НА БРАШНОТО ЕВТИНИ,

НА ТРИЦИТЕ СКЪПИ

(достъп на деца до безплатни лекарства: сравнителен анализ на ефектите)

Венелин Л. Стойчев

2026

Съдържание

Въведение 3
Основни изводи 4
Участници в пилотното проучване 7
Семействата на децата 10
Ваксинации 15
Боледувания на децата 18
Заключение 23

Въведение

Настоящият доклад е изготвен от фондация „Бъдеще" (Ракитово) по проект *„Мрежа с грижа от 0 до 3: превенция на раздялата на семействата"*. Проектът е с времеви обхват от 1 септември 2024 г. до 31 май 2027 г. и се реализира с финансовата подкрепа на фонд „Мечтата на Таня"[1]. Инициативата е естествено продължение на предходните застъпнически дейности на мрежата, в която влизат още сдружения „ЛАРГО" от Кюстендил[2], Националната мрежа на здравните медиатори[3] (НМЗМ), СНЦ „Жажда за живот" (Сливен)[4].

Инициативата е фокусирана върху проблемите, свързани с разделянето на семейства в ромските общности у нас и има за цел да допринесе за намаляването на броя на ромските деца, изложени на разнородни физически и психически рискове поради раздяла на семействата. Ето защо **чрез застъпничество проектът се стреми да осигури подобрен достъп и качество на интегрираната материална, здравна и социална подкрепа** за млади роми, бременни жени, родилки и семействата, живеещи в (риск от) бедност.

Пилотното проучване по проекта бе проведено през периода януари-декември 2025 г. В проучването участваха общо 70 деца от Ракитово, които посещаваха един и същи (единственият в населеното място) детски ОПЛ. За 35 от децата бяха осигурени безплатни лекарства по проекта (основна група), докато при другите 35 действаше съществуващата в момента система за достъп до лекарства[5].

---

[1] https://tdfund.org/bg/
[2] https://www.largo-dream.com/index.php/bg/home-bg
[3] https://www.zdravenmediator.net/bg
[4] https://n.thirstforlife-bg.com/
[5] Въпреки законодателните промени за достъп до безплатни лекарства на деца от 2025 г., до края на времевия обхват на инициативата партниращата лекарка така и не получава информация и насоки за

За децата от основната група програмата покриваше разходите за антибиотици (подходящите за детето според преценката на ОПЛ), противовъзпалителни на базата на ибупрофен, антихистамини, капки за нос и капки за уши (антихистамини, противовъзпалителни, антибиотични – според преценката на ОПЛ), пробиотици и хранителни добавки.

Основни изводи

Данните от пилотното проучване привеждат недвусмислени доказателства за ползите за децата, които имат достъп до безплатни лекарства и за щетите, които липсата на подобни публични политики нанасят върху останалите деца, които са лишени от такъв достъп:

- ☑ При контролната група **делът на децата, които са развили бронхит е десет пъти по-висок от съответния дял при основната група** – 4 срещу 39 деца.
- ☑ Кумулативно 7 деца от основната група са с пропуснати ваксини, докато **делът на децата с пропуснати ваксини от контролната група остава повече от три пъти по-голям** поради честите боледувания – 23 деца са така в края на програмата.
- ☑ Децата, които са отишли на лекар заради **обриви са общо 62 като почти всички от тях (59 деца) са от контролната група**. Най-

практическото прилагане на тези промени от здравните власти и родителите на децата от контролната група трябва сами да покриват всички разходи за лекарства в извънболничната фаза на лечението.

вероятно това се дължи на неподходящ антибиотик, който не е предписан от ОПЛ, за да отговори на конкретните нужди на детето.

- ☑ На децата от контролната група, чиито родители вероятно по финансови причини отлагат посещението при лекар и приемането на лекарства навреме, **много по-често се налага да приемат антибиотици в сравнение с децата от основната група**, чийто лекарства се поемат от програмата.
- ☑ Оздравелите деца от основната група прекратяват посещенията си при лекаря между третото и петото посещение за периода на програмата. До шесто, седмо, осмо посещение остават само тези деца, при които **здравословните проблеми продължават да постоянстват и тези деца са предимно от контролната група, която не получава безплатни лекарства**.
- ☑ За целия период на програмата 35 деца от основната група имат общо 161 посещения при ОПЛ, което прави по **4,6 посещения на дете за целия период**. В същото време 35-те деца от контролната група имат общо 278 посещения при личния си лекар, което означава, че **почти всички от тях са извършили всичките 8 посещения, предвидени по проекта**.
- ☑ Поради същата причина – отлагането на посещението при личен лекар, най-вероятно поради икономически затруднения – децата от контролната група са включват в проекта при редовен преглед, но след това започват да идват по спешност. На практика **няма нито едно дете от контролната група, което след първото посещение за включване в програмата да е било доведено на редовен преглед, а не по спешност**. Точно обратното е при децата от основната група, 21 от

които постъпват по спешност, но след това родителите им започват да ги водят като правило на редовни профилактични прегледи, без да са болни.

