

**НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА
ЗА ПОДОБРЯВАНЕ
НА МАЙЧИНОТО
И ДЕТСКО ЗДРАВЕ
2014 – 2020 г.**

I. Въведение и обосновка

Настоящата Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве е в изпълнение на приетата **НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ 2014-2020 (НЗС)**, одобрена от Министерския съвет на Република България.

В **ПОЛИТИКА 7** от стратегията: **Ефективно функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване** е подчертано, че политиката обхваща мерки за интегриран подход на институциите и обществото за здравето на децата. Тя отразява разбирането, че грижата за детското здраве и развитие е задължение на родителите, държавата и институциите, обществото като цяло, както и самото дете в по-горните възрасти. Политиката е също отражение 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. Управлението на детското здраве изисква специфични мерки във всеки период, които трябва да стартират още преди бременността на майката и да обхванат всички възрастови периоди до 18 годишна възраст. Те изискват усилия за обединение в една интегрална съвкупност на твърде различаващи се области на интервенции, които изискват различна компетентност - промотивни, профилактични, социални и психологически мерки, подобряване на диагностиката и лечението, обучение и квалификация на медицинския персонал, учителите и цялостното население, изграждане на социални връзки и комуникации и укрепване на организационната мрежа с йерархични или координационни взаимодействия между различни правителствени и неправителствени институции.

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

В този смисъл са и препоръките на ЕС, изразени в изготвената през 2005 г. Европейска стратегия „Здраве и развитие на децата и подрастващите”. Настоящата политика е синхронизирана с Европейската стратегия за детско здраве и интегрира седемте приоритетни направления за действие в условията на Европа – здраве на майката и новороденото, хранене, инфекциозни болести, травми и насилие, физическа околна среда, здраве на подрастващите, психосоциално развитие и психично здраве. Политиката излиза от тесните рамки на дейностите по осигуряване главно на медицински грижи за задоволяване потребностите от диагностика и лечение на нежеланата бременност, пренаталните грижи за майките, медицинските грижи насочени към различните проблеми във възрастовите периоди от 0-18 г. Политиката е насочена и към прилагане на европейските стандарти към редки болести, генетични заболявания и предразположения, хронични заболявания в детската възраст, деца с увреждания, деца със специфични потребности и др..

Особено голямо значение се отдава на осигуряването на информационно-образователни и здравно-консултативни услуги за здравословен начин на живот, на превенцията на злоупотребата с наркотици, тютюн и алкохол, на социокултурната и материалната околна среда, в която младите хора живеят и се социализират.

Идентифицираните проблеми в областта на детското здраве налагат интегриран подход и към преодоляване на съществените различия в показателите за детско здраве в отделните области на страната и най-вече между селата и градовете.

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.

1. Състояние на майчиното и детско здраве

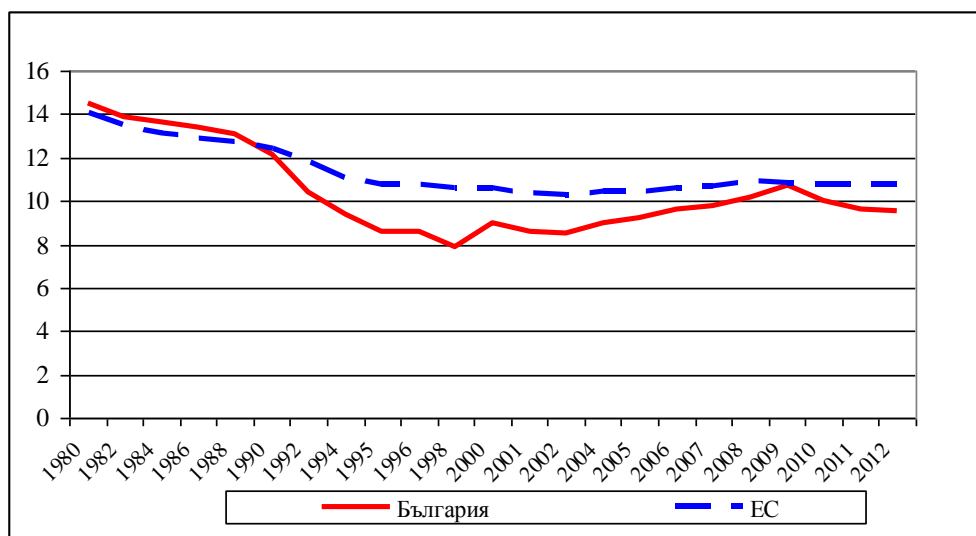
Във всички стратегически документи - доклад за здравето на гражданите, актуализираната демографска стратегия на Република България, Националната здравна стратегия са подчертани проблемите в показателите на държавата за Броят на родените през 2012 г. е 69 678, от които живородените са 69 121 (99.2%) и мъртвородените са 557 (0.8%)¹. Спрямо предходната година броят на живородените деца е намалял с 1 725 деца.

Броят на живородените момчета е 35 662, с 2 203 по-голям от този на момичетата – 33 459 или на 1000 момчета се падат 938 момичета. В градовете живородените са 51 658 (с 1738 по-малко от предходната година), а в селата –17 463 (с 13 по-малко от 2011г.).

Не се отчита промяна спрямо предходната година в средната възраст на жените при раждане на първо дете - 26.3 години².

Запазва се дълготрайната тенденция за намаляване на **раждаемостта** (фигура 2). През 2012 г. броят на ражданията в страната е намалял и коефициентът на общата раждаемост е 9.5‰ (9.6‰ за 2011 г.), като остава по-нисък от този за ЕС (10.49‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

Фигура 2. Ниво на раждаемостта в България и ЕС (на 1000 души)



Източник: WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB)

Раждаемостта в градовете намалява и през 2012 г. е 9.7‰, а в селата се запазва почти на едно ниво – 8.8‰. По-високата раждаемост в градовете се определя от по-младата възрастова структура на населението.

През последната година се наблюдава увеличаване на броя на родилките до 20 г., като същият остава относително висок - 7 404 през 2012 г. при 7779 за 2011 г. Значими социални и здравни проблеми поставят ранните раждания на момичета под 15 годишна възраст и на 15-19 години.

