

ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПОЛИТИКИТЕ ЗА ПЪЛНОЦЕННА ГРИЖА ЗА ДЕЦАТА ДО 3-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ В БЪЛГАРИЯ, ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ И ДРУГИ СТРАНИ

Част I.: Проучване на ефективни решения, прилагани в страни-членки на ЕС и други страни за превенция и/или елиминиране на пропуски в ключови политики за ранно детско развитие – анализ на практики с доказана ефективност за пълноценна грижа за детето до 3 годишна възраст

СОФИЯ, 2020



 **ТРЪСТ
ЗА СОЦИАЛНА
АЛТЕРНАТИВА**



**С грижа
от 0 до 3**

Изследване на политиките за пълноценна грижа за децата до 3-годишна възраст в България, Европейския съюз и други страни

Част I.: Проучване на ефективни решения, прилагани в страни-членки на ЕС и други страни за превенция и/или елиминиране на пропуски в ключови политики за ранно детско развитие – анализ на практики с доказана ефективност за пълноценна грижа за детето до 3 годишна възраст

София, 2020

Съдържание

Резюме.....	7
1 Въведение.....	17
2 Методология.....	22
2.1. Избор на държави.....	22
2.2. Ключови изследователски въпроси и критерии за избор на решения в политиката.....	27
2.3. Етапи и методи на събиране на информация и анализ.....	29
2.4. Ограничения на проучването.....	30
3 Обзор на данните от направените проучвания.....	31
4 Контекстуален анализ на национални политики – специфики и възможности за подобряване на политиките в подкрепа на пълноценната грижа за детето. Проучване на опит на държави със сходен профил на България.....	31
5 Успешни решения в основните области на застъпничество в държави със сходен социално-икономически статус.....	35
5.1. Достъп до здравни услуги за деца на възраст до 3 г., бременната жена и майка.....	35
5.1.1. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 1: Достъп до пренатална грижа на здравно неосигурени бременни жени, живеещи в бедност (България, Хърватия, Естония).....	35
5.1.2. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 2: Здравни грижи за новородени чрез домашни посещения от личните лекари и / или педиатри (България, Словения).....	47
5.2. Услуги в подкрепа на ранното учене и полагане на отзивчиви грижи за детето.....	54
5.2.1. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 1: Национални програми за домашни посещения в подкрепа на отговорната грижа през първите 1000 дни от развитието на детето.....	54
5.2.2. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 2: Услуги в подкрепа на ранното учене и полагане на отзивчива грижа за деца на възраст до три години.....	63
5.3. Сигурна и безопасна среда за детското развитие.....	74
5.3.1. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 1: Достъп до здравни и други обществени услуги на бременни жени и майки на деца до тригодишна възраст без лични документи и адресна регистрация.....	74
5.3.2. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 2: Общностни услуги в подкрепа на позитивното родителство в неблагоприятна среда.....	84
5.4. Услуги в подкрепа на пълноценното хранене на бременните жени, кърмачките и малките деца, живеещи под прага на бедността.....	90
5.4.1. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 1: Интегриран модел на услугите за РДР и хранителни програми за уязвими семейства с малки деца, живеещи под прага на бедност.....	90
5.4.2. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 2: Достъп до услуги за здравословно хранене на децата, живеещи в бедни райони.....	97
6 Развити модели за пълноценна грижа за деца до 3-годишна възраст в европейски държави.....	102
7 Обобщения.....	111
8 Приложения.....	114
Приложение 1 Списък на прегледаните документи.....	114
Приложение 2 Въпросници за самостоятелно попълване и дълбочинни интервюта.....	126

Използвани съкращения

АСП – Агенция за социално подпомагане

ВКБООН – Върховен Комисариат за бежанците към ООН

ГРАО – Гражданска регистрация и административно обслужване

ДК – Детска кухня

ЕК – Европейска комисия

ЕС – Европейски Съюз

ЕСГРАОН – Единна система за гражданска регистрация и административно обслужване на населението

ЗГР – Закон за гражданската регистрация

ЗБЛД – Закон за българските лични документи

ЗЗ – Закон за здравето

ЗЗД – Закон за закрила на детето

ЗЗО – Закон за здравното осигуряване

ЗМБ – Звено „Майка и бебе“

ЗСП – Закон за социално подпомагане

МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

МВР – Министерство на вътрешните работи

МРРБ – Министерство на регионалното развитие и благоустройството

МЗ – Министерство на здравеопазването

МТСП – Министерство на труда и социалната политика

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НПО – Неправителствена организация

НРД – Национален рамков договор

ОГРДВ – Образование и грижа в ранна детска възраст

ОКАР – Общинска комисия за адресна регистрация

ОПЛ – Общопрактикуващ лекар

ОПРЧР – Оперативна програма Развитие на човешките ресурси

РДР – Ранно детско развитие

СЗО – Световна здравна организация

ТСА – Тръст за социална алтернатива

УНИЦЕФ – Детски фонд на организацията на обединените нации (United Nations International Children’s Emergency Fund)

ЦМДЗ – Център за майчино и детско здраве и развитие

ЦОП – Център за обществена подкрепа

ЦРДУ – Център за работа с деца на улицата

ЦСРИ – Център за социална рехабилитация и интеграция

Дефиниции на основни понятия

Дете – Закон за закрила на детето (ЗЗД): Дете по смисъла на този закон е всяко физическо лице до навършването на 18 години.¹

Дете в риск - В Допълнителните разпоредби на ЗЗД е дадено следното определение:

а) чиито родители са починали, неизвестни, лишени от родителски права или чиито родителски права са ограничени, или детето е останало без тяхната грижа;

б) което е жертва на злоупотреба, насилие, експлоатация или всякакво друго нехуманно или унижително отношение или наказание в или извън семейството му;

в) за което съществува опасност от увреждане на неговото физическо, психическо, нравствено, интелектуално и социално развитие;

д) за което съществува риск от отпадане от училище или което е отпаднало от училище.

Ранно детско развитие - Понятието обхваща физическото, социално-емоционалното, когнитивното и двигателно развитие на децата в възрастовия период от 0 до 8 години. Този период на детското развитие изисква система от междусекторни интервенции за деца, техните родители и хората, полагащи грижи за деца, за да се постигнат сигурност и максимални резултати в развитието на детето.²

Пълноценна грижа за детето - За да достигнат пълния си потенциал, децата се нуждаят от петте компонента на пълноценната грижа: Добро здраве, Адекватно хранене, Отговорни грижи, Сигурност и безопасност, Възможности за ранно учене³. Пълноценната грижа се отнася до условия, създадени в резултат от публични политики, програми и услуги. Тези условия дават възможност на общностите и лицата, предоставящи грижи, да осигурят добро здраве и хранене на децата и да ги предпазят от заплахи. Пълноценната грижа също така означава да се даде възможност на малките деца да започнат да учат рано на базата на отзивчиво и емоционално подкрепящо взаимодействие.

Позитивно родителстване: родителско поведение, основаващо се на най-добрия интерес на детето, което е възпитателно, овластяващо, ненасилствено и предоставя признание и насоки, което включва поставяне на граници, за да се даде възможност за пълноценното развитие на детето⁴.

Пренатална грижа - Здравните грижи, които бременната жена получава от акушер-гинеколог или акушерка.⁵

Постнатална грижа - Следродилният (или постнаталният) период започва веднага след раждането, тъй като тялото на майката, включително нивата на хормоните и размера

¹ Закон за закрила на детето, чл. 2. Достъпен на: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134925825>

² UNICEF. The State of the World's Children. 2001. Документът е достъпен на: <https://www.unicef.org/sowc01/1-4.htm>. Вж. също World Bank. What matters most for Early Childhood Development: A Framework Paper. January 2013. Документът е достъпен на: http://wbgfiles.worldbank.org/documents/hdn/ed/saber/supporting_doc/Background/ECD/Framework_SABER-ECD.pdf

³ UNICEF, World Bank Group, World Health Organization. Nurturing Care for Early Childhood Development: A Framework for Helping Children Survive and Thrive to

Transform Health and Human Potential. Документът е достъпен на: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>

⁴ Council of Europe Recommendation Rec(2006)19 on policy to support positive parenting, retrieved from: https://www.coe.int/t/dc/files/Ministerial_Conferences/2009_family_affairs/Positive_Parenting_en.pdf

⁵ https://www.medicinenet.com/prenatal_care/definition.htm

на матката, се връща в небременно състояние. Термините пуерпериум, пуерперален период или непосредствен следродилен период обикновено се използват за означаване на първите шест седмици след раждането.⁶

Социални услуги - дейности за подкрепа на лицата за:

1. превенция и/или преодоляване на социалното изключване;
2. реализиране на права;
3. подобряване качеството на живот.

Социалните услуги се основават на социална работа, индивидуален подход и индивидуална оценка на потребностите.

В зависимост от възрастта на потребителите социалните услуги могат да са за деца и за пълнолетни лица.⁷

Семейство - включва съпрузите, ненавършилите пълнолетие деца, както и навършилите пълнолетие, ако продължават да учат, до придобиване на средно образование, но не по-късно от 20-годишна

възраст (родени, припознати, осиновени, доведени, заварени, с изключение на сключилите брак).⁸

Семейно-ориентиран подход - поставянето на семейството в центъра на професионалните усилия включва следните водещи принципи за членовете на семейството: участие в дефинирането на проблема и избора на услуга, оценката на потребностите, планирането и реализирането на интервенцията, отношенията със социалните работници и анализът на резултатите. В допълнение доминиращият от семейна ориентация стил предполага и подчертава сътрудничеството, при което професионалистите и семействата са равноправни партньори и работят заедно като екип за постигане на съвместно дефинирани цели.⁹

Общностен подход - фокусира се върху развитието на общността, окуражавайки местните хора да поемат контрол върху местните ресурси и да бъдат активни във вземането на решения¹⁰.

⁶ https://en.wikipedia.org/wiki/Postpartum_period

⁷ Закон за социалните услуги, чл. 3, ал. 1., чл. 14

Документът е достъпен на:

<https://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/2137191914>

⁸ Правилник за прилагане на закона за социално подпомагане, Допълнителни разпоредби, пар. 1, т. 2.

