Никола Василев
Национален консултант по акушерство и гинекология към МЗ

АНАЛИЗ
на някои здравно-демографски и други показатели във връзка с детската смъртност у нас

1. Добрата новина – детската смъртност в България намалява

Динамиката на детската смъртност в България е обобщена в табл. 1. В последната колона са вписани „цели на хилядолетието" – стойности, зададени за постигане от България в програмни документи на ООН (ПРООН).

Таблица 1. Основни индикатори за детска смъртност в България[1]

Индикатор	**2001**	**2004**	**2006**	**2015**
Смъртност на деца от 0 до 5 години на 1000 живородени	17.0	13.3	11.8	9.5
Смъртност на деца до 1 година на 1000 живородени	14.4	11.6	9.7	7.0

От таблицата е видно, че **към настоящия момент можем да отчетем успех в борбата за намаляване на детската смъртност в България.**

Ако сегашният темп на редукция се запази, до 2015 година можем да очакваме

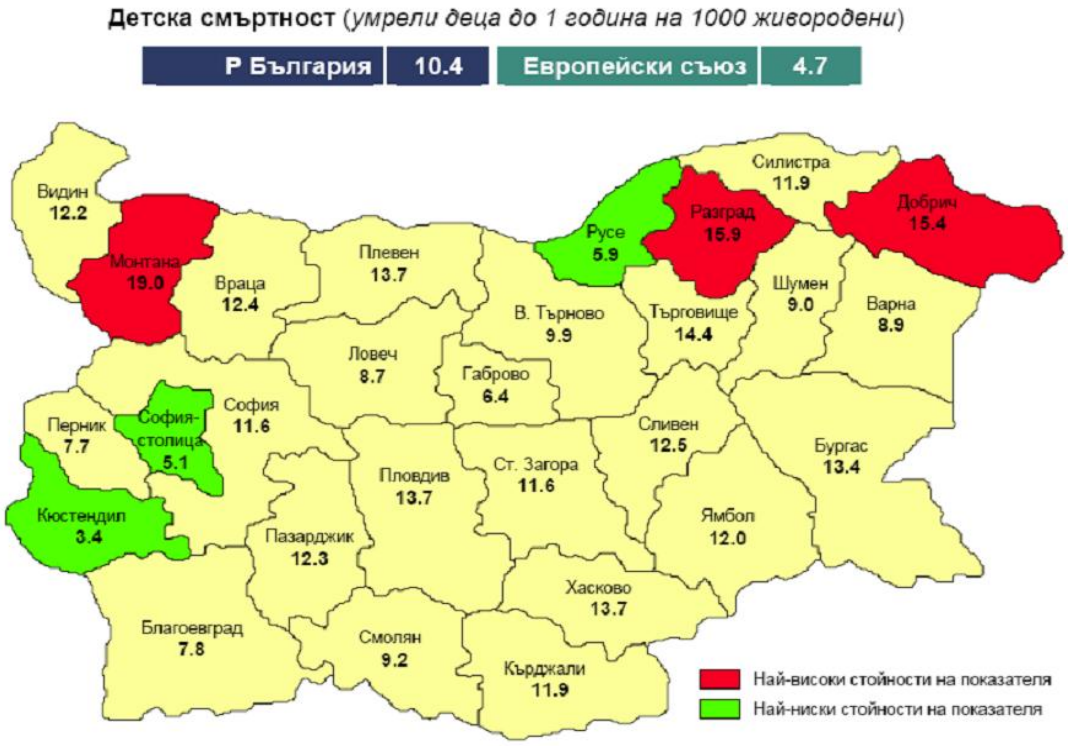
- смъртност на деца от 0 до 5 години на 1000 живородени – 5.4
- смъртност на деца до 1 година на 1000 живородени – 4.0

Следователно – по отношение на детската смъртност, **България е в състояние да постигне „целите на хилядолетието" още преди изтичане на определения срок.**

[1] *Източник*: Национален център за здравна информация (без последната колона).

2. На какво се дължи тази благоприятна тенденция?

Детската смъртност в България показва значителни колебания по области (фиг. 1).



Фигура 1: Разпределение на детската смъртност в България по области[2].

Потърсихме корелация между детската смъртност и нейните подвидове, от една страна, и някои здравни и социално-икономически показатели по области, от друга (табл. 2).

Таблица 2: Здравно-демографски и други показатели по области, подложени на корелационен анализ

ВИДОВЕ СМЪРТНОСТ[3]	**ПОКАЗАТЕЛИ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ[4]**			**ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ИЗВЪН-БОЛНИЧНА ПОМОЩ[5]**	**СОЦИАЛНО-ИКОНОМИ-ЧЕСКИ ПОКАЗАТЕЛИ[6]**
	Специалисти (на 1000 раждания)	**Болнични легла (на 1000 ражд.)**	**Апаратура (на 1000 раждания)**		
Детска Перинатална Неонатална Ранна неон. Късна неон. Постнеонатална	Акушер-гинеколози Педиатри Акушерки	Патологична бременност Родилни Неонатални	Детски респиратори Кувьози	ОПЛ (на 1000 раждания) АГ-практики (на 1000 раждания) Педиатрични практики (на 1000 ражд.)	Средна работна заплата Равнище на безработица

[2] Данни за 2005 година. *Източник*: Национален център за здравна информация.
[3] Данни за 2005 година. *Източник*: Национален център за здравна информация.
[4] Данни за 2005 година. *Източник*: Национален център за здравна информация.
[5] Данни за 2005 година. *Източник*: Национална здравноосигурителна каса.
[6] Данни за 2003-2005 година. *Източник*: Агенция по заетостта.