- ☑ Общо 21 пъти деца са пренасочени от ОПЛ за хоспитализация след прегледите и **20 от тези хоспитализации са на деца от контролната група**, която не получава безплатни лекарства по програмата, а само едно дете от основната група стига до болница.
- ☑ По подобен начин **от 74[6] пренасочвания на деца към специалист, 67 са на деца от контролната група**, която няма достъп до безплатни лекарства, а 7 са на деца от основната група.

Извод: Достъпът до безплатни лекарства категорично допринася за подобряване на здравословното състояние на децата и за предотвратяване на усложнения, включително и свързани с отлагането на ваксини, приема на антибиотици и хоспитализации.

[6] Някои деца са били пренасочвани по няколко пъти, затова е повече от 70.

Участници в пилотното проучване

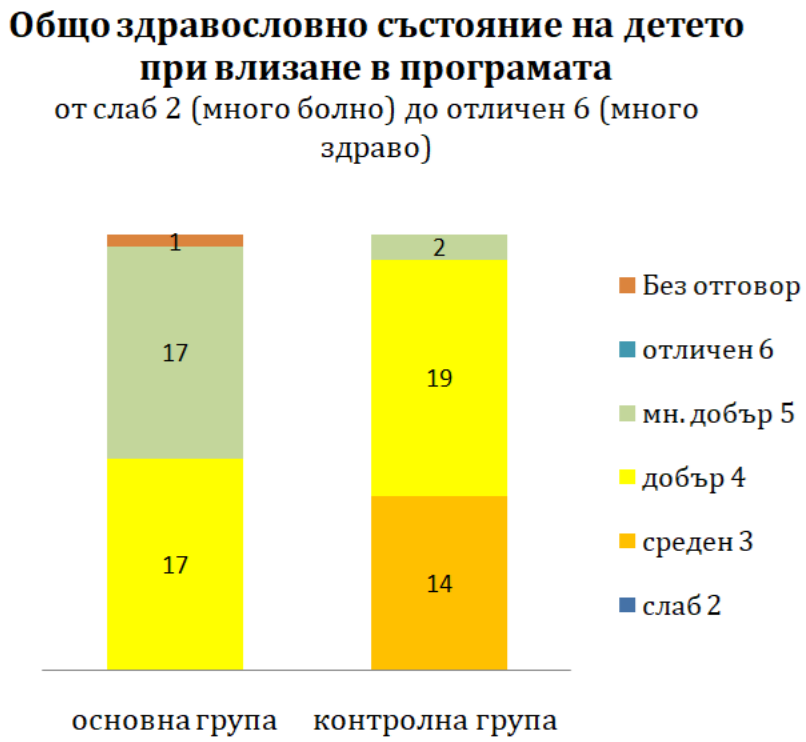
При постъпването в програмата 25 деца са на възраст под 1 г. (17 от основната група и 8 от контролната). Между 2 и 3 г. са 6 деца от основната група и два пъти повече (13 деца) от контролната група.



Графика 1

Няма деца, които да постъпват в програмата в много лошо здравословно състояние. Но **няма и деца в отлично здраве**. Децата от контролната група изначално са в малко по-лоша кондиция спрямо основната – 14 от тях са с оценка среден (3) и 19 са в добро (4) здравословно състояние. За сравнение в основната

група 19 деца постъпват в програмата в добро състояние и още 17 в много добро (5) състояние, според преценката на техния ОПЛ.

