аномалии и при патологично протичаща бременност, както и оборудвани с апарати за по-високи диагностични цели. Литературните данни показват, че при „пасивен скрининг“ могат да се открият 2-3% от големите аномалии на новородените.” (стр. 8)

От твърденията на стр. 5 и на стр. 8-9 следва изводът, че нормативно здравната грижа за родилките, майките, бебетата и децата е гарантирана, но личните лекари, педиатрите и акушер-гинеколозите не изпълняват задълженията си. Фактът, че този сериозен проблем не е анализиран задълбочено в програмата може да означава три неща: първо, че правният нихилизъм у нас се е превърнал във всекидневна норма (но в такъв случай, защо очакваме, че трета програма ще проработи, след като две преди това са доказано неефективни); второ, че на личните лекари, педиатрите и акушер-гинеколозите нормативно са вменени непосилни задължения (което на практика е признание за ниското качество на провежданите здравни публични политики, при които има преднамерено разминаване между декларативните цели и практическото приложение). Разбира се, възможно е и трето - двете хипотези да са верни едновременно. Въпросът е, че този фундаментален проблем, който изначално обрича, ако не на провал, то със сигурност на силно компрометиран успех публичните здравни политики изобщо не е адресиран в документа. Така волята да се въздейства върху причините за проблема е подменена от палиативни мерки, които вероятно облекчават симптомите, но не разплитат гордиевия възел, който причинява два пъти по-висока детска смъртност у нас в сравнение със средната в ЕС.

Проблеми

Но изброените дотук подводни камъни в програмата се дължат на проблеми, голяма част от които биха могли да бъдат предвидени още на ниво разработване на документа. Ще изброим най-съществените от тях.

Първо, непълни и не надеждни *статистически данни*. Макар и да има опит обосновката да се базира на здрав статистически фундамент, самата програма непрекъснато признава, че: „всички тези въпроси обаче не могат да се подкрепят с индивидуални данни за всеки случай, тъй като липсва регистър с информация относно обхващането на бременните и броят на изследванията, които са им извършени през бременността, както и последващият „път“ на жената да получи адекватни медицински грижи” (стр. 9). Освен това „в България липсват адекватни медицински звена, които да поемат засегнатите, както и липсва статистика за точния брой на засегнатите от хранителни разстройства” (стр. 13). В резултат от липсата на надеждна информация авторите на програмата са принудени да твърдят, че: „най-често основните причини за смърт на децата до 5 години са: някои състояния, възникващи през перинаталния период, болести на дихателната система, вродени аномалии, болести на органите на кръвообращението и външни причини за заболяемост и смъртност” (стр. 5). Но без съответните вътрешни разбивки на данните, това твърдение е абсолютно безполезно, защото не казва нищо - нито има данни за причините, нито за дяловете на съответните заболявания, нито за териториалния им обхват или пък за резултатите от предприеманите типове интервенции.

На стр. 15 от програмата има още едно признание - „Националният център по обществено здраве и анализи не разполага с данни относно заболяемостта и късните усложнения при тази рискова група новородени, разпределението им по нозологични единици. Не е известен и броят на недоносените деца, изискващи рехабилитация, на децата с дихателни, неврологични, очни, ендокринни и слухови увреждания, проблеми с растежа и затруднения в адаптацията в ранната училищна възраст, които посещават нормални училища и т.н.” Но как е възможно да провеждаш публични здравни политики и да реализираш национални програми наляпо, без съответните статистически данни? Този проблем е още по-сериозен отколкото изглежда на пръв поглед, защото проведеното проучване чрез дълбочинни интервюта свидетелства, че т.нар. „медицина, базирана на доказателствата”, чиято парадигма масово навлиза в медицинската практика и революционизира сектора през 70-те години на 20. в. с развитието на компютрите и

обработката на големи масиви с данни, няма как да бъде приложена у нас поради масовата практика да се пишат фалшиви диагнози, заради здравните пътеки.

Второ, няма задълбочено проучване на проблема преди разработването на програмата. Както вече показахме вътре в самата програма има противоречия и ясно съзнание, че нормативно закрепени практики и приети национални програми остават на декларативно ниво и не работят на практика. Причините за този признат провал на национални публични политики попадат отвъд прага на чувствителност и на настоящата програма. Ако ще се инвестират близо 130 млн. лв. публични средства в здравна политика, не е ли редно предварително да се проучат опасностите пред реализирането на тази инвестиция?

Трето, програмата е едностранчива. Не са взети под внимание потенциални конфликти на интереси, които пораждаат предвидените мерки за интервенция. Вече споменахме за конфликта между личните лекари и центровете. Освен това е мислимо да се очаква конфликт между доставчиците на платена услуга, която се дублира безплатно от програмата – например платени курсове за бременни, платени дни на „отворени врати“ в болниците, платени обучения на специалисти (лекари, акушерки, медицински сестри), платени ехографски изследвания, платени скринингови услуги и т.н. Другите изследвания по настоящия мониторинг констатира, че тези потенциални конфликти се разгарят вече с пълна сила и победата не е на страната на програмата.