Корелационният анализ даде следните резултати (табл. 3):

Таблица 3. Статистически значими резултати от корелационен анализ на здравно-демографски и други показатели по области

ВИД СМЪРТНОСТ	ФАКТОР	КОРЕЛАЦИЯ	r (Pearson)
Детска	Безработица	положителна	0.01
Детска	Средна работна заплата	отрицателна	0.06
Перинатална	Безработица	положителна	0.04
Ранна неонатална	Брой акушер-гинеколози	отрицателна	0.03
Ранна неонатална	Брой детски респиратори	отрицателна	0.03
Ранна неонатална	Безработица	положителна	0.05
Неонатална	Средна работна заплата	отрицателна	0.03
Неонатална	Безработица	положителна	0.01

За останалите подложени на корелационен анализ фактори не се установява статистически значима корелация.

Данните от корелационния анализ ни дават право на следния коментар:

Стойностите на детската смъртност и нейните подвидове у нас трудно могат да се обвържат с количествени параметри на здравната система – брой лекари-специалисти, брой разкрити болнични легла, брой специални медицински апарати. По-скоро е налице зависимост между стойностите на детската смъртност, от една страна и някои социално-икономически параметри, от друга. Най-очевидна е връзката между висока детска смъртност и висока безработица в областите. Тази констатация подкрепя тезата, че детската смъртност е показател, отразяващ нивото на медицинската помощ, но също така (дори още по-достоверно) жизнения стандарт на населението и стабилността на гражданското общество. Можем да си позволим да заключим, че благоприятната динамика на детската смъртност, наблюдавана през последните години в България, е израз преди всичко на подобряващото се благосъстояние на българите.

3. Лошата новина – перинаталната смъртност и недоносеността в България се задържат високи

Табл.4 илюстрира динамиката на перинаталната смъртност и недоносеността в България. Отново в последната колона са вписани „цели на хилядолетието”.

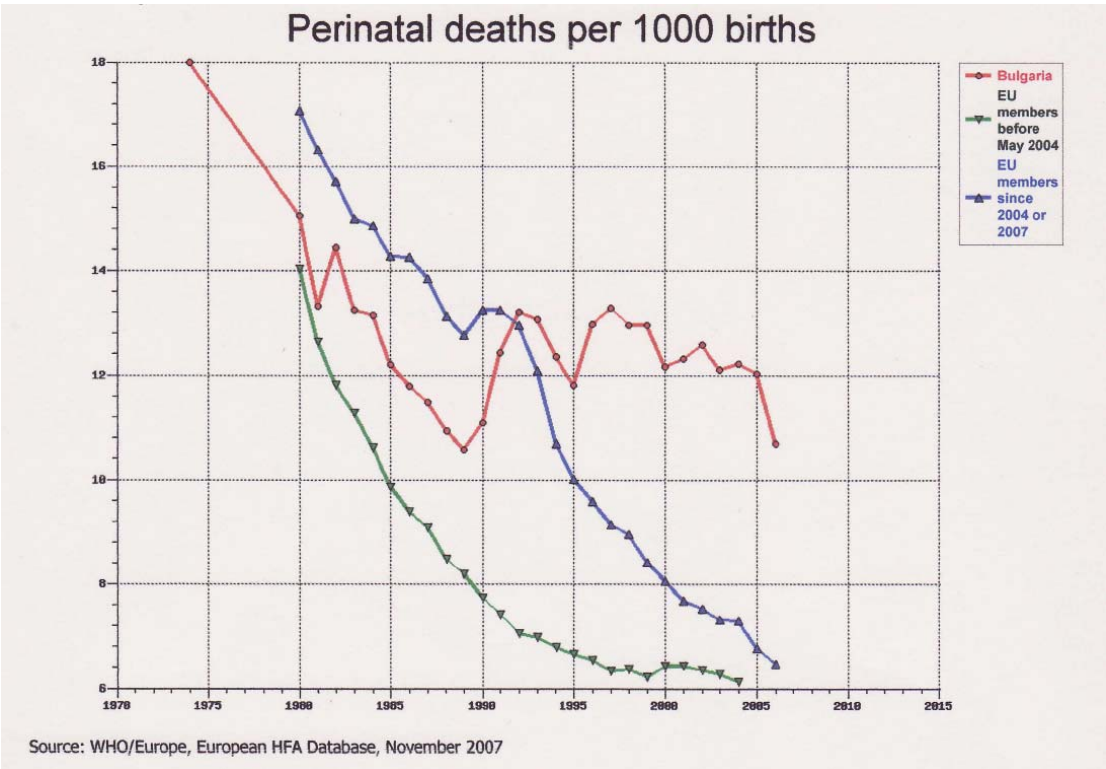
Таблица 4. Перинатална смъртност и недоносеност в България[7]

Индикатор	2001	2004	2006	2015
Перинатална смъртност (мъртвородени + умрели до 6-ия ден след раждането на 1000 раждания)	12.3	12.0	10.7	8.0
Относителен дял в проценти на недоносени деца (деца с телесна маса при раждането под 2 500 g)	9.1	8.7	8.9	6.0

При запазване на сегашния темп на редукция в индикаторите *перинатална смъртност* и *относителен дял на недоносени деца*, към 2015 година можем да очакваме следните резултати:

- перинатална смъртност – 9.5 при зададена цел 8.0
- относителен дял на недоносени деца – 8.7 при зададена цел 6.0

На фиг. 2 личи динамиката на перинаталната смъртност в България и ЕС през последните 30 години.



Фигура 2: Динамика на перинаталната смъртност в България, „нова” и „стара” Европа от 1974 до 2006 г.

[7] *Източник*: Национален център за здравна информация (без последната колона).