Документът е достъпен на:

<https://www.lex.bg/laws/ldoc/-13038592>

⁹ Petr, C., (2003). Social work with children and their families, Pragmatic foundations, Second edition, Oxford University Press, Inc., New Work

¹⁰ O'Loughlin, M. & O'Loughlin, S. (2008). Social Work with Children and Families, Second Edition, Learning Matters Ltd, London

Резюме

Настоящият доклад е разработен от „Джънкшън България“ и представя резултати от **проучване на базирани на доказателства практики, политики, услуги и/или интервенции в основните компоненти на пълноценна грижа, които влияят положително върху развитието на децата в ранна възраст.**

Препоръката на ЕК¹¹ „Инвестициите в децата — изход от порочния кръг на неравностойното положение“ настоява държавите членки: „Да осигурят достъп до висококачествени и приобщаващи образование и грижи в ранна детска възраст; да гарантират тяхната финансова достъпност и да адаптират предлагането им към нуждите на семействата. Да осигурят стимули за участието на децата, произхождащи от неравностойна среда (особено тези под тригодишна възраст), независимо от положението на родителите им на пазара на труда, като същевременно избягват стигматизирането и сегрегацията. Да подкрепят родителите в тяхната роля на основни възпитатели на своите деца в годините на ранното детство и да насърчават службите, предоставящи образование и грижи в ранна детска възраст, да работят в тясно сътрудничество с родителите и действащите лица от общността, участващи в отглеждането на децата (например предоставящи здравни услуги и услуги в подкрепа на родителството). Да повишават осведомеността на родителите за ползите от участието в програми за РДР за тях и техните деца; да използват услугите като система за ранно предупреждение, чрез която да откриват свързани със семейството или училището физически или психологически проблеми, специални потребности или случаи на малтретиране на деца.“

В България не са налице закони или политически документи, които са изцяло посветени на ранното детско развитие. Нормативно-политическата рамка, касаеща проблемите на ранното детско развитие, е обособена в секторите на здравеопазването, образованието и социалната сфера. Гарантирането на правата на детето в ранна възраст и политиките, насочени към тях, са обект основно на секторните политики в тези сектори. Секторният анализ показва, че въпреки усилията за интегриране и разработване на политики за децата, липсват нормативни и политически документи, които да извеждат и фокусират ранното детско развитие като водещ приоритет и инвестиция. Стратегическите политики в страната, които задават контекста на подкрепата за семействата на деца в ранна възраст, имат секторен и междусекторен характер.

В тази връзка е необходимо да се посочи ключов документ във връзка с ранното детско развитие - Рамката за пълноценна грижа¹², съдържаща пет основни компонента (Фигура 1).

¹¹ ЕК, 2019, Инвестициите в децата — изход от порочния кръг на неравностойното положение, достъпен на https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/?uri=LEGISSUM:1712_2

¹² World Health Organization, United Nations Children’s Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, retrieved from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en/

ФИГУРА 1 КОМПОНЕНТИ НА РАМКАТА ЗА ПЪЛНОЦЕННА ГРИЖА



Първият е **доброто здраве** на малките деца. То е резултат от следните действия на полагащите грижи: наблюдение на физическото и емоционалното състояние на децата; посрещане по любящ и подходящ начин на ежедневните потребности на децата; защита на малките деца от опасности в дома и околната среда; следване на хигиенни практики, които минимизират инфекциите; използване на промоционални и превантивни здравни услуги; търсене на грижи и подходящо лечение на детските заболявания.

Вторият компонент е **пълноценното хранене**. Храненето на майката по време на бременност оказва влияние върху нейното здраве и благополучие, както и храненето и

растежа на детето в утробата ѝ¹³ Когато бременните жени не си набавят достатъчно микроелементи, те се нуждаят от добавки, включително желязо. Малките деца процъфтяват при изключително кърмене - непосредствено след раждането до 6-месечна възраст, наред с контакт кожа с кожа¹⁴. От 6-месечна възраст малките деца се нуждаят от допълващи се храни, които се дават достатъчно често, разнообразни са, и съдържат микроелементите, които осигуряват бързия растеж на тялото и мозъка.

Третият компонент е **отзивчива грижа**. Отзивчивите грижи включват наблюдение и адекватен отговор на движения, звуци и жестове и словесни искания на детето като основа за: защита на децата от нараняване и негативните последици от неблагоприятните ситуации; разпознаване и реагиране на заболяване; обогатяване на ученето; изграждане на доверие и социални отношения.

Четвъртият компонент е **възможности за ранно учене**. Децата не започват да учат при посещение на детска градина или по време на предучилищни занятия, когато са на възраст от 3 или 4 години, и се учат да различават цветове, форми и букви. По-скоро ученето е вграден механизъм, който гарантира успешната адаптация на човешките същества към променящите се обстоятелства. Децата се нуждаят от любящи и сигурни грижи от страна на възрастните в семейна среда, като за някои от ежедневните дейности имат нужда от насоки, а за други от взаимоотношения. По този начин малките деца придобиват важна опитност в социалното учене.

Петият компонент на рамката е **сигурност и безопасност**. Необходимо е да се гарантира психичното здраве на полагащите грижи, като се работи с тях за предотвратяване на малтретирането, ако се наложи. Пълноценната грижа включва гаранции, че незащитните малки деца се чувстват сигурни и в безопасност.

¹³ Victora CG, Adair L, Fall C, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008;371(9609):340–57.

¹⁴ Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491–504. Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, et al. Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care. *Pediatrics*. 2017;139(1).

Подобряването на майчиното и детско здраве, е възможно само и единствено, ако политиките и услугите в подкрепа на достъпа до качествени здравни услуги, пълноценно хранене, сигурна и безопасна среда, както и услугите в подкрепа на отговорните родителски грижи и ранно учене, са добре функциониращи и работещи в сътрудничество.

Доказана е водещата роля на социалните детерминанти по отношение на здравния потенциал на настоящите и бъдещите поколения. Все повече изследвания показват, че образователното ниво на една жена, нейният начин на живот и хранене, социално-икономически статус, както и качеството на здравните и социалните грижи, които тя получава, оказват съществено влияние върху шансовете ѝ за успешна бременност и раждане и предопределят до голяма степен бъдещото развитие на детето още преди раждането. Деца от семейства с по-нисък социален статус и деца, произхождащи от уязвими групи често се раждат с тегло по-ниско от средното, а теглото на детето е един от най-добрите предиктори не само на шанса му за оцеляване, но и на вероятността да расте здраво и да се справя добре в училище.¹⁵

Целите на настоящия доклад са да се изследват ефективни решения в областите на ранно детско развитие, така че да се демонстрира: връзката между областите на политиката; въздействието на всяка от тях върху детското и майчино здраве; въздействието върху житейския път на детето, вкл. зрялата възраст; важноста на целевата и насочена подкрепа, така че най-изключените семейства да имат достъп до универсални услуги; роля на социалните детерминанти на здравето; междусекторни политики и семейно-ориентиран подход; участие на семействата с малки деца с фокус върху уязвимите семейства при процеса на планиране на програми, адресиращи техните нужди. Анализът е в подкрепа работата на експерти, практики и участващите в правенето на политики или вземащите решения.

Анализът е фокусиран върху четири основни направления на застъпничество за постигане на системна промяна в политики с пряко въздействие върху майчиното и детско развитие, особено сред уязвимите семейства от ромска общност България.

1. „Достъп до здравни услуги за деца на възраст до 3 години, бременната жена и майка“ относно проблемите, свързани с: достъп до пренатална грижа на здравно неосигурени бременни жени, живеещи в бедност; здравни грижи за новородени чрез домашни посещения от личните лекари и / или педиатри
2. „Услуги в подкрепа на ранното учене и полагане на отзивчиви грижи за детето“ относно проблемите, свързани с: национални програми за домашни посещения в подкрепа на отговорната грижа през първите 1000 дни от развитието на детето; услуги в подкрепа на ранното учене на деца на възраст до три години
3. „Сигурна и безопасна среда за детското развитие“ относно проблемите, свързани с: достъп до здравни и други обществени услуги на бременни жени и майки на деца до тригодишна възраст без лични документи и адресна регистрация; общностни услуги в подкрепа на позитивното родителство в неблагоприятна среда
4. „Услуги в подкрепа на пълноценното хранене на бременните жени, кърмачките и малките деца, живеещи под прага на бедността“ относно проблемите, свързани с: интегриран модел на услугите за ранно детско и хранителни програми за уязвими семейства с деца до 3

¹⁵Национална здравна стратегия 2020 г. Документът е достъпен на: https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/09/12/nzs_2020.pdf

години, живеещи под прага на бедност; достъп до услуги за здравословно хранене на децата, живеещи в бедни райони.

Методологията на проучването включва изследователска програма, състояща се от задълбочен преглед на документи, въпросници за самостоятелно попълване и дълбочинни интервюта с експерти. Изследователската програма се базира върху преглед на институционална, нормативна и финансови механизми, които предразполагат развитието на практики, политики, услуги и/или интервенции в основните области на пълноценна грижа в изследваните държави. Идентифицираните практики са част от националните политики в степената, в която те описват решение на проблема на национално ниво. Същевременно сред тях има програми и услуги, инициирани от неправителствения сектор, които са включени, поради иновативния си характер, постигнатите резултати и въздействието върху ранното детско развитие. Те биха могли да се използват при застъпническите действия като модели, които биха могли да бъдат приложени в различни контексти.

Изборът на държави за изследване на базирани на доказателства успешни практики е основан върху набор от критерии, сред които население, икономически профил, модел на социална държава (система за социално подпомагане), наличие на услуги за РДР, етническа структура, население в риск от бедност и социално изключване.

Прилагането на съвкупните критерии идентифицира пет държави за изследване в ЕС: Хърватия, Естония, Унгария, Литва и Словения. Друга държава, която не е членка на ЕС, но отговаря на изброените критерии по-горе и е включена в проучването е Северна Македония.

Допълнително в хода на анализ са идентифицирани и други държави с практики, които отговарят на предложените критерии, основно във връзка с идентифицирани модели на европейско ниво, които се предлагат в повече от една държава: Чехия, Румъния, Полша, Босна и Херцеговина, Сърбия, Черна Гора.

В допълнение, са анализирани държави с успешни политики за РДР в повече релевантни области – Швеция, Нидерландия, Великобритания и Ирландия. Последните са избрани на база на предварителни критерии за детско здраве и благосъстояние, а именно: материално благополучие, здраве и безопасност, образователно благополучие, взаимоотношения със семейство и връстници, поведението и рисковете, субективно благополучие. Събрана е информация от общо 18 интервюта и въпросници за самостоятелно попълване от организации и експерти в избраните държави, предимно представители на НПО и Международни организации.

Прегледани са 146 документа, сред които нормативни документи, доклади и анализи, описание на услуги, програми и проекти, както на национално ниво, така и на европейско (виж Приложение 1 Списък на нормативните документи).

Основните области на анализ включват идентифициране на проблеми в политиките, процес на идентифициране, наличие на проучвания и методи за идентифициране на проблема, заинтересовани страни, наличие на политически решения и промени в стратегически и нормативни документи, основен подход, наличие на услуги и програми, които подкрепят решението на проблема, обхват и финансиране на услугите и програмите, наличие на система за мониторинг и оценка и доказателства за ефективност и въздействие.

Критериите за избор на успешна практика, които са приложени в хода на анализа, са: национален обхват на практиката, възможност за адаптиране в друг контекст, доказателства за ефективност и въздействие там, където е налично и възможно.

В рамките на проучването е осъществен и контекстуален анализ на политиките и услугите за РДР в България, които служи като основа за идентифициране на области за развитие и застъпничество. Този анализ идентифицира конкретни пропуски на системно ниво, които възпрепятстват изпълнението на политики в подкрепа на пълноценната грижа за детето в най-ранна възраст. За адресирането на тези пропуски се проучиха практики на държави със сходен социално-икономически профил на България, чрез които е постигната превенция и/или предотвратяване на пропуски в съответните секторни политики в тези държави.