Четвърто, анализът в обосновката пропуска проблемното изпълнение на *наредба 26* за проследяване на бременността на здравно неосигурени жени. Тук имаме предвид проблеми като липсата на достатъчно информация за наредбата, териториалния дисбаланс при прилагането ѝ, проблематичните процедури, забавените плащания към АГ специалистите и др. Наредбата дори не е спомената пряко в програмата: „Раждането и престоят в болница по време на раждане не се заплаща от жените. Тази здравна услуга се поема от НЗОК, независимо от това дали родилката е здравно осигурена или не. От началото на 2013 година Министерство на

здравеопазването заплаща и един профилактичен преглед по време на бременността, който обаче е крайно недостатъчен за проследяване на бременността” (стр. 7). Качественото проучване по мониторинга доказва, че има центрове за майчино и детско здраве, където служителите изобщо не познават наредбата. За да извършат преглед на бременна жена без здравни осигуровки на такива места я... хоспитализират.

Пето, в обосновката липсва вече стандартният за всяка публична интервенция *swot-анализ на ситуацията* – изброяване и анализиране на силни страни, слаби страни, възможности, заплахи. Подобен анализ би предотвратил вътрешните противоречия в документа и би обърнал логиката на изготвянето му – в момента текстът оставя силно впечатление, че първо са били изписани дейностите, а анализът е вторичен и цели да легитимира вече готовите дейности. Не е ли редно да е точно наопаки – първо да бъдат анализирани проблемите и тогава да се дефинират целите, подцелите и да се операционализират дейностите?

Шесто, съществува замаскиран *ценностен конфликт*, който обаче е предпоставка за (не)осъзната ценностна съпротива срещу самата програма – езикът на програмата подсказва „медицински модел” за работа с децата и родилките, докато „философията” на програмата декларира „социален модел” чрез интегрирани услуги и прилагане на комплексна грижа. Терминологията, която мисли децата през парадигмата за „човешки капитал”, която изисква „регистри” за децата с увреждания, която разделя бременните и родилките на „контингенти” и т.н. дава израз на едно разбиране за здравните заведения като „дисциплинарни институции” и влиза във фундаментално противоречие с разбирането за интеграция, социално включване, информиран избор и очовечаването на отношенията в лечебниците.

Седмо, *липсата на публичност*. В програмата заинтересованите страни са дефинирани така: „За изпълнението на политиката е необходим консенсус между държавната и местна власт, политическите сили, бизнес среди, гражданските организации за значението на детското здраве за съдбата на нацията и

неотложността на мерките” (стр. 2). Този силно централизиран модел предполага властване, а не управление на програмата. Най-силно впечатление прави липсата на медии сред участниците. Освен това болниците, пациентите, местните общности, фармацевтите, училищата, изследователските центрове остават отвъд обхвата на предвидения консенсус, а те се очаква да бъдат основни носители на тази политика.

Осмо, няма *количествени индикатори за резултат*. При очаквани резултати от дейността на центровете (стр. 20-21) няма никакво количествени индикатори, няма базови индикатори и целеви стойности, има само „подобрен”, „повишен”, „осигурен”. Подобрен и повишен спрямо какво? Така може да се отчете всичко, без да се прави абсолютно нищо.

Девето, при описанието на предвидената система за управление и контрол на програмата не са включените идентифицираните по-горе заинтересовани страни. Разбира се, и тези, които не са идентифицирани, също не са включени.

Десето, няма гарантирана *публичност*. Не е предвиден независим външен орган като комитет за наблюдение, обществен съвет, борд, надзорен съвет, който да контролира макро параметрите на програмата и да съдейства за нейната адаптация и актуализация при нужда. По този начин програмата не осигурява публичност на отчетите за извършените дейности и направените разходи. Всички участници в системата за управление в момента са от едната страна – декларираният консенсус е подменен от управленска йерархична пирамида.

Единайсет, първият посочен проблем – раждаемостта у нас - изобщо не е толкова сериозен проблем, според статистическите данни, които са цитирани в самата програма. Разликата спрямо средните стойности за ЕС е много малка, като през 2010 г. България се изравнява по нива на раждаемост със средните стойности за ЕС. В много градове като Сливен, София, Търговище, Бургас нивата на раждаемост са над 10 на 1000. Защо тогава този проблем е изведен на челно място? По-скоро документът остава усещането, че тук има неизговорена предпоставка – проблем за авторите е ромската раждаемост, която променя демографската структура на

населението. Но това не е медицински проблем, а симптом за ценностна деградация на обществото ни, което възпроизвежда примитивни идеосинкрзии.

Дванайсет, няма икономическа обосновка – в началото се споменава „човешки капитал“, но няма сметки колко струват на обществото ни тези проблеми и колко бихме спестили като разходи след инвестициите в програмата.

Тринайсет, няма никакъв анализ на рисковете – понеже не са анализирани причините за признатия провал на предходните програми, новата програма се внедрява, без да знаем какви са рисковете пред практическата ѝ реализация и как да им противодействаме.

Обобщение

Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 съдържа всички формални реквизити на една публична политика – изведени значими обществени проблеми; легитимни цели; операционализирани дейности; бюджет; система за управление, мониторинг и контрол; реалистичен времеви график; гарантирана чрез законодателни промени устойчивост. Програмата е базирана на изключително адекватна, нова за нашето общество, „философия“ за интегриран подход в здравеопазването, който поставя пациента в центъра на здравната система.

Но по-задълбочен прочит на документа разкрива пропуски и вътрешни противоречия, които са предпоставка за проблеми, когато се премине от концептуално на практико-приложно ниво: най-важните причини за изброените проблеми остават неадресирани, няма разработена система за обратна връзка, ключови публични субекти остават отвъд процеса на изработване на консенсус, **няма гарантирана прозрачност и публичност, отсъства система за властови баланс и взаимен контрол между заинтересованите субекти.**