ОРГАНИЗАЦИЯ НА ГРИЖИТЕ ЗА ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ В ЕВРОПА (ВТОРА ЧАСТ)

Соня Неделчева, Клара Докова

Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“, Факултет по обществено здравеопазване, Медицински университет – Варна

ORGANIZATION OF CHILD HEALTH CARE IN EUROPE (PART 2)

Sonya Nedelcheva, Klara Dokova

Department of Social Medicine and Health Care Organisation, Faculty of Public Health, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Здравето на децата в Европа е достигнало най-добри нива в исторически план, но хроничните заболявания и психичните проблеми в детска възраст се увеличават. Тази тенденция поставя нови предизвикателства пред здравните системи и необходимост от насочване на усилията към профилактика още от най-ранна детска възраст. В същото време е необходимо прилагане на работещи подходи/модели за интегриране и координиране на грижите за деца с хроничен ход на заболяването или проблеми с психичното здраве.*

Целта на настоящото проучване е да продължи прегледа на организацията на услугите за деца в европейските страни. След първата публикация, която разглежда страни със задължително здравно осигуряване, настоящата втора част е насочена към страни, чиито здравни системи са с преобладаващо бюджетно финансиране на здравеопазването. Целта е да разкрием положителни и проблемни страни в организацията на услугите, насочени към деца и техните семейства.

Направено е търсене на публикации в PubMed и Google Scholar с ключови думи на английски език. Представени са подходите за организация на превантивните и хронични грижи за деца в Италия, Дания и Обединеното кралство. В разглежданите страни се срещат добри примери за профилактика както на физическото, така и на емоционалното, социалното и психическото здраве на децата в най-ранна детска възраст и техните родители. В областта на хроничните грижи Дания и Обединеното кралство прилагат

ABSTRACT

Children's health in Europe has reached its best levels historically, but chronic illnesses and mental health problems in childhood are increasing. This trend poses new challenges to health systems and the need to focus efforts on prevention from an early age. At the same time, it is necessary to implement working approaches/models for integrating and coordinating the care of children with a chronic disease or mental health problems. The aim of this study is to review the organization of services for children in European countries whose health systems have predominantly budgetary funding for health care. We aim to reveal positive and problematic aspects in the organization of services aimed at children and their families. A search has been made for publications in PubMed and Google Scholar with English keywords. This second part presents the approaches to the organization of preventive and chronic care for children in Italy, Denmark, and the United Kingdom. In the countries reviewed, there are good examples of prevention of both physical and emotional, social and mental health of children in early childhood and that of the parents. In the field of chronic care, Denmark and the United Kingdom are implementing the chronic care model in order to better integrate professionals and different levels of care. Compared to the countries in the first part (Germany, France, and the Netherlands), the countries examined in this survey (Denmark, Italy, and the United Kingdom) show stricter adherence to traditionally established models of services for children and the dominance of the role of primary health care.

Keywords: *public health, children, family, Europe*

модела на хронична грижа с цел по-добра интеграция между професионалистите и различните нива на медицинска помощ. В сравнение със страните от първата част (Германия, Франция и Нидерландия), разглежданите в настоящия обзор страни (Дания, Италия и Великобритания) показват по-стриктно придържане към традиционно установените модели на услуги за деца и доминиране на ролята на първичната медицинска помощ.

Ключови думи*: обществено здраве, деца, семейство, Европа*

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравето на децата е един от най-значимите приоритети за здравните системи по света и особено в Европа. Няма съмнение, че здравето на децата в европейските страни е достигнало до най-добрите нива в исторически план (1). Според последния доклад за здравето на децата в Европейския съюз (ЕС) (2017 г.) над 95% от децата в страните в ЕС са с много добро и добро здраве (2). Детската смъртност намалява с чувствителни темпове, намалява рискът за сериозни травми, подобрява се оралното здраве, но наднорменото тегло, хроничните заболявания и проблемите за психичното здраве на децата показват тенденция за увеличаване на честотата (3). Променя се ежедневният живот на децата с хронични заболявания и техните семейства. Системите за детско здравеопазване в Европа трябва да отговарят на техните променящи се здравни нужди. Въпреки че има много проучвания за здравните системи и услуги, това, което се определя по-трудно, е колко ефективно работят системите, особено по отношение на потребностите на децата и семействата с деца с различни хронични здравни състояния (4).