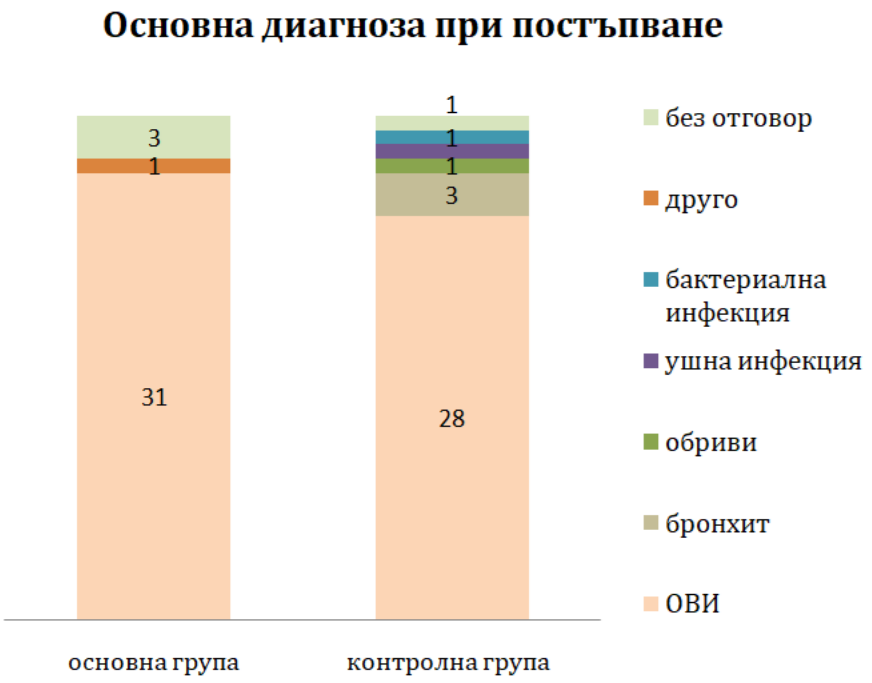


Графика 2

Тук трябва да изясним, че децата и в двете групи са подбрани от здравните медиатори и личния лекар, така че да отговарят на няколко предварително зададени критерия: да са на възраст 0-3 г., да са от уязвими семейства, да имат затруднен достъп до здравни услуги и лекарства. За целите на апробацията са идентифицирани всички деца, които отговарят на тези критерии от района на Ракитово като при постъпването при личния лекар всяко първо дете е записвано в основната група, а всяко второ – в контролната. Разликите в първоначалния статус

на децата са случайни и не променят генералните тенденции, като пилотното проучване разкрива.

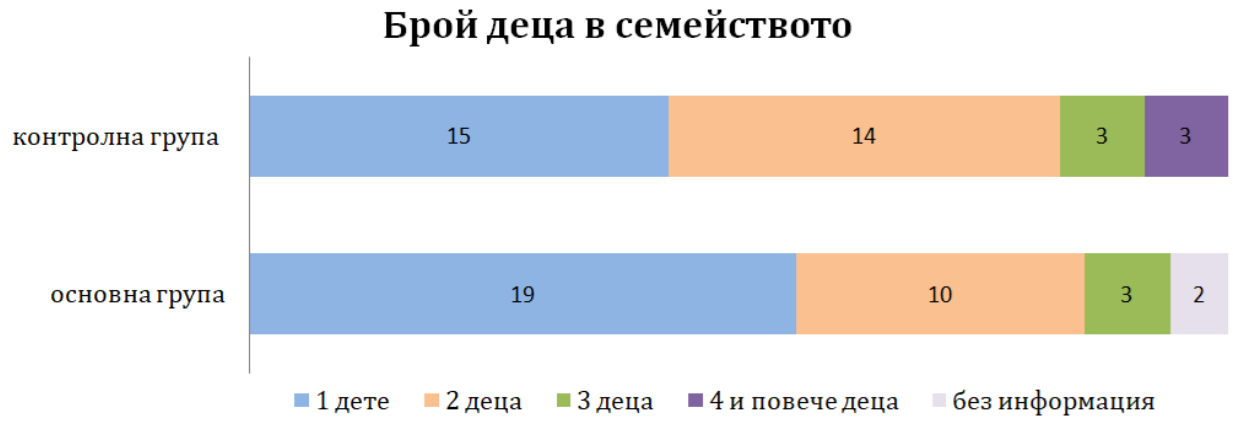
Най-често срещаната диагноза при постъпването в програмата е „остро вирусна инфекция" (ОВИ) – 31 пъти на деца от основната група е поставена основна диагноза ОВИ и още 28 пъти на деца от контролната група. Три деца от контролната група влизат в програмата с бронхит и има единични случаи на обриви, ушна и бактериална инфекция.



Графика 3

Семействата на децата

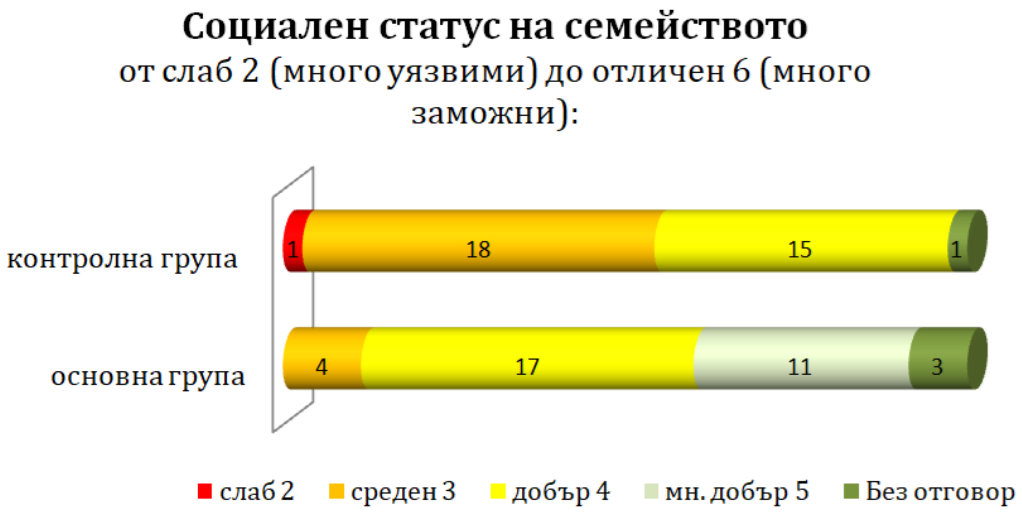
19 от децата в основната група са единствено дете в семейството, докато в контролната група техният брой е 15 (обикновено повече сиблинги, които посещават ясла, детска градина или училище са предпоставка за по-често боледуване на бебетата, заради срещите с вируси и бактерии при събирането на много деца на едно място). Десет от децата в основната група имат братче или сестричка, а в контролната – 14. Шест семейства от програмата са с по 3 деца – по равен брой в основната и в контролната група. Три семейства от контролната група са с 4 или повече деца, докато в основната група няма семейства с повече от 3 деца. Така в това отношение двете групи са относително сходни по структура.