¹ Национален статистически институт

² България 2011. Статистическа панорама, НСИ, юли 2012

Влияние върху раждаемостта през последните години оказва повишаването на **плодовитостта** на родилните контингенти, измерена чрез *тоталния коефициент на плодовитост* (среден брой деца, които една жена ражда през целия си детероден период). Най-ниската стойност на този показател е регистрирана през 1997 г. – 1.12. Следва увеличение на нивото: 1.31 през 2005 г., 1.49 деца през 2010 и през 2012 г. достига 1.5 (ЕС – 1.56).

Намаляването на жените във фертилна възраст и увеличаването на тоталния коефициент на плодовитост показва, че увеличеният брой раждания се дължи главно на отложени във времето раждания и раждане на второ или следващо дете³.

Запазват се териториалните различия. Най-висока е раждаемостта в областите Сливен (12.0%), София град (10.5%), Търговище (10.2%), Бургас (10,1%) и Варна (10.0%), а най-ниска в областите Смолян (6.6%), Видин (7.2%) и Перник (7.3%).

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

Въпреки изразената тенденция за намаляване броя на **абортите** (1990 г. – 144 644; 2000 г. – 61 378), те съставляват половината от ражданията през годината. При 69 678 раждания за 2012 г. броят на абортите е 29 992. На 1000 жени на възраст 15-49 години се падат 43 раждания и 18.3 аборти. Най-голям е броят и дялът на абортите във възрастовата група 25-29 г. – 7 251 (24.18%) и 30-34 години – 7 245 (24.16%). На лица до 15 годишна възраст са извършени 111 аборта (0.37%), а до 19-годишна възраст – 2 744 (9.15%), т.е. всеки десети аборт е извършен на лице до 19-годишна възраст (приложения – таблица 2).

Броят на абортите на 1000 живородени в България през 2012 г. е 433.91 и е 2 пъти по-висок от средния за ЕС (221.21%). По-висок е показателят само за Естония и Румъния (приложения – таблица 3).

Легалният аборт продължава да се използва като контрацептивен метод въпреки риска за здравето и детеродната способност на жената. От всички извършени аборти 2 930 са по медицински показания (9.77%), 9 821 са спонтанни (32.75%) и останалите – по желание – 17 240 (57.48%).

Детска смъртност

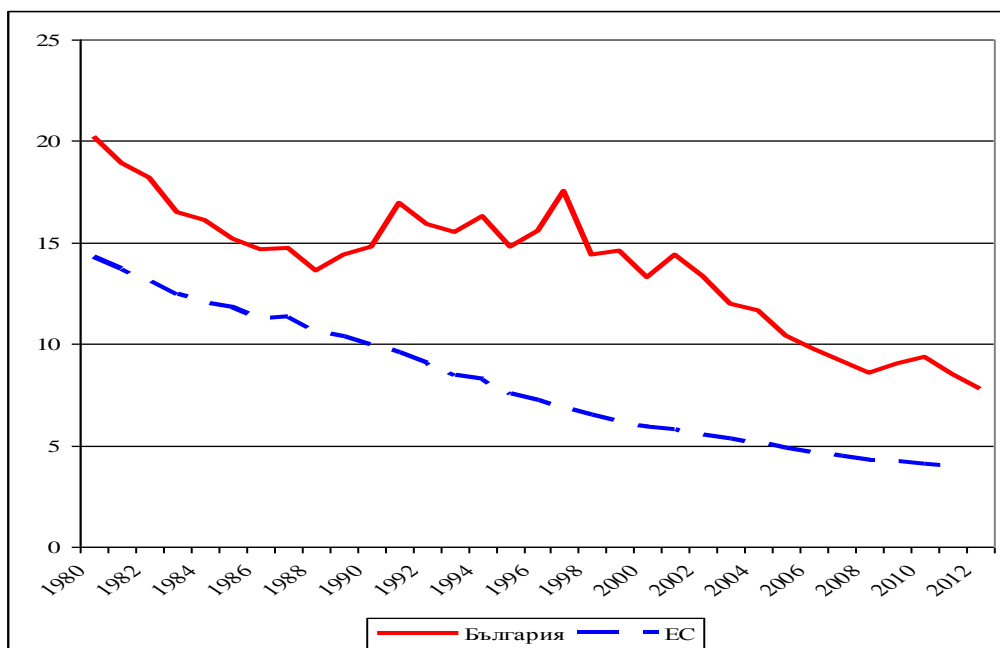
Продължава да е висока **детската смъртност**, независимо от изразената тенденция към снижаване. През 2012 г. в страната са умрели 536 деца на възраст до 1 г. (601 за 2011 г.), като коефициентът на детската смъртност е намалял от 8.5‰ през 2011 г. на 7.8‰ през 2012 г. Достигнатото равнище на детската смъртност е най-ниското в цялата история на демографската статистика в България (фигура 5). Въпреки това, детската смъртност остава почти 2 пъти по-висока, отколкото в ЕС (4.0‰). Този показател е индикатор за качеството на медицинската помощ, но върху него влияят и жизнения стандарт и здравната култура на населението.

В селата показателят остава по-висок от този в градовете (съответно 9.6‰ и 7.1‰). Причини за това могат да се търсят във влошаване на социално-икономическите условия в селата, ограниченият достъп до здравни услуги, по-ниското образование и култура.

Областите с най-висока детска смъртност са Сливен (16.6%), Монтана (14.4%), Разград (13.1%), а с най-ниска – Благоевград (2.3%), Смолян (2.6%) и София град (4.4%).

Фигура 5. Показатели за детска смъртност в България и ЕС (на 1000 живородени)

³ Актуализирана Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030 г.)



Източник: НЦОЗА, WHO, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB)

Перинаталната детска смъртност се задържа висока и през 2012 г. (11.0 на 1000 родени деца), но намалява спрямо предходната година (11.7‰), при среден показател за ЕС (7.14‰).

Показателят за **мъртвораждаемостта** се увеличава спрямо предходната година - 8.0‰ и е по-висок от средната стойност за ЕС (5.27‰).

Неблагоприятни стойности се установяват и по отношение на другите повъзrastови показатели за детска смъртност: неонатална и постнеонатална, сравнени със средните стойности за ЕС.

Неонаталната детска смъртност след 2000 г. показва тенденция за намаляване и достига през 2012 г. най-ниското ниво – 4.5‰. Средната стойност в ЕС на този показател (2.74‰) непрекъснато намалява и е близо 2 пъти по-ниска от тази в България

Постнеонаталната детска смъртност се увеличава през 2012 в сравнение с 2011 г. от 3.2 на 3.3 на 1000 живородени без умрелите до 28 ден. Средната стойност за ЕС е 1.38‰ и е 2.4 пъти по-ниска от тази за България.

