

ДОКЛАД

Нагласи към Наредба 26 на Министерство на здравеопазването

(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)

Ваня Григорова

Венелин Стойчев

СДРУЖЕНИЕ ЛАРГО

април 2015 г.

Предговор

Една непроследена от акушер-гинеколог бременност крие редица рискове, които могат да застрашат живота и здравето както на майката така също и на плода. Дори и да са наясно с тези рискове, бременни жени от социално слаби обществени групи нямат възможност да заплатят здравните си осигуровки или да посетят платена женска консултация. За такива жени, при добро стечение на обстоятелствата, първата среща с лекар-специалист е едва при раждането. Това обикновено е стресиращо и за родилката, и за медицинския екип, който трябва кризисно да работи на сяло, защото на такива жени обикновено не са правени никакви предварителни изследвания.

Но не всички жени имат късмет бременността им да протече нормално без лекарско наблюдение. На тези бременни, които имат проблеми, им се налага да търсят спешна помощ едва в случаи на много остра криза, когато обикновено вече е твърде късно да се реагира и последиците могат да бъдат фатални.

Наредба 26 на МЗ за здравна помощ за неосигурени бременни жени цели да предотврати подобна опасност като предвижда по един безплатен за бременната жена акушеро-гинекологичен преглед. Дали обаче съществуването на тази наредба е известно на бременните и на лекарите-гинеколози? Как (не) се прилага наредбата на практика? Кога (трябва да) се прави този един преглед, за да бъде максимално ефективен? Необходимо ли е да се разшири обхватът на изследванията и прегледите, които Наредба 26 покрива, за да се намалят рисковете от възникването на сериозни усложнения?

Ето върху тези въпроси е фокусиран проектът на Сдружение Ларго, озаглавен „Общностен мониторинг на здравните услуги в община Кюстендил и застъпническа кампания за Наредба 26 на МЗ“. Проектът се реализира със съдействието на Програмата за публично здраве на фондация Отворено общество и включва няколко предварителни проучвания.

Съдържание

Настояща нормативна уредба	4
Предпоставки за приемане на Наредба 26	4
Цел на законодателя	5
Икономия vs хуманност	6
Пропуски в изследванията	6
Статистика Наредба 26	8
Годишен бюджет	10
Успешен модел	10
Социологически изследвания	11
Представяне на изследванията	11
Анкети (количествено изследване)	12
Фокус-групи и интервюта с медици	17
Познава ли се Наредба 26	17
Обхватът на Наредба 26	18
Установяване на бременността	20
Проблеми при непроследявана бременност	23
Администриране на процесите	26
Практическо прилагане на Наредба 26	28
Аборти	31
Изводи и препоръки	32
Приложение 1	35
Приложение 2	36

Настояща нормативна уредба

„Жената майка се ползва от особена закрила на държавата, която ѝ осигурява платен отпуск преди и след раждане, безплатна акушерска помощ, облекчаване на труда и други социални помощи.“ (Конституция на РБ, чл. 47, ал. 2)

Това е водещият текст, въз основа на който през 2006 г. законодателите се опитват да синхронизират текстовете на Закона за здравето с Конституцията на България. Според основният ни закон, в четири области държавата залага статут на „особена закрила“. В член 21 под особена закрила е поставена земята, като основно национално богатство. След това в чл. 47 от особена закрила се ползва жената майка и децата останали без грижа от близките си. А в чл. 51 от защита на държавата и обществото се ползват старите хора, лицата с физически и психически увреждания.

Към онзи момент (2006 г.) неосигурените здравно бременни жени нямаха възможност дори да родят в болнично заведение без заплащане. Плащането на родилната помощ от Националната здравноосигурителна каса противоречи на основния закон, където е записано, че родилната помощ е безплатна – т. е. тя е грижа на държавата и обществото. Тази нередност продължава да съществува, тъй като и понастоящем НЗОК превежда финансови средства за здравноосигурените бременни от общите вноски.

В случай, че някой сезира Конституционния съд, има голяма вероятност тази практика да бъде обявена за противоконституционна.

Предпоставки за приемане на Наредба 26

Хиляди здравно неосигурени жени раждат в болнично заведение – разход, непокрит от никого, поради което болниците са претърпели загуби в размер на няколко милиона лева годишно. От друга страна въпросните бременности не са били проследени от медицинско лице, а това създава предпоставки за раждане на увредени деца и фатални последици за майките.

Тези факти сочат, че вредите съвсем не се ограничават в рамките на едно семейство. Често родените с генетична обремененост деца са изоставяни в домове, за чиято издръжка плаща цялото общество. В допълнение - минималното финансиране, недостатъчните грижи и

натовареността на персонала там много често водят не само до морално, но и икономически неприемлив резултат – има случаи, при които деца на 12 години тежат по десетина килограма, не могат да ходят и говорят. Тези деца не могат да бъдат пълноценни български граждани. Лишаваме се от възможност да преобърнем тренда на сложната демографска ситуация в България.

Видно от водените през 2006 г. в Комисия по здравеопазване към Народното събрание дебати, българските народни представители осъзнават добре нуждата от предприемане на спешни мерки за стабилизиране на здравната система и попълване на пропуските, резултат от всеобхватната реформа от 2000 год.

Цел на законодателя

Декларираната цел е осигуряване на безплатна акушерска помощ от третия месец на бременността: интензивни грижи, бременност при реализиран риск, евентуално оперативни процедури за задържане на бременност. Впоследствие родоразрешение, грижи за новороденото и възможните усложнения след раждането за майката.

Обсъждан е и вариант бременните жени да бъдат временно здравноосигурени от държавния бюджет от установяването на бременността до 45 дни след раждането. За да имат пълен достъп до медицински услуги, тъй като те са по-уязвими и от заболявания от общ характер, които, ако не бъдат лекувани, ще се отразят на плода. Например при заразяване с рубеола през първото тримесечие на бременността, опасността от раждане на дете с вроден рубеолен синдром е много голяма. В този случай е добре бременността да се прекъсне по медицински причини. При контакт на бременната със заразен задължително трябва да се направят серумни проби за рубеолни антитела и въз основа на резултатите да се прецени дали има шанс плодът да е здрав. Ограниченият достъп до лекарска помощ в този случай може да доведе до раждане на дете с глухота, ретинопатия, мозъчни увреждания и умствена изостаналост, детска церебрална парализа и пр. Често това са деца, за които семейството не иска или не може да се грижи пълноценно и изоставя в домове.

Икономия vs хуманност

Разчетите показват, че за пълната нужна медицинска помощ и наблюдение на всички бременни ще са нужни 80-100 млн. лв. След дълги дискусии и консултации с финансовото министерство законотворците решават да финансират единствено родоразрешението и то на здравно неосигурени жени. Към 2006 г. броят им е 3000, което представлява малко под 5% от всички родили.

В Наредба 26 намира място и заплащането на генетичен скрининг на бременните с висок риск от генетично заболяване, което се установява с нарочен въпросник (Приложение № 7 към чл. 12, ал. 1 на Наредба 26). Но без изследвания, наблюдение на бременността или лечение на съпътстващи заболявания. Споделен от здравноосигурени жени с повишен риск за раждане на дете с генетична болест опит показва, че дори те не са насочвани към скрининг.

Няма разумен лекар, който да подложи на риск бъдещата майка и бебето, като се съгласи на половинчато наблюдение, ненаблюдавана бременност и остави на произвола на съдбата развитието на бременността. Очевидно и Конституцията поставя жените майки в центъра на всички мерки и политики – не само по отношение на здравеопазването. Въпреки това при изготвянето на Наредба 26 финансовата логика надделява и човекът продължава да се третира само като перо в счетоводните разчети.

Едва от януари 2013 г. законодателят включва един преглед на здравно неосигурена бременна – ехография, оценка на рискови фактори и сърдечни тонове на детето. Тъй като прегледът е един, при по-ранните прегледи сърдечните тонове няма как да се чуят и отпадат от пакета предоставен услуги. Включен е и определен брой изследвания – пълна кръвна картина, кръвна захар, урина, изследване за сифилис, изследване за хепатит В, микробиологично изследване на влагалищен секрет.

Пропуски в изследванията

- 1) Едната вече споменахме – невъзможност за наблюдение на **детските сърдечни тонове** при преглед в начална бременност. Поради това не може да се проследи плода при забавен фетален растеж, при майки, страдащи от диабет или хипертензия,

при преносване. Няма как да се установи и дали плодът получава достатъчно кислород от плацентата.