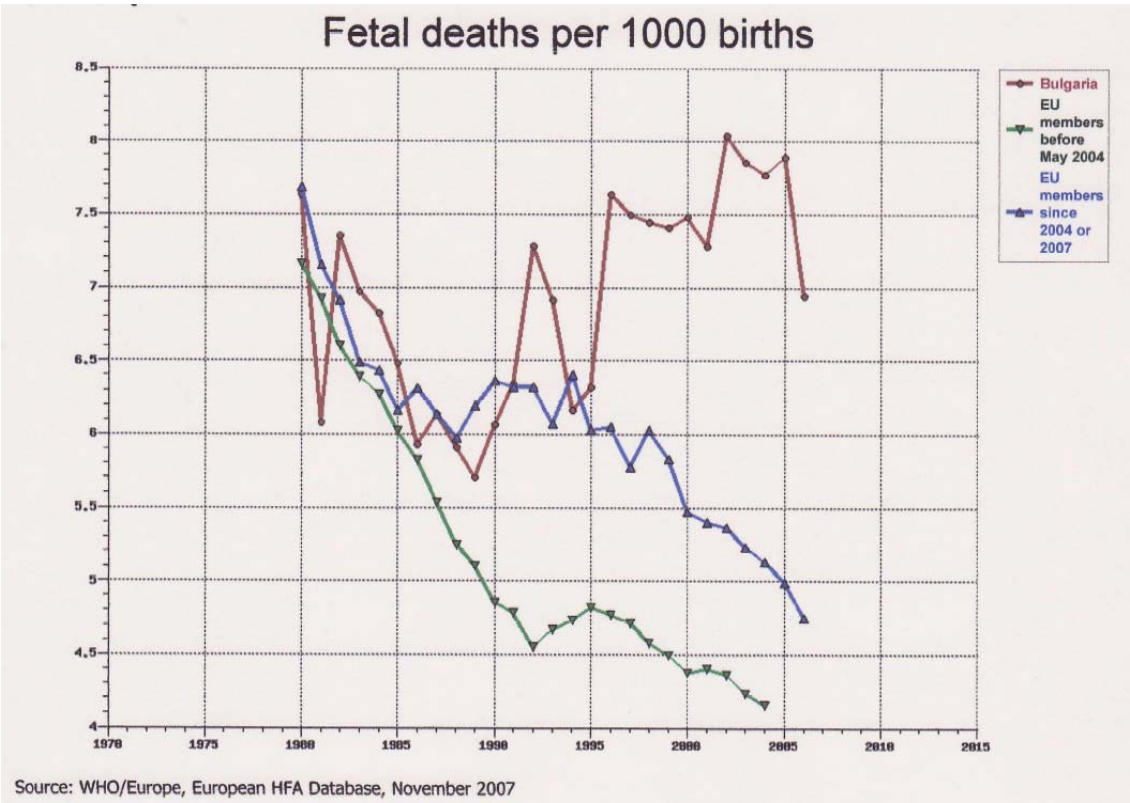
Фиг. 2 може да бъде описана по следния начин:

- От 70-те докъм края на 80-те години на XX в., перинаталната смъртност в България намалява, следвайки тенденциите в ЕС.
- От 1989 г. перинаталната смъртност в България започва да се повишава. Тенденцията е най-очебийна за периодите 1989-92 и 1994-97 г. (“Луканова зима”, “Виденова зима”)
- През 1992 г. перинаталната смъртност в България за първи път надвишава стойностите, регистрирани в бъдещите страни на „нова” Европа (и се задържа така до ден днешен).
- Това става на фона на трайно понижение на перинаталната смъртност в „стара” Европа. В бъдеща „нова” Европа се отбелязва слабо повишение (1989-1991 г.), което бързо бива преодоляно.
- През 2006 г., перинаталната смъртност в „нова” Европа почти се изравнява с перинаталната смъртност в „стара” Европа.
- През 2005-2006 г. перинаталната смъртност в България отбелязва стръмно понижение. Все пак, стойността й за 2006 г. е далеч от стойностите и за „стара”, и за „нова” Европа.

4. На какво се дължи тази неблагоприятна тенденция?

Перинаталната смъртност е сума от мъртвородените и децата, починали до 6-ия ден след раждането.

Мъртвораждаемост. България има твърде нелицеприятна статистика за мъртвородените. За разлика от страните от „стара" и „нова" Европа, у нас през последните двадесет години броят на мъртвородените нараства (фиг. 3).



Фигура 3: Динамика на мъртвораждаемостта в България, „нова" и „стара" Европа от 1980 до 2006 г.

