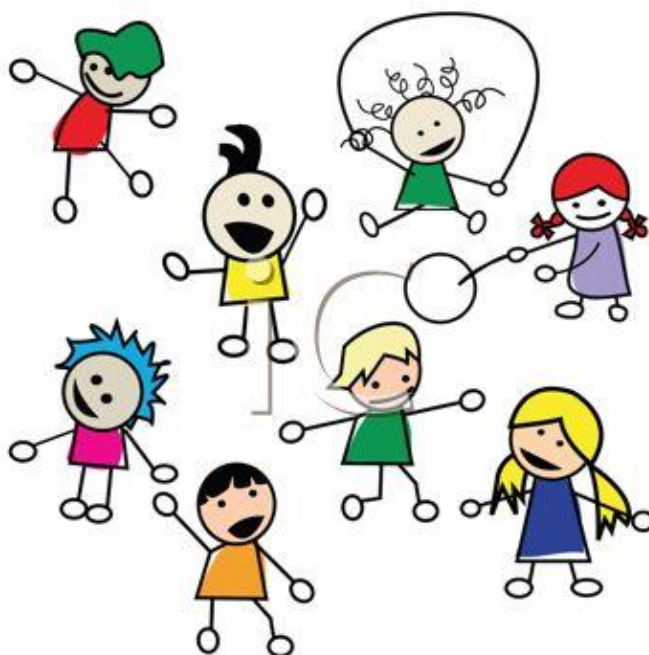


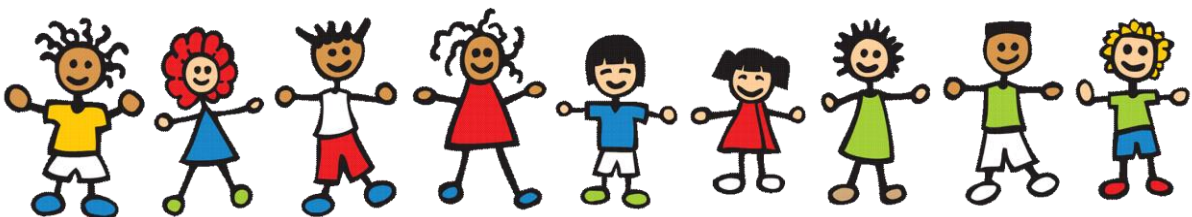
НАЦИОНАЛНА СТРАТЕГИЯ ЗА ДЕТСКО И ЮНОШЕСКО ЗДРАВЕ И ПЕДИАТРИЧНА ГРИЖА

2030



СЪДЪРЖАНИЕ

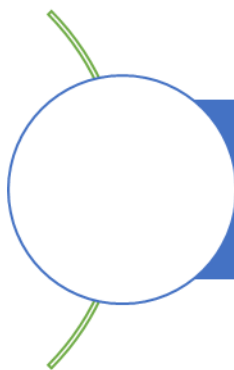
ВЪВЕДЕНИЕ.....	3
ВИЗИЯ.....	5
ЦЕЛИ.....	5
ПРИОРИТЕТИ, ПОЛИТИКИ И ОБЛАСТИ НА ВЪЗДЕЙСТВИЕ	7
СПЕЦИФИЧНИ ПРИОРИТЕТИ	11
Приоритет 1. Насърчаване на здравословен начин на живот	11
Приоритет 2. Ефективна профилактика и превенция на заболяванията и уврежданията	16
Приоритет 3. Изграждане на интегрирана система за комплексна педиатрична грижа.....	22
Приоритет 4. Развитие на човешките ресурси за детско здравеопазване	28
ФИНАНСИРАНЕ.....	33
МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА	33
Приложение № 1	37
Приложение № 2	65



ВЪВЕДЕНИЕ

Грижите за децата от момента на тяхното зачеване, поставят основите на човешкото здраве и формират здравното поведение на всеки индивид, респективно на цялото общество. Те са инвестиция в бъдещите поколения и в просперитета на държавата. Затова доброто детско здраве е признато за национален приоритет и обект на дългосрочен политически и обществен консенсус.

Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 (Стратегията) е първият отделен национален стратегически документ, който се фокусира върху грижата за детското здраве, като интегрална част от общата грижа за общественото здраве.



Целта на разработване на Стратегията е създаване на рамка за мобилизирането, финансовото обезпечаване, интегрирането и насочването на усилията на държавните институции и на гражданското общество към устойчиво подобряване на здравето на децата на България.

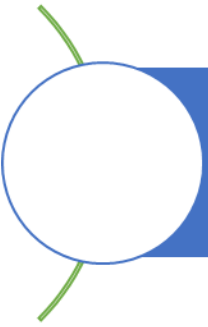
Стратегията е в синхрон и надгражда целите и детайлизира политиките в областта на детското здраве, залегнали в националните стратегически документи – Националната програма за развитие БЪЛГАРИЯ 2030, Националният план за възстановяване и устойчивост на Република България, Националната здравна стратегия 2030, в т.ч. Политика 3.1. Подобряване на майчиното и детско здраве и на педиатричната грижа.

Тя е съобразена с ангажиментите на страната ни като член на Европейския съюз (ЕС), на Организацията на обединените нации (ООН) и на Световната здравна организация (СЗО) по изпълнението на документи като Конвенцията на ООН за правата на детето, Целите за устойчиво развитие 2030 на ООН, Глобалната стратегия за здравето на жените, децата и подрастващите 2016-2030; Препоръките на Съвета на ЕС за висококачествени системи за образование и грижи в ранна детска възраст от 2019 г.; Рамката за пълноценна грижа на СЗО, Световна банка и УНИЦЕФ от 2018 г.; Рамката за пълноценна грижа в ранно детство в Европейския регион на СЗО от 2020 г.

Стратегията е разработена след оценка и анализ на здравното и демографско състояние по ключови показатели, включително на детската смъртност, както и на изпълнението на национални програми, свързани с подобряване на детското и юношеското здраве и педиатрични грижи в България (Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 г., Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 и др.) – Приложение 1.

При определяне на целите, приоритетите и мерките на Стратегията са взети предвид предложенията и мненията на Съвета на децата¹, чиято мисия е да гарантира правото на децата да изкажат своето мнение и то бъде взето предвид по всички въпроси, които са от значение за тях.

¹ Съветът на децата е сформиран през 2003 г. и е консултативен орган към Председателя на ДАЗД. Това е единственият детски национален орган, който включва деца на възраст от 13 до 18 г., които са представители (титуляр и заместник) на всички административни области в страната, има 4 квоти за деца от уязвими групи и 1 квота за представител на децата, получили международна закрила в България.



Основополагащият принцип, заложен в Стратегията, е на всяко дете да бъде гарантирано правото да се ползва от най-високия достижим стандарт на здраве и на улеснения за лечение на заболявания и за възстановяване на здравето си.

В стратегическия документ са използвани взаимообвързани и допълващи се подходи:

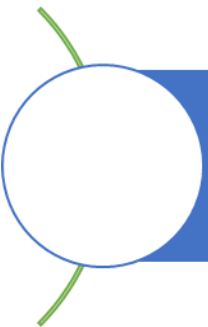
- „дете-центрираният подход“, който поставя детето и неговите интереси в центъра на политиките, програмите и услугите за децата и семействата. Този подход разглежда детето като носител на права, а не само като пасивен обект на въздействие от страна на възрастните;

- „подходът на непрекъснатия жизнен цикъл“, при който се планират специфични за всяка възраст мерки, стартиращи още преди бременността на майката и обхващащи всички възрастови периоди до 18-годишна възраст;

- системният подход, прилагането на който цели цялостно и комплексно решаване на здравните проблеми на засегнатите деца и техните семейства.

Националната стратегия за детско-юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 г. е създадена като платформа, която да обединява усилията на всички - законодателната и изпълнителната власт, местните власти, академичната общност, гражданското общество, бизнеса, медиите и отделните индивиди за превенция на рисковете, свързани със здравето, за насърчаване на здравословен начин на живот и за осигуряване на своєвременна и комплексна медицинска помощ, както и за развитие на компетентностите на децата, техните родители и ангажираните професионалисти в грижата за детското здраве.

Следва да се подчертае, че настоящата Стратегия се фокусира върху секторните здравни политики, пряко свързани с опазване и подобряване на детското и юношеско здраве и педиатрични грижи, без да изчерпва общите политики за развитие на системата на здравеопазване, обект на Националната здравна стратегия, както и всички общи политики и мерки за цялостна подкрепа на детското развитие, които са обект на интегрирано планиране в Национална стратегия за детето и други междусекторни стратегически документи.



Постигането на стратегическите цели на Стратегията зависи от степента, в която тя ще бъде подкрепена чрез интегрирани усилия и ресурси, съсредоточени досега в отделните секторни политики, както и чрез идентифицирането и мобилизирането на синергия и на обществена подкрепа.

За изпълнение на заложените приоритети ще бъдат изпълнявани планове за действие, които ще обхващат тригодишни периоди, с оглед предвидените в средносрочната бюджетна прогноза средства. Първият План за действие за изпълнение на Стратегията е с период на действие 2023-2025г.

Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 е отворен динамичен документ, който чрез създадения механизъм за оперативно планиране и мониториране на резултатите може да бъде допълван и развиван с участието на всички заинтересовани страни в интерес и с грижа за здравето на децата на България.

ВИЗИЯ

Нашата визия е през 2030 г. България да е държава, в която са създадени необходимите условия здрави майки да раждат здрави бебета, нито едно дете да не умира от предотвратима болест и всички деца да имат възможност да достигнат пълния си потенциал в здраве и благополучие.

Затова ще работим ангажирано и ще инвестираме в устойчиво подобряване на детското и юношеското здраве и на качеството на педиатричната грижа чрез системно здравно образование, профилактика, превенция и ефективен скрининг на заболяванията, подобрена здравна инфраструктура и мрежа от здравни и интегрирани здравно-социални услуги за деца и юноши, гарантиращи им универсален достъп до медицинска помощ и комплексни грижи.

ЦЕЛИ

За реализация на желаната визия си поставяме 1 стратегическа и 2 специфични цели:



Стратегическа цел: Устойчиво подобряване на здравето на децата

Нашата първа и основна цел е да подобрим здравето – здравето на децата днес, здравето на възрастните в бъдеще.

Ние искаме да дадем на децата най-здравословния старт в живота още от раждането и възможности да поддържат доброто здраве през целия си жизнен път. Ние знаем, че постигането на добро детско здраве е жизненоважно за по-късното здраве на възрастните, а рисковите фактори за много заболявания на възрастните и възможностите за предотвратяване на тези заболявания възникват в детството. Доброто здраве (физическо, психическо и репродуктивно) и развитие на децата имат благоприятно въздействие върху пошироките социални резултати, включително образование, социална реализация и благосъстояние през целия живот. Знаем, че осигуряването на добро здраве на децата, което ще им позволи да живеят дълъг и продуктивен трудов живот, е най-добрата инвестиция в нашето бъдеще като държава, с огромни социални и икономически ползи.

Затова ще ангажираме всички обществени ресурси, за да помогнем на децата и семействата да водят здравословен начин на живот, в здравословна и безопасна среда. Ще насочим фокуса на общественото здравеопазване към профилактика и превенция на заболяванията през целия жизнен цикъл, за да останат децата най-дълго здрави. И ще осигурим достъп до най-добрите грижи, ако здравето се влоши.

Тази цел подкрепя приоритетно реализацията на Стратегическа цел I. Ускорено икономическо развитие и Стратегическа цел II. Демографски подем на Националната програма за развитие БЪЛГАРИЯ 2030 и Стратегическа цел 1: Устойчиво подобряване на здравето и среда, подкрепяща здравето на Националната здравна стратегия 2030.



Специфична цел 1: Поставяне на детето и неговите здравни нужди в центъра на интегрирана система за педиатрична грижа

Нашата втора цел да изградим „дете-центрирана“ система за педиатрична грижа, разглеждаща всяко дете като носител на правото да се ползва от най-високия достижим стандарт на здравословно състояние и от здравни услуги за лечение на заболяванията и за възстановяване на неговото здраве. В тази система детето не е пасивен обект на въздействие от страна на възрастните - родителите, медицинските специалисти и др., а участва активно във вземането на решения и неговите интереси са поставени на първо място.

Искаме тя да бъде подчинена на разбирането за детския живот и развитие като процес и да предоставя необходимите и адекватни услуги във всеки етап от живота на детето, тогава, когато то е здраво и има нужда от подходящи грижи, наблюдение и профилактика, както и при критични ситуации, които изискват своевременна и качествена медицинска помощ.

Ние искаме да трансформираме съществуващата разпокъсана система за детско здравеопазване в „здрава защитна мрежа“ от структури и услуги, в центъра на която са децата и семействата. Искаме в това „обкръжение“ децата се чувстват сигурни и защитени, да знаят как да се грижат за своето здраве и да имат гарантиран достъп и ясен път до всички необходими, качествени и безопасни грижи в случай на болест или злополука. В рамките на тази мрежа всички структури да имат ясно формулирани отговорности и изградени механизми за взаимодействие, така че да не се допусне нито едно дете да остане извън зоната на защита на неговото здраве и благополучие.

Затова ще инвестираме в хората, работещи в системата, в съвременни технологии за диагностика и лечение и в приветлива и безопасна среда. Ще работим в партньорство с другите публични сектори, с неправителствените организации, с професионалните гилдии и с всички други, които искат да подкрепят грижата за детското здраве. Ще изградим необходимите междусекторни връзки и механизми за сътрудничество, така че здравният компонент в грижите за децата да е трайно и устойчиво интегриран в общ комплекс от грижи и услуги за цялостно развитие и подкрепа на децата и семействата.

Тази цел подкрепя приоритетно реализацията на Стратегическа цел I. Ускорено икономическо развитие на НПР БЪЛГАРИЯ 2030 и Стратегическа цел 2: Ефективно управление на ресурсите с фокус върху здравните резултати на НЗС 2030.



Специфична цел 2: Намалване на здравните неравенства за децата

Нашата трета цел е да намалим здравните неравенства, породени от несправедливи различия в достъпа до педиатрични грижи между отделни региони в страната или между отделни групи от населението, както и неравенства, породени от засилващите се в последните години миграционни процеси и бежански вълни.

Ние знаем, че част от българските деца от зачеването си вече имат различен шанс да реализират своя потенциал. По-късно тези различни житейски шансове се превръщат в основа на рискове и социални неравенства, но те могат да бъдат идентифицирани и управлявани ефективно още в самото начало на детския живот. Знаем, че неравенствата подкопават общественото здраве и благосъстояние. Високите нива на здравни неравенства предпоставят по-голямо ползване на услуги от системата за здравеопазване и другите обществени сектори и разходване на значителни публичните средства. Неравенствата намаляват социалната кохезия на обществото и водят да тежки социално-икономически последици и обществени конфликти.

Затова ще осигурим всички необходими ресурси, така че да гарантираме достъп до качествени грижи на всяка бременна жена и дете, независимо от тяхното местоживееене, социален статус или гражданство. Ще лидираме общи политики и сътрудничество с всички сектори, които имат отношение към подобряване на здравето и намаляване на здравните неравенства.

Тази цел подкрепя приоритетно реализацията на Стратегическа цел III. Намалване на неравенствата на Национална програма за развитие БЪЛГАРИЯ 2030 и Стратегическа цел 3: Гарантиране на здравната сигурност и намаляване на неравенствата на Националната здравна стратегия 2030.

И трите цели имат пряко отношение към изпълнението на Цел 3 „Осигуряване на здравословен живот и насърчаване благосъстоянието на всички във всяка възраст“ от Целите за устойчиво развитие на ООН, в т.ч. Цел 3.2. „Прекратяване до 2030 г. на предотвратимите смъртни случаи на новородени и деца под 5-годишна възраст“.

Изпълнението на поставените цели ще се проследява чрез система от обективни индикатори, посочени в раздел „Мониторинг“ на Стратегията и плановете за действие към нея. (Виж раздел „Мониторинг“)

ПРИОРИТЕТИ, ПОЛИТИКИ И ОБЛАСТИ НА ВЪЗДЕЙСТВИЕ

Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 е стратегически документ с по-нисък ранг, който се разработва и изпълнява в субординация с целите и приоритетите на националните стратегически документи с по-висок ранг в частта за политиките в областта на детското здраве.

Едновременно с това тя действа в синергия с други секторни и междусекторни стратегически документи от нейния ранг, както и национални програми и планове, имащи отношение към детското здраве и педиатричните грижи.

Затова заложените в Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 стратегически цели ще се реализират чрез изпълнение на всички относими приоритети и политики на:

- Националната програма за развитие България 2030, Приоритат 12 „Здраве и спорт“ ;
- Национален план за възстановяване и устойчивост, Компонент 2.Г.3 Здравеопазване;

- Националната здравна стратегия 2030 и План за действие към нея;

Освен тях, пряко отношение към реализирането на стратегическите цели на Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 има и изпълнението на политики и мерки по отношение на децата и детското здраве, заложен в други секторни стратегически документи в системата на здравеопазването:

- Националната стратегия за психично здраве 2021-2030 г. – по отношение на детското психично здраве;

- Национален план за борба с рака - по отношение към промоцията, профилактиката, диагностиката и лечението на онкологичните заболявания при деца;

- Национална стратегия за борба с наркотиците 2020-2024 г.;

- Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021-2030 г.;

- Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2021-2025 г.;

- Национална програма за превенция и контрол на туберкулозата в Република България за периода 2021-2025 г.;

- Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2021 – 2024 г.;

- Национална програма за профилактика на ротавирусните гастроентерити в Република България, 2022 – 2025 г.;

- Национална програма за превенция и контрол на ХИВ и сексуално предавани инфекции в Република България за периода 2021-2025 г.;

- Националната програма за превенция и контрол на вирусните хепатити в Р България 2021-2025 г.;

- Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 г. в Република България 2021 - 2025 г.

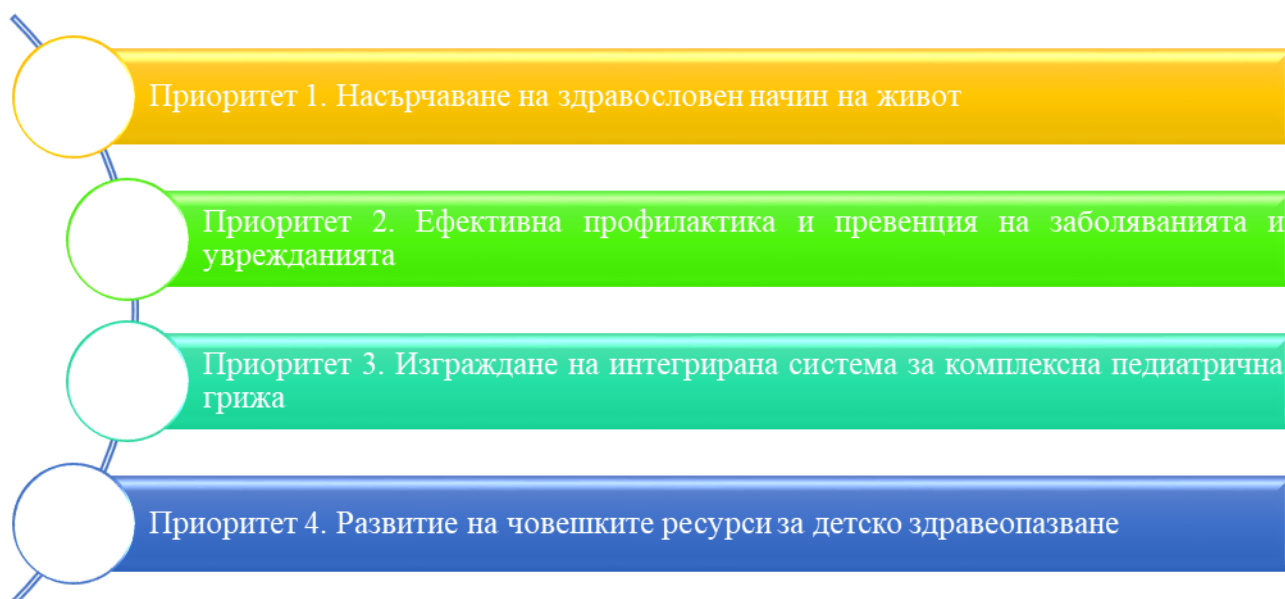
Принос за реализацията на целите на Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 имат и стратегически документи от други сектори – образование, социални дейности, екология, спорт, земеделие и храни и др., които включват политики и мерки, имащи отношение към здравето и в частност здравето на децата.

Тази обвързаност е взета предвид при определяне на приоритетите и областите на въздействие на Стратегията и Плана за действие към нея, като са планирани само мерки, които следва да бъдат реализирани в системата на здравеопазване, както и мерки за създаване на междусекторно сътрудничество с другите обществени сектори и гражданското общество. Това не изчерпва възможностите, които би осигурила една Национална стратегия за детето, която да координира хоризонтални интегрирани и междусекторни приоритети, насочени към здравето на децата.



Основна роля за реализацията на Стратегията имат и общите приоритети и политики на Националната здравна стратегия 2030.

Развивайки заложените в Националната здравна стратегия 2030 относими приоритети и политики, Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 определя 4 специфични приоритета със съответни области на въздействие, пряко адресирани и адаптирани към потребностите на целевите групи (децата и семействата):



Формулираните специфични приоритети и конкретните области на въздействие и мерки, посочени в Плана за действие към нея обхващат само специфични дейности, които са адресирани към възможностите на здравната система да въздейства върху детското здраве – пряко чрез предоставяните от нея здравни услуги и косвено чрез въздействие върху поведението на отделните индивиди и върху политиките на другите обществени сектори.

Общи приоритети и политики на Националната здравна стратегия 2030, подкрепящи детското здраве

Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 е разработена в съответствие с Приоритет № 3 „Прилагане на фокусирани стратегии за въздействие върху специфични проблеми на общественото здраве“ на Националната здравна стратегия 2030 и доразвива Политика 3.1. „Подобряване на майчиното и детско здраве и на педиатричната грижа“ на основния стратегически документ в системата на здравеопазването.

Заложените в Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 стратегически цели ще се реализират чрез изпълнение на всички относими приоритети, политики и мерки на Националната здравна стратегия 2030, насочени към подобряването на общественото здраве, в т.ч. здравето на децата:

➤ Приоритет 1. Инвестиции в превенция и насърчаване на здравословно поведение и среда, подкрепяща здравето на всички през целия живот:

- Политика 1.1. Насърчаване на здравословния начин на живот
- Политика 1.2. Развитие на среда, подкрепяща здравето през целия живот
- Политика 1.3. Ефективен скрининг и превенция на хроничните незаразни болести
- Политика 1.4. Превенция на инфекциозните болести и подобряване на

имунизационния обхват

➤ Приоритет 2. Инвестиции в трансформиране на здравната система, ориентирана към потребностите на хората

- Политика 2.1. Развитие на капацитета на извънболничната помощ -
- Политика 2.2. Преструктуриране и технологично развитие на болничната помощ
- Политика 2.3. Развитие на капацитета за спешна помощ и реагиране при извънредни ситуации
- Политика 2.4. Подобряване на достъпа до лекарствени продукти и медицински изделия
- Политика 2.5. Развитие на електронното здравеопазване и дигитализация на здравната система
- Политика 2.6. Култура за безопасност в здравеопазването
- Политика 2.7. По-добро планиране и мотивиране на работната сила в сектора на здравеопазването
- Политика 2.8. Дългосрочен, устойчив и предвидим механизъм на финансиране, основан на здравни резултати

➤ Приоритет 3. Прилагане на фокусирани стратегии за въздействие върху специфични проблеми на общественото здраве

- Политика 3.1. Подобряване на майчиното и детско здраве и на педиатричната грижа

- Политика 3.2. Борба с рака и негово бремене
- Политика 3.3. Подобряване на възможностите за лечение на мозъчно-съдовите болести
- Политика 3.4. Развитие на донорството и трансплантациите
- Политика 3.5. Подобряване на психичното здраве и психиатричната грижа
- Политика 3.6. Остаряване в добро здраве и гериатрична грижа
- Политика 3.7. Ограничаване на антимикробна резистентност



Така формулираните политики на НЗС 2030 действат в синергизъм, като всяка една от тях има основен (***) , допълващ (**) или подпомагащ ефект (*) за реализацията на стратегическата и специфичните цели на Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030.

Приоритети на НЗС 2030	Политики на НЗС 2030	Цели на НСДЮЗПГ 2030		
		Стратегическа цел	Специфична цел 1	Специфична цел 2
Приоритет 1. Инвестиции в превенция и насърчаване на здравословно поведение и среда, подкрепяща здравето на всички през целия живот	1.1. Насърчаване на здравословния начин на живот	***	**	*
	1.2. Развитие на среда, подкрепяща здравето през целия живот	***	**	*
	1.3. Ефективен скрининг и превенция на хронични незаразни болести	***	**	*
	1.4. Превенция на инфекциозните болести и подобряване на имунизационния обхват	***	**	**
Приоритет 2. Инвестиции в трансформиране на здравната система, ориентирана към потребностите на хората	2.1. Развитие на капацитета на извънболничната помощ	***	***	*
	2.2. Преструктуриране и технологично развитие на болничната помощ	***	***	*
	2.3. Развитие на капацитета за спешна помощ и реагиране при извънредни ситуации	***	***	***
	2.4. Подобряване на достъпа до лекарствени продукти и медицински изделия	**	***	*
	2.5. Развитие на електронното здравеопазване и дигитализация на здравната система	**	***	*
	2.6. Култура за безопасност в здравеопазването	**	***	*
	2.7. По-добро планиране и мотивиране на работната сила в сектора на здравеопазването	***	***	**
	2.8. Дългосрочен, устойчив и предвидим механизъм на финансиране, основан на здравни резултати	***	***	***
Приоритет 3. Прилагане на фокусирани стратегии за въздействие върху специфични проблеми на общественото здраве	3.1. Подобряване на майчиното и детско здраве и на педиатричната грижа	***	***	***
	3.2. Борба с рака и негово бреме	***	*	*
	3.3. Подобряване на възможностите за лечение на мозъчно-съдовите болести	*	**	*
	3.4. Развитие на донорството и трансплантациите	**	**	
	3.5. Подобряване на психичното здраве и психиатрична грижа	***	**	***
	3.6. Остаряване в добро здраве и гериатрична грижа	N/A	N/A	N/A
	3.7. Ограничаване на антимикробната резистентност	**		

СПЕЦИФИЧНИ ПРИОРИТЕТИ



Приоритет 1. Насърчаване на здравословен начин на живот

Приоритетът е пряко насочен към реализацията на стратегическа Цел 1: Устойчиво подобряване на здравето на децата и Цел 3: Намаляване на здравните неравенства за децата на Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030. Той се фокусира върху разширяване на капацитета на системата за обществено здравеопазване и мобилизирането всички обществени ресурси към насърчаване на здравословен начин на живот, като основна предпоставка за развитие на пълния здравен потенциал на всяко дете.

Защо това е приоритет:

✓ Резултатите от проведените проучвания на здравословното поведение на българското население, в т.ч. и децата и учениците, показват обезпокоителни тенденции за значително разпространение на рискови фактори, свързани с начина на живот – небалансирано хранене, намалена двигателна активност, вредни навици и свързаните с тях последици, които си кореспондират с по-лошите национални показатели за детско и обществено здраве, вкл. бързо увеличаващите се наднормено тегло и затлъстяване.

✓ Здравото на човек е резултат не само от неговите физически дадености, семейна среда, норми и традиции, но от конкретното му поведение, което се изгражда под въздействие на натрупаните знания, изградените умения и нагласи, и позициите на значимите хора.