Графика 4

Децата от контролната група изначално са от семейства с малко по-нисък социален статус – няма нито едно семейство с отлична (6) или много добра (5) оценка на социалния статус. При децата от основната група най-голям е делът на

тези от семейства с добър социален статус (4), следвани от 11 деца (почти една трета от цялата група) с много добра оценка на социалния статус според преценката на здравните медиатори и ОПЛ, които добре познават хората от местните общности.



Графика 5

Оценката за *общото емоционално състояние на родителите* към момента на постъпване на децата в програмата също е различна при двете групи. При контролната група 25 деца са с родители, чието емоционално състояние е оценено на среден (3) от екипа на проекта. При основната група едва при 3 деца родителите са с такава оценка. Общо на 6 деца родителите са оценени със слаб (2) по критерия „общо емоционално състояние" – по 3 от основната и от контролната група. Едва на само едно дете от контролната група родителите са с оценка много добър (5), докато при основната група така са 13 деца. Отлични оценки за моментното емоционално състояние при постъпването в програмата не са поставени на нито един родител от която и да било от двете групи.



Графика 6

По отношение на **теглото на децата** при постъпването в програмата данните за основната и контролната група почти изцяло се припокриват. Най-големи и в двете групи са дяловете на децата с много добра оценка (5) за теглото при влизането в програмата – 16 деца от контролната група и 19 от основната. 13 деца от контролната и 12 от основната са с оценка добър (4) за теглото си в началото на сравнението. Има само едно дете със слаба оценка (2) за теглото и то е в основната група. Отличниците са трима – две деца в основната група и едно в контролната.



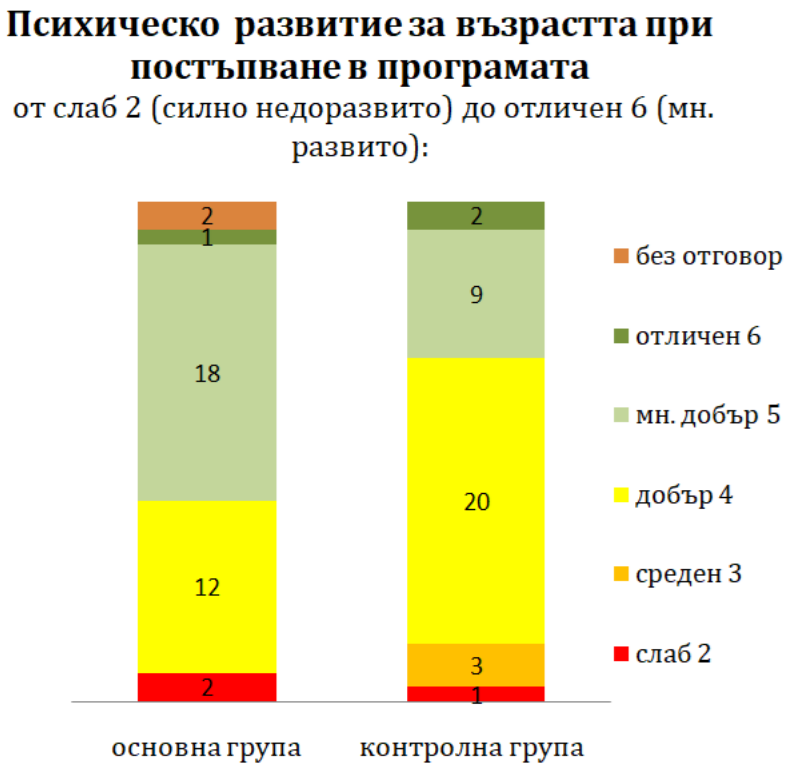
Графика 7

Данните за теглото на децата в много голяма степен се припокриват с оценките от **общото физическо развитие на детето за възрастта** при постъпването в програмата. Отново има едно дете от основната група със слаба оценка. 10 деца от основната група и 14 от контролната са с добри показатели, а още 22 от основната и 17 от контролната са с много добри данни по отношение на общото физическо развитие.