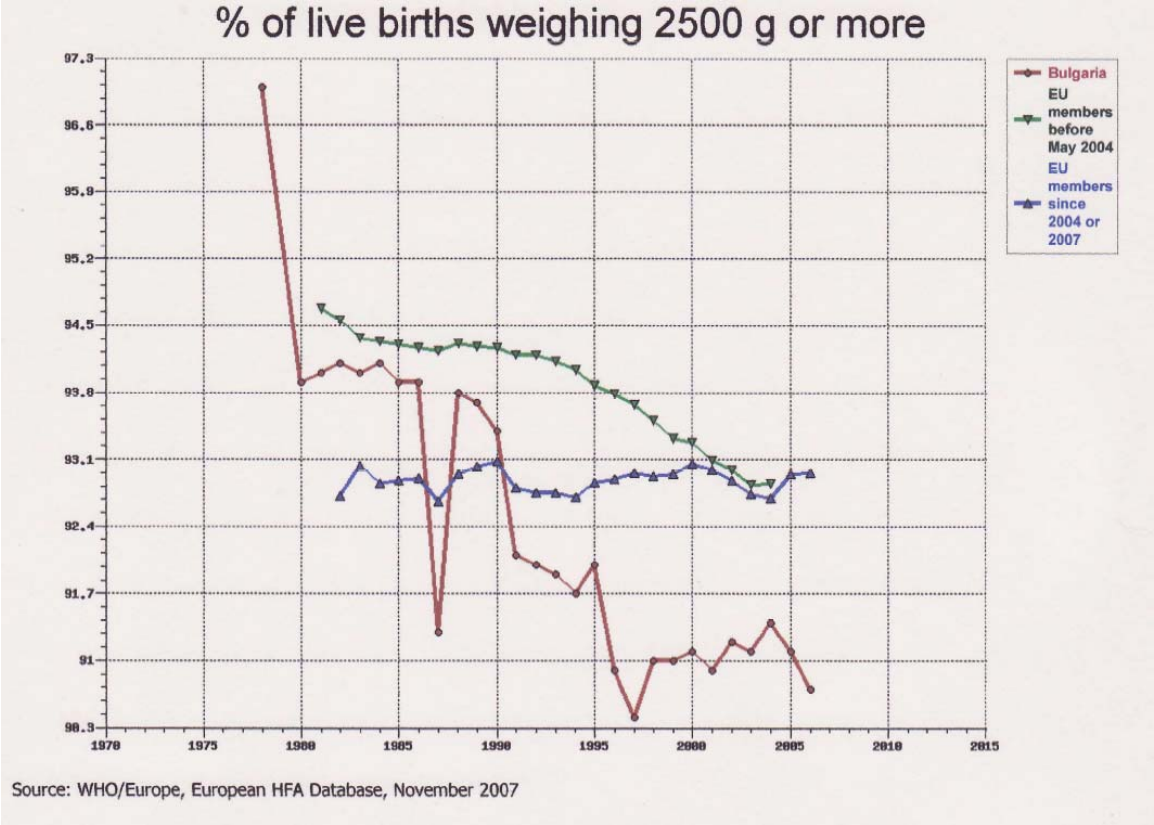
Тук трудно можем да търсим обяснения в общия социално-икономически фон в страната; значително по-близо до истината е допущането, че акушеро-гинекологичната помощ не е в състояние да долови своевременно онези патологични състояния, които причиняват вътреутробна смърт на плода.

Ранна неонатална смъртност (деца, починали до 6-ия ден след раждането). Причините за смърт на деца до 6-ия ден след раждането са разнообразни, но основно значение се пада на две категории: състояния, възникващи през перинаталния период (най-общо – т.нар. „страдание на плода") и вродени аномалии[8].

[8] *Източник*: Национален център за здравна информация

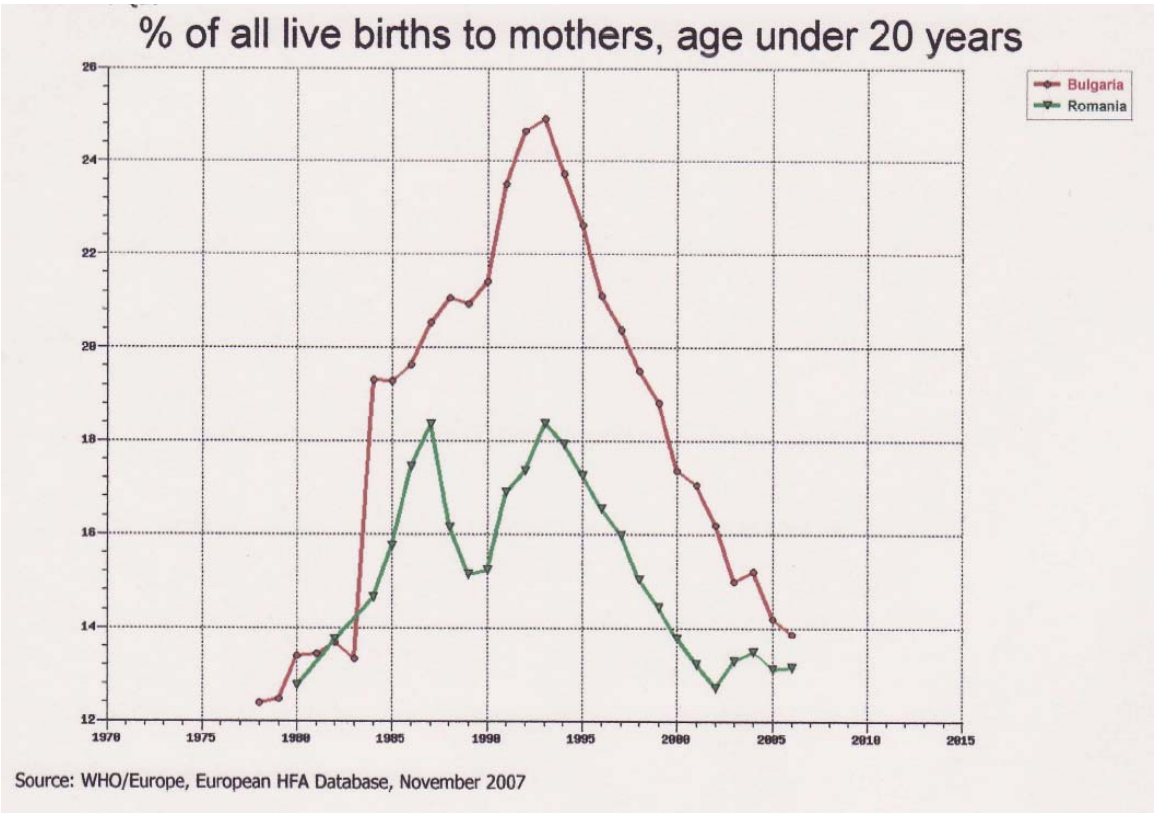
Редуцирането на неблагоприятните последици от тези две категории е в най-тясна зависимост от качеството на акушеро-гинекологичната помощ.

Недоносеността също се намира в тясна връзка с качеството на акушеро-гинекологичната помощ, освен това е фактор със съществен принос в перинаталната смъртност. Относителният дял на доносените раждания в България прогресивно намалява – за разлика от динамиката на този показател в „стара” и „нова” Европа (фиг. 4).