Анализът на **умиранията при децата до 1-годишна възраст по причини** показва, че най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през перинаталния период – 237 (44.22%), в т.ч. дихателни и сърдечно-съдови нарушения, характерни за перинаталния период – 156, от които 100 поради респираторен дистрес синдром. Следват вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 96 (17.91%), болести на органите на кръвообращението (6.16%) и на дихателната система (14.18%). Тези 4 класа обуславят 82.46% от всички умирания на деца до 1-годишна възраст. Не се наблюдава съществена разлика в структурата на умиранията до 1 година по пол.

Интегралният показател, характеризиращ **вероятността за умиране на децата преди достигане на 5-годишна възраст⁴** в България е 10.22‰ – 2 пъти по-високо ниво от средното за ЕС (4.78‰) (приложения - таблица 5). Най-често основните причини за смърт на децата до 5 години са: някои състояния, възникващи през перинаталния период, болести на дихателната система, вродени аномалии, болести на органите на кръвообращението и външни причини за заболяемост и смъртност.

Недоносеността е в тясна връзка с качеството на акушеро-гинекологичната помощ. 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.

Майчината смъртност на 100 000 живородени от 19.07 през 2001 г. намалява до 4.3 през 2012 г. Съответният показател за ЕС е 5.69‰.

2. Здравно обслужване на бременните жени и майките

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 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и Наредба за основния пакет от здравни дейности, гарантиран от НЗОК . Посочените наредби са съобразени с всички съвременни постижения на медицинската наука, като периодично се осъвременяват. В следствие чрез програмите „Майчино здравеопазване“ и „Детско здравеопазване“ на НЗОК се заплаща на изпълнителите – ОПЛ и специалисти по АГ и по педиатрия, които осъществяват пряката дейност. Тя включва прегледи и изследвания за проследяване на бременността , за домашни посещения след раждането, за профилактични прегледи и диспансеризация на здрави деца и за деца с хронични заболявания. Целта на програмите е да осигурява нормалното протичане на бременността и изхода от нея за майката и плода, както и наблюдението и грижата за развитието на здрави деца и превенцията на заболяванията при децата

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

Проблеми

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

Неравномерно териториално разположение на ОПЛ практиките

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

Наличие на регулативни стандарти и непълнота при осъществяване на пакетите за профилактични и диспансерни прегледи при бременни и деца. Липса на информация за бременни и деца, обхванати с профилактични прегледи, както и за обема, в който се осъществяват. Липса на капацитет за наблюдение и родоразрешение при бременност с патология на плода и майката.

Наличието на регулативни стандарти в първичната извънболнична помощ (лимитиран брой направления за месец на ОПЛ за насочване за консултация към съответен специалист) ограничават свободния достъп на бременните и майките до специализирана медицинска извънболнична помощ. Лимитираният брой направления води до допълнителни финансови разходи, отлагане на съответните прегледи и консултации и оттам до влошаване на здравното състояние. Независимо, че няма лимит на направленията на децата за педиатър, налице са ограничен брой направления за изследвания, което нерядко допринася за затруднения при диагностиката и навременното лечение.

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

Раждането и престоят в болница по време на раждане не се заплаща от жените⁵. 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.

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

Съществуващата нормативна база не стимулира активност на извънболничните АГ лекари по отношение на обхвата, наблюдението и изследването на бременните жени. Ниското възнаграждение на акушер гинеколозите за диспансерно наблюдение и консултиране на бременните жени намалява мотивацията им. Поради това и във връзка с пасивно отредената им роля да очакват бременните жени активно да ги потърсят, доведе до влошаване на качеството на извън болничната АГ помощ. 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.

Деца има право на избор на лекар (ОПЛ или педиатър), който да ги наблюдава. Независимо от това в много случаи този избор не може да се направи поради неравномерно териториално разпределение на специалистите-педиатри в извънболничната медицинска помощ. Същевременно достъпът до педиатър от друго населено място е свързано с допълнителни финансови разходи за придвижване

Посочените причини водят на практика до 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.

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

⁵ Наредба № 26 от 14.06.2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени

на изследванията, които са им извършени през бременността, както и последващият „път“ на жената да получи адекватни медицински грижи.

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

Въпреки посочените срокове на бременността в Наредба №39, в които следва да се извършват ехографски прегледи с различна компетентност, биохимичен скрининг и последващи от него действия, реално няма действащ системен алгоритъм за насочване на пациентките на място в което има обучени специалисти за 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. Патологията на бременността е около 15%. Тя също изисква по-специализирана ехографска диагностика, каквато не е гарантирана в системата на извънболничната помощ, и е инсуфициентна в системата на болничната помощ. При изградена система с протоколи и диагностика от обучени специалисти, нивото на откриване сигнификантно се покача на 7,3% от всички новородени. По отношение на бременните с патологично протичаща бременност – бременност и диабет, бременност и преекламписия, бременност и сърдечно-съдови заболявания е необходимо да се предприемат мерки за специализирано медицинско наблюдение и насочване на места, където има възможност за по-добра диагностика/апаратура и специалисти/, както и родоразрешение.

При анализа на наличната апаратура която е необходима за провеждане на изследвания по протокол се оказва, че повечето болници даже не разполагат с апаратура 2Dq 3 r 4D, Doppler и цветен Doppler, а тези които имат тя е на 4-5 години. Направените анализи относно „допълнителната квалификация“ на специалистите показват, че много малко от тях разполагат със сертификати за обикновена ехография, а тези, които имат за най-високо ниво са от порядъка на 15-20 за цялата държава.

Проучванията на чуждия опит показват че в Германия и Англия ехографският скрининг се извършва на три нива.

В тази връзка следва да се регламентира въвеждане на Концепция за три нива на ехографски прегледи /концепция на Hansmann 1981, адаптирана в момента се използва от DEGUM/US/, съобразно възможностите на апаратурата и компетенциите на специалистите, както и алгоритъм на поведение – ехографски прегледи/8-12 г.с.; 18-22 г.с.; 28-32 г.с./ и обвързването им с биохимичния скрининг на бременните.

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

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

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

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

Съгласно действащата нормативна уредба /Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК/ децата с хронични заболявания подлежат на диспансерно наблюдение, което включва прегледи и изследвания с определен обем и честота.