Идентифицирани са успешни решения във всички компоненти на пълноценна грижа за деца в ранна възраст.

Област на застъпничество „Достъп до здравни услуги за деца на възраст до 3 години, бременната жена и майка“ ключови приоритети, свързани с: достъп до пренатална грижа на здравно неосигурени бременни жени, живеещи в бедност и здравни грижи за новородени чрез домашни посещения от личните лекари и / или педиатри.

В България здравно неосигурените бременни жени получават медицинска помощ според регламентиран в специална наредба обем на прегледи, което не осигурява равен достъп до своевременна, качествена и достатъчна здравна помощ. Идентифицирани са успешни практики в Хърватия и Естония, поради нормативно регламентираното и обезпечено финансиране на национално ниво за гарантиране на равен достъп до грижа за всички бременни жени, независимо от здравното им осигуряване.

В България здравните грижи за новородени се осъществяват от личен лекар, като непосредствено след раждането са два прегледа до навършване на едномесечна възраст на новороденото с препоръчителен интервал от 7 до 14 дни. Първият преглед се извършва до 24 часа от изписване от болничното заведение при осъществен избор на личен лекар на детето. По отношение на здравните грижи за новородени чрез домашни посещения е посочена като успешна практика, която е нормативно регламентирана и част от разширяването на първичната профилактика в Словения, която включва посещения в дома на семейството от здравни специалисти и медицински сестри.

Област на застъпничество „Услуги в подкрепа на ранното учене и полагане на отзивчиви грижи за детето“ и ключови приоритети, свързани с: национални програми за домашни посещения в подкрепа на отговорната грижа през първите 1000 дни от развитието на детето и услуги в подкрепа на ранното учене на деца на възраст до три години.

В България няма национална програма за патронажна грижа. Подкрепата на децата до 3 г. и техните семейства е отговорност на общопрактикуващите лекари и педиатрите, но освен задължителното еднократно посещение непосредствено след раждането на детето, те нямат задължението да посещават новороденото и неговата майка. Отговорността затова остава при семейството, но това автоматично означава серия от проблеми, свързани с информацията, достъпа и заплащането на грижата и подкрепата за развитие на родителски умения. Идентифицирани са успешни и иновативни практики, сред които програмата "Home start". Изборът и се определя от наличната информация за дългогодишното прилагане на програмата (от 1973 г.), обхвата ѝ (над 20 страни по

света с различна степен на развитие на услуги в подкрепа на уязвими групи семейства) и оценката, която тя получава от ЕК „най-добра практика“ по отношение на доказателства за ефективност, приложимост и трайно въздействие.¹⁶ Програмата се изпълнява от доброволци/родители, които оказват подкрепа на семействата в домашна среда, което определя нейната специфика в сравнение с други практики, които се реализират от специализиран персонал. В допълнение в същата област е идентифицирана практика на домашни посещения в Северна Македония, като модел за надграждане на съществуваща система с прогресивен универсален модел, който включва универсален, таргетиран и интензивен пакет.

В България услуги в подкрепа на ранното учене могат да се открият в образователния, социалния и здравен сектор, но те не са директно ориентирани към децата в най-ранна възраст. Услугите с интегриран характер са в пилотна фаза и все още проектно финансирани. Липсва мобилна и комплексна услуга, предоставяща консултации и превантивна работа със семействата от уязвимите общности.

По този компонент, услуги в подкрепа на ранното учене на деца на възраст до три години са идентифицирани многообразието от програми с различен обхват. За целите на анализа са посочени програмата „Sure Start Children Houses“ в Унгария, която предоставя интегрирани услуги, които подкрепят развитието в ранна детска възраст, подобряване на ранното развитие на деца с увреждания и улесняване на прехода на децата към дневни грижи в детските градини. В същата област е посочена и проект ‘Toy for inclusion /Toy to share: play to care’, който използва пилотен иновативен подход към приобщаването и неформално образование и грижи в ранна детска възраст в 7 европейски държави Белгия, Хърватия, Унгария, Италия, Латвия, Словакия и Словения

Област на застъпничество „Сигурна и безопасна среда за детското развитие“ и ключови приоритети, свързани с: достъп до здравни и други обществени услуги на бременни жени и майки на деца до тригодишна възраст без лични документи и адресна регистрация и обществени услуги в подкрепа на позитивното родителство в неблагоприятна среда.

Според редица изследвания и анализи, направени от различни организации, голям брой от хората в България „не съществуват“, остават „невидими“, тъй като не притежават документ за самоличност, съответно – нямат и адресна регистрация. Според българското законодателство, без да са налице тези две неща, нито един български гражданин не може да ползва каквито и да било услуги. Голяма част от тези „несъществуващи“ хора са бременни и млади майки на деца от 0 до 3 години, които заради липсата на документ за самоличност, не могат да ползват никакви здравни и административни услуги и социални придобивки, включително и за децата си. Анализът установи наличието на малък брой програми и липсваща информация. Предложени са практики в Северна Македония и Сърбия. Изборът на практиката за достъп до здравни и други услуги на бременни жени и майки без адресна регистрация в Северна Македония се определи от открита информация за най-скоро до началото на проучването предприети действия на правителството за търсене на решения по отношение на ромите без гражданство и документи. В същото време делът на ромите, които са изключени от достъп до своите здравно социални права в Македония е значително голям. Практиката в Сърбия използва подход при решаване на проблема на защита и достъп до граждански и социоекономически права на уязвими групи, включително роми.

¹⁶ <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1251&langId=en&reviewId=203>

В България няма национални стратегически документи, съответно политики и програми, които да са насочени към подкрепа на позитивното родителство в неблагоприятна среда. Въпреки това, темата за родителството като цяло присъства в различни стратегически документи, без фокус към децата в ранна възраст и позитивното родителство. Програми, насочени към развитие на родителски умения, са по-скоро с пилотен характер и проектно финансирани. По отношение на практики на общностни услуги в подкрепа на позитивното родителство за семейства в неблагоприятна среда е идентифицирана практика на общностни услуги за подкрепа на позитивното родителство, *Growing up together plus*, Хърватия. Практиката е оценена като високо ефективна, национално приложена и разпозната, както и е осъществена връзка със съществуващите социални услуги в страната. В допълнение е посочена и програма „Силни от началото“ *Dam Len Phakar*, Сърбия, която се стреми да улесни развитието на стимулиращи и безопасни семейни условия за малки деца от ромски семейства.

Област на застъпничество „Услуги в подкрепа на пълноценното хранене на бременните жени, кърмачките и малките деца, живеещи под прага на бедността“ и ключови приоритети, свързани с: интегриран модел на услугите за ранно детско развитие и хранителни програми за уязвими семейства с деца до 3 години, живеещи под прага на бедност и достъп до услуги за здравословно хранене на децата, живеещи в бедни райони.

Грижата за храненето на децата в България е част от грижата за здравето и се осъществява от ОПЛ или педиатрите, при които са записани децата. Те дават информация за кърмене, хранене с бебешка формула, захранване и пълноценно хранене на малкото дете. В страната няма социална услуга, която да обединява обучение, подкрепа и консултации за здравословно хранене и предоставяне на хранителни пакети, специално адаптирани към нуждите на бременната жена и малкото дете, и която да е насочена към майки в уязвима ситуация. Като интегриран модел на услугите за РДР и хранителни програми за уязвими семейства с малки деца, живеещи под прага на бедност е посочен опита на Румъния. Анализът показва, че в страни като Румъния, където има голям дял уязвими ромски семейства, продължават да работят големи хуманитарни организации като УНИЦЕФ и „Спасете децата“/Save the children, които създават успешни модели на интегрирани услуги за деца от уязвими ромски общности и оказват въздействие върху техния живот.

В България, най-честата причина, която се свързва с непълноценното хранене на децата, е бедността и липсата на средства за закупуване на подходяща за възрастта им храна. Този проблем се решава частично от детските кухни, но ограниченията са свързани с достъпа, цената, която макар и ниска, не винаги е постижима за семействата, и липсата на обучителен елемент. Идентифицирана е практика от Унгария за осигуряване на безплатна храна на децата, живеещи в бедни райони. Специфичен е обхвата, включващ деца в ранна възраст от уязвими групи.

Докладът представя и успешни модели от Нидерландия, Ирландия и Швеция във всички компоненти на пълноценна грижа, сред които програми за домашни посещения, програма за индивидуално развитие и оценка на новороденото, „Community Mothers“, „Theraplay“, „Incredible years“, „Triple P“, насочени към развитие на родителски умения и общностна подкрепа за семейства с деца в ранна възраст.

В **обобщение**, анализът на политиките и решенията, свързани с осигуряване на пълноценна грижа за деца в ранна възраст, показва наличие на редица фактори, които оказват влияние върху процесите на идентификация, развитие на политики и планиране на мерки и услуги.

Сред тези фактори са: социално-икономическото развитие на държавите, наличие на уязвими групи и ниво на развитие на здравните, образователни и социални системи в съответните държави. Влияние оказват и европейските политики, проучвания и приоритети, както и международните организации (УНИЦЕФ, СЗО), техните приоритети и програми и инструменти за влияние.

Анализът показва, че проблемите на децата и майките от уязвими групи рядко се идентифицират като самостоятелни. По-често те се разглеждат като част от по-големи глобални проблеми като майчиното и детско здраве, ранното учене и развитие, достъпа до услуги. В този смисъл решенията, които се идентифицират и практиките по развитие на политики и услуги, са по-скоро част от общите реформи, свързани със социално включване, подкрепа за закрила на децата, отколкото самостоятелни теми, така че и услугите, в резултат на тези решения, имат по-скоро интегриран характер. Практиките не съществуват по отделно, а са свързани помежду си, т.е. услугите, които се предоставят в различните сектори, имат допълващ характер и предоставят осигуряването на достъп чрез информиране, консултиране, подкрепа за административни въпроси и др. В таблицата по-долу е представена обобщена информация по области на анализ.

Таблица 1 Обобщена информация по области на анализ

Идентифициран проблем в политиките	<ul style="list-style-type: none"> В повечето държави проблемите в политиките се идентифицират на национално ниво, като част от анализи при планирането на политики и потребности на различни групи от населението. Често такива проблеми се идентифицират и с участието на НПО, както местни така и международни. Обикновено тези проблеми са комплексни, т.е. засягат цялостно населението и цели сектори, като не се фокусират върху уязвими групи или върху деца в ранна възраст.
Заинтересовани страни	<ul style="list-style-type: none"> При проучване на практиките са идентифицирани широка група от заинтересовани страни, както държавни институции, така и НПО. Участието на уязвимите семейства с деца в ранна възраст в процеса на правене на политики и услуги се осигурява от НПО.
Политическо решение	<ul style="list-style-type: none"> Политическите решения във всички практики са свързани с разработване на национални стратегически документи, планове за развитие, програми или споразумения за сътрудничество с международни организации. Решенията обикновено касаят промени в цял сектор или на положението на уязвими групи като цяло, но рядко са свързани конкретно децата в ранна възраст.
Подход	<ul style="list-style-type: none"> Подходите, които се използват за развитие в практиката на решенията, са семейно-ориентирани и общностни Налице са и подходи, центрирани около децата и техните права, но се срещат в по-малка степен и са основно свързани с ранното учене. Повечето мерки и услуги имат интегриран характер.
Законодателство	<ul style="list-style-type: none"> По отношение на промяна в законодателството се наблюдава, че предимно общото законодателство отразява промените, свързани с потребностите на уязвими групи.

