

ЦЕНАТА НА БЕЗРАЗЛИЧИЕТО

*(обосновка на необходимостта от осигуряване на достъп до качествени
медицински грижи на всички бременни жени и родилки)*

доклад по проект

„Наредба 26 в действие: за повече здрави бебета и щастливи майки”

Сдружение ЛАРГО

2021

СЪДЪРЖАНИЕ

Резюме	4
Какъв е проблемът.....	5
За проекта	7
Колко са здравно неосигурените жени у нас.....	8
Колко здравно неосигурени жени раждат у нас.....	14
Защо е важно бременността да се проследи от специалист.....	16
Каква е вероятността от усложнения заради предотвратими заболявания.....	23
Какво се случва у нас.....	25
Какви са алтернативите.....	38
Публични здравни политики, базирани на правата	44
Заключение	51

Пийни, дете, от виното горчиво.

*Нима не знаеш, че на нас
пелин ни сипват и благочестиво
се кръстят гадовете в тоя час.*

*Ела, дете, тук ний не сме желани.
За тебе бих преместил планини,
но истина е, че от твоите рани
боли те, но и мене ме боли.*

*Не те предадох, не! Не те продадох!
А теб използваха те за трофей.
Каквото имах във сърцето - дадох.
Тръгни, дете! Избягай и живеи!*

Д-р Адил Кадъм
(1980-2021)

Резюме

7000 жени раждат всяка година у нас без бременността им да е била адекватно проследена от специалист¹. През 2021 г. една от десет жени ще бъде приета да ражда, без да ѝ е бил извършен какъвто и да било преглед или пък изследване. Това крие сериозни рискове за здравето и живота на бебетата и майките. Затова България е с най-лошите показатели в Европа по мъртвородени, детска смъртност и аборти.

Поне една трета от тежките заболявания при недоносените бебетата се дължат на предотвратими усложнения от нелекувани инфекции на майката по време на бременността. До изписването от болницата грижата за здраво бебе струва 340 лв. Грижата за недоносено бебе с леки усложнения струва 20 пъти повече (6058 лв.), за бебе със средни усложнения - 100 пъти повече (30497 лв.). Болничната грижа за бебе с тежки усложнения може да достигне 300 пъти грижата за здраво бебе (100 хил. лв.). След изписването грижата за недоносено бебе с усложнения възлиза на между 4 и 12 хил. лв. само през първите 2 години².

Националният рамков договор предвижда около 65 млн. лв. през 2021 г. да бъдат отделени за болнична грижа за бебета. Инвестицията в проследяване на всички бременни жени у нас ще излезе малко над 1 млн. лв. Ако това доведе до намаляване на дела на усложненията само с 5%, ще бъдат спестени два пъти повече ресурси (над 2 млн. лв.).

У нас всяка година се раждат по около 6500 недоносени бебета³. Ако само при 26 от тях бъдат избегнати предотвратими усложнения, това ще покрие разходите за проследяване на бременностите на всички майки. Така ще се освободят ресурси, оборудване и експертиза за лечение на наистина непредвидими усложнения, много повече родители ще бъдат спокойни и много повече бебета и деца ще повишат шансовете си за качествен и пълноценен живот. От нас, възрастните, зависи дали днес ще успеем да подредим света си така, че утре да посрещнем в него повече здрави бебета за по-щастлив живот.

¹ По данни на НЗОК.

² Всички изчисления са представени подробно в доклада.

³ <https://www.premature-bg.com/polezna-informacia/statistika.html>

Какъв е проблемът

В един идеален свят всички бебета биха били здрави, обичани и желани, а всяка бременност би носила радост и надежда на щастливите родители. През последните стотина години човечеството значително се доближава до този идеал. До преди това около една четвърт от бебетата не преживявали първата си година, а общо половината от децата умирали, преди да са навършили 15⁴. В началото на 20. в. в САЩ⁵ едно на 100 деца умира преди да навърши годинка⁶. Век по-късно едно бебе има 90 пъти по-голям шанс да оцелее, благодарение на развитието на медицинската грижа за бременните жени и новородените, ранната диагностика, достъпа до апаратура и висококвалифицирани специалисти.

У нас напоследък също има огромен напредък в тази сфера. През 2010 г. индексът за детска смъртност отчита 9,4 починали на 1000 живородени бебета; през 2012 г. този показател пада под 8, а през 2019 г. е под 6⁷. Въпреки това, заедно с Румъния ние днес все още сме на последно място по качество на грижата за майчиното и детското здраве в цяла Европа. През 2019 г. на 1000 живородени у нас са отчетени 5,6 починали бебета под 1 година, докато в Румъния са 6, в Чехия – 2,6, в Сърбия – 4,9 при средното за ЕС от 3,4 на 1000 (1,6 в Естония и 2 в Швеция).

Мъртвородените бебета у нас през последните години са между 6 и 8 на 1000 живородени⁸. Това означава, че всяка година около 350-400 бебета са мъртвородени и още толкова умират преди да навършат 1 година. В същото време България категорично е на първо място в Европа по брой аборти - на 1000 живородени у нас се регистрират 380 аборта. За сравнение, в Чехия са 181, а в Сърбия – 220. От около 25

⁴ Сравнителното историческо изследване на Антъни Фолк и Джеръми Аткинсън обхваща 43 цивилизации, в това число древна Гърция, древен Рим, европейския Ренесанс, средновековна Япония, Китайската империя, Просвещението в Англия и др. Като цяло данните показват, че 26,9% от новородените умират преди да навършат една година и 46,2% - преди да навършат 15 г.: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1090513812001237#s0015>

⁵ През 1909 г. в САЩ е учредена Асоциация за изследване и превенция на детската смъртност.

⁶ Myron E. Wegman, Infant Mortality in the 20th Century, Dramatic but Uneven Progress, The Journal of Nutrition, Volume 131, Issue 2, February 2001, Pages 401S–408S

⁷ Но и през 2019 г. остава 8 за селата.

⁸ Тези официални данни са на базата на ползвания у нас стандарт, според който за граница между аборт и раждане се приема 25 гестационна седмица и тегло от 700 гр. Препоръчаният от СЗО стандарт е за много по-ниска граница от 22 гестационна седмица и тегло от 500 грама.

хил. аборта, които у нас се отчитат годишно, малко над половината са по желание. Около 8 хил. са по медицински показания и около 2 хил. са спонтанни.

Най-ефективният инструмент за раждането на живи и здрави бебета е *проследяването на бременността от специалист, навременната диагностика и бързото предприемане на адекватни мерки в случаи на нужда*. По програма „Майчино здравеопазване” на НЗОК здравно осигурените бременни жени имат право на поне 12 прегледа при специалист, на изследвания и консултации⁹. Но българското общество е относително бедно и не всички бременни жени могат да си позволят здравно осигуряване. Независимо че делът на лицата, които са в риск от бедност и социално изключване да спада през последните десет години от близо половината от населението на страната (46,2% през 2009 г.) на една трета (32,5 % за 2019 г.), у нас все още над 7000 жени всяка година раждат, без да са здравно осигурени.

Ето защо Наредба 26 на Министерството на здравеопазването от 14. 06. 2007 г. урежда реда за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване. По отношение на ражданията Наредба 26 практически изравнява правата на здравно неосигурените жени с тези на осигурените¹⁰. Но не така стои въпросът с проследяването на бременността. Около 60-70% от жените без здравни осигуровки (около 5 хил. бременни годишно) отиват да раждат, без преди това да са били прегледани от специалист или да са им били направени някакви изследвания. При под 55 хил. раждания¹¹ през 2020 г. и по малко над 60 хил. през предишните години, това означава, че 8-9% от всички жени у нас раждат, без бременността им да е била проследена. Ако тенденцията се запази, през настоящата *година една от десет жени у нас ще ражда, без да е била изследвана и преглеждана*. Това подлага на значителен стрес медицинските специалисти и крие сериозни рискове за живота и

⁹ При рискова бременност се предвиждат още два допълнителни прегледа.

¹⁰ Виж. доклада на Мария Шаркова „Достъп на бременни жени, които нямат качеството на здравноосигурени лица до медицинска помощ в България” (2019) - <https://venellin.wordpress.com/2021/03/30/%d0%b4%d0%be%d1%81%d1%82%d1%8a%d0%bf-%d0%bd%d0%b0-%d0%b1%d1%80%d0%b5%d0%bc%d0%b5%d0%bd%d0%bd%d0%b8-%d0%b6%d0%b5%d0%bd%d0%b8-%d0%ba%d0%be%d0%b8%d1%82%d0%be-%d0%bd%d1%8f%d0%bc%d0%b0%d1%82-%d0%ba%d0%b0/>

¹¹ По данни на НЗОК.

здравето на майката и бебето. Една непроследена от специалист бременност може да доведе до иначе предотвратими усложнения, заради инфекции, анемии, малформации, проблеми с кръвното налягане и теглото на майката и т.н. Привидно безобидни здравословни проблеми, които съвременната медицина лесно диагностицира и лекува, могат да доведат до хипотрофия на бебето, преждевременно раждане, физически и интелектуални увреждания, дори до загуба на живота на плода и/или на майката.

В модерния свят ние декларираме, че всички хора се раждат свободни и равни по достойнство и права. Но ако днес всяко десето дете у нас се ражда с риск за изначално орязани шансове за пълноценен живот, възниква въпросът дали обществото ни не възпроизвежда *система на несправедливост и социални неравенства, които се предават още с раждането*. Каква е вината на бебетата, че възрастните не сме успели да изградим среда на сигурност, която да повиши шансовете им за оцеляване, здраве и пълноценен живот? Каква е цената, която обществото ни плаща за недоимъка на съпричастност, за безразличието към нуждаещите се от подкрепа и състрадание?

За проекта

Проект „Наредба 26 в действие: за повече здрави бебета и щастливи майки” се реализира от коалиция от граждански организации, която включва „Клуб на нестопанските организации” – Търговище, СНЦ „Жажда за живот” - Сливен, СНЦ „Национална мрежа на здравните медиатори”, СНЦ ЛАРГО - Кюстендил. Проектът се изпълнява с финансовата подкрепа на Тръста за социална алтернатива и е с продължителност от 23 месеца (до септември 2022 г.). Целта на проекта е да допринесе за осигуряването на *достъп до качествени медицински грижи на всички бременни жени и родилки*, независимо от тяхната възраст, образование, етнически произход, материален или осигурителен статус. Ето защо настоящият анализ има за цел да бъде най-вече практически полезен. Това не е академично изследване, а policy рарег. Изчисленията са направени на базата на официалните данни, публикувани от МЗ, НЗОК, НСИ и НЦОЗА на техните сайтове, или предоставени на ЛАРГО по ЗДОИ.

Настоящият доклад е изготвен от д-р Венелин Стойчев (социолог) със специалното съдействие на консултантски екип, който включва: доц. Велина Тодорова (юрист), д-р Диана Влахова (неонатолог), д-р Бояна Петкова (детски лекар), д-р Маргарита Габровска (логопед), адв. Мария Шаркова, д-р Атанас Чернев (акушер-гинеколог). Цялата отговорност за тезите и изчисленията е на Венелин Стойчев. Тръстът за социална алтернатива по никакъв начин не носи отговорност за съдържанието и позициите, изразени в този доклад.

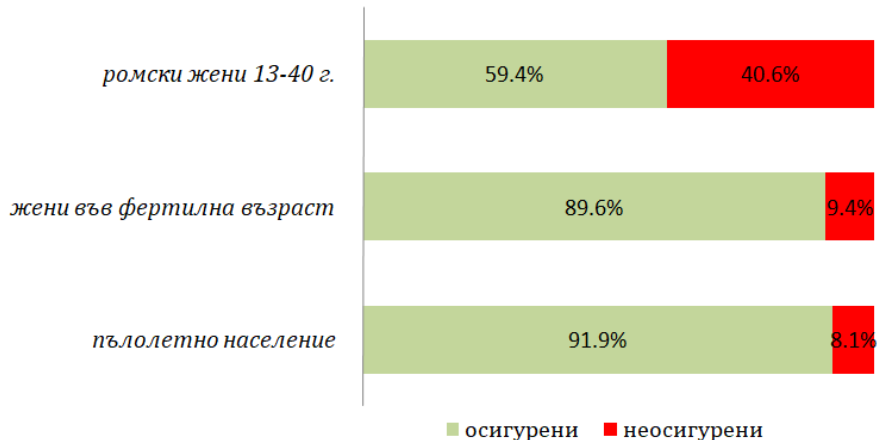
Колко са здравно неосигурените жени у нас

Без здравни осигуровки на национално ниво у нас са около 8% от всички пълнолетни граждани на страната. Това са над половин милион души преди кризата от COVID-19. От жените във фертилна възраст около 10% не са осигурени по данни на агенция „Алфа рисърч“¹². В абсолютни стойности това са над 105 000 жени. От всички роми на национално ниво 50% са осигурени, а другата половина не са. От ромските жени във фертилна възраст¹³ 40% не са осигурени. Като се има предвид, че тези под 18 г. са осигурени, този процент означава, че около 60 хил. ромски жени и 45 хил. жени от др. етнически групи в детеродна възраст не са осигурени здравно. 53% от ромските жени във фертилна възраст, които живеят на село не са осигурени. В областните градове делът им е от 33%, а в София – 40%.

¹² Виж. доклада на „Алфа рисърч“ „Запознатост с Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014 – 2020 г. Информационни и здравни нужди на населението в България“. Докладът е по задание на ЛАРГО и проект на ТСА от 2019 г. Всички данни за жените в детеродна възраст по-долу са от това проучване.
<https://venellin.wordpress.com/2021/03/30/%d0%bf%d1%80%d0%be%d1%83%d1%87%d0%b2%d0%b0%d0%bd%d0%b5-%d0%bd%d0%b0-%d0%b0%d0%bb%d1%84%d0%b0-%d1%80%d0%b8%d1%81%d1%8a%d1%80%d1%87/>

¹³ В проучването като „ромски жени във фертилна възраст“ са дефинирани жени на възраст от 13 до 40 години от ромски етнически произход. Под „жени във фертилна възраст“ на национално ниво в проучването се разбират жени на възраст между 18 и 40 години от всички етнически групи.