Фигура 4: Динамика в относителния дял на доносените раждания в България, „нова” и „стара” Европа от 1977 до 2006 г.

Неслучайно наблюдаваме спрегнат вървеж на трендовете в показателя „перинатална смъртност” и показателя „недоносеност”. Тук следва да се изтъкне, че недоносените раждания са значително по-чести в социално слабите слоеве на населението, а така също и при прекалено млади майки (под 20 и особено под 15 години). Ражданията от майки под 20 години определено са проблем за българското общество. Проблемът е стоял особено остро през периода 1985-1995 година, като напоследък показва тенденция към затихване (фиг. 5). За отбелязване е сходният, почти идентичен ход на кривите за България и Румъния – две страни с многоброен и недостатъчено интегриран ромски етнос.



Фигура 5: Динамика на ражданията от майки под 20 години в България и Румъния от 1978 до 2006 г.

От казаното дотук и по двата пункта следва, че **за България се оказва твърде важно да направи усилие за подобряване *качеството* на акушеро-гинекологичната помощ[9].**

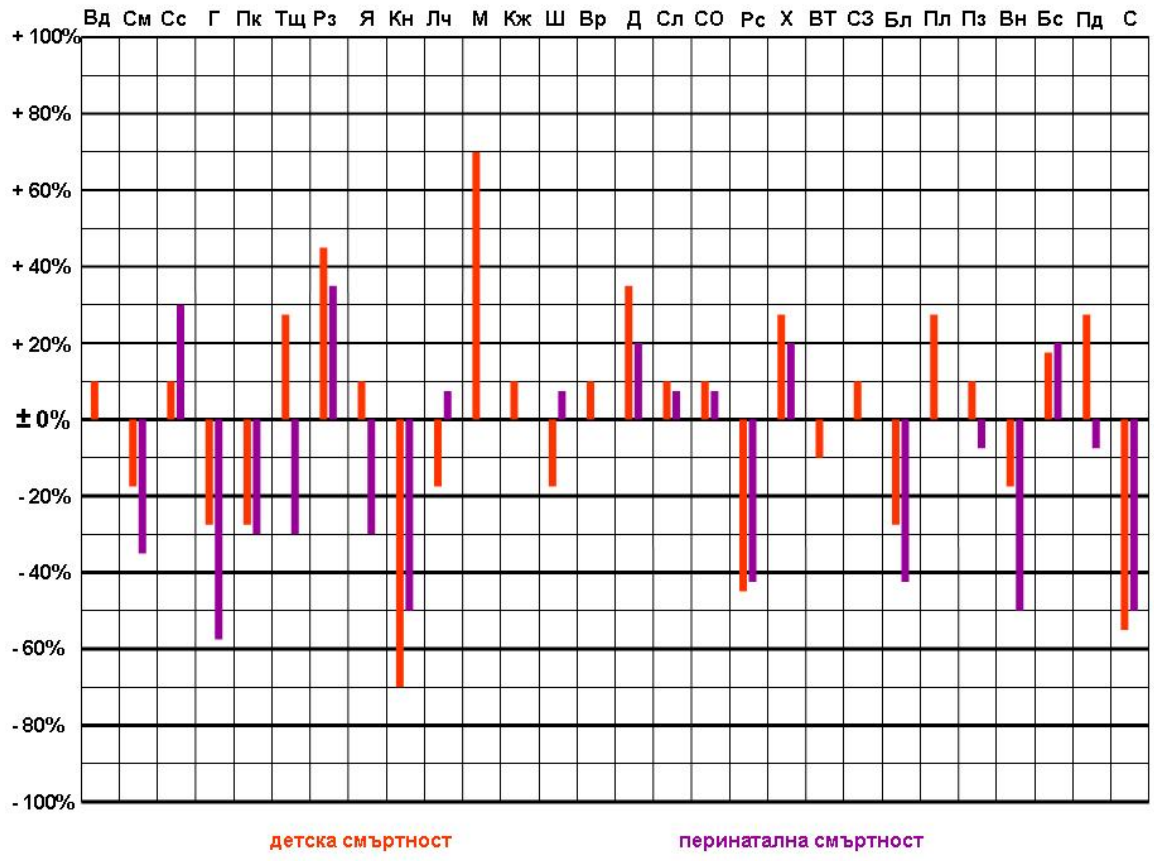
[9] Подчертавайки значението на перинаталната смъртност в контекста на детската смъртност в България, не можем да отминем без внимание порочната система за регистриране на перинаталната смъртност у нас. В българската демографска практика не са възприети критериите за „раждане" и „аборт", препоръчвани от Световната здравна организация. Редица страни се въздържат от цялостно възприемане на тези критерии, но у нас те са изцяло подменени. Това причинява значително изкривяване на демографските данни. Регистрирането на ражданията и абортите по унифицирана с другите страни в ЕС методика ще доведе до още по-големи отклонения на показателите за перинатална смъртност в България, при това в неблагоприятна посока.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИТЕ ПО ОБЛАСТИ: стандартизиране на данните

Както пролича от фиг. 1, разпределението на стойностите за детска смъртност по области се характеризира със значителна вариабилност. Същата вариабилност може да се изрази като проценти от средната аритметична стойност за страната и да се представи в графичен вид (фиг. 6).



Фигура 6: Отклонения от средните стойности за детска и перинатална смъртност по области[10].

С не по-малка пъстрота се характеризира и разпределението на много други здравни индикатори, свързани пряко или косвено с майчиното и детско здравеопазване.

В качество на пример привеждам разпределението на лекари акушер-гинеколози в лечебните заведения за болнична помощ по области (фиг. 7).

[10] *Изходни данни (за 2005 г.)*: Национален център за здравна информация.