Като съществен проблем при децата с увреждания е липсата на възможности за планиране на ранна интервенция, както и на последващи интегрирани здравно-социални услуги и рехабилитация.

За България тревожна тенденция е големият брой на децата до 16-годишна възраст, освидетелствани и признати с първична инвалидизация. През 2010 г. те са 3 833 или 3,5/1000. Най-голям е дялът на инвалидизираните деца с 50-90% трайно намалена възможност за социална адаптация – 72,9%. Най-чести причини за инвалидизиране при децата са болестите на дихателната система, вродени аномалии, болестите на нервната система, психични и поведенчески разстройства, болести на ендокринната система и обмяната.

В МЗ ежегодно се изготвя анализ на физическото развитие и здравословното състояние на децата и учениците, в който се обхващат децата от организирани детски колективи – детски градини и училища. По-долу е представена информация за 2012 г. за регистрираните заболявания и аномалии:

Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на децата, проведен в периода септември – декември 2012 г.

| Заболявания и аномалии | Шифър | Брой деца всичко | В това число | |
|--|----------|---------------------|--------------|-----------|
| | | | 0-3 г. | 3-7 г. |
| а | б | 1 | 2 | 3 |
| Общ брой деца | 0 | 231492 | 31579 | 199913 |
| Общо прегледани деца | 01 | 213688 | 30226 | 183462 |
| Туберкулоза (A15-A19) | 02 | 7 | 1 | 6 |
| Злокачествени новообразувания (C00-C96) | 03 | 15 | 2 | 13 |
| Болести на щитовидната жлеза (E04-E07) | 04 | 17 | 2 | 15 |
| Захарна болест (диабет) (E10) | 05 | 85 | 5 | 80 |
| Затлъстяване (E65-E68) | 06 | 1458 | 107 | 1351 |
| Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69) | 07 | 178 | 32 | 146 |
| Неврози (F40-F48) | 08 | 67 | 6 | 61 |
| Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98) | 09 | 430 | 47 | 383 |
| Специфично забавяне в развитието (F84) | 10 | 420 | 33 | 387 |
| Олигофрения (F70-F79) | 11 | 31 | 1 | 30 |
| Детска церебрална парализа (G80) | 12 | 212 | 12 | 200 |
| Епилепсия (G40) | 13 | 365 | 27 | 338 |
| Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52) | 14 | 236 | 8 | 228 |
| Смущения в зрението (H53) | 15 | 1441 | 81 | 1360 |
| Слепота и намалено зрение (H54) | 16 | 155 | 4 | 151 |
| Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93) в т.ч. Глухота (H90) | 17 18 | 286 106 | 48 16 | 238 90 |
| Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09) | 19 | 5 | | 5 |
| Хипертонична болест (I10-I15) | 20 | 3 | | 3 |
| Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (J35) | 21 | 2727 | 741 | 1986 |
| Алергичен ринит (J30) | 22 | 1246 | 202 | 1044 |
| Пневмония (J12-J18) | 23 | 1784 | 515 | 1269 |
| Хроничен бронхит (J41-J44) | 24 | 1188 | 309 | 879 |
| Астма (J45) | 25 | 2426 | 242 | 2184 |
| Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26) | 26 | 12 | | 12 |
| Гастрит и дуоденит (K29) | 27 | 162 | 13 | 149 |
| Абдоминална херния (K40-K46) | 28 | 24 | 3 | 21 |
| Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73) | 29 | 7 | | 7 |
| Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08) | 30 | 12 | 1 | 11 |

| | | | | |
|---|----|--------------|-------------|--------------|
| Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16) | 31 | 82 | 10 | 72 |
| Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23) | 32 | 9 | | 9 |
| Кръвотечения от половите орг. и смущения на менструацията (N91-N94) | 33 | | | |
| Артропатии и сродни заболявания (M00-M36) | 34 | 25 | | 25 |
| Плоско стъпало, придобито (M21.4) | 35 | 136 | 16 | 120 |
| Гръбначни изкривявания (M40-M43) | 36 | 81 | 3 | 78 |
| Вродени аномалии (Q00-Q99) | 37 | 337 | 29 | 308 |
| в т.ч. на сърдечно съдовата система (Q20-Q27) | 38 | 167 | 17 | 150 |
| крипторхизъм (Q53) | 39 | 24 | 2 | 22 |
| Късни последици от травми и отравяния (T90-T95) | 40 | 66 | 1 | 65 |
| Други | 41 | 2798 | 377 | 2421 |
| Открити заболявания - всичко | 42 | 18600 | 2882 | 15718 |
| На 1000 прегледани деца | | 87 ‰ | 95 ‰ | 86 ‰ |

Регистрирани заболявания и аномалии при основния профилактичен преглед на учениците, проведен в периода септември – декември 2012 г.