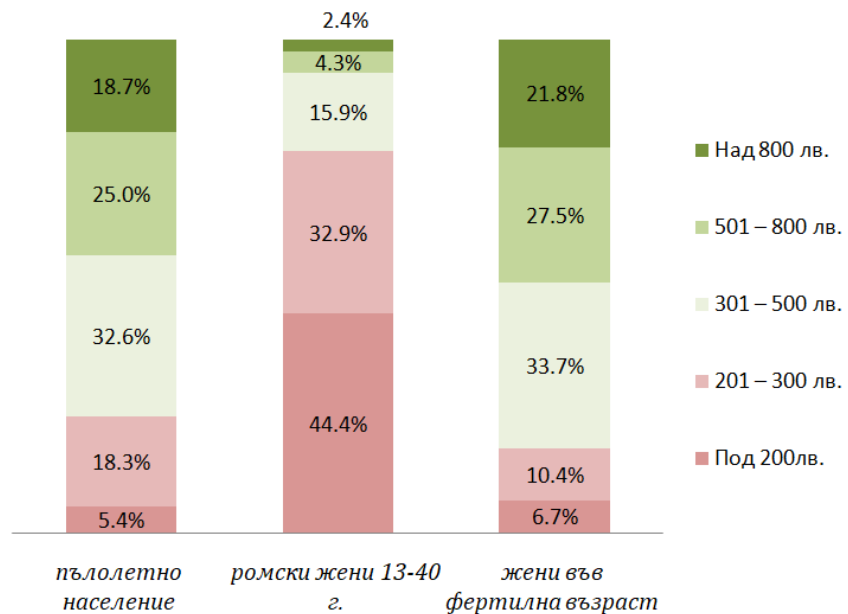
Здравноосигурителен статус у нас (в%)



Графика 1

Защо дяловете на здравно неосигурените жени са толкова големи? Над половината от жените във фертилна възраст у нас са с месечен доход от под 500 лв. на член на домакинството. Почти една от всеки пет жени във фертилна възраст живее в домакинство с месечен доход от под 300 лв. (прагът на бедност у нас през 2021 г. е 369 лв.). 44% от ромските жени в детеродна възраст са с доход от под 200 лв. на месец на член на домакинството. Резултатите от общностния здравен мониторинг, който сдружение ЛАРГО провежда ежегодно в кв. „Изток” на гр. Кюстендил, показват, че като общо правило бременните жени от уязвимите социални групи и техните семейства предпочитат да платят здравните осигуровки със задна дата винаги, когато имат такава възможност. Но към настоящият момент сумата възлиза на около 1300 лв., което е недостижимо за домакинства с доходи от под 300 лв. на месец, в каквито живеят три четвърти от ромските жени в детеродна възраст.

Месечни доходи на член на домакинството



Графика 2

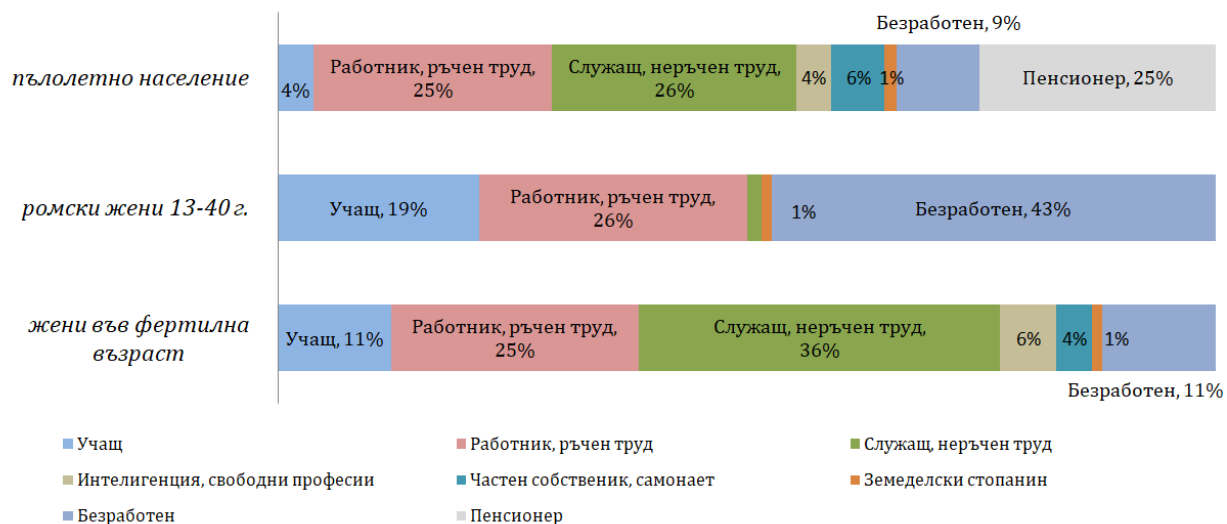
Има пряка връзка между доходите и структурата на безработицата. Докато на национално ниво преди пандемията от коронавирус безработицата е под 10%, сред жените във фертилна възраст тя е 11%¹⁴, а при ромските жени между 13 и 40 години¹⁵ – 43%. Под една трета от ромските жени във фертилна възраст работят (предимно нискоквалифициран ръчен труд). Предишни проучвания на ЛАРГО констатира, че заради разпространението на ксенофобски нагласи и липсата на върховенство на правото у нас много ромски жени са изправени пред избора или да работят в сивия сектор, или изобщо да не могат да намерят работа, дори и да имат образование¹⁶.

¹⁴ Което означава, че едва 2% от жените във фертилна възраст на национално ниво са едновременно безработни и здравно осигурени.

¹⁵ „Ромските жени във фертилна възраст” са дефинирани на над 13 години заради много регистрирани случаи от практиката на бременности и раждания на тази възраст.

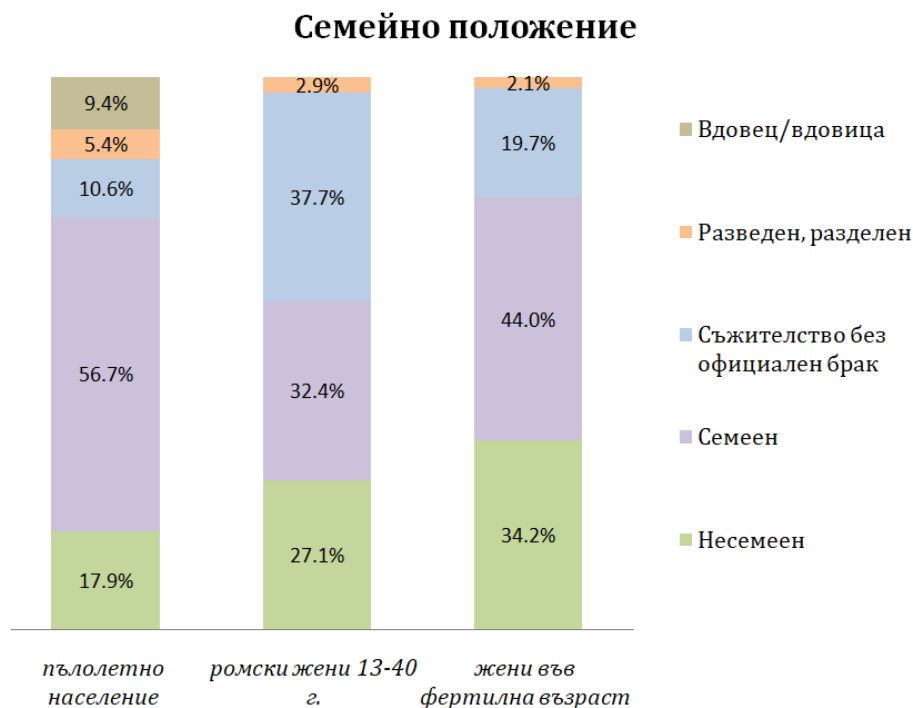
¹⁶ Виж. доклада „Който не работи, сам попада в него: проучване на причините за социално-икономическа изолация на (застрашени от) маргинализация общности” (2019)

Социална група



Графика 3

Близо 38% от ромските жени в детеродна възраст попадат в още една сфера на уязвимост – те са в съжителство, но без официален брак. Този дял е близо два пъти по-голям от дела на жените в съжителство без брак на национално ниво.

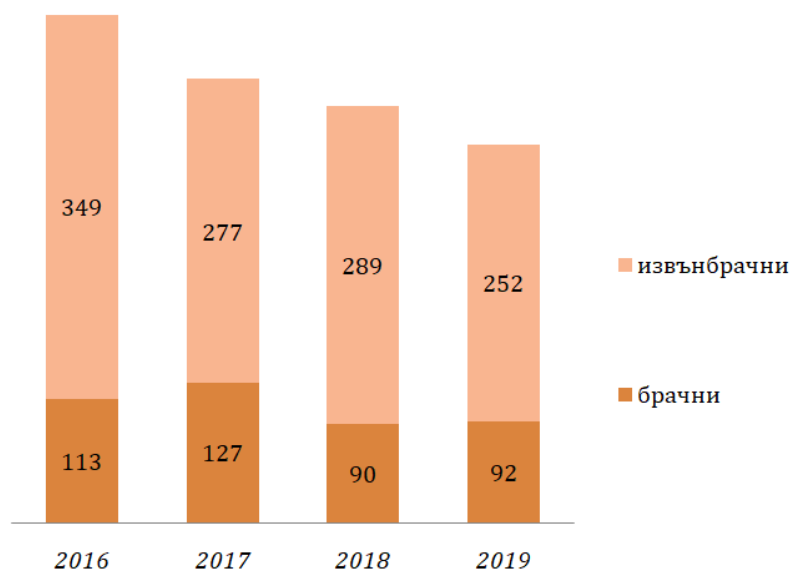


Графика 4

Защо това има значение? Защото като обща тенденция жените извън брак са по-уязвими от останалите, по-лесно могат да останат самотни родители и имат по-голяма нужда от подкрепа. Особено в маргинализираните общности. През 2016 г. три четвърти от мъртвородените деца са родени извън брак. Пилотно проучване¹⁷ на фондация „Ида“ за детските палиативни грижи у нас показва, че съществува огромна вероятност двойките да се разпаднат при раждане на дете със сериозни здравословни проблеми и/или трайни увреждания. При дефицит от услуги за подкрепа на родители, които се грижат за тежко болни бебета и деца, вероятността от изоставяне в институции значително се увеличава. По последните публични данни у нас има около 800 деца, настанени в ДМСГД (домове за медико-социална грижа за деца).

¹⁷ https://idahospice.org/wp-content/uploads/2019/11/Report_survey_Ida-TELUS.pdf

Мъртвородени по години



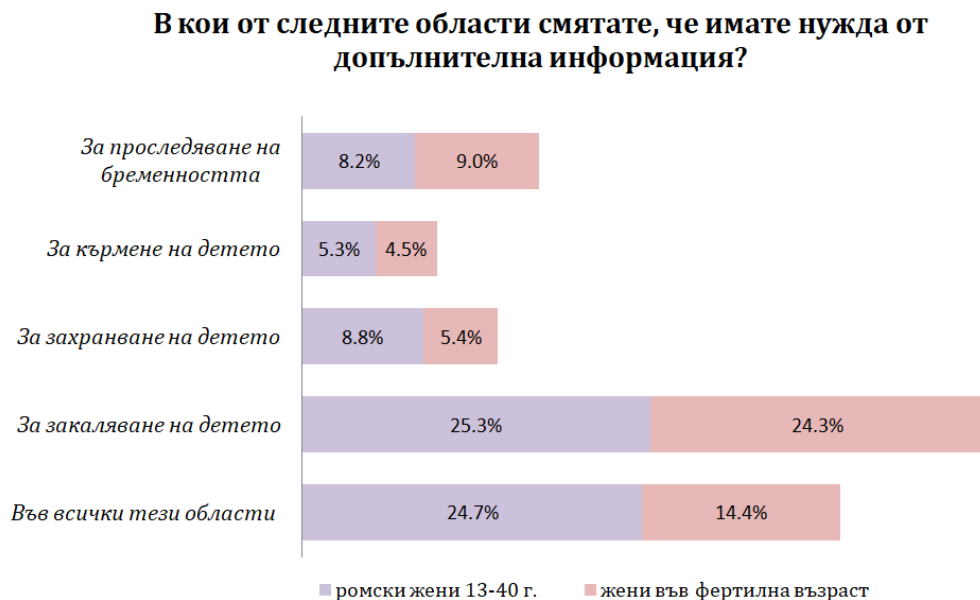
Графика 5

За противодействие на тази негативна статистика у нас беше разработена и изпълнявана Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 г. Програмата имаше бюджет от близо 130 млн. лв. и целеше значително подобрене на качеството на майчиното и детско здравеопазване у нас чрез информация, профилактика, ранна диагностика, патронажна грижа в общността и др. По програмата бяха изградени 31 здравно-консултативни центъра за майчино и детско здраве¹⁸, бяха обучени специалисти, бе закупено оборудване за неонатален слухов скрининг, кувьози и др. апаратура. Програмата е базирана на разбирането за необходимостта от интегрирана социално-психологическа и медицинска подкрепа за младежите, бременните жени, бебетата, родилките и техните семейства. Ето защо гражданският сектор от години настоява програмата да бъде актуализирана и удължена. Въпреки това, от януари 2021 г. договорите на координаторите и здравните медиатори към интегрираните здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве се прекратяват. Днес няма много индикации, че съществува

¹⁸ Само в областни градове, което не подпомогна преодоляването на проблема с достъпа до здравеопазване на хората извън областните градове.

