

АНАЛИЗ

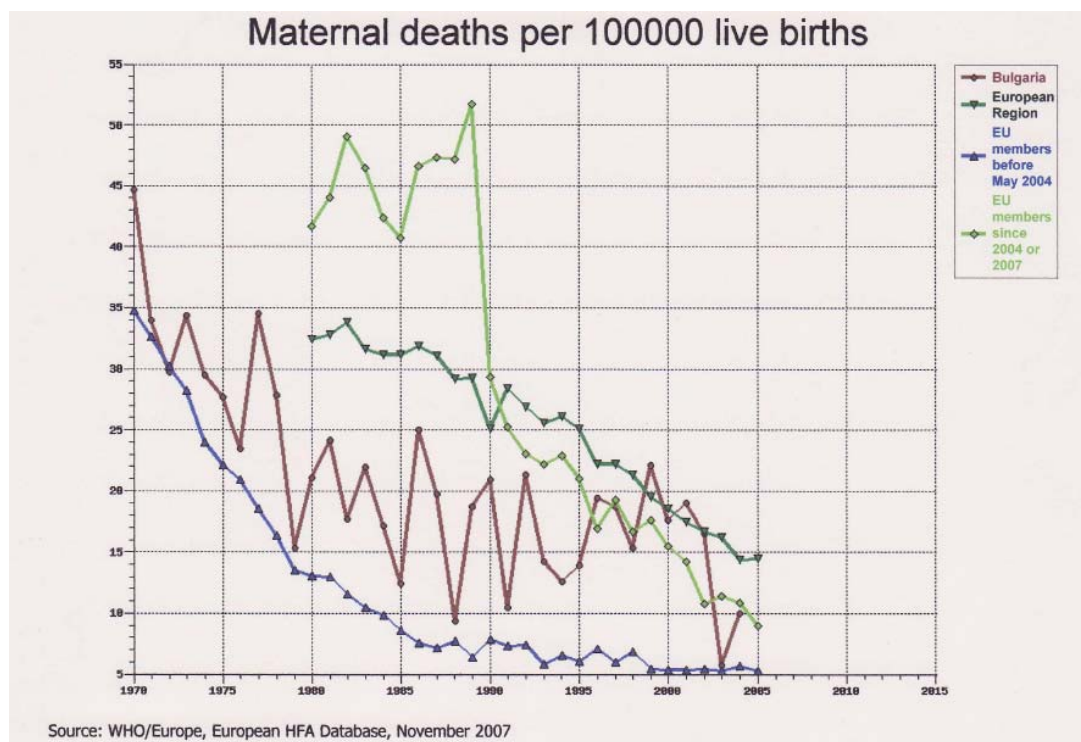
на някои здравно-демографски и други показатели във връзка с майчиното здраве у нас

1. Майчина смъртност

Показателят *майчина смъртност* в България винаги е бил далеч от екстремните стойности, регистрирани в страни като Исландия (нулева майчина смъртност) или Афганистан и Сиера Леоне (1700-2000 умрели бременни на 100 000 живородени деца)¹.

За 2004 година майчината смъртност в България е 10 ‰, а за 2005 година – 7 ‰². Това ни поставя редом със страни като Германия (9 ‰), Полша (10 ‰) и САЩ (14 ‰)³.

През последните 40 години, майчината смъртност в България показва тенденция към понижение, аналогично с майчината смъртност в ЕС (фиг. 1).



Фигура 1: Майчина смъртност в България, Европа-регион, „нова” и „стара” Европа.

¹ Източник: *Maternal Morality in year 2000*, WHO, UNICEF, UNFPA.

² Източник: Национален център за здравна информация.

³ Източник: *Maternal Morality in year 2000*, WHO, UNICEF, UNFPA.

Кривата търпи значителни колебания. Те се дължат на ниските абсолютни стойности както на показателя, така и на извадката (около 70 000 живородени деца на година). В тези рамки, майчина смъртност 7.3, регистрирана през 2005 година, отговаря на общо 5 починали родилки за страната.

За кратък период (1999-2002 г.), майчината смъртност у нас е надвишила тази в Европа-регион и „нова” Европа, след което отново се е върнала в предсказуемите си граници.