	<ul style="list-style-type: none"> • Прави впечатление, че в редица от изследваните практики, са налице директно фокусирани стратегически и нормативни документи към конкретните идентифицирани проблеми. Пример в това отношение е Естония, в която има разработена стратегия за позитивно родителство, която макар и да не е все още приложена в практиката, дава основание за бъдещо фокусиране на усилията. • Законът за задължителното здравно осигуряване на Хърватия определя заплащането изцяло на мониторинга и наблюдението на бременността и раждането. Подобен е случаят и с Естония, където еднаквото третиране на бременните жени без осигуровки е уредено с промяна в Закона за здравно осигуряване от 2009 г. Усилието в Македония за разработване на самостоятелен закон за патронажната дейност (който е готов, но поради политическите промени не е приет) също е пример в тази посока. Във втора област на застъпничество („Услуги в подкрепа на ранното учене и полагане на отзивчиви грижи за детето“), трябва да се отбележи примерът на Унгария, която през 2013 г. включва услугите „Сигурен старт“ в законодателството си.
<p>Финансиращи механизми</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Идентифицираното финансиране на практиките е два типа - държавно и проектно, като при последните се наблюдава известна неустойчивост, свързана с лимитирания период на проектно изпълнение. • Финансирането на голяма част от добрите практики в първа област на застъпничество („Достъп до здравни услуги за деца на възраст до 3 г., бременната жена и майка“) се осъществява от местните здравноосигурителни фондове на съответната страна. Такъв е случаят с Хърватия и Естония, където фондовете за здравно осигуряване покриват 100% от здравните услуги за бременните жени. В Унгария финансирането на програма „Сигурен старт“ започва през европейските фондове, но постепенно то се поема от държавата. Страната е добър пример и по отношение на модела на финансиране на програмата „Мляко в детската градина“, където са включени всички заинтересовани страни - между 30 и 40 процента от финансирането на ясли и детски градини е от централното правителство, 10 процента от таксите на родителите, които са намалени или отменени изцяло за тези с ниски доходи, а останалото се покрива от местната власт.
<p>Услуги и програми</p>	<p>Въпреки че са идентифицирани разнообразни услуги и програми, те имат общи характеристики като:</p> <ul style="list-style-type: none"> • свързани са с работа с цялото семейство или с майките на децата • по-голямата част от програмите се предоставят в общността, в дома на семействата или в общностен център • развиват родителските умения и подкрепят ранното детско развитие и учене през родителите • по-често се предоставят в индивидуални форми, но има и групови форми на предоставяне

	<ul style="list-style-type: none">• по-голямата част имат както здравни, така и социални и образователни компоненти и трудно се присъединяват само към една област на подкрепа• имат гъвкав характер и различни компоненти, предоставят се за групи с различни проблеми (липса на здравно осигуряване и регистрация, липса на достъп до услуги, ранно учене и развитие и др.)• имат междусекторен и интегриран характер, особено предлаганите под формата на домашни посещения, включващи хранителни компоненти и дейности за ранно учене и подкрепа на родителите
Мониторинг и оценка	<p>По - голямата част от програмите имат собствени системи за мониторинг, но нямат система за оценка, която да даде доказателства за успешността на определена политика и практика.</p> <p>Тези програми, които са част от международни практики или са проектно финансирани, имат анализи и оценки в рамките на проектите.</p>

1 Въведение

Настоящият доклад е разработен от екип на Джънкшън България по поръчка на Тръст за социална алтернатива (ТСА). Той е изготвен в рамките на проект „С грижа от 0 до 3“, който се осъществява от ТСА и има за цел да подобри майчиното и детско здраве сред ромската общност. За постигането на тази цел, проектът обединява усилията на граждански организации в застъпничество пред ресорните институции за разработване на достъпни услуги в подкрепа на уязвими семейства, полагащи грижи за дете до 3 годишна възраст. Те ще се позовават на резултати от изследвания на основани на доказателства политики, програми, услуги и интервенции, чрез които е осигурен достъпът до качествени здравни и интегрирани услуги на уязвими семейства с малки деца.

Значение на ранното детство за развитието на детето

В периода от бременността до тригодишна възраст децата са най-податливи на влиянието на околната среда. Този период поставя основите на здравето, благосъстоянието, уменията за учене и производителността през целия живот на човека и оказва влияние върху здравето и благосъстоянието на следващото поколение. Научните данни сочат, че първите 1000 дни след раждането са най-важния период за развитие на човешкия мозък и биологичния аргумент за инвестициите в ранното детско развитие в най-силна степен касаят този период. По тази причина и някои от най-ключовите стратегически документи в тази сфера касаят именно периода от 0 до 3 г. През последните три десетилетия научните открития от редица дисциплини намират общи точки. Те доказват, че по време на бременността и първите три години след раждането се изграждат критични елементи от нашето здраве, благополучие и производителност, които продължават да играят важна роля по време на детството, юношеството и зрелостта. Мозъкът на новороденото съдържа почти всички неврони на мозъка на зрял човек. До двегодишна възраст вече са изградени огромен брой невронни връзки в отговор на взаимодействията с околната среда, и по-специално взаимодействията с полагащите грижи.

Значението на ранното детство в развитието на детето е идентифицирано в редица проучвания и документи, данните от които потвърждават, че този период от развитието поставя основите на детското благосъстояние.¹⁷

Пълноценната грижа започва преди раждането, когато майката и другите полагащи грижи започват да говорят и пеят на плода. Към края на втория триместър от бременността нарастващият зародиш вече може да чува. А от раждането си бебето може да разпознава гласа на своята майка. Ранното изграждане на връзка се улеснява от контакта с кожата, кърменето и присъствието на помощник, който помага на майката. Всички тези елементи изграждат основите на оптимално хранене, качествено взаимодействие и грижи. Скоро след раждането бебетата реагират на различни лица, нежно докосване и прегръдка, както и успокояващо говорене. Полагащите грижи скоро се научават да оценяват

¹⁷ UNICEF, World Bank Group, World Health Organization. Nurturing Care for Early Childhood Development: A Framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential. Документът е достъпен на:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>

Ранното детско развитие: състояние, политики, практики, насоки. Анализ на данни за ранното детско развитие в България. Документът е достъпен на: https://www.detebg.org/wp-content/uploads/2018/10/Analiz_na_danni_za_ranno_detsko_razvitie_FZND_2018.pdf

реакциите на бебето, което е от съществено значение за оптималното развитие на неговия мозък.¹⁸

Рамката за пълноценни грижи се основава на най-съвременните доказателства за протичане на ранното детско развитие с оглед определяне на най-ефективните политики и услуги, които да

Рамка за пълноценна грижа

Рамката за пълноценна грижа е насочена към широк кръг от заинтересовани страни. на първо място са разработващите политики и ръководителите на програми в министерствата на здравеопазването, храненето, образованието, закрилата на детето, социалната защита и други сектори на национално и местно ниво. наред с това, рамката е насочена към групи от гражданското общество, партньори за развитие, професионални асоциации, академични институции и инициативи за финансиране, както глобални, така и национални.

помогнат на родителите и полагащите грижи да осигурят пълноценна грижа. Функцията ѝ е да послужи като пътна карта за действие, която да подпомогне мобилизирането на коалиция от родители и полагащи грижи, национални правителства, групи на гражданското общество, академични среди, ООН, частния сектор, образователни институции и доставчици на услуги, за да се гарантира, че всяко бебе получава най-добрия старт в живота. Рамката за пълноценна грижа има за цел да

послужи като източник на вдъхновение - за парламентаристите, доставчиците на услуги, образователните институции, частния сектор и медиите – относно начините, чрез които може да се гарантира, че всички деца успяват да развият пълния си потенциал. Рамката е насочена към предоставящите грижи, които осигуряват грижи за децата си всеки ден.¹⁹

Рамката за пълноценна грижа съдържа 5 основни компонента. Първият е **доброто здраве на малките деца**. То е резултат от следните действия на полагащите грижи: наблюдение на физическото и емоционалното състояние на децата; посрещане по любящ и подходящ начин на ежедневните потребности на децата; защита на малките деца от опасности в дома и околната среда; следване на хигиенни практики, които минимизират инфекциите; използване на промоционални и превантивни здравни услуги; търсене на грижи и подходящо лечение на детските заболявания.

Вторият компонент е **пълноценното хранене**. Храненето на майката по време на бременност оказва влияние върху нейното здраве и благополучие, както и храненето и растежа на детето в утробата ѝ. Когато бременните жени не си набавят достатъчно микроелементи, те се нуждаят от добавки, включително желязо. Малките деца процъфтяват при изключително кърмене - непосредствено след раждането до 6-месечна възраст, наред с контакт кожа с кожа. От 6-месечна възраст малките деца се нуждаят от допълващи се храни, които се дават достатъчно често, разнообразни са, и съдържат микроелементите, които осигуряват бързия растеж на тялото и мозъка.

Третият компонент е **отзивчива грижа**. Отзивчивите грижи включват наблюдение и адекватен отговор на движения, звуци и жестове и словесни искания на детето като основа за: защита на децата от нараняване и негативните последици от неблагоприятните ситуации; разпознаване и реагиране на заболяване; обогатяване на ученето; изграждане на доверие и социални отношения.

¹⁸ Пак там

¹⁹ Пак там

Четвъртият компонент е **възможности за ранно учене**. Децата не започват да учат при посещение на детска градина или по време на предучилищни занятия, когато са на възраст от 3 или 4 години, и се учат да различават цветове, форми и букви. По-скоро ученето е вграден механизъм, който гарантира успешната адаптация на човешките същества към променящите се обстоятелства. Децата се нуждаят от любящи и сигурни грижи от страна на възрастните в семейна среда, като за някои от ежедневните дейности имат нужда от насоки, а за други от взаимоотношения. По този начин малките деца придобиват важна опитност в социалното учене.

Петият компонент на рамката е **сигурност и безопасност**. Необходимо е да се гарантира психичното здраве на полагащите грижи, като се работи с тях за предотвратяване на малтретирането, ако се наложи. Пълноценната грижа включва гаранции, че незащитните малки деца се чувстват сигурни и в безопасност.

В рамката за пълноценна грижа се разглеждат три нива на подкрепа: универсална, целева и интензивна. Услугите на всички тези нива трябва да работят заедно, формирайки непрекъснат континуум от грижи. По този начин семействата могат да се движат между отделните нива, в зависимост от предизвикателствата, пред които са изправени в различен етап от живота си. Рамката отправя апел към всички нива на управление и всички сектори, особено към сектора на здравеопазването, чиито услуги имат широк обхват сред бременните жени и семействата с малки деца.