✓ Детството е период на непрекъснат растеж и развитие, който започва преди раждането - от зачеването, през ранното детство и предучилищната възраст, до юношеството. Всяка фаза е от съществено значение, тъй като настъпват важни промени във физическото, психическото, емоционалното и социалното развитие на детето. Ефектът от развитието в периода на бременността и детство е кумулативен и има ключова роля за здравето, развитието и благосъстоянието през целия живот. Ето защо превенцията на рисковите за здравето фактори и здравословният начин на живот на децата, както и на техните родители е основна предпоставка за добро детско и общо здраве и превенция на социално значимите заболявания.

✓ Насърчаването на здравословен начин на живот може да снижи в значителна степен бъдещото търсене на услуги по предоставянето на лечение и грижи и да има значителен икономически ефект.

Необходима е споделена визия, подкрепена от ясен набор от общи цели, приоритети и дейности за изпълнение, за да се съсредоточат усилията и да се осигурят стратегически партньорства за насърчаване на здравословен начин на живот.

Работната сила в общественото здравеопазване в целия ЕС трябва да притежава подходяща квалификация и достатъчен капацитет, за да може да осъществява ефективно дейности по насърчаване на здравословен начин на живот, и това трябва да бъде заложено в плановете за обучение и наемане на работа.

Семействата, родителите и лицата, които се грижат за тях, оказват най-силното влияние върху здравето и развитието на детето. Има обаче по-широка роля и отговорност за всички нас да насърчаваме и поддържаме здравословен стил на живот и среда, в която децата да живеят. Тази отговорност се простира от семейството до по-широката общност, бизнеса и неправителствените организации, академичните среди, медиите и всички нива на управление.

Целеви препоръки за реализация на приоритета до 2030 г.:

Здравната система ще запази своята водеща роля и ще разшири капацитета и компетентностите на структурите по общественото здравеопазване (НЦОЗА, НЦЗПБ, РЗИ и др.) за използване на разнообразни и с научно доказана ефективност методи, средства и форми за повишаване на информираността, знанията, уменията и формиране на нагласи за отговорно отношение към собственото здраве, здравословен начин на живот и безопасно за здравето поведение.

Ще бъдат осигурени благоприятни условия за непрекъсната квалификация и професионално развитие на медицинските специалисти в системата на извънболнична и болнична помощ по промоция на здравето, развитието и емоционалното благополучие на децата, развитие на уменията им за консултиране. Ще бъде повишена компетентността на медицинските специалисти за разпознаване и реакция при насилие и нездравословни методи за отглеждане на децата, родителски дефицити и др.

Ще бъдат изградени ефективни механизми за междусекторно сътрудничество и ангажиране на цялата обществена енергия на правителствения и гражданския сектор за изграждане на едно здравословно живеещо общество, което отглежда и възпитава своите деца с грижа за здравето. Особено важно е подобряването на координацията между здравната, социалната и образователната системи за профилактика и борба с наднорменото тегло и затлъстяването, подобряване на храненето на децата в семейна среда и насърчаване на здравословното хранене и физическата активност в семейството, училището, детските заведения и услуги.

При планирането на дейностите за насърчаването на здравословен начин на живот на децата ще се прилага диференциран подход, насочен към трите етапа на детството, като период от цялостния жизнен цикъл на човека. Възприемането на подхода, базиран на жизнения цикъл дава възможност съответните интервенции да бъдат насочени към точния момент, в който децата и семействата се нуждаят от тях, предвид специфичните потребности на децата в различните възрастови групи. В тази връзка при планирането на дейностите се имат предвид и основните цели, заинтересовани и засегнати групи, съобразно жизнения цикъл на децата.

Първият период (0-6/7 г.) е периодът, включващ бременността и ранното детство. Този период е ключов за формиране на основите на доброто детско здраве, като се имат предвид научните доказателства, че бременността и ранното детско развитие са изключително важни за цялостното развитие на индивида, с влияние върху всички следващи етапи от развитието.

Основните усилия ще се фокусират върху повишаване знанията и улесняване достъпа до информация по проблемите, свързани със зачеването, бременността и раждането, здравословното хранене и начин на живот, отглеждането и грижите за децата, с оглед пълноценното им и хармонично физическо и психическо развитие. Особено внимание в този период следва да се отдели на насърчаването на кърменето (вкл. изключителното кърмене до 6-я месец) и здравословното хранене в семейството. Основна роля в този процес имат медицинските специалисти в извънболничната медицинска помощ, осъществяващи медицинските грижи за майката и детето, но ще се използват и всички други съществуващи канали за комуникация. Тези дейности ще се интегрират и в мерките за подобряване на качеството на родилната помощ, вкл. осигуряване на подкрепа за кърменето и посрещане на психологическите потребности на майките и бебетата и гарантиране на техните права и достойнство. (Виж. Приоритет 3).

През периода на ранното детство, формирането на знания и навици за здравословен начин на живот се формират чрез правилния пример, даден от възрастните. През този период децата са основно с родителите си и в семейна среда, поради което мерките за насърчаване на здравословен начин на живот са насочени основно към ангажираността и компетентността на семействата и полагащите грижи за децата, в т.ч. медицинските и други специалисти.

С постъпването на детето в детска ясла или градина, тези институции придобиват водеща роля по отношение създаването на среда, насърчаваща здравословния начин на живот. Във връзка с това ще се разработят програми и ще се въведат адаптирани форми за здравно образование в детските ясли и градини, които да формират здравословни навици и поведение, с фокус върху здравословното хранене, хигиенни навици, двигателна активност и рационален дневен режим. Усилията ще бъдат насочени и към подобряване на интегрираната работа на педагозите и специалистите по здравни грижи в детските ясли и градини с ясно разпределение на професионални компетентности и форми на взаимодействие съобразени с компетенциите им.

Освен здравните и педагогическите специалисти, в процеса, като специфични заинтересовани страни по отношение на насърчаването на здравословен начин на живот, ще бъдат ангажирани и компаниите, отговарящи за храненето и жизнената среда в яслите и детските градини.

Следващите два периода от детската възраст – този на детството и на ранното юношество (7-13 г.), както и този на юношеството (14/15-18 г.), имат своите специфики и предизвикателства и изискват конкретни, целенасочени и системни усилия и мерки за подкрепа на физическото, психическото и репродуктивното здраве и превенция на заболяванията, доколкото това е възрастта, в която се утвърждават основните навици, свързани със здравословния начин на живот.

През тези периоди във фокуса на интервенциите ще са здравословното хранене и физическата активност, тъй като те са основни детерминанти на здравето и необходимо условие за осигуряване на оптимален растеж и развитие на децата и юношите. Те са едни от съществените фактори за превенция на риска от хронични незаразни заболявания като сърдечно-съдови болести, рак, диабет, остеопороза и др., както и на затлъстяването, явяващо се един от сериозните съвременни здравни проблеми.

В периода на юношеството, който се характеризира с бързи физически, когнитивни и социални промени, включително полово и репродуктивно съзряване, интервенциите ще се разширят с ефективни програми за здравно и сексуално образование и превенция на зависимостите (злоупотребата с тютюн и алкохол, наркотици, хазартни и електронни игри и др.) сред подрастващите и младите хора.

Ключово значение за насърчаване на здравословен начин на живот през тези периоди е въвеждането на системно здравно образование на децата и учениците, насочено към развитие на умения за създаване или поддържане на здравословен стил и условия на живот и за доброволното адаптиране към поведение, благоприятстващо здравето.

Училището е среда, в която децата и младите хора прекарват половината от съзнателното си време в продължение на 10-12 години. И затова наред с изграждане на ключови компетентности и ценности училището трябва да бъде отговорно и за изграждане на система от знания, умения и позитивни нагласи за здравословно поведение у всеки ученик. Здравното образование не е просто обучение за предпазване от заболявания, както обикновено и ограничено се разбира. Здравното образование е съвместно учене за това, как всеки човек и всяка общност поема отговорност за собственото си поведение. Ето защо училищното образование трябва да подпомага децата и младите хора в избора им на здравословен начин на живот. Този процес изисква психологическа подкрепа и интерактивно обучение, насочено към изграждане на социални и жизненоважни умения, осъществявано от специално подготвени за целта учители и/или педагогически съветници.

Въвеждането на системно здравно образование в училищата ще бъде реализирано в съответствие с заложената в Националния план за възстановяване и устойчивост на Република България Реформа 6: Съвременно здравно образование в българското училище чрез сътрудничество на Министерство на здравеопазването и Министерство на образованието и науката. То ще бъде реализирано въз основа на предварителна и системна оценка на потребностите, нови обучителни методи, базирани на опит и преживяване и подход „връстници за връстници“, едновременно с изграждане на подкрепяща среда и постоянна обратна връзка за ефективността на програмата. Ще бъдат разработени

допълнителни онлайн достъпни ресурси с осъвременени данни в подкрепа на обучението за деца и ученици, както присъствено, така и в електронна среда от разстояние.

Здравното образование на учениците ще започне от първи клас и ще се надгражда в различните свои области с придобиване на знания, нагласи и умения у учениците във всички възрасти – започвайки с утвърждаването на хигиенни и хранителни навици в първите класове и завършвайки с изграждане на умения за партньорство и родителство в 12 клас. Така като резултат от здравното образование, освен знанията и уменията за опазване за собственото си здраве, младият човек ще развие умения, нужни за реализирането на един от най-значимите преходи в човешкия живот – от дете във възрастен; от субект, за който преимуществено се полагат грижи, към субект, който на свой ред трябва да осигурява подкрепа и грижи за други лица.

Извън системното здравно образование, ще бъдат използвани всички други комуникационни канали за насърчаване на здравословен начин на живот и превенция на рисковите фактори сред подрастващите и ангажиране на целите семейства в този процес.

При планираните на интервенциите за тази възрастова група се има предвид, че с постъпването в училище детето попада в още по-разнообразна среда, в която все по-голямо значение придобива общуването с другите деца, както на същата възраст, така и на по-голяма. В тези условия общуването между по-големите и по-малките деца придобива значението на самостоятелна тематична сфера, към която трябва да бъдат насочени основните информационни послания. При това с приоритет ще бъде ползван подхода „Връстници обучават връстници“, особено в превантивната работа с децата от рисковите групи. В този период в процеса по насърчаване на здравословен начин на живот могат да бъдат ангажирани компании, произвеждащи хранителни продукти и многообразието от медии и социални мрежи, формиращи вкуса и предпочитания на детето към определени хранителни продукти, култура и стил на хранене, а в по-широк смисъл и здравословен начин на живот.

Трябва да не забравяме, че светът на нашите деца са техните семейства, училища, общности и все повече дигиталния свят. Информацията и подкрепата трябва да се осигури по начини, които имат смисъл за тях, като се гарантира, че няма „грешни врати“ и включително лесен достъп до цифрова комуникация и грижи. Доставчиците на Интернет също биха могли да бъдат ангажирани с повишаване на сигурността на децата в дигитална среда чрез социално отговорни кампании за развитие на дигитални компетентности за децата и техните родители. Значението на родителската информираност и отговорност за безопасността на децата в Интернет също нараства и се налагат допълнителни мерки, съобразени с развитието на технологиите.

Физическата активност и игрите са ежедневна и естествена дейност в развитието на децата за целия период на детството и са важна предпоставка за развитие на детската психика и уменията, преценяването на възможностите за поемане на риск и изграждане на самостоятелна преценка за безопасност. Стимулирането на активното участие в игри и спортни активности чрез осигуряване на подходяща за това среда, съобразена с уменията на различните възрастови групи в периода на детството, е дейност, към която имат отношение местните власти, ръководствата на детските заведения и училищата, гражданското общество, родителите, спортните федерации и спортните клубове. Основен фактор в този процес следва да са и самите деца, с техните предпочитания и идеи за създаването на среда.

Формирането на безопасно и здравословно поведение предполага прилагането на ефективни мерки за превенция на рисковите за здравето фактори и обединяване на усилията, мерките и ресурсите на здравеопазването и с други секторни политики в областта – социалните дейности, културата, околната среда и водите и др.

Ключово значение за реализацията на приоритета има изграждането на партньорски мрежи с общините, структурите на гражданското общество и медиите в подкрепа на детското здраве чрез насърчаването на здравословен начин на живот. Особено ценна е подкрепата на неправителствените организации, натрупали опит и капацитет в провеждане на активности в областта на детското здраве.

Обобщение на препоръките:

- Препоръка 1.1. Да се планират и провеждат систематично здравно-информационни превантивни кампании, насочени към децата и техните родители
- Препоръка 1.2. Да се повиши ангажираността и компетентностите на здравните специалисти в областта на здравето, развитието и емоционалното благополучие на децата, развитие на уменията им за консултиране
- Препоръка 1.3. Да се развива междусекторното сътрудничество и осигуряване на обществена подкрепа за дейностите по насърчаването на здравословния начин на живот на децата и семействата

Мерки и дейности:

Конкретните мерки и дейности (със съответни индикатори и срокове за изпълнение) по посочените препоръки, чието изпълнение ще започне в периода 2023-2025г. са разписани в **Приоритет 1 на План за действие за изпълнение на Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 за периода 2023 - 2025 г.**

Те ще бъдат актуализирани и допълвани след оценка на текущото изпълнение и при наличие на обоснована необходимост да се изпълнят изцяло препоръките в стратегията.





Приоритет 2. Ефективна профилактика и превенция на заболяванията и уврежданията

Приоритетът е пряко насочен към реализацията на Стратегическа цел 1: Устойчиво подобряване на здравето на децата и Цел 3: Намаляване на неравенствата за децата и семействата на Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030. Той поставя превенцията на заболяванията във фокуса на здравната грижа, с приоритетно значение на превенцията на хроничните незаразни болести в детска възраст и на инфекциозните заболявания с висок епидемичен риск, в т.ч. ваксинопредотвратимите заболявания.

Защо това е приоритет:

✓ България е сред държавите в ЕС с най-ниско ниво на профилактика и превенция на заболяванията и съответно най-високи нива на заболяемост и смъртност от заболявания, предотвратими с добра профилактика или лечение. За съжаление, това се отнася и за нашите деца.

✓ Хроничните незаразни болести - сърдечносъдови болести, затлъстяване, диабет, хронични респираторни заболявания, психични разстройства, неврологични разстройства или онкологични заболявания, които са най-честата причина за смърт и инвалидност, могат да бъдат успешно предотвратени чрез въздействие върху рисковите фактори за тяхното възникване и особено факторите, свързани с начина на живот още в най-ранна детска възраст.

✓ Загубите от възникване на хронични незаразни болести, изразени в загуба на години живот и живот в добро здраве и разходи за скъпоструващо лечение са несъизмерими със средствата, вложени в ефективна и навременна профилактика и превенция.

✓ Пандемията от COVID-19, както и продължаващото разпространение на социалнозначими заразни болести, като туберкулоза, СПИН и вирусни хепатити, демонстрира по категоричен начин нуждата от превенция на инфекциозните болести, насочена към намаляване на заболяемостта и смъртността от заболявания с епидемичен потенциал, както и на високите социални последици за индивида, свързани с евентуални увреждания и инвалидизация след преболеждане от инфекциозни болести.

✓ Имунизациите са сред най-успешните и икономически целесъобразни здравни интервенции в областта на общественото здравеопазване на 20-ти век, довели до значимо намаляване на заболяемостта, инвалидизацията и смъртността от често срещани в миналото заразни болести - ерадикацията на вариола в света през 1980 г., намаляване на заболяемостта от детски паралич с над 99% и на неонаталния тетанус с 94%.

✓ Изчезването на тежките форми на ваксинопредотвратимите заразни заболявания в резултат на високия имунизационен обхват отслаби бдителността на медицинския персонал към тях и повиши недоверието на обществото в ползите от имунизациите. Мобилността на населението в световен план доведе до нарастване на възприемчивостта му към различни причинители и неконтролирано разпространение на заразни болести чрез епидемии, а недостатъчният имунизационен обхват – до взривове и епидемии от ваксинопредотвратими заразни болести.

✓ България беше сред страните с най-висок имунизационен обхват в ЕС. През последните години обаче в страната се отчита спад в постигнатите показатели за

имунизационен обхват срещу социалнозначими заболявания като полиомиелит, дифтерия, тетанус, морбили, като през 2021 г. отчетеното покритие с основни имунизации е под 90%, като сред основните причини е спирането на детската консултация и ваксинапрофилактика по време на пандемията. България е на последно място в ЕС по имунизационен обхват по отношение на COVID-19.

✓ Според Уницеф между 10% и 20% от децата в световен мащаб не следват типичен път на развитие, което означава, че децата изпитват различни затруднения в развитието. Затрудненията в развитието могат да включват неврологични нарушения (например церебрална парализа, аутизъм и др.) или генетични увреждания (напр. Синдром на Даун) и редки заболявания. В други случаи се наблюдават затруднения в една или няколко области на развитие (развитие на речта и езика, социални и емоционални умения, грижи за себе си и когнитивни умения и др.), които могат да бъдат временни или могат да станат постоянни след време.

✓ Научните данни показват, че затрудненията в развитието е необходимо да бъдат установени възможно най-рано, още в първите 3 години от живота, за да се осигури ранна интервенция, с което да се подпомогне детето да развие своя пълен потенциал.

✓ Средата, в която расте едно дете играе ключова роля в развитието му. Чистата околна и жизнена среда е от съществено значение за човешкото здраве и благосъстояние и превенция на заболяванията. Многобройни са факторите на околната и жизнената среда, които оказват негативно влияние върху здравето: замърсен въздух, химикали, некачествена вода както за миене така и за пиене, замърсена почва, електромагнитни полета, нездравословни жилищни условия, шумово натоварване, рискове свързани с транспорт и последствия от природни бедствия, твърде продължителна дигитална експозиция и нездравословно и свръхенергийно хранене.

Целеви препоръки за реализация на приоритета до 2030 г.:

Преодоляването на негативните тенденции и постигането на устойчиво подобряване на здравето на децата и на общественото здраве като цяло, е възможно само ако усилията и ресурсите на здравната система се фокусират върху профилактиката и превенцията на заболяванията и уврежданията, вместо върху тяхното лечение.

Ефективната превенция на хроничните незаразни болести изисква едновременно развитие на дейности в следните основни направления: подобряване на детерминантите на здравето (социални, поведенчески, екологични); приобщаване на децата и семействата към здравословния начин на живот; разработване и реализация на програми за профилактика, скрининг и ранна диагностика и прилагане на интердисциплинарни модели на интервенции срещу тези болести. Това изисква да бъдат комбинирани популационният подход, който цели намаляване на нивото на рисковите фактори за всички деца и високорисковият подход, който е насочен към откриване и последващо наблюдение и лечение на деца във висок риск.

За целта ще бъдат разработени програми за ефективна превенция на хроничните незаразни болести в детска възраст с предвидени възрастово специфични мерки и съвременни подходи за намаляване на нивото на основните фактори на риска за здравето на децата: поведенчески, биологични, фактори на училищната среда и други, чрез здравословни промени в начина на живот и активен скрининг, ранна диагностика и своевременно и ефективно лечение на възникнали заболявания, вкл. наднормено тегло и затлъстяване.

Дейностите по превенция на рисковото поведение (тютюнопушене, употреба на алкохол, наркотични вещества, ниска физическа активност, нездравословно хранене и свързаните с него наднормено тегло и затлъстяване) и насърчаване на здравословен начин на живот са обект на Приоритет 1 на Стратегията (Виж. Приоритет 1).

Настоящият приоритет е фокусиран върху изграждането на устойчив национален капацитет в рамките на здравната система за осъществяване на пълния комплекс от дейности, насочени към профилактика, ранното откриване, в т.ч. скрининг и ефективната превенция на заболяванията при деца. Това включва различни интервенции, свързани с

взаимодействие на всички нива на здравната система - обществено здравеопазване, първична и специализирана извънболнична медицинска помощ и болнична помощ.

Ключово значение за изграждането на устойчив капацитет за превенция на заболяванията има добре организиран и широкообхванат скрининг с цел ранно откриване на деца в риск и ранна диагностика на социалнозначимите заболявания.

За целта ще се създаде единен Национален интердисциплинарен център за скрининг (пренатален, неонатален и на социалнозначимите заболявания), който ще координира дейността на лечебните заведения (за първична и специализирана медицинска помощ и болнична помощ) на областно и регионално ниво, чрез които ще реализират комплексни скринингови програми за превенция на заболяванията в детска възраст.

Съществуващите скринингови програми за пренатален и неонатален скрининг, които доказва своята ефективност и значимост за общественото здраве, ще бъдат продължени и разширени по обхват. Разработването на нови скринингови програми, в т.ч. в областта на хроничните незаразни болести, ще се извършва след подробен анализ по отношение на целесъобразността, необходимостта и възможностите за провеждането му.

Скрининговите програми освен лабораторни изследвания, ще включват цялостен комплекс от диагностични и лечебни дейности за потвърждаване на съмнението от скрининговото изследване, вземане на решение за или против започване на съответно лечение, избор на оптимално лечение (напр. диета, медикаменти, интервенции, рехабилитация и т.н.), а също така и продължително проследяване на пациентите и оценка на късните резултати. Финансирането на скрининговите дейности ще се осъществява чрез средства от бюджета на Министерство на здравеопазването, НЗОК и други източници, като гарантира равнопоставен достъп на всички деца и семейства до комплексни превантивни и лечебни дейности.

Медицинската информация, която ще се събира от извършените скринингови дейности в лечебните заведения за първична и специализирана извънболнична и болнична помощ и в единния Национален център за скрининг, ще се въвежда, съхранява и достъпва в съответни модули на Националната здравно-информационна система и ще бъде използвана за последващи анализи на здравното състояние на децата и нуждите от последващи мерки.

Ще бъде изградена Националната платформа за медицинска диагностика, чрез която ще осигури пряк достъп на медицинските специалисти до най-актуалната клинично значима информация за отделните заболявания и възможности за комуникация на отдалечените амбулаторни звена с лекари-специалисти и болнични заведения.

Това ще даде възможност за съхраняване на информация и създаване на база данни за ретроспективен анализ на отделни случаи, поотделно и по групи, извършване на мониторинг чрез обективен анализ на случаите в реално време и възможност за професионална он-лайн консултация и помощ.

Подкрепяща роля ще имат и интервенциите, насочени към подобряване на достъпа до здравна грижа в малки, отдалечени и труднодостъпни населени места чрез изграждане на амбулатории за първична извънболнична медицинска помощ (Виж Приоритет 3).

Изграждането на капацитет за комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване и продължителна здравна грижа за деца с хронични, вкл. редки заболявания също е обект на интервенциите, включени в Приоритет 3 на Стратегията.

Всичко това ще увеличи значително възможностите за обхващане на максимален брой деца с дейности по скрининг, ранна диагностика и качествено лечение на хроничните незаразни болести.

Дейностите по превенцията на хроничните незаразни болести при деца следва да бъдат развивани приоритетно и поради факта, че те често имат и допълнителен кумулативен ефект върху общественото здраве, свързан с промяна на стила на живот и утвърждаване на здравословни практики на хранене, двигателна активност, преустановяване на вредни навици в цялото семейство.

Ключов аспект на превантивната дейност, от изключително значение за детското здраве е развитието на правната рамка и институционални условия за осигуряване на интервенция в

ранна детска възраст за деца със затруднения в развитието чрез прилагането на комплексен междуинституционален подход.

Този подход няма за цел да се заместят съществуващите здравни, образователни и други общодостъпни услуги с паралелна система, а същите да се предоставят в координация с допълнителни, по-таргетиранни и индивидуално ориентирани услуги, които да подкрепят семейството в това да полага грижи за детето. Тези услуги ще допълват услугите за подкрепа на ранното детско развитие, които се предоставят на всички деца и семейства (например здравни грижи по време на бременността, раждането на детето, подкрепа за кърменето, курсове за родители, услуги през първите години на детето, услуги за образование и грижа в ранна детска възраст – детски ясли, детски градини и други). Съществен елемент от ранната детска интервенция е осъществяването на скрининг на детското развитие през тези универсални системи. Това включва проследяване на развитието на всички деца чрез създадени за целта стандарти и инструменти, а в случаите, когато се наблюдава затруднение или отклонение, насочване на семействата към използване на по-интензивните услуги за ранна интервенция. Такъв скрининг и насочване може да бъде извършван от педиатри, общопрактикуващи лекари, специалисти в детски ясли, детски градини, социални услуги и други.

В рамките на системата на здравеопазването превантивните дейности ще бъдат насочени към факторите, които могат да увеличат риска от затруднения в развитието, в т.ч. преждевременно раждане или ниско тегло при раждане, генетични нарушения, недохранване или усложнения по време на бременност и раждане, специфични медицински състояния (хронични заболявания, увреждане на слуха или зрението и др.).

Доколкото средата, в която расте едно дете играе ключова роля в развитието му, друга част от превантивните дейности ще бъдат насочени към подобряване на качеството на родителските грижи и взаимодействията дете-родител, които имат силна връзка с поведенческото, социалното, емоционалното и когнитивното развитие, в т.ч. превенция на насилието и пренебрегването на децата през първите години, психичното здраве на родителите и др.

Ще бъдат създадени условия за подкрепа на семействата на деца с увреждания още от родилния дом, в т.ч. социално-психологическа помощ и информиране за услуги, които семейството може да ползва след изписване на детето.

Общопрактикуващите лекари и педиатри ще бъдат обучени и мотивирани да осигуряват профилактични грижи за всички деца, както и да осъществяват редовно наблюдение и оценка на цялостното детско развитие и растежа. Ще бъдат подобрени условията за диагностика, лечение и рехабилитация за специфични състояния и увреждания, както и ще бъдат изградени механизми за своевременно насочване и взаимодействие със системата на социалните услуги за ранна интервенция на уврежданията и затрудненията в развитието.

Превенция на инфекциозните болести ще бъде насочена към намаляване на заболяемостта и смъртността от заболявания с епидемичен потенциал, както и на социалните последици за индивида, свързани с евентуални увреждания и инвалидизация след преболедуване от инфекциозни болести.

Тук ключова роля имат мерките по превенцията на ваксинопредотвратимите инфекциозни заболявания чрез провеждането на устойчива национална имунизационна политика. Усилията ще бъдат насочени към постигане и поддържане на висок имунизационен обхват за предпазване на общественото здраве от ваксинопредотвратими заболявания чрез повишаване на обществената информираност, професионалната компетентност относно ползите от ваксините и създаване на механизъм за гарантиран достъп до имунизации на всички групи от населението.

В Европейски имунизационен план 2030 на СЗО като основни приоритети са заложили укрепване на националните имунизационни програми, с което ще се постигне намаляване на смъртността и болестността, причинени от заболявания, предотвратими чрез имунизация и

повишаване на достъпа до нови и налични ваксини на всеки, независимо от неговата възраст, идентичност и географско положение.

В съответствие с целите на Европейския имунизационен план 2030 и препоръките на ЕС ще се реализират интервенции за повишаване на имунизационния обхват чрез повишаване доверието на населението към имунизациите, подобряване на обществената информираност, подобряване на механизмите за прилагане и отчитане на приложените ваксини, улесняване достъпа до ваксини с препоръчителен характер, заплащани с обществени средства, провеждане на национални имунизационни дни.

Действията за задържане статута на България като страна, свободна от полиомиелит и на елиминирала ендемичното разпространение на морбили и рубеола, трябва да се продължат и чрез поддържане и усъвършенстване на системите за надзор на остри вяли парализи, морбили и рубеола и готовност на страната за реакция при случай на полиомиелит.