2. Раждания в условия на квалифицирана медицинска помощ

Показателят *Относителен дял на ражданията в условия на квалифицирана медицинска помощ* очевидно е от значение за третия свят, където ниският процент на тези раждания е отколешен медицински и медико-социален проблем. В България този проблем практически не съществува. Българската гражданка, независимо от местоживееене, социален статус и етнос, традиционно ражда в болнични (родилни) заведения (табл. 1).

Таблица 1. Относителен дял (%) на родилите в лечебни заведения за болнична помощ от всички обслужени родилки¹.

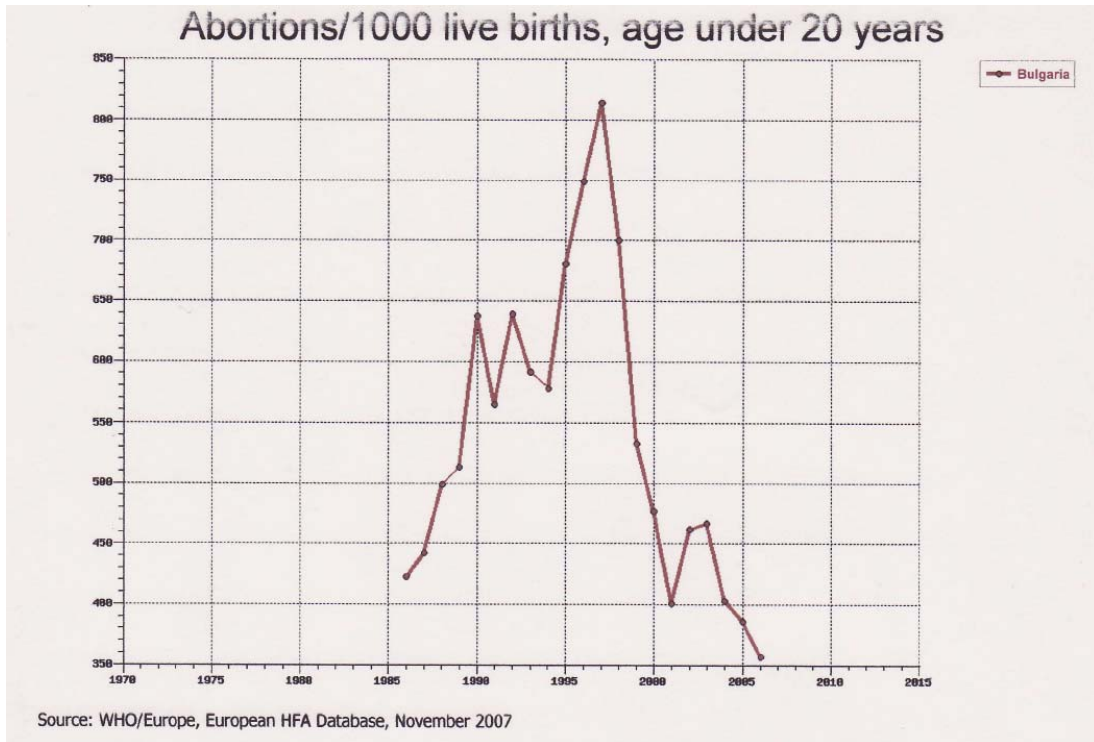
1990	2000	2003	2006
99.1	98.8	99.0	99.4

Преценявайки данните от табл. 1 можем да заключим, че показателят *Относителен дял на ражданията в условия на квалифицирана медицинска помощ* практически е достигнал оптималните си стойности.

3. Аборти

От средата на 90-те години на миналия век, честотата на абортите в България намалява. Тази тенденция е особено изразена за аборти при жени под 20-годишна възраст (фиг. 2).

¹ Източник: Национален център за здравна информация.



Фигура 2: Честота на абортите при жени под 20-годишна възраст в България.