Универсална подкрепа²⁰

Апел към нивата на управление

Преодоляване на пропуските по отношение предоставяне на подкрепа на най-малките деца, като се подпомогнат усилията на образователния сектор за подобряване на предучилищното образование.

Съвместна работа със службите за социална защита и закрила на детето, за да се осигурят материалната и социална сигурност на семействата и общностите, както и за да се предпазят малките деца от negliжиране и насилие.

Подпомагане на реализирането на правата на всички деца, особено на най-уязвимите, като се гарантира, нито едно дете не е изоставено.

Това е подкрепа за пълноценна грижа за всички, чрез промоция на здравето и първична превенция. Този тип подкрепа е насочена към намаляване на вероятността от възникване на проблеми. В случай на проблеми, универсалната подкрепа ги идентифицира на ранен етап като насочва грижите и децата към правилните услуги.

Тя се фокусира върху предоставянето на информация и ресурси за подпомагане на грижите и дава насоки, които са подходящи за възрастта на детето и обстоятелствата на съответното семейство.

Универсалната подкрепа също предоставя насоки по отношение осъществяването на преходи, като например, когато майката трябва да се върне на работа, или когато детето трябва да тръгне на детска градина. Универсалната подкрепа е насочена към всички семейства, полагащи грижи и деца в дадената държава или регион. Основният принцип е, че се очаква от нея да се възползват всички, независимо от рисковете, на които са изложени, или финансови средства, с които разполагат.

²⁰ Пак там

Примерите за универсална подкрепа включват:

- закони и политики като регистриране на ражданията, платен родителски отпуск след раждане и болнични услуги, съобразени с потребностите на бебето;
- информация за развитието на децата, която се предоставя от публичните институции и се разпространява от средствата за масово осведомяване, както и услуги в областта на здравеопазването, образованието, социалното развитие, разширяване на селското стопанство и други, които достигат до голям брой семейства;
- използване на рутинните контакти на полагащите грижи и малките деца с услуги, като възможност за предоставяне на основни съвети и насоки по отношение на пълноценната грижа.

Целева подкрепа²¹

Целевата подкрепа се фокусира върху лица или общности, които са изложени на риск от по-нататъшни проблеми в резултат от фактори като бедност, недохранване, бременност при юноши, ХИВ, насилие, разселване и хуманитарни кризи. Тя има за цел да намали вредните последици от стреса и лишенията, да укрепят способността на индивидите да се справят с трудни ситуации и да предостави допълнителна помощ. Семействата и полагащите грижи, които са изложени на риск, все още се нуждаят от достъп до универсална подкрепа, но те също се нуждаят от допълнителен контакт с обучени доставчици (професионални или непрофесионални), независимо дали това се случва в специализирани центрове, в общността или къщи. Възможно е да се нуждаят и от допълнителни ресурси, като например финансова помощ. Наред с това, тези лица се нуждаят от непрекъсната оценка, за да се определи кога могат да спрат да получават целенасочена подкрепа - или да бъдат пренасочени към още по-специализирана, интензивна подкрепа.

Примерите за целенасочена подкрепа включват:

- програми за патронажни грижи, насочени към много млади майки и техните деца, като посетителите са или професионалисти, или добре обучени работници от общността, които да предоставят подходящите стимули и подкрепа;
- групи за участие, базирани в общността, осигуряващи приобщаването на полагащите грижи, които са маргинализирани и за които има най-малка вероятност да участват;
- висококачествени дневни грижи за деца, които са достъпни или безплатни за семейства с ниски доходи, и се предоставят от детските градини в общността или чрез други форми на организирана грижа за малки деца.

Интензивна подкрепа²²

Този тип подкрепа е насочена към отделни семейства или деца, които имат допълнителни нужди. Те включват малки деца, за които няма кой да се грижи, със страдащи от депресия майки, от семейства, в които се упражнява насилие, както и деца с много ниско тегло при раждане, с увреждания, затруднения в развитието, или страдащи от тежко недохранване. Тези деца и семейства се нуждаят от допълнителни услуги и помощ въз основа на идентифицираните нужди.

Примерите за посочена интензивна подкрепа включват:

²¹ Пак там

²² Пак там

- лечение и помощ при перинатална депресия - или чрез групи от майки, или чрез домашни посещения, осигурени от обучени професионалисти или социални работници от общността - всички за жени, които са били изследвани положително за майчина депресия;
- качествени грижи за недоносени бебета, от раждането им, пряко ангажиране с полагащите грижи и взаимодействие с тях, както и с адекватно проследяване и наблюдение през първите месеци или години;
- интервенции, включително семейна рехабилитация и обществена подкрепа за деца със затруднения в развитието и увреждания.

Секторното законодателство в страната не отразява нуждата от регламентиране на услуги и програми за семейства на деца в ранна възраст. Промяната на законодателството в социалната сфера е крачка в посока на модерно дефиниране на социалната услуга и въвеждането на интегриран подход и интегрирани услуги, които би трябвало да реши проблема с междусекторния характер на подкрепата. Освен това промяната в законодателството и прилагането в практиката на основните принципи на качеството на социалните услуги би следвало да осигури разработването на ориентирани към потребностите услуги и в този смисъл да гарантира равен достъп на всички деца и семейства, особена на тези в уязвима ситуация.

Новият Закон за социалните услуги (ЗСУ), приет през 2019 г., но влязъл в сила през 2020 г. въвежда различни определения и процес на предоставяне на социални услуги в страната. В Закона социалните услуги се определят чрез дейностите, които се осъществяват за подкрепа за превенция и/или преодоляване на социалното изключване, реализиране на права и подобряване на качеството на живот. Целите на закона са свързани с гарантиране на достъпност, качество, ефективност, интегрираност и насърчаване на публично-частното партньорство. В този смисъл целите на социалните услуги са дефинирани през превенция и/или преодоляване на социалното изключване; реализиране на права и подобряване на качеството на живот. В глава 9 „Интегриран подход и интегрирани услуги“ този закон развива темата за интегрираните услуги, където попадат и услугите за РДР (макар и неексплицитно).

Освен наличието на услуги, достъпът се определя от редица други фактори (подкрепящи, ако са налични, или бариери, ако липсват), като близост до клиента, доколко

Липса на национален стратегически документ

Анализ на наличните политики в България, насочени към реализиране на правата на децата, в частност децата в ранна възраст показва, че към настоящия момент в България няма стратегически документ, който да задава стратегически ориентири и да формулира визия за развитие на политики и програми за подкрепа на семействата като цяло, правата на децата и децата в ранна възраст.

доколко услугите са подходящи за конкретните потребители, доколко са предоставяни системно, т.е. във връзка помежду си, доколко са целенасочени, доколко ползването им е улеснено (чрез налична и подходяща информация, чрез подготвени професионалисти, които да ги предоставят, да са безплатни или финансово достъпни).

Настоящият доклад представя събрани и анализирани добри практики във всеки от компонентите на рамката за пълноценна грижа, по идентифицирани осем ключови теми на застъпничество за постигане на системна промяна в политики с пряко въздействие върху майчиното и детско здраве и развитие, особено сред уязвимите ромски общности в България.

2 Методология

2.1. Избор на държави

Методологията на изследването включва изследователска програма, състояща се от задълбочен преглед на документи, въпросници за самостоятелно попълване и дълбочинни интервюта с експерти във всяка от избраните държави и области. Изборът на държавите, които ще се изследват за добри практики, базирани на доказателства е основан върху набор от няколко критерия:

- Население
- Икономически профил²³
- Модел на социална държава (система за социално подпомагане)
- Видове съществуващи услуги за РДР²⁴
- Етническа структура^{25,26,27}
- Население в риск от бедност и социално изключване²⁸

В своята съвкупност тези критерии отговарят на въпроса „Доколко една държава може да се разглежда като сходна с България?“ от гледна точка на социалната система и в частност политиките по РДР. Големите държави имат различна организация и администрация, което затруднява прилагането на техните политики, те биха се възползвали от възможностите да „икономисат от размера“ („economy of scale“). Обратно, страните, чието население е от порядъка или по-малко от населението на България се очаква да развият политики и мерки от подобен порядък. Икономическият профил на страната е друг определящ фактор, доколкото страните с много по-високо БВП на глава от населението харчат повече за социална политика и благосъстояние. Ограниченият капацитет на българската икономика и държавните разходи намалява избора към по-близките до нас страни като икономически профил.

Моделът на социалната държава е друг фактор, който обуславя политиките по РДР. Темата за моделите на социално подпомагане е широко разисквана в научните среди, като съвременното виждане е, че са налице 5 модела на „социалната държава“, развити в различните региони на континента (виж Esping-Andersen, 1990; Sengoku, 2003; Sapir, 2006; Casalegno, 2006; Beblavy, 2008; Caritas Europa, 2012; EASPD, 2015). Различните модели се различават много поради различни исторически и социално-икономически фактори, като жизнен стандарт, осигуряване на здравни грижи, политики за заетост, дял на застаряващото население, което налага въвеждането на дългосрочни грижи и др.

²³ Eurostat. Достъпен на https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_08_10/default/table?lang=en

²⁴ Според доклада „Услуги за ранно детско развитие от раждането до 3-годишна възраст“ има 6 идентифицирани вида услуги за ранно детско учене и развитие: Домашни посещения, Услуги в подкрепа на родителите, Услуги в образованието и грижите за ранна детска възраст, Дневна грижа в центрове (само грижа, без образователни услуги за деца), Дневна грижа в домове, Общностни центрове. Документът е достъпен на: https://www.issa.nl/sites/default/files/pdf/Publications/quality/3-6-Early_Childhood_Services_for_Children_from_Birth_to_Three_Years_Old.pdf

²⁵ Световен указател на малцинствата и коренното население. Документът е достъпен на: <https://minorityrights.org/directory/>

²⁶ The World Factbook, 2002. Документът е достъпен на: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>

²⁷ Ромите и ЕС. Документът е достъпен на: https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/roma-and-eu_en

²⁸ Данни от Eurostat, 2019. Документът е достъпен на: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

Англо-саксонски (либерален или модел на Бевъридж) модел. Свързва се най-вече с Великобритания и Ирландия. При него от помощта на социалната система се ползват хората с идентифицирани нужди. Той има за цел да предложи базови услуги на всички, които не могат да си позволят да плащат за тях сами, и който се финансира от данъците. Държавата тук се е оттеглила от ролята на директен доставчик, вместо това се договаря с външни такива (най-често НПО и частни) и насочва услугите към проблемните случаи, т.е. най-зависимите ползватели и хората с ограничени доходи.

Нордически (скандинавски) модел (Швеция, Дания, Норвегия, Финландия). Този модел се базира на принципа на универсализма, т.е. социалните помощи и подкрепа се разпределят между всички членове на обществото на основата на равенството. Неговите предимства са центрирани около потребителите и са свързани с разнообразието от услуги, вниманието към правата на клиентите, равенството на половете. Финансирането на социалните услуги в рамките на този модел се осигурява от данъчните постъпления, а местните власти имат ключова роля в доставката им.