Изпълнението в страната на национални програми за ваксинопрофилактика на социалнозначими заболявания като рак на маточната шийка, сезонен грип и ротавирусни инфекции чрез осигуряване с публични средства на препоръчителни имунизации при свободен избор на пациента следва да продължи и да разшири обхвата си, като те станат част от профилактичната дейност на здравната система, насочена към подобряване на качеството и продължителността на живота.

Приоритетна цел е поддържането и развитието на национална електронна имунизационна система като част от НЗИС, което ще спомогне за определяне на децата в риск от ваксинопредотвратими заболявания и ще бъде инструмент за анализи и ефективно насочване към интервенции и ресурси за постигане на висок имунизационен обхват на регионално и национално ниво.

Друг основен фокус на интервенции в рамките на приоритета е превенцията, елиминация и ерадикация на социалнозначими заразни болести, като туберкулоза, СПИН и вирусни хепатити, фокусът върху които е поставен чрез Рамката на Глобалната стратегия за туберкулоза, Глобалната стратегия срещу ХИВ на Обединената програма на ООН за борба с ХИВ/СПИН (2021-2026) и Глобална стратегия на здравния сектор за ХИВ, вирусен хепатит и полово предавани инфекции за периода 2022-2030 г.

Ще бъде поддържана и укрепвана и системата за надзор на заразните болести чрез повишаване на готовността за ранно откриване и оповестяване и предпазване от внос, възникване и разпространението на взривове и епидемии от инфекции с висок епидемичен потенциал.

В рамките на приоритета ще се реализират секторни мерки, насочени към осигуряване на безопасна и подкрепяща детското здраве околна и жизнена среда и превенция на неблагоприятното въздействие на фактори на околната и жизнената среда върху здравето на децата, подрастващите и младите хора (въздух, вода, шум, лъчения и др.). Особено внимание се отделя на създаване на среда, подкрепяща здравето в детските градини и училищата, със специфична насоченост към промоция, превенция и грижи за деца с хронични, вкл. редки заболявания.

Едновременно с това ще се търсят възможности за подобряване на сътрудничеството между секторите на околната среда и здравеопазването за прилагане на междусекторен и приобщаващ подход за подобряване на здравето във връзка с въздействието на околната среда, както и за повишаване на готовността и реакцията при извънредни ситуации в случай на екологични инциденти.

Обобщение на препоръките:

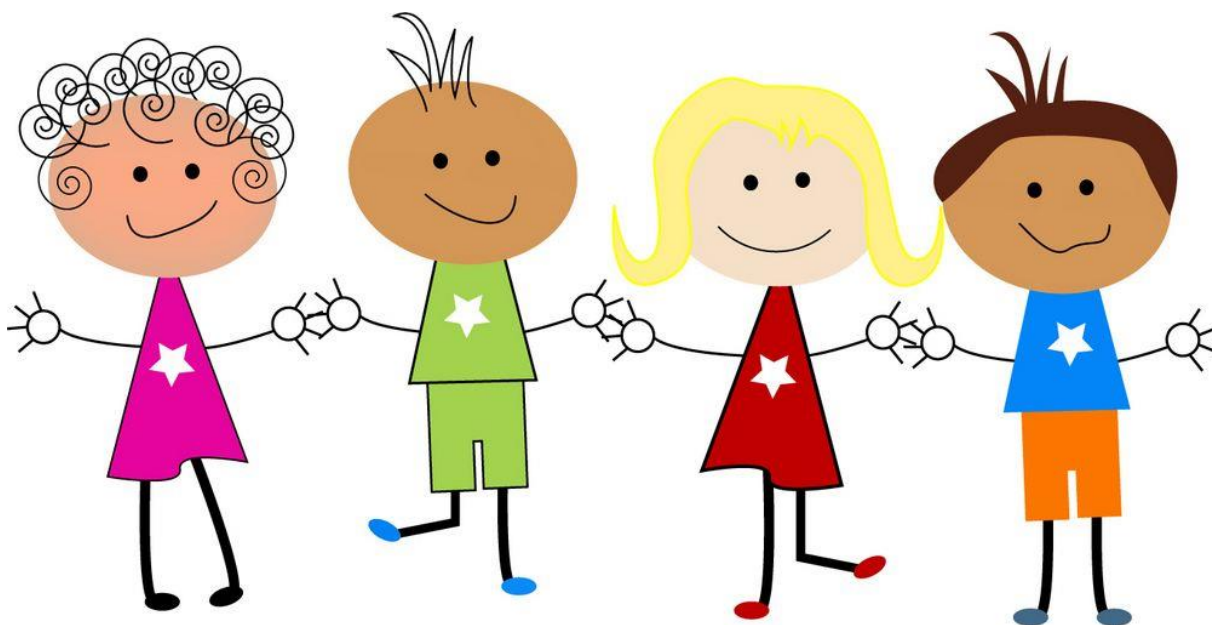
- Препоръка 2.1. Да се разшири обхвата на дейностите по превенция на хроничните незаразни болести, вкл. затлъстяването, уврежданията и затрудненията в развитието в детска възраст
- Препоръка 2.2. Да се подобри превенцията и надзора на инфекциозните болести и ваксинопрофилактиката

- Препоръка 2.3. Да се създадат условия за развитие на среда, подкрепяща здравето

Мерки и дейности:

Конкретните мерки и дейности (със съответни индикатори и срокове за изпълнение) по посочените препоръки, чието изпълнение ще започне в периода 2023-2025г., са разписани в **Приоритет 2 на План за действие за изпълнение на Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 за периода 2023 - 2025 г.**

Те ще бъдат актуализирани и допълвани след оценка на текущото изпълнение и при наличие на обоснована необходимост да се изпълнят изцяло препоръките в стратегията.





Приоритет 3. Изграждане на интегрирана система за комплексна педиатрична грижа

Приоритетът е пряко насочен към реализацията на стратегическа Цел 2: Поставяне на детето и неговите здравни нужди в центъра на интегрирана система за педиатрична грижа и подкрепя изпълнението на Цел 1: Устойчиво подобряване на здравето на децата и Цел 3: Намаляване на здравните неравенства за децата и семействата на Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030. Той включва мерки за трансформиране на настоящите здравни услуги за деца в интегрирана мрежа за комплексна педиатрична грижа, фокусирана върху специфичните потребности на децата и семействата.

Защо това е приоритет:

✓ Постигането на заложените в Стратегията цели изисква гарантиране на достъпа на всяко дете до своевременни, качествени и ефективни здравни услуги, адаптирани спрямо неговите нужди през различните периоди на неговото детство.

✓ Предоставяните здравни услуги за деца в рамките на настоящата система за здравеопазване не са в състояние да отговорят на специфичните здравни потребности на децата и семействата, поради редица слабости и дефицити, най-значимите, от които са:

- неравномерно териториално разпределение на структурите от националната здравна мрежа и липса на механизми за взаимодействие между тях, затрудняващо достъпа до отделните видове медицинска помощ;

- недостатъчен обхват на финансираните с публични средства дейности в първичната и специализирана извънболнична медицинска помощ, необходими за осигуряване на достъп с гарантирано качество на всички нуждаещи се деца и семейства, в т.ч. патронажни грижи за бременни и деца;

- липса на координирана система за болнична педиатрична помощ, която да оказва комплексна диагностично-лечебна помощ за деца, в т.ч. и единна структура за педиатрична грижа на регионално и национално ниво;

- недостатъчни възможности за прилагане на нови, високотехнологични методи за лечение на деца, особено при онкологични заболявания;

- липса на ефективни механизми за целево финансиране на дейности в системата за детско здравеопазване, обвързани с приоритетни политики и здравни резултати.

✓ Настоящата здравна система е традиционно ориентирана изключително към лечение на заболяванията, в т.ч. предимно болнично лечение и не отчита необходимостта от фокусиране на детското здравеопазване върху профилактиката и превенцията на заболяванията и уврежданията, мониторинга на ранното детско развитие и ранно откриване на затруднения в развитието и грижите в домашни или амбулаторни условия.

✓ Здравните услуги за деца се предоставят в общата система на здравеопазване при условия и в среда, които не са адаптирани в достатъчна степен към нуждите и специфичните особености на децата или не създават достатъчно безопасна и приветлива среда, особено при предоставянето на услуги в болнични условия. В болниците липсват и достатъчно развити услуги за психологическа подкрепа на децата и родителите, създадени условия за неразделяне на майките и децата, освен в случаите на медицински риск и др.

✓ Системата за здравни услуги за деца съществува самостоятелно и изолирано от другите системи, предоставящи услуги за деца и семейства, без ясни механизми за координация, взаимодействие и интегриране на грижите.

Целеви препоръки за реализация на приоритета до 2030 г.:

Ще създадем условия за трансформирането на съществуващата система за детско здравеопазване от система, насочена основно към диагностика и лечение на болестите, към интегрирана мрежа от услуги за децата и семействата, която е фокусирана върху превенцията, използваща най-ефективни методи за диагностика, комплексно лечение и проследяване осигуряваща приемственост на грижите близо до хората.

В тази мрежа активно си взаимодействат всички структури от системата на здравеопазването (първична извънболнична медицинска помощ, специализирана извънболнична помощ, спешна помощ, болнична помощ), както и структури от други сектори, осигуряващи услуги за деца (социални, образователни и др.).



Ключова роля в нея има първичната медицинска помощ, предвид нейната същностна функция да осигурява основни здравни услуги и грижи, възможно най-близо до ежедневната среда на децата и семействата, в т.ч. дейности по промоция на здраве, здравното образование на децата и семействата и изграждането на умения за здравословен начин на живот, превенция на заболявания и последиците от тях, както и профилактични дейности, включително ваксинапрофилактика.

Важен допълващ елемент на педиатричната грижа на това ниво са патронажните грижи за бременни и деца, които следва да бъдат развивани като неразделна част от системата за първична медицинска помощ. Във връзка с това ще бъде анализиран обема, вида и начина на предоставянето на патронажните грижи и разработен актуален модел за предоставянето им в национален мащаб, включващ конкретен механизъм за финансиране и необходимият финансов ресурс. На базата на разработения модел ще бъдат планирани последващите мерки за реализация на одобрения и финансово осигурен модел.

За да реализира тази своя роля, първичната медицинска помощ трябва да е осигурена с добре обучените и мотивирани общопрактикуващи лекари и педиатри, медицински сестри, акушерки и други медицински специалисти.

В тази връзка съществен проблем се явява задълбочаващият се кадрови дефицит в първичната медицинска помощ и неравномерното разпределение на лекарските практики, концентрирани основно в по-големите градове. Лисват механизми, стимулиращи лекари и специалисти по здравни грижи да разкриват нови практики в малки и отдалечени населени

места. Това оставя много бременни и деца, живеещи в тези райони без лесен достъп до базови медицински грижи.

За преодоляване на тези проблеми, със средства по Плана за възстановяване и устойчивост и оперативните програми ще бъдат реализирани интервенции за стимулиране на медицинските специалисти за работа в населени места, в които населението е с ограничен достъп до медицинска помощ. Интервенциите включват изграждане на практики на ОПЛ и здравно-консултативни звена в населени места в региони с ограничен достъп до здравни грижи, оборудване на съществуващите практики на ОПЛ, с съвременна медицинска апаратура, позволяваща предоставянето на по-широк кръг от медицински услуги и възможност за отдалечено консултиране и наблюдение (телемедицина), финансови механизми за насърчаване на професионалната мобилност на лекари и медицински специалисти, които ще бъдат подпомогнати да разкриват и работят в практики в труднодостъпни и отдалечени райони и др.

Съществен проблем се явява и липсата на благоприятни условия за непрекъснато повишаване на знанията и уменията на лекарите и специалистите по здравни грижи в ПИМП за работа с деца и семейства и консултиране.

За това се планират мерки за усъвършенстване на процеса на специализация на лекарите по обща медицина и педиатрия и за създаване на стимули за медицинските специалисти за непрекъснато повишаване на квалификацията и развиване на умения за консултиране и грижа за децата и семействата. (Виж Приоритет 4).

Всички тези мерки ще бъдат подкрепени от адекватни организационни и финансови механизми за развиване на капацитета на първичната медицинска помощ с фокус върху промоцията на здраве и профилактика на заболяванията.

За гарантиране на предоставянето на навременни профилактични, диагностично-лечебни здравни услуги ще бъде осигуряване на ресурс за изпълнението в пълен обем на медицински и здравни дейности по програми „Майчино здравеопазване“ и „Детско здравеопазване“ на НЗОК, както и поетапно разширяване на обема и обхвата на пакета от здравни дейности за бременни и деца, гарантиран от бюджета на НЗОК.

В първичната дентална помощ ще се подобри достъпа на децата до дентални услуги чрез разширяване на пакета дейности, попадащи в обхвата на здравното осигуряване и чрез осигуряването на устойчивост на програмите за профилактика на оралните заболявания при децата, което ще има съществен принос за детското дентално здраве.

Специализираната извънболнична медицинска помощ също ще бъде подкрепена да развива своя капацитет по отношение на ранната диагностика и навременно лечение на деца в амбулаторни условия, включително и чрез извършването на високоспециализирани дейности и медико-диагностични изследвания.

Основният фокус за развитие на специализираната педиатрична помощ ще бъде насочен към развитието на регионално и областно ниво на капацитет за предоставяне на комплексни услуги, свързани с диагностиката, лечението и рехабилитацията на деца в извънболнични условия. За целта във всички областни градове ще бъде подкрепено организирането „под един покрив“ на комплексни амбулаторни грижи в подходяща среда за малките пациенти. При липса на капацитет в съществуващите лечебни заведения за СИМП, подходящи условия за това ще се осигурят на базата на Диагностично-консултативните блокове и ДКЦ на лечебните заведения за болнична помощ, в т.ч. изградените към тях Здравно-консултативни центрове (ЗКЦ) по Националната програма за подобряване на майчиното и детско здравеопазване. Чрез тях, както и чрез изградените Центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания ще се осигурят възможности за комплексно и интегрирано здравно-социално обслужване в извънболнични условия на деца с определени социалнозначими и редки заболявания, включително и грижи в дома.

Основно предизвикателство пред реализирането на приоритета, е трансформирането на системата за болнични грижи за деца, насочено към преодоляване на териториалните

дисбаланси, гарантиране на качество и интегритета на медицинската помощ при максимално ефективно използване на наличните човешки и материални ресурси.

За целта болничните педиатрични грижи ще се планират и организират на следните нива на болнично обслужване:

- базови болнични педиатрични грижи, които се осигуряват най-малко на територията на всяка област, задължително в градовете областни центрове, както и в други градски центрове с наличен капацитет и установени потребности, съгласно Националната здравна карта.
- специализирани болнични педиатрични грижи, които се осигуряват на територията на всеки регион в градовете с регионално значение - София, Пловдив, Варна, Бургас, Русе, Плевен, Стара Загора.
- високоспециализирани болнични педиатрични грижи с национално значение се осигуряват най-малко в гр. София и в най-малко едно лечебно заведение, осигуряващо комплексно високоспециализирано лечение – Национална педиатрична болница.



По този начин се осигурява изграждане на пирамидална организация на болничната педиатрична мрежа, гарантираща максимален обхват на децата с базови грижи близо до дома и изградена система за насочване на по-горните нива при необходимост от по-специализирани болнични грижи.

За реализацията на тази структура на областно ниво от ключово значение е подкрепата за педиатричните звена в многопрофилни болници за активно лечение със смесено участие, които могат да осигурят необходимия обем, своевременност и качество на грижата за малките пациенти. Така на територията на всяка област ще се осигури поне една педиатрична структура, разполагаща с условия да предоставя качествени базови педиатрични грижи. Тази структура ще се явява областен център за координирана педиатрична грижа, осъществява интеграция на услугите и връзка между педиатричните структури с местно значение и тези с регионално и национално значение.

На регионално ниво ще се подкрепи развитието на комплекс от структури в университетски многопрофилни болници за активно лечение с дейности както по педиатрични специалности като детска гастроентерология, детска ендокринология и болести на обмяната, детска кардиология, детска клинична хематология и онкология, детска неврология, детска нефрология и хемодиализа, детска пневмология и фтизиатрия, детска ревматология, така и по други медицински специалности, имащи отношение към лечението на деца. Тези болнични комплекси ще изпълняват ролята на „регионални детски болници“ и ще осигуряват и дейности по комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични, вкл. редки заболявания.

На национално ниво от ключово значение е своевременното изграждане на Национална детска болница, интегрираща болнични и амбулаторни услуги в областта на диагностиката,

лечението и наблюдението на деца със заболявания в обхвата на всички медицински специалности.

Основна характеристика на Националната детска болница ще е осигуряването на комплексност на диагностика и лечението и прилагане на високоспециализирани медицински дейности, осигурени с високотехнологична апаратура и компетентен медицински персонал, като всичко това ще се предоставя в приветлива и адаптирана към детската психика среда.

В Националната детска болница „под един покрив“ ще бъдат концентрирани услуги по: спешна и високоспециализирана консултативна педиатрична помощ, интензивно лечение на деца, включително с възможности за продължителна дихателна реанимация, неонатологична помощ, с възможности за обслужване на деца, родени с висока степен на недоносеност и изключително ниско тегло при раждане, комплексно обслужване на деца с вродени аномалии, хронични, вкл. редки заболявания и увреждания и други тежки заболявания, услуги по продължително лечение, рехабилитация и палиативни грижи. В нея ще се прилага интегриран подход в лечението на децата, който да включва превенция на заболяванията, навременна диагностика и интервенция и осигуряване на подкрепа на семействата на болните деца.

Националната детска болница ще е водещо звено за методическа и консултативна помощ по отношение на останалите структури от педиатричната мрежа и за обучение на медицински специалисти, с което ще подкрепи капацитета на цялата педиатрична мрежа в страната.

Реализацията на планираните интервенции в системата за болнична помощ ще бъде подкрепена с Инвестиция 1: Модернизирани на лечебни заведения за болнична помощ по Плана за възстановяване и устойчивост. Те включват модернизация на системата за педиатрична помощ в цялата страна и изграждане на капацитет за прилагане на най-съвременни методи за лечение на онкологични заболявания чрез създаването на Национален център за лъчелечение с протонна терапия, с акцент върху лечение на деца и модернизация на системата за диагностика и лечение на онкологични заболявания в страната.

Освен интервенциите, насочени към гарантиране на качеството на болничната педиатрична грижа в нейния чисто медицински аспект, ще се реализират дейности, насочени към хуманизиране на болничната среда, която да бъде ориентирана към възприятията на децата и да я направи приветлива и дружелюбна за малките пациенти. Болничният дизайн ще бъде съобразен с потребностите при лечението и оздравителния процес при децата, като осигурява функционални, ефективни и рационални решения за болничните структури и връзките между тях.

Мерките за развитие на болничната педиатрична мрежа ще бъдат подкрепени с устойчиво увеличение на цените на болничните дейности, заплащани със средства от НЗОК или държавния бюджет, отчитащи спецификата на педиатричните грижи.

В системата за спешна медицинска помощ ще се реализират мерки, насочени към подобряване на своевременността и качеството на оказаната помощ и осигуряване на междуболничните взаимодействия при лечение на деца със спешни състояния, в т.ч. чрез осигуряване на специализиран наземен и авиомедицински транспорт.

Важна роля в интеграцията на отделните структури в системата за педиатрична грижа, особено в болничната и част, ще имат заложените мерки за развитие на електронното здравеопазване и дигитализацията, в т.ч. използването на възможностите на телемедицината. Чрез тях ще се осигури достатъчно данни за проучване и анализ на детското здраве, подобрена комуникация и взаимодействие между медицинските специалисти, възможности за отдалечени консултации и проследяване на състоянието на децата, както в планов, така и в състояния на спешност.

Като специфична част на педиатричната мрежа на регионално и национално ниво ще се подкрепят изградените в процеса на деинституционализацията на децата в България нов тип лечебни заведения – центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ) и други центрове за интегрирани здравно-социални услуги. Те ще

развиват своя капацитет като доставчици на интегрирани здравно-социални услуги за деца, включващи подкрепа на семействата на деца с увреждания и хронични заболявания за назначаване и провеждане на ранна диагностика, лечение и медицинска и психосоциална рехабилитация и оказване на специфични грижи за деца, отглеждани в семейна среда или в услуги за резидентна грижа.

В някои от тях ще се развиват и дейности по продължително лечение и рехабилитация на деца с увреждания и тежки хронични заболявания и обучение на родителите им за поемане на грижата в семейна среда, както и осигуряване на специализирани палиативни грижи за деца.

За подобряването на качеството на живот и за намаляване на тежестта на усложненията от съществуващи хронични заболявания и увреждания ще се продължат и развият дейностите по Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021-2030 г., вкл. и чрез продължаване и развиване дейността на комисиите за комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване на недоносени деца и родени малки за гестационната си възраст деца, деца с хронични, вкл. редки заболявания и деца с увреждания към университетските болници. Предвижда се и подкрепа за родителите за развиване на умения за грижа за недоносените деца и децата с увреждания и специални потребности – вкл. дейности, свързани с повишаване на здравната култура по отношение на грижите за недоносени деца и за деца с хронични заболявания и увреждания. Основен фокус ще бъде създаването на условия за повишаване на квалификацията на специалистите, предоставящи здравни и интегрирани здравно-социални услуги за лица – ЦКОДУХЗ, ЗКЦ и Центровете за специализирана здравно-социална грижа за деца, която ще допринесе за подобряването на качеството на грижа. Това включва и обучение на специалистите за превенция на институционализацията на грижите за децата и подкрепа на родителите в грижите за децата с увреждания и хронични, вкл. редки заболявания в семейна среда.

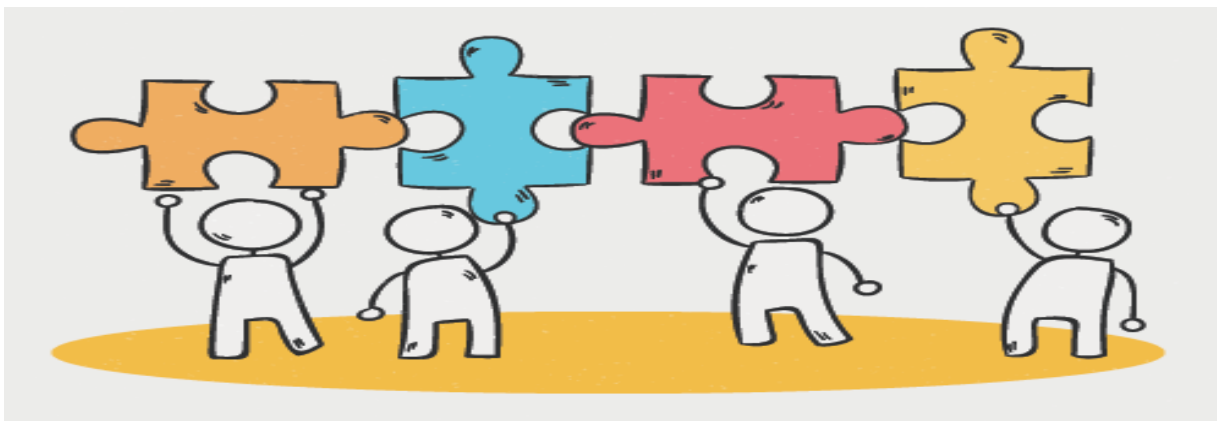
Обобщение на препоръките:

- Препоръка 3.1. Да се гарантира универсалния достъп на всички бременни и деца до базови здравни грижи в извънболничната помощ
- Препоръка 3.2. Да се развие капацитета и да се осигури интегритет и координация на системата за болнична педиатрична помощ
- Препоръка 3.3. Да се подобри структурата и организацията на системата за оказване на спешна медицинска помощ при деца
- Препоръка 3.4. Да се разшири приложението на електронното здравеопазване и дигитализацията в системата за педиатрична грижа
- Препоръка 3.5. Да се създадат условия и стимули за развитие на интегрирани здравно-социални услуги в общността

Мерки и дейности:

Конкретните мерки и дейности (със съответни индикатори и срокове за изпълнение) по посочените препоръки, чието изпълнение ще започне в периода 2023-2025г. са разписани в **Приоритет 3 на План за действие за изпълнение на Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 за периода 2023 - 2025 г.**

Те ще бъдат актуализирани и допълвани след оценка на текущото изпълнение и при наличие на обоснована необходимост да се изпълнят изцяло препоръките в стратегията-.



Приоритет 4. Развитие на човешките ресурси за детско здравеопазване

Приоритетът е пряко насочен към реализацията на стратегическа Цел 2: Поставянето на детето и неговите здравни нужди в центъра на интегрирана система за педиатрична грижа и подкрепя изпълнението на Цел 1: Устойчиво подобряване на здравето на децата и Цел 3: Намалване на здравните неравенства за децата на Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030. Той включва мерки за подобряване на осигуреността на системата за детско здравеопазване с медицински и други специалисти, постигната чрез целенасочени политики за развитие и задържане.

Защо това е приоритет:

✓ Недостигът на медицински кадри е проблем с глобални измерения и води до влошаване качеството на предлаганите здравни услуги на населението, ограничаване достъпа до здравеопазване и влошаване на основни здравни показатели.

✓ Наблюдаваните тенденции в осигуреността с медицински и други специалисти в системата за детско здравеопазване през последните десетилетия у нас са силно обезпокоителни. Налице е неблагоприятна възрастова структура с увеличаваща се средна възраст на медицинските специалисти, неравномерно териториално покритие с концентрация на по-висок кадрови и инфраструктурен потенциал в няколко области в страната и нарастващ дефицит в отдалечени и труднодостъпни райони и малки населени места.

✓ Кризата с недостига на медицински специалисти се засилва след приемането на Директива 2005/36/ЕО за признаването на професионални квалификации, което значително улеснява мобилността на специалистите и те могат свободно да изберат страна, в която да практикуват в рамките на Съюза, а същевременно и да формират социален капитал.

✓ Професионалната реализация на медицинските и други специалисти в сферата на детското здравеопазване към настоящият момент не е достатъчно атрактивна поради редица причини, в т.ч. липса на целенасочени стимули, вкл. финансови.

✓ Липсват осигурени благоприятни условия за специализация и продължаващо медицинско обучение на работещите в системата за детско здравеопазване;

✓ Човешките ресурси са не само най-важният елемент на ресурсите в здравеопазването, но и най-трудният за регулиране и управление. За разлика от финансовите и материалните ресурси, осигуряването и оптималното разпределение на човешките ресурси в здравеопазването не е бърз, едностранен или механичен процес, зависещ само от

административни решения. Стандартният административен подход в управлението на човешките ресурси с налагане на задължения е ниско ефективен.

✓ Въвеждането на нови технологии, правещо възможно увеличаването на разнообразието на услугите и повишаване на достъпността и качеството в сферата на здравеопазването по отношение на превенцията, диагностиката и лечението, налага осигуряването на обучен медицински и друг персонал за използването на тези технологии.

✓ Традиционното медицинско образование е базирано върху тясно медицинския подход и не осигурява достатъчно компетентности, съответстващи на специфичните изискванията за работа с деца и семейства (психологически подходи, специфика на комуникацията с деца и родители, работа в мултидисциплинарен екип и др.)

Целеви препоръки за реализация на приоритета до 2030г.:

За обучението и оптималното преразпределение на човешките ресурси в здравеопазването, включително в детското здравеопазване, е необходимо създаване на благоприятна среда, предоставяща възможности и стимули, които да произведат в самите хора желание за обучение по конкретна медицинска професия или специалност и работа по нея в конкретно работно или населено място.