- 2) Дори да се направят всички изследвания, включени в пакета (а това в огромен брой от случаите не се случва), когато са в първите месеци на бременността, те са напълно **остарели и неизползваеми** към момента на раждане. В този смисъл бъдещата родилка постъпва в болница, в която израждащият екип не знае нищо за нейното състояние и това на детето. Налага се лекарите да се борят с огромен риск, за който, при неблагоприятно развитие на ситуацията, носят отговорност.
- 3) Друг проблем представлява групата изследвания, които изобщо не се поемат от здравната система, но са задължителни при бременност. Например **изследване на кръвна група**. Особено важно е да се изследва резус факторът. Възможно е да възникне проблем при жени, които са Rh (-), а бебето е Rh (+) – така наречената Rh несъвместимост. Ако кръвта на бебето се смеси с тази на майката по време на бременността, в майката се образуват антитела, които могат да разрушат червените кръвни клетки на бебето. То може да развие сериозни проблеми и ако не се лекуват, съществува риск от смърт. От друга страна информацията за кръвната група е задължителна, ако се наложи кръвопреливане по време и след раждането. Понастоящем тези изследвания се правят в болницата, в последния момент, което носи огромно напрежение за медиците и рискове за родилката.
- 4) Не на последно място – макар Наредба 26 да дава възможност за **генетичен скрининг**, има множество свидетелства, че такъв не се прави дори и за здравноосигурени жени. Това може да е резултат от непознаване на наредбата или незаинтересованост на лекарите.

Данните на Националната здравно-осигурителна каса сочат, че преглед при специалист по "Акушерство и гинекология" по време на бременност за последните две години, откакто такава възможност има, са си направили едва между 14 и 22% от родилите впоследствие жени. Още по-малка част от прегледалите се са си направили изследвания, които вече се покриват от Министерство на здравеопазването. В някои области те около 50% или дори по-малко от бременните, преминали през гинекологичен преглед. Тези данни показват, че **дори недостатъчното медицинско наблюдение не се осъществява в пълния си размер.**

Статистика Наредба 26

След официално искане за достъп до обществена информация, НЗОК ни предостави една част от нея. Поради това не можем да направим преглед на изпълнението на наредбата по области. Не бихме могли с данни да илюстрираме запознатостта и ангажираността на населението и медицинските лица по области. Затова ще се ограничим с поглед върху националните данни.

От 2007-а година, когато започва да действа наредбата, ежегодно се регистрира ръст на здравно неосигурените бременни жени, чието раждане се поема от Министерство на здравеопазването. Спад с -3,4% отбелязва само последната отчетна година. Забележително е, че през последните пет години тенденциите в общия брой раждания и тези на здравно неосигурени жени са обратни. Когато нараства едната група, другата намалява и обратно.



По данни на НСИ и НЗОК

Ясно изразената зависимост показва, че в тежки икономически ситуации малко хора са склонни да раждат и отглеждат деца. А тези, които все пак го правят остават без препитание и осигуровки. Това може да се обясни с по-нестабилната и временна трудова заетост. Рязък ръст на обслужени по Наредба 26 е регистриран през 2010 година в разгара на кризата, когато нарасна и безработицата.

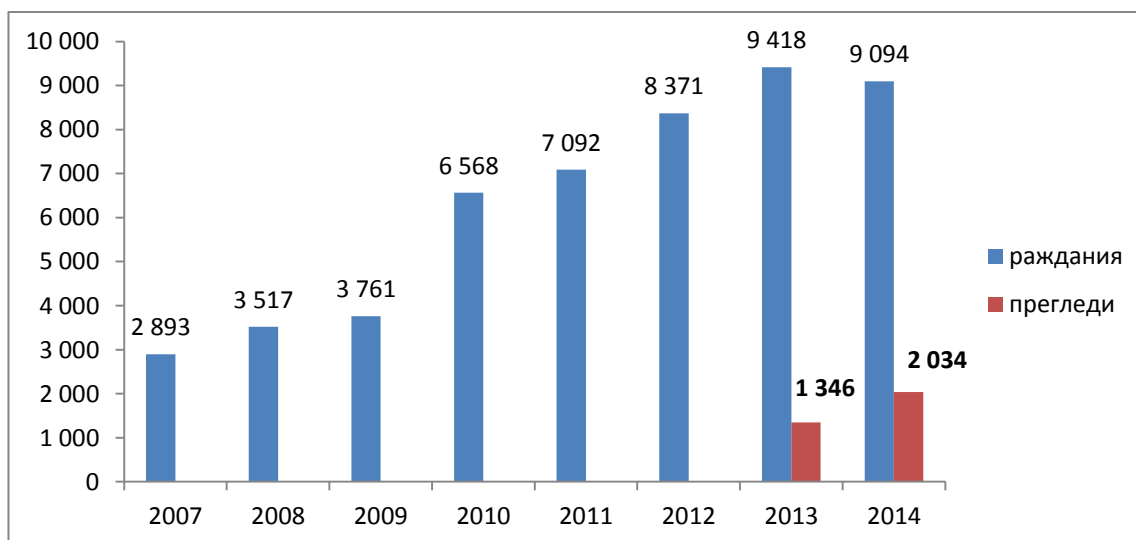
В абсолютен брой ражданията по наредбата са се увеличили три пъти в сравнение с базовата 2007-а година. Още през 2013 г., когато е добавена възможността да се правят прегледи и изследвания на бременните, мъртвородените деца намаляват с над 13%. Дали

тази позитивна тенденция се дължи на прегледите, не бихме могли да кажем категорично, но данните показват, че за последните две години мъртвородените намаляват на национално ниво под 500 за пръв път от 2000 г. насам.



По данни на НСИ

Все още твърде малка част от бременните имат възможност да се прегледат при акушер-гинеколог. Причините ще разгледаме в следващите части. Разликата между проследените, поне в обхвата на Наредбата, и родилите здравно неосигурени е драстична.



По данни на НЗОК

Изключително нисък е броят на прегледаните жени, които са си направили изследвания. Във фокус-групите респондентите неколккратно заявиха, че акушер-гинеколозите, които

осъществяват прегледа или лаборантите ги предупреждават, че изследванията се заплащат. Тези, които имат възможност си плащат, други не успяват и в резултат нямат нито едно изследване на пълна кръвна картина или тест за заразна болест по време на бременността. По данни на няколко районни здравни каси, жените, на които са направени изследвания, са между 5% и 30%.

Годишен бюджет

Цената на раждането, която заплаща МЗ, се е увеличила от 400 на 570 лв. за осем години. Нарасналата себестойност и увеличени брой раждания по наредбата водят до 3,5 пъти по-висок бюджет за раждане в сравнение с началната година. За 2014 г. общата сума за родоразрешение е в размер на 5,2 млн. лева.

Прегледите струват на държавния бюджет 36 492 лв. За един гинекологичен преглед МЗ заплаща 17-18 лв. на медицинския специалист. Годишния бюджет на изследванията е 30 707 лв. Стойността им е 2-3 лева.

През последната година броят на извършените прегледи се е увеличил с 50%, но делът на обхванатите бременни като част от всички здравно неосигурени родили е едва 22%. Т.е. *огромна част от жените, които имат право да бъдат прегледани и изследвани, все още са лишени от тази възможност.*

Успешен модел

Няколко от интервюираните лекари отговориха, че причината акушер-гинеколози да не извършват прегледи на здравно неосигурени бременни жени, е това, че цената на такъв преглед е твърде ниска. Според някои, тя е в рамките на заплащания от НЗОК вторичен преглед, който е по-евтин от първичния.

Друга причина, която беше изтъкната, е, че прегледите и изследванията в този вид и обхват са безсмислени и ненужни. Прегледът е еднократен, с него често само се установява ранна бременност. Изследванията са недостатъчни, а в края на периода на бременността са твърде остарели, за да носят адекватна и пълна информация за състоянието на бебето и бъдещата майка. Изследвания за СПИН не се правят дори на здравноосигурените. Все още има проекти, по които в някои населени места гражданите имат достъп до такива тестове. Но всеки проект има край, ако след това Министерство на здравеопазването не предвиди механизъм за подобни изследвания, те няма да бъдат правени.

Гинеколог от гр. Сливен по свое желание провежда прегледи на здравно неосигурени ежемесечно, без заплащане, далеч преди да бъде въведена Наредба 26 (повече в следващите части на доклада). Прегледите не са еднократни, а ежемесечни. По този начин лекарят има поглед върху всички промени, настъпили през бременността. Разполага с данни за проблеми с кръвно налягане, хемоглобин и пр. основни за една бременност показатели.

Проследените от него бременни в огромната си част след това раждат в частната болница, където той работи, тъй като са спокойни, че лекарят познава състоянието им. Спокоен е и екипът, който ги изразжда. Не е нужно да прави изследвания в последния момент. Знае и кръвната им група, без която не могат да се правят кръвопреливания, когато се наложи. Болницата е решила да приема тези пациенти без никакво допълнително заплащане. Впрочем няма допълнителни такси и за здравноосигурените бременни жени.

Това показва, че при добро таргетиране, планиране и управление едно здравно заведение би могло да се справи и без порочните практики на допълнителните заплащания за избор на екип, VIP стаи и пр. Разбира се, въпросната частна болница не се налага да приема спешните случаи, които постъпват от околните села. Те биват насочени към държавната болница. Понякога са твърде тежки и за тях се извършват по-сериозни разходи, а плащането от Министерство на здравеопазването е еднакво за всички случаи, без значение дали има усложнения, дали се налага цезарово сечение, кръвопреливане и пр.

Социологически изследвания

Представяне на изследванията

Настоящият доклад е базиран на данните от няколко взаимно обвързани проучвания, проведени през месец март 2015г.