Целта на настоящото проучване е да продължи прегледът на организацията на услугите за деца в европейски страни. След първата публикация, насочена към страни със задължително здравно осигуряване, настоящата втора част е насочена към страни, чиито здравни системи са с преобладаващо бюджетно финансиране на здравеопазването. Идеята ни е да се опитаме да разкрием положителни и проблемни страни в организацията на услугите, насочени към деца и техните семейства.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Направено е търсене на публикации в PubMed и Google Scholar със следните ключови думи на английски език: „public health“, „children“, „family“ и „Europe“, за периода от 2012 до 2022 г. за европейските страни, чиито здравни системи са с преобладаващо бюджетно финансиране на здравеопазването – Италия, Дания и Обединеното кралство.

При представянето на организацията на здравните и социални грижи за деца е следвана обща рамка за описание на наличните грижи за деца в две основни части. Първата обединява обществено-здравните дейности за деца и първичната медицинска помощ, а втората – грижата за деца с хронично протичащи заболявания, в т.ч. психични и поведенчески проблеми.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В резултат на търсенето открихме 41 потенциално подходящи статии и публикации според използваните ключови думи и конкретно разглежданата проблематика. След начален преглед на документите бяха включени тези, които съдържат информация за грижите за деца в първичната медицинска помощ, общественото здраве, хроничната грижа и грижата за психично здраве в разглежданите страни, а документи, представящи болничната помощ за деца в разглежданите европейски страни или системата за детско здравеопазване в други европейски страни, бяха изключени. Шестнадесет документа общо за трите страни отговаряха на критериите ни за включване в прегледа. От тях информация за Италия се съдържа в 4 източника, за Дания – 11 източника,

и за Обединеното кралство – 4 източника. Следва представяне на подходите за организация на превантивните и хронични грижи за деца в трите европейски страни.

ИТАЛИЯ

Първична медицинска помощ и дейности в областта на общественото здраве

Corsello et al. описва системата на първичната медицинска помощ (ПМП) и обществено здраве за деца в Италия (5). ПМП за деца и юноши (0-16 години) се предоставя от педиатри (primary care pediatricians), които участват в национална мрежа на т.нар. „семейни педиатри". Педиатрите са единственият вход за вторична и третична грижа за деца от 0 до 6 години. След тази възраст родителите могат да избират дали педиатър или личен лекар да осигурява здравни грижи за децата им. Министерството на здравеопазването в Италия поверява на семейните педиатри превантивни медицински грижи, включени в национални и регионални програми. Ваксините се предоставят от Министерството на здравеопазването безплатно и се прилагат в съответствие с препоръчителен имунизационен график. Обхватът на децата с всички задължителни ваксини е над 95%, а за препоръчителните такива достига до 89,9%.

За да се постигне по-добра интеграция между педиатрите от ПМП и да се оптимизира взаимодействието им с педиатричните болници и специализираните центрове, се създават функционални териториални структури (functional territorial aggregation), които включват около 30 педиатри от ПМП, един от които координира структурата. По този начин педиатрите работят сами в кабинет, но като част от обща структура споделят бюджет, клинични данни за пациентите, помощен персонал.

Комплексните звена за ПМП (complex primary care) са алтернативна форма на функционалните териториални структури. Комплексните звена включват групи от педиатри, които работят в една и съща сграда и предлагат интегрирана здравна дейност съвместно със социални работници и други медицински специалисти, подпомагани от медицински сестри и административен персонал.

В Италия средният брой на деца на един педиатър от ПМП е около 800, като варира между 700 до 1000 в различните региони. В извънработно време децата и юношите с остро възникващи симптоми търсят помощ в местните спешни амбулаторни отделения (5%) или в болничните спешни отделения (95%). В по-големите градове спешната помощ може да бъде разделена на педиатрична и обща, докато в по-малките градове се предоставя като комбинирана. В много от районите на Италия са въведени програми за спешна помощ на местно ниво, една от които е педиатричната амбулаторна консултантска услуга (Pediatric Ambulatory Consulting Service), управлявана от педиатрите от ПМП. Програмата осигурява първоначална оценка на състоянието на децата и предоставяне на грижи за децата с по-леки състояния, като само по-тежките случаи се насочват към спешните отделения. Тази програма е активна през почивните дни и се оказва ефективна за намаляване на болничните разходи. В резултат на програмата средното намаление на леките случаи в спешните отделения е с над 50% годишно, а данните показват намаляване на хоспитализацията за лица под 18 години с над 15% годишно.