Континентален (субсидиарен или модел на Бисмарк) модел (Германия, Австрия, Франция, Белгия и Люксембург). Този модел допуска, че социалната подкрепа се дава на тези, които вече са участвали в пазара на труда и зависи от натрупаните социални осигуровки по време на заетостта. Резюмиран накратко той означава: Всеки, който плаща, трябва също да може да получи нещо.

Южно-европейски (средиземноморски) модел. Разпространен в средиземноморските страни (Гърция, Испания, Португалия, Италия, Кипър и Малта). Моделът разчита на традиционната роля на семейството в грижата за уязвимите му членове. Тук държавното участие е ограничено за сметка на по-значимо ангажиране на църквата и неправителствените организации.

Източноевропейски модел (страните от Централна и Източна Европа). Очакването, че в процеса на реформите източноевропейските страни в преход ще адаптират някой от горните модели се оказва погрешно. Те по-скоро оформят собствен пети модел, основан върху общите им исторически предпоставки. Той се характеризира с постепенно оттегляне на държавата от нейната всеобхватна роля в системите за подкрепа, деинституционализация на грижата в посока грижа в общността, въвеждане на социално договаряне и подкрепа на неправителствения сектор в ролята му на доставчик, постепенно осъзнаване на необходимостта да се подкрепя традиционната роля на семейството в грижата за неговите членове.

Понятието ранно детско развитие обхваща физическото, социално-емоционалното, когнитивното и двигателно развитие на децата в възрастовия период от 0 до 8 години.²⁹ В Европа може да се открият разнообразни услуги за РДР. Доклад на международната организация ISSA (International Step by Step Association) разграничава 6 вида такива услуги³⁰:

- Услуги за домашно посещение
- Услуги за обучение / подкрепа на родители
- Услуги за образование и грижи в ранна детска възраст (детски ясли)
- Дневна грижа в центъра (само грижи / без образователни услуги за деца)

²⁹ UNICEF, World Bank Group, World Health Organization. Nurturing Care for Early Childhood Development: A Framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential. Документът е достъпен на: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>

³⁰ Early Childhood Services for Children from Birth to Three Years Old. Документът е достъпен на: <https://www.issa.nl/sites/default/files/pdf/Publications/quality/3-6-Early Childhood Services for Children from Birth to Three Years Old.pdf>

- Дневни грижи в домовете (услуги за грижа, регулирани от правителството)
- Услуги на общностни центрове за малки деца и техните семейства (примери: детски площадки, възможност да оставиш детето за кратко време и др.)

В таблица 2 е представена информацията относно избраните държави при прилагане на критерии, свързани с население, икономически профил, типове съществуващи услуги за РДР и модел на социална система. Както е видно, според тези критерии, приложени спрямо всички държави – членки на ЕС (Европейски Съюз) държавите, които отговарят на най-много критерии са Хърватия, Естония, Унгария, Литва и Словения.

ТАБЛИЦА 2 ИЗБОР НА ДЪРЖАВИ

Държава	Население		Икономически профил		Модел на социална държава		Видове съществуващи услуги за РДР и учене		Резултат
	<10 млн.	>10 млн.	<20 хил. Евро на глава от населението	>20 хил. Евро на глава от населението	Централен/Източноевропейски	Друг	До 2 услуги за РДР и учене	3 или повече услуги за РДР и учене	
Австрия	1							1	2
Белгия								1	1
България	1		1		1				3
Хърватия	1		1		1			1	4
Кипър	1							1	2
Чехия			1		1			1	3
Дания	1							1	2
Естония	1		1		1			1	4
Финландия	1							1	2
Франция								1	1
Германия								1	1
Гърция			1					1	2
Унгария	1		1		1			1	4
Ирландия	1							1	2
Италия								1	1
Латвия	1		1		1				3
Литва	1		1		1			1	4
Люксембург	1							1	2
Малта	1							1	2
Нидерландия								1	1
Полша			1		1			1	3

Португалия								1	1
Румъния			1		1				2
Словакия	1		1		1				3
Словения	1		1		1			1	4
Испания								1	1
Швеция								1	1

Друга държава, която не е членка на ЕС, но отговаря на изброените критерии по-горе, е Северна Македония. Така списъкът включва 6 държави. Допълнително в хода на анализ са идентифицирани и други държави с практики, които отговарят на предложените критерии, във връзка основно с идентифицирани модели на европейско ниво, които се предлагат в повече от една държава (Чехия, Румъния, Полша, Босна и Херцеговина, Сърбия, Черна Гора).

С цел събиране на повече контекстуална информация, са приложени допълнителни критерии по отношение на етническата структура и дела на хората в риск от бедност или социално изключване, които показват, че има както прилики, така и разлики между първоначално избраните държави. Това не променя избора на държави, предложени за задълбочен анализ на политики и практики, но по време на изследването могат да бъдат добавяни или променяни, ако не са идентифицирани политики в основните области на застъпничество сред първоначално избраните държави. В таблиците по-долу са представени данните за етническа структура и дял на хората в риск от бедност или социално изключване.

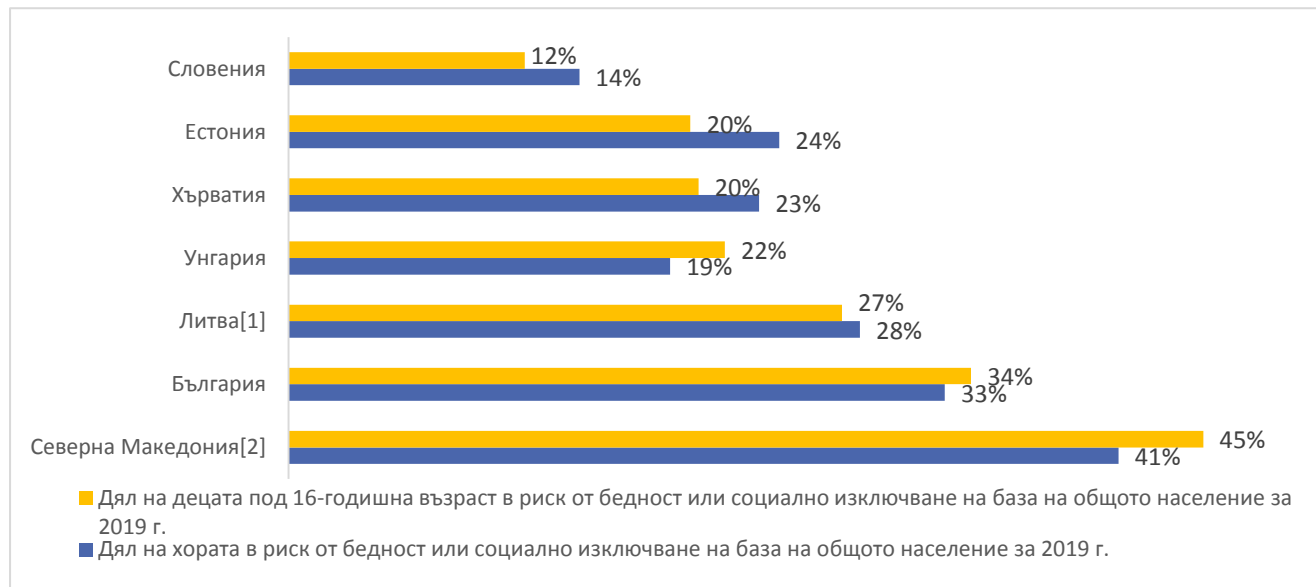
ФИГУРА 2 ЕТНИЧЕСКА СТРУКТУРА И ДЯЛ НА РОМСКОТО НАСЕЛЕНИЕ³¹

България	<ul style="list-style-type: none">•Населението на страната към 31 декември 2019 г. е 6 951 482. Според преброяването от 2011 г., основните малцинствени групи са: турци 8%, роми 4,9%, други 0,7% (включително руснаци, арменци и власи), други (неустановени) 10%•По приблизителни оценки делът на ромското население варира от 4,7% до 10,8% (325 000 до 750 000 души)
Унгария	<ul style="list-style-type: none">•Населението на страната към 31 декември 2019 г. е 9 772 756. Според преброяването от 2011 г., основните малцинствени групи включват роми (3,2%), германци (1,9%), словаци (0,4%), румънци (0,4%), хървати (0,3%), както и сърби, украинци, поляци, българи, арменци и словенци.•Дял на ромското население: 3,2% до 7,2% (316 000 до 700 000 души)
Северна Македония	<ul style="list-style-type: none">•Населението на страната към 31 декември 2019 г. е 2 076 255. Според преброяването от 2002 г., основните малцинствени групи включват албанци (25%), турци (3,5%) и роми (2,66%) власи (0,48%), сърби (1,78%), босненци (0,84%) и други етнически групи (1,04%).•Дял на ромското население: 2,6% до 6,5% (54 000 до 135 000 души)
Хърватия	<ul style="list-style-type: none">•Населението на страната към 31 декември 2019 г. е 4 058 165. Според преброяването от 2011 г., основните малцинствени групи са сърби 4,4%, други 4,4% (включително босненци, унгарци, словенци, чехи и роми).•Дял на ромското население: 0,2% до 1% (9 500 до 40 000 души)
Словения	<ul style="list-style-type: none">•Населението на страната към 31 декември 2019 г. е 2 095 861. Според преброяването от 2002 г., основните малцинствени групи са сърби (2%), хървати (1,8%), босненци (1,1%), други (12%)•Дял на ромското население: 0,1% до 0,4% (3 200 до 8 500 души)
Естония	<ul style="list-style-type: none">•Населението на страната към 31 декември 2019 г. е 1 324 820. Според преброяването от 2011 г., основните малцинствени групи включват руснаци (24,8%), украинци (1,7%), беларуси (1%) и финландци (0,6%), роми (0,04%). Също има малки групи евреи, татари, германци, латвийци, поляци, литовци и др.•Дял на ромското население: 0,04% до 0,1% (500 до 1 250 души)
Литва	<ul style="list-style-type: none">•Населението на страната към 31 декември 2019 г. е 2 794 300. Според преброяването от 2011 г., основните малцинствени групи включват поляци (6,6%), руснаци (5,8%), беларуси (1,2%), украинци (0,5%), роми (0,08%), други (0,6%)•Дял на ромското население: 0,08% до 0,1% (2 100 до 3 000 души)

В графика 1 е представен делът на хората в риск от бедност и социално изключване във всяка от целевите държави, с оглед на запознаване с контекста.

³¹ Данните за 7-те държави са взети от сайтовете на националните статистически служби, както и от следните източници: World Directory of Minorities and Indigenous People, достъпен на: <https://minorityrights.org/directory/>; The World factbook, 2002, достъпен на: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>; Roma and the UE, достъпен на: https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/roma-and-eu_en

ГРАФИКА 1: ДЯЛ НА ХОРАТА В РИСК ОТ БЕДНОСТ И СОЦИАЛНО ИЗКЛЮЧВАНЕ



(1) Последните данни за Литва са от 2018 г.