Графика 8

При контролната група делът на децата с добра (4) оценка за **психическото развитие за възрастта** е два пъти по-голям от този на децата с оценка много добър (5). При основната група пропорцията е обърната – 18 деца са с много добра оценка за психическото си развитие за възрастта, а 12 са с добра оценка. Три деца са със слаба (2) оценка – две от тях са в основната група и едно в контролната.



Графика 9

Ваксинации

При постъпването в програмата *данните за ваксинациите са много сходни в двете групи*, макар и децата от контролната група да имат малко по-големи дялове на по-големите деца (и следователно би следвало да се очаква да са им поставени повече ваксини по имунизационния календар). Почти половината от всички участващи в програмата деца са ваксинирани по календар – 15 от тях са в основната група и 14 – в контролната. Без никакви ваксини към датата на постъпване в програмата са общо четири деца – по две в основната и в контролната група. В

контролната група има общо седем деца с пропуснати ваксини, а в основната – две. Със забавени ваксини към момента на стартиране на програмата са общо 28 деца – 16 в основната група и 12 в контролната. Тук трябва да отбележим, че почти винаги децата, включени в програмата, са водени на лекар от родителите си, когато имат някакъв здравословен проблем и това в много голяма степен обяснява големите дялове на пропуснатите и забавените ваксинации.



Графика 10

За целия период на изпълнението на пилотното проучване без никакви ваксини остават общо 11 деца – този брой е по-висок в сравнение с началото на програмата, защото има деца, които са били малки при постъпването (не са им поставяни все още ваксини), но така и не са станали достатъчно здрави, за да ми бъдат поставени ваксини. Такъв е случаят на 5 деца от основната група и на 6 от контролната. По подобен начин кумулативно 7 деца от основната група са с пропуснати ваксини, докато **делът на децата с пропуснати ваксини от**

контролната група остава повече от три пъти по-голям поради честите боледувания – 23 деца са така.

Според обобщените данни от всички посещения при 65 деца от основната група има всички поставени ваксини, докато при контролната група общият брой възлиза на 158 (това е брой посещения, а не брой индивидуални деца). Но това изкривяване се дължи на факта, че децата от контролната група много повече посещават ОПЛ и така ваксинираните деца са преброени по няколко пъти. Но ще се върнем на този анализ отново в края на доклада, защото е важен за значението на достъпа до безплатни лекарства.



Графика 11

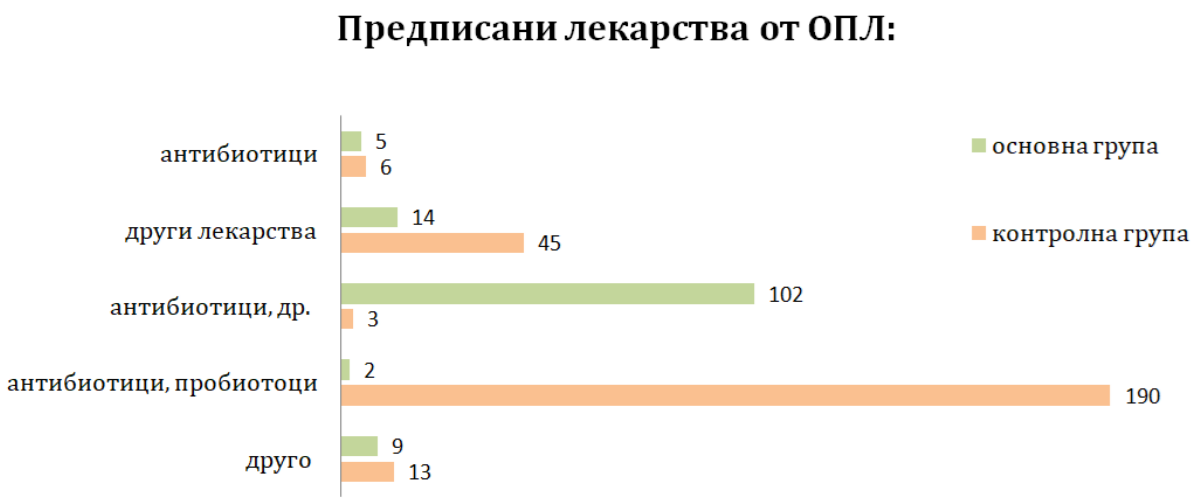
Боледувания на децата

Както при първоначалните прегледи, така също и при обобщените данни излиза, че най-често поставяната диагноза е ОВИ – тази диагноза е била поставено общо 159 пъти на деца от контролната група и 140 пъти на деца от основната. Но приликите спират дотук. При контролната група **делът на децата, които са развили бронхит е десет (!) пъти по-висок от съответния дял при основната група** – 4 срещу 39. Деца са отишли на лекар заради обриви общо 62 пъти като почти всеки път (59) това са деца от контролната група. От анализа на данните прави впечатление, че обикновено с обриви се връщат децата, които са имали предишно посещение, при което са били пренасочени към хоспитализация. Този въпрос трябва да се анализира по-детайлно, но още на този етап данните от проучването дават основание да се повдигне хипотезата, че децата от основната група получават по програмата по-подходящи и по-качествени антибиотици, докато децата от контролната група по-често имат обриви, които може да се дължат на по-достъпни, но предизвикващи странични ефекти антибиотици.