Фигура 7: Разпределение на акушер-гинеколози по области[11].

Разликата в броя на акушер-гинеколозите не винаги се обяснява с нееднаквия брой население в съотв. области. *Примери*: Бургас – 35, Пазарджик – 40, Стара Загора – 50, Плевен – 48.

За стандартизиране на данните, преизчислихме стойностите от фиг. 7 за 1000 родени деца в съответната област[12]. Получените резултати са събрани в табл. 5

Забележка: В табл. 5 областите са подредени според броя на населението им, във възходящ ред. Започва се от областта с най-малобройно население (Видин) и се завършва с областта с най-многобройно население (София-град)[13]. Тази подредба на областите е възприета във всички графики, включени в приложенията.

[11] *Източник*: Национален център за здравна информация.
[12] *Източник*: Национален център за здравна информация.
[13] *Източник*: Министерство на държавната администрация и административната реформа.

Таблица 5: Абсолютен брой акушер-гинеколози и брой акушер-гинеколози на 1000 родени деца по области[14]

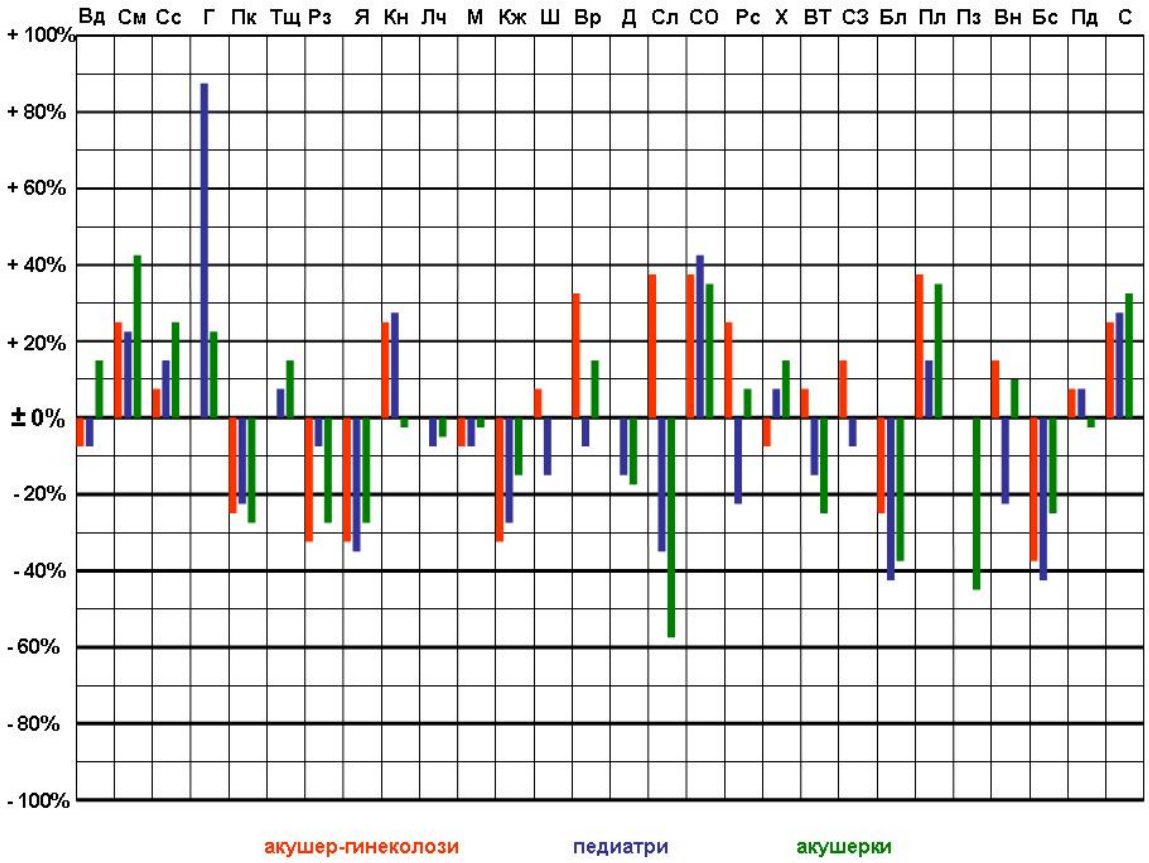
Област	Абсолютен брой АГ-специалисти	Брой АГ-специалисти на 1000 раждания
Видин[15]	11	12
Смолян	16	16
Силистра	16	14
Габрово	14	13
Перник	11	10
Търговище	17	13
Разград	12	9
Ямбол	13	9
Кюстендил	19	16
Ловеч	18	13
Монтана	15	12
Кърджали	15	9
Шумен	24	12
Враца	29	17
Добрич	26	13
Сливен	48	18
София-област	37	18
Русе	33	16
Хасково	28	12
Велико Търново	33	14
Стара Загора	50	15
Благоевград	33	10
Плевен	48	18
Пазарджик	40	13
Варна	78	15
Бургас	35	8
Пловдив	98	14
София-град	213	16
средно аритметично	**37**	**13**

Така обработени, стойностите отново показват значителни отклонения по области. Отклоненията, представени като проценти от средното аритметично, са онагледени в Приложения 2-6. Възможно е тези данни и тяхната интерпретация да се окажат от полза в процесите на стратегиране на системата.

[14] *Изходни данни (за 2005 г.)*: Национален център за здравна информация.
[15] Относителният брой на акушер-гинеколозите в област Видин е по-висок от абсолютния, защото в областта за годината са родени по-малко от 1000 деца.