Грижи за хронично болни деца и психичното здраве

В Италия грижите за деца и юноши с хронични заболявания се осъществява от семейните педиатри или при нужда от специализирани центрове (4). В някои специални случаи на заболявания при деца здравните власти организират грижи в дома от семейния педиатър или други здравни професионалисти съобразно спецификата на заболяването. Първичната педиатрична помощ осигурява следните 3 вида грижи за деца с хронични заболявания: 1) интегрирана домашна грижа, осигурявана от различни видове специалисти, координирана от семейния педиатър; 2) домашна грижа, осигурявана от педиатър по стандартен план, специфичен за заболяването, и 3) съчетаване на домашно базирана и болнично базирана грижа за деца с комплексни хронични медицински проблеми (5). Качеството на услугите за деца с дългосрочни нужди от здравни грижи се различава значително в различните региони (6). Като най-добри модели са посочени онези, които насърчават интеграцията между първичната и болничната помощ, съвместно със социална и образователна подкрепа (6).

След 1978 г. в Италия е осъществена реформа, свързана с психичното здраве и с деинституционализацията на грижите за пациентите и насочването им към общността. Акцентът е поставен върху превенцията и промоцията на психичното здраве. Грижите за психичното здраве на най-малките се осигурява от невропсихиатри, обучени да работят с деца в ранна детска възраст. В Националния здравен план на Италия е поставен приоритет върху системата за психич-

но здраве и предоставянето на услуги, насочени към деца и юноши в цялата страна (7).

ДАНИЯ

Първична медицинска помощ и дейности в областта на общественото здраве

ПМП за деца в Дания се осъществява от ОПЛ и медицински сестри – здравни посетители (6). Координацията в услугите за деца е добра и семействата получават грижи от едни и същи професионалисти в периода на ранното детство (8). ОПЛ имат 6-месечно обучение по педиатрия. Личните лекари извършват профилактични здравни прегледи на децата на възраст 5 седмици, 5 месеца, 1 година и ежегодно до 5-годишна възраст. Над 90% от децата са обхванати в профилактичните здравни прегледи (9). Висок е обхватът (98-99%) и на семействата в Дания с домашни посещения през първата година на детето. В някои общини се предлагат посещения и след навършване на първата година на детето. През първата година са препоръчват между 5-6 посещения, но общините са свободни да предоставят и друг брой (между 2 и 8 посещения), които се допълват и от групови дейности в офиса на здравния посетител (8). Разработени са национални препоръки за обхвата на грижите за кърмачета и деца, като всяка община и регион са отговорни за въвеждането им. Препоръките включват и регистриране на стандартизирана информация за растежа и развитието на детето. Не е предвидено и не се провежда специално обучение на здравните посетители във връзка с националните препоръки и няма система за проследяване на изпълнението им (8).

ОПЛ и сестрите посетители регулярно обсъждат с родителите социалното и емоционално развитие на детето и предоставят информация и образователни материали как детето да бъде успешно подкрепяно (8).

През 2015 г. обхватът на децата с ваксини за дифтерия, тетанус, коклюш е 90% или над 90% (10). За да се увеличи имунизационният обхват, от 2014 г. в национален регистър са включени всички деца, на които липсват една или повече имунизации, а родителите им получават напомняне (11).

Основният модел на организация на ПМП извън работно време и в почивните дни в Дания е чрез кооператив на ОПЛ, в който лекарите работят на ротационен принцип и извършват телефонен триаж, за да отговорят на нуждите на всички пациенти в определен район. В Копенхаген телефонният триаж се осигурява от медицински сестри (12). В столицата след въвеждането на нова система, наречена „1813“ през 2013 г., педиатрите, вместо личните лекари, приемат всички деца със спешни нужди. Това оказва допълнителен натиск върху педиатричните отделения, които не са предназначени да покриват всички медицински услуги за ПМП (9). В Дания родителите с малки деца най-често използват ПМП извън работно време, а броят на обажданията, оценени като тежки от здравните специалисти, са значително по-малко за децата, отколкото за другите възрастови групи. Проучване установява, че използването на ПМП извън работно време от родителите на малки деца се влияе от нивото на здравна грамотност, достъпа до личния лекар и родителския опит (13).