В базите данни на Световната здравна организация честотата на абортите се отразява като брой аборти на 1000 живородени деца. Българската здравна статистика предпочита да си служи с показателя брой аборти на 1000 жени във фертилна възраст (от 15 до 49 години). Независимо кой от двата метода прилагаме, спадът на абортите в България е очевиден (табл. 2). Този спад не е подвластен на никакви осцилации, тенденцията е безусловно низходяща.

Таблица 2. Честота на абортите в България¹.

	1990	1995	2000	2001	2003	2004	2005	2006
Аборти / 1000 живородени	1 375	1 349	833	750	713	676	588	504
Аборти / 1000 жени във фертилна възраст	67	47	31	28	25	25	22	20

Честотата на абортите показва значителни вариации по области. Така например, честотата на абортите през 2006 година в област Добрич надвишава средната честота за страната със 164 %, а в област Търговище – със 121 %. Областите с най-ниска честота на абортите, а именно Силистра и Монтана, отстъпват от средната честота съответно със 78 % и 83 %. В табл. 3 са представени

¹ Източници: Национален статистически институт, Национален център за здравна информация.

отклоненията от средните стойности на честотата на абортите и някои други показатели за споменатите четири области.

Таблица 3. Отклонения от средните стойности на някои показатели за области Добрич, Търговище, Силистра и Монтана (данни за 2006 година)¹.

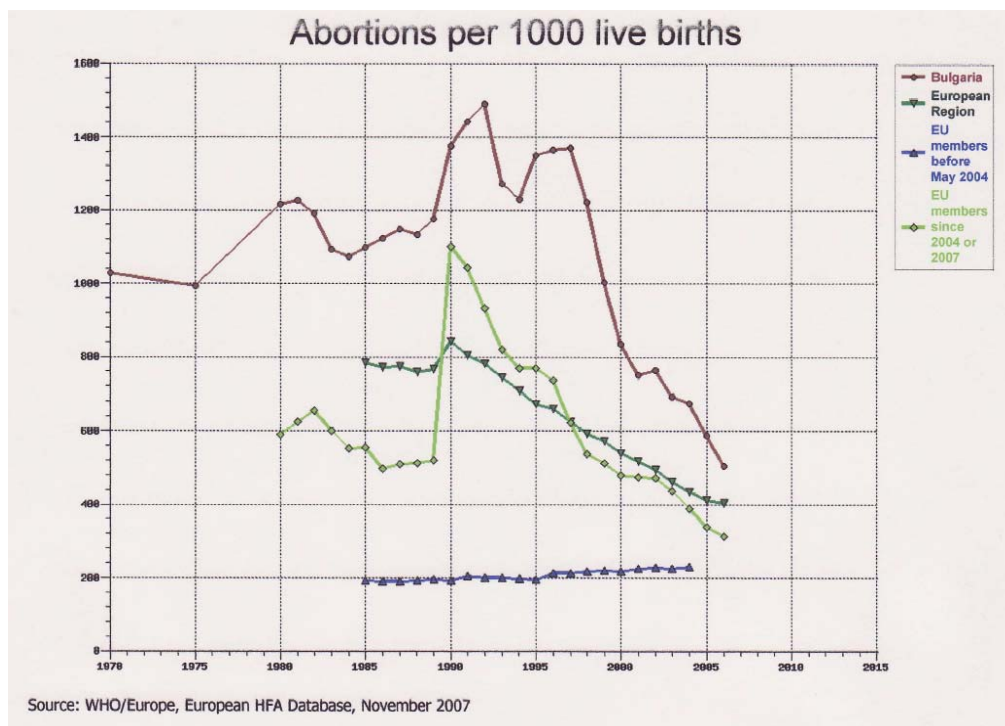
ОБЛАСТ	ОТКЛОНЕНИЕ ОТ СРЕДНИТЕ СТОЙНОСТИ (\pm %)				
	Честота на аборти	ПМП*	АГ-СИМП**	Средна год. заплата	Равнище на безработица
Добрич	+ 164	+ 10	- 8	- 17	\pm 0
Търговище	+ 121	- 29	+ 17	- 19	+ 115
Силистра	- 78	- 17	- 25	- 20	+ 63
Монтана	- 83	+ 11	\pm 0	- 17	+ 96

* Наситеност с първична извънболнична медицинска помощ – брой общопрактикуващи лекари на 100 000 души население

** Наситеност с акушеро-гинекологична специализирана извънболнична медицинска помощ – брой АГ практики на 100 000 души население

От таблица 3 личи, че не може да се направи никакъв паралел между честотата на абортите, наситеността с първична и специализирана извънболнична медицинска помощ и някои социално-икономически параметри като средна годишна заплата и равнище на безработица. Също така, липсват данни за зависимост между честота на абортите и етнически състав на областите.