1) В градовете Кюстендил и Сливен бяха проведени по две фокус-групи, във всяка от които взеха участие по 8-12 човека от кварталите „Изток” (Кюстендил) и „Надежда” (Сливен) – млади майки, бременни жени, неомъжени девойки, родители от социално слаби семейства.

2) Бяха проведени дълбочинни интервюта с общо практикуващи лекари; гинеколози от държавни болници, частни лечебни заведения и със самостоятелна частна практика; акушерки; медицински сестри; активисти от неправителствени организации, които развиват дейност в сферата на майчиното и детско здравеопазване и представители на РЗОК.

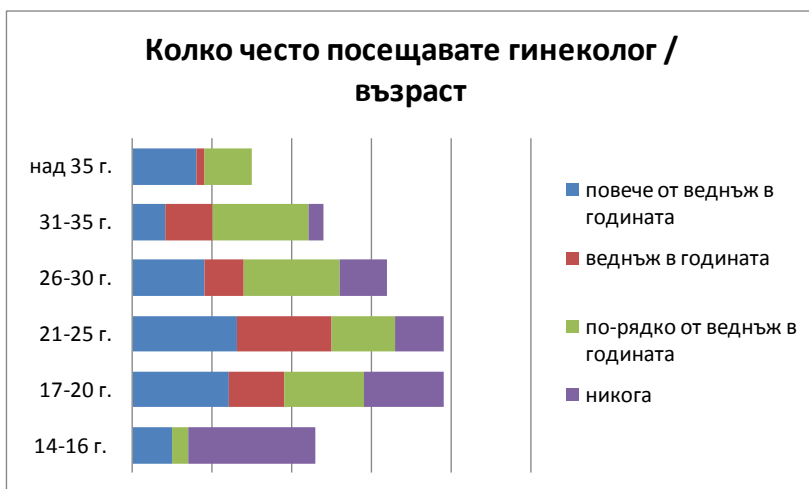
3) В рамките на редовния общностен здравен мониторинг, който сдружение Ларго провежда чрез стандартизирани анкети лице в лице, бяха добавени и няколко специфични въпроса, фокусирани върху достъпа до здравни грижи на здравно неосигурени бременни жени. И трите типа проучвания имаха общ тематичен акцент: познава ли се Наредба 26; как тази наредба (не) се прилага на практика; какво би могло да се направи, за да се популяризира наредбата и да се повиши нейната ефективност.

Анкетни (количествено изследване)

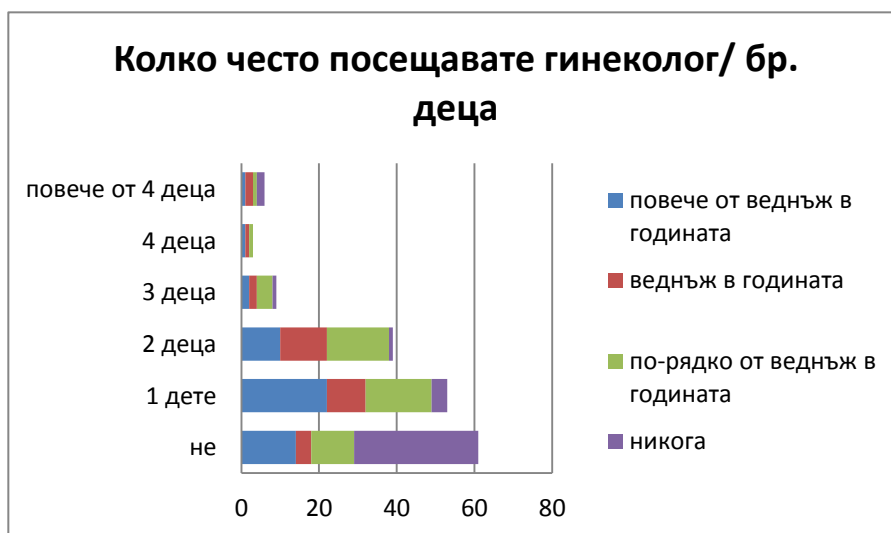
Посещават ли бременните жени от ромския квартал в Кюстендил гинеколог отвъд проектите? Близо една четвърт от анкетираните през 2015 г. в кв. „Изток” в Кюстендил жени заявяват, че никога не посещават гинеколог. Огромната част то тях все още не са раждали, макар и повечето да са във фертилна възраст. Още почти 30% посещават гинеколог, но по-рядко от веднъж в година. Тези данни потвърждават изразеното на фокус-групите мнение, че като правило на акушер-гинеколог се ходи или при сериозен гинекологичен проблем или при бременност.



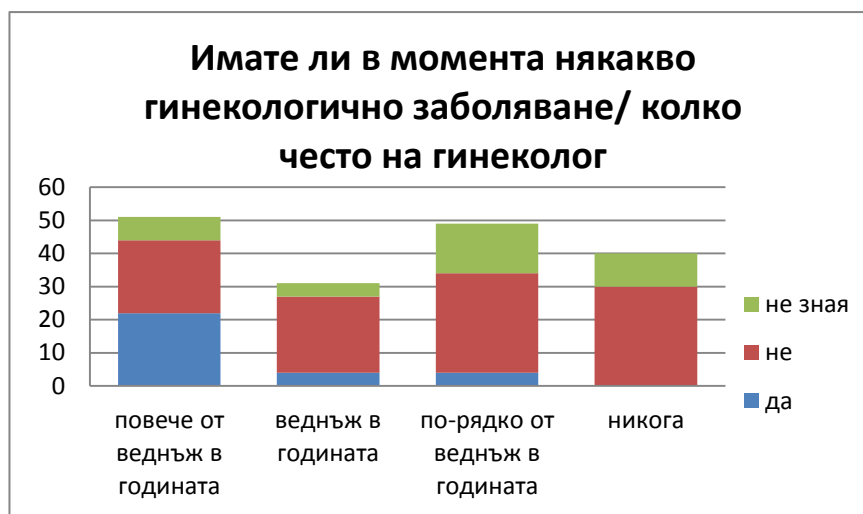
Разрезът на тези данни по възраст показва, че при жените и девойките под 20 г. делът на тези, които никога не са ходили на гинеколог е най-голям.



Жените, които имат 1-2 деца ходят на гинеколог по-редовно от тези, които имат повече от 4 деца. Макар и многодетните майки да са относително малко, една трета от тях никога не ходят на гинеколог, което застрашава както тяхното здраве, така и на децата им.



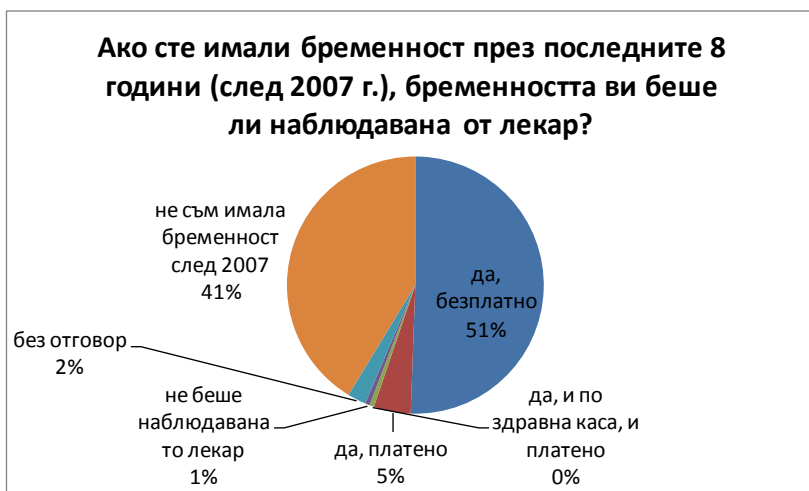
Следващата графика красноречиво илюстрира изказаното на фокус-групите становище, че практиката в ромската махала е да се ходи на гинеколог при здравословен проблем или бременност.



В проучването беше включена и темата за Наредба 26, която регламентира здравната помощ за бременни жени, които не са осигурени. Наредбата е в сила от 2007 г. 38% от анкетираните през 2015 г. жени са имали една бременност в този период, а 18% - повече от една бременност. Въпреки това в кв. „Изток” на Кюстендил няма информация за правата, които дава тази наредба и няма данни някоя жена да се е възползвала до този момент от нея.



Единични са случаите на бременни жени, чиято бременност е преминала без лекарско наблюдение. 5% от анкетираните са ходили само на платени прегледи. Половината от всички анкетиранни жени са имали бременност, която е била наблюдавана от лекар, когато те са били здравно осигурени.

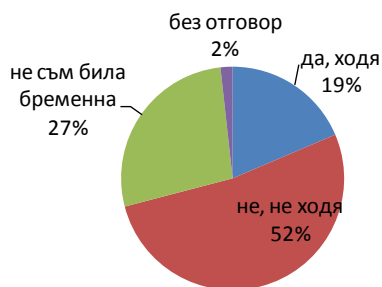


Точно половината от жените, включени в изследването в Кюстендил са ходили на всички задължителни акушеро-гинекологични прегледи по време на своята бременност. Делът на тези, чиято бременност не е била наблюдавана изобщо е относително малък, но трябва да се работи въобще да изчезне. Жените, които са ходили по-рядко на прегледи от задължителното обикновено са платили по-късно със задна дата здравните си осигуровки и затова бременността им не е била наблюдавана от самото начало. Поне такива са изводите от проведените фокус-групи.