Приложение 2

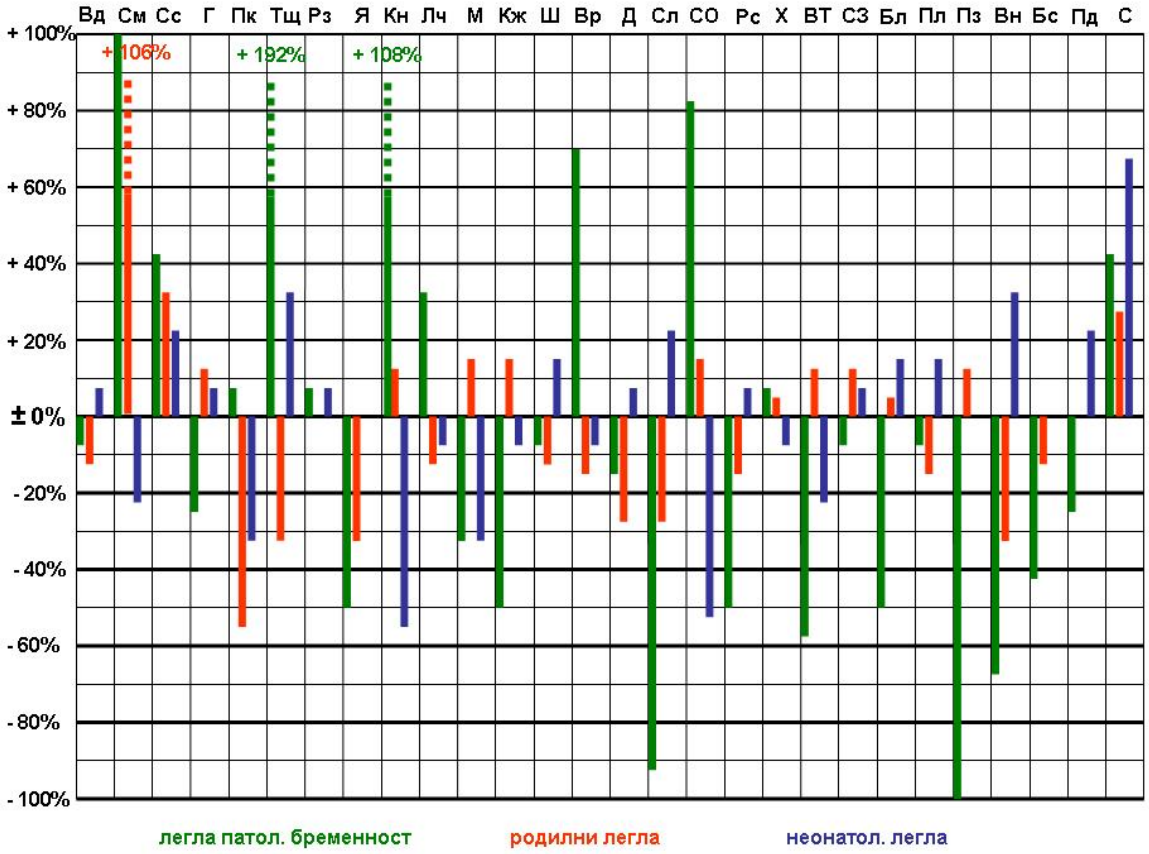
ОТКЛОНЕНИЯ ПО ОБЛАСТИ В ПОКАЗАТЕЛЯ *БРОЙ СПЕЦИАЛИСТИ В БОЛНИЧНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ НА 1000 РАЖДАНИЯ* ОТ СРЕДНИТЕ СТОЙНОСТИ ЗА СТРАНАТА[16]



[16] *Изходни данни (за 2005 г.)*: Национален център за здравна информация.

Приложение 3

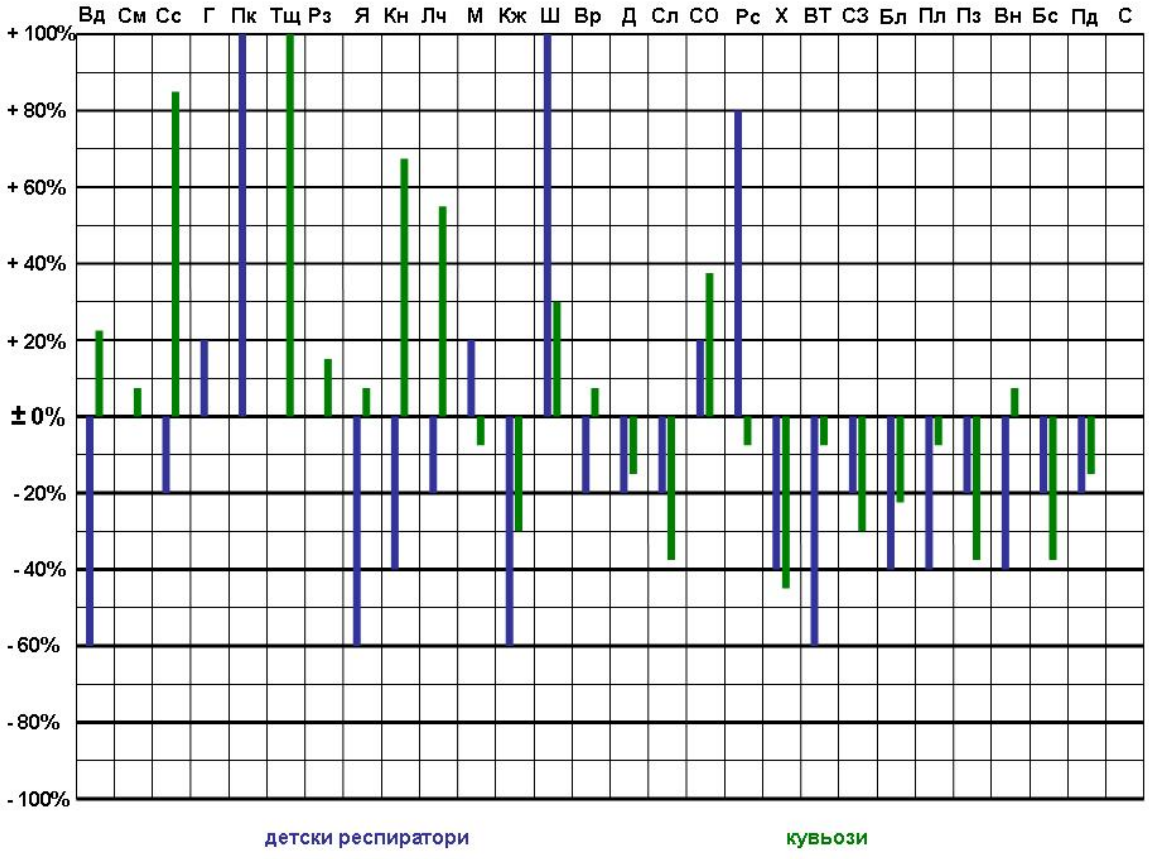
ОТКЛОНЕНИЯ ПО ОБЛАСТИ В ПОКАЗАТЕЛЯ *РАЗКРИТИ БОЛНИЧНИ ЛЕГЛА В КРАЯ НА ГОДИНАТА НА 1000 РАЖДАНИЯ* ОТ СРЕДНИТЕ СТОЙНОСТИ ЗА СТРАНАТА[17]