Семейните центрове не са широко разпространени в Дания, но в две общини е въведен модел, наречен „Familiens Hus“, основан на модела на скандинавския семеен център (14). „Familiens Hus“ предлагат курсове по пренатални грижи, подготовка за ролята на родител, насоки и обучение за установяване на здравословна емоционална привързаност с бебето, консултации за работа и образование на родителите. В центъра работят акушерки, здравни посетители, социални работници и консултанти по заетостта (8).

За учениците са осигурени два профилактични прегледа (през първата учебна година и преди завършване на средно училище) от общински лекар или медицинска сестра. Осигурена е възможност за редовен контакт с медицински специалист в училище с цел своевременно откриване на здравословни проблеми (15).

Всички деца и юноши под 18 години имат право на безплатни дентални профилактични прегледи и лечение. Услугата се предоставя от държавни (обществени) дентални клиники или от самостоятелно практикуващи дентални лекари, които имат споразумение с общината. След 16-17-годишна възраст, юношите могат да посещават и частно практикуващ дентален лекар, без споразумение с общината (10).

Дания е пример за страна, в която източниците на здравни данни – от първични, вторични грижи и социални услуги, се интегрират и предоставят за нуждите на епидемиологични проучвания, подпомагащи организационните и управленски решения относно грижите за децата (6).

Грижи за хронично болни деца и психичното здраве

За да се засили координацията между ПМП, вторичната помощ и общинските услуги за хро-

нично болни, Националният здравен съвет (National Board of Health) в Дания стартира национална стратегия за управление на хроничните заболявания и разработва общ модел за управление на хронични заболявания заедно с регионите и общините. Моделът се основава на модела за хронична грижа (Chronic Care Model) и задава предпоставките за интегрирана грижа, принципите за самонаблюдение и лечение от пациентите и обучението им. Една от програмите е насочена към деца и юноши (16).

Увеличаването на броя на малките деца с психични проблеми и проблеми в развитието води до необходимост от оценка на психичното здраве на децата и благополучието на семейството в хода на профилактичните прегледи. Двигателните, когнитивните, социалните умения и психичното здраве се установяват чрез наблюдение и комуникация с детето и в по-малка степен чрез разговор с родителите (17). С цел подобряване на оценката на психичното здраве на децата в ранна възраст се проучва възможността за въвеждане на стандартизиран въпросник („The Strengths and Difficulties Questionnaire“) в практиката на ОПЛ. Включването му като част от профилактичните прегледи е добре прието, но са необходими насоки за използването му и пилотно прилагане за оценка на ефикасността му (18).

В Дания основният приоритет в грижите за психичното здраве е да се осигури лечение на психично болни в зависимост от тежестта на заболяването (като първи приоритет се дава на лица, страдащи от разстройства като шизофрения и тежка депресия). Грижата за психичното здраве е част от задължителните здравни споразумения между регионите и общините (16).

ОБЕДИНЕНОТО КРАЛСТВО

Първична медицинска помощ и дейности в областта на общественото здраве

ПМП за деца се предоставя главно от общопрактикуващи лекари, като все повече се включват и други здравни специалисти, като медицински сестри. В Обединеното кралство всички деца са регистрирани при ОПЛ, като представляват 25% от записаните пациенти в общата практика и 40% от работното им натоварване (4). ОПЛ обикновено нямат допълнително обучение по педиатрия освен това, получено като студенти по медицина (6).

Най-честите причини за консултация на децата в ПМП са свързани с остри инфекции на дихателните пътища и ушите, носа и гърлото (УНГ), докато хроничните състояния са по-рядка причина (най-чести поводи са оплаквания, свързани с екзема и астма). Медицински сестри осигуряват грижа в общността за деца с астма, която се определя като поне толкова ефективна, колкото тази, предоставяна от ОПЛ или педиатър (6).