И фокус-групите и количественото проучване потвърждават, че дори и на здравно осигурените жени им се налага да ходят на платени акушеро-гинекологични прегледи или изследвания.

По време на бременност ходите ли на ПЛАТЕНИ акушеро-гинекологични прегледи за изследвания, които не се покриват от Здравната каса?



Една на всеки четири раждали жени е плащала по време на бременността си за прегледи или изследвания. На фокус-групите бяха изразени мнения за деликатен натиск от страна на наблюдаващите бременността лекари за такива платени прегледи и изследвания, на който натиск повечето от бременните жени се поддават, защото не искат да си развалят отношенията с лекарите в такъв чувствителен период. От друга страна, явно съществува и мода да се правят 3-D цветни записи на плода, които след това да се гледат заедно с роднини и приятели. Такива екстри, разбира се, все още не се покриват от Здравната каса у нас.

По време на бременност ходите ли на ПЛАТЕНИ акушеро-гинекологични прегледи за изследвания, които не се покриват от Здравната каса? (само сред жените, които са били бременни)



Както вече казахме, в кв. „Изток” няма информация за Наредба 26 и все още няма жени, които да са ползвали тази наредба. Въпреки това, 28% от анкетираните лица смятат, че бременните жени, които не са осигурени здравно имат право на медицинско обслужване. Точно една трета признават, че не знаят нищо по темата, а близо 40% са убедени, че нямат

такова право. Това е проблем, върху който трябва да се работи чрез информационно-разяснителна кампания в общността.

Фокус-групи и интервюта с медици

Познава ли се Наредба 26

Резултатите от проведените проучвания показват, че жителите на кв. „Изток” в Кюстендил не знаят, че дори и жени, които не са здравно осигурени имат право на една безплатна гинекологична консултация и изследвания при бременност. Проучванията по проекта не регистрираха никакви свидетелства бременни здравно неосигурени жени да са били насочвани от своите лични лекари към гинеколог за преглед по Наредба 26. Ето защо типичните случаи са следните:

А) бременни жени и техните семейства се опитват да съберат финансов ресурс, за да платят здравните осигуровки със задна дата, за да може бременността им да бъде проследявана от акушер-гинеколог;

Б) бременни жени посещават частни кабинети за проследяване на бременността, защото цените на един преглед са около 10-20 лв. и да отидеш на няколко такива прегледа излиза по-евтино от плащането на здравните осигуровки със задна дата;

В) има и жени, които не могат да си позволят нито да си платят осигуровките, нито да посещават частни кабинети и затова бременността им остава непроследена от специалист и те обикновено постъпват в болница или при сериозни усложнения, или когато започнат да раждат.

Но не само гражданите, а и много от гинеколозите от Кюстендил не знаят за съществуването на наредбата:

„Ако трябва да съм честна с вас, нямах никаква представа, че съществува подобна наредба, преди да получа вашето писмо.“

Друг лекар признава в своя частен кабинет:

„Преди интервюто отворих да прочета тази наредба и трябва да ви кажа, че едва я намерих – половин час сигурно рових из сайта на

МЗ и на НЗОК, за да стигна до тази наредба. Изобщо не бях чувал, че подобна наредба съществува.“

Има и гинеколози, практикуващи в Кюстендил, които са чували за наредбата, но никога не са я прилагали:

„По принцип знаая, че има подобна наредба, но лично аз никога не съм работила по нея. Не знаая и други колеги, които да са работили по наредбата. Работили сме по разни проекти – правили сме консултации, прегледи, изследвания, но само докато трае проектът. Като свърши проектът и край, преустановяват се изследванията на неосигурените бременни.“

Разбираемо е, че след като наредбата не са познава, тя не се и прилага в Кюстендил. От всички проведени срещи и интервюта излезе един-единствен опит за ползване на наредбата наскоро, който обаче се е провалил. За разлика от Кюстендил, в Сливен Наредба 26 се познава и се прилага на практика. Участничките във фокус-групите от кв. „Надежда“ в Сливен знаят, че имат право на безплатна гинекологична консултация, дори и да не са здравно осигурени:

„Ние ходим на безплатното. Преглеждат ни, взимат ни кръв, гледат ни на ехограф, всичко си правят без ние да плащаме.“

Почти всички от тези жени от сливения кв. „Надежда“ ходят на преглед в Здравния център, който се намира в квартала. Единични са случаите на бременни жени, посещаващи други кабинети в центъра на града.

Интервюираните лекари-гинеколози от Сливен познават Наредба 26 на МЗ, но само един лекар от частна болница работи активно по нея.

Обхватът на Наредба 26

Но дали само един преглед е достатъчен, за да се чувстват спокойни бременните жени и гинеколозите, че бременността е наблюдавана и са минимизирани рисковете от непредвидени усложнения? Нито един от всички интервюирани специалисти от двата града не отговаря положително на този въпрос. Точно напротив – според гинеколозите, включени

в изследванията по настоящия проект дори и пакетът, който се покрива от Здравната каса за осигурените жени не е достатъчен и представлява един минимум, а бременните трябва да доплащат за допълнителни прегледи и изследвания.

„Този пакет по Здравна каса е един абсолютен минимум. Той покрива само най-най-най-основното. Няма да намерите лекар, който да ви каже, че този пакет е достатъчен от чисто медицинска гледна точка.“

Това типично мнение на лекар от Кюстендил се споделя от повечето интервюирани гинеколози и обяснява липсата на мотивация у тях да работят по Наредба 26:

„Това си е майтан! Ама разбира се, че един преглед е крайно недостатъчен! Това е отбиване на номера! Играем си на здравеопазване!“

Друга лекарка, която работи в държавна болница, но има и частна практика изразява обосновка, която до голяма степен се припокрива с мнението на останалите ѝ колеги:

„Та този един преглед и изследвания не включват дори и кръвна група! Освен това: кога се прави този преглед, в коя седмица? Практиката показва, че жените от този контингент идват на преглед някъде към 12-16 седмица, дори и по-късно. Ами докато дойде време да ражда, нещата може многократно да са се променили вече, тази информация от 16-та седмица почти никаква работа не ти върши за развитието на плода и за раждането накрая.“

Дори и лекар от Сливен, който активно работи по наредбата е категоричен, че в този ѝ вид тя представлява:

„Отбиване на номера! Това е – отбиване на номера! Констатираш, че жената е бременна, ама тя това вече си го знае и нищо повече.“

Все едно да направим изследване, за да съобщим на белите мечки, че живеят на сняг...“

Контрастът с изследванията, които са правени на тези бременни жени, които у нас не са здравно осигурени, но са работили в чужбина е много показателен. Ето какво споделя лекарка от Кюстендил:

„Тя като се върне от Италия, от Испания, от Франция, където е работила и е била здравно осигурена, тя се връща с една ей толкова дебела папка с изследвания, за които ние тука можем само да си мечтаем. Тука да искаш да си платим, няма къде да ти ги направят всичките тези изследвания. Какво остава за неосигурените! Техните пакети в чужбина са на светлинни години в сравнение с нашите...“

На същото мнение е и опитен гинеколог от Сливен:

„Европейските пакети са много богати – в Гърция, в Испания. Чудя се как ги отчитат тези работи! Начаткли едни вируси, едни работи, едни чудеса, направено от-до. Вируси, феталии, урологии. И тя се връща тука – неосигурена.“

Добрата новина е, че като правило бременните жени пазят тази документация и я предоставят на българските лекари, когато се върнат у дома и отидат на лекар. Дали обаче всички посещават гинеколог навреме?

Установяване на бременността

Кога идват обикновено неосигурените жени за първи гинекологичен преглед при бременност? Преобладава мнението, че:

„Няма общо правило – зависи от човека. Това не е въпрос на етнос, а е до човека, до отношението към света, към здравето и към детето.“

Случаите варират от такива, които посещават гинеколог при най-малки съмнения за бременност, до такива, които се обаждат на Спешна помощ тогава, когато вече са родили.