политическа воля за оползотворяване на натрупания по програмата опит, експертиза и ноу-хау¹⁹.

Макар че основният фокус на програмата беше свързан с предоставянето на информация, една четвърт от ромските жени и 14,4% от всички жени във фертилна възраст имат нужда от допълнителни знания за проследяването на бременността и отглеждането на бебетата²⁰.



Графика 6

Колко здравно неосигурени жени раждат у нас

У нас през 2017 г. близо 8000 жени са родили, без да са били здравно осигурени. Това са 12,4% от всички раждания през тази година. През изминалата година ражданията на неосигурени жени са с около 1000 по-малко, но относителният им дял се увеличава леко на 13%, заради общия спад в раждаемостта у нас. През 2018 и 2019 г. делът на неосигурените родилки възлиза на 11,5% от всички родили жени.

¹⁹ Според МЗ в бюджета за 2021 г. са предвидени ресурси за актуализация на НППМДЗ, но не и за изпълнението ѝ.

²⁰ Данните са от цитираното проучване на „Алфа рисърч“



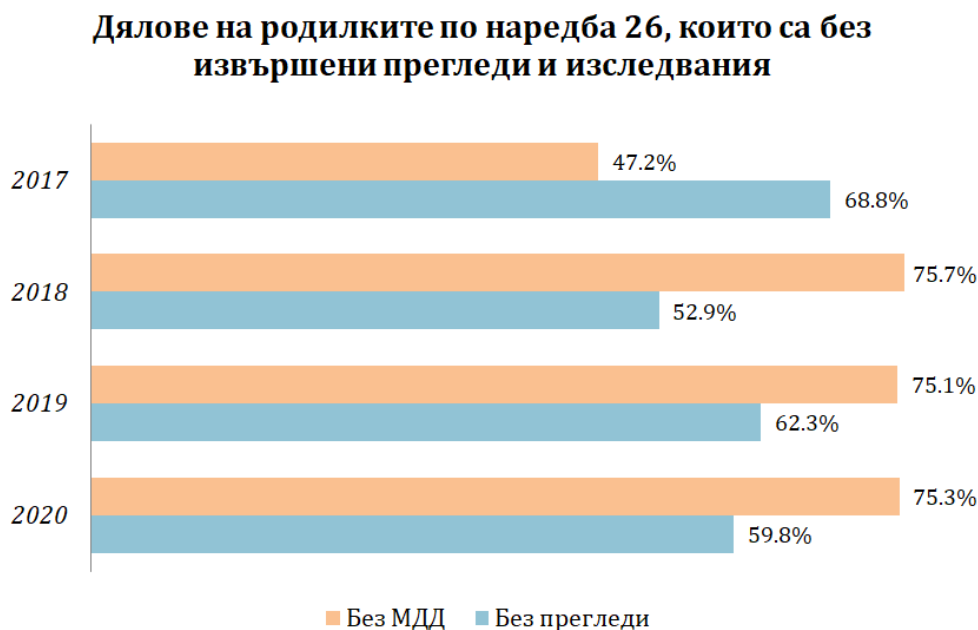
Графика 7

Големият дял на неосигурени бременни жени е проблем. Но още по-голям проблем е, че през 2017 г. две трети от неосигурените бременни жени са приети да раждат, без преди това да им е бил извършен нито един гинекологичен преглед. През 2018 г. ситуацията малко се подобрява и вече около половината от неосигурените са били прегледани, но през 2019 и 2020 г. отново делът на непреглежданите се покачва на около 60%.

Няма подобни колебания в данните за извършените изследвания (медико-диагностични дейности - МДД). През последните 3 години три от четири неосигурени бременни са приети да раждат, без да са им били правени каквито и да било предварителни изследвания.

Какво означават тези дялове? През 2017 г., когато едва 31,2% от неосигурените родилки са прегледани от специалист, имаме 404 мъртвородени бебета (0,632% от живородените) и 408 бебета, които са починали, преди да навършат 1 г. През 2018 г. 379 бебета са мъртвородени и 358 са починали на възраст от 0-1 г. През 2019 г. мъртвородените спадат малко на 344, а починалите през

първата година на 342, но дяловете от около 6 на 1000 се запазват заради общия спад в раждаемостта²¹.



Графика 8

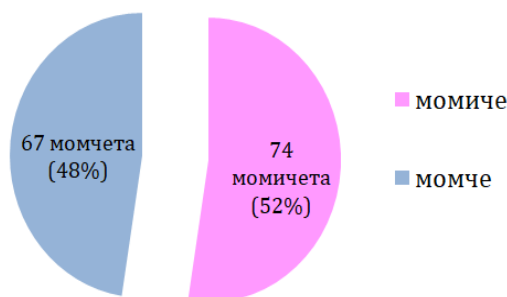
Защо е важно бременността да се проследи от специалист

По програма „Майчино здравеопазване“ на НЗОК здравно осигурените бременни жени у нас имат право на поне 12 прегледа при специалист (по един преглед през първите 7 месеца, по два през 8 и 9 месец и един преглед след раждането). Ако бременността е определена като рискова (например, ако майката е под 20 или над 35 годишна), могат за се извършат още два допълнителни прегледа с ултразвук и тест за хламидия.

²¹ Според медицински стандарт „Акушерство и гинекология“, утвърден с наредба №32 на МЗ от 2008 г. като „потенциално жизнеспособен“ се дефинира плод, роден с телесна маса над 599 гр. и след 21 гестационна седмица. През 2010 г. са регистрирани 592 мъртвородени (0,784%), през 2011 – 556 (0,785%), през 2012 – 557 (0,806%). Наредба №19 на МЗ от 2014 г. утвърждава нов стандарт, според който „потенциално жизнеспособен“ е плод, който при раждането е с телесна маса от на и над 800 гр. и гестационна възраст 26 или повече г.с. Така през следващата 2015 година са регистрирани 420 мъртвородени бебета (0,637%), през 2017 – 404 (0,632%) и през 2019 – 344 (0,559%). Ефектът е, че изкуствено се намалява броят и делът на мъртвородените бебета, като „неприятен“ статистически показател, за сметка на абортите. Защо изкуствено – защото тази промяна се извършва, въпреки напредването на медицината и възможностите за отглеждане на недоносени бебета.

Неосигурените жени имат право на един преглед при специалист и на непълен пакет от изследвания (МДД)²². За да проследим какви рискове крие непроследената бременност, ще представим данните от изчерпателно изследване²³ сред всички недоносени бебетата, лекувани за три пълни години в неонатологичното отделение на все още единствената у нас специализирана педиатрична болница СБАЛ „Проф. д-р Иван Митев“. Проучването обхваща 141 бебета, приети за лечение от началото на 2012 до края на 2014 г. (по около 50 недоносени на година), като дяловете на момчетата и момичетата са почти равни²⁴.

Разпределение на недоносените бебета по пол (общо: 141)



Графика 9

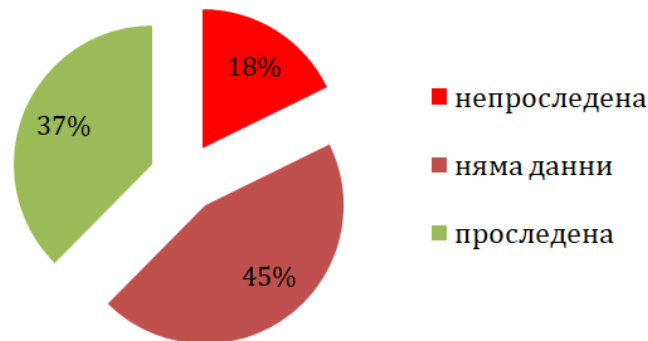
Едва 37% от бебетата са от проследена от специалист бременност. При едно от пет недоносени майката със сигурност не е била преглеждана или изследвана преди раждането. При близо половината от случаите майката вероятно е посещавала някаква частна консултация, но при постъпването на бебето в болницата не е имало никаква съпътстваща документация от прегледи и изследвания, която да ориентира неонатолозите за проблеми, възникнали в хода на бременността. Кумулативно, близо две трети от бебетата са от непроследени бременности.

²² Виж. за подробности цитирания доклад на Мария Шаркова.

²³ Данните са от периода 2012-2014 г. и обхващат 141 недоносени бебета.

²⁴ Информацията е обработена от д-р Д. Влахова. У нас все още няма изградена система за електронно съхранение и анализиране на първичните данни от болничните отделения.

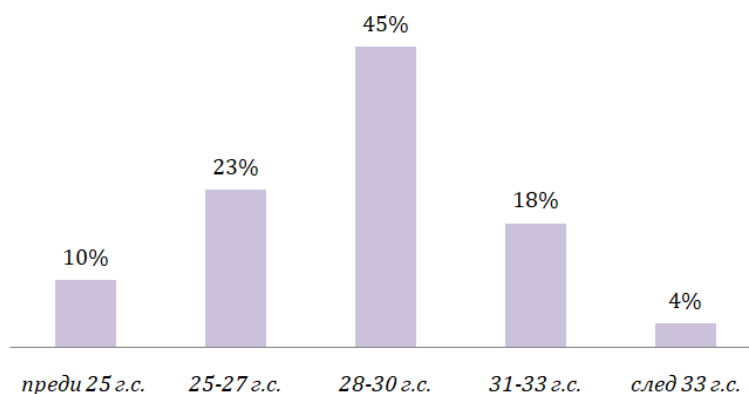
Бременността проследена ли е от специалист?



Графика 10

Жените от уязвими социални групи са под влиянието на различни допълнителни *рискови фактори по време на бременността* – стресът, живеенето в отдалечени райони и свързаният с това ограничен достъп до специалисти, екстремно ранните бракове и раждания, недохранването, тютюнопушенето и употребата на алкохол и наркотици, тежкият физически труд, ограниченият достъп до чиста питейна вода, мръсният въздух в кварталите, които се отопляват на твърди горива, насилието и т.н., и т.н. Въпреки тези рискови фактори, дори и при най-благоприятно стечение на обстоятелствата, съществуват редица пропуски в проследяването на бременността на здравно неосигурените жени. Едно-единствено посещение при специалист, каквото в момента предвижда Наредба 26, е крайно недостатъчно, независимо през кой период на бременността е извършен прегледът, защото не позволява проследяване. Липсата на проследяване може да доведе до преждевременно раждане. В анализирания тук случай болницата е от трето ниво на компетентност. Това означава, че там се изпращат тежки случаи, за които болниците от по-ниски нива нямат достатъчно оборудване или специалисти. Затова е обяснимо, че едно от десет приети бебета е родено преди 25 гестационна седмица, а една четвърт от бебетата са родени между 25 и 26 гестационна седмица.

В коя гестационна седмица са родени недоносените бебета?

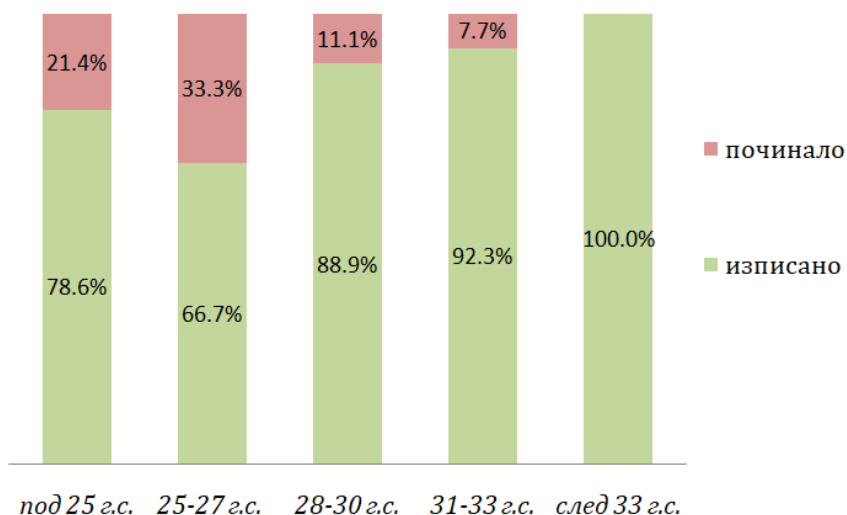


Графика 11

Тук трябва да подчертаем, че като цяло здравно неосигурените жени предпочитат да се възползват от правото си на преглед при специалист към края на бременността, за да може да се подготвят за раждането (само тези от тях, които изобщо стигат до преглед при специалист). Тогава обаче може вече да е твърде късно за предприемане на адекватни мерки срещу възникнали усложнения. Данните от нашата съвкупност показват, че бебетата, родени между 28 и 30 гестационна седмица имат 90% шанс да оцелеят. Всички бебета, родени след 33 гестационна седмица са оцелели. Но една трета от недоносените, родени между 25 и 27 гестационна седмица умират. Делът на починалите бебета, родени преди 25 гестационна седмица е по-малък – умира едно от пет²⁵.

²⁵ Далеч по-машабно и по-фокусирано проучване трябва да отговори на въпроса защо по-малките бебета оцеляват по-често от по-големите. Нашата работна хипотеза е, че между 25 и 27 гестационна седмица се развиват алвеолите в белите дробове на бебетата и тогава те са по-уязвими от инфекции в сравнение с по-малките, които все още нямат алвеоли.