| Заболявания и аномалии | Шифър | Брой ученици всичко | В това число: | | |
|--|-----------|---------------------|---------------|----------|--------|
| | | | I клас | VII клас | X клас |
| а | б | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Общ брой ученици | 0 | 658243 | 58529 | 55369 | 48580 |
| Общо прегледани ученици | 01 | 553709 | 50096 | 45747 | 39295 |
| Туберкулоза (A15-A19) | 02 | 61 | 6 | 10 | 10 |
| Злокачествени новообразувания (C00-C96) | 03 | 182 | 19 | 15 | 20 |
| Болести на щитовидната жлеза (E04-E07) | 04 | 265 | 11 | 34 | 41 |
| Захарна болест (диабет) (E10) | 05 | 761 | 53 | 89 | 93 |
| Затлъстяване (E65-E68) | 06 | 12017 | 1104 | 1405 | 870 |
| Болести на кръвта и кръвотворните органи (D50-D69) | 07 | 412 | 44 | 45 | 40 |
| Неврози (F40-F48) | 08 | 389 | 40 | 42 | 57 |
| Специални симптоми и синдроми (заекване, тикове, анорексия, енурезис, стереотипи) (F95, F98) | 09 | 937 | 134 | 77 | 31 |
| Специфично забавяне в развитието (F84) | 10 | 1857 | 259 | 164 | 75 |
| Олигофрения (F70-F79) | 11 | 998 | 92 | 90 | 55 |
| Детска церебрална парализа (G80) | 12 | 678 | 108 | 61 | 58 |
| Епилепсия (G40) | 13 | 1705 | 182 | 190 | 168 |
| Нарушения на рефракцията и акомодацията (H52) | 14 | 2158 | 199 | 327 | 226 |
| Смущения в зрението (H53) | 15 | 5930 | 576 | 747 | 459 |
| Слепота и намалено зрение (H54) | 16 | 524 | 60 | 61 | 54 |
| Болести на ухото и на мастоидния израстък (H65-H93) | 17 | 658 | 75 | 95 | 35 |
| в т.ч. Глухота (H90) | 18 | 433 | 51 | 39 | 18 |
| Остър ревматизъм и хронична ревмат. кардиопатия (I00-I09) | 19 | 81 | 6 | 4 | 10 |
| Хипертонична болест (I10-I15) | 20 | 450 | 11 | 60 | 101 |
| Хронични заболявания на тонзилите и аден. вегетации (J35) | 21 | 939 | 236 | 124 | 36 |
| Алергичен ринит (J30) | 22 | 1574 | 207 | 154 | 114 |
| Пневмония (J12-J18) | 23 | 621 | 126 | 86 | 28 |
| Хроничен бронхит (J41-J44) | 24 | 733 | 172 | 117 | 44 |
| Астма (J45) | 25 | 4297 | 611 | 451 | 281 |
| Язва на стомаха и дванадесетопръстника (K25-K26) | 26 | 278 | 32 | 23 | 21 |
| Гастрит и дуоденит (K29) | 27 | 508 | 28 | 70 | 93 |
| Абдоминална херния (K40-K46) | 28 | 72 | 8 | 16 | 8 |
| Хроничен хепатит (B18.1, B18.8, K73) | 29 | 59 | 3 | 7 | 3 |
| Остър и хроничен гломерулонефрит (N00-N08) | 30 | 87 | 11 | 8 | 12 |
| Остър и хроничен пиелонефрит (N10-N16) | 31 | 315 | 25 | 38 | 39 |
| Камъни в бъбрека и уретера (N20-N23) | 32 | 220 | 6 | 15 | 37 |
| Кръвотечения от полов. орг. и смущ. на менструацията (N91-N94) | 33 | 168 | 3 | 10 | 40 |
| Артропатии и сродни заболявания (M00-M36) | 34 | 462 | 8 | 49 | 76 |
| Плоско стъпало, придобито (M21.4) | 35 | 702 | 45 | 88 | 98 |

| | | | | | |
|--|----|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Гръбначни изкривявания (M40-M43) | 36 | 2941 | 360 | 370 | 195 |
| Вродени аномалии (Q00-Q99) | 37 | 1195 | 130 | 118 | 96 |
| в т.ч. на сърдечно съдовата система (Q20-Q27) | 38 | 610 | 70 | 48 | 37 |
| крипторхизъм (Q53) | 39 | 46 | 4 | 2 | 3 |
| Късни последици от травми и отравяния (T90-T95) | 40 | 260 | 10 | 13 | 30 |
| Други | 41 | 2639 | 270 | 365 | 151 |
| Открити заболявания - всичко | 42 | 46506 | 5121 | 5224 | 5116 |
| На 1000 прегледани ученици със заболяване са: | | 84 ‰ | 102 ‰ | 114 ‰ | 130 ‰ |

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

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

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

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

Вродени малформации

Родените деца с вродени аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации са 164,2 на сто хиляди. Именно поради това значимостта на пренаталната диагностика за намаляване на детската смъртност е голяма. През 2011 г. са извършени 21 870 биохимични скрининга при бременни жени за синдром на Даун и още пет хромозомни болести, дефекти на коремната стена и невралната тръба. Установени са 1 145 отклонения в резултатите, наложили пренатална ДНК диагностика и 61 бременности с вродена тежка патология на плода. За осигуряване на своєвременна и точна пренатална диагностика е наложително наличието на високо-технологична ехографска апаратура. В момента достъпът на бременните жени до такава апаратура е силно ограничен, както поради недостатъчния брой налични апарати, така и поради липса на достатъчно квалифицирани специалисти, които да работят с нея. Чрез осигуряване на високо-технологична ехографска апаратура и обучение на специалисти за работа с нея следва да се гарантира ефективност на пренаталната диагностика и осигуряване на достъп до изследвания за фетална морфология за всички бременни жени. С това ще се гарантира в системен мащаб гарантиране на ефективността от въведения

биохимичен скрининг на бременните жени. Като резултат ще се позволи ранно откриване на различни вродени аномалии на плода, диагностициране на евентуални хромозомни или структурни аномалии, с което се създават условия за тяхното намаляване.

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

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

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

Друга група с подобен проблем – **липса на алтернативна грижа за деца, които се възстановяват след лечение на онкохематологично заболяване.** В България ежегодно се разболяват между 150 до 200 деца от 0 до 18 годишна възраст. След процеса на лечение на децата и родителите се нуждаят от специализирана помощ за рехабилитация и социална реинтеграция.

Сериозен е и броят на страдащите младежи от **анорексия и булимия.** От анорексия невроза заболяват 8 до 13 човека на 100 000 популация годишно. Заболяването засяга предимно момичета в юношеска възраст, като между 15 и 19 годишна възраст се проявяват 40% от всички случаи. Приблизително 90% от децата с анорексия са момичета. Анорексия невроза често се придружава от психични и физически заболявания, като депресия, тревожност, маниакално поведение, злоупотреба с вещества, сърдечносъдови и неврологични усложнения и нарушено физическо развитие

В България липсват адекватни медицински звена, които да поемат засегнатите, както и липсва статистика за точния брой на засегнатите от хранителни разстройства. По оценка на специалисти, 150 хил. са младите хора в страната, които страдат от анорексия и булимия, при които обикновено се отлага лечението и вземането на мерки става едва при животозастрашаващите фази на болестта. Липсата на информация за тези заболявания, кара много хора да negliжират този проблем, а те могат да бъдат разрушителни и понякога необратими.

Горечитираните проблеми засягат следните специфични целеви групи: деца и техните семейства, страдащи от хронични, генетични и ментални заболявания.