„Те се женят, за да забременеят. Ако е първешкиня, която наскоро се е оженила, да има два дена забавяне на цикъла, веднага идва.“

Изглежда при такива наскоро задомиени жени не само те самите, но и роднините са силно мотивирани бременността да бъде констатирана и проследена от специалист:

„Идват обикновено с майка си и със свекървата. Дори и майката да не дойде, идва свекървата задължително и присъства на прегледа. Аз ги допускам. Ако е бременна – тогава е голяма радост. Пък ако е момче – тогава е радост до небето.“

Повечето от интервюираните лекари на базата своя практически опит се противопоставят на тезата, че могат да се правят генерализации за „жените от квартала“, които са стерiotипизирани като по-безотговорни към собственото си здраве и здравето на децата си:

„Ама за какво говорите?!? Те вече са модерни, образовани, знаят... Тези, които са под 18 години, те са си здравно осигурени от държавата и те си идват навреме на преглед. Проблем има с тези, които не са здравно осигурени – те не идват, не защото не искат, а защото не могат да си го позволят.“

А от това, че не могат да си позволят медицинско обслужване, понякога следват и усложнения от чисто транспортен характер:

„Тези, които са от града, се обаждат на спешна помощ, през 112 и ги карат в болницата. При тях обикновено нещата са наред. Но тези, които са по селата, те са проблем. Знаете ли колко пъти са

раждали в линейката?! Или докато стигне линейката до селото, тя вече е родила.“

Макар и да няма обща валидност, някои от лекарите наблюдават тенденция при поредна бременност мотивацията за търсене на гинеколог, който да проследи бременността да намалява:

„Зависи от човека, но при втора, трета бременност по-често се случва изобщо да не идват на лекар. Идват чак, като стане време да раждат. Тя знае, че е родила две деца нормално и за третото не се притеснява вече.“

Акушер-гинеколог от Кюстендил вижда зависимост между религиозните убеждения на бременните жени и (не)желанието за допълнителни прегледи и изследвания:

„Ами те са вярващи и разчитат на Бог, че всичко ще е наред. Дори има и такива, които е видно, че са заможни, обаче не искат да си платят за прегледи и изследвания, ако не се появят усложнения, защото са вярващи. Ако евентуално се появи някакъв проблем, тогава започват да вадят пари за второ, за трето мнение и за изследвания. Видно е, че са заможни, но така, заради религията си изглежда, ако няма проблем, не се хвърлят да си правят допълнителни изследвания.“

Това мнение обаче е малко ексцентрично и не се споделя масово от други лекари. За сметка на това, общосподелена е практиката гинеколози да преглеждат здравно неосигурени жени безплатно, отвъд пакета, който покрива Наредба 26:

„Разбира се, всички колеги са имали случаи, когато са преглеждали безплатно. И аз съм имала. Ами като я виждам, че я боли, и че има проблем и плаче, не мога да я оставя пред вратата. Приемам я.“

Най-често причината за късните или изобщо отсъстващите прегледи на бременни жени при акушер-гинеколог е финансова:

„На нея таксито и да дойде от квартала до кабинета е лев и петдесет. Ама тя дори и тях няма, за да дойде на преглед. Какви пари да ѝ взема?“

В случаи на проблеми, бременните неосигурени жени от Кюстендил събират пари от роднини и/или вземат заеми, за да отидат на лекар. Някои са принудени да прибегнат до „хитрости“:

„Хитруват, да, хващала съм ги. Това не е за запис, но са ми идвали тук с направлението на дъщеря си, която е здравно осигурена, или на бабата, която е пенсионерка, защото тя, жената, не може да си плати сама прегледа.“

Тук трябва категорично да подчертаем, че интервюираните лекари и от двата включени в изследването града, Кюстендил и Сливен, са единни в своите наблюдения, че здравно осигурените бременни жени (които работят, които са под 18 год. и които са платили със задна дата своите осигуровки) от „ромските квартали“ като общо правило идват навреме и редовно на гинекологични прегледи. Тези, които не посещават редовно гинеколог не го правят поради някакви „особености на ромската култура“, а поради финансови бариери. Тези бариери, за съжаление, могат да доведат и до усложнения с бременността.

Проблеми при непроследявана бременност

Разбира се, повечето лекари признават, че по-добре да има един преглед (по Наредба 26 на МЗ), отколкото да няма нито един. Но този един преглед не е достатъчен, за да се реагира адекватно и навреме на евентуални усложнения. А какви са тези усложнения обикновено, според резултатите от проучването? В рамките на проведените интервюта с лекари, най-често се чуваше изказване като следното:

„Почти винаги, когато дойде да ражда жена, която не е наблюдавана или когато тази жена стигне до спешен кабинет преди термина, става въпрос за някаква инфекция.“

Затова процедурата изисква при раждане такива жени да бъдат отделени от останалите родилки:

„Ние сме длъжни да ги изолираме в отделни помещения, защото не знаем нищо за бременността – може да има хепатит, да има СПИН, всичко може, ако не е изследвана и ги изолираме, докато ѝ излязат резултатите, ако тя вече не е родила през това време.“

Лекарка от Кюстендил сравнява ситуацията при здравно осигурените бременни жени и тези, които са без осигуровки, съответно – не посещават редовно гинеколог по време на бременността:

„При мен най-често са случаите на анемии. Това засяга и майката, и плода. А това е нещо елементарно, срещу което могат да се вземат мерки, ако тя е била наблюдавана. Много често детето е можело да бъде спасено, така че да се развие плодът до едни поне 2,5 кг., за да влезе в нормата. Наскоро имахме един случай и загубихме близнаци в шестия месец. Ако тя беше наблюдавана, това нямаше да се случи. При близнаците много по-често се стига до анемии, защото са две.“

Друга лекарка от Кюстендил поставя акцента върху генетични увреждания, които налагат аборт:

„Например, това са малоформациите. При преглед щеше да се установи, че има проблеми и можеше да се направи аборт много по-рано. Защото един аборт след 5-6-ти месец, е много по-тежък – и чисто физиологично, но и за психиката на майката, която очаква бебе.“

Ето и един конкретен пример:

„Установихме, че няма череп, развила се е само лицевата страна на главата. Но бременността беше много напреднала вече. В такива случаи трябва да се направи аборт, няма как. Ако беше гледана на ехограф, това щеше да се случи много по-рано и много по-лесно, без да застрашава здравето на бременната.“

Почти всички интервюирани лекари се спират на обстоятелството, че Наредба 26 в момента не покрива изследване на кръвната група на бременната жена. Лекарите от Кюстендил споделят, че в окръжната болница това и другите важни кръвни изследвания са правят при постъпването за раждане и резултатите излизат за около два-три часа. Този период обаче не винаги е достатъчен. Ето възраженията по същата тема на лекар от Сливен:

„Ами аз нямам дори и кръвната ѝ група. Не знам дали е RH отрицателна или положителна – нейната и на детето. Ето например, вижте този картон – с червено е отбелязано, че миналата година е родила със секцио. Това означава, че до две години тя задължително пак трябва да роди със секцио, което изисква преливане на кръв, а аз ѝ нямам кръвната група. Трябва да организирам роднините, които са нейната кръвна група да дарят кръв, да ги намеря, да им кажа, да ги изследвам – цялата тази организация и логистика ми отнемат едно десет дена. Ако не съм я наблюдавал, какво правя? Кажете ми какво правя?“

Аргументите в полза на наблюдаваната бременност и примерите за усложнение при липсата на такова са десетки. В такъв случай, защо ползването на Наредба 26 е толкова ограничено дори и от гинеколози, които я познават?

Администриране на процесите

Ситуацията е сложна, защото лекари се чувстват фрустрирани от обстоятелството, че към тях има изисквания, без да са им осигурени условия да изпълнят тези изисквания. Ето болката на лекар от Сливен:

„Когато всичко ми е щастливо, тогава всички сме щастливи – и родилката, и роднините, и ние, лекарите. Обаче, когато колата се обърне, мене никой не ме пита дали Наредба 26 ми е покрила дадени изследвания или не е. Аз съм длъжен да съм ги направил. Ама това, че те не ми се плащат, никой не го интересува.“

Много от интервюираните лекари не се притесняват да споделят пред микрофона:

„Публична тайна е, че има недофинансиране на здравни пътеки. Тук е сложно, защото това е въпрос на лобита, на клики, на икономически интереси... А става въпрос за огромни икономически интереси. В цялата тази система интересът на пациента е представен най-слабо, ако изобщо е представен. Макар че всички претендират, че защитават тъкмо интересите на пациентите. Да, ама не.“

Затова, конкретно по проблема, върху който е фокусирано настоящето проучване, лечебните заведения са поставени в ситуация, при която:

„На мен държавата ми казва: с парите за тези 4-5 безпроблемни раждания, нискобюджетни, ти трябва да си покриеш разходите и по тези 1-2, при които има проблеми и усложнения.“

Никой от лекарите, включени в настоящето проучване не изрази остри оплаквания относно административната работа, съпътстваща прилагането на Наредба 26 или Постановление 17 на МС за медицинска помощ на здравно неосигурени лица. Обратното – като правило административната работа не се възприема като бариера пред прилагането на наредбата. Съществуват обаче 4 други бариери, върху които трябва да се фокусираме.

Първо, оказва се, че съществуването на Наредба 26 може да има и обратен ефект. Защото, ако здравно неосигурена бременна жена посети акушер-гинеколог, който се ограничи само и единствено до пакета, включен в наредбата, тази жена остава в ситуацията на:

„Барани яйца, дете викат хората. Ни така, ни така. Защото той й е направил един преглед и я е заразил. И тя сега нито може да отиде пак при него, защото той няма да я приеме, нито смее да дойде при мене, защото е започнала първо при него... Аз като я взема, искам да си я изкарам докрая.“

Второ, изглежда, че гинеколозите на частна практика, които не поемат ражданията нямат интерес да извършат дори и този един преглед, предвиден по Наредба 26, защото вероятността тези социално слаби пациентки да се върнат на следващ платен преглед е практически нулева.