[17] *Изходни данни (за 2005 г.)*: Национален център за здравна информация.

Приложение 4

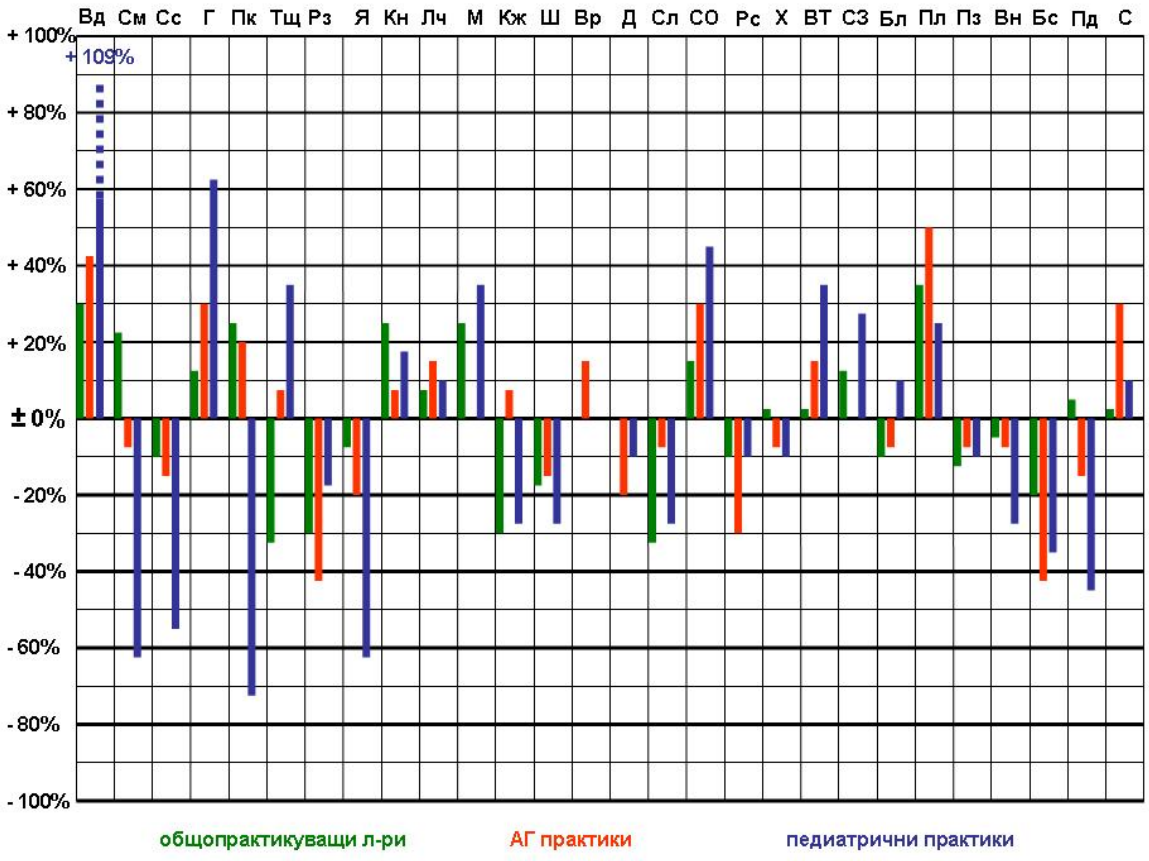
ОТКЛОНЕНИЯ ПО ОБЛАСТИ В ПОКАЗАТЕЛЯ *ОБОРУДВАНЕ СЪС СПЕЦИАЛНА АПАРАТУРА НА 1000 РАЖДАНИЯ* ОТ СРЕДНИТЕ СТОЙНОСТИ ЗА СТРАНАТА[18]



[18] *Изходни данни (за 2005 г.)*: Национален център за здравна информация.

Приложение 5

ОТКЛОНЕНИЯ ПО ОБЛАСТИ В ПОКАЗАТЕЛЯ *ОБЩОПРАКТИКУВАЩИ ЛЕКАРИ, АКУШЕР-ГИНЕКОЛОЗИ И ПЕДИАТРИ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ НА 1000 РАЖДАНИЯ* ОТ СРЕДНИТЕ СТОЙНОСТИ ЗА СТРАНАТА[19]



[19] *Изходни данни (за 2006 г.)*: Национална здравноосигурителна каса.

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