Графика 12

Обстоятелството, че почти всички деца от двете групи посещават лекар само при по-остър здравословен проблем вероятно е причината за предписването на антибиотици толкова често. Този проблем следва да се проучи много по-задълбочено от специализирано изследване, но още тук става ясно, че **децата от контролната група, чиито родители вероятно по финансови причини отлагат посещението при лекар и приемането на лекарства навреме, много по-често се налага да приемат антибиотици**.

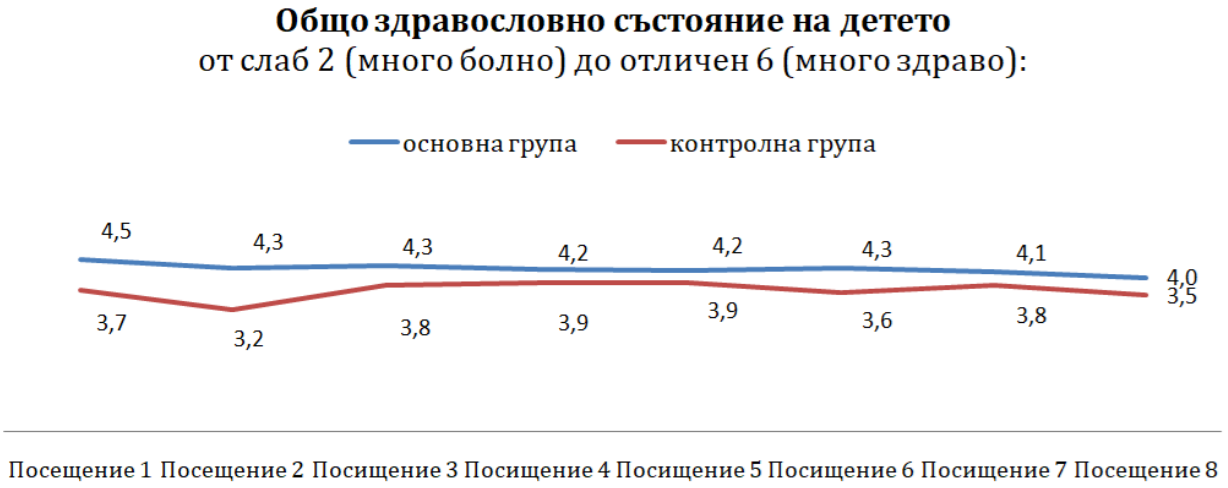


Графика 13

Тези данни категорично оборват обвинението към инициативата, че достъпът до безплатни лекарства ще повиши приемането на антибиотици от децата и ще допринесе за развитието на резистентност. Напротив – данните от пилотното проучване показват, че децата, които нямат достъп до безплатни лекарства в края на краищата са подложени не само на повече антибиотично лечение, но най-вероятно и на лечение с по-ниско качество на използваните медикаменти, защото след хоспитализации се връщат за долекуване на обриви.

Ако проследим средната аритметична оценка за общото здравословно състояние на децата при всички 8 посещения, предвидени по проекта за периода януари-декември 2025 г., установяваме, че резултатите са доста постоянстващи. Нещо повече дори – при децата от основната група има по-слаби вариации, но тенденция на лек спад на средната аритметична оценка от много добър (4,5) до добър (4). При децата от контролната група има много по-голяма флуктуация от

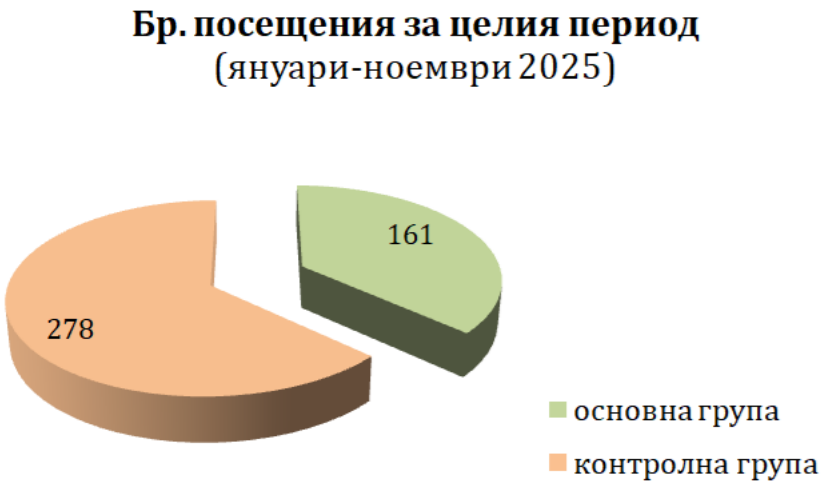
среден (3,2) при второто посещение до почти чест добър (3,9) последвалите посещения, докато отново финишира на добър (3,5) при осмото посещение. Ще видим по-нататък в доклада, че всъщност тези средни аритметични резултати са доста подвеждащи, защото оздравелите деца прекратяват посещенията си при лекаря, а до шесто, седмо, осмо посещение остават само тези деца, при които здравословните проблеми продължават да постоянстват.