Показателен е случаят с регионалния офис на влиятелна международна НПО, която работи в сферата на детската грижа – организацията е работила с две специалистки по акушерство и гинекология, като е заплащала втори преглед на здравно неосигурени бременни жени. След време и двете лекарки са се отказали от този иновативен модел с обяснението, че средствата по Наредба 26 се бавят твърде дълго, а МЗ е изпратило писмо, че прекратява плащанията по тази наредба. Екипът на проекта така и не успя да достигне до подобно писмо, но случаят е по-скоро показателен за слабата мотивация на лекари да работят по Наредба 26, дори и да имат допълнителни стимули за това, а обикновено – такива няма.

Третият случай е от Кюстендил – при опита си да работи по Наредба 26 лекарка попада в омагьосан кръг, защото от НЗОК ѝ искат направление от личния лекар за неосигурените бременни жени, а личните лекари са категорични, че не могат да издадат подобно направление за неосигурени лица. Анализът на този конкретен казус показва, че става въпрос за административно недоразумение, но той е показателен за липсата на информация както за самата Наредба 26, така също и за начина на прилагането ѝ.

Четвъртото препятствие е свързано със забавянето на плащанията от страна на МЗ през НЗОК по Наредба 26. Макар, особено в Кюстендил, лекарите да настояват, че няма големи забавяния на плащанията от страна на Здравна каса нито по Постановление 17 на МС, нито по другите пътеки, се появиха и сигнали за забавяния, които демотивират медицинските

заведения. Става въпрос най-вече за извънлимитни разходи, за разплащания към частни лечебни заведения и за разплащания при политически сътресения:

„Един-два месеца забавяне е нормално, което ние можем да си позволим. Проблем става, когато парите започнат да се бавят по 3-4 месеца. Ето, например, сега през декември получихме парите за септември. В момента сме март месец, и си чакаме парите за януари. Но в началото на годината винаги е така. Другите забавяния са като има избори и като се смени правителството. Тогава, докато решат какво да правят с бюджета и винаги има по няколко месеца забавяне на плащанията...“

Нека да обобщим – изследването привежда аргументи в подкрепа на тезата, че прилагането на Наредба 26 не е много ефективно, защото пациентката може да остане без допълнително наблюдение, защото пакетът, включен в наредбата е крайно недостатъчен и защото информацията от този един-единствен преглед не е нито изчерпателна, нито актуална към момента на раждането, още повече, че не се знае кога този преглед е проведен.

В началото на проекта екипът споделяше хипотезата, че по Наредба 26 на МЗ не се работи в Кюстендил, защото лекарите и пациентите не знаят за съществуването ѝ. Изследванията обаче дават свидетелства в подкрепа на твърдението, че самите гинеколози не са мотивирани да я прилагат. Въпреки това, в Сливен наредбата се прилага. Как и защо?

Практическо прилагане на Наредба 26

В Сливен наредбата се прилага най-вече заради установените добри практики и сътрудничеството между лекарите от медицинския център в кв. „Надежда” и една от частните болници. Как се работи на практика:

„В нашата болница работим. Не знаая защо, но в другите болници не работят. В Окръжна не работят. Аз съм трето ниво началник – има собственик, управител и аз съм тогава. Но ние сме решили и

работим по тая Наредба 26. (...) Макар и частна, ние сме всъщност много социална болница.“

Нещо повече дори – интервюираните лекари разказват, че тази „социална болница“ всъщност работи по модела на наредбата, преди самата наредба да бъде готова.

„Ние две години преди наредбата я прилагахме! Ние вече работехме и тя излезе в един щастлив ден.“

Инициативата е произлязла от лекарите, които активно работят в кв. „Надежда“ и познават отвътре проблемите на бременните жени там. Ето как протича целият процес на практика:

„Не, не идват те сами. Ние ходим и ги търсим. Аз имам една събота всеки месец, когато слизам в изнесенния кабинет долу в квартала и ги преглеждам. Работя само за тях. Те знаят за това и идват. Акушерките разпространяват информация сутринта и те идват, и аз ги преглеждам. (...) В тази една събота ние обхващаме по около 50 жени от квартала. И аз имам по около 10 нови бременности. Една сестра с ултра звук диагностицира бременността. Контактът понякога е много труден, но ние си имаме стратегия, работим бързо.

Аз си ги разпитвам, както е при осигурените. По наредбата липсват хепатитът и СПИН. Имахме една програма за HIV и СПИН, но тя спря вече. Сифилис пускаме, влиза в програмата. Здравно осигурените имат кръвна група, това е много важно, защото може да е RH отрицателно, но не им се покрива на неосигурените по наредбата. Генетичните също не им влизат тука. (...) Хламидии пускаме на малките, под 18 години, но те са си осигурени и държавата ги е обхванала тях.“

Каква е ползата от тази добра практика, която, нека повторим, съществува още от преди приемането на Наредба 26. По думите на самия лекар:

„Ползата е двустранна – за жената, че е наблюдавана. И за мен също има полза. Аз печеля от две неща. Първо, печеля, че държавата ще ми плати раждането. Това ми е финансовата полза. Нефинансовата полза е, че тя, като звънне на Родилна зала, ще й знам дереджето. Благодарение на старите прегледи акушерката вижда всичко. Тя си има досие при мене.“

Сузана е един от конкретните примери за ползите от прилагането на наредба 26 в този й разширен доброволно от частната болница вид:

„Ето, вижте тука Сузана – тя е заведена декември на отчет, идва януари, февруари, март – тя ми е реализирала 4 посещения. Аз задължително ще я извикам на една визита, за да й дам дата за секцио. Ние им правим секцио, защото държавата ще ми плати. Но държавата ми е платила декември месец, една кръвна картина. На първи април статусът ѝ вече е различен. Аз съм на тясно, защото часовникът ми тиктака на мене, идва време тя да ражда и аз трябва да ѝ знам дереджето, затова правя още прегледи.“

Тези допълнителни прегледи и изследвания обаче, както и посещенията в изнесения кабинет в квартал „Надежда“ не се заплащат по наредбата.

„Никой не ми плаща. Държавата плаща първия преглед само. Всичко останало е pro bono, както казват американските адвокати. За тези 6-7 други посещения никой не ми плаща.“

Икономическият интерес на болницата е, че проследяваните неосигурени бременни жени ще родят там:

„70 – 80% идват да раждат после при мене. Те мене си ме търсят. Тука не им взимаме пари за избор на екип. Да си изберат екип им е free of charge.“

Все пак остават едни 20-30%, които поради една или друга причина не раждат в тази болница. Какво става с техните здравни картони:

„Ако иска да ражда на друго място, даваме им го. Аз обаче съм ревнив. Знаете ли какво правя? Давам това, което държавата им е платила – амбулаторния лист от първото посещение. Другото, дето аз съм го правил, не им го давам.“

В резултат на прилагането на тази добра практика случаите на непроследявани бременности рязко намаляват в Сливен през последните години, макар и да не са изчезнали напълно:

„Тез, дето директно ми идват на раждане намаляха с тази програма. Много намаляха. (...) При нас са почти нула. Защото тази, не отишла никъде, се обажда на Спешна помощ, тя отива в Спешния център в държавната болница. Не идват при нас. Това са най-неприятните пациенти. Започвам от А, Б. Не е приятно. Всичко е за наша сметка. Държавата плаща 600 лв. за туй раждане, а то de facto ти е много по-скъпо, ако не си я проследил.“

Въпреки тези отделни казуси, интервюираните лекари от Сливен са категорични, че ползите от проследяването на бременността на здравно неосигурените жени са много повече от негативите.

Аборти

От интервютата се изясни още един аспект при вземането на решение дали едно дете да бъде родено или не. Немалко граждани раждат децата си, защото изпитват затруднения да намерят средства, за да платят аборт. Въпреки че в гр. Сливен свидетелствата за размера на

нужните средства се колебае между 120 и 180 лв., това се оказва непосилна за много домакинства сума. И на фокус-групите, и в разговорите с медици респондентите посочиха широкото разпространение на хапчета за аборт, които се внасят от чужбина.

Въпросните медикаменти са значително по-евтини от стандартните цени за аборт. Те се взимат самостоятелно, често възникват усложнения, след което се налагат операции.

Пример за недоимъка беше даден от социален работник на международното НПО. Жената в семейството забременяла, но нямали средства за аборт. Поради което тя изпила всички налични в домакинството лекарства, а след това накарала съпругът си буквално да скача на кръста ѝ, за да изхвърли бебето. Включваме този нелицеприятен щрих за бременностите, тъй като е изследван слабо, но илюстрира тежкото икономическо и социално състояние на някои групи български граждани, а притиснатите да направят толкова тежък избор страдат от тежки физически и психически увреждания.

За 2014 година директорът на държавната болница е разрешил да бъде извършен безплатен аборт на три жени, въз основа на техни подробни молби. Според наблюденията на лекар от частна болница, около 10% от бременните жени искат да абортират, но нямат финансова възможност. Това рефлектира върху броя изоставени деца – от бедни семейства (основно ромски), малолетни майки (основно български) и деца с увреждания. Увеличава се бедността в тези домакинства, които решават да отгледат детето, въпреки че е нежелано.