Изход спрямо гестационна седмица



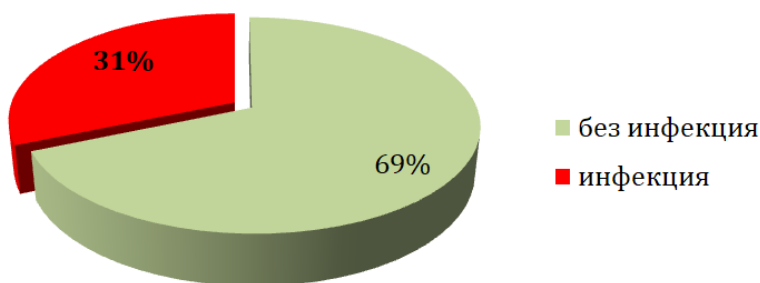
Графика 12

Какви са най-често срещаните рискове при непроследената бременност, които могат да доведат до тежки усложнения или смърт? Пакетът за неосигурени жени по Наредба 26, например, не включва изследване на кръвната група и Rh на майката. Ако не се знае за Rh несъвместимост на майката с плода и до 72 часа след първото раждане не се постави анти-D gamaglobulin, при втора или по нататъшна бременност може да се стигне до загуба на бебето, вторична глухота, хемолитична болест, анемия, ДЦП, увреждане на черния дроб и др. Лечението струва 182 лв. за резонатив.

Три четвърти от жените без здравни осигуровки постъпват да раждат без да им е направено изследване за евентуални инфекции. Изследването на влагалищен секрет струва между 15 и 20 лв. и може да улови гъбички, хламидии, вируси, бактерии и паразити, които да доведат до усложнения при бременността. Например, бактерията ешерихия коли се разпространява при характерната за някои уязвими групи недостатъчно добра лична и интимна хигиена и може да инфектира бебето и да доведе до преждевременно раждане. Обикновено се лекува консервативно, а ако това не даде резултат, се приема антибиотик като уназин, който струва 14,69 лв. към днешна дата. Една трета от бебетата от изследваната съвкупност са с майки, при които има доказана инфекция. От останалите две трети, при половината няма как да

се каже дали е имало инфекция, защото бебетата са постъпили в болницата, без да има информация за здравословното състояние на майката.

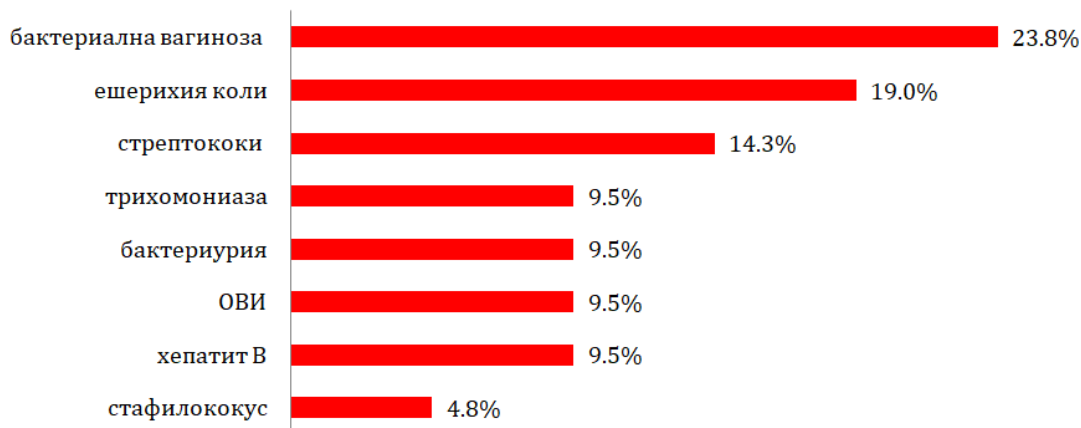
Установена ли е инфекция при майката:



Графика 13

Тъй като обикновено по време на бременност имунната система на жената отслабва, нивата на ацидофилните бактерии спадат и това позволява прекомерното размножаване на различни анаеробни бактерии, които иначе си съществуват безпроблемно в здраво влагалище. Така често пъти се стига до бактериална вагиноза (40-50% от случаите на вагинална инфекция). Ако не се вземат мерки, такава инфекция увеличава риска от HIV с 60% и може да доведе до преждевременно раждане, преждевременно разкъсване на плодните обвивки, дори и до спонтанен аборт. Лечението може да струва от 2,21 лв. за метронидазол, през 6,55 лв. за тинидазол, до между 6 и 66 лв. за комплект пробиотици. Една четвърт от майките с инфекция на приетите в педиатричната болница недоносени бебета страдат от бактериална вагиноза.

Установени инфекции при майката (в % само от установените)



Графика 14

Над една трета от случаите на вагинална инфекция по света представляват вулвовагинална кандидоза, като бременните жени са особено податливи. На глобално ниво 75% от жените поне веднъж в живота си са били инфектирани. Хваната навреме, инфекцията се лекува с имидазоли (вагинални кремове, които струват от 2,36 лв. за клотримазол, през 12,91 лв. за дактарин, до 18,42 лв. за гиназол).

Около 20% от случаите на вагинална инфекция представляват вагинална трихомониаза. Тъй като често бременните жени са по-уязвими на инфекции, непроследяването може да доведе до аборт или преждевременно раждане на недоносено бебе. Вагинална трихомониаза се лекува най-често с метронидазол, който струва 2,21 лв.

Ще спрем дотук, защото целта на този доклад не е да изготви подробен тезаурус на рисковете при бременност. Целта ни е да илюстрираме как рутинен преглед при специалист, обикновени изследвания и достъпни лекарства могат да предотвратят сериозни усложнения, които да доведат до увреждане на бебето, преждевременно раждане или загуба на плода. Да повторим – преглед за 22 лв., изследване за 15 лв. и лекарства за 5 лв. могат да предотвратят усложнения, чиято цена пресмятаме малко по-долу.

Каква е вероятността от усложнения заради предотвратими заболявания

Но ако вероятността от развитие на усложнения е много малка, то може да се допусне, че инвестицията в профилактика и проследяване на бременността на уязвимите групи е необоснован разход за нашето общество.

Сравнително изследване²⁶ на заболяемостта и смъртността при бременните жени в САЩ между 2009 и 2015 г. показва, че при жителите на селата има с 9% по-висок риск от тежки усложнения и смърт на майката в сравнение на жителите на градовете заради недостиг на специалисти, ограничен достъп до изследвания, проблеми с транспорта и храненето, бедност, расизъм и др. У нас подобно проучване все още не е провеждано, но нямаме много основания за оптимизъм при наличието само на една специализирана линейка за транспортиране на бебета в цялата страна, липсата на медицински хеликоптер и разпространението на ксенофобски нагласи.

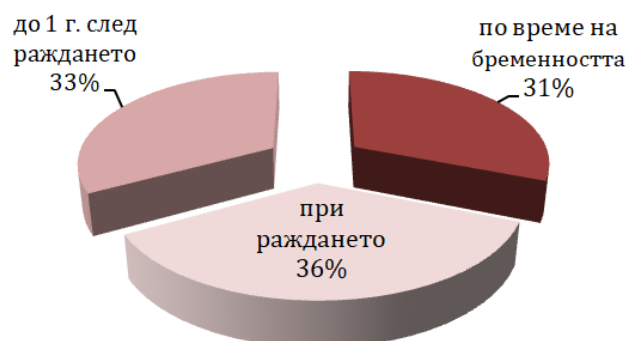
По данни на американския Център за превенция и контрол на заболяемостта, през периода 2011-2015 г. в САЩ около 700 жени годишно умират заради усложнения с бременността²⁷. 60% от тези усложнения са били предотвратими, защото са причинени от инфекции, високо кръвно налягане и кръвотечение. Чернокожите жени и индианките са подложени на 3 пъти по-висок риск от смърт заради усложнения при бременността. У нас не се събира информация за етническия произход на бременните жени и родилките, но знаем от цитираното проучване на „Алфа рисърч“, че 40% от ромските жени в детеродна възраст не са здравно осигурени. У нас официално през последните 10 години между 0 и 8 жени умират при бременност, раждане и през послеродовия период всяка година. Но съществуват индикации, че тази данни не са напълно коректни²⁸.

²⁶ <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2019.00805>

²⁷ <https://www.cdc.gov/vitalsigns/maternal-deaths/index.html>

²⁸ <https://bghelsinki.org/bg/news/sedem-rodilki-pochinali-prez-2019-g-sa-izcheznali-ot-statistikata-bhk-tyrsi-otgovor-zashto>

Починали майки в САЩ през 2011-2015 г.

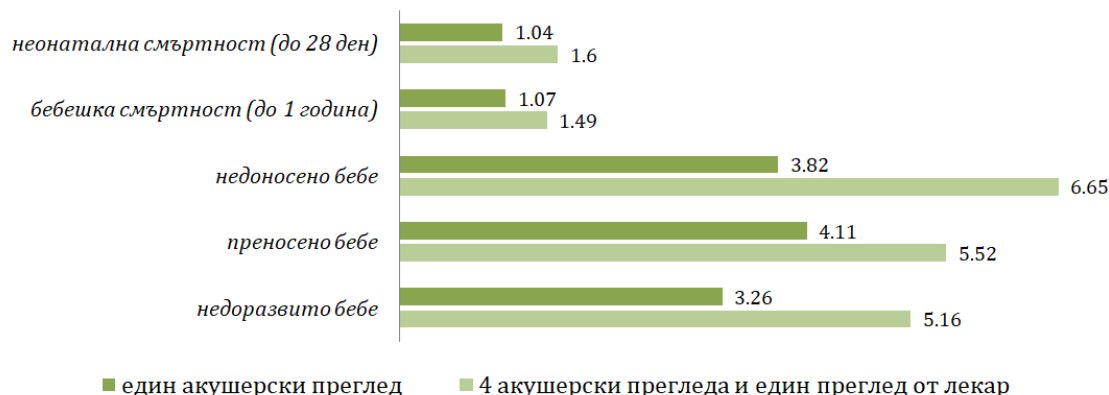


Графика 15

Подробен анализ²⁹ на обобщени данни от 193 демографски и здравни проучвания на жени на възраст 15-49 години в 69 слабо и средно развити страни, който включва извадка, съдържаща 752 635 случая на неонатална смърт, 574 675 случая на бебешка смърт, 400 426 случая на недоносеност, 501 484 случая на преносване и 512 424 случая на хипотрофия на плода, доказва, че един-единствен акушерски преглед (преглед от акушер(ка), а не от лекар) понижава риска от раждане на недоносено или преносено бебе с около 4%, а риска от смърт - с един процент. Четири прегледа от акушер(ка) и един преглед от лекар(ка) понижава с близо 7% риска от раждане на недоносено бебе и с по над 5% риска от раждане на недоразвито или преносено бебе. Препоръката на СЗО от 2014 г. насам е за извършване на 8 задължителни прегледа по време на бременността, приемане на хранителни добавки с желязо и фолиева киселина (между 5 и 15 лв.), за да намалее рискът от усложнения при майката и плода.

²⁹ <https://bmjopen.bmj.com/content/7/11/e017122>

Доколко прегледите при специалист намаляват риска от усложнения (в %)



Графика 16

Изследване³⁰ в Гана с извадка от 4868 родилки от 2016 г. установява, че 4 и повече посещения при специалист по време на бременността намаляват риска от мъртвородено с около 60%.

Какво се случва у нас

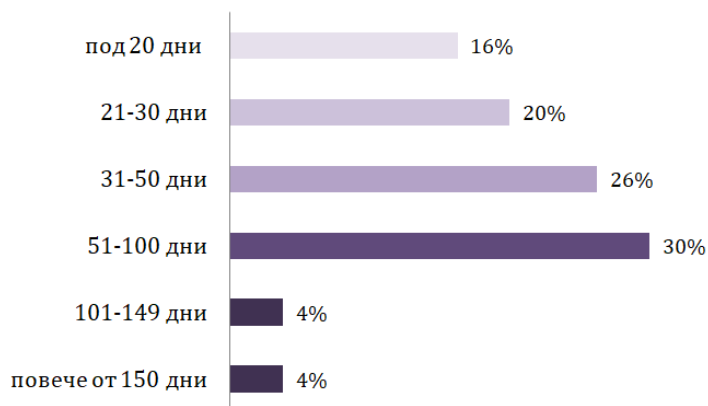
Нека сега отново се върнем в България³¹ и се фокусираме върху пълната съвкупност от недоносени бебета, лекувани в неонатологичното отделение на педиатричната болница през периода 2012-2014 г. От общо 141³² бебета две са били хоспитализирани за повече от една година. Общо 8% от недоносените са останали в болницата за повече от 100 дни. 36% са имали нужда от болничен престой за по-малко от месец.

³⁰ <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0925-9>

³¹ Ако у нас се провеждаха базирани върху данни публични здравни политики, бихме имали публично достъпна информация за дяловете на доносените и недоносените деца в съвкупностите на проследените и непроследените бременности, за различните заболявания сред тези съвкупности, за предприетите лечения и резултатите от тях. За съжаление, такава информация у нас все още не се обобщава и анализира. Ето защо сме принудени да използваме индиректни ресурси, за да верифицираме хипотезите си. Разбира се, не всички недоносени бебета са от непроследени бременности и не всички доносени бебета се раждат напълно здрави. За целите на настоящия доклад са важни генералните тенденции.

³² Това са само недоносените бебета. За периода общо в тази болница са приети над 1100 деца – около 300 през 2012 и по около 400 през 2013 и 2014 г.

Продължителност на болничната терапия на недоносените



Графика 17

Почти половината от бебетата са с тегло под 1000 гр., като една четвърт тежат под 800 гр. Малко над 25% от бебетата тежат между 1200 и 1400 гр. С тегло над 1400 гр. са 8,5% от недоносените в неонатологията. Докато бебетата под 800 гр. са разпространени поравно сред различните типове бременности, то при тежащите до 1000 гр. има осезаеми диспропорции – те представляват една трета от непроследените бременности, една пета от бременностите, при които няма данни за проследяване и 15% от проследените.