Деца с увреден слух

Намалението на слуха е едно от най-често срещаните вродени заболявания и придобити увреждания в неонаталния период, които остават като актуален медицински, социален и икономически проблем. Ранната диагностика на децата с увреден слух и последващото лечение е съвременно решение и позволява развитието на речта и говора, емоционално,

психично, социално и умствено развитие на личността, както и вграждането им в нормалната среда на чуващите. Честотата на децата с вродени слухови увреждания е между 2 – 4 на 1000 новородени деца. Трайните детски слухови увреждания са сериозен обществено значим здравен проблем, засягайки най-малко едно на 1000 новородени. Приема се, че провеждането на изследванията и резултатът от последващата профилактика са най-успешни в първите месеци след раждането. Следователно откриването чрез скринингови изследвания, проведени скоро след раждането, дават възможност да се подобри качеството на живота и перспективите на развитие в личен и обществен план на засегнатите деца. Методите за идентификация на трайните слухови увреждания в неонаталната възраст са ефективни и може да се очаква, че установяват най-малко 80 % от случаите с трайни слухови увреждания, докато неточните резултати са при 2-3 % от нормално чуващите бебета. Неонаталното изследване в АГ клиники/отделения са по-ефективни и по-евтини, отколкото по-късно извършените изследвания след 7 - 9 месеца.

4. Необходимост от разширяване обхвата на масовите скринингови програми за новородени

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

1. ФКУ и хиперфенилаланинемия /скринингов метод - определя се фенилаланин в суха капка кръв; НРА; място за лабораторен анализ - НГЛ СБАЛАГ МД, място за лечение - СБАЛДБ/
2. Вроден първичен хипотиреоидизъм /скринингов метод ТСХ в супа капка кръв; СН; място за лабораторен анализ, лечение и проследяване СБАЛДБ, скрининг /
3. Вродена надбъбречнокорова хиперплазия /определя се 17 хидрокси-прогестерон в суха капка кръв; около 90% по литературни данни се дължат на моногенно засягане на 21-хидроксиллазата, много по-рядко се касае за останалите дефекти в надбъбречната стероидна биосинтеза; САН; място за лабораторен анализ, лечение и проследяване скрининг - СБАЛДБ /
4. Пилотни скринингови програми за вродени грешки на обмяната с тандем масспектометрия /НГЛ лабораторен анализ, отделение по генетика лечение/

Международната експертна скринингова мрежа обръща внимание, че се касае за цялостни програми, не бива те да бъдат редуцирани единствено и само до лабораторните единици. Скрининг това означава потвърждаване на съмнението от скрининговото изследване, решение за или против започване на съответно лечение, избор на оптимално лечение /напр. диета, медикаменти, операции, рехабилитация и т.н/, а също така и продължително проследяване на пациентите и оценка на късните резултати. Експертната мрежа предлага разширяването на съществуващите скринингови дейности да се извършва в страните членки на ЕС по определен ред, в зависимост от честотата на заболяването, вида на лабораторния тест/тестове, доказани ползи.

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

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

реално време е задължително условия за неонатолози, скринингови лаборатории, клиницисти и пациенти.

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

5. Неэффективна система за проследяване, рехабилитация и грижа за недоносените деца

У нас недоносеността се движи в международно приетите граници. Така в България ежегодно се раждат около 6000 недоносени деца при раждаемост около 60 000-65 000 годишно (близо 10 % от всички живородени).

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

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

6. Липса на места за консултиране на бременни, майки, двойки, деца и техните семейства

Недостатъчно развитие на консултирането като промотивно-профилактичен метод по въпросите на планиране на бременността, проблеми на бременността и безопасното майчинство, репродуктивни проблеми, медико-социални и психологически проблеми при семействата и при деца със специални потребности се констатира не само в малките населени места, но и в големите градове. Интегрирано «консултиране» по всички въпроси на младежите и двойките преди забременяване, по време на бременността, за деца с увреждания и специални потребности ще създаде предпоставки за преодоляване на негативните тенденции, произтичащи от разпокъсаните връзки в системата, от негативизма към системата, който произтича от трудното реализиране на пръв поглед гарантираните здравни услуги за семейства, бременни и деца. В системата за здравеопазване няма интегриран подход към цялостното обслужване необходимо за реализиране политиката за „репродуктивно здраве“ формулирана още от Конференцията в Кайро през 1994 г.: политика за безопасно майчинство, политика за преходните възрасти/пубертет и менопауза/, политика за семейно планиране, борба със стерилитета, политика против абортите, политики в областта на генетиката и др.

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

Всичко изброено по-горе подчертава необходимостта от интегрирана политика за подобряване на майчиното и детско здраве чрез национална за периода 2014 - 2020 година.

II. Цели

1. Стратегическа цел

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.

2. Приоритети:

- **Повишена информираност на бременните, двойките, децата и техните родители, по различните аспекти на репродуктивното здраве.**
- **Изготвени и приети нормативни промени в здравното законодателство за регламентация на интегрирани съвременни здравно-консултативни услуги за бременни, майки, двойки, семейства, деца**
- **Усъвършенстван механизъм за събиране на данни, оценка и анализ на състоянието на майчиното и детско здраве с оглед определяне на необходимите интервенции съобразно особеностите и потребностите на регионите**
- **Подобрено здравно обслужване на бременните жени, двойките, майките и децата чрез предоставяне на интегрирани здравно- консултативни услуги**
- **Превенция на усложненията при деца с хронични заболявания чрез прилагане на комплексно интердисциплинарно обслужване**
- **Подобрени грижи за недоносените деца, вкл. наблюдение и рехабилитация**
- **Превенция и ранна интервенция на уврежданията при децата.**

III. Оперативни цели:

1. Повишаване на нивото на информираност на бременните, двойките, децата и техните родители, по различните аспекти на репродуктивното здраве.

Предвижда се:

- провеждане на проучвания за знанията, нагласите и поведенията на подрастващите за собственото им здраве чрез количествени и качествени методи на изследване;
- повишаване на информираността, знанията и нагласите на подрастващите за изграждане на жизненоважни умения за отговорно здравословно поведение;
- подобряване познанията на населението по въпросите на бременността, раждането, грижите за децата, за недоносените деца, хранене и здравословно поведение;
- изграждане на консенсус, обмен на добри практики и система за комуникация между заинтересованите институции, неправителствени организации по въпросите на майчиното и детското здраве;
- утвърждаване и развиване на програми за здравно образование с различна насоченост и тематика;
- утвърждаване на програми за обучение на родители –на недоносени деца, на деца със специални потребности и др.

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

Предвижда се:

- провеждане на проучвания за съществените различия в показателите за детско здраве в отделните области на страната, а така също и между селата и градовете и изработване на планове за действие по региони за преодоляване на негативните тенденции;
- въвеждане на система за мониторинг и контрол за обхващането на бременните жени и децата за профилактични прегледи;
- надграждане регистъра на ражданията с данни за обхвата с профилактични и диспансерни прегледи на бременните и децата;
- надграждане регистъра на ражданията с данни за хронични заболявания при децата.