Изводи и препоръки

Първоначалната хипотеза на екипа на проекта беше, че Наредба 26 на МЗ за доболнична помощ на здравно неосигурени бременни жени не се прилага масово в страната (в общи линии с изключение на един-единствен лекар от Сливен), защото РЗОК, лекарите-гинеколози, пациентските организации и самите неосигурени бременни нямат информация за тази наредба. Ето защо и екипът на проекта възнамерява да повиши нивото на информираност на заинтересованите страни за наредбата и нейното практическо прилагане чрез една таргетирана разяснителна кампания.

Проведените проучвания по проекта доказват, че действително информацията за наредбата е доста оскъдна, трудно достъпна през официалните източници и недостатъчно ясна. Но анализът на резултатите от изследванията показва и още нещо. Дори и да са запознати с наредбата и начинът за нейното прилагане акушер-гинеколозите не са достатъчно

мотивирани да я използват, поради административни спънки, забавени плащания, но най-вече, защото в сегашния си вид тази наредба не позволява провеждането на едно надеждно наблюдение на хода на протичане на бременността на здравно неосигурените жени. Нещо повече дори – оказва се, че прилагането на наредбата стриктно в рамките на нейния актуален обхват може да има и обратен ефект, доколкото прегледаните жени остават без последващо лекарско наблюдение.

Икономическата мотивация от прилагането на Наредба 26 не е в този един-единствен преглед, който е крайно недостатъчен от медицинска гледна точка според всички интервюирани гинеколози. Мотивацията е в поемането на раждането на здравно неосигурената бременна жена, което се покрива от Здравната каса. А за да бъдат минимизирани рисковете от усложнения, и съответно – от оскъпяване на раждането, прилагащите Наредба 26 включват и 5-6 допълнителни прегледа на бременните, които са “pro bono”. Гинеколозите, които не водят раждания нямат интерес от прилагането на наредбата и търсят (а който търси, намира) различни поводи да не работят по нея (каквото е случаят с инициативата на регионалният офис на влиятелно международно НПО в Сливен).

В град като Сливен, който е не само вероятно най-младия град в Европейския съюз (което, трябва да признаем, е и симптом за ниска средна продължителност на живота), но и с най-много болници на глава от населението (6 болници, в които се извършват раждания), е разбираемо конкуренцията за привличане на родилки да стимулира инициативи за тяхното предварително обхващане (затова в Сливен „прилагаме наредбата, преди тя още да беше приета”). В Кюстендил обаче болницата е само една и неосигурените бременни жени така или иначе отиват да раждат в нея. В този смисъл основният стимул за прилагането на наредбата, поемането на раждането, което се покрива от НЗОК, отсъства. Една информационна кампания би насърчила прилагането на наредбата, но в този ѝ вид интервюираните лекари я дефинират като „отбиване на номера”.

Разбира се, повечето участници в проведените по проекта проучвания си дават сметка, че приравняването на медицинските грижи на здравно неосигурените бременни жени с тези на осигурените би имало силно негативен ефект върху мотивацията за плащане на здравни осигуровки, макар от медицинска гледна точка подобно приравняване да би намалило рисковете от усложнения, възникващи при непроследяваните бременности. Най-добре би било, ако се зачитат текстовете на Конституцията и грижата за всички български жени се поема от държавата. Следващият по ефективност вариант е те да имат възможност да си плащат редовно здравните осигуровки, но актуалната социално-икономическа ситуация едва ли е най-добрата среда за това. Ето защо проведените проучвания дават основание да бъдат формулирани следните препоръки:

Първо, да се разшири обхватът на Наредба 26 така че тя да включва поне още един преглед с ехограф и кръвна картина (включително кръвна група) около 32-36-та седмица на бременността. Такава стъпка не би била скъпа, ако се съди по досегашната практика, но би придала смисъл от прилагането на наредбата.

Второ, да се търсят механизми за организиране на прегледите в близост до местоживеенето на неосигурените бременни жени (по добрия пример на Сливен – мобилни кабинети, изнесени кабинети и т.н.), защото практиката показва, че такива жени срещат икономически бариери дори за придвижването до кабинета на акушер-гинеколог, ако той е твърде отдалечен.

Трето, да се извършват предвидените в Наредба 26 генетични прегледи на бременните с висок риск от генетично заболяване. Видно от свидетелствата на лекари, непроследяването води до раждане на генетично увредени деца или не дава възможност за ранно диагностициране, поради което се налага аборт в късен етап на бременността.

Четвърто, да се организира широка информационна кампания за популяризиране на Наредба 26 (още по-добре, ако обхватът ѝ бъде разширен) и се изчистят административните недоразумения, свързани с прилагането ѝ (изискването за направление от личния лекар от казуса в Кюстендил).

Това би намалило рисковете от усложнения при протичането на бременността и раждането на здравно неосигурените жени и би оказало благоприятен ефект върху здравния статус – както на тях самите, така и на децата им. Би намалило случаите на мъртвородени деца. Ще редуцира и броя на децата родени с генетични увреждания, които често биват изоставяни в домове за отглеждане или семейството приема да ги отглежда, но прекъсва нормалния си начин на живот, поне единият родител спира да работи, разходите за здравни и рехабилитационни терапии изчерпват семейния бюджет и домакинството като цяло обеднява. Преките и косвените ползи от разширяване на обема на Наредба 26 са многобройни.

Приложение 1

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Проект!

НАРЕДБА

ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА НАРЕДБА № 26 ОТ 14 ЮНИ 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

В сила от 01. 01. 2007 г.

Издадена от Министерството на здравеопазването

Обн. ДВ. бр.51 от 26 Юни 2007г., изм. и доп. ДВ. бр.100 от 15 Декември 2012г., изм. и доп.
ДВ. бр.9 от 31 Януари 2014г.

§ 1. В чл. 19, ал. 1 „един профилактичен преглед“ се заменя с „два профилактични прегледа“. След точката се добавя второ изречение: „Единият преглед задължително в 32-36-та седмица на бременността.“

§ 2. В чл. 19, ал. 2 „Профилактичният преглед при неосигурената бременна включва“ се заменя с „Профилактичните прегледи при неосигурената бременна включват“

§ 3. В чл. 19, ал. 2, т. 2 се добавя второ изречение: „Еднократно изследване на кръвна група.“

§ 3. В чл. 19, ал. 5 „Лекарят, който извършва профилактичния преглед“ се заменя с „Лекарят, който извършва профилактичните прегледи“

Приложение 2

СТАНОВИЩЕ

за нормативната уредба, касаеща правата на здравно неосигурените жени

I. Фактическа обосновка

Към настоящия момент много от здравно неосигурените жени нямат достъп до профилактични прегледи и изследвания по време на тяхната бременност, тъй като лекарите не са запознати с нормативната уредба, касаеща предоставяне на медицински услуги извън обхвата на здравното осигуряване, както и процедурата по документиране и заплащане на тези дейности от страна на НЗОК. На практика здравно неосигурените бременни жени са лишени от достъп до медицинска помощ по време на тяхната бременност и проследяването ѝ по смисъла на чл. 82 от Закона на здравето.

При раждане и предоставяне на спешна помощ за здравно неосигурените бременни жени не съществува проблем, дейностите се извършват от лекарите и съответно се заплащат от НЗОК. Поради силно ограниченото поле на нормативно признатите медицински дейности обаче проследяването на бременността на здравно неосигурените жени се явява невъзможно. На практика те са поставени в неравностойно положение.

II. Правна обосновка

1. Конституция на Република България
2. Закон за здравето
3. Закон за здравното осигуряване

4. Наредба No 26 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
5. Закон за бюджета на НЗОК за 2014г., Закон за бюджета НЗОК за 2015г.
6. Наредба No 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията
7. Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ
8. Национален рамков договор с лекарската организация
9. Програма майчино здравеопазване

В Конституцията на Република България е прогласен един от основните принципи на правовата държава, че всички граждани се раждат свободни и равни по достойнство и права. Те са равни пред закона. Изключена е всякаква дискриминация, основана на раса народност, етническа принадлежност, пол, произход, религия, образование, убеждения, политическа принадлежност, лично и обществено положение или имуществено състояние. Конкретно разпоредбата на чл. 52, ал. 1. от Конституцията на Р България установява, че гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон. Правото на здравеопазване е конституционно гарантирано и е подробно регламентирано в Закона за здравето и Закона за здравното осигуряване.

Основните разпоредби, касаещи правата на здравно неосигурените жени в Закона за здравето са:

Чл. 82.(1) Извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на българските граждани се предоставят медицински услуги, които са свързани със:

1. медицинска помощ при спешни състояния;
- 2. профилактични прегледи и изследвания и акушерската помощ за всички здравно неосигурени жени, независимо от начина на родоразрешение, по обхват и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването;**
3. стационарна психиатрична помощ;
4. осигуряване на кръв и кръвни продукти;
5. трансплантация на органи, тъкани и клетки;
6. задължително лечение и/или задължителна изолация;

7. експертизи за вид и степен на увреждане и трайна неработоспособност;
8. заплащане на лечение за заболявания по ред, определен от министъра на здравеопазването;
9. медицински транспорт по ред, определен от министъра на здравеопазването;
10. асистирана репродукция.