Тегло на бебетата според проследяването на бременността

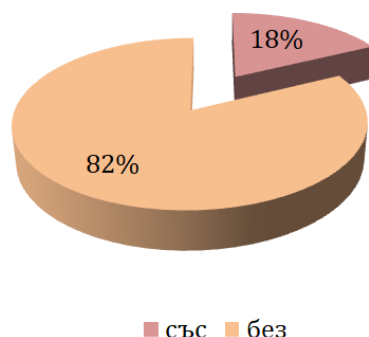
(в % от вида на проследяването)



Графика 18

Лечението на толкова малки бебета изисква терапия със сърфактант. Според Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 – 2022 г., диагностика и интензивно лечение на новородени с многократно приложение на сърфактант (код 15.2.) струва 8 459 лв. През 2021 г. се очаква 1205 бебета да имат нужда от такава терапия. Общо по тази клинична пътека са предвидени над 10 млн. лв. за лечение през тази година. По-леките случаи се нуждаят от еднократно приложение на сърфактант (код 15.1.). Цената на тази пътека е от 4 741 лв. за 255 бебета (около 1 млн. и 200 хил. лв. за 2021 г.). Тези пътеки стигат за по около 10 дни. Вторите 10 дни са по пътека 14 - диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, втора степен на тежест. Цената на тази пътека е 4598 лв. През 2021 г. се очаква по нея да преминат 792 бебета. Затова общо са предвидени 3,6 млн. лв.

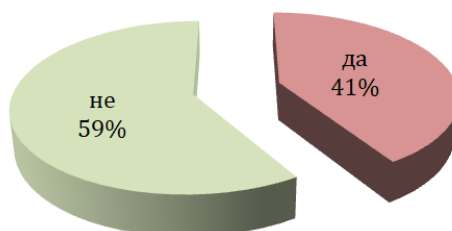
Терапия с кортикостероиди (в % от всички)



Графика 19

7 дни болничен престой предвижда пътека 13: диагностика и интензивно лечение на новородени с дихателна недостатъчност, първа степен на тежест. Тук са предвидени по 2662 лв. за около 1500 бебета (около 4 млн. лв. общо). Ако бебето е под 1,5 кг., има пътека 11 – 15 дни по 4774 лв. за 800 бебета, което прави общо малко под 4 млн. лв. В нашата съвкупност от 141 бебета абсолютно всички са под 1500 гр.

Бebetата били ли са на назална вентилация?



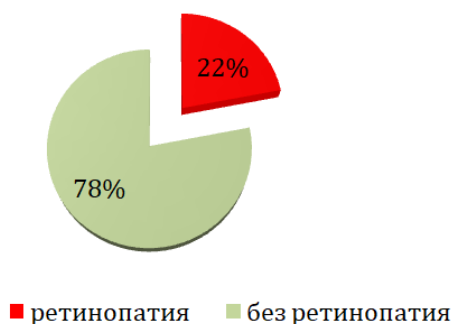
Графика 20

За по-големите бебета са предвидени клинични пътеки 9 и 10. Те могат да се ползват по няколко пъти и включват диагностика и лечение на новородени с тегло от 1500 до 2499 грама първа и втора степен на тежест (съответно по 1317 и 1738 лв.) за по около 3200 деца през 2021 г., което прави общо около 10 млн. лв.

Пътеката за болнична грижа за здраво новородено у нас покрива разходи за 340 лв. За сравнение, в Германия цената е съпоставима – там грижата за здраво новородено струва 174 евро. Грижата за недоносено бебе в Германия през 2014 г. излиза между 1600 и 2000 евро на ден. Експертите по здравеопазване в Германия са изчислили през 2008 г., че грижата за едно недоносено бебе е поне с 10500 евро по-скъпа от грижата за здраво бебе. Ето защо Германия въвежда програмата BabyCare, която се фокусира върху намаляване на дела на недоносените бебета.

Преждевременното раждане е свързано с редица рискове, включително и за увреждане на слуха и зрението. 22% от бебетата от нашата съвкупност са с установена ретинопатия.

**Установена ретинопатия в % от
всички**



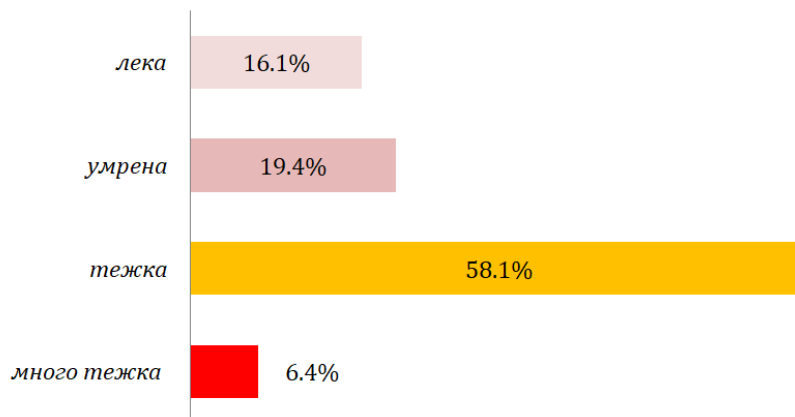
Графика 21

Две трети от бебетата с ретинопатия са в тежка и много тежка форма (4 и 5 степен). У нас все още няма апаратура и специалисти за лечение на толкова тежки заболявания. Затова при възможност се налага транспорт и лечение в чужбина.

За по-леките случаи НРД за 2021 г. предвижда по пътека 14.24. лазерна терапия при ретинопатия. Договорената сума възлиза на 39,91 лв. Очаква се през годината да има 11189 случая³³. Общият бюджет по това перо е 450 хил. лв.

³³ Това е за всички пациенти, а не само за недоносените бебета.

Степен на ретинопатия сред недоносените (в% от установените)



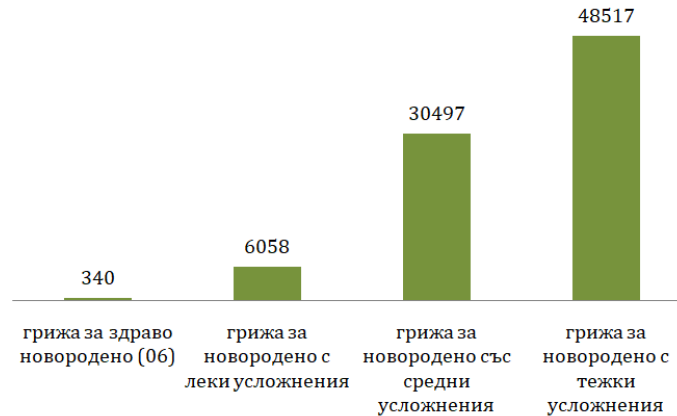
Графика 22

Ако пресметнем разходите, предвидени в НРД за 2021 г. за грижа за здраво новородено бебе и за бебета с различни усложнения, можем да обобщим 3 типа усложнения – тежки, средни и леки³⁴. Цената за лечение на недоносено бебе с леки усложнения е над 6 хил. лв³⁵. (20 пъти по-висока от цената за болничен престой за здраво бебе). Цената за лечение на бебе със средни усложнения е над 30 хил. лв. (100 пъти повече от разходите за здраво новородено). По нашите изчисления на цените на пътеките по НРД грижата за бебе с тежки усложнения е близо 50 хил. лв., но оценката на неонатолози е, че за стабилизацията на недоносено бебе с тежки проблеми понякога са необходими 6 м. и тогава сумата достига 100 хил. лв. Както вече споменахме, две от бебетата в изследваната съвкупност са били на лечение за повече от една година.

³⁴ Изчисленията са направени на базата на цените на пътеките според НРД за 2021 г. Включени са пътеки от 9 до 15.2 и пътеки 118 (за тежките случаи), 258, 260, 12.24.

³⁵ 6058 лв. за леки усложнения, 30497 лв. за средни и 48517 за тежки усложнения и болничен престой от над 3 месеца.

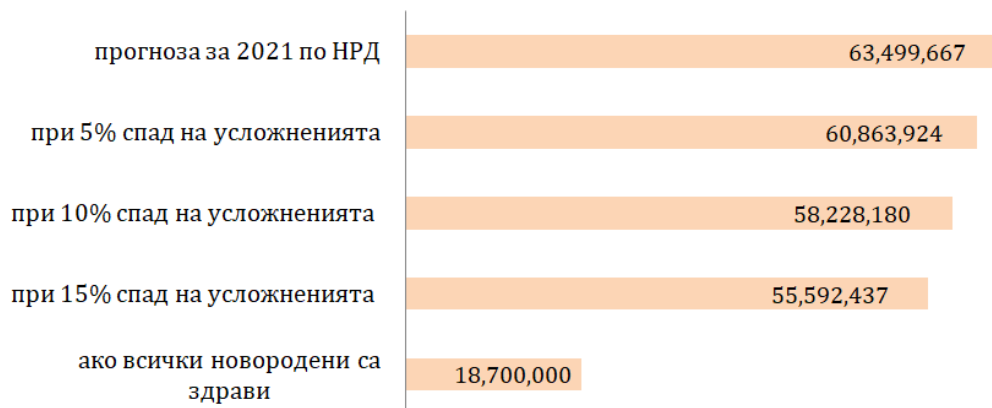
**Цена за болнична грижа за здраво
новородено и при усложнения**
(цени в лв. спрямо НРД за 2021 г.)



Графика 23

За тази година НРД предвижда 63,5 млн. лв. за болнична грижа за новородени бебета. Ако се родят 55 хил. бебета и всички те са напълно здрави, сумата за техния болничен престой би била три пъти и половина по-малка – 18,5 млн. лв. Ако обществото ни инвестира в профилактика и разходите за бебета с усложнения заради предотвратими заболявания по време на бременността намалеят само с 5%, здравната система ще спести близо 3 млн. лв. Ако делът на усложненията спадне с 15%, ще спестим 18 млн. лв. – точно толкова, колкото биха били всичките ни публични разходи, ако математически допуснем, че всички бебета се раждат напълно здрави.

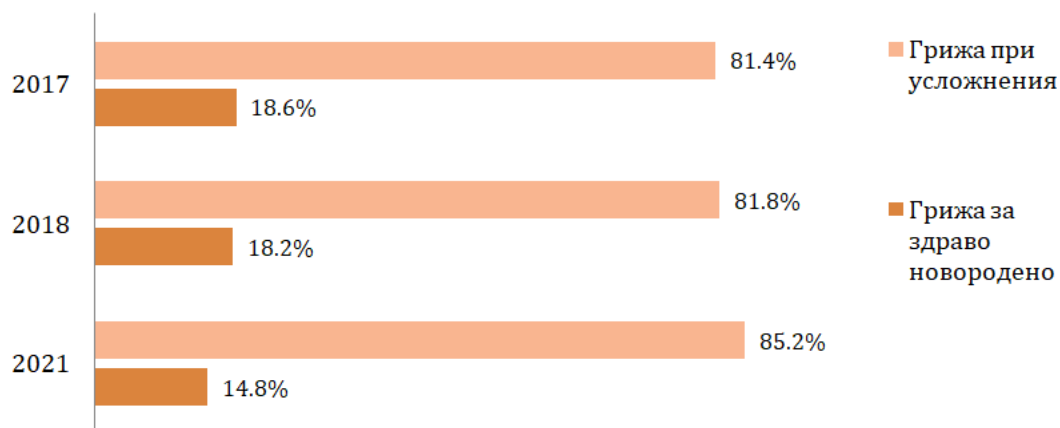
Годишен бюджет за грижа за новородени по стойности на НРД за 2021



Графика 24

Но ние не инвестираме в профилактика, ранен скрининг, информация и превенция. Официалните данни показват точно обратната тенденция. Делът на разходите за болничен престой за здрави бебета спада през последните години в полза на разходите за борба с усложненията, голяма част от които сами сме предизвикали с липсата на система за проследяване на бременността на всички жени, независимо от техния социален или осигурителен статус, възраст, образование, доходи, етнически произход, семейно положение.

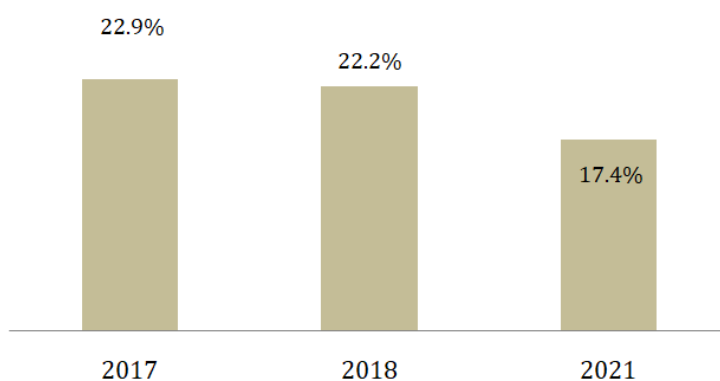
**Разпределение на годишните разходи за грижа за
бебетата по НРД
(в %)**



Графика 25

Ако през 2017 г. разходите за болничен престой на здрави бебета са 23% от разходите за усложнения, през 2021 г. НРД предвижда този процент да падне на 17,4.

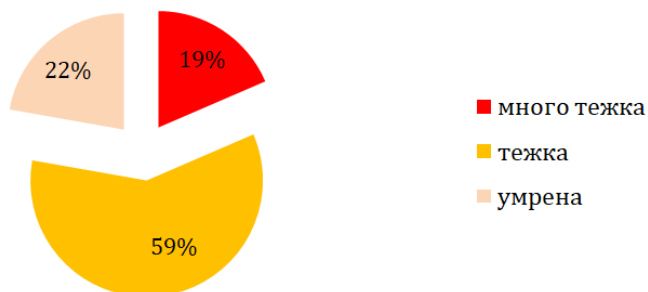
**Дял на разходите за грижа за здрави
бебета спрямо разходите за усложнения
по НРД**



Графика 26

Но тези изчисления са само за стабилизирането на новороденото бебе в болницата. Оттук нататък следват допълнителни разходи заради проблеми с белите дробове, сърцето (6 от бебетата в нашата съвкупност са били подложени на сърдечни операции, а НРД за 2021 г. предвижда 58 сърдечни операции на бебета под 1 г. от по 18020 лв. на обща стойност от 1 млн. лв.), слуха, зрението, храносмилателната или нервната система. Ето данните от нашата съвкупност:

**1 от 5 бебета е с кръвоизлив в мозъчните
стомахчета от незрелост; 19% от тях са в много
тежка форма:**



Графика 27

В НРД за 2021 г. по код 260 са предвидени средства за физикална терапия и рехабилитация при ДЦП. Очакват се 39 490 случая (обикновено дете с ДЦП трябва да посещава такава терапия за 10 дни всеки месец). При цена от 79,20 лв. за случай, общият бюджет за 2021 г. възлиза на над 3 млн. лв.