Следва да се има предвид, че изборът на един медицински специалист да работи на определено място зависи от различни фактори – трудовото възнаграждение, възможностите за професионално развитие в лечебното заведение, наличната апаратура и база на лечебното заведение, отношението на колегите и обществото като цяло, самото населено място, което следва да осигури добри условия на живот и възможности за развитие и на членовете на семейството на медицинския специалист и др. В допълнение начинът на финансиране на различните специалности създава стимули в младите лекари да избират специалности, които са по-добре заплатени, с по-голям престиж и с по-добра професионална реализация, включително наличие на възможност за самостоятелна практика след придобиването на специалност. Съответно специалностите (към които спадат и педиатричните), които са с по-ниско заплащане, по-лоши условия на труд, по-нисък престиж и т.н. са по-нежелани.

Наличието на пазар на труда в здравеопазването, начинът на финансиране на различните специалности, възможността за избор на медицинските специалисти къде да започнат работа и каква следдипломна специалност да изберат, различното социално-икономическо развитие на отделните области, икономическата автономност на лечебните заведения, водеща до пряка отговорност за осигуряване и задържане на медицински персонал, автономността на медицинските университети, както и редица други фактори, съществено намаляват ролята на Министерството на здравеопазването и държавната регулация като цяло в управлението на човешките ресурси.

При действащите принципи на функциониране на здравната система, включително механизмите за финансиране на разходи за персонал в лечебните заведения, значително се увеличава ролята на работодателя, като съществено значение има и социално-икономическото състояние на града/областта.

Ето защо осигуряването, привличането и задържането на медицински специалисти изискват целенасочени усилия на различни институции – Министерството на здравеопазването, Министерството на образованието и науката, висшите училища, работодателите, общините (с важна подпомагаща роля при привличане и задържане на медицински специалисти), съсловните организации и др.

От първостепенна важност е подобряване на механизмите за определяне и планиране на потребностите от медицински и други специалисти в здравеопазването и в частност в областта на детското здравеопазване.

За целта ще бъде осигурено събиране на по-качествена информация относно настоящите и потенциалните потребности на детското население от здравни услуги на национално и местно ниво, както и осигуреността и разпределението на наличните медицински кадри, на базата на които да се планира бъдещото развитие на работната сила в сектора. Тази мярка ще бъде реализирана чрез развитие на функционалностите на Националната здравноинформационна система, в т.ч. чрез планираното разработване и въвеждане на единна информационна система за мониторинг на медицинските специалисти здравеопазването.

За определяне на потребностите ще бъде усъвършенствана методологията на националното здравно картиране за определяне на нуждите от осигуреност на детското население от медицински специалисти в системата за извънболнична и болнична помощ и интегрирани здравно-социални услуги. Ще се планират и потребностите от други немедицински специалисти за екипна работа и комплексно обслужване на деца със

специфични потребности (недоносени, деца с увреждания и хронични заболявания, психични и поведенчески разстройства и др.) и др.

Въз основа на определените потребности и анализираната информация ще бъде планиран необходимия брой студенти по медицински направления до 2030 г., с основен фокус върху броя на медицинските сестри.

Едновременно с това ще се предприемат мерки за повишаване на атрактивността на медицинските професии, в т.ч. активни информационни кампании, с фокус в училищата за повишаване на осведомеността относно широките възможности за кариера в сектора за здравеопазването, в т.ч. услуги и грижи за деца.

За осигуряване на съвременно и отговарящо на развитието на потребностите обучение на медицинските кадри, съвместно с висшите училища периодично ще бъде анализирана нуждата от актуализация на учебните програми, насочено към подобряване на компетентностите за работа и грижи за деца, консултиране, екипна работа и др.)

Съществена част от професионалното развитие на медицинските специалисти е следдипломното обучение, което включва обучение за придобиване на специалност и продължаващо медицинско обучение.

За създаването на привлекателни условия за обучение за придобиване на специалност, Министерството на здравеопазването ще продължи политиката за насочване на държавното финансиране към специалности, при които се отчитат негативни тенденции, включително в областта на детското здравеопазване. Тази политика ще бъде разширена чрез целенасочени финансови стимули за започване на специализация по дефицитни специалности, имащи отношение към диагностиката и лечението на деца предимно в области, в които има изразен дефицит на такива специалисти.

Ролята на работодателите е ключова за привличане и задържане на медицинските специалисти, включително в областта на детското здравеопазване. Работодателите ще бъдат ангажирани да осигурят добри условия на труд, както и справедливо и пропорционално възнаграждение спрямо тежестта на съответната медицинска професия и специалност.

От съществено значение е и ангажирането на общините, които имат различни възможности за провеждане на активна политика за привличане на студенти, специализанти и специалисти за работа в лечебни заведения на територията на общината. Към момента някои общини са предприели различни мерки за привличане и задържане на медицински специалисти – например чрез осигуряване на стипендия по време на обучението, осигуряване на ведомствено жилище, подпомагане на кариерното развитие на младите специалисти, възстановяване на такси за участие в курсове, пътни разходи от и до работното място, финансово и социално-битово подпомагане и др. Важно е медицинските специалисти да усещат подкрепата не само на своите колеги, но и на местната общност, да усещат, че са желани да останат. В тази връзка във взаимодействие с Националното сдружение на общините в Република България ще популяризираме разработените към момента добри практики и ще стимулираме общините да ги развиват и разширяват. Ще бъдат използвани всички съществуващи механизми за подкрепа на развитието и задържането на медицински специалисти, предвидени в Оперативните програми на ЕС и Плана за възстановяване и устойчивост.

В условията на бързо развиващи се технологии и научни познания в медицината, придобитите знания и умения в процеса на първоначалното обучение на медицинските специалисти, включително в областта на детското здравеопазване, се нуждаят от непрекъснато обновяване, надграждане и разширяване. Това се постига с продължаващото медицинско обучение, което се организира и провежда от съсловните организации, висшите училища и други обучителни институции. За поддържане, актуализиране и разширяване на знанията и уменията, придобити по време на следването и специализацията ще бъдат по-активно ангажирани съсловните организации и работодателите при провеждането на продължаващото медицинско обучение.

Важен фокус на приоритета е използването на научните и технологичните постижения за преодоляване на част от проблемите, свързани с работната сила в сектора и подобряването

на качеството на предоставяните услуги. Новите технологии понастоящем позволяват на здравните работници да обменят информация по-лесно и да работят съвместно в по-тесна връзка, като така се подобрява общото равнище на грижи. При някои болести и пациенти технологиите могат да позволяват прехвърлянето на значителна част от грижите от болниците към структурите на общностите по места и към структурите за първични медицински грижи, а дори и към домовете на пациентите, като това води до подобряване на качеството на живот и до по-успешното оползотворяване на ресурсите. Новите технологии като телемедицината могат да осигурят по-добро предоставяне на здравно обслужване в отдалечени райони или в райони, в които се изпитва недостиг на здравни работници (Виж Приоритет 3).

Въвеждането на нови технологии налага здравните работници да получат подходящо обучение и, ако е необходимо, и преквалификация, за да могат да ги използват. Освен това ще бъде и необходимо да се спечели одобрението на работната сила в здравния сектор за използването им, което понякога може наруши установените работни методи и структури.

Обобщение на препоръките:

- Препоръка 4.1. Ефективно планиране на потребностите от човешки ресурси за детското здравеопазването
- Препоръка 4.2. Осигуряване на качествено обучение и квалификация на медицинските и други специалисти в системата за детско здравеопазване
- Препоръка 4.3. Създаване на условия за привличане и задържане на кадри в системата за детско здравеопазване

Мерки и дейности:

Конкретните мерки и дейности (със съответни индикатори и срокове за изпълнение) по посочените препоръки, чието изпълнение ще започне в периода 2023-2025г. са разписани в **Приоритет 4 на План за действие за изпълнение на Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 за периода 2023 - 2025 г.**

Те ще бъдат актуализирани и допълвани след оценка на текущото изпълнение и при наличие на обоснована необходимост да се изпълнят изцяло препоръките в стратегията.



ФИНАНСИРАНЕ

Индикативният финансов ресурс необходим за реализация на стратегическите цели на Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 за периода 2023-2030 г. възлиза в общ размер на около 1 406,7 млн. лева.

Дейностите заложи в Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 ще се финансират в рамките на разчетените средства за функция „Здравеопазване“ по консолидираната фискална програма, като се предвижда да се изпълняват в рамките на одобрените бюджетни средства за съответната година и в съответствие с основните макроикономически допускания в Средносрочната бюджетна прогноза за съответния период.

За дейностите, касаещи държавните институции и лечебни и здравни заведения на бюджетна издръжка, второстепенни разпоредители с бюджет по бюджета на Министерството на здравеопазването финансирането ще се осъществява в рамките на приетия бюджет на Министерството на здравеопазването за съответната година и съобразно приетите разходни тавани за тригодишен период, съобразени с общата стратегия и приоритети за финансиране на публичния сектор, в т.ч. на функция „Здравеопазване“ по Консолидираната фискална политика.

Министерства, агенции и ведомства, които са отговорни институции по Стратегията, при ежегодното определяне на политиките си и планиране на собствения си бюджет, ще предвиждат необходимите средства за изпълнение на целите на Стратегията в рамките на приетите бюджети на заинтересованите първостепенни разпоредители с бюджет за съответната година.

Освен със средства от държавния бюджет, изпълнението на Стратегията ще се финансира със средства по Механизма за възстановяване и устойчивост за изпълнение на отделните реформи и инвестиции, предвидени в Националния план за възстановяване и устойчивост по компонент Здравеопазване, както следва:

- Инвестиция П44 „Модернизирание на лечебни заведения за болнична помощ“

В компонент 1 „Модернизирание на системата за педиатрични грижи в страната“ от инвестицията са планирани средства за закупуване на оборудване за Национална детска многопрофилна университетска болница и доставка на апаратура за 35 педиатрични клиники в страната.

В Компонент 2 „Изграждане на капацитет за прилагане на най-съвременни методи за лечение на онкологични заболявания в България чрез създаване в гр. София на Национален център за лъчелечение с протонна терапия, с фокус върху лечението на деца“ са предвидени средства за изграждане на център за лъчелечение на онкологични заболявания с протонна терапия, с фокус върху лечението на деца, вкл. оборудването му с цялата необходима апаратура.

- Инвестиция Н11 „Развитие на извънболничната помощ“

Инвестицията включва средства за създаването на амбулатории за извънболнична медицинска помощ и консултативни медико-социални звена за профилактично-промотивна дейност в цялата страна и за създаване на единен Национален интердисциплинарен център за разгръщане на широко-обхватен пренатален и неонатален скрининг и скрининг на социално-значимите заболявания.

Със средства от Европейските структурни фондове и други международни финансови източници ще се финансират следните дейности:

- Проект BG16RFOP001-5.001-0003 „Изграждане на инфраструктура за предоставяне на специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания“ по процедура за безвъзмездна финансова помощ BG16RFOP001-5.001 „Подкрепа за деинституционализация на грижите за деца“, финансиран по Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014-2020 г.

чрез който се финансира изграждането на инфраструктура и осигуряване на оборудване и обзавеждане на 14 Центъра, предлагащи резидентни здравно-социални услуги за деца с увреждания и високо-рисково поведение.

➤ Проект BG16RFOP001-5.001-0054 „Изграждане на инфраструктура за предоставяне на специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания-2” по процедура за безвъзмездна финансова помощ BG16RFOP001-5.001 „Подкрепа за деинституционализация на грижите за деца”, финансиран по Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014-2020 г. чрез който се финансира изграждането на инфраструктура и осигуряване на оборудване и обзавеждане на 12 Центъра, предлагащи резидентни здравно-социални услуги за деца с увреждания и високо-рисково поведение.

➤ По Програма за развитие на човешките ресурси 2021-2027 г. е предвидено финансиране на дейности за подкрепа в областта на социалното включване и достъп до здравеопазване, а именно предоставяне на услуги и интегрирани здравно-социални услуги за семейства с деца, вкл. с увреждания, чрез интегрирани услуги като семейно консултиране, семейно планиране и отговорно родителство, услуги за ранно детско развитие, формиране на родителски умения; превенция на изоставянето на деца, деинституционализацията на деца, мерки за повишаване на здравната култура по отношение на репродуктивно здраве на жените, превенция на болести при децата и социално-значими болести при възрастните, необходимостта от профилактика на здравето и други.

ПРЧР ще финансира краткосрочни обучения за повишаване на знанията и компетенциите на персонала, предоставящ медицински грижи за деца, включително здравната помощ в училища, детски градини и ясли.

Също така ще се подкрепя провеждането на здравно-информационни кампании за насърчаване на достъпа до грижи за майки и деца и здравни услуги, промоция на здравето, превантивни дейности и профилактика, с акцент върху отдалечените райони и уязвими групи, вкл. ромите. Ще бъдат финансирани и кампании за насърчаване на ваксинацията и имунизациите, както и за превенция и контрол на социално значими заболявания и превенция на риска.

Ще се финансират специализации на лекари и медицински специалисти, краткосрочни обучения за повишаване на знанията и компетенциите на широк кръг специалисти и неспециалисти от системата за спешна медицинска помощ, психиатричната помощ, първична здравна помощ, здравната помощ в училища, детски градини и ясли, за персонала, предоставящ медицински грижи за деца и дългосрочни здравни грижи за възрастни

➤ Швейцарско-българска програма за сътрудничество - В ратифицираното Рамково споразумение между правителството на Република България и Федералния съвет на Конфедерация Швейцария относно изпълнението на Втория швейцарски принос към избрани държави – членки на Европейския съюз, за намаляване на икономическите и социалните различия в Европейския съюз е определена тематична област „Здравеопазване и социална защита“. В тематичната област е включена Програма „Профилактика и укрепване на здравето“, която ще се изпълнява от Министерството на здравеопазването в качеството му на оператор на Програмния компонент. Целта на програмата е повишаване на здравната грамотност на конкретен сегмент от населението, Стратегическият фокус е насочен към насърчаване на здравословния начин на живот и допринасяне за здравна грамотност и промени в поведението за здравословен живот през целия живот чрез дейности и предложения за превенция и укрепване на здравето. Проектната идея на Министерството на здравеопазването е насочена към изпълнение на дейности за превенция на здравословния начин на живот сред деца и младежи и техните родители.

При реализиране на Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030 ще се търсят възможности за ангажиране усилията на неправителствения сектор, бизнеса, местните власти и общности, медиите и др. заинтересовани страни, които могат да подкрепят дейностите, свързани с подобряване на детското здраве както със собствени финансови средства, така и с нематериални ресурси и доброволен труд.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

Обект на мониторинг и оценка е реализацията на стратегическите цели, заложи в Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030.

Мониторингът и оценката са взаимосвързани инструменти, които имат важно значение за качествено и ефективно изпълнение на Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030. Те се прилагат с цел подпомагане на управленските органи да преценяват обективно въздействието от изпълняваните политики и да подобрят процеса на планиране, като отчитат както постигнатия напредък, така и негативните ефекти. Чрез тях се осигурява прозрачността в процеса на прилагане на Националната стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030, повишава се отговорността на държавните органи пред обществеността и се насърчава участието на заинтересованите страни при реализирането на конкретни политики.

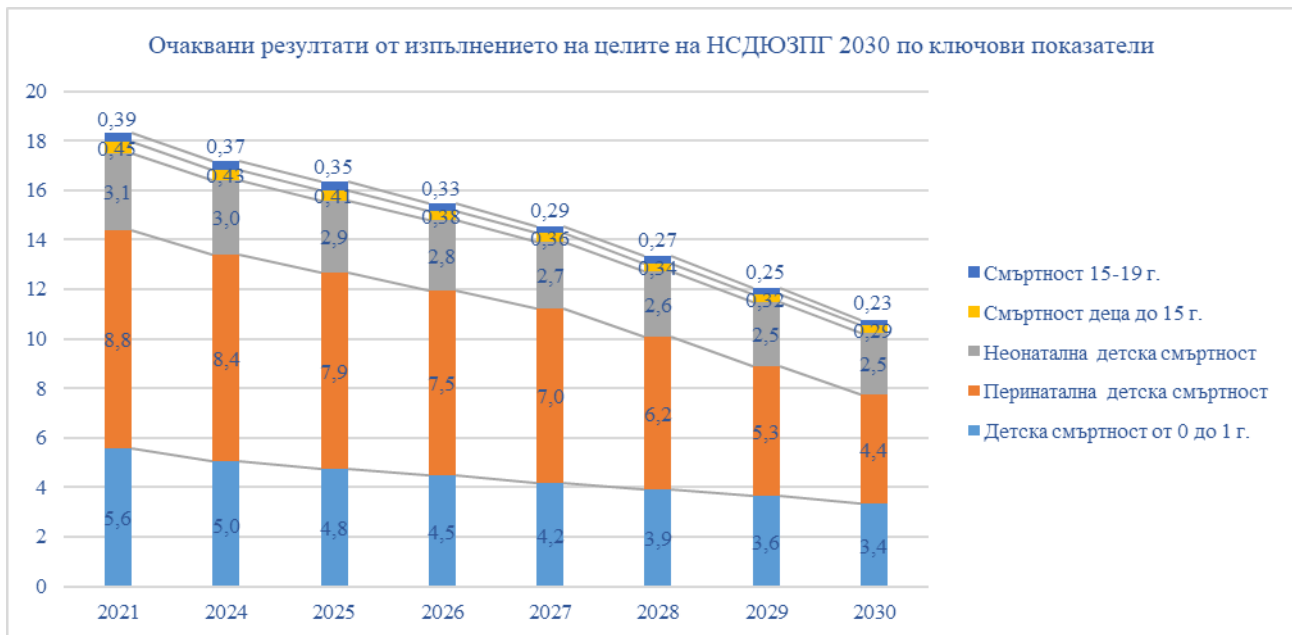
Мониторинг на изпълнението на Стратегията ще бъде извършван ежегодно с Годишния доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия и ще се базира на система от **ключови показатели за детско здраве и качество на педиатричната грижа**, като се вземат предвид и резултатите от анализа на стандартните здравно-демографски данни за здравето на децата.

Като ключови индикатори са избрани 5 показателя за смъртност в различни възрастови категории, като най-обективни и интегрални показатели за нивото на детското здраве, които отчитат както качеството на педиатричната грижа, така и влиянието на факторите на средата – поведенчески, социални, екологични и др.

Индикативни целеви стойности са насочени към доближаване на националните показатели за смъртност до средните стойности на тези показатели за ЕС и/или устойчивото им намаляване през 2030 г. спрямо нивото им през последната година преди въвеждане на стратегията, за която има официални статистически данни – 2021 г. (Приложение 2)

Очакваните резултати от реализацията на Стратегията са:

- | | |
|---|--------------------------|
| ➤ Намаляване на детската смъртност от 0 до 1 г. | от 5,6 до 3,3 ‰ - 40 % |
| ➤ Намаляване на перинаталната детска смъртност | от 8,8 до 4,4 ‰ - 50 % |
| ➤ Намаляване на неонаталната детска смъртност | от 3,1 до 2,5 ‰ - 20 % |
| ➤ Намаляване на смъртността при деца до 15 г. | от 0,45 до 0,29 ‰ - 35 % |
| ➤ Намаляване на смъртността от 15 до 19 г. | от 0,39 до 0,23 ‰ - 40 % |



Междинна оценка на изпълнението на Стратегията се извършва в края на всеки тригодишен период и включва както оценка на степента на достигане на целевите стойности на ключови показатели за детско здраве и качество на педиатричната грижа, така и на индикаторите за изпълнението на мерките и дейностите, заложените в съответния План за действие.

С оглед времевия хоризонт на стратегията и необходимост от планиране на адекватни към дадения момент мерки е разработен план за действие към нея за периода 2023-2025 г. С предвидената първа междинна оценка на изпълнението на стратегията ще бъде направен анализ на достигнатите нива по ключовите показатели, както и на индикаторите по отделните мерки и дейности, като въз основа на направените констатации ще бъдат преценени необходимите последващи действия за достигане на заложените целеви стойности. Това ще бъде отразено в план за действие по стратегията за периода 2026-2030 г.

Крайната оценка на Стратегията се извършва през 2030г. в края на периода на действие на документа.



При извършване на междинната и крайната оценка на изпълнението на стратегията ще бъдат ангажирани всички заинтересовани страни, в т.ч. ще бъде активно търсено мнението на децата и семействата.

На база на резултатите от крайната оценка ще бъде оценено изпълнението и нуждата от актуализация за заложените цели и дейности за подобряване на детското и юношеско здраве и педиатрична грижа в периода след 2030 г.

В зависимост от резултатите срокът на действие на стратегията може да се удължи за определен период от време чрез разработване на нов План за действие или да се пристъпи към разработване на нова Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа.

Приложение № 1

АНАЛИЗ НА СЪСТОЯНИЕТО НА ДЕТСКОТО И ЮНОШЕСКО ЗДРАВЕ И СИСТЕМАТА ЗА ПЕДИАТРИЧНА ГРИЖА

Анализът на данните за основните здравно-демографски показатели в страната, показва, че в момента България, в сравнение със страните от Европейския съюз, е изправена пред много сериозни предизвикателства, свързани с влошаване на демографската структура и застаряване на населението, ниска раждаемост, високо ниво на обща и преждевременна смъртност, ниска продължителност на живота в години и в години в добро здраве, нарастваща заболяемост от хронични незаразни болести, свързани с начина на живот, висока честота на психичните разстройства, висок относителен дял на лицата със степен на увреждане и трайна неработоспособност. Тези проблеми до голяма степен засягат и детско-юношеската възраст.

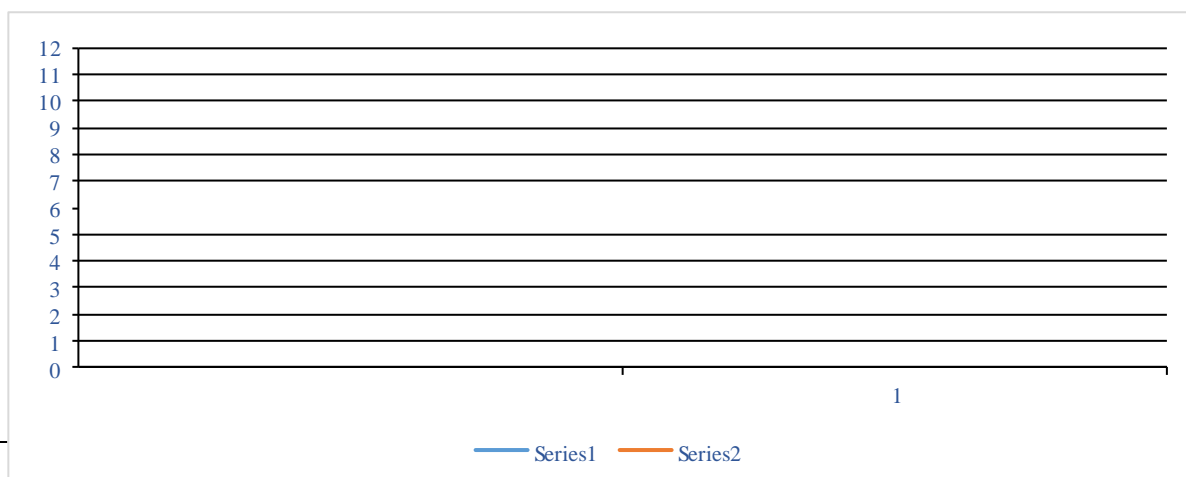
Раждаемост

През 2021 г. в страната са регистрирани 59 069 родени деца, като от тях 58 678 (99.3%) са живородени, а мъртвородените – 391 (0.7%)². В сравнение с предходната година броят на живородените деца намалява с 408 деца, или с 0.7%. Броят на живородените деца намалява с 408 в сравнение с предходната година. В градовете живородените са 43 692 (с 137 по-малко от предходната година), а в селата – 14 986 (с 271 по-малко от 2020 г.). Броят на живородените момчета (30 073) е с 1 468 по-голям от този на живородените момичета (28 605), или на 1 000 живородени момчета се падат 951 момичета.

Коефициентът на общата раждаемост през 2021 г. е 8.5‰ и остава непроменен спрямо 2020 г., като остава по-нисък от този за ЕС (9.1‰), но се доближава до нивото в повечето европейски страни (**Фигура 1**). Коефициентът на раждаемост е 8.7‰ в градовете и 8.1‰ в селата.

В териториален аспект, съществуващите и в предходните години различия се запазват. Най-висока е раждаемостта в областите Сливен (11.9‰), София (столица) (10.0‰), Пловдив (9.3‰), Ямбол (9.2‰), Варна (8.9‰), а най-ниска в областите Кърджали - 6.4‰, Габрово (5.8‰) и Смолян (5.8‰). В двадесет области раждаемостта е по-ниска от средната за страната

Фигура 1. Ниво на раждаемостта в България и ЕС (на 1000 души)



²НСИ https://nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/Population2021_6IY8TD4.pdf

Запазва се относително висок броят на живородените от майки на възраст до 20 г. – 5 861 през 2021 г. Значими социални и здравни проблеми поставят ранните раждания на момичета под 15-годишна възраст и на 15-19 години. Броят на децата, родени от майки под 18 години, нараства от 2 897 през 2020 г. на 3 015 през 2021 година.

Тоталният коефициент на плодовитост (среден брой живородени деца, които една жена би родила през целия си детероден период) е един от основните показатели, характеризиращи плодовитостта на жените. Броят на жените във фертилна възраст (15 - 49 навършени години) в страната, или размерът на родилните контингенти и тяхната плодовитост, оказва съществено влияние върху равнището на раждаемостта и определя характера на възпроизводството на населението. Към 31.12.2021 г. броят на жените във фертилна възраст е 1 432 хил., като спрямо предходната година намалява с 20 хил., а спрямо 2011 г. - с 218 хиляди.

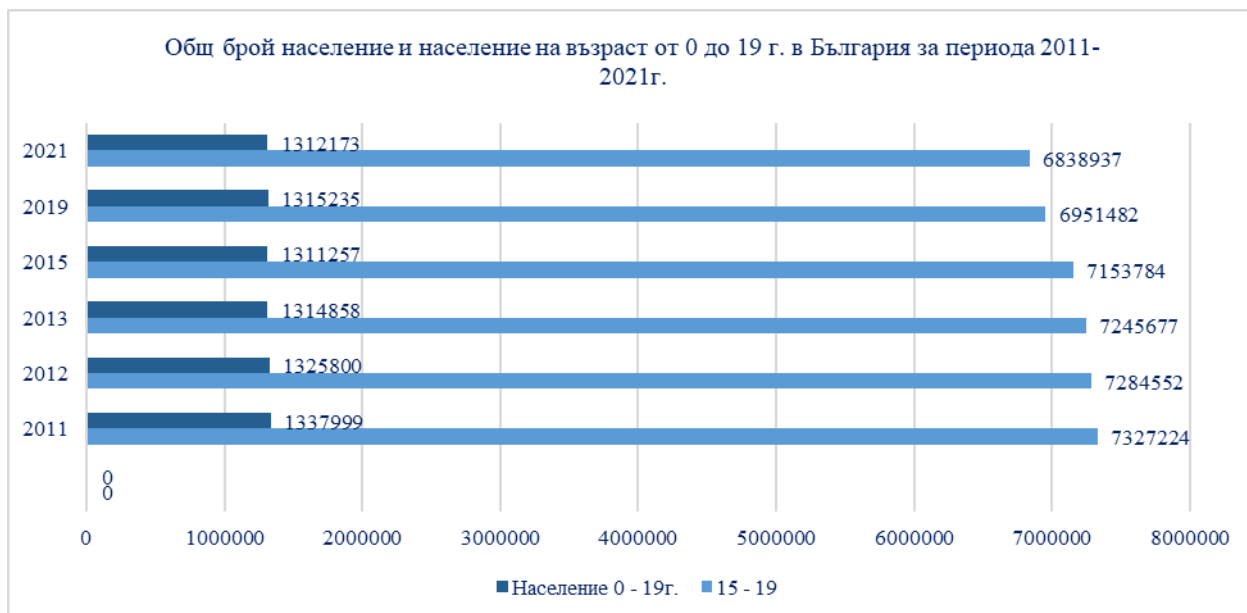
През 2021 г. средният брой живородени деца от една жена е 1.58, като нараства с 0.02 спрямо 2020 година. Най-ниската стойност на тоталния коефициент на плодовитост е регистрирана през 1997 г. – 1.12. Следва увеличение до 1.58 през 2021 г., стойност близка до средната за ЕС – 1.50.