3. Въвеждане на скрининги за деца със специфични потребности с оглед превенция на развитие на усложненията

Предвижда се:

- оптимизиране и разширяване на действащите профилактични и скринингови програми при бременни и деца;
- разработване на механизъм и въвеждане за неонатален слухов скрининг, за скрининг на ретинопатия при недоносените деца и др.;
- обновяване на апаратурата за диагностика на генетични заболявания;
- дооборудване с апаратура за целите на скрининга и лечението при ретинопатия при недоносените;
- актуализация на нормативната уредба за профилактични прегледи с оглед ранна диагностика на отклоненията в зрението при деца;
- закупуване на апарати за изследване на рефракцията при малки деца в довербална възраст.

4. Подобро здравно обслужване на бременните жени, двойките, майките и децата чрез предоставяне на интегрирани здравно- консултативни услуги в здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве

Предвижда се:

- осигуряване на достъпни, качествени и ефективни квалифицирани здравни услуги преди забременяване, по време на бременността, раждането, следродилния период и за децата от 0-18 г., с акцент върху специфичните мерки във всеки период;
- развитие на медико-социални услуги за бременни жени, двойки, семейства и деца;
- обучение на персонала за консултиране – лекари, медицински сестри, акушерки;
- подобряване обучението на студентите, ОПЛ, лекари и друг персонал по специфични въпроси касаещи майчино и детско здраве – проблеми на недоносените деца, деца с хронични болести, ретинопатия на недоносеното, глухота и др.;
- укрепване на материално-техническата база на лечебните заведения;
- подобряване на диагностиката на патологичната бременност чрез повишаване квалификацията на кадрите и осигуряване на подходяща апаратура/вкл. за фетална морфология;
- подобряване и разширяване на пакета услуги, предоставяни за бременни жени;

- осигуряване на комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване за деца с хронични заболявания;
- внедряване на европейски стандарти за диагностика и лечение –алгоритми, фишове за поведение и др.;
- развитие на интегрирани иновативни междусекторни услуги за деца и семейства (с акцент върху интегрирането на различните видове услуги – социални, здравни, образователни и др.);
- осигуряване на профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и грижи за деца със специални потребности.

За реализация на приоритетите ще бъдат създадени интегрирани здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве. Те ще бъдат разкрити на ниво „големи общински болници“ със структури по АГ и педиатрия, всички областни болници, университетски и специализирани АГ и педиатрични болници, в които ще се използва наличния капацитет от медицински специалисти. В тях ще се осъществяват здравно-информационни, здравно-образователни, 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. Предвижда се да бъдат направени нормативни промени за правно регламентиране на централните, като дотогава дейността им ще бъде организирана на функционален принцип .

Целеви групи

Центърът ще предоставя услуги, насочени към нуждите на младите хора, двойките, **бременни и родилки, деца от раждането до навършване на 18-годишна възраст и членове на техните семейства и подкрепяща среда.** Целевите групи ще бъдат обхванати с различни пакети от здравни дейности в зависимост от техните конкретни потребности и медико-социални рискове за здравето и развитието на децата. Приоритет в работата на Центъра ще бъдат групите в повишен риск.

Основни задачи

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;
- подпомагане отглеждането на детето в семейна среда в съответствие с неговата възраст, вкл. 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 неонаталните 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 в прилежащия на центъра район на медицинско обслужване;
- 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;

Основен подход в работата на Центъра е да се интегрира консултативната, промотивната, профилактична дейност, патронажната дейност за млади хора, двойки, бременни и деца в района на обслужване, както и по-висококвалифицирани медицински грижи /диагностика, проследяване и лечение/ при бременни с патология и деца с хронични болести за провеждане на комплекс от здравни, медицински и социални дейности.

Това следва да се реализира чрез:

- наблюдение и оценка на здравното състояние и развитието на бременността и на детето, разпознаване на евентуални проблеми и подпомагане на семейството за достъп до необходимите грижи и лечение;
- наблюдение на санитарно-хигиенните, противоепидемичните и профилактични грижи за опазване здравето на детето и предлагане на съвети и препоръки за тяхното подобряване;
- оценка на медико-социалните и поведенчески фактори в семейната среда с негативно влияние върху бременността и отглеждането на детето и предприемане на мерки за тяхното отстраняване (напр. консултиране и мотивиране на родителите за промяна на рисковото поведение, като тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, здравословно хранене и др.);
- оценка на грижите за стимулиране на социалното, емоционално, познавателно и речево развитие на детето и насърчаване на добри родителски практики в това отношение;
- предоставяне на здравна информация, съвети, обучение (вкл. с демонстрация на основни дейности и грижи) за безопасна бременност, режим и диета по време на бременността, подготовка за раждане, обгрижване на детето, кърмене и хранене, дневен режим, стимулиране на нервно-психическото развитие и др. въпроси, свързани с бременността или с отглеждането на детето, с отчитане на специфичните нужди и ресурси на всяко семейство;
- консултиране по въпросите на семейното планиране, сексуалното и репродуктивното здраве, по репродуктивни проблеми на индивида и двойката;
- проследяване изпълнението на имунизационния календар на децата, насочване и подкрепа за имунизация и скрининг за различни заболявания;
- разпознаване на белези и риск от насилие (вкл. negliжиране) над деца и изоставяне и предприемане на действия за информиране на компетентните власти;

- при нужда насочване към специалисти (рехабилитатори, психолог, логопед и пр.) и подходящи профилактични диагностично-лечебни програми и дейности;
- насочване и подкрепа за достъп до наличните здравни и социални услуги в общността, вкл. общопрактикуващи лекари, педиатри, акушер-гинеколози, социални услуги за деца и семейства, социално подпомагане и др.;
- организиране на процеса по осигуряване комплексна рехабилитация на недоносените деца;
- медицински грижи и насочване към по-висококвалифицирани медицински грижи;
- домашни посещения;
- индивидуални консултации и групови обучения на потребителите и членовете на техните семейства за здравословен начин на живот, здравословно хранене, адекватен хранителен и двигателен режим по време на бременност и кърменето и др.

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

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

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

Вход към услугата

Предоставянето на услуги от Центъра за майчино и детско здраве става въз основа на ясни правила и процедури. Участието на потребителите като ползватели на услугите ще бъде доброволно.