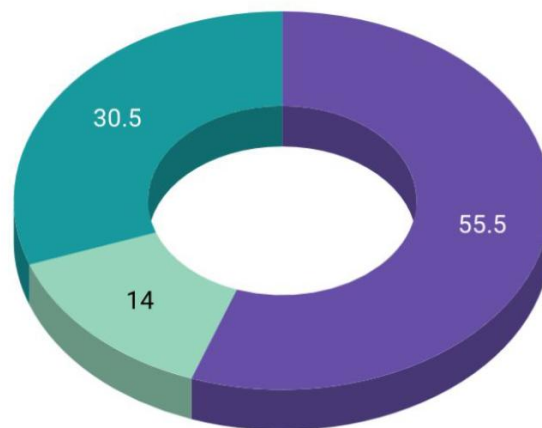
Родители на недоносени бебета споделят, че ако трябва да посещават безплатни консултации, обикновено чакането отнема месеци и обезсмисля посещението. Ето защо масово консултациите са за сметка на частните разходи на родителите³⁶. Това не е изненадващо, ако се има предвид, че у нас близо половината

³⁶ Графиките са от проучване на Фондация "Нашите недоносени деца" от февруари 2019 г., което обхваща 812 родители на недоносени деца: www.premature-bg.com

(46,6%) от плащанията в системата на здравеопазването са от джоба на пациентите³⁷.

Заплащане на прегледи

- 55.5 % заплащат всички прегледи
- 14% заплащат частично
- 30.5% не са заплащали



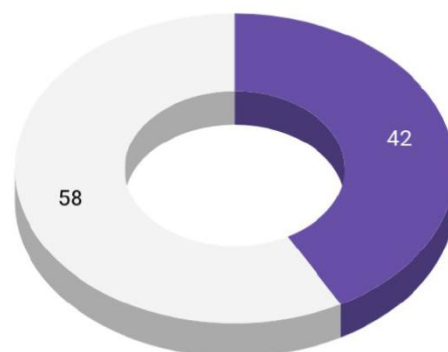
Графика 28

Така, ако се спазват препоръките на специалисти по неонатология за прегледи на всички преждевременно родени бебета, дори и при най-оптимистична прогноза, през първата година разходите на родителите ще включват поне: 1) преглед при ортопед и ултразвуково изследване на тазобедрените стави (70-100 лв.); 2) консултация с детски невролог на 4-6 месечна възраст и на 12 месечна възраст (70-90 лв. за консултация, общо 140-180 лв.); 3) консултация с кинезитерапевт/ рехабилитатор (40-70 лв.); 4) проследяване на психичното и двигателно развитие от рехабилитатор/кинезитерапевт, физиотерапевт или детски невролог (50-90 лв. на консултация); 5) консултация със специалист по ранно детско развитие - детски психолог/ логопед/ ерготерапевт (40-70 лв.); 6) офталмологичен преглед (70-90 лв. за преглед). Общата стойност варира между 340 и 460 лв. в зависимост от състоянието на бебето и местоживеенето на родителите (тук не се включват разходите за транспорт и нощувки).

³⁷ Според официалните анализи към Националната здравна стратегия 2021 - 2030, публикувани на сайта на МЗ

Имат ли децата достъп до специалисти в своето населено място?

- 42 % Няма достъп и трябва да пътуват до друго населено място
- 58% Не се налага да пътуват



Графика 29

Това е минимумът за всички недоносени. Много често са нужни и допълнителни прегледи при специалисти при наличие на съответни показания: 7) детски гастроентеролог при проблеми с храненето, ненаддаване на тегло, функционални нарушения – констипация, гастро-езофагеален рефлукс, симптоми на алергия към белтъка на кравето мляко и др. (70-90 лв. за преглед); 8) посещение при специалист по клинична генетика при установени в неонатологичното отделение данни за генетични заболявания (70-90 лв. за преглед; до 2000 лв. за изследвания); 9) УНГ консултация и изследвания при наличие на отклонение до 6 месец след изписването (70-100 лв. за преглед); 10) детски пулмолог (70-90 лв. за преглед); 11) детски кардиолог (70-100 лв. за преглед).

Общата стойност само за основни прегледи и консултации през първата година варира между 700 и 1000 лв. Но данните от проучването на фондация „Нашите недоносени деца“ показват, че основните прегледи далеч не са масовият случай: близо половината от семействата отделят за рехабилитация по повече от 1440 лв. лични средства на година, като 22% - повече от 4300 лв. на година.

Средства, които семействата отделят за рехабилитация

- Над 360 лв./месец
- М-ду 120 и 360 лв./месец
- Под 120 лв./месец
- Безплатна

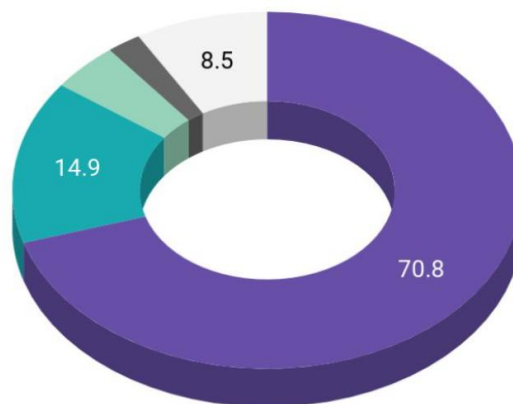


Графика 30

Разходите за проследяване през втората година намаляват, но отново зависят от състоянието на детето.

Разходи за терапия със специалисти по РДИ

- Сами плащат за терапия
- Услуги, финансирани от Общината
- Семейството и дарителска програма
- Само дарителство
- Друго



Графика 31

Ето един актуален пример от практиката, ако тези данни изглеждат твърде абстрактни. Али³⁸ е родена в 27 г.с. и се възстановява в неонатологично отделение 16 седмици. Преждевременно раждане се случва спонтанно, предполагаемата причина е инфекция при майката. Към момента Али е на 2 г. 6 м. За тези две години

³⁸ Името е променено, фактологията е запазена.

и половина, прекарани в нашия свят, Али получава диагнози БПД (бронхопулмонална дисплазия), ДЦП и умствена изостаналост. Ползва рехабилитация от раждането си – 10 дни в месеца по клинична пътека, а през останалото време – ежедневна платена рехабилитация. Когато е на 2 г., при изследване в Турция, се установява, че Али е със сериозно увредено зрение (това не е открито у нас). След поставяне на коригиращи очила Али прохода, а диагнозата ДЦП е отхвърлена. Въпреки това, тя продължава да ползва рехабилитация (по пътека и платена) заради изоставане в двигателното развитие. На 2 г. и 4 м. Али е диагностицирана с полимикрогерия (рядко неврологично заболяване, което причинява мозъчна малформация, характеризираща се с прекомерни кортикални гънки и плитки канали). Тъй като последиците от това заболяване са свързани с общо изоставане в умственото, когнитивно, езиково-говорно развитие, Али посещава платена терапия с ерготерапевт и логопед два пъти в седмицата, за да има шанс за възможно по-успешно компенсиране на затрудненията (целта е незасегнатата част от мозъка да поеме възможно повече от функциите на засегнатата). Общинските центрове работят приоритетно с деца 3-18 г., което принуждава родителите към възползване от платена терапия в частни центрове, специализирани в работата в ранна възраст. Освен терапевтичните занимания, детето се нуждае от проследяване от офталмолог, невролог и ендокринолог на всеки 6 м. (към момента това се случва извън страната). Заради комплексните си нужди и честото боледуване, Али не посещава ясла и е отглеждана в домашна среда от майка си. Бащата е ангажиран с издръжката на семейството.

Какви са алтернативите

През 2020 г. по Наредба 26 са изплатени 130 хил. лв. за един преглед при специалист (22 лв.) и различни МДД (в зависимост от преценката на лекаря и гестационната седмица, през която е бил проведен прегледът³⁹). Но сегашният

³⁹ По данни на НЗОК през последните 4 години най-много средства за МДД са изплатени през 2017 г. – 67614 лв. През 2020 г. за МДД са изплатени общо 58745 лв. за 1724 бременни жени. Това означава, че през 2020 г. средната цена за МДД възлиза на 3.93 лв., а за една неосигурена жена са отделени средно по 8.67 лв. за МДД.

вариант на наредбата не покрива разходи за редица важни изследвания, в това число за пълна кръвна картина и болничен престой в случаи на нужда⁴⁰. Ако съставим пакет за неосигурените от 4 прегледа⁴¹ и базисни изследвания, инвестициите няма да се различават значително от сегашната ситуация – разходите за една неосигурена бременна жена ще възлизат на 86 лв. по цените на актуалния НРД⁴². Ако отговорим на изискванията на актуалния стандарт на СЗО и предложим пакет от 8 прегледа и МДД, сумата ще се удвои на 172 лв. за бременна жена без здравни осигуровки⁴³.

Разбира се, от медицинска гледна точка най-добре би било да изравним правата на здравно неосигурените жени с тези на осигурените през периода на бременността и първите дни след раждането. Но противниците на подобен подход обикновено настояват, че така много повече жени ще спрат да плащат здравните си осигуровки. Засега няма емпирични свидетелства, които да подкрепят подобно твърдение. Но има данни за друго – според последния публикуван годишен отчет на НЗОК от 2020 г., през 2019 г. на една здравно осигурена жена у нас са били проведени 4,59 прегледа, а през 2018 г. – 4,6 прегледа⁴⁴. НРД предвижда през настоящата година да бъдат инвестирани по 24 лв. за 42384 първични прегледа и по 14 лв. за 306377 вторични прегледа от АГ специалисти на здравно осигурени бременни жени. Общата сума за прегледи на здравно осигурени жени за годината възлиза на 5,3 млн. лв.⁴⁵ Ако приложим същата пропорция между предвидените първични и вторични прегледи за осигурените към неосигурените, то при

⁴⁰ За здравно неосигурени бременни жени по КП 1, 2 и 3 през 2020 г. са изплатени над 770 хил.лв.

⁴¹ Според препоръките на СЗО до 2014 г.

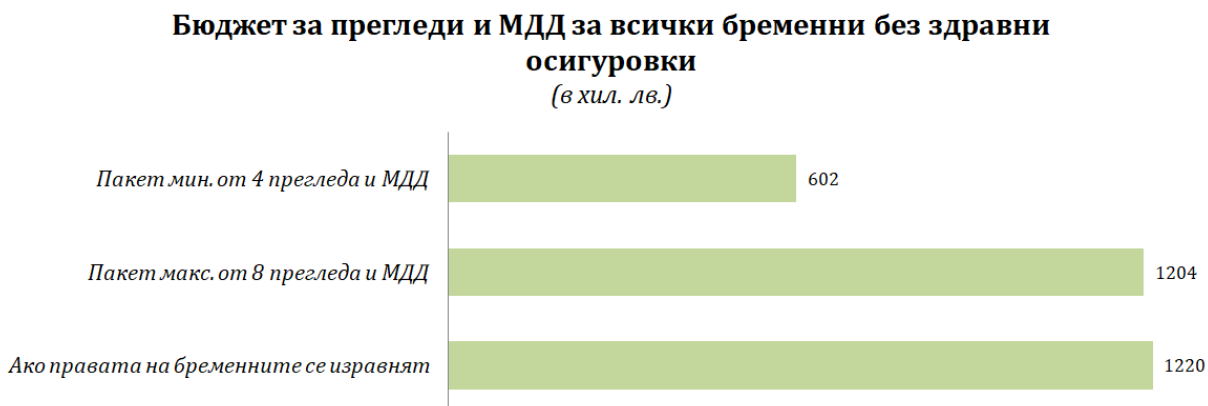
⁴² 24 лв. за първичен преглед, 42 лв. за 3 бр. вторични прегледа и 20 лв. за МДД.

⁴³ По два първични прегледа от 24 лв., 6 вторични прегледа от по 14 лв. и 40 лв. за МДД.

⁴⁴ Актуалният НРД предвижда 24 лв. за първичен и 14 лв. за вторичен преглед от АГ специалист и 9 лв. за преглед на бременна жена от ОПЛ. Според годишния отчет на НЗОК през 2019 г. са проведени 42 хил. първични прегледи на 76 хил. бременни от АГ специалист и близо 3 хил. прегледа на 1663 бременни от ОПЛ. Видно е, че първичните прегледи са почти наполовина по-малко от броя на бременните, но това не е тема на настоящия доклад.

⁴⁵ През 2019 г. по данни на НЗОК са изплатени общо 4,8 млн. лв. за наблюдение на бременностите на осигурени жени, в т.ч. 3,8 млн. за нормални бременности (Z34 – Z34.9) и 1 млн. за проблемни (Z35.0 – Z35.9). През 2018 г. са изплатени общо 4,6 млн. лв. за наблюдение на 79 хил. бременности (3,6 млн. за нормални и 1 млн. за проблемни). Това означава, че средно за наблюдение на една бременност на осигурена жена през 2019 г. обществото е инвестирало по 62,09 лв., а през 2018 г. по 57,44 лв.