Намаляването на жените във фертилна възраст и увеличаването на тоталния коефициент на плодовитост показва, че увеличеният брой раждания се дължи главно на отложени във времето раждания и раждане на второ или следващо дете. През 2021 г. средната възраст на жените при раждане на първо дете остава непроменена спрямо 2020 г. - 27.5 години. В регионален аспект средната възраст при раждане на първо дете варира от 22.6 години за област Сливен до 30.5 години за област София (столица). Родените от жени на възраст 40 и повече навършени години намаляват от 2320 през 2020 г. на 2 278 през 2021 година. Почти половината (49.4%) от ражданията през 2021 г. са първи за майката, 37.6% - втори, а 12.9% - трети и от по-висока поредност.

Влияние върху данните за раждаемостта оказват и проблемите, свързани с безплодието, както и абортите. През последните десетилетия съществува изразена тенденция за намаляване броя на абортите (1990 г. – 144 644 аборта; 2000 г. – 61 378 аборта). През 2020 г. при 59 440 раждания, броят на абортите е 19 328. Най-голям е броят и дялът на абортите във възрастовата група 30-34 г. – 4 879 (25,2%) и 25-29 години – 4 515 (23.4%). На лица до 15-годишна възраст са извършени 103 аборта (0.5%), а от 15 до 19-годишна възраст – 1 550 (8.0%). Абсолютният брой и относителният дял на абортите по вид показват, че от всички извършени аборти 2 406 са по медицински показания (12.4%), 5 872 са спонтанни (30.4%), по желание – 11 045 (57.1%).

По данни на Националния осигурителен институт към 31.12.2021 г. броят на лицата от 0 до 19 години е 1 312 173, което представлява 19,2% от общото на население на страната – 6 838 937.

През последните 10 години се наблюдава задържане на относително постоянен брой на детското население при значително намаление на общият брой на населението, поради което относителният брой на децата във възрастовата структура на населението нараства от 18,2 през 2011г. до 19,2% през 2021г.



Източник: НСИ, 2022 г.

Детското население е концентрирано основно в градските центрове, като се установява значими регионални различия.

Петте области, в които има най-голям брой лица от 0 до 19 години са София град, Пловдив, Варна, Бургас и Стара Загора. В тях населението от тази възрастова група съставлява 47,5 % от общия брой за страната, от които почти 20% (1/5) в столицата гр. София.

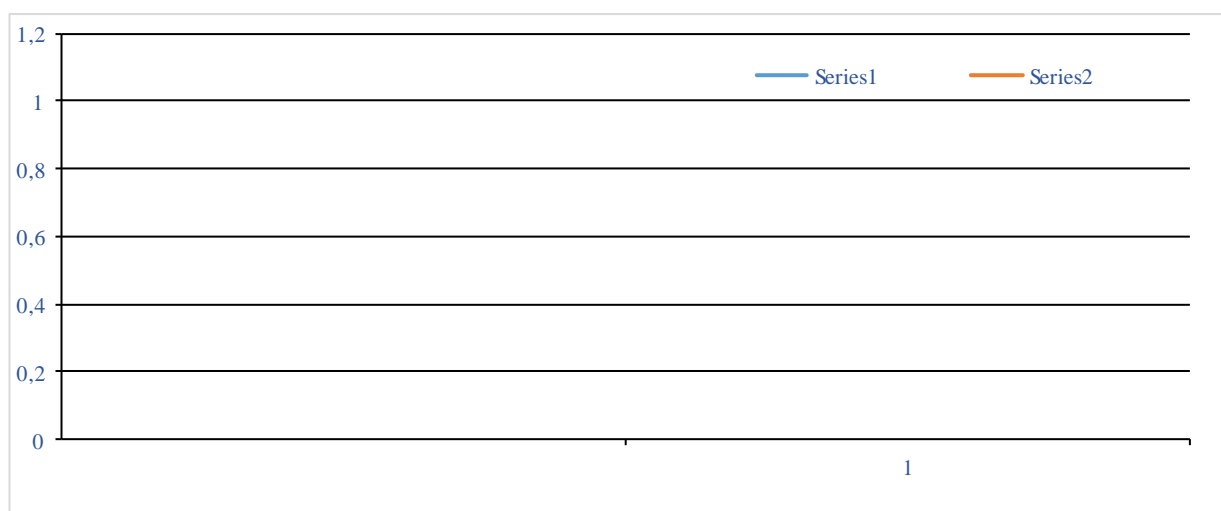


Източник: НСИ, 2022 г.

Детска смъртност

През последните две десетилетия е налице трайна тенденция на намаляване на детската смъртност. През 2020 г. коефициентът на детска смъртност за страната достига най-ниската си стойност – 5.1 на 1000 живородени и въпреки че през 2021 г. бележи ръст в сравнение с предходната година (5.6%), е по-нисък с 3.8 пункта спрямо 2010 г. (9.4 %) и със 7.7 пункта спрямо 2000-та година (13.3 %). Въпреки положителната тенденция, детската смъртност в България продължава да е значително по-висока от средната за ЕС (3.3%) (Фигура 2).

Фигура 2. Показатели за детска смъртност в България и ЕС (на 1000 живородени)



Източник: НСИ, Евростат – юни 2022 г.

Нивото на детската смъртност е ключов индикатор за качеството на педиатричните грижи в страната, но водещо влияние върху него оказват жизненият стандарт и нивото на бедност и здравната култура на населението.

В регионален аспект се регистрират съществени разлики в стойностите на коефициента на детска смъртност - през 2021 г. в общо единадесет области коефициентът на детска смъртност е по-нисък от средния за страната, като най-нисък е в областите Кюстендил - 1.3‰, Благоевград - 1.5‰ и София (столица) - 3.2‰. Най-висока стойност на коефициента на детска смъртност е регистрирана в областите Сливен (14.8‰), Видин (13.3‰) и Силистра (12.7‰).

Трайна остава тенденцията за значителна разлика в равнището на детската смъртност сред децата в градовете и селата, като през 2021 г. коефициентът на детска смъртност е съответно 4.7 ‰ и 8.0 ‰ в градовете и в селата –. Благоприятни са тенденциите и по отношение на повъзрастовите показатели за детска смъртност, но сравнени със средните стойности за ЕС те са все още по-високи:

- перинаталната детска смъртност намалява през 2019 г. до 7.8 на 1 000 родени деца, докато през 2018 г. е 8.5, през 2021 г. - 8.8, през 2017 г. е 8.9 на 1 000 родени деца при 9.8 за 2016 г. (на 10.3 на 1000 родени деца през 2013 г.) при среден показател около 6.0 ‰ за ЕС. Устойчивият темп на снижаване сочи възможност за достигане на средния за ЕС показател през следващите години.

- неонаталната детска смъртност след 2000 г. показва трайна тенденция за намаляване и през 2019 г. достига 3.1‰, (на 3,6‰ през 2018 г. и 3.8‰, през 2017 г.). През 2021 г. е 3.1‰, при средната стойност в ЕС 2.5‰.

- постнеонаталната детска смъртност също показва тенденция на намаляване и през 2021 г. достига 2.4 на 1 000 живородени без умрелите до 28-ия ден. Средната стойност за ЕС е 1.1‰ – над 2 пъти по-ниска от тази за България.

През 2021 г. без изменение остава нивото на смъртността при децата по възрастови групи, съответно 0.2‰ за възрастта 1-9 г. и 0.3‰ за възрастта 10-19 г.

Майчината смъртност (умрели жени по причини от класа „Бременност, раждане и послеродов период“, отнесени на 100 000 живородени) през 2021 г. е 5.1 ‰ за 2020 г.. За 2018 г. този показател е 6.4‰.

Анализът на умираанията при децата до 1-годишна възраст по причини показва, че най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през перинаталния период – 137 (45.5%). Следват вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 57 (18.9%), болести на дихателната система (13.6%) и болести на органите на кръвообращението (6.3%). Тези 4 класа обуславят 84.3% от всички умираания на деца до 1-

годишна възраст. Не се наблюдава съществена разлика в структурата на умираанията до 1 година по пол.

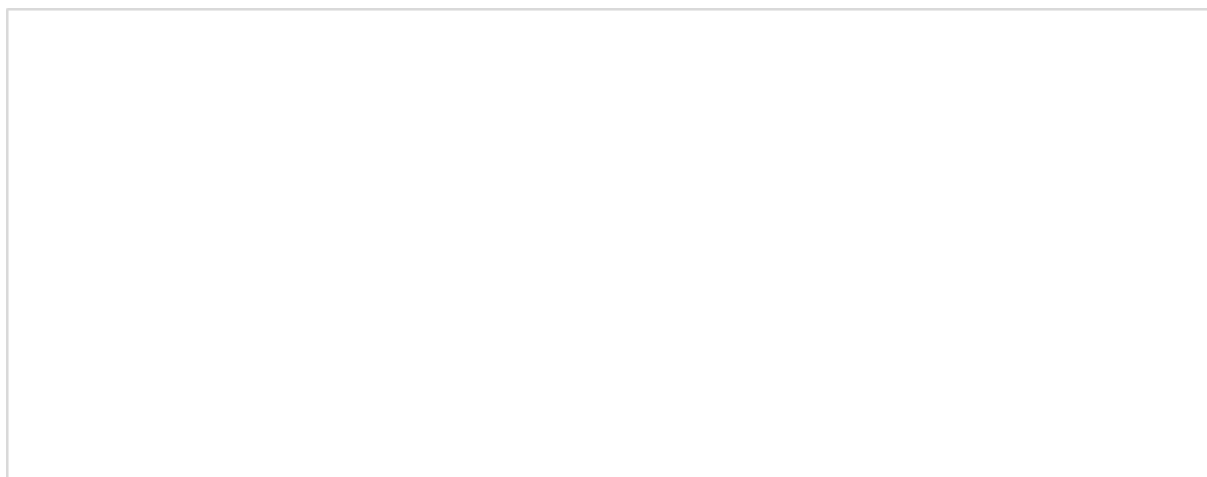
Недоносеността е показател, свързан с качеството на акушеро-гинекологичната помощ от една страна, а от друга – с нивото на здравни познания и отговорност сред самите бременни жени. През 2018 г. броят на недоносените новородени е 6 369, през 2019 г. – 5 681, през 2020 г. - 5 375, през 2021 г. - 5 336, което представлява 9.7% от живородените. Недоносените мъртвородени са 236, което представлява 73.0% от мъртвородените (на 63.1% за предходната година).

Недоносеността е важен фактор и има съществен „принос“ за нивото на перинаталната детска смъртност. За нивото на недоносеност на новородените не е без значение и развитието на репродуктивните технологии и асистираната репродукция, свързани с покачване броя на многоплодната бременност и оперативното раждане. Развитието на методите и възможностите за асистирана репродукция в страната през последните години все повече оказва влияние върху този показател. Средногодишният брой на реализираните раждания след прилагане на методите за асистираната репродукция за 2019г. се е повишил с 30% спрямо 2018 г. и достига 1112 раждания, при които са родени 1 387 деца.

Интегралният показател, характеризиращ вероятността за умирање на децата преди достигане на 5-годишна възраст, е с два пъти по-високо ниво от средното за ЕС. Тези показатели са основни индикатори за нивото на здравната грижа, макар че върху тях голямо влияние оказва и нивото на социално благополучие и начин на живот. Въпреки провеждането на частични интервенции в областта на майчиното и детско здраве, в България все още липсва цялостна и интегрирана национална политика, която да гарантира необходимата структура, ресурси и организация на педиатричната помощ, адаптирана към нуждите на българските деца.

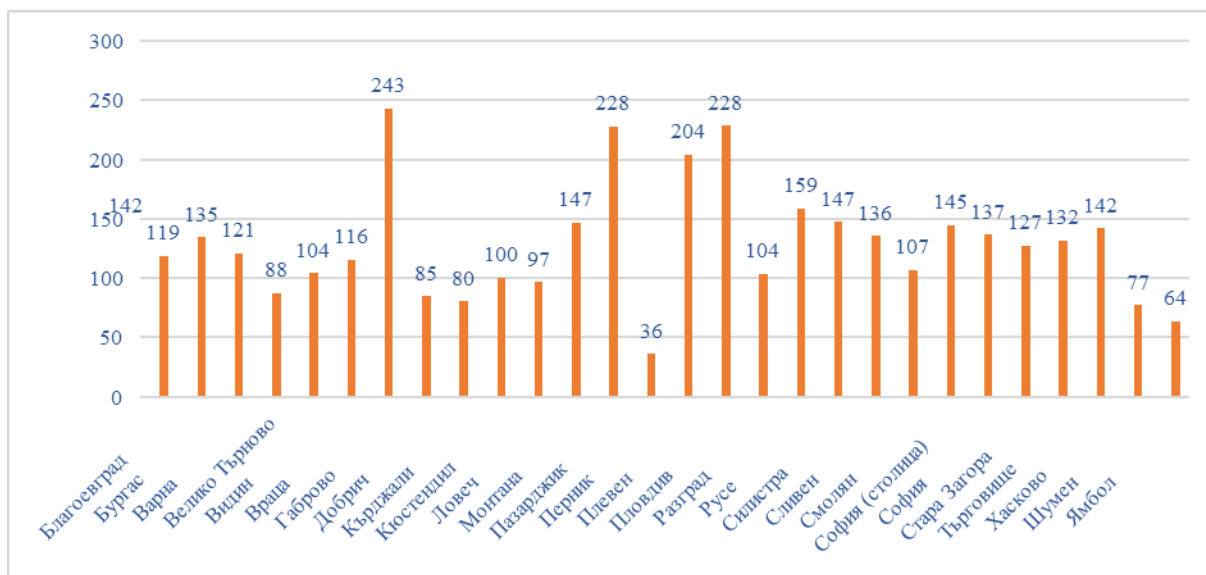
Данните за хоспитализираната заболяемост при децата до 18 години показват, че през 2021 г. в болнични заведения са лекувани 168 675 деца или 142 хоспитализации на 1000 деца. В структурата на хоспитализираната заболяемост по класове болести по МКБ водещи са Клас X Болести на дихателната система (28.9%), на второ място са Клас XVI. Някои състояния, възникващи през перинаталния период (11%), следвани от Клас XIX. Травми и отравяния (9,8%). (фиг.3)

Фиг.3 Структура на хоспитализираната заболяемост при деца до 18 г., България, 2021г.



В отделните области на страната се наблюдават значителни различия в честотата на хоспитализациите, които се обуславят както от структурата и капацитета на съответната педиатрична мрежа, така и от социалния статус на живеещите в съответната област.

Фиг.4 Честота на хоспитализациите на 1000 деца до 18 години по области, 2021г.



Данни за честота на хроничните заболявания и увреждания³ при деца

След 2008 г. се регистрира увеличаване на броя на освидетелстваните деца до 16-годишна възраст, признати за лица с вид и степен на увреждане, като през последните години намалява и достига през 2020 г. 3 079 деца (2.9 на 1000 население до 16 години), през 2019 г. 3 441 деца или 3.2 на 1000 население до 16 години, през 2017 г. 4 070 деца (при 4 228 за 2016 г.) или 3.8 на 1 000 население до 16 години (4.0‰ за 2016 г.). За сравнение - 5405 през 2013г. и 5014 през 2015г. и показатели на 1000 души от населението до 16г. съответно 5.1 и 4.7. Най-голям и през 2020 г. е броят и делът на децата със степен на увреждане 50-70% – 1 443 (40.2%). Всяко четвърто дете с увреждане е със степен 71-90% увреждане (26.5%), с най-тежката степен над 90% са 17.7%. В тази връзка обаче следва да се отчетат и неколкочестните промени в нормативните актове, определящи критериите за оценка на степените на увреждане при децата.

Структурата на причините за вида и степента на увреждане при децата е различна от тази при лицата над 16-годишна възраст. Най-честата причина са психичните и поведенческите разстройства (24.0%), вродените аномалии (17.5%), болестите на дихателната система(16.1%) и на нервната система (11.1%) Тази структура с някои изключения се запазва през годините.

Болестността от злокачествени новообразувания при деца от 0 до 17 г. през периода 2013-2019 г. се движи от 105.7 на сто хиляди население от тази възрастова група, 108.2 на сто хиляди население през 2015 г., до 92.1 на сто хиляди население през 2019 г. и 98.6 на сто хиляди население през 2017 г., а заболяемостта от 9.8 през 2013 г. и 7.9 на 100 000 през 2015 г., през 2019 г. е 5.0 на сто хиляди население.

Здравно състояние на децата и учениците

По данни на НЦОЗА, обобщените данни за здравното състояние на децата и учениците по показатели за физическо развитие, регистрирани заболявания при профилактичен преглед, диспансеризация и физическа дееспособност, постъпили от 28-те РЗИ в страната по информация, предоставена от медицинските специалисти от здравните кабинети на детските заведения и училищата въз основа на представените им от личните лекари талони от

³ Данните за децата с увреждания/вид и степен на увреждане са базирани на ежегодната обработка на експертните решения, издадени от ТЕЛК и НЕЛК.

извършените основни профилактични прегледи за учебната 2021/2022 г. сочат, че от подлежащите общо 837 419 деца и ученици на възраст 0-19 г., с основен профилактичен преглед са обхванати 700 093 (83.6%). От тях 176 725 (83.67%) са децата на възраст 0-6 г. и 523 368 (83.58%) са 7-19-годишните ученици. Обхватът с профилактични прегледи остава под 90% и продължава да бележи спад спрямо предходните години (2020 г. – 86.9%, 2019 г. – 88.8%, 2018 г. – 90.1%, 2017 г. – 91.1%; 2016 г. – 90.1%, 2015 г. – 91.6%). В 6 области обхватът е под 80% и достига много ниски стойности (между 42.7% и 78.5%). Обхватът с профилактични прегледи на децата до 6-годишна възраст бележи спад и достига най-ниска стойност в сравнение с предходните години, за които има обобщени данни (2020 г. - 90.5%, 2019 г. -93.7%, 2018 г. -93.06%, 2017 г. -95.2%, 2016 г. -93.2%, 2015 г. -96.5%, 2013 г. -91% и 2012 г. -92.3%). С отчетената най-ниска стойност през 2021 г. – 83.58%, намаляването на обхвата с профилактични прегледи на учениците, се очертава стабилна тенденция за последните шест години (2020 г. - 85.7%, 2019 г. -87.3%, 2018 г. -89.14%, 2017 г. -89.8%, 2016 г. -89%, 2015 г. -89.9%).

Получените данни от оценката на физическото развитие на децата на възраст 0-6г., преминали профилактичен преглед, показват, че в границите на нормата за тази възраст по отношение на антропометричните показатели ръст и телесна маса, са съответно 97.2% за ръста (на 97.2% -2020 г., 97.5% -2019 г. и 2018 г., 97.4% – 2017 г., 97.2% – 2016 г.) и 96.3% за телесната маса (на 96.5%-2020 г., 96.9% -2019 г., 96.8%-2018г, 96.9%-2017 г. и 90.6% – 2016 г.). С наднормена телесна маса са 2.5% от децата (на 2.3% -2020 г., 1.9% -2019 г., 2.0%-2018 г.). От децата на възраст 3-7 г., за които са постъпили данни от оценката на физическата дееспособност, нормите са покрили 90.3%, при следните резултати от предходни години, за които е анализиран този показател: 2020 г. -92.8%, 2019 г. -87.6%, 2018 -89%, 2013 г. – 94%, 2012 – 88%, 2011 г. - 86.4%.

Данните за броя на регистрираните през 2021 г. заболявания при основния профилактичен преглед на децата във възрастовата група 0-6 г. показват, че с отклонения в здравното състояние са 74.45 на 1000 прегледани деца, което бележи спад в нивото на регистрираната заболеваемост в сравнение с предходните години (74.34‰ за 2020 г., 135.6‰ - 2019 г., 86.8‰ – 2018 г.) и запазване на тенденцията за намаляване броят на децата със здравословни проблеми в тази възрастова група след 2013 г. (72.9‰ – 2017 г., 68‰–2016 г., 72‰-2015 г. и 78‰ за 2013 г., 2012 г. -87‰, 2011 г. - 93‰). Водещо място в структурата на заболяванията, с най-висока честота на регистрираните случаи, са заболявания на дихателната система – алергичен ринит (7.54 ‰), пневмония (6.43‰), астма (6.13‰); болестите на окото (смущения в зрението, нарушения на рефракцията и акомодацията, слепота и намалено зрение) – общо 7.63‰ и затлъстяване (6.35‰). С висока честота на случаите са и хроничните заболявания на тонзилите и аденоидни вегетации, следвани от случаите на хроничен бронхит и специфично забавяне на развитието.

През 2021 г., според представените в 28-те РЗИ данни за децата, включени на диспансерно наблюдение, се запазва тенденцията на намаляване броят на диспансеризирани деца в сравнение с нивата от преди 2014 г. - 3.2% от децата, на които е проведен основен профилактичен преглед (2020г-3.2%, 2019-3.3% на 3.5% през 2013, 4.3% – 2012 г., 5.1%-2011 г.). В структурата на заболяванията, при които децата се водят на диспансерно наблюдение, водещо място заемат болестите на дихателната система, от които най-много са случаите на астма. На второ място по брой диспансеризирани са психичните и поведенчески разстройства, сред които водещи са случаите на генерализирани разстройства на развитието (в т.ч. детски аутизъм). Трето място заемат заболяванията на нервната система и сетивните органи, следвани от епилепсия и детска церебрална парализа. Четвърто място заемат вродените аномалии, от които най-много са случаите на вродени аномалии на сърцето.

През учебната 2021/2022 г. данните от антропометричните измервания при учениците показват, че 94.4% от тях са в норма или в разширената норма по показателя ръст (на 95% за 2020 г.). Очертава се трайна тенденция към намаляване на относителният дял на учениците със стойности на показателите за телесна маса в рамките на нормата (съответно 77.74% на

78.66% за 2020 г., 79.78% -2019г., 80.37% -2018 г.), увеличаване на случаите в горната граница на нормата (съответно 14.35% на 14.05% за 2020 г., 13.29% - 2019 г., 12.85% -2018 г.) и стабилно нарастване на случаите с наднормено тегло и в двете възрастови групи: 7-14 г. - 5.75% (на 5.13% – 2020 г.; 5.06% – 2019 г., 5.02% – 2018 г.) и 15-18 г.– 5.46% (на 5.13% – 2020 г., 4.65% – 2019 г. и 4.46% – 2018 г.).

В структурата на установените по време на профилактичния преглед заболявания при учениците за поредна година първо място заема затлъстяването (21.67%), като бележи сериозен ръст спрямо предходните години (2020 г.- 18.6%, 2019 г. – 19.4 %, 2017 г. – 19.3%, 2016 г.- 19.8%, 2013 г.-19.5%, 2012 г.-21.7%, 2011 г.- 22.2%). Най-много случаи на затлъстяване са установени при учениците в 7-ми клас (33.04%), с нарастване на броят им в сравнение с предходната година (30.3%). Сред водещите патологии при учениците продължават да са и проблемите със зрението, установени при 18.4% от преминалите профилактичен преглед, което бележи значим ръст спрямо предходните години (2020 г.- 15.5%, 2019 г.- 17.35%, 2018 г.- 16.7%, 2017 г.-14.3%, 2016 г. -14%, 2015 г.-15%, 2013 г. - 15%). Следват регистрираните случаи на *bronхиална астма* – 7.48%, със стабилно ниво в честотата на заболяването (8.63% за 2020 г., 7.5% - 2019 г., 7.3% - 2018 г., 7.7% - 2017 г., 7.5% - 2016 г.) и на *заболявания на костно-мускулната система (гръбначните изкривявания)*, които остават сред водещите със сравнително постоянно ниво за последните години (2.8% на 2.8%-2020 г., 2.5% – 2019г.).

През 2021 г. 3.9% от преминалите профилактичен преглед ученици с установено заболяване са диспансеризирани. Водещо място в структурата на заболяванията, при които учениците се водят на диспансерно наблюдение, заемат регистрираните случаи от рубриката намалено зрение (с преобладаване на случаите на намалено зрение и на двете очи) и на астма, следвани от регистрираните случаи на епилепсия, алергичен ринит, инсулинозависим захарен диабет, детска церебрална парализа, вродени сърдечни аномалии.

За учебната 2021/2022 година от медицинските специалисти в здравните кабинети в училищата са постъпили данни за 612 198 ученици на възраст 7-18 г., от които нормативите покриват 603835 ученици (98.64%), по-малко момичета в сравнение с момчетата и в двете възрастови групи (7-14 г. и 14-18 г.).

Освободените от часовете по физическо възпитание и спорт са 7490 (1.22%), като във възрастовата група 7-14 г. преобладаващ е броят на момчетата, а при 14-18-годишните – на момичетата. В сравнение с предходни години, се запазва трайна тенденцията на намаляване, макар и незначително, на относителния дял на учениците, освободени поради здравословни проблеми.

В групи по лечебна физкултура са включени общо 873 ученика (0.14%), със значителен превес на момчетата (525 при 348 момичета). Относителният дял на учениците, с които се провежда ЛФК, бележи драстичен спад, като остава с постоянно и традиционно ниско ниво през последните години.

Сред доказано ефективните мерки за намаляване разпространението на гръбначните деформации, установени като значим здравословен проблем в училищна възраст, наред с редовната физическата активност, са и ранното откриване чрез скрининг, превенцията и предотвратяването на усложненията чрез своевременна корекция при установен проблем от специалист.

Ваксинапрофилактика

Ваксинапрофилактиката има голямо значение за опазване здравето на децата, поради което ежегодно се провеждат задължителни планови имунизации срещу определени заразни болести, които могат да протичат епидемично или да предизвикат усложнения, инвалидизация или смърт. В съответствие с Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България, задължителни имунизации и реимунизации при деца се извършват срещу 11 заразни заболявания (вирусен хепатит тип Б, туберкулоза, дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит, пневмококови инфекции, хемофилус инфлуенце тип Б, морбили, епидемичен паротит, рубеола).

Освен това, ваксини срещу ротавирусни инфекции, както и срещу рак на маточната шийка могат да се поставят при деца от определена възрастова група при желание от родител/настойник безплатно в рамките на национални имунизационни програми.

През 2020 и 2021 г. в страната се отчита спад в обхвата със задължителни имунизации и реимунизации (пряко свързано и с пандемията от COVID-19), като с трети прием ваксини срещу дифтерия и полиомиелит са обхванати съответно 91,2% и 89,5% от подлежащите деца, а с втори прием ваксина срещу морбили – 85,8%.

Заболеваемостта от активна туберкулоза при децата намалява, като сред възрастовата група 0-18 г. броят на новорегистрираните случаи на туберкулоза намалява от 217 случая през 2012 г. до 28 случая за 2020 г. и 25 случая през 2021 г.

Рутинното прилагане на съвременни ваксини, които са с доказана ефективност и безопасност позволи за поредна година в страната да не са регистрирани случаи на дифтерия и полиомиелит. През годината не са съобщени и случаи на морбили и рубеола – инфекции с висок епидемичен потенциал, поради високата контагиозност на техните причинители.

Психично здраве на децата

Психическото здраве на децата е също толкова важно, колкото и физическото. То им помага да развият устойчивост и да се справят с разнообразни предизвикателства, които животът им поднася, както и да израснат като цялостни и здрави възрастни.

Според глобалните здравни оценки за Европа през 2019 г., броят на хората с психични състояния (включително чести психични разстройства като депресия, тревожни разстройства и психози при възрастни, както и нарушения в развитието и поведението при деца и юноши) се равнява на 13% от населението⁸. Данните за България показват, че 14,5 % от хората в България в някакъв етап от живота си са страдали от психични разстройства⁹. Това означава, че в едно от четири семейства има поне един член с психично разстройство. Едно на всеки пет деца изпитва психично разстройство всяка година. Всяко второ дете в България е било жертва на психическо насилие¹⁰. Данните за България от новия глобален доклад на УНИЦЕФ „Положението на децата по света 2021“ показват, че 11% от момичетата и момчетата на възраст 10-19 години са с диагностицирано психично разстройство. Рискът да се развие тревожност или депресия при възрастовата група 18-36 години е около 3 пъти по-голям в сравнение с хората над 65-годишна възраст.

По данни на УНИЦЕФ голям брой деца и младежи, включително в България, се борят с тревожност, депресия, тъга и други отрицателни емоции, а пандемията от COVID-19, социалната изолация, нарушеният учебен процес, заедно с безпокойството за семейните доходи и здравето, накараха много млади хора да чувстват страх, гняв и загриженост за бъдещето си.

По време на пандемията от COVID-19, както и последвалата война в Украйна, състояния като страх, тревожност, депресия, панически атаки се обостриха сред подрастващите в България. Те идват в допълнение на вече съществуващите проблеми с тормоза в училище, домашното насилие, важността на кариерното ориентиране, появата на първите интимни връзки или междупоколенческата пропаст между родители и деца.

Тревожно е, че в България няма точни данни какъв процент от децата и младите хора, които изпитват проблем с психичното здраве, не получават помощта, от която се нуждаят.

Психичното състояние на подрастващите е причина за редица рискови поведения, включително: самонараняване, употреба на тютюн и алкохол, злоупотреба с наркотици, рисково сексуално поведение и насилие - ефектите от които продължават през целия живот.

Сексуално и репродуктивно здраве

Въпреки тенденцията към намаляване и през 2021 г. се запазва сравнително високият процент на ранни аборти сред момичетата до 19 г. Във възрастовата група 15-19 г. броят на абортите за 2018 г. е 2 003 или 8,5% от общия брой на абортите, за 2019 – 1891, или 8,8% от общия брой, за 2020 г. – 1605 (8,4%), а за 2021 – 1545, което е 8 % от общия брой аборти за

годината. Наблюдава се тенденция на намаляване на броя на абортите в тази възрастова група, със значителен спад между 2010 г. и 2015 г. и последващ процес на не толкова значима, но стабилна тенденция към намаляване между 2015 и 2021 г. Във възрастта под 15 години броят на абортите е 100 (на 113 за 2020г.) или 0,5% от общия брой на абортите в страната. Тук също се наблюдава намаляване на броя в сравнение с 2020 г. Броят на живородените от майки на възраст под 20 години за 2021 е 5861 (на 5970 за 2020г.), или 10 % от всички живородени. Независимо, че средната възраст на майките при първо раждане в нашата страна нараства чувствително през последните години, все още е най-ниска в рамките на ЕС. Наблюдава се значителен процент тийнейджърска раждаемост, която изисква системни здравни и здравно-образователни услуги за младите хора.

Основни поведенчески рискови фактори сред децата и подрастващите

В периода 2014-2020 г. в България са проведени две представителни трансверзални национални проучвания на факторите на риска за здравето сред населението на България през 2014 г. и 2020 г. Изследвана е репрезентативна извадка на деца от 1 до 19 г.

Делът на умиранията, дължащи се на поведенческите рискови фактори, се оценява на 51% от всички смъртни случаи в България, спрямо 39% в целия ЕС. Рисковете, свързани с хранителния режим, включително ниската консумация на плодове и зеленчуци и високата консумация на захар и сол, имат определена роля за 33 % от всички смъртни случаи през 2017 г., което е най-високият дял в ЕС и надвишава почти двойно средната стойност за ЕС (18%). Тютюнопушенето (включително активното и пасивно пушене) е допринесло за приблизително 21% от всички смъртни случаи, докато около 5% се дължат на употребата на алкохол, а 4% - на ниската физическа активност 43.

Тютюнопушенето е сред основните поведенчески фактори на риска за здравето, водещ до възникването на хронични незаразни болести, сериозен медико-социален проблем и една от основните предотвратими причини за смърт и инвалидност в света.

По данни на НСИ, проследени за десетгодишен период от 2010 до 2019 г., в страната ни се наблюдава нарастване на потреблението на цигари средно на лице от домакинство, като за последната година показателят е най-висок - 733 цигари.

Тютюнопушенето сред децата остава все така сериозен и приоритетен проблем на общественото здраве в България.

Данните от проведеното през 2020 г. *Национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в Р България*⁴ показват, че 26.3% от подрастващите са правили опити да пушат цигари, с незначителен превес на момчетата. Почти всяко пето дете е настоящ пушач, като относителният дял на момчетата е малко по-висок от този на момчетата (17.3% срещу 16.4%). Показателна за социалните корени на пропушването е разликата в разпространението на тютюнопушенето сред 15-19-годишните (31.4%) и сред тези на 10-14 години (4.0%). Сред пушачите и в двете възрастови групи преобладават момчетата, макар и незначително.

На 14-15 години са запалили първата си цигара 11.2% от децата, като разликата между двата пола е съществена – 13.3% от момчетата срещу 8.6% от момчетата. На 12-13 години са пропушили 8.8% от учениците, над 16 години – 5.7% от тях, като при момчетата този дял е почти два пъти по-висок отколкото при момчетата. Под 10-годишна възраст са експериментирали с цигара по-малко от 2.0% от децата.

Интензивни пушачи са 57.5% от пушещите ученици (55.6% от момчетата и 60.0% от момчетата). Почти всеки четвърти ученик всеки ден е бил изложен на пасивно тютюнопушене в дома си (22.0%), като с възрастта нараства и при 15-19-годишните делът на

⁴ Национално проучване на факторите на риска сред населението в Р България, 2020. Българско списание за обществено здраве, 2022, Специално издание, 14 (2), 179 с.
<https://ncpha.government.bg/uploads/pages/3166/2-2022-SUPPLEMENT+.pdf>

ежедневно вдишващите вторичен тютюнев дим е почти двойно по-голям от този при 10-14-годишните (29.8% срещу 15.1%).

Данните от проучването GYTS през 2015 г сочат, че вниманието на децата на възраст 13-15 г. определено е насочено към новите тютюневи изделия. Към момента на анкетирането 10.8% от учениците употребяват електронни цигари, а 16.9 % пушат наргиле.

Независимо от положителните тенденции по отношение на тютюнопушенето на тийнейджърите, установени от *Международния сравнителен изследователски проект ESPAD 2019*⁵ за периода 1999-2019 г., България е на второ място след Словакия по ранно започване на ежедневната употреба на цигари и на първо място сред 16-годишните по употреба през живота (съответно 54% от момчетата и 45% от момчетата).

Ежедневните пушачи (поне по 1 цигара на ден) у нас са два пъти повече от средния дял за страните, участвали в изследването (22% български ученици срещу 10% ученици средно за всички европейски страни).

Въпреки строгите правила, свързани с тютюневите изделия в повечето страни в Европа, около 60% от подрастващите продължават да посочват сравнително лесен достъп до тях.

През последните години са налице редица благоприятни законодателни промени, но получените данни са неоспоримо доказателство за това, че детското пушене продължава да бъде сериозен и приоритетен проблем на общественото здравеопазване и за необходимостта от прилагане на нови подходи и профилактични програми, насочени към предотвратяване на началната, т.нар. “инициална” употреба на цигари или максимално отлагане на пропушването.

Злоупотребата с алкохол

Консумацията на алкохол е актуален проблем на общественото здраве и основен рисков фактор за хроничните незаразни болести, нараняванията и преждевременната смъртност

По данни на НСИ, България отбелязва значителен ръст на потреблението на алкохолни напитки през последните години, като се наблюдава увеличение от 8.5 л. за периода 2011-2021 година.

Проведеното Национално проучване на факторите на риска за здравето в Република България 2020 г. показва, че половината от учениците на възраст 10-19 години (49.2%) са опитвали алкохол (бира, вино, концентрат и др.), а средната възраст, на която за първи път са опитали алкохолни напитки е 14 години. Към момента на изследването, ежедневна употреба е регистрирана при 0.9% от децата, понякога са посочили, че го консумират 27.1%, предимно във възрастта 15-19 г., а 72% не консумират алкохол. Повече от 10 пъти през годината са се напивали 8.3% от учениците във възрастта 15-19 години, без различия между двата пола. Между 4-10 пъти са злоупотребили с алкохола 5.3% от анкетираните лица

Данните от *проекта ESPAD* посочват, че през 2019 г. някакъв вид алкохол поне веднъж в живота са опитвали 82% от шестнадесетгодишните български ученици, независимо от пола. Над три четвърти от анкетираните (78%) съобщават за сравнително лесен достъп до алкохол. Това е и мнението на 86% от българските ученици. Алкохолът е един от водещите рискови фактори за възникване на редица заболявания, а консумацията му в ранна и по-късна юношеска възраст е причина за физически, психически и поведенчески проблеми, като се има предвид и повишеният риск от произшествия и злополуки, свързани с употребата на големи количества алкохол и ефектите от нея върху резултатите на юношите в областта на образованието и социалната реализация.

⁵ ESPAD Group (2020), ESPAD Report 2019: Additional Tables, Publications Office of the European Union, Luxembourg. https://www.emcdda.europa.eu/publications/joint-publications/espada-report-2019_en

През последните години се наблюдава намаление на употребата на наркотици поне веднъж някога в живота от учениците в гимназиален курс на обучение⁶. Това се дължи най-вече на намалението на употребата на марихуана (с близо 9 процентни пункта в сравнение с предишното национално проучване сред учениците, проведено през 2017 г.), която все пак си остава най-употребяваното наркотично вещество от малолетните и непълнолетните лица. Втората най-употребявана група наркотични вещества е тази на стимулантите, като при амфетамини, кокаин и екстази има леко увеличение на употребата им.

Причина за намалението на употребата на канабис може да бъде все по-нарастващото предлагане на други продукти за пушене, като електронни цигари, устройства за нагриване на тютюн, наргилета. През последните две години особено популярна в местата за забавление е употребата на райски газ, главно в балони, включително и от непълнолетни.

Ако преди 5 години началната средна възраст на употреба на наркотици сред учениците в страната беше паднала до 13-14 години, то през последната година тя е 14-16 години, както беше и преди 10-15 години.

Най-ранна средна възраст на първа употреба се наблюдава по отношение на употреба на опиоиди и инхаланти (14 г.) и канабис, синтетични канабиноиди и халюциногени (15 г.). Първата употреба на стимуланти (кокаин, амфетамини, метамфетамини и екстази) започва средно на 16 години.

Ако преди се отчиташе, че момчетата употребяват наркотици много повече от момичетата, то през последните години почти не съществува разлика по полов признак, особено, когато се отнася за експериментална употреба.

Като причини за първа употреба на наркотично вещество, учениците най-често посочват „от любопитство, да опитат нещо непознато“ (63,7% от употребилите), „за да бъдат приети от другите (групата, компанията)“ (41,4%), „за удоволствие, за да изпитат временен приятен ефект“ (38,2%), „за да се почувстват като един от различните“ (25,8%).

6,0% от учениците посочват, че някога в живота си са употребили канабис в комбинация с алкохол, а 1,3% – през последните 30 дни. Само 1,1% са инжектирали някога в живота си наркотици.

Според 11,2% от учениците в България редовното пушене на канабис не представлява риск за здравето. 16,9% смятат, че няма риск за здравето и когато пушат редовно наргиле. 3,4% от учениците определят редовната употреба на кокаин като нерискова. 25,2% одобряват пушенето на канабис, като при 4,7% това се отнася независимо от количеството. 65,4% от анкетираните определят употребата на наркотици като проблем за страната ни, за 61,3% е проблем за населеното място, в което живеят, а за 59,6% е проблем за училището, в което учат.

По отношение на употребата на нови (т.нар. от медиите „дизайнерски“) наркотици или продукти, различни от вече познатите и разпространявани, 2,8% от учениците посочват, че някога в живота си са употребявали синтетични канабиноиди, а 1,0% от тях посочват употреба през последните 30 дни. С ежедневна или почти ежедневна употреба на нови наркотици са 0,4% от тях. Учениците употребяват нови наркотици предимно под формата на растителна смес за пушене, като най-често се снабдяват с тях от дилър, приятел или съученик.

Оценка на хранителния статус на децата

Оценката на данните за хранителния статус на децата от 1 до 5-годишна възраст, получени от г. *Националното изследване на факторите на риска за здравето на населението в Р. България през 2020 г.*, очертава някои проблеми:

⁶ Според данни от Национално проучване относно някои аспекти от здравното поведение, оценки и нагласи по отношение на употребата на психоактивни вещества сред учениците (8-12 клас) в България, проведено сред 4109 ученици от 285 паралелки, разпределени по училища и области. Проучването е реализирано в периода ноември-декември 2021 г. по поръчка и с методологическата подкрепа на Национален фокусен център за наркотици и наркомании от „Сова 5“ АД.

- значителен е делът на децата от 1 до 5 години с *възможен риск за свръхтегло* – 14,9%, като се наблюдава благоприятна тенденция за намаление с 2,8% спрямо 2014 г.
- относителният дял на децата от 1 до 5-годишна възраст с наднормено тегло (свръхтегло и затлъстяване) е висок – 12,0%, като се наблюдава увеличение с 3,7% спрямо 2014 г.
- честотата на свръхтегло е висока – 9,9%, като спрямо 2014 г. се отчита трикратно нарастване. Групата момчета от 1 до 3 години е с най-висок относителен дял на свръхтегло – 25,0%.
- *затлъстяването* при децата от 1 до 5-годишна възраст е с честота 2,1% и показва благоприятна тенденция за намаляване от 2,5 пъти спрямо предходното проучване през 2014 г.

Оценката на хранителния статус при *децата от 5 до 19-годишна възраст* показва сериозни проблеми. При сравняване с резултатите, получени през 2020 г. с тези от предходното проучване през 2014 г. се наблюдава неблагоприятна тенденция за леко увеличаване на относителния дял на лицата с наднормено тегло, главно поради нарастване честотата на затлъстяване.

- децата от 5 до 19 години са рисковата група за свръхтегло и затлъстяване (общо наднормено тегло - 32,0%, включително 12,8% затлъстяване).
- с най-висок относителен дял на *затлъстяване* през 2020 г. са момчетата от 5 до 9 години – (установена честота - 18,6%) и момчетата на 10-13 години (16,1%).
- наблюдава се неблагоприятна тенденция за леко покачване честотата на *затлъстяването* от 10,3% през 2014 г. на 12,8% през 2020г.

Очертават се следните основни проблеми и тенденции:

➤ Основните проблеми в хранителния статус при децата от 1 до 5-годишна възраст се свързват с висок относителен дял на деца с възможен риск от свръхтегло и деца с наднормено тегло. Тревожен е трендът за трикратно увеличаване на честотата на свръхтегло. Отчита се благоприятна тенденция за намаляване относителния дял на деца със затлъстяване.

Сериозни проблеми в хранителния статус при децата от 5 до 19-годишна възраст са високият относителен дял на наднормено тегло и затлъстяване (12,3%). С най-висок относителен дял на затлъстяване са момчетата от 5 до 9 години (18,6%) и момчетата на 10-13 години (16,1%). Отчита се неблагоприятна тенденция за леко повишаване (с 2,5%) на относителния дял на деца със затлъстяване.

Оценка на обичайния хранителен прием при децата

При сравнение на получените резултати от проучването през 2014 г. за честота на консумация на храни при децата с данните, получени от изследването, проведено през 2020 г., се установяват някои промени в обичайната честота на хранителна консумация и модел на хранене при децата, както следва:

Положителни тенденции

- леко се повишава консумацията на пресни плодове при децата; повишава се ежедневната консумация на мляко при децата от всички възрастови групи; увеличава се честотата на консумация на риба при всички възрастови групи;
- намалява честотата на консумация на тестени изделия при децата; намалява консумацията на плодови консерви/компоти и туршии при децата; намалява ежедневната консумация на масло, растителни масла и маргарини; намалява честотата на употреба на шоколадови изделия при децата на 14-18 години; намалява употребата на безалкохолни напитки при децата до 9 години.

Неблагоприятни тенденции

- наблюдава се ниска честота на консумация на пълнозърнест хляб и други пълнозърнести продукти при децата на възраст от 1 до 19 г.; запазва се сезонната разлика в

приема на пресни плодове и зеленчуци; намалява приема на млечни продукти при децата; намалява честотата на консумация на бобови храни и ядки;

- увеличава се ежедневната консумация на месо и колбаси; повишава се ежедневния прием на шоколадови изделия при малките деца до 6-годишна възраст; увеличава се ежедневната употреба на безалкохолни напитки със захар при децата от 10 до 18 г.; увеличава се почти двойно ежедневната употреба на енергийни напитки, пържени и екструдирани храни и снаксове при децата на 14-19 години.

Ниската физическа активност е сред основните причини за възникване на хроничните незаразни болести – 21 и 25% от случаите на рак на гърдата и дебелото черво, 27% от тези на диабета и приблизително 30% от случаите на исхемична болест на сърцето. Тя е четвъртият рисков фактор за глобалната смъртност (6% от смъртните случаи в света). Според СЗО хиподинамията обуславя 10-15% от общата смъртност в Европейския регион и 3.5% от бремето на болестите (9.7% в съчетание с нездравословно хранене).

В България е сериозен и проблемът с ниската физическа активност при децата на възраст 10-19 г. По данни на Националното изследване за факторите на риска за здравето 2020 г.:

- всеки пети ученик на възраст 10-19 г. спортува веднъж седмично или по-рядко, като преобладават момчетата и по-големите ученици.

- средната продължителност на едно физическо занимание при всеки четвърти е недостатъчна - около 30 минути, по-често при момчетата, което не отговаря на препоръките на СЗО за физическа активност.

- близо 1/3 от анкетираните спортуват в спортни/фитнес зали, всеки пети на стадион/спортна площадка, всеки четвърти – вкъщи.

- водеща причина за неупражняване на спорт при почти половината деца е липсата на желание за това, при всеки пети поради липса на близко и подходящо място за това, при всеки четвърти – защото няма с кого. Нисък е дялът на неспортуващите поради финансови и здравословни проблеми.

- заниманията с компютър и продължителното гледане на телевизия са фактор, който влияе върху хиподинамията при учениците.

- през последната година всеки 10-ти ученик е намалил физическата си активност или е престанал да спортува.

- според анкетираните часовете по физическо възпитание в училище не са достатъчни, което налага предприемането на съответни мерки за промяна в учебните програми или създаване на допълнителни условия за практикуване на физически упражнения и спорт.

Промени, настъпили в нивото на физическа активност на децата на възраст 10-19 г. през периода 2014 - 2020 г.

- установява се лек спад във физическата активност на учениците, упражнявана почти всеки ден, както по пол, така и по възраст: за момчетата с 5.3 пункта, за момчетата – с 5 пункта; за 10-14 годишните с 3.9 пункта (32.7% срещу 28.8%); за 15-19 годишните с 6.3 пункта (39.3% срещу 33.0%).

- и през двете години преобладават децата, спортуващи 2-3 пъти седмично – почти 40% от анкетираните (38.8%), малко повече от 2014 година (33.8%), като момчетата и момчетата имат равен дял.

- почти не се наблюдава промяна в дялът на практикуващите физически упражнения и спорт веднъж седмично или по-рядко: през 2020 г. той е 21.7%, през 2014 г. – 22.7%, като и в двете години преобладават момчетата и по-големите ученици. Никога не са спортували почти 10% от децата (9.6%), което е малко повече от изследването през 2014 година (7.6%), със значителен превес на момчетата.

- най-често средната продължителност на физическата активност на учениците е 1 час, като стойностите през 2020 г. са с 3.9% по-високи от тези през 2014 г. С 2.6 пункта е

нараснал делът на децата, при които средната продължителност на физическа активност е недостатъчна - около 30 минути.

- момчетата се занимават със спорт или друг вид физическа активност предимно на местата за организирани спортни дейности, докато момичетата – вкъщи, в двора на училището и пред дома. Всички деца, независимо от възрастта предпочитат да спортуват в спортните/фитнес зали, на стадионите и площадките, като по-големите проявяват предпочитание и към заниманията вкъщи. Данните са аналогични с тези от 2014 година.

- водеща причина за неупражняване на спорт при почти половината деца е липсата на желание за това – 46.2% (2014 – 44.0%). И докато през 2014 година на втора позиция е бил отговорът „наблизо няма къде“ от всеки четвърти (25.4%), а този, „защото няма с кого“ от всеки пети (20.3%), то през 2020 година вече децата, намиращи места за спортуване са повече и отговорите на тези въпроси разменят своите позиции – съответно 20.4% и 24.9%. Нисък е делът на неспортуващите поради финансови и здравословни проблеми, като техният дял в сравнение с 2014 г. намалява.

- заниманията с компютър и продължителното гледане на телевизия са показатели, които търпят благоприятно развитие, сравнено с проучването през 2014 година. По три и повече часа дневно през учебните дни използват компютър 18% (2014 – 25.6%) от децата, предимно по-големите, като с голям превес се очертават момчетата. През почивните дни делът им нараства значително – 33.3% (2014 – 53.8%).

- през учебните дни гледат по 3 и повече часа телевизия 12.2% от децата (2014 – 16.9%), по-често момчетата и почти два пъти повече децата на 15-19 години, през почивните дни делът им нараства повече от два пъти, почти по равно и в двете възрастови групи.

- през последната година половината от децата (50.8%) (2014 година – 55.0%) са увеличили физическата си активност през свободното време. Всеки 3-ти не посочва промяна в тази насока, със значителен превес на момчетата, а почти всеки 10-ти я е намалил или е престанал да спортува (11.8%), почти поравно по пол и възраст.

Всеки трети от анкетираните смятат, че часовете по физическо възпитание в училище не са достатъчни (35.4%) (2014 г. – близо половината деца).

Всичко това показва, че посланията за значението на спорта и физическата активност за здравето все още не са достигнали до значителна част от младите хора, което налага активизиране на дейностите за повишаване на информираността на населението и включването му в дейности, повишаващи физическата активност.

Орално здраве

Последното епидемиологично проучване провеждано в България за установяване състоянието на оралното здраве на децата и учениците до 18 годишна възраст е било провеждано през 2011 г.

Епидемиологично проучване за разпространението на зъбния кариес е проведено при деца от три възрастови групи, като във всяка от 28-те области в страната бяха прегледани по 360 деца от областния център и 360 деца от урбанизирани територии, избрани на случаен принцип, с изключение на гр. София, където са прегледани 360 деца от града. Обхванати са деца от три прицелни възрастови групи: 5-6 години, 12 години и 18 години, по равен брой момичета и момчета.

Общият брой прегледани деца за страната е 20160 – по 720 от всяка област, като резултатите сочат следното:

Данните за разпространението на зъбния кариес показват много по-високи стойности на разпространение, в сравнение с глобалните цели на СЗО. Относителният дял на свободните от кариес на 5-6 години е само 28.87%. С увеличаване на възрастта намалява относителният дял на децата без кариес. При 12 годишните относителният дял на здравите деца (свободни от кариес) е 21.31%, при 18 годишните е само 8.31%. Съпоставянето на

резултатите, съобразно населеното място, показва по-висок относителен дял на децата без кариес в градовете в сравнение със селата.

Най-висок е относителният дял на децата със здрави временни зъби на 5-6 години в област Хасково (44.33%) и най-нисък в София-град (9.58%). При 12 годишните най-висок е процентът на здравите деца в област Добрич (37.92%). В някои от областите, още на 12 години разпространението на зъбния кариес е над 90.00%: относителният дял на децата свободните от кариес в област Смолян е 6.25%, в област Кюстендил е 7.10%, в област София е 7.25%.

При 18 годишните отново най-висок е относителният дял на здравите деца в област Хасково (24.17%) и най-нисък в област Смолян (1.66%).

Стойностите на индексите за свободните от кариес на временни и постоянни зъби, среден брой кариозни, obtурирани и екстрахиранни постоянни зъби по възрастови групи средно за страната са значително по-високи в сравнение с глобалните цели на СЗО и някои стани с традиции в профилактиката на зъбния кариес:

Във всички възрастови групи стойностите на индексите са по-високи в селските райони в сравнение с градовете. Анализът на данните по области отново показва драстични разлики: от 2.21 в област Плевен до 6.66 в област Смолян. При 12 годишните нивото на индекса за свободни от кариес постоянни зъби е най-високо в София-град (5.97) и най-ниско в област Добрич (1.86). При 18 годишните най-високи са стойностите в София-град (10.07), следвани от стойностите в област Смолян (9.06). Най-ниски са стойностите в областите Плевен (3.78) и Добрич (3.97).

Обществения пародонтален индекс за нуждите от лечение показва, че приблизително 2/3 от децата на 18 годишна възраст страдат от заболявания на гингивата и пародонта. При проучването се установи, че всеки четвърти 18 годишен е с един изваден постоянен зъб.

Средните стойности на орално-хигиенния индекс (ОНИ-S на Greene-Vermilion) за страната са по-високи от 1.00, което доказва незадоволителна орална хигиена. При този показател също има големи разлики между отделните области в страната.

Съвременни проучвания в България доказват повишена консумация на бутилирани натурални минерални води, както и минерални води от обществено достъпни места (пунктове) за водоналиване, които съдържат над 1-1.5 мг/л флуор. Свободният достъп до минерални води с такова съдържание на флуор е предпоставка за повишен прием на флуор при деца до 7 годишна възраст. Резултатите от националното епидемиологично проучване доказват наличие на случаи с флуороза в някои населени места с ниско съдържание на флуор в питейната вода. В по-голямата част от областите в страната има зъбна флуороза при всички изследвани възрастови групи. При децата на 5-6 години най-голямо е разпространението в област Бургас (11.67%); при 12 и 18 годишните най-голямо е разпространението в област Хасково (43.33% на 12 години, 22.50% на 18 години).

Анализът на детската смъртност и на другите здравно-демографски показатели на децата в България стойностите на показателя детска смъртност и на неговите подвидове в много голяма степен са зависими от въздействието и взаимодействието на редица неблагоприятни социално-икономически и културни фактори, които в голяма част не са пряко обвързани с параметрите на здравната система. Детското здраве обаче зависи в голяма степен от достъпността, качеството и обхвата на медицинските грижи, получени преди, по време и след раждането. Анализите на експертите показват, че българската здравна система не е реализирала всички свои възможности за подобряване на грижите за детското здраве и в нея са налице проблеми, свързани със затруднения в достъпа, липса на капацитет, професионална компетентност и недостатъчна координация, водещи до сериозни пропуски при медицинското обслужване на децата.