Графика 14

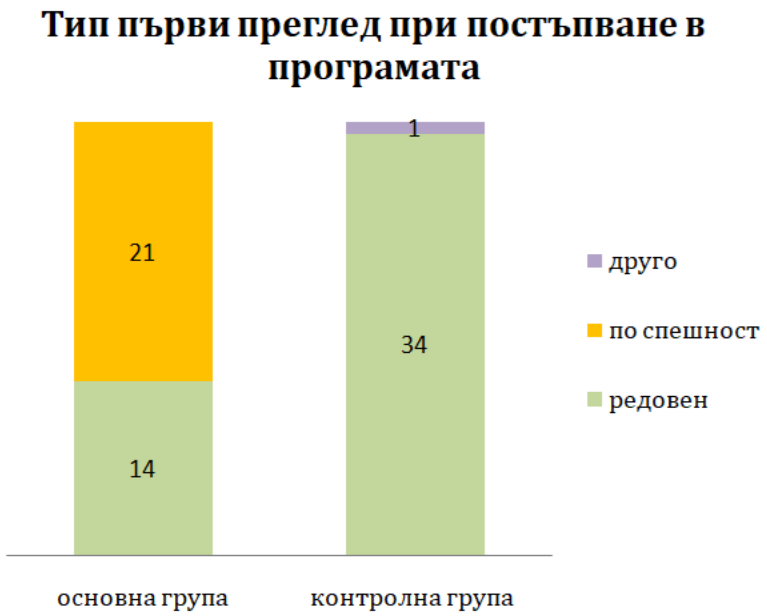
Така за целия период на програмата 35 деца от основната група имат общо 161 посещения при ОПЛ, което прави по 4,6 посещения на дете за целия период. В същото време 35-те деца от контролната група имат общо 278 посещения при личния си лекар, което означава, че почти всички от тях са извършили всичките 8 посещения, предвидени по проекта. Не бива да забравяме, че родителите на децата от контролната група нямат никаква странична мотивация за посещение на ОПЛ, освен здравето на децата си. В същото време тези родители е по-вероятно да ходят на лекар в по-напреднал стадий на развитие на заболяването, заради икономически

затруднения. Така лесно може да се изчисли защо здравната ни система е евтина на брашното и скъпа на триците – ако от едната страна на везната е цената на лекарствата за деца, от другата страна трябва да сложим разходите на средства и време от родителите за достъп до лекар, трудът на самите ОПЛ, разходите за хоспитализации, разходите за долекуване и за преодоляване на страничните ефекти от това „евтино" лечение.



Графика 15

Поради същата причина – отлагането на посещението при личен лекар, най-вероятно поради икономически затруднения – **децата от контролната група са включват в проекта при редовен преглед, но след това започват да идват по спешност**. На практика няма нито едно дете от контролната група, което след първото посещение за включване в програмата да е било доведено на редовен преглед, а не по спешност. **Точно обратното е при децата от редовната група, 21 от които постъпват по спешност, но след това родителите им започват да ги водят като правило на редовни профилактични прегледи**, без да са болни.