(2) Всеки български гражданин ползва:

1. ваксини за задължителни имунизации и реимунизации, ваксини по специални показания и при извънредни обстоятелства, специфични серуми, имуноглобулини и други биопродукти, свързани с профилактиката на заразните болести, както и техническите средства за прилагането им.

2. пълен обем от противоепидемични дейности;

3. достъп до здравни дейности, включени в национални, регионални и общински здравни програми.

(3) Децата до 16-годишна възраст имат право на медицинска помощ извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

(4) Децата, настанени в лечебни заведения по чл. 5, ал. 1 от Закона за лечебните заведения, имат право на безплатни медико-социални грижи.

(5) Дейностите по ал. 1, 2, 3 и 4 се финансират от държавния бюджет и от общинските бюджети и се ползват при условия и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването.

В чл. 82, ал. 1., т.2. от Закона за здравето е регламентирано, че здравно неосигурените жени имат право на „профилактични прегледи“ и „изследвания“ – изписано е в множествено число, като реда и условията, при които се получават се определят от министъра на здравеопазването. Волята на законодателя е повече от ясна, но впоследствие приетата Наредба 26 свива тези профилактични прегледи до един през цялата бременност, който включва:

- дейности, извършвани от специалист по акушерство и гинекология: анамнеза, оценка на рискови фактори, определяне вероятния термин на раждане, измерване на артериално кръвно налягане, антропометрия с външна пелвиметрия, гинекологичен преглед, изследване на детски сърдечни тонове, ако срокът на възрастта го позволява, ехография, интерпретация на изследванията;

- извършване на изследвания – ПКК, кръвна захар, урина – седимент, глюкоза, албумин, изследване за сифилис, изследване за хепатит В (HbS Ag); микробиологично изследване на влагалищен секрет.

В Закона за здравето бременните жени без оглед на това, дали са здравно осигурени или не, са под особена закрила, като конкретно чл. 127 от 33 гласи:

Чл. 127. (1) За осигуряване на безрисково майчинство всяка жена има право на достъп до здравни дейности, насочени към осигуряване на оптимално здравословно състояние на жената и плода от възникване на бременността до навършване на 42-дневна възраст на детето.

(2) Здравните дейности по ал. 1 включват:

1. промоция, насочена към запазване здравето на жената и плода;
2. профилактика на опасността от аборт и преждевременно раждане;
3. обучение по хранене и грижи за новороденото;
4. **активно медицинско наблюдение на бременността, осъществявано на диспансерен принцип от лечебните заведения за първична и специализирана извънболнична помощ;**
5. пренатална диагностика и профилактика на генетични и други заболявания при условия и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването;
6. осигуряване на оптимална жизнена среда за родилките и новородените;
7. диспансерно наблюдение и здравни грижи за родилката и детето;
8. свободен достъп на бременната или родилката до лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ;
9. свободен достъп на бременната до лечебни заведения за специализирана извънболнична и болнична помощ при състояния, застрашаващи бременността;
10. право на избор от бременната на лечебно заведение за болнична помощ за раждане.

Тук трябва да се отбележи, че законодателят използва думите „всяка жена” – т.е. бременните жени не се делят на здравно осигурени или здравно неосигурени. Т.е. всяка жена от възникване на бременността до 42 дни от раждането попада в тази категория и има право да изисква от здравните органи действията описани в алинея втора и конкретно тези по точка четвърта.

Подзаконовият нормативен акт, който се издава на основание чл. 82, ал. 1, т.2 от Закона за здравето и чл. 127 от Закона за здравето, е Наредба 26 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, посл. изм. ДВ 9/2014г. В Наредбата профилактичните прегледи по време на бременността на здравно неосигурените жени, регламентирани в закона в множествено число, са сведени до един, който включва медицински дейности, описани по-горе в настоящия документ. Прегледите и

изследванията се извършват от лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ по акушерство и гинекология и от медико-диагностични лаборатории – самостоятелни или в структурата на лечебни заведения за извънболнична помощ. Здравно неосигурената жена има право свободно да избере лечебното заведение.

Лекарят, който извършва профилактичния преглед на неосигурената бременна, задължително ѝ представя план за последващите действия по проследяване на бременността ѝ и я уведомява, че те не са включени в извършвания от него преглед и съответно не попадат в обхвата на дейностите, на които тя има право по тази наредба като неосигурено лице.

В Наредба 26 са регламентирани изследвания за генетични болести на плода, на които бременната здравно неосигурена жена има право.

Заплащането на медицинските дейности по извършване на профилактичния преглед и изследванията се уреждат по начина, по който се извършва заплащане на ражданията по пътека 141 „Раждане, независимо от срока на бременността, предлежанието на плода и начина на родоразрешение“. Лечебните заведения или съответно лекарят следва да има сключен договор с НЗОК.

Паричните средства по тези дейности се заплащат на лекарите и лечебните заведения от НЗОК и са предвидени съответно в Закон за бюджета на НЗОК за съответната календарна година. В Закона за бюджета на НЗОК за 2014г. конкретно за медицинско обслужване по чл. 82 от Закона за здравето от общо предвидени 13 500 000лв., за здравно неосигурените жени гласуваният бюджет по ал. 82, ал. 1, т.2 от 33 е 3 500 000лв. В Закона за бюджета на НЗОК за 2015г. от предвидените средства за осигуряване на медицинска помощ по чл. 82 от Закона за здравето от общо 24 000 000лв., за здравно неосигурените жени са предвидени 5 000 000лв. за заплащане на медицински дейности по ал. 82, ал. 1, т.2 от 33.

В Наредба № 39 от 16 ноември 2004г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (посл. изм. ДВ 95/2014г.) профилактичните прегледи за бременните жени са регламентирани по следния начин:

Чл. 5. (1) (Доп. - ДВ, бр. 102 от 2005 г., в сила от 01.01.2006 г.) Бременните и родилките до 42 дена след раждането подлежат на профилактични прегледи и изследвания, осъществявани на диспансерен принцип, определени по вид и честота в приложение № 2.

(2) Националната здравноосигурителна каса заплаща на лечебните заведения, с които има сключен договор, осъществените дейности по ал. 1.

(3) Профилактичните прегледи на бременните се извършват от специалист по акушерство и гинекология или личния лекар по желание на бременната.

(4) Профилактичните прегледи при бременни с повишен риск се осъществяват от специалист по акушерство и гинекология.

(5) (Доп. - ДВ, бр. 101 от 2010 г.) Резултатите от проведените прегледи и изследвания по ал. 1 се отразяват в "Карта за профилактика на бременността", включена в медицинския софтуер на лекаря, наблюдаващ бременността и изготвена по образец съгласно приложение № 3.

В този текст не е конкретно посочено разграничение между здравно осигурени или здравно неосигурени жени и след като не е изрично посочено се тълкува, че става въпрос за всички бременни жени и родилките до 42 дни след раждането. Интересното при тази наредба е, че заглавието е променено след обжалването ѝ пред Върховния административен съд. Първоначално в заглавието е имало текст: „гарантирани от бюджета на НЗОК”.

Единствено в Приложение 2, визирано в горесцитирания член от Наредба 39, е посочено че изброените профилактични прегледи се отнасят за жени, които са здравно осигурени. Тук има колизия между двата текста между чл. 5 от Наредба 39 и Приложение 2 към чл. 5.

Нито в Наредба 26, нито в Наредба 39 не е регламентирано законово признатото право на здравно неосигурената бременна жена на активно медицинско наблюдение на бременността съгласно чл. 127, ал. 1, т.4 от Закона за здравето. В Наредба 26 съществува текст, който казва, че лекарят след провеждане на осигурения профилактичен преглед съставя план за проследяване на бременността, но указва на бременната жена, че последващите действия не са включени в наредбата и не се заплащат от НЗОК съответно от Министерство на здравеопазването.

В чл. 2, ал. 2 от Наредбата за осъществяване на достъп до медицинска помощ (посл. изм. ДВ 53/2011) се казва, че извън обхвата на задължителното здравно осигуряване българските граждани имат право на достъп до медицински услуги при условията и по реда на чл. 82 от Закона за здравето. Като лечебните заведения - изпълнители на медицинска помощ по договор с НЗОК, са длъжни да поставят на общодостъпни места в сградата си информацията относно: здравните дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК и безплатно предоставяните медицински услуги по чл. 82 от Закона за здравето.

На 16.07.2014г. правителството приема Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014г. – 2020г., като се предвижда създаване на центрове за майчино и

детско здраве. Съгласно чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето всеки има право на достъп до здравни дейности, предвидени в национални програми.

В Национален рамков договор за 2015г. са предвидени дейностите по програма „Майчино здравеопазване“, която за съжаление не обхваща здравно неосигурените жени.

Изготвил становището: Румяна Рангелова