Международните контрасти в показателя *честота на абортите* личат на фиг. 3.



Фигура 3: Честота на абортите в България, Европа-регион, „нова” и „стара” Европа.

¹ Източници: Национален център за здравна информация, Национална здравноосигурителна каса, Агенция по заетостта.

Вижда се, че напоследък честотата на абортите в България започва да се доближава до стойностите за Европа-регион и „нова“ Европа, все още надвишавайки стойностите за „стара“ Европа.

Българската здравна статистика отчита броя на абортите като сума от четири величини:

- аборти по медицински показания
- спонтанни аборти
- криминални аборти
- аборти по желание.

Пропорцията на тези четири подвида през последните години е приблизително 1:3:0:7, т.е. най-висока у нас е честотата на аборта по желание. Абортът по желание в България от доста време насам се явява една по-опасна за живота и здравето на жената алтернатива на противозачатъчните методи и средства.

Честотата на абортите по желание за 2005 и 2006 г. на 1000 живородени деца е съответно 373 и 311. Тази честота ни доближава още повече до някои страни от ЕС (Дания – 237, Италия – 243, Унгария – 464) и ни отдалечава още повече от стойностите, регистрирани през 2005 година в страните от бившия СССР (Русия – 1022, Естония – 631, Латвия – 530)¹.

Когато сравняваме честотата на абортите в България с честотата на абортите в ЕС, изключването на абортите по медицински показания и на спонтанните аборти би направило сравнението по-информативно. Основна причина за това са особеностите при регистриране на раждания и аборти в България. Неизвестна, но вероятно значителна част от случаите, регистрирани у нас като аборт по медицински показания или спонтанен аборт, в други европейски страни ще бъдат регистрирани като раждане.

4. Възможни причини за намаляване честотата на абортите

Спадът в честотата на абортите в България неминуемо е свързан с поне два причинни фактора:

- повишена мотивация сред населението да ражда и отглежда деца – с което отпада прибягването към аборт по желание

¹ Източник: WHO/Europe, European HFA Database, November 2007.

- активни въздействия на общественото здравеопазване, насочени към репродуктивното поведение на нацията.

Първият фактор е част от ефектите на повишаващ се жизнен стандарт, които неминуемо дават отражение върху демографските параметри – раждаемост, детска смъртност и т.н.

Що се отнася до въздействията на общественото здравеопазване, повечето такива въздействия през последните години не са насочени към нежеланата бременност и рисковете, свързани с нея, а към опасностите от *полово-предавани инфекции*. Най-забележителните кампании в тази насока бяха посветени на проблема HIV/СПИН¹. Те широко пропагандираха използването на презервативи, най-вече сред младежта и подрастващите, а така също и сред лицата, разменящи секс срещу пари.

Твърде устремно в репродуктивното поведение на нацията и особено на по-младата ѝ част навлезе презервативът – не като бариерен противозачатъчен метод, а като средство за предпазване от инфекции. За ефекта от повишената култура на сексуално поведение можем да съдим от стръмния спад на заболяемостта от сифилис – таблица 4. Данните за заболяемост от гонорея имат идентичен ход.

Таблица 4. Регистрирани заболявания от сифилис в България на 100 000 души².

	1990	1995	2000	2003	2004	2005	2006
Заболявания	31.2	54.2	119.7	84.8	79.5	66.5	62.2
В т.ч. новооткрити	4.4	20.2	19.4	13.2	11.1	7.7	6.6

В заключение може да се приеме, че за регулиране на раждаемостта абортът по желание все още остава един от изборите на българката, но очевидно губи доскорошната си водеща позиция и постепенно се измества от други методи и средства. На първо място следва да се постави предпазването от бременност чрез презервативи, макар и като вторичен ефект на използването им за предпазване от полово-предавани инфекции. Това е особено валидно за младото поколение (вж. и фиг. 2).