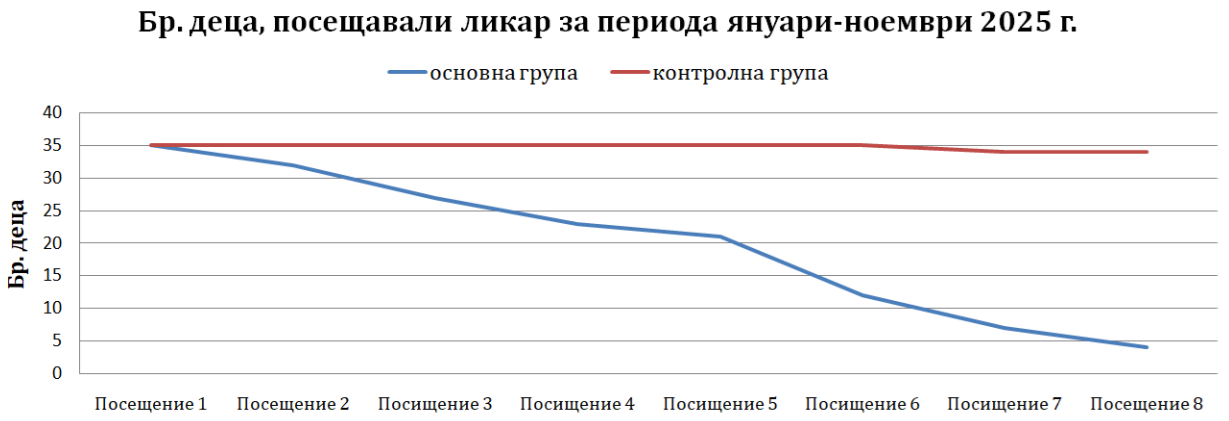


Графика 16

Заключение

Ефектът от реализацията на апробацията за безплатните лекарства за деца до 3 г. е най-видим при анализа на броя на децата, които са водени на прегледи от родителите си.

И двете групи стартират с по 35 деца, но в края на програмата се оказва, че почти всички (34) от децата от контролната група продължават да имат нужда от лекарска помощ, докато при децата от основната група има постоянстваща тенденция на намаляване на бр. на децата при всяка следваща вълна. Така в края на програмата едва 4 деца от 35 от основната група имат нужда от лекар.

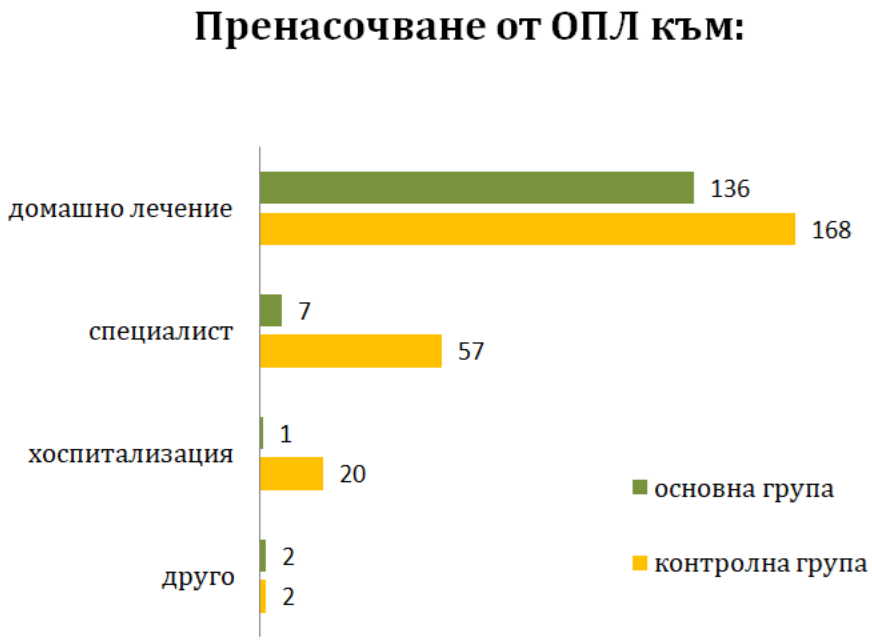


Графика 17

Дори и с тази относително малка извадка лесно може да се пресметне какви са финансовите ползи за системата за обществено здраве от програма за безплатни лекарства за децата.

Но още по-красноречиви са резултатите от въпроса за хоспитализациите на децата. Общо 21 пъти деца са пренасочени от ОПЛ за хоспитализация след прегледите и **20 от тях са на деца от контролната група**, която не получава безплатни лекарства по програмата, а само веднъж на дете от основната група.

По подобен начин от 74 пренасочвания на деца към специалист, 67 са на деца от контролната група, която няма достъп до безплатни лекарства, а 7 пъти - от основната група. За домашно лечение 168 пъти са пренасочвани деца от контролната група и 136 пъти от основната:



Графика 18

Данните от това пилотно проучване категорично оборват обвиненията, че безплатните лекарства за децата ще повишат приема на антибиотици (ефектът е точно обратният), че ще насърчат изкуствено по-честите посещения при лекар и че ще окажат негативен финансов ефект върху здравната система.

Апробацията доказва, че достъпът до безплатни лекарства драстично намалява вероятността от хоспитализации, усложнения (като бронхити), нуждата от пренасочване към специалисти и развитието на странични ефекти (като обривите след прием на неподходящи антибиотици).

Сега въпросът е дали имаме гражданската енергия и политическата воля да провеждаме публични здравни политики, базирани на доказателства, или ще продължим да следваме императивите на брашното и на трицитe…

Проект „Мрежа с грижа от 0 до 3: превенция на разделяне на семействата“ се реализира от Фондация „Тръст за социална алтернатива“ с финансовата подкрепа на Фонд „Мечтата на Таня“ https://tdfund.org/bg/. Цялата отговорност за съдържанието, изявленията и мненията в документа принадлежи на фондация „Бъдеще“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ непременно отразява официалното становище на Фондация „Тръст за социална алтернатива“ и на Фонд „Мечтата на Таня“.