В процеса на развитие на центровете постепенно ще бъдат надградени дейностите. Потенциалните потребители ще бъдат насочвани към Центъра от лични лекари, педиатри, акушер-гинеколози, здравни медиатори, родилен дом, болнични заведения, детски ясли, съответните дирекции „Социално подпомагане” (отдели за закрила на детето), доставчици на социални услуги, семейно-консултативни центрове и други структури, предоставящи услуги за деца и семейства в общността. Потребители могат да заявят желание за ползване на услугите на Центъра и самостоятелно.

Персонал

За изпълнение на предвидените дейности Центърът за майчино и детско здраве задължително разполага с лекари, които са от лечебното заведение за болнична помощ и/или по договор, медицински сестри с базова медицинска специалност „медицинска сестра“ и специализация за работа с деца, акушерки, социален работник и психолог. Броят на медицинските сестри/акушерки се определя на база брой потенциални потребители. Центърът се ръководи от лице, определено от Директора на лечебното заведение за болнична помощ.

Центърът може да наема чрез договор за услуга (или граждански договор) психолог, рехабилитатор, логопед и др. Задължително Центърът разполага със социален работник.

Очаквани резултати от дейността на Центъра

1. Осигурен достъп до интегрирани здравно-социални услуги на млади хора, двойки, двойки с репродуктивни проблеми, деца с хронични заболявания, бременни жени и родилки.
2. Подобен достъп и повишено ползване на медицински услуги за деца и бременни, особено рискови и с хронични заболявания.
3. Ранно откриване на рискови фактори за здравето и развитието на децата и предприемане на навременни мерки за ограничаването им.
4. Ранно идентифициране на проблеми в развитието на децата и ранна интервенция.
5. Повишено ниво на информираност на родителите за отглеждане на децата и по-добри умения за родителство.
6. Превенция и ранна интервенция на уврежданията при децата.
7. Подобряване на комплексните грижи за деца с увреждания и деца със специфични потребности.
8. Подобрени показатели, характеризиращи здравното състояние на децата, бременните жени и родилките.

Място на Центъра в системата на здравеопазване

Центърът за майчино и детско здраве има за цел да разшири и допълни дейността на личните лекари, педиатри и акушер-гинеколози в следните аспекти:

- промоция на здравето, профилактика и превенция на рисковете за детското здраве и развитие;
- образование на родителите и подкрепа за развиване на родителски умения за грижа за малките деца;
- ранно идентифициране на рисковете за здравето и развитието на детето и осигуряване на ранна интервенция;
- подобро медицинско обслужване на бременни и деца;
- интегриране на медицинското обслужване с оглед реална реализация на гарантирания пакет;
- комплексно медико-социално обслужване на деца с хронични заболявания.

Координация и взаимодействие с лечебни заведения и др. структури

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 с лечебните заведения, в които се осъществяват необходимите дейности.

5. Подобрени грижи за недоносените деца, вкл. наблюдение и рехабилитация

Предвижда се:

1. Разработване и внедряване в практиката на алгоритъм за проследяване на недоносените деца.
2. Разработване и внедряване в практиката на алгоритъм за провеждане на рехабилитация при недоносени деца.

3. Приемане на нормативни промени с оглед подобряване грижите по проследяване и рехабилитация на недоносените деца, съобразно алгоритмите.
4. Информационна концепция и кампании за родителите относно ползите за осъществяване на комплексна рехабилитация при недоносените деца.
5. Изработване на карта на предоставяните услуги за рехабилитация на недоносени деца
6. Обучение на родителите за домашна рехабилитация на недоносените деца
7. Работа с родителите за психологическо подпомагане и мотивация за активно участие в грижата за недоносеното дете и контактите с необходимите специалисти.
8. Обновяване на неонатологичната апаратура за по-високотехнологична диагностика и лечение.

Медицинските и/или социални дейности, свързани с посочените грижи по проследяване и рехабилитация на недоносените деца, се предвижда да бъдат част от дейността на Центровете на майчино и детско здраве.

IV. Ръководство, контрол и изпълнители на програмата

- **Ръководство на програмата**

Като орган за координация на дейностите Министерът на здравеопазването създава **Национален координационен съвет /НКС/ по майчино и детско здраве**, като определя негов председател, национален координатор и утвърждава правилник за дейността му.

Структура на НКС:

- **Председател на НКС** - пряко отговорен за изпълнението на дейностите;
- **Национален координатор – член на НКС**, отговарящ пряко за регионалните координатори и изпълнението на Програмата в отделните области;
- **Членове на НКС** – представители от МЗ, НЦОЗА, други държавни институции, лечебни заведения, членове на научните дружества, НСОРБ, национални консултанти.

Оперативното ръководство по изпълнение дейностите на Програмата ще се осъществява от Националния координатор и **секретариат**, който подпомага дейността му.

На областно ниво се определят Регионални координатори на програмата,. Всеки регионален координатор по програмата ще представя чрез секретариата на НКС годишни отчети за извършените в рамките на програмата дейности по области.

- **Контрол на програмата**

Осъществява се от следните институции:

- Министерство на здравеопазването;
- Национален координационен съвет;
- РЗИ в съответните области;
- Научни дружества;
- Общини.

- **Изпълнители на програмата**

- Министерство на здравеопазването;
- Лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ;
- Лекари – педиатри, акушер-гинеколози и други, медицински сестри, акушерки, социални работници, психолози;

- За дейностите по промоция, профилактика и обучение – НЦОЗА, РЗИ, общини, лекари, членове на НКС.

Регионалните координатори в координация с НКС определят изпълнението на дейностите. От всеки изпълнител по програмата ще се представят на регионалния координатор шестмесечни и годишни отчети за извършените в рамките на програмата дейности.

V. Оценка на програмата

Оценката включва:

- Шестмесечни и годишни отчети от РЗИ до НКС за изпълнението на дейностите по програмата за посочени от НКС срокове;
- Ежегодно изготвяне на отчети за изпълнението на дейностите по програмата. На база на получените от РЗИ годишни отчети, националният координатор изготвя проект на доклад пред Министерство на здравеопазването, който се обсъжда и одобрява на заседание на Национален координационен съвет;
- Окончателен анализ и оценка на програмата през 2021 г.

VI. Работна програма и финансов разчет

Въз основа на приоритетите са съставени Работен план (Приложение № 1), както и Финансов разчет към програмата (Приложение № 2).