(2) Последните данни за Северна Македония са от 2018 г.

2.2. Ключови изследователски въпроси и критерии за избор на решения в политиката

Имайки предвид целта, основните области на политиката и критериите за избор на решения, базирани на доказателства, изследователският подход включва създаване на списък с първоначални въпроси според критериите, обхващащи информация за определена политика, както и критерии за избор на решения в политиките, базирани на доказателства. Основните изследователски въпроси са следните:

- Има ли идентифициран проблем в политиката и какъв е?
- Как е идентифициран?
- Има ли национални проучвания и методи за идентифицирането му?
- Кои са заинтересованите страни?
- Как се разбира и възприема този проблем от различните заинтересовани страни?
- Какво е политическото решение? До колко е ефективно? Какъв е обхватът на решението?
- Какъв подход е използван? Използван ли е семейно-ориентиран подход?
- Има ли специфично законодателство по отношение на този проблем или се третира от общото законодателство и в коя политическа сфера?
- Какви са механизмите за финансиране?
- Има ли услуги, които подкрепят решението на проблема?
- Ако да, какви са тези услуги? На национално или местно ниво? Кой е доставчикът на услуги? Какъв е обхватът им? Секторни ли са или интегрирани?
- Има ли система за мониторинг и оценка на съответната политика? Ако да, какво показват резултатите? Какво е нивото ѝ на ефективност? Изследвано ли е въздействието ѝ?

В таблицата по-долу са представени специфичните изследователски въпроси във всяка област на застъпничество.

ТАБЛИЦА 3 СПЕЦИФИЧНИ ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИ ВЪПРОСИ

Области на политиката	Ключови области на застъпничество	Специфични изследователски въпроси
Достъп до здравни услуги за деца до 3-годишна възраст, бременната жена и майка	Достъп до пренатална грижа за здравно неосигурени бременни, живеещи в бедност	<p>- Как се осигурява достъп до услуги за здравно неосигурените бременни, живеещи в бедност? В каква степен всички бременни жени имат равен достъп до пренатална грижа, независимо от това дали са осигурени?</p>
	Здравна грижа за новородени чрез домашни посещения от личните лекари/педиатри	<p>- Каква е специфичната законодателна рамка, свързана с домашните посещения за новородени и майки? Кои са документите? Какъв тип специалисти са включени?</p>
Услуги в подкрепа на ранно учене и отзивчива грижа	Национални програми за домашни посещения в подкрепа на отговорната грижа през първите 1 000 дни от детското развитие	<p>- Има ли национална програма за домашни посещения? До колко тази програма е общодостъпна или е насочена към конкретни уязвими групи от населението? Секторна ли е или интегрирана? Какъв тип професионалисти предоставят услугата? Какви са националните специфики по отношение на типа здравна система?</p>
	Услуги в подкрепа на ранното учене за деца до 3-годишна възраст	<p>- Има ли специфични превантивни услуги в подкрепа на ранното учене за деца до 3-годишна възраст? Секторни ли са или интегрирани? Какъв е обхватът им? Какъв тип професионалисти работят в тях? Какви са професионалните компетентности на специалистите в услугите?</p>
Сигурна и безопасна среда за детското развитие	Достъп до здравни и други публични услуги за бременни жени и майки на деца до 3-годишна възраст без лични документи	<p>- Има ли проблем, свързан с бременните жени и майки на деца до 3-годишна възраст без лични документи? Какъв е обхватът на проблема?</p>
		<p>- Каква е институционалната рамка и услуги, свързани с решаването на този проблем?</p>

	Услуги, предоставяни в общността в подкрепа на позитивното родителство в бедни общности	- Има ли услуги в общността в подкрепа на позитивното родителство, които подпомагат създаването на умения за осигуряване на безопасна среда за развитие на детето? Как се осигурява достъп до тези услуги? Какъв е обхватът им?
РДР услуги в подкрепа на пълноценно хранене на бременните жени, кърмещите жени и малки деца, живеещи под линията на бедност	Интегриран модел на РДР услуги и програми за пълноценно хранене за уязвими семейства с малки деца, живеещи под линията на бедност	- Има ли РДР програми, съдържащи компоненти, свързани с пълноценно хранене и предоставящи материална подкрепа, както и умения и знания за родителите, живеещи под линията на бедност? Секторни ли са или междусекторни? Кой е доставчикът на услугите?
	Достъп до услуги за пълноценно хранене на деца, живеещи в бедни райони	- Как се осигурява достъпът до услуги за пълноценно хранене за деца, живеещи в бедни райони? Какъв е обхватът на тези услуги?

2.3. Етапи и методи на събиране на информация и анализ

На първия етап е направен кратък **контекстуален анализ** в релевантните области на политиката в областта на РДР за България. Този анализ включва преглед на четири национални стратегии за застъпничество в ключови области на политиката, както и данни по отношение на етническата структура, домакинства в риск от бедност или социално изключване, неосигурени бременни жени, хора без лични документи и др.

С цел да се съберат и анализират добри практики, базирани на доказателства за ефективни решения в политиката, прилагани в държавите-членки на ЕС и други релевантни държави за превенция и/или елиминиране на проблеми в политиката в част I на това изследване, методологическият подход е да се проведе **кабинетно проучване** на релевантни политически документи, законодателство, доклади и др. в избраните държави, както и данни по отношение на етническата структура, домакинствата в риск от бедност или социално изключване и други релевантни теми.

Целта на това кабинетно проучване и запознаване с контекста и ситуацията по отношение на основните области на политиката и на застъпничество и да се идентифицират къде и как проблемите в политиката, ключови за това изследване, са адресирани. Разгледани са поне 2 държави с решения във всяка област на политиката: достъп до здравни услуги за деца до 3-годишна възраст, бременни жени и майки, услуги в подкрепа на ранното учене и отзивчива грижа, сигурна и безопасна среда за детското развитие, РДР услуги в подкрепа на пълноценното хранене на

бременните жени, кърмещите жени и малки деца, живеещи под линията на бедност. В допълнение, са анализирани държави с успешни политики за РДР в повече релевантни области – Швеция, Холандия, Великобритания и Ирландия. Държавите са избрани на база на предварителни критерии за детско здраве и благосъстояние, а именно: Материално благополучие, Здраве и безопасност, Образователно благополучие, Взаимоотношения със семейство и връстници, Поведения и рискове, Субективно благополучие, Средно аритметично класиране по всичките 6 изброени критерия.³²

След първоначалното кабинетно проучване, е разработен **въпросник за самостоятелно попълване**, който е разпратен до ключови заинтересовани страни във всяка държава, според съответната област на политиката. Ключовите заинтересовани страни в държавите са избрани от международни организации, местни организации и национални институции, ранни детски услуги и поканени да участват в изследването. Този въпросник съдържа основните изследователски въпроси и позволява събиране на данни за решенията в политиката, като целта е възможност за триангулиране на информацията, а не количество. На база на събраната информация, във всяка избрана държава са проведени **интервюта с ключови заинтересовани страни** като организации, държавни институции, ключови експерти и неправителствени организации (НПО) с цел да бъдат разбрани спецификите във всяка област на политиката според националния контекст. Специфичните изследователски въпроси (представени в таблица 2) са включени в интервютата. В проучването са поканени да участват 89 организации, от които 13 са попълнили въпросник, а 5 са участвали в интервю. Попълнителите въпросника са от Естония, Румъния, Северна Македония, Унгария и Хърватия, а участвалите в интервю са от Босна и Херцеговина, Северна Македония, Сърбия, Полша, Черна Гора. Участниците са представители на неправителствени организации, УНИЦЕФ и офис на комисар за основните права.

2.4. Ограничения на проучването

Настоящото проучване има изключително широк обхват, адресирайки проблемите в политиките и решенията в няколко сектора: здравен, социален и образователен, въпреки ясната целева група на тези политики, а именно деца от 0 до 3-годишна възраст. Ограниченията произтичат от многообразието на заинтересовани страни, включени в развитието на услуги и програми от една страна и от друга, необходимостта да се анализира устойчивостта на тези политики и програми, което налага и преглед на политически документи и връзка с държавни институции.

Необходимо е да се отбележи, че проучването е проведено в ситуация на пандемия, в кратък срок в летен период, при частично онлайн функциониране на офисите, финансова нестабилност и допълнителни предизвикателства. В допълнение, по-голямата част от програмите имат собствени системи за мониторинг, но нямат система за оценка, която да даде доказателства за успешността на определена политика и практика.

³² UNICEF Innocenti, 2007, An overview of child well-being in rich countries. Документът е достъпен на: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf, стр. 2

3 Обзор на данните от направените проучвания

В проучването са участвали предимно НПО, като част от тях са професионални организации. Участниците са от Естония, Северна Македония, Хърватия, Унгария и Румъния, Сърбия, Черна Гора, Босна и Херцеговина и Полша.

В областите достъп до здравни услуги на деца на възраст до 3 години, бременната жена и майка и сигурна и безопасна среда за детското развитие са идентифицирани проблеми от 5 респонденти. Областите, в които има най-много индикирани решения, са достъп до пренатална грижа на неосигурени бременни жени, живеещи в бедност, както и услуги в подкрепа на ранното учене на деца на възраст до три години. Областите, в които няма посочени решения, са здравни грижи за новородени чрез домашни посещения от личните лекари и/или педиатри, както и интегриран модел на услугите на РДР и хранителни програми за уязвими семейства с малки деца, живеещи под прага на бедност. По отношение на хранителните програми, такива са идентифицирани в държави от Западна Европа, посочени в следващ раздел на доклада.

Предложените решения в политиката са свързани с посещения на здравни специалисти през първите месеци от раждането, услуги в подкрепа на позитивното родителство и достъп до здравни услуги за здравно неосигурени бременни жени. Посочените решения, според респондентите, се третира от общото законодателство, което означава, че целевата група на майки на деца до 3-годишна възраст получават равен достъп до услуги, както и останалите, като една от уязвимите групи. Заинтересовани страни са националните и местни власти, както и специалисти, работещи с деца и семейства. Услугите, подкрепящи решенията на проблемите, са позиционирани предимно като част от здравната система, но предоставят по-скоро интегрирана подкрепа: общностни медицински сестри, първична медицинска помощ. Разнообразни са отговорите, свързани с ефективност на решенията.

Относно наличието на система за мониторинг и оценка, липсва надеждна информация, както от респондентите, така и от достъпните документи. Някои от решенията са с национален обхват и финансирани от националния бюджет, други са реализирани на проектен принцип. Малка част от респондентите отговарят на въпроса какъв тип подход е използван, като посочват семейно и дете-центриран подход. Посочените практики в проучването са отразени в рамките на идентифицираните решения.

4 Контекстуален анализ на национални политики – специфики и възможности за подобряване на политиките в подкрепа на пълноценната грижа за детето. Проучване на опит на държави със сходен профил на България

Стратегическите политики в страната, които задават контекста на подкрепата за семействата на деца в ранна възраст, имат секторен и междусекторен характер. Данните от предварителното проучване показват следните тенденции по отношение на политиките и услугите за повишаване на детското благосъстояние. **Политики, насочени към цялостното благосъстояние на детето**

Повишаването на детското благосъстояние и фокусирането на политиките към РДР могат да бъдат проследени през проектите на двете национални стратегии, разработени и представени през 2019 г.