ПМП за децата в Англия ангажира и други професионалисти, които работят като независими изпълнители на NHS, включително зъболекари, фармацевти, оптометристи, говорни терапевти, в т.нар. NHS walk-in centers и телефонна услуга NHS 111. Екипите на NHS в Англия имат пряка отговорност и за изпълнение на обществено здравни програми, като имунизация и скрининг (19).

„Healthy Child Programme“ е насочена не само към имунизацията срещу инфекциозни заболявания, а и към всеобхватна оценка на цялостното развитие на децата, взаимодействие със семейството, включително промоция на здравето в училищата, и защита на децата и младите хора от социални, икономически и екологични заплахи. В мултидисциплинарния екип по програмата лекарят от ПМП има важна роля за скрининга, наблюдението и имунизацията и промоцията на здравето, а педиатрите и медицинските сестри – за откриването и оценката на неврологичните и поведенчески затруднения (4).

В Обединеното кралство обхватът с ваксини на деца до 5-годишна възраст е над 95% през 2019–2020 г. за групата ваксини „5 в 1“ (дифтерия, коклюш, тетанус, полиомиелит, грип тип b). Обхватът с останалите ваксини обаче е под 95%. Покритието с ваксини в Англия на децата до 5 години е под този в останалите страни в Обединеното кралство (20).

В Обединеното кралство действа централизирана система, чрез която големи групи от ОПЛ предоставят грижи извън работно време (6).

Действа и система от показатели за качество (свързани със заплащане за резултатите (pay-for performance) в общата практика) за услуги от първичната грижа, но по-малко от 3% от тези показатели са свързани с децата. Предвижда се включване на показатели за здравни резултати при деца и млади хора (6).

Грижи за хронично болни деца и психичното здраве

Въпреки че компонентите на модела за хронична грижа (Chronic Care Model) са широко прилагани в Обединеното кралство, има някои данни, че уместността му в услугите за деца не е ясна. ОПЛ или педиатър координират грижите за децата с хронични заболявания, но често тази отговорност се поема от родителите (4).

В грижата за психичното здраве на децата участват много различни професионални групи и агенции. По-значимите проблеми се насочват към службите за психично здраве за деца и юноши (Child and Adolescent Mental Health Services), в които работят специално подготвени професионалисти за работа с деца и младежи. Те включват психолози, психотерапевти, семейни терапевти, медицински сестри, социални работници и детски психиатри. Службите за психично здраве за деца и юноши предоставят услуги на 4 нива: 1) услуги, насочени към осигуряване на емоционалното и психичното здраве на децата и младите хора; 2) целеви услуги, при които се предоставят специализирани грижи за психичното здраве, с персонал от специалисти по психично здраве за деца; 3) целеви услуги, в които участва мултидисциплинарен екип в общността и 4) целеви услуги, предоставяни на регионално или над регионално ниво, които включват стационарни и високоспециализирани амбулаторни услуги (19).

ИЗВОДИ

В трите разглеждани страни главна роля в грижата за детското здраве имат педиатрите (Италия) и ОПЛ (Дания и Обединеното кралство) в ПМП. Има добри примери за повишаване на вниманието към ранната детска възраст чрез домашни посещения в Дания, чрез целеви програми като „Healthy Child Programme“ във Великобритания или семейните центрове „familien hus“ в Дания. В осигуряването на тези допълнителни дейности и програми все по-активна роля имат медицински сестри и други здравни професионалисти под различна форма и профил на подготовка за работа с деца.

В областта на хроничните грижи Дания и Обединеното кралство прилагат модела на хронична грижа с цел по-добра интеграция между професионалистите и различните нива на медицинска помощ. В Обединеното кралство добра практика са службите за психично здраве за деца и юноши, в които се предоставят грижи от специално подготвени професионалисти. В разглежданите страни се срещат примери за въвеждане на препоръки или показатели за качество на грижите за деца. Използването на свързани източници на данни в ПМП подкрепя провеждането на проучвания за грижите за деца и вземането на решения въз основа на доказателства.