5. Относителен дял на бременни до III месец, обхванати от медицинско наблюдение

Тенденциите в своевременното обхващане на бременни жени от медицинско наблюдение представляват много лоша атестация за

¹ Напоследък се разгръщат мощни кампании за предпазване от полово-предавани инфекции с вируса на човешкия папилом. Те са финансирани от фирмите-производителки на ваксини.

² *Източник:* Национален център за здравна информация.

качеството на първичната медицинска помощ в България. Динамиката на този показател проличава на табл. 5.

Таблица 5. Относителен дял (%) на бременните, обхванати под наблюдение до III лунарен месец от общия брой обхванати под наблюдение¹.

1990	2000	2003	2006
89.4	81.8	76.1	64.5

Данните от табл. 5 правят коментара извънредно труден; при това тези данни са получени на база общ брой на бременни, *обхванати от наблюдение*. Можем само да гадаем каква част от бременните *не са обхванати от каквото и да било наблюдение* и как е протекла и завършила тяхната бременност.

Ситуацията е извънредно тревожна на фона на лошите показатели за недоносеност, мъртва раждаемост и перинатална смъртност в България. Тези показатели са в тясна зависимост от своевременното обхващане на бременните жени от медицинско наблюдение.

Изпълзването на голяма част от бременните българки от медицинско наблюдение е феномен, който заслужава анализ.

Българският модел на реформа в здравната система създава една нова за страната институция, а именно институцията „общопрактикуващ лекар“ (ОПЛ, GP). ОПЛ заменя т.нар. участъкови лекари, практикуващи в поликлиники, селски и други здравни служби и осъществява в пълен обем *първичната извънболнична медицинска помощ* – към която спада наблюдението на нормална бременност.

В хода на реформата се оказва, че голяма част от жените нямат достатъчно доверие на ОПЛ по отношение проследяването на бременността. Мнозинството жени предпочитат бременността им да се наблюдава от специалист акушер-гинеколог. Наред с това, някои ОПЛ се оказват неподготвени да поемат отговорността за проследяване на бременност и избягват да предлагат тази услуга.

Тези особености в отношенията първична медицинска помощ-потребител бяха отчетени от здравните власти и през 2003 година бременните получиха право на директен достъп до специалист акушер-гинеколог в извънболничната помощ (без задължително да минават през ОПЛ). Създаденият шънт потребител-специалист, обаче, не можа да изиграе положителна роля за своевременното

¹ *Източник:* Национален център за здравна информация.

обхващане на бременните жени. Основна причина за това е липсата на възможност и навици за *активно издирване* от страна на извънболничните специалисти. За разлика от ОПЛ, който притежава регистър на всички избрали го граждани (“пациентски списък”) и може – поне на теория – активно да общува с всеки от тях, специалистът е в пасивна позиция. Специалистът чака да бъде потърсен от гражданина.

6. Една възможност за изход от неблагоприятната ситуация

Изход от създадената неблагоприятна ситуация е възможен при променени взаимоотношения между Националната здравноосигурителна каса и изпълнителите на специализирана извънболнична помощ. Същността на такава промяна е извънболничните акушер-гинеколози да придобият частичен статут на “участъкови акушер-гинеколози” (както ОПЛ са придобили статут на “участъкови лекари”). С този статут и произтичащия от него механизъм на заплащане (капитация на база *жени във фертилна възраст, избрали съответния специалист*), те ще имат мотивация и възможност активно да привличат към медицинско наблюдение бременните, които попадат в техния пациентски списък.

Ако капитационното заплащане се разшири, включвайки *жените от 50 до 59-годишна възраст, избрали съответния специалист*, акушер-гинеколозите от извънболничната помощ ще бъдат в състояние да поемат и организирания популационен скрининг за рак на маточната шийка.

Материалът е публикуван в www.koog-vma.com на 29 януари 2008 г.