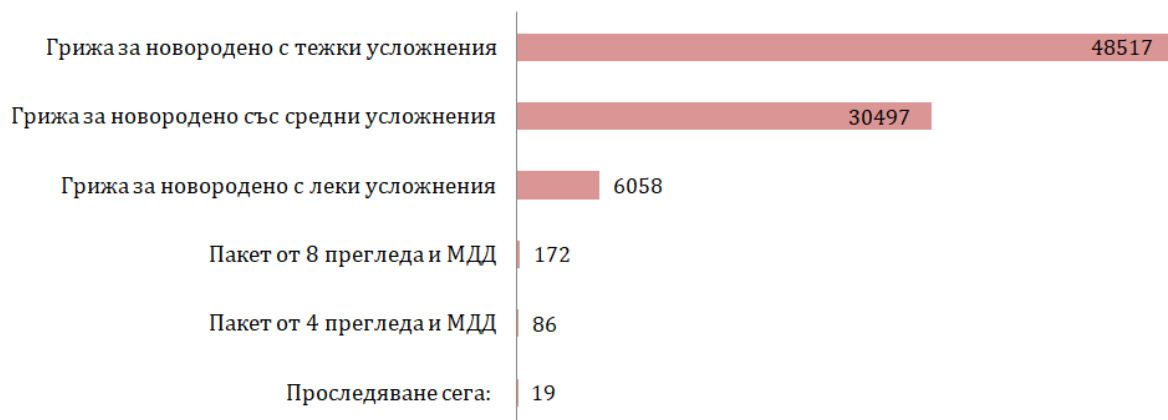
изравняване на осигурителните права, инвестицията в проследяване на бременността на неосигурените би възлязла на 96 хил. лв. за първични и 420 хил. лв. за вторични прегледи. Ако към тази сума добавим и средства за МДД, то инвестицията на практика би нараснала на 1 220 000 лв. – незначителна повече спрямо теоретичен пакет от 8 прегледа и МДД.



Графика 32

Според данните за изплатените суми по Наредба 26 за 2020 г., за проследяване на една неосигурена жена сме отделили по под 19 лв. (за преглед и МДД). През 2018 и 2019 г. от НЗОК са изплатени по 7,5 лв. за МДД за жена, а през 2017г. – 3,5 лв. Минималният пакет от 4 прегледа и частични изследвания би струвал по 86 лв. на жена. Пакет от 8 прегледа и изследвания би струвал 172 лв. на жена. Ето как изглеждат тези суми, ако ги съпоставим с разходите за болнична грижа на дете, при което са възникнали усложнения:

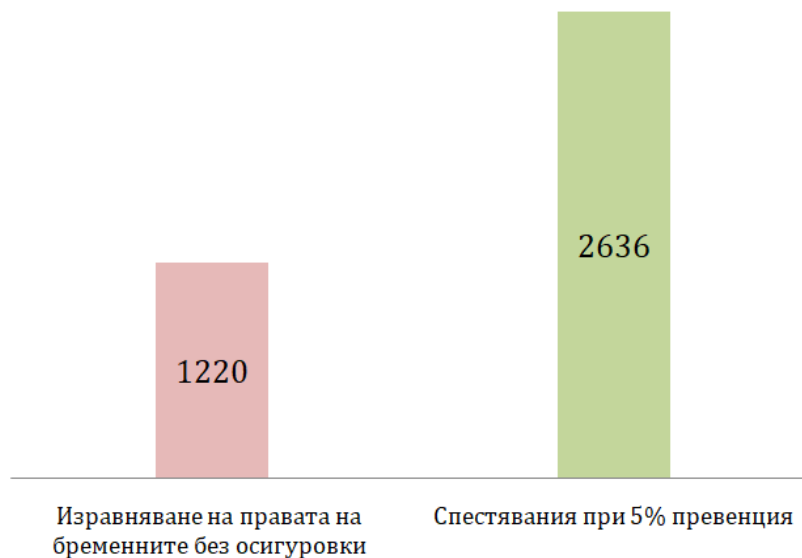
Разходи за проследяване на бременността за едно бебе спрямо грижа за новородено с усложнения (в лв.)



Графика 33

Ако инвестицията в проследяване на бременността на всички бременни жени у нас доведе до намаляване на усложненията при бебетата само с 5%, то спестените ресурси ще бъдат на два пъти по-голяма стойност от тази инвестиция.

Разходи за проследяване на бременността спрямо приходи от превенция (в хил. лв.)

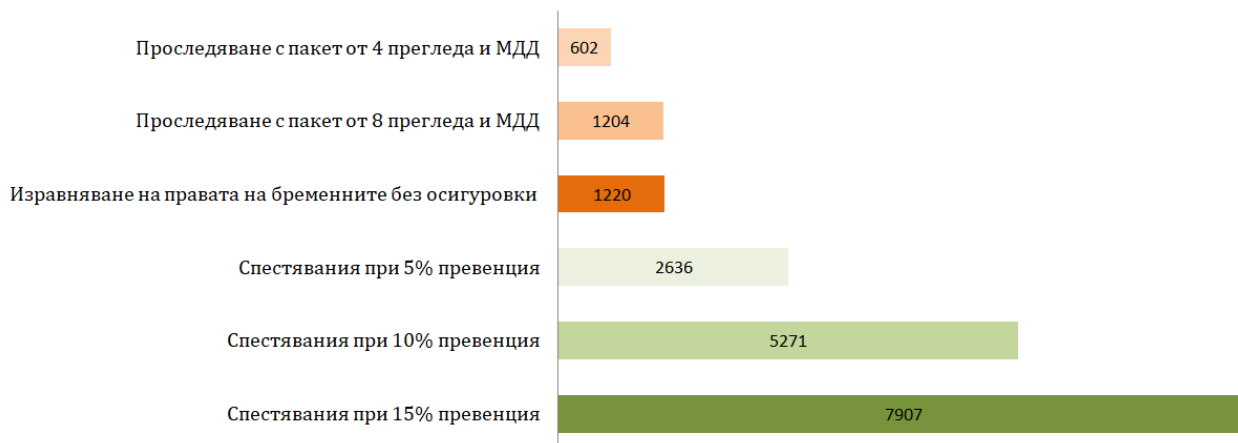


Графика 34

Казано с други думи, пред нас днес има два магистрални пътя. Ако не предприемем нищо и продължим да се носим по течението на историческото бюджетиране на системата за (майчино и детско) здравеопазване⁴⁶, доплащанията от страна на пациентите ще се увеличават, дяловете на непроследените и на проблемните бременности ще нарастват, разходите за облекчаване на щетите, нанесени от липсата на ефективна система за превенция, скрининг, профилактика, ранна диагностика и лечение ще продължават да изсмукват ресурсите за грижа за здравите бебета и за непредотвратимите усложнения. Можем обаче да мислим по темата през общото благо, а не през нелегитимните лобистките интереси, които подмолно спъват опитите за реформи. Тогава наследеният от социализма принцип на непрозрачно историческо бюджетиране, трябва да бъде заменен от публични здравни политики, които целят преодоляването на обществено значими проблеми и защита на общия интерес. В настоящия анализ ние предлагаме три възможни сценария за публични инвестиции в проследяване на всички бременности. Дори и най-амбициозният от тези сценарии (изравняване на здравноосигурителните права на всички жени по време на бременността и до 42-рия ден след раждането) би излязъл на половината от сумата, спестена дори и при най-консервативните прогнози за успеваемост на инвестицията в профилактика. Изравняването на правата на неосигурените жени за периода на бременността би спестило на здравната система разходи за 6,5 млн. лв., ако делът на усложненията спадне с 15%.

⁴⁶ Този начин на бюджетиране възпроизвежда структурата на разходите от предходните години, а не е базиран на разбирането за провеждане на публични здравни политики, при които бюджетът отразява идентифицираните проблеми и предприетите системни мерки за преодоляването им.

Разходи за проследяване на бременността спрямо приходи от превенция
(в хил. лв.)



Графика 35

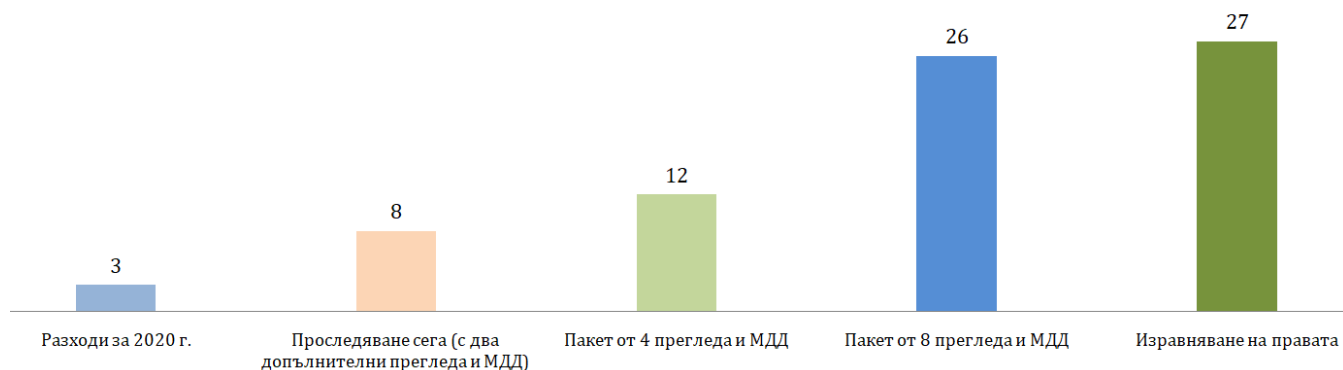
Инвестиция в 24 лв. за първичен преглед при АГ специалист, 20 лв. изследвания и 12 лв. за лечение на обичайни инфекции може да предотврати усложнения за десетки хиляди. Ако при само 3 деца от 55 000, които се очаква да пристигнат в нашия свят през тази година бъдат избегнати предотвратими усложнения, това би покрило всички направени разходи за прегледи и МДД за неосигурени жени през цялата 2020 г. Ако към тях успеем да присъединим още 5 деца с избегнати усложнения, това ще покрие минималния пакет от 4 прегледа и базисни изследвания за всички неосигурени майки. 26 деца с предотвратени усложнения (половината от всички, които се лекуват в само едно от многото неонатологични отделения в страната всяка година) биха покрили пакет от 172 лв. на неосигурена майка⁴⁷, включващ 8 прегледа и МДД.

В тези сметки не сме включили психичния товар върху персонала в родилните отделения, който трябва да изразжда на сляпо, без да знае за евентуални проблеми, за кръвната група и Rh на майката, за историята на предходни

⁴⁷ Данните от доклада на Джънкшън-България от 2020 г., озаглавен „Изследване на политиките за пълноценна грижа за децата до 3-годишна възраст в България, ЕС и други страни“ показват, че в страни със съпоставима икономическа и демографска структура като нашата проблемът с проследяването е решен много по-устойчиво. Например, в Хърватия всяка бременна жена има право на 9 клинични прегледа и 3 ехографски прегледа, а в Естония с установяването на бременността правата на неосигурените жени се изравняват с правата на осигурените и те имат право на 9 клинични и 2 ултравукови прегледа, както и на МДД.

заболявания; не сме включили транспортните разходи за спешно превозване на недоносени до големите болници с подръчни средства; не сме включили среднощните повиквания по спешност на лекари, заради недостига на специалисти; не сме включили разходите за диагностика и лечение в чужбина; не сме включили страховете и мъката на родителите и близките, частните разноси за изследвания и терапии, разбитите съдби, разпадналите се семейства, провалените кариери, неизживените животи.

Предотвратяване на усложнения при колко бебета покриват годишните разходи за МДД и прегледи:



Графика 36

Публични здравни политики, базирани на правата⁴⁸

Правата на човека, наред с медицинските и икономическите основания, представляват друга категорична причина за осигуряване на достъп до качествени медицински грижи на всички бременни жени, родилки и бебета. Подходът на правата към разглеждания от този доклад проблем означава, че: 1) правно задължените лица, в случая държавата, са ясно определени и 2) налице е прозрачен и кооперативен процес за реализация на правата, гарантиращ участие, приобщаване и недискриминация на носителите на правата⁴⁹.

⁴⁸ Тази част от доклада е изготвена от доц. Велина Тодорова.

⁴⁹ Виж: Техническо ръководство за прилагането на подход, основан на правата към прилагането на политики и програми за намаляване и премахване на предотвратимата смъртност и заболяемост на деца под 5-годишна възраст. Доклад на Службата на Върховния комисар на ООН за правата на човека, A/HRC/27/31 от 2014г., § 18-25.

Широка гама от международни договори за правата на човека са от значение за детската смъртност и заболяемост, както и за бременните жени и родилките⁵⁰. Между тях са Конвенцията за правата на детето, Международният пакт за граждански и политически права⁵¹, Международният пакт за икономически, социални и културни права⁵² и Конвенцията за премахване на всички форми на дискриминация срещу жените⁵³. По всички тях България е страна, която означава, че е поела определени задължения, които трябва да спазва и то с предимство, пред тези, произтичащи от вътрешното право, когато то противоречи на международните договори⁵⁴.

Значение за правата на майките, родилките и бебетата имат още Общ коментар № 15 на Комитета по правата на детето⁵⁵, Общ коментар № 14 на Комитета по икономически, социални и културни права⁵⁶ и Обща препоръка 24 на Комитета по

⁵⁰ Още Всеобщата декларация за правата на човека (1948 г.) прокламира в член 25, че „Всеки човек има право на жизнено равнище, включително ..., медицинско обслужване и социални грижи, необходими за поддържане на неговото и на семейството му здраве и благосъстояние. ... Майките и децата се ползват с особени грижи и подпомагане.“

⁵¹ Приет от Общото събрание на ООН през 1966 г. и в сила за България от 1976 г.: „1. Всяко дете, без разлика на раса, цвят на кожата, пол, език, религия, национален или социален произход, имотно състояние или рождение, има право на такива мерки на закрила от страна на неговото семейство, на обществото и на държавата, каквито състоянието му на малолетен изисква“ (чл.24).