Медицинско обслужване в структури на системата на здравеопазване

След реформите, проведени в системата на здравеопазване след 1999 г., дейностите, свързани с детското здравеопазване, особено в неговата извънболнична част, бяха в голяма

степен дезинтегрирани и претопени в общата структура на системата на здравеопазване. Премахването на участъковите педиатри, централизираните детски консултации, патронажни грижи, училищно здравеопазване и връзките им с педиатричните болнични отделения след създаването на статута на общопрактикуващите лекари и разделянето на първичната, специализираната извънболнична и болнична помощ, както и премахването на т.н. „райониране“ имаха положителна роля върху възможностите за избор на пациентите, но нарушиха връзките между отделните нива на педиатрична грижа, без да създадат алтернативни механизми, гарантиращи непрекъснатост и комплексност на тези грижи.

Към настоящият момент здравната система осигурява медицинско обслужване на децата в избрани от семействата лечебни заведения за първична и специализирана извънболнична помощ и лечебни заведения за болничната медицинска помощ на територията на цялата страна.

Специфични медицински грижи за деца с увреждания и хронични заболявания се осигуряват и в няколко новоразкрити лечебни заведения – Центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ), създадени в процеса на деинституционализация на деца с увреждания.

Здравно промотивни дейности и медицинско обслужване при възникване на спешни състояния се осъществяват и в здравните кабинети в детските градини и училищата.

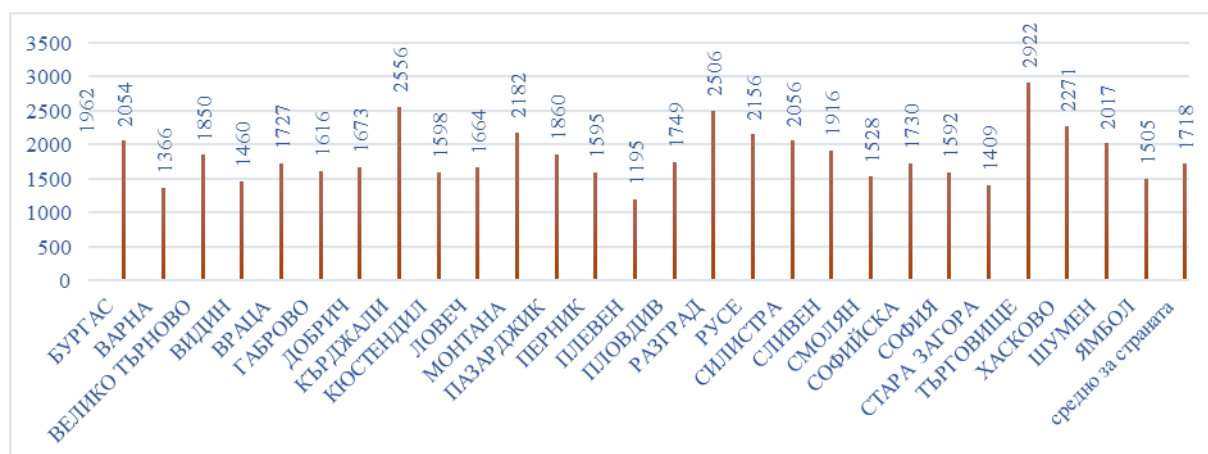
Спешната медицинска помощ за деца се осигурява чрез Центровете за спешна медицинска помощ и Спешните отделения на болниците, към които са разкрити.

Първична медицинска помощ

След 1999г. първична извънболнична медицинска помощ на всички здравноосигурени лица, (вкл. децата, които са задължително здравноосигурени от държавния бюджет), се предоставя от избран общопрактикуващ ОПЛ.

Данните от Регистъра на лечебните заведения за извънболнична помощ показва, че на територията на страната има регистрирани 3540 индивидуални практики на ОПЛ и 220 групови практики, в които работят общо 4110 лекари. Налице са значителни неравенства в осигуреността на населението с ОПЛ в различните области на страната.

Фиг. 5 Брой обслужвано население от 1 лекар, регистриран в практики за ПИМП по области, 2021 г.



По договор с НЗОК в ПИМП работят 3950 лекари и обслужват само задължително здравноосигурените лица. При анализа обаче следва да се има предвид влошената възрастова структура на ОПЛ, като към момента средна възраст е 58-59 години, а 25% работят в пенсионна възраст.

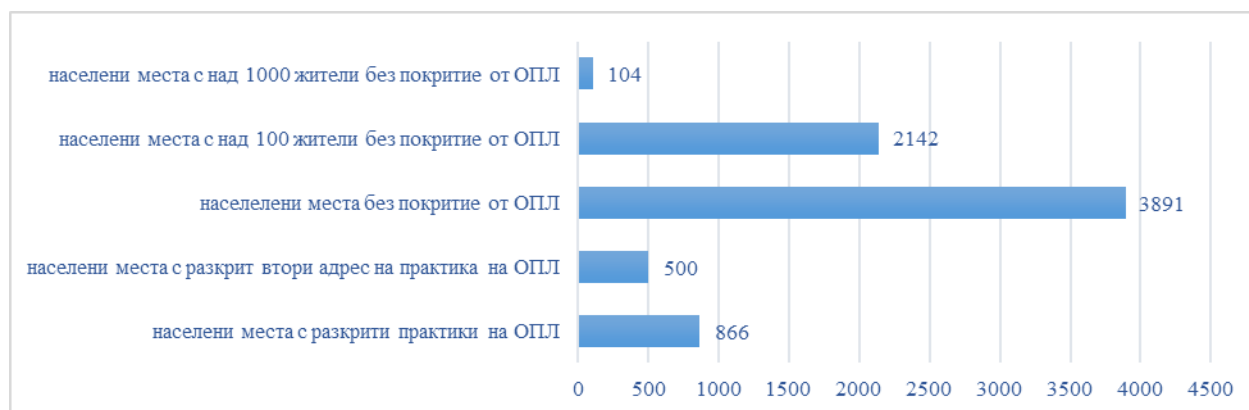
Най-висока осигуреност с ОПЛ има област Плевен (един ОПЛ на 1311 ЗОЛ-2021 г./един ОПЛ на 1332 ЗОЛ-2020 г.), която отбелязва ръст от 1,59%. Област Монтана е втора по осигуреност с ОПЛ, с ръст от 4,69% (един ОПЛ на 1519 ЗОЛ-2021г/ един ОПЛ на 1594 ЗОЛ -2020 г.). Най-ниска е осигуреността с ОПЛ в Област Кърджали, един ОПЛ обслужва най-голям брой ЗОЛ (един ОПЛ на 2957 ЗОЛ-2021 г./един ОПЛ на 2952 ЗОЛ-2020 г.) и област Разград (един ОПЛ на 2522 ЗОЛ-2021 г./един ОПЛ на 2676 ЗОЛ-2020 г.)

Анализът на данните по местоположение на практиките обаче показва значителни неравенства в осигуреността на населението, в резултат на неравномерно разпределение на практиките на ОПЛ не само по области, но и по населени места. Налице е концентрация на лекарите в по-урбанизираните райони с по-висока икономическа активност и с медицински университети, докато районите в неравносложно положение - отдалечените селски райони и малките градове - често изпитват недостиг на работна сила, а лекарите са много натоварени. Тези диспропорции водят до неравенства в достъпа до първична медицинска помощ, особено за населението в селските райони. Като цяло достъпът до първична медицинска помощ в градските и селските райони се различава съществено, като жителите на отдалечените села срещат редица затруднения поради недостига на ОПЛ, лошата инфраструктура и географската отдалеченост.

За да се намалят тези неравенства в достъпа, НЗОК въведе финансови стимули за ОПЛ в селските и отдалечените райони на страната под формата на месечно отпускана сума за съответната практика. Тези суми са определени в НРД по населени места и варират в зависимост от отдалечеността на практиката от други лечебни заведения, затруднената достъпност поради лоша транспортна инфраструктура, разпръснатост на обслужваните населени места (при практики, обслужващи две или повече такива), обслужваното население и замърсяването на околната среда. Общата оценка на резултатите от тази политика е, че предоставяните стимули не са достатъчни и не водят до значими резултати по отношение на подобряване на достъпа на населението в отдалечените и труднодостъпни райони.

В края на 2020 г. в България има 5257 населени места – 257 градове и 5000 села. Основни адреси на практики на ОПЛ (индивидуални или групови) има регистрирани в 239 града и 627 села. Втори (допълнителни) адреси на практики на ОПЛ с непълен работен график има регистрирани в още 9 града и 491 села. Във всички останали населени места – 9 малки града и 3882 села, в които живеят над 800 000 души, включително деца (12 % от населението на страната), няма осигурен достъп на място до първична медицинска помощ. О тях 2142 населени места са с население над 100 души, а 104 са с население над 1000 души.

Фиг.6. Населени места без покритие от ОПЛ, България 2021 г.



Задълбочаващите се проблеми в системата за първична медицинска помощ се отразяват негативно на обслужването на децата при ползване на базови здравни грижи.

По данни от НЗОК към 31.12.2019 г. общо 1 212 968 деца до 18 г. са с избран ОПЛ. От тях 54 178 деца са от 0 до 1 годишна възраст, 60 432 са от 1 до 2 години, 327 647 са от 2 до 7 години и 770 711 – от 7 до 18 годишна възраст. Общо 691 ОПЛ на територията на страната са

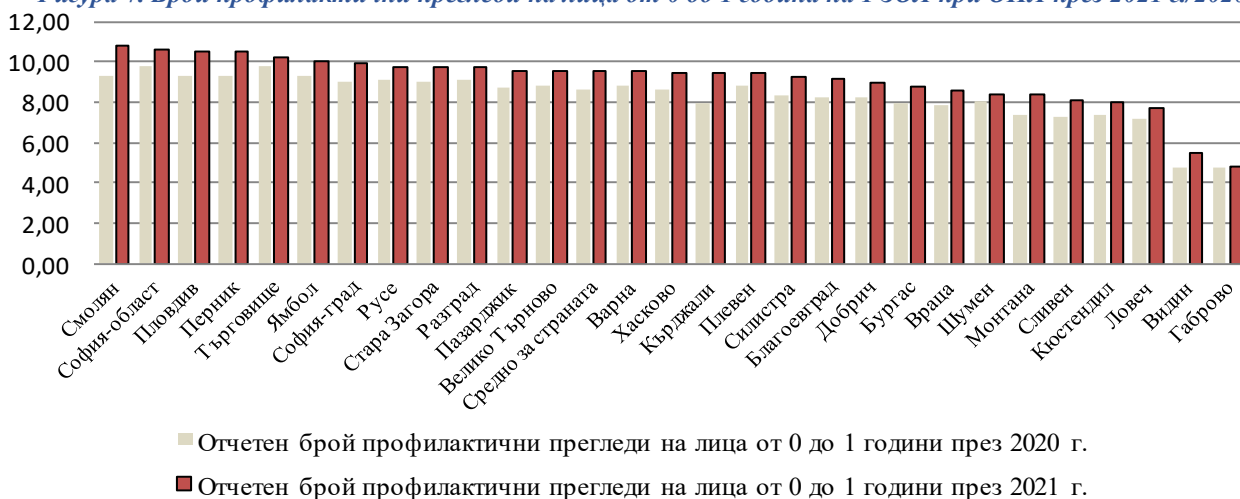
с придобита специалност по педиатрия, като в техните пациентски листи са включени общо 438 574 деца.

Съгласно българското законодателство, когато общопрактикуващият лекар няма придобита специалност „Педиатрия“, профилактичните прегледи на децата по желание на родителя или настойника може да се извършват от лекар с придобита специалност по детски болести от лечебно заведение за специализирана извънболнична помощ – съгласно Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и Медицински стандарт по педиатрия.

Програма „Детско здравеопазване“, изпълнявана от ОПЛ

Средният за страната брой на отчетените профилактични прегледи за 2021 г. на **лицата от 0 до 1 година** е 9,52 на 1 ЗОЛ. Наблюдава се ръст от 10% в обращаемостта спрямо 2020 г., когато стойността на показателя е 8,65 прегледа на едно ЗОЛ от 0 до 1 година. Значително увеличение на показателя през 2021 г. отчитат РЗОК Кърджали (18,85%) и РЗОК Смолян (15,25%) (**Фигура 7**). Най-високи стойности отбелязва показателят в РЗОК Смолян (2021 г.- 10,77; 2020 г.- 9,34), РЗОК София-област (2021 г.- 10,66; 2020 г.- 9,81) и Пловдив (2021 г.- 10,54; 2020 г.- 9,34). Най-малко отчитат – РЗОК Габрово 4,87 прегледа на 1 ЗОЛ и РЗОК Видин 5,48 прегледа на 1 ЗОЛ, което е с 49% и 42,5% под средната стойност за страната.

Фигура 7. Брой профилактични прегледи на лица от 0 до 1 година на 1 ЗОЛ при ОПЛ през 2021 г./2020 г.



По програмата при ЗОЛ от 1 до 2 години отчетените профилактични прегледи на ЗОЛ бележи ръст от 5,78% – от 1,3 на 1 ЗОЛ (2020 г.) на 1,37 на 1 ЗОЛ (2021 г.). Най-високи стойности на показателя отчитат РЗОК Ямбол (2021 г.-1,58; 2020 г.- 1,46), РЗОК София-област (2021 г.-1,56; 2020 г.-1,53) и РЗОК Перник (2021 г.-1,54; 2020 г.-1,49).

При предвидени два профилактични прегледа за тази възрастова група са отчетени по-малко прегледи. Най-ниски стойности отбелязва показателят в РЗОК Видин (за двата периода-0,82) и РЗОК Габрово (2021 г.-0,87; 2020 г.- 0,82)

Средно отчетеният за страната брой дейности профилактични прегледи на ЗОЛ от 2 до 7 години през 2021 г. е 0,76 прегледа на едно ЗОЛ и през двата наблюдавани периода при изискуем по програмата един преглед годишно.

Най-високи стойности на показателя имат РЗОК Пловдив (2021 г.-0,83 и 2020 г.- 0,82), РЗОК София-област (2021 г.-0,83; 2020 г.-0,85) и РЗОК Перник (2021 г.-0,82 и 2020 г.-0,85), като последните две отбелязват слабо понижение на стойността с 1,92% и 3,32%. Най-ниски стойности на показателя отчитат РЗОК Габрово (2021 г.-0,59; 2020 г.- 0,58), РЗОК Шумен (2021 г.-0,64 и 2020 г.- 0,62) и РЗОК Видин (2021 г.-0,65; 2020 г. – 0,67), като РЗОК Видин е с понижение на показателя от 2,25%, а останалите две РЗОК са с увеличение, съответно с 1,02 за РЗОК Габрово и 2,41 за РЗОК Шумен. Най-висок ръст в отчетените прегледи на 1 ЗОЛ в

тази възрастова група отбелязва РЗОК Кърджали – (10,29%), но стойността на показателя остава под средната за страната

През 2021 г. 76,31% от ЗОЛ от 7 до 18 години са се обърнали към ОПЛ за извършване на годишен профилактичен преглед, като стойността на показателя през 2020 г. е 76,23%, през 2019 г. – 81,72%. Броят на извършените профилактични прегледи в тази възрастова група традиционно отбелязва по-значителен ръст в края на трето тримесечие, преди началото на учебната година.

Здравноосигурителни плащания за първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)

През 2021 г. заплатената от НЗОК дейност на изпълнителите на ПИМП по направления се характеризира с общо намаление на регистрираните ЗОЛ. Във възрастова група до 18 години се отчита намаление с 9 хил. лица или с 0,8%.

През 2021 г. се отчита ръст в отчетените профилактичните прегледи за лица от 0 до 1 година по програма „Детско здравеопазване“, отчетени са 497,8 хил. прегледа, което е с 32 хил. прегледа или с 6,9% повече от отчетените през 2020 г., следвани от профилактичните прегледи за лица от 1 до 2 години – 3,2% и профилактични прегледи за лица от 2 до 7 години – 3% по програма „Детско здравеопазване“.

Програма „Майчино здравеопазване“ за ЗОЛ с нормална бременност, изпълнявана от ОПЛ

През 2021 г. по програма „Майчино здравеопазване“, изпълнявана от ОПЛ са извършени 2 198 прегледа на 1 755 бременни, съответно през 2020 г. са извършени 2 401 прегледа на 1 415 бременни. Наблюдава се спад от 8,45% в отчетените прегледи в сравнение с 2020 г., при ръст от 24% на включените в регистъра на ОПЛ бременни

По програма „Майчино здравеопазване“ продължава трайна тенденция към намаление на бременните, наблюдавани от ОПЛ, профилактиката на бременни жени с нормална бременност се осъществява основно от лекари-специалисти по „Акушерство и гинекология“ в СИМП.

Програма „Майчино здравеопазване“, осъществявана от лекар-специалист по акушерство и гинекология на бременни с нормална бременност и рискова бременност.

През 2021 г. по програма „Майчино здравеопазване“ за наблюдение на бременни жени с нормална и рискова бременност от лекар-специалист по акушерство и гинекология са отчетени общо 322 319 профилактични прегледа на 60 151 бременни (39 026 първични и 283 293 вторични). За 2020 г. са отчетени общо 303 883 профилактични прегледа на 72 766 бременни (39 305 първични и 264 578 вторични).

Средната стойност на показателя за страната през 2021 г. е 5,36 прегледа на една бременна жена включена в програмата, за 2020 г. стойността на показателя е 4,18 прегледа.

Специализирана извънболнична медицинска помощ

В извънболничната помощ медицински услуги за децата се предоставят и в лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ – специализирани лекарски практики, медицински центрове и диагностично-консултативни центрове. Това се извършва след насочване от ОПЛ на детето към съответния специалист, в зависимост от конкретния повод и установен при детето здравен проблем.

Съгласно утвърдената нормативна уредба в СИМП се осъществяват дейности по профилактика /профилактични прегледи на деца - от специалистите по педиатрия/, както и консултативни прегледи при различни заболявания на децата и голяма част от дейностите за наблюдение на хронично болни деца.

По данни от НЗОК към 31.12.2019 г. на територията на страната са сключили договор с НЗОК общо 1 098 броя лекари с детска специалност. Това включва специалисти по: Педиатрия, Детска ендокринология и болести на обмяната, Детска кардиология, Детска пневмология и фтизиатрия, Детска психиатрия, Детска ревматология, Детска хирургия, Детска клинична хематология и онкология, Детска гастроентерология, Детска нефрология и хемодиализа, Детска неврология. Към м. ноември 2020 г. броят на лекарите с детска

специалност, сключили договор с НЗОК, са общо 1106 (увеличението на техния брой е с 8 спрямо края на 2019 г.).

Лекари, сключили договор с НЗОК за дейности в СИМП по медицинската специалност педиатрия има във всички области на страната, което предоставя възможност за евентуални консултации с педиатър при необходимост. Не така обаче стои въпросът с достъпа на децата до останалите специалности с педиатрична насоченост. В много от областите няма специалисти, сключили договор с НЗОК за дейности в СИМП по редица от изброените по-горе специалности. Така в областите Ловеч, Кърджали, Кюстендил и Ямбол няма специалисти, работещи в СИМП по нито една от останалите специалности, освен по педиатрия, което налага при необходимост от консултация по тясно специализиран въпрос децата да посещават лечебно заведение в друга област на страната.

По всички от изброените медицински специалности има специалисти, сключили договор с НЗОК за СИМП само в областите София-град и Варна.

Програма „Детско здравеопазване“, осъществявана от лекар-специалист по „Педиатрия“

Средната стойност на показателя за страната „Брой профилактични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 18 г. по програма „Детско здравеопазване“ в СИМП през 2021 г. е 0,038 прегледа, през 2020 г. е 0,035 прегледа.

Първични/вторични прегледи на 1 ЗОЛ от 0-18 г. при специалист с придобита специалност по „Педиатрия“ по повод остри състояния през 2021 г./2020 г.

През 2021 година, средният брой отчетени първични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 18 години при специалист с придобита специалност по „Педиатрия“ за страната е 0,68 прегледа, а през 2020 г. този показател е 0,60 прегледа.

Вторичните прегледи през отчетния период на 1 ЗОЛ от 0 до 18 години при лекар специалист с придобита специалност по „Педиатрия“ средно за страната са 0,47 прегледа през 2021 г., а през 2020 г. този показател е 0,42 прегледа.

През 2021 г. съотношението между първични и вторични прегледи по повод остри състояния на ЗОЛ от 0-18 г. при специалист по педиатрия и профилни специалности средно за страната е 0,69, т.е. не надвишава допустимото съотношение 1:1. Това означава, че на 30% от преминалите деца на първичен преглед не са им извършвани и съответно отчитани вторични прегледи.

Здравноосигурителни плащания за специализирана извънболнична медицинска помощ

От общите плащания за СИМП през 2021 г. най-голямо увеличение се наблюдава при следните дейности:

- профилактични прегледи на ЗОЛ до 18 г. от лекар-специалист с придобита специалност по „Педиатрия“ – отчетени 46 хил. прегледа, което е с 3,8 хил. прегледа или с 9,0% повече от предходната година. Заплатените средства са 643,4 хил. лв., което е с 79,2 хил. лв. повече или с 14% от предходната година;

- вторични профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“ – отчетени общо 284 хил. прегледа, което е с 17,4 хил. дейности или с 6,5% повече от 2020 г. Заплатените средства са 3 978 хил. лв., което е с 418 хил. лв. повече или с 11,7% от предходната година.

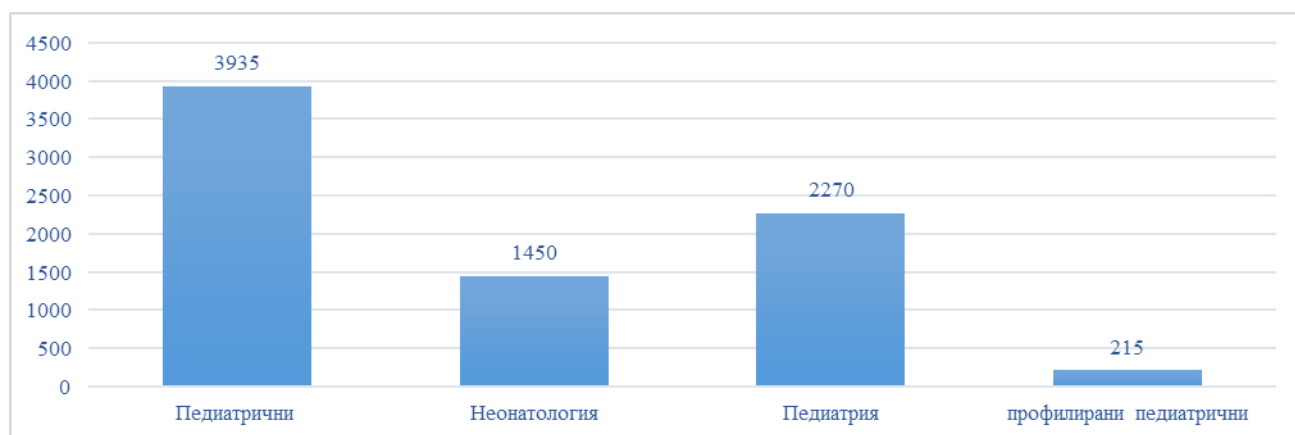
Болнична помощ

Болничната педиатрична помощ се осъществява в болници за активно лечение с разкрити структури по педиатрия, както и структури по други медицински специалности, в които се осъществява лечение на деца до 18 години по профила на заболяването.

Разкритите специализирани педиатрични легла в страната са 3935, от които 1450 легла по неонатология и 2485 легла по педиатрия. От леглата по педиатрия само 215 са специализирани по профилните детски специалности и са разкрити в лечебни заведения в градовете София, Варна и Плевен. В тази връзка следва да се има предвид, че съгласно медицинския стандарт „Педиатрия“ високоспециализирани дейности в целия обхват на детската патология могат да се извършват и в общопрофилни педиатрични структури с III

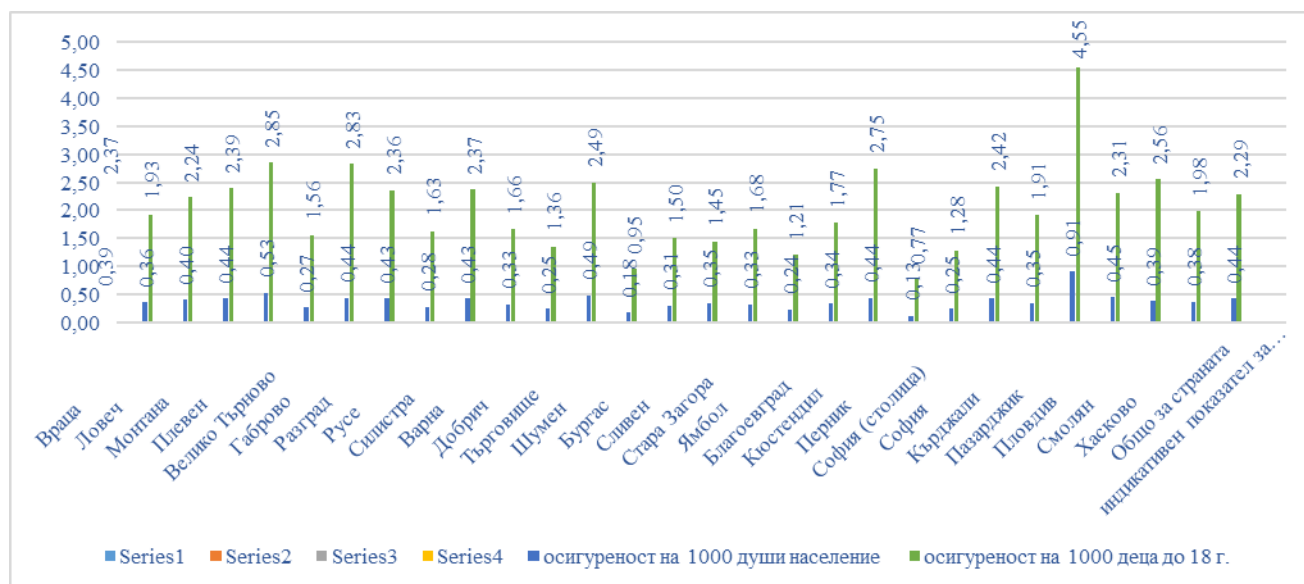
ниво на компетентност, т.е. липсата на разкрити специализирани легла не е единствен критерий за липса на капацитет за оказване на високоспециализирана педиатрична грижа.

Фиг.8 Налични педиатрични легла по видове, България, 2021г.



Осигуреността с легла в областите варира значително – от 0,77 на 1000 деца в област Перник до 4,55 на 1000 деца в Област Пазарджик, което трудно би могло да бъде обяснено с вариации в здравни статус на децата.(фиг.9)

Фиг.9 Осигуреност с педиатрични легла на 1000 души население/на 1000 деца до 18 г. по области, България 2021 г.



Тези диспропорции се намаляват на регионално ниво, но остават значими.

Анализът на данните за настоящото състояние на педиатричната помощ в страната показва, че на областно ниво (NUTS 3) е осигурен достатъчен капацитет за покриване на 3-то ниво на болнично обслужване (базови болнични услуги) в обхвата на специалността

педиатрия, който надвишава определените потребности при настоящият брой на детското население на страната.