За разлика от страните с основен здравноосигурителен модел на финансиране на здравеопазването – Германия, Франция и Нидерландия, разглежданите тук страни не обсъждат и не инвестират толкова усилия в интеграция на услугите за деца между различните нива на здравна помощ. Трите страни представени в настоящия обзор (Дания, Италия и Великобритания) с предимно бюджетно финансирано здравеопазване показват по-стриктно придържане към традиционно установените модели на услуги за деца и доминиране на ролята на ПМП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Köhler L. Children's health in Europe - challenges for the next decades. Health Promot Int. 2018 Oct 1;33(5):912–20.
2. Eurostat. Children's health in the EU in 2017 [Internet]. [cited 2022 Mar 6]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9550240/3-05022019-BP-EN.pdf/f426eec4-bbff-48f0-8084-88d721fa49ef
3. Bernntsson L, Ringsberg K, Eriksson B, Köhler L. Health, economy and social capital in Nordic children aged 13-17 years and their families: changes between 1984, 1996 and 2011. Int J Healthc. 2015 Nov 16;2.
4. Wolfe I, McKee M, editors. European child health services and systems: lessons without borders. Berkshire, England: Open University Press, McGraw-Hill Education; 2013. 295 p. (European Observatory on Health Systems and Policies series).
5. Corsello G, Ferrara P, Chiamenti G, Nigri L, Campanozzi A, Pettoello-Mantovani M. The Child Health Care System in Italy. J Pediatr. 2016 Oct;177:S116–26.
6. Wolfe I, Thompson M, Gill P, Tamburlini G, Blair M, van den Bruel A, et al. Health services for children in western Europe. Lancet Lond Engl. 2013 Apr 6;381(9873):1224–34.
7. Ferré F, de Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, et al. Italy: health system review. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2014).
8. Daníelsdóttir S, Ingudóttir J. The First 1000 Days in the Nordic Countries: A Situation Analysis [Internet]. Nordic Council of Ministers; 2020 [cited 2022 Mar 3]. Available from: https://pub.norden.org/nord2020-051
9. Mathiesen P, Maarbjerg SF, Lykke K, Balslev T. The Child Health System in Denmark: Current Problems and Successes. J Pediatr. 2016 Oct;177S:S60–2.
10. Healthcare in Denmark: an overview. Ministry of Health; 2016.
11. Forde I, Nader C, Socha K, Oderkirk J, Colombo F. PRIMARY CARE REVIEW OF DENMARK. 2017.

12. Lass M, Tatari CR, Merrild CH, Huibers L, Maindal HT. Contact to the out-of-hours service among Danish parents of small children - a qualitative interview study. Scand J Prim Health Care. 2018 Jun;36(2):216–23.

13. Marjatta Kekkonen. Family centre in the Nordic countries - a meeting point for children and families. [Internet]. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2012 [cited 2022 Mar 8]. Available from: http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3382990

14. Health TM of. Preventive healthcare services for children and adolescents [Internet]. [cited 2022 Mar 7]. Available from: https://lifeindenmark.borger.dk/healthcare/preventive-options/preventive-healthcare-services-for-children-and-adolescents

15. Olejaz M, Nielsen A, Rudkjøbing A, Birk H, Krasnik A, Hernandez-Quevedo C. Denmark: Health system review. Health Syst Transit. 2012 Feb 1;14:i–xxii, 1.

16. Lykke K, Graungaard AH, Ertmann R, Reventlow S. The Danish preventive child health examination should expand on mental health and the well-being of the family. Dan Med J. 2015 May;62(5):A5060.

17. Stokholm JR, Lykke K. The Strengths and Difficulties Questionnaire is a usable way to address mental health at well-child visits in general practice - a qualitative study of feasibility. BMC Fam Pract. 2020 Jul 1;21:126.

18. Wolfe I, Sigfrid L, Chanchlani N, Lenton S. Child Health Systems in the United Kingdom (England). J Pediatr. 2016 Oct;177S:S217–42.

19. Harker R. Immunisation Statistics. 2021; Available from: https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-8556/CBP-8556.pdf

Адрес за кореспонденция:
Соня Неделчева
Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“
Факултет по обществено здравеопазване
Медицински университет – Варна
ул. „Брегалница“ 3 ет. 3
Варна 9002
e-mail: sonya.koleva@mu-varna.bg