⁵² Приет от Общото събрание на ООН през 1966 г. и в сила за България от 1976 г.: „1. Държавите - страни ..., признават правото на всяко лице да постигне възможно най-добро състояние на физическо и душевно здраве. 2. Мерките, които държавите - страни ..., ще вземат, за да се осъществи напълно това право, трябва да включват и мерките, необходими за: а) намаляване броя на мъртвородените деца и детската смъртност, както и за здравословното развитие на детето; ..., d) създаването на условия, които да осигурят на всички медицинска помощ и медицинско обслужване в случай на болест“ (чл.12).

⁵³ Конвенцията урежда правото на здравна помощ при бременност и раждане чрез принципа на равнопоставеност: „Държавите-членки взимат всички необходими мерки за ликвидиране на дискриминацията по отношение на жените в областта на здравеопазването с оглед осигуряване на основата на равенството на мъжете и жените, достъп до медицинското обслужване, по-конкретно по отношение на онова, което засяга планирането размера на семейството. 2. осигуряват на жените съответното обслужване в периода на бременността, раждането и след него, предоставяйки, когато това е необходимо, безплатни услуги, както и съответно хранене в периода на бременността и кърменето“ (чл. 12).

⁵⁴ Според чл. 5, ал. 4 от Конституцията на България: Международните договори, ратифицирани по конституционен ред, обнародвани и влезли в сила за Република България, са част от вътрешното право на страната. Те имат предимство пред тези норми на вътрешното законодателство, които им противоречат.

⁵⁵ Виж на: https://www.unicef.org/bulgaria/sites/unicef.org.bulgaria/files/2018-09/GC_15_BG.pdf

⁵⁶ Виж на: <https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en>

премахване на дискриминацията срещу жените⁵⁷. Общите коментари и препоръки на комитетите представят официално тълкуване на разпоредбите в съответните конвенции за правата на човека.

Конвенцията за правата на детето, в чл. 24 урежда разгърнато правото на детето на здравни грижи като поставя няколко условия за реализацията му. Първо, признато е правото на детето да се ползва от **най-високия достижим стандарт** на здравословно състояние и от здравните услуги за лечение на заболяванията и за възстановяване на неговото здраве. Второ, отговорна за реализацията на това право е държавата, която трябва да се стреми никое дете да не бъде лишено от правото си на достъп до такива здравни услуги, като предприема подходящи мерки с цел да:

- а) намали смъртността при кърмачетата и децата;
- б) осигури на всички деца необходимата медицинска помощ и здравни грижи, като основно внимание се отделя на развитието на основните здравни грижи;
- в) се бори срещу болестите и недохранването, (...), вземайки под внимание опасностите и рисковете от замърсяване на околната среда;
- г) осигури на майките подходящи грижи преди и след раждане; (...)
- е) развива здравната профилактика, консултациите за родителите и просветната дейност и услугите в областта на семейното планиране. (...)

Комитетът по правата на детето, в своя Общ коментар № 15 (2013 г.) за правото на детето да се ползва от най-високия достижим стандарт на здравословно състояние, напомня, че холистичният подход към здравето, поставя осъществяването на правото на децата на здраве *в по-широката рамка на международните задължения в областта на правата на човека*. Наред с това, Комитетът отбелязва, че правото на децата на здраве е важно не просто само по себе си – осъществяването му е задължителен фактор, за да могат децата да се ползват от всички останали права по Конвенцията. Освен това постигането на правото на децата на здраве зависи от осъществяването на много други права, очертани в Конвенцията (§ 7).

⁵⁷ Виж на: <https://www.escr-net.org/node/387809>

Подчертава се, че за пълното осъществяване правото на здраве за всички деца, държавата е длъжна да гарантира, че детското здраве не е застрашено в резултат на дискриминация, напр. по признаци като пола, езика, религията, политическите или други възгледи, националния, етническият или социалния произход, имущественото състояние, увреждане, рождение или друг статут на детето или на неговите родители или законни настойници (§ 8).

Принципът, че най-добрите интереси на детето се оценяват и са първостепенно съображение във всички действия, засягащи децата, трябва да се спазва при вземането на всички, свързани със здравето, решения, отнасящи се до дете, или деца от определена група (§12). Най-добрите интереси на детето следва например да: обуславят избора на възможностите за лечение, като имат превес над икономическите съображения, когато е осъществимо (§ 13).

Комитетът подчертава, че сред ключовите определящи фактори за здравето и развитието на децата е осъществяването на правото на майката на здраве, тъй като значителен брой смъртни случаи сред пеленачетата настъпват през неонаталния период във връзка с лошото здравословно състояние на майката преди и по време на бременността и непосредствено след раждането (§ 18).

Комитетът тълкува понятието *„най-висок достижим стандарт на здравословно състояние“* като отчита както биологичните, социалните, културните и икономическите предпоставки около самото дете, така и ресурсите, с които разполага държавата, допълнени от ресурси, предоставени от други източници, включително неправителствени организации, международната общност и частния сектор (§ 23). Ключово, за реализирането на правото е осигуряването на подходящо обучена работна сила в достатъчна численост, вкл. подходяща нормативна рамка, надзор, възнаграждения и условия на трудовите отношения, включително за здравните работници от общността. С развиването на капацитета следва да се гарантира, че доставчиците на услуги работят по чувствителен към особеностите на децата начин и не лишават децата от услуги, на които имат право по закон. Следва да бъдат включени и механизми за отчетност, които да гарантират поддържането на стандарти за осигуряване на качеството (§ 27).

Конвенцията, в чл. 24, § 1, вменява категорично задължение на държавата, да гарантира **никое дете да не бъде лишено от правото си на достъп до здравни услуги**. Това се гарантира от една страна с развиване и достъпност на здравните и останалите относими услуги за всички деца, като се обръща специално внимание на по-лошо обслужваните райони и части от населението. Пречките за достъпа на децата до здравни услуги, включително финансовите, институционалните и културните, трябва да бъдат премахнати (§ 28-29).

Държавите са длъжни да намалят детската смъртност. Комитетът настоява за особено внимание към *неонаталната смъртност*, която съставлява все по-голям дял от смъртността на децата под 5-годишна възраст. Мерките следва да включват грижи при раждания на мъртви деца, усложнения при недоносени бебета, асфиксия при раждане, ниско тегло на новороденото, предаване на ХИВ и други полово предавани инфекции от майката на детето, неонатални инфекции, пневмония, диария, дребна шарка, недохранване, и др. Препоръчва се укрепването на здравните системи с оглед осигуряване на такива мерки за всички деца в контекста на последователната грижа за репродуктивното и майчиното здраве, здравето на новородените и на децата, включително изследване за вродени аномалии, акушерски услуги за безопасно раждане и грижи за новородените. Редовно следва да се провеждат прегледи на майчината и перинаталната смъртност за целите на превенцията и отчетността (§ 33).

Комитетът обръща внимание, че майчината смъртност и заболяемост, които са могли да бъдат предотвратени, съставляват тежки нарушения на човешките права на жените и момичетата и сериозно застрашават тяхното право на здраве и това и на децата им. Грижите, които получават жените преди, по време на и след бременността, имат огромно значение за здравето и развитието на децата им. Изпълнението на задължението за осигуряване на **всеобщ достъп до комплексен пакет от мерки за сексуално и репродуктивно здраве следва да се основава на концепцията за приемственост в грижата преди и по време на бременността, при раждането и в целия следродилен период**. Своевременните и висококачествени грижи през цялата продължителност на тези етапи осигуряват

важни възможности за предотвратяване предаването на заболявания от поколение на поколение и оказват силно въздействие върху здравето на детето през целия му живот. Мерките, които следва да се осигуряват през цялата спомената последователност, включват, но не се ограничават до: основна профилактика и насърчаване на здравословния начин на живот, както и лечебни грижи; грижа за пълноценно изхранване; достъп до образование, информация и услуги относно сексуалното и репродуктивно здраве; образование за здравословно поведение (напр. във връзка с пушенето и употребата на вещества); подготвеност за раждане; ранно разпознаване на усложнения и справяне с тях; услуги за безопасен аборт и грижи след аборт; основни грижи при раждане; превенция на предаването на ХИВ от майка на дете, грижа и лечение на заразени с ХИВ жени и пеленачета. Грижата след раждането не бива да допуска ненужно отделяне на новороденото от майката. Комитетът препоръчва социалните мерки за закрила да включват осигуряване на покритие за всички лица или финансов достъп до грижи (§ 51-55).

Подходът на правата при опазването на здравето на бременните жени, майките на деца до 1 г. и на децата, е възприет от българското законодателство. Конституцията на Република България (Преамбюл) прогласява основните характеристики на съвременната конституционна държава, определяйки я като демократична, правова и социална. Тези характеристики са развити като основни конституционни принципи, между които са принципите на правовата държава и върховенство на конституцията (чл.4 и чл.5) и на социалната държава, защитаваща пълния каталог на социалните права (чл. 47-чл. 52). Сред основните принципи на социалната държава е закрилата на децата, майчинството и семейството от държавата и обществото (чл. 14 от Конституцията на Република България). Основен принцип на правовата държава е равенството на всички граждани по права и достойнство, като не се допуска ограничения на правата или привилегии, основани на раса, народност, етническа принадлежност, пол, произход, религия, образование, убеждения, политическа принадлежност, лично и обществено положение или

имуществено състояние (чл. 6 от Конституцията)⁵⁸. Жената майка се ползва с особената закрила на държавата, която ѝ осигурява платен отпуск преди и след раждане, безплатна акушерска помощ, облекчаване на труда и други социални помощи (чл.47, ал.2 от Конституцията). Нещо повече, Законът за здравето ясно определя като приоритет опазването на здравето на децата, бременните и майките на деца до 1 година (чл. 2, т.2 и 5; чл. 81, ал.2, т.2 и др. от Закона за здравето).

Доколко България спазва признатите права на децата, бременните и майките на бебета, личи от наблюденията и препоръките, отправени от Комитета по правата на детето през 2016 г. (CRC/C/BGR/CO/3-5). При този цикъл на мониторинг по чл. 44 от Конвенцията за правата на детето, Комитетът отбелязва усилията на държавата, за подобряване на здравните услуги за майки и деца чрез Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020. Той обаче остава дълбоко загрижен за високата смъртност сред новородени и деца до пет години, преждевременните раждания и бременност, за които не се полагат медицински услуги. Комитетът също изразява безпокойство, че ромската общност, и в частност майките и малките деца от ромски произход са особено уязвими и все още нямат достъп до адекватни здравни услуги, което е причина за преждевременни раждания, ниско ниво на имунизация срещу детски болести и високо ниво на дентални заболявания, високата степен на недохранване, като тяхното положение се влошава от бедността и социалната изолация (§ 40).

В светлината на общ коментар № 15 и като отчита Цел за устойчиво развитие 3, подцел 3.1 за намаляване на майчината смъртност и подцел 3.2 за прекратяване на предотвратимите смъртни случаи на новородени и деца до 5-годишна възраст, Комитетът, между другото, препоръчва на България:

а) да отдели достатъчно човешки и финансови ресурси, за да гарантира пълноценно изпълнение на Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 и да подкрепи и увеличи подкрепата от страна на новоназначени здравни медиатори за ромските общности;

⁵⁸ Виж. доклада на Мария Шаркова

б) да осигури наличност и равен достъп до първична и специализирана здравна и дентална помощ за всички деца в страната, и по-специално тези в неравностойно социално и икономическо положение, включително деца-роми и деца с увреждания;

в) да увеличи усилията, за да гарантира достъп до подходящи медицински грижи, включително предродилна помощ за неосигурени бременни, на най-уязвимите семейства, и по-специално тези, които живеят в маргинализирани и отдалечени региони;

г) да изпълнява и прилага техническото ръководство на Службата на Върховния комисар на ООН по правата на човека за прилагането на основан на човешките права подход за изпълнение на политики и програми за намаляване и премахване на предотвратимата смъртност и заболяемост на деца до пет години (A/HRC/27/31).

Заключение

Свикнали сме да чуваме, че България е малка държава и политиката ни е заложенник на геополитическите интереси на големите глобални играчи. Свикнали сме с оправданията, че обществото ни е изостанало и бедно и затова секторните ни политики не успяват да генерират устойчиво развитие и високо качество на предоставяните на гражданите и бизнеса здравни, образователни, административни, транспортни или социални услуги. Но в случая с проследяването на бременните жени и грижата за бебета камъните са в нашата градина. Едва ли великите сили ще пилеят енергия, за да саботират инвестицията ни от 20 лв. в МДД за неосигурените бременни. Едва ли и най-модерното и скъпо оборудване, което съществува в най-развитите болници на света ще може да ни избави от мъртвата хватка, в която сами поставяме системата си за (майчино и детско) здравеопазване, отказвайки да инвестираме в информация, логистика, профилактика и превенция. Попияваме ценен публичен ресурс. Системата не е нито ефективна, нито ефикасна. Ако продължаваме да мислим модернизацията на сектора само и единствено като покупка на оборудване и ремонт на стари помещения, здравеопазването ни ще

продължава да възпроизвежда кризи. Това не е система, която функционира за благо на пациентите, а по повод на пациентите. Наскоро от ефира на националната телевизия проф. Генчо Начев информира българската общественост⁵⁹, че „когато болницата е пълна, лекарят е доволен, защото това носи приходи“. Разбира се, знаем за популярността на този начин на мислене. Проблемът е, че той противоречи на общия интерес. Цената за нашата безотговорност я плащат бебетата. Понякога със здравето и с живота си. Но бебета не могат да защитят правата си от коремите на майките. Ние трябва да го направим за тях. А и за себе си. Защото сме едно. Бременните буквално.

⁵⁹ Явно и с това сме свикнали, защото не последва никаква реакция от водещия на предаването, г-н Георги Любенов: <https://bnt.bg/news/prof-gencho-nachev-koronavirusat-e-laboratorno-sazdaden-i-e-vid-biologichno-orazhie-v291364-292613news.html>