По данни на НЦОЗА годишната използваемост на педиатричните легла през 2021 г. е 52%, т.е. фактически използваните легла⁷ са 1292. Доколкото, дори и според оптимистичните демографските прогнози, този брой няма да се увеличава, то този капацитет е в състояние да покрие и дългосрочните нужди от педиатрични грижи в болнични условия.

По-детайлният анализ на ситуацията по области обаче показва, че част от този болничен капацитет е осигурен в малки болници с местно значение, които осигуряват добър достъп до болнични услуги, но са с изчерпващи се възможности по отношение на предоставянето на качествени и комплексни педиатрични грижи на място. Често тези болници осъществяват трансфер на пациенти до по-големите болници с областно значение.

Необходимо е да се намери добър баланс между възможностите за добър достъп и предоставяне на услуги в общността и гарантирането на подходящото ниво на болнично лечение. В тази връзка от ключово значение е подкрепата за педиатричните структури на ниво област, които могат да осигурят необходимия обем и качество на грижата за малките пациенти.

По данни на РЗИ голяма част от педиатричните структури имат нужда от подобряване на материално-техническата база, включващо осигуряване на необходимото оборудване за гарантиране на качеството на лечебно-диагностичния процес и създаване на безопасна и приветлива среда за малките пациенти.

Анализът на данните за осигуреността с легла по неонатология показва, че на национално, регионално и областно ниво е налице необходимия капацитет за посрещане на нуждите от неонатологична помощ.

Във всички области на страната (с изключение на област Видин) има функциониращи структури по неонатология с най-малко II ниво на компетентност, осигуряваща базово ниво болнична неонатологична помощ – в градовете областни центрове от 1-во, 2-ро и 3-то ниво. Във всички региони на страната – в градове от 1-во и 2-ро ниво има функциониращи структури по неонатология с III ниво на компетентност, осигуряващи специализирана болнична неонатологична помощ. На територията на гр. София има функциониращи 3 структури по неонатология, осигуряващи високоспециализирана неонатологична помощ за новородени деца от цялата страна.

По данни на РЗИ структурите по неонатология са добре осигурени с материално-техническа база и ресурси, в резултат на дългосрочна политика за подкрепа на неонатологичната помощ в страната, в т.ч. чрез средства от ЕС.

Проблемите в грижата и лечението на децата са ясно очертани на територията на цялата страна, но най-вече в гр. София, където проблемът не е толкова липсата на специалисти, а обстоятелството, че на фона на голямото потребление на медицински услуги за децата от цялата страна, педиатричната помощ се оказва на различни места, отдалечени едно от друго, в зависимост от вида на услугите, което създава разпокъсаност в медицинското обслужване.

Големият брой лечебни заведения в София, които оказват медицинска помощ за деца в различни направления, въпреки осигуреността с висококвалифицирани медицински специалисти и високоспециализирана апаратура, в много случаи поради разпокъсаността на териториален принцип създава предпоставки за затруднения в достъпа на децата до навременна качествена медицинска помощ. С това правото на навременен достъп на децата

⁷ Фактически използвани легла, съгласно т. 19 от Допълнителните разпоредби на Наредба № 49 от 18 октомври 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи, са болнични легла, които са разкрити, осигурени и заети 365 дни в годината.

до необходимата специализирана медицинска помощ е недостатъчно гарантирано и създава предпоставки за неравнопоставеност на децата, особено за тези от рискови и уязвими групи.

Този проблем се отразява негативно. На първо място, на децата пациенти и на техните родители. Понастоящем, както структурите за педиатрична помощ са в отделни лечебни заведения, така и грижата за децата е разпокъсана, като това затруднява семействата им, води със себе си социални, здравни и икономически проблеми. При наличие на сложен или неясен медицински проблем, детето често се налага да обиколи няколко болници, докато попадне на необходимите специалисти.

Проблемът е очертан в случаите на спешност, когато в кратки срокове следва да се окаже необходимата медицинска помощ на детето от точните специалисти и в лечебно заведение, което има нужната апаратура и оборудване за справяне с проблема.

Проблем се явява и случаите на заболявания и състояния при деца с мултидисциплинарен характер, при които съществува необходимост от едновременно проследяване и лечение от различни по вид медицински специалисти на едно място, което е особено ярко представено при децата с редки заболявания. Разпокъсаността на настоящия етап на медицинската помощ не предоставя достатъчно условия за комплексно медицинско обслужване, което е една от основните целеви препоръки за развитие на детското ни здравеопазване на настоящия етап.

Посоченото по-горе отразява предпоставките като цяло за недостатъчно обезпечени условия за качествено медицинско обслужване на децата както в София, така и на тези деца от цялата страна.

Разпръснатата в различни лечебни заведения педиатрична здравна мрежа в София изключително много затруднява също така обучението на студентите и специализантите в областта на педиатрията, тъй като не е възможно на едно място да им се покаже интегралността на специалността Педиатрия. Освен това, поради липсата на тясна всекидневна комуникация между отделните педиатрични специалности, се губи общият поглед върху проблемите на малките пациенти. Това, освен че вреди на възможностите за навременна и точна диагностика и лечение, оказва негативно влияние на квалификацията на самите лекари. При разпръсване на отделните специалности в различни точки на града, с времето настъпва деквалификация сред специалистите, които работят по определен тесен проблем.

Човешки ресурси

Броят на лекарите – специалисти по Педиатрия в страната през 2021 г. е 1 408 (на 1 412 и 1 416 за предходните години). В структурата на лекарите-специалисти по специалности тези специалисти са 4.8% (между 6.2% и 3.4% в различните години). Като основен проблем се очертава устойчива тенденция на намаляване и застаряване на лекари и други медицински специалисти за обслужването на деца.

Броят на лекарите – специалисти, упражняващи специалността си през 2021 г. по отделните медицински специалности с детска насоченост е, както следва:

Детска гастроентерология – 15;

Детска ендокринология и болести на обмяната – 28;

Детска кардиология – 39;

Детска клинична хематология и онкология – 29;

Детска неврология - 25;

Детска нефрология и хемодиализа – 11;

Детска пневмология и фтизиатрия – 46;

Детска психиатрия – 22;

Детска ревматология – 11;

Детска хирургия – 65

При специалностите детски профил в национален мащаб се установява недостиг и въпреки тенденцията за нарастване на броят на лекарите по всички специалности за последните две години, траен остава дефицитът и намаляването с годините на броят на тези

специалисти, особено в по-малките области на страната. Дефицит се наблюдава и по отношение на лекарите – неонатолози (общо 259 за страната), като в някои от областите има само по един специалист.

По данни на НЗОК разпределението на лекарите със специалност с детска насоченост, в договорите за болнична помощ, е силно неравномерно на територията на страната. В много от областите липсват лекари по голяма част от видовете специалности по детски болести, което налага при необходимост от специализирана болнична медицинска помощ лечението да бъде осъществявано в друга област, където такива специалисти са налични. От общия брой специалисти в град София са 420 (21%), от които 239 са педиатрите (18% от специалистите в гр. София). В петте града с най-голям брой население от възрастовата група 0 – 19 години (София, Пловдив, Варна, Бургас и Стара Загора) са концентрирани 890 от специалистите, което е близо половината от наличните човешки ресурси за цялата страна (45%), от тях 534 са педиатрите (41%).

Лечение в чужбина

Като възможност за предоставяне на медицинска помощ на деца в случаите, когато такава не може да бъде осъществена своевременно в страната ни или за съответните диагностични и лечебни процедури няма условия за извършването им в България, от НЗОК се издава предварително разрешение за планово лечение в чужбина.

За периода от 01.04.2019 г. до 12.06.2020 г. са одобрени общо 224 заявления от общо 304 подадени заявления за лечение в чужбина и 32 – за продължаване на лечението и контролни прегледи в лечебно заведение в чужбина. Заболяванията, които налагат изпращане на деца за лечение в чужбина, обхващат тежко протичащи диагнози от различни класове болести, изискващи високоспециализирано лечение, вкл. трансплантации.

Здравно обслужване извън обхвата на задължителното здравно осигуряване

Извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, чрез бюджета на Министерство на здравеопазването и чрез изпълнението на национални програми, се финансират различни дейности, които осигуряват качествени и достъпни грижи в областта на майчиното и детско здраве, независимо от здравноосигурителния статус на лицата.

Чрез Наредба № 26 от 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, са гарантирани медицинските услуги, свързани с акушерска помощ на здравно неосигурени жени и провеждането на масов неонатален скрининг за три редки заболявания - фенилкетонурия, вроден хипотиреоидизъм и вродена надбъбречна хиперплазия. Тези заболявания представляват значим здравен проблем, като същевременно могат да бъдат открити в ранен, клинично неизявен стадий. С осъществяването на скрининговите изследвания на всички новородени се дава възможност да се открият в най-ранен етап засегнатите деца, което позволява стартиране на адекватна и навременна терапия за предотвратяване на последващите усложнения на заболяването.

От 2014 г. в страната се реализират дейности по Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020, финансирана със средства от държавния бюджет. След направен анализ на приложението на програмата и постигнатите резултати, дейностите по нея бяха продължени до 2030 г. с Решение на МС № 333 от 9 април 2021 г. за приемане на Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021-2030.

В рамките на програмата за бременни, родилки и деца се осигуряват медицински и здравни грижи извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, които имат значим здравен ефект. За целта бяха разкрити 31 Здравно-консултативни центъра (ЗКЦ) във всички области на страната в МБАЛ с над 50 % държавно участие в капитала, както и в някои специализирани и университетски болници в София, Пловдив, Варна и Плевен.

В ЗКЦ в МБАЛ по програмата се предоставят информационни дейности, специализирани консултации от медицински и немедицински специалисти, включително и

от психолози, за деца с увреждания и деца с хронични заболявания, родилки и бременни с патология на бременността в хода на тяхното болнично лечение и/или амбулаторно проследяване и лечение. Чрез ЗКЦ се финансират и допълнителни консултации при наличие на заболявания, възникнали по време на бременността, в т.ч. допълнителен преглед от специалист по АГ освен прегледът, който се полага съгласно Наредба № 26 от 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. Чрез ЗКЦ се организират и домашни посещения на деца с увреждания и хронични заболявания и недоносени деца до 1 година, за които специалист от лечебното заведение е преценил необходимостта от провеждане на консултация в домашни условия.

Чрез ЗКЦ в УМБАЛ се финансира и извършване на лабораторни изследвания и консултации в рамките на биохимичен скрининг за бременни за оценка на риска от раждане на дете с болест на Даун, други анеуплоидии, спина бифида, аненцефалия и тежък дефект на коремната стена. В тези лечебни заведения са създадени и комисии от висококвалифицирани специалисти, които изготвят планове за комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване и продължителна здравна грижа на деца с хронични заболявания (диабет, вродени сърдечни малформации, вродени лицеви малформации, вродени неврологични заболявания, вродени хематологични заболявания и недоносени деца). Комисиите изготвят индивидуални медико-социални планове за децата в зависимост от конкретното състояние.

Чрез програмата е въведен и масов неонатален слухов скрининг с цел ранно откриване и навременна интервенция при увреждане на слуха при новородени. Той се провежда във всички лечебни заведения с разкрити АГ и неонатологични структури, като годишно обхватът достига 87 % от новородените.

За подобряване на здравните услуги за деца и навременното им насочване към необходимия вид диагностика и лечение, на СБАЛДБ „Проф. Ив. Митев“ ЕАД в качеството ѝ на високоспециализирана болница в областта на диагностиката и лечението на деца, беше възложено изготвянето на оценка на необходимостта от ранна интервенция при рискове и проблеми в здравето и развитието на децата. Оценката се изготвя за всеки пациент, хоспитализиран в лечебното заведение, като включва данни за общия здравен статус на пациента при дехоспитализацията, препоръки за наблюдение на развитието на детето, включително и за прилагане на хранителен режим, както и информация за необходимостта от последващо наблюдение и допълнителни консултации с медицински и немедицински (логопед, психолог и др.) специалисти.

Чрез Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 – 18 години се финансират дейности за подобряването на оралното здраве на децата. Първата програма стартира през 2009 г. за срок от 5 години (2009 - 2014), впоследствие са приети програми за периодите 2015 - 2020 и 2021 - 2025, чрез които се осигурява устойчивост и надграждане на постигнатите резултати.

В рамките на програмата се провежда ежегодно силанизиране на първите постоянни молари през първите 2 - 3 години от пробива им на деца на възраст 5-8 години. Освен това ежегодно се организират информационни кампании за повишаване нивото на информираност сред населението за оралните заболявания, със специална насоченост към родители, учители, бременните, децата и учениците относно правилна устна хигиена, правилно хранене, значението и средствата за орална профилактика.

Чрез Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2021 - 2024 г. се цели снижаване на заболяемостта от рак на маточната шийка, чрез имунизационна защита на момичета между 10 и 13-годишна възраст от онкогенни папиломавирусни инфекции. В рамките на програмата се изпълняват дейности насочени към продължаване на широката информационна кампания за значимостта на рак на маточната шийка и възможностите за първична профилактика чрез имунизация, както и идентифициране, консултиране и обхващане с имунизацията срещу човешки папилома вирус на момичета между 10 и 13-годишна възраст.

Чрез Националната програма за профилактика на ротавирусните гастроентерити 20122 - 2025 г. се цели чрез специфична профилактика на деца от 6-седмична възраст да се постигне намаляване на общата заболяемост от ротавирусните гастроентерити (РГЕ), включително и на тежките му форми, налагащи хоспитализация. Ваксинацията срещу РГЕ води до 85% - 95% намаление на хоспитализациите, спешните прегледи и разходите за лечение на РГЕ. Основен приоритет на Националната програма е постигане на високо ваксинално покритие при основната целева група срещу ротавирусната инфекция. В нея са заложили дейности за информиране на населението относно рисковете от ротавирусната инфекция и свързаните с тях гастроентерити, както и за профилактичния ефект на ваксините.

През 2021 г. с Решение № 552 от 28.07.2021 г. от Министерския съвет е приета Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (НППХНБ) 2021-2025 г., която е продължение на предходната Програма 2014-2020 г.

Програмата има за цел редуциране нивото на общите за ХНБ, най-често срещани рискови фактори: поведенчески, биологични и психо-социални, чрез намаляване разпространението на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, подобряване на храненето и увеличаване на физическата активност. Всички заложили мерки в нея са съобразени с Европейската стратегия за контрол на тютюна, Рамковата конвенция за контрол на тютюна, както и с решенията и препоръките на ЕС, свързани с ограничаване на тютюнопушенето.

ИЗВОДИ

Анализите на състоянието на детското здраве по ключови показатели, съпоставено със страните от Европейския регион, очертават някои трайно негативни и тревожни тенденции, голяма част от които се дължат на затруднен достъп на групи от населението до качествено здравеопазване, включително и до лекарства и ваксини, здравословна храна, висококвалифицирана медицинска помощ. Пандемията от COVID 19 засегна особено тежко най-уязвимите групи и отправи допълнителни предизвикателства пред общественото здравеопазване, като задълбочи здравните неравенства.

Съществените разлики в детската смъртност по населени места, насочва към планиране на мерки за подобряване на качеството на детското здравеопазване в отдалечените и слабо обезпечени с ресурси региони, както и за намаляване на здравните неравенства при достъпа до здравни услуги (финансовото и кадрово обезпечаване, включително за провеждане на дейности по профилактика и промоция на здраве със семействата, предоставяне на мобилни услуги и от екипи, където няма добре изградена мрежа от структури за извънболнична помощ. Колаборацията с други сектори (социалния, образователния, общински структури и др.) са важен елемент за постигането на тази цел.

Тревожна тенденция за последните години е водещото място в структурата на регистрираните заболявания при учениците на наднорменото тегло, затлъстяването, зрителните аномалии и гръбначните изкривявания, което обуславя необходимостта от прилагането на ефективни мерки за превенция, скринингови програми за ранно откриване на нарушения и насочване за своевременна интервенция, както и здравно-промотивни програми за подобряване здравето на учениците чрез различни форми на физическа активност, включително и масов спорт в и извън училище, спазване на здравните изисквания за учебното натоварване и при работа с видеодисплеи и насърчаване на здравословен начин на живот.

Основните идентифицирани проблеми и предизвикателства са:

➤ **Влошени показатели за детско здраве**, в т.ч.:

- високи нива на смъртност на децата във всички възрастови групи, значително по-високи от средноевропейските показатели
- висока честота на родените недоносени деца и родени малки за гестационната си възраст;
- висока честота на децата с увреждания и с хронични заболявания;

- висока честота на заболявания при децата и подрастващите, свързани с нездравословен начин на живот и рисково поведение;

- високо разпространение на вредни навици и нездравословно поведение сред подрастващите и младите хора.

➤ **Липса на фокус върху промоцията на здраве, профилактиката и превенцията на заболяванията, в т.ч.:**

- липса на универсални здравни грижи за всички бременни жени, независимо от техния здравноосигурителен статус;

- непълен обхват с профилактични прегледи с намаляване на обхванатите с възрастта на децата, както и на задължителните имунизации и реимунизации;

- недостатъчни възможности за ранна диагностика на заболявания чрез скринингови методи;

- недостатъчен капацитет за детска психиатрична помощ и превенция на психичните заболявания при деца;

- недостатъчни възможности за ранно разпознаване на затруднения в развитието на децата от специалистите в системата на първичната и специализираната доболнична помощ;

- липса на общообразователни превантивни кампании, насочени към децата и техните родители;

- липса на системно здравно образование на учениците, насърчаващо към здравословен начин на живот.

➤ **Здравна система, несъобразена с нуждите на децата и семействата и създаваща неравенства в достъпа, в т.ч.:**

- неравномерно териториално разпределение на структурите от националната здравна мрежа и липса на механизми за взаимодействие между тях, затрудняващо достъпа до отделните видове медицинска помощ;

- недостатъчен капацитет на първичната и специализирана извънболнична медицинска помощ за осигуряване на достъп с гарантирано качество на всички нуждаещи се;

- липса на единна структура за болнична помощ, която да оказва комплексна всеобхватна диагностично-лечебна помощ за деца - национална педиатрична болница;

- недостатъчни възможности за прилагане на нови, високотехнологични методи за лечение на деца, особено при онкологични заболявания;

- липса на развити патронажни грижи за бременни и деца, в т.ч. за деца от уязвими групи;

- недостатъчен капацитет за комплексни медицински грижи за деца с физически и психически увреждания и хронични заболявания;

- липса на механизъм за целево финансиране на дейности в системата за детско здравеопазване, обвързани с приоритетни политики и здравни резултати.

➤ **Недостиг на компетентни и мотивирани човешки ресурси**

- нарастващ риск от дефицит на кадри поради неблагоприятна възрастова структура и увеличаваща се средна възраст на медицинските специалисти;

- неравномерно териториално покритие и осигуреност с кадри (общопрактикуващи лекари, лекари със специалност по педиатрия и други специалности детски профил, професионалисти по здравни грижи и др.);

- концентрация на по-висок кадрови и инфраструктурен потенциал в няколко области в страната и дефицит в отдалечени и труднодостъпни райони и малки населени места;

- липса на осигурени благоприятни условия за продължаващо медицинско обучение на работещите в системата за детско здравеопазване.

Установените дефицити насочват към адресиране на очертани и в сесиите на асамблеята на СЗО приоритетни за здравните системи области, като гарантиране на здраве за всички чрез универсално здравно покритие, създаване и укрепване на интегрирани здравни услуги достигащи до всеки нуждаещ се, промоция на здраве през целия жизнен цикъл,

укрепване и устойчивост на здравните системи, проблеми на работната сила в здравеопазването.

Анализът на актуалната ситуация очертава като важен акцент и устойчивостта на инвестициите в детското здравеопазване, отделянето на повече средства за превенция и продължаващи здравни грижи. Поради значимостта и спецификата на потребностите е необходимо насочване на вниманието към намирането на адекватни решения за посрещане на специфичните здравни потребности на уязвими групи от населението-недоносените деца, децата с увреждания и от семействата, живеещи в бедност и в материални лишения, както и съобразяване с потребностите свързани със спецификата на отделните възрастови периоди (ранното детство, юношеството, младостта) за гарантиране постигането на глобалната цел, залегнала в европейските стратегически документи: „Здраве през целия живот“.

Приложение № 2

ЦЕЛЕВИ СТОЙНОСТИ НА КЛЮЧОВИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА НСДЮЗПГ 2030

Ключов показател	на 1 000 деца в съответната възрастова група		Целеви стойности по години за периода на изпълнение на Стратегията							
	РБ 2021	ЕС-27 2021	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Детска смъртност от 0 до 1 г.	5,6	3,3	5,6/-	5,3	5,0	4,8	4,2	3,9	3,6	3,3
	% намаление спрямо 2021 г.		0/+	5	10	15	25	30	35	40
Перинатална детска смъртност	8,8	2,5	8,8/-	8,4	7,9	7,5	7,0	6,2	5,3	4,4
	% намаление спрямо 2021 г.		0/+	5	10	15	20	30	40	50
Неонатална детска смъртност	3,1	2,5	3,1/-	3,0	2,9	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5
	% намаление спрямо 2021 г.		0/+	3	6	9	14	15	18	20
Смъртност при децата до 15 г.	0,45	0,29	0,45/-	0,43	0,41	0,38	0,36	0,34	0,32	0,29
	% намаление спрямо 2021 г.		0/+	5	10	15	20	25	30	35
Смъртност при децата от 15 до 19 г.	0,39	0,23	0,45/-	0,37	0,35	0,33	0,29	0,27	0,25	0,23
	% намаление спрямо 2021 г.		0/+	5	10	15	25	30	35	40

Ключов показател	% имунизирани и реимунизирани	Целеви стойности по години за периода на изпълнение на Стратегията							
	2021	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Обхват със задължителни имунизации (трети прием) и реимунизации (% имунизирани и реимунизирани) срещу									
Туберкулоза (имунизирани новородени)	96.7	97,1	97,2	97,3	97,5	97,6	97,7	97,8	98
Дифтерия, тетанус, коклюш, хепатит Б, полиомиелит и хемифилус инфлуенце тип Б	89.5	92,3	93,3	94,3	95,2	95,4	95,6	96,8	97
Морбили, паротит и рубеола (имунизирани на 13 месеца)	88.7	92,0	92,4	92,4	92,8	93,4	93,8	94,5	95,0
Морбили, паротит и рубеола (реимунизирани на 12 години)	85.8	87,8	88,2	88,6	89,0	90,5	91,0	91,5	92,0
Тетанус, дифтерия и коклюш (реимунизация на 12 години)	88.6	87,8	89, 5	89,8	90,2	90,6	91,0	92,0	93,0
Тетанус и дифтерия (реимунизация на 17 години)	74.7	80,8	81,3	82,0	83,0	84,0	85,0	86,0	87,0

Източник: МЗ

Ключов показател	% деца	Целеви стойности по години за периода на изпълнение на Стратегията							
	2021	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Деца с физическо развитие в норма за ръст									
0-6 годишни	97,2	97,2	97,3	97,3	97,4	97,4	97,5	97,5	97,6
7-19 годишни	94,4	94,4	94,5	94,5	94,6	94,6	94,7	94,7	94,8
Деца с физическо развитие в норма за телесна маса									
0-6 годишни	96,3	96,3	96,4	96,4	96,5	96,5	96,6	96,6	96,7
7-19 годишни	92,3	92,3	92,4	92,4	92,5	92,5	92,6	92,6	92,7
Деца с наднормено тегло и затлъстяване									
0-6 годишни	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	2,1	2,0	2,0
7-19 годишни	5,6	5,6	5,5	5,4	5,3	5,3	5,2	5,2	5,1

Източник: НЦОЗА

Ключов показател	на 1 000 прегледани деца в съответната възрастова група	Целеви стойности по години за периода на изпълнение на Стратегията							
	2021	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Регистрирани заболявания при основен профилактичен преглед (на 1000 прегледани)									
Очни болести									
0-6 годишни	7,63	7,63	7,62	7,62	7,61	7,61	7,60	7,60	7,60
7-19 годишни	18,4	18,4	18,4	18,3	18,3	18,3	18,2	18,2	18,0
Заболявания на опорно двигателния апарат									
0-6 годишни	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13
7-19 годишни	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8
Затлъстяване									
0-6 годишни	6,35	6,35	6,33	6,33	6,32	6,32	6,31	6,30	6,30
7-19 годишни	21,67	21,67	21,0	21,0	19,5	19,5	19,0	19,0	18,5

Източник: НЦОЗА

Ключов показател	% деца	Целеви стойности по години за периода на изпълнение на Стратегията							
	2021	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Обхват с основен профилактичен преглед на деца, посещаващи детско заведение или училище									
0-19 годишни	83,6	83,6	84,0	85,0	87,0	89,5	92,0	94,0	95,0

Източник: НЦОЗА

Списък на съкращенията:

МЗ – Министерство на здравеопазването

МТСП – Министерство на труда и социалната политика

МОН – Министерство на образованието и науката

МЗХ – Министерство на земеделието и храните

МЕУ – Министерство на електронното управление

ММС – Министерство на младежта и спорта

МК – Министерство на културата

МРРБ – Министерство на регионалното развитие и благоустройството

РЗИ – Регионални здравни инспекции

НЦОЗА – Национален център за опазване на общественото здраве и анализи

НСИ – Национален статистически институт

НЗОК – Национална здравна осигурителна каса

ДАЗД – Държавна агенция за закрила на детето

АСП – Агенция за социално подпомагане

ПИЦПН – Превантивно-информационен център по проблемите на наркоманиите

РУО – Регионално управление на образованието

БЛС – Български лекарски съюз

НПО – Неправителствени организации

БАПЗГ – Българска асоциация на специалистите по здравни грижи

АБА – Алианс на българските акушерки

НСОПЛБ – Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България
БПА – Българска педиатрична организация
НСОРБ – Национално сдружение на общините в Република България
БЧК – Български червен кръст
ВУ – Висши училища
МУ – Медицински университет
ЛЗ – Лечебни заведения
ЕС – Експертни съвети
НМЗМ – Национална мрежа на здравните медиатори
СМИ – Средства за масова информация
НПВУ – Национален план за възстановяване и устойчивост
ЛЗПБ – Лечебни заведения за болнична помощ
ЦСМП – Център за спешна медицинска помощ
ДТПА – Диагностично терапевтични протоколи и алгоритми
СМП – Спешна медицинска помощ
АГ – Акушерство и гинекология
ЗЗ – Здравни заведения
НЗИС – Национална здравно информационна система
ВРБ – Второстепенни разпоредители с бюджет
ИБМП – Извънболнична медицинска помощ
БМП – Болнична медицинска помощ
ДМСГД – Дом за медико социални грижи
ЦСЗСГДУ с ППМГ – Център за специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания с потребност от постоянни медицински грижи
ЦКОДУХЗ – Центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания
НАПОО – Националната агенция за професионално образование и обучение
НЦЗПБ – Национален център по заразни и паразитни болести
НЦРРЗ – Национален център по радиобиология и радиационна защита
ПРЧР – Програма „Развитие на човешките ресурси“ 2021 – 2027
ОПРР – Оперативна програма „Регионално развитие“ 2021 – 2027
ПРР – Програма „Развитие на регионите“ 2021-2027

НППДМЗ – Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве и педиатрична грижа

НСДЮЗПГ – Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа 2030

GYTS – Global Youth Tobacco Survey (Глобалното проучване на тютюнопушенето при учениците)

ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Европейският училищен изследователски проект за алкохол и други наркотици)

ЗКЦ – Здравно консултативен център

СО – Спешно отделение