Към момента двете националните стратегии (НСД и Стратегия за РДР) са спрени и няма яснота за бъдещето им развитие.

Здравни и социални политики в страната по отношение на майчиното и детско здраве

Разработването на ЗСУ и въвеждането на общодостъпни, специализирани и интегрирани услуги е опит за реформа в социалната сфера се очаква да повиши възможностите за предлагане на услуги за РДР. След отлагането на закона с 6 месеца, считано от декември 2019, реализирането на социалните услуги предвидени в този закон (включително тези по РДР), е в пряка зависимост от разработването на Национална карта на услугите, в която ключова роля ще имат общините.

Фигура 3 Профил на България

България

1. Населението на България към 31.12.2019 г. е 6 951 482.
2. България е държавата в ЕС с най-нисък БВП на глава от населението – 6 840 евро за 2019 г.
3. Моделът на социална държава (система за социално подпомагане) е Източноевропейски.
4. Единствената устойчива услуга за РДР е мрежата от детски ясли и детски градини в страната. Останалите услуги за РДР са на проектен принцип.
5. В момента няма действащ стратегически документ за РДР в България. Няма и действаща Стратегия за детето, на практика липсват стратегически документи насочени към семейството. Изтича Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012 - 2020).
6. Етническа структура - според преброяването от 2011 г., основните малцинствени групи са: турци 8%, роми 4,9%, други 0,7% (включително руснаци, арменци и власи), други (неустановени) 10%.
7. Делът на ромското население варира от 4,7% до 10,8% (325 000 до 750 000 души). Съветът на Европа изчислява, че в България живеят 750 000 роми.
8. Делът на населението в риск от бедност и социално изключване е 22,6%.

Националната програма за майчино и детско здраве и развитие е във финалния етап на своето реализиране. Експертните очаквания са да бъде направена оценка на нейната ефикасност и ефективност без яснота как ще продължи предлагането на услугите и мерките, разработени по нея.

Здравни услуги и социални услуги

Налице е разнообразие от разработени по проекти и програми здравни, социални и интегрирани услуги с фокус подкрепата за пълноценна грижа за децата от 0 до 3-годишна възраст, включително уязвими групи. Част от тях се припокриват като целеви групи, дейности и наименования. Имат предимно проектен характер във връзка с разкриването им, липсва достатъчно информация за тях и съответно липсва устойчивост.

Сред тях са интегрираните здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве и развитие, чието бъдеще е свързано с препоръки за регулярно осъществяване на анализ и оценка на тяхната ефективност и ефикасност, както и дискутиране на възможностите за осигуряване на устойчивост.

Патронажната грижа се предоставя на проектен принцип и нейното разпространение и устойчивост се свързва с

редица предизвикателства, сред които: липса на информация относно етапа на развитие на услугите, недостиг на медицински сестри, статутът на медицинската сестра за извършване на медицински дейности.

Интегрираните услуги за РДР, предоставяни от общините по Проект за социално включване, все още се финансират на проектен принцип. Очакването за тяхното преминаване на държавно-делегирано финансиране се допълва от информацията относно нова процедура по ОПРЧР за създаване на допълнителни такива.

Част от социалните услуги работят с деца в ранна възраст и техните семейства, но техният брой не е ясен, поради липсваща информация.

Подкрепа на уязвими групи деца и семейства

Децата в ранна възраст и техните семейства от уязвими групи се възползват от всички разработени услуги, независимо дали са здравни, социални или с интегриран характер. Специфични теми, свързани с тази подкрепа, са: проблемите на неосигурените бременни жени, работата на здравните медиатори, достъпа до детски градини, ясли и млечни кухни за деца от уязвими общности.

Необходимостта от разработване на политики за РДР и услуги, които да подкрепят семействата в уязвима ситуация за да осъществяват пълноценна грижа за децата си, е в основата на идентифицирането на основни проблеми и търсенето на решения в петте основни компоненти на пълноценната грижа. За целите на този анализ и последващото му приложение два от компонентите на пълноценната грижа, а именно възможностите за ранно учене и полагане на отзивчиви грижи за детето се разглеждат като една област на политика.

Таблица 4 Основни застъпнически направления

Направление	Конкретни проблеми	Идентифицирани пропуски
Достъп до здравни услуги на деца на възраст до 3 години, бременната жена и майка	Проблем 1: Достъп до пренатална грижа на здравно неосигурени бременни жени, живеещи в бедност	Ограничен брой медицински прегледи Съществуващите законодателни инструменти се прилагат частично Неразбиране на социалните детерминанти на здравето
	Проблем 2: Здравни грижи за новородени чрез домашни посещения от личните лекари и / или педиатри	Лошо изпълнение на задължителното домашно посещение в рамките на 24 часа след изписването на новороденото от родилното отделение по Националната програма „Детско здравеопазване“ По-слабо изпълнение на програмата в бедните/селските райони

Услуги в подкрепа на ранното учене и полагане на отзивчиви грижи за детето	Проблем 1: Национални програми за домашни посещения в подкрепа на отговорната грижа през първите 1000 дни от развитието на детето	Законодателни, институционални и финансови механизми за национални програми за домашно посещение, вкл. целеви програми Видове услуги и интервенции Профил на доставчиците на услуги Основани на доказателства практики за ефективно прилагане
	Проблем 2: Услуги в подкрепа на ранното учене на деца на възраст до три години	Законодателни, институционални и финансови механизми за планиране и изпълнение на целеви услуги Видове услуги и интервенции Профил на доставчиците на услуги Основани на доказателства практики за ефективно прилагане
Сигурна и безопасна среда за детското развитие	Проблем 1: Достъп до здравни и други обществени услуги на бременни жени и майки на деца до тригодишна възраст без лични документи и адресна регистрация	Законодателни инструменти за достъп до: <ul style="list-style-type: none"> • документи за самоличност и адресна регистрация • достъп до здравеопазване и свързани със здравето услуги на бременни жени без документи Основани на доказателства практики за ефективно прилагане
	Проблем 2: Общностни услуги в подкрепа на позитивното родителство в неблагоприятна среда	Законодателни, институционални и финансови механизми за планиране и прилагане на универсални, целенасочени и посочени услуги Видове и обхват на услуги и интервенции Профил на доставчиците на услуги Основани на доказателства практики за ефективно прилагане
Услуги в подкрепа на пълноценното хранене на бременните жени,	Проблем 1: Интегриран модел на услугите за ранно детско и хранителни програми за уязвими семейства с деца	Законодателни, институционални и финансови механизми за:

кърмачките и малките деца, живеещи под прага на бедността	до 3 години, живеещи под прага на бедност	<ul style="list-style-type: none"> • планиране и изпълнение на хранителни програми • интегрирани услуги за ранно детско развитие и програми за хранене • осигуряване на хранителни пакети за семейства в риск от хранене <p>Основани на доказателства практики за ефективно прилагане</p>
	Проблем 2: Достъп до услуги за здравословно хранене на децата, живеещи в бедни райони.	<p>Законодателни, институционални и финансови механизми за планиране и изпълнение на бебешка кухня или подобни услуги за здравословно хранене на деца на възраст до три години</p> <p>Целенасочена подкрепа за достъп до бебешка кухня или подобни услуги на деца от семейства с ниски доходи, живеещи в бедни райони</p>

5 Успешни решения в основните области на застъпничество в държави със сходен социално-икономически статус

5.1. Достъп до здравни услуги за деца на възраст до 3 г., бременната жена и майка

5.1.1. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 1: Достъп до ПРЕНАТАЛНА ГРИЖА НА ЗДРАВНО НЕОСИГУРЕНИ БРЕМЕННИ ЖЕНИ, ЖИВЕЕЩИ В БЕДНОСТ (БЪЛГАРИЯ, ХЪРВАТИЯ, ЕСТОНИЯ)

БЪЛГАРИЯ

Основни политики и законодателство, насочени към подкрепа на бременността и майчинството

Основните политики и законодателство, насочени към подкрепа на бременността и майчинството описват закрилата на държавата и мерките за подкрепа, които се осигуряват чрез тях. Съгласно чл. 14 от Конституцията на Република България³³ семейството, майчинството и децата са под закрилата на закона. Всички граждани са равни по права и достойнство, като не се допуска ограничения на правата или привилегиите, основани на раса, народност, етническа принадлежност, пол, произход, религия, образование, убеждения, политическа принадлежност, лично и обществено положение

³³ Конституция на Република България, в сила от 1991 г., изм. и доп. 2015г., достъпна на: <https://www.parliament.bg/bg/const>

или имуществено състояние. В Конституцията на Република България е записано, че (чл. 47 ал. 2) „Жената майка се ползва от особената закрила на държавата, която ѝ осигурява платен отпуск преди и след раждане, безплатна акушерска помощ, облекчаване на труда и други социални помощи.“

Национална здравна стратегия 2015 – 2020 ³⁴ поставя приоритети, свързани със здравето на майките и бебетата: „Създаване на условия за здраве за всички през целия живот“, Политика 1.1. Здраве за майките и бебетата (от 0 до 1 година). Част от формулираните в Стратегията мерки са свързани с разширяване на обхвата на дейностите по детско и майчино здраве в основния пакет здравни дейности, заплащани от Национална здравноосигурителна каса (НЗОК); развитие на механизмите за заплащане от държавния бюджет и други източници на дейности по детско и майчино здраве извън обхвата на задължителното здравно осигуряване и създаване на условия за подобряване на достъпа до квалифицирани здравни грижи за всички бременни и деца.

Националната стратегия за интеграция на ромите 2012 – 2020 ³⁵ съдържа Оперативна цел: Осигуряване на равенство в достъпа до качествени здравни услуги и превантивни програми; 1. Превантивни грижи за майчино и детско здраве и развитиеопазване 2. Осигуряване на равенство в достъпа до здравни услуги на лицата в неравностойно положение, принадлежащи към етнически малцинства.

В Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 г. се подчертава необходимостта от интегрирана политика с цел подобряване майчиното здраве и здравето на децата до 18 г.; подобряване на ключови показатели, свързани със здравето на младите хора, бременните, децата и двойките чрез насърчаване и подкрепа за добри практики, промоция на здравето и подпомагане на достъпа до здравни грижи.³⁶

През 1998 г. Народното събрание на Република България с приемането на Закон за здравното осигуряване (ЗЗО) въвежда задължителното здравно осигуряване. Задължително осигурени в Националната здравноосигурителна каса са лицата, определени в чл. 33, ал. 1 от ЗЗО, като в чл. 34, ал. 1 от него се посочва от кой момент възниква задължението за осигуряване, а в чл. 40 се определя размерът на вноските и за чия сметка се внасят те (за лицата получаващи обезщетение за безработица за сметка на държавния бюджет³⁷, за лицата под 18 г. възраст и учащите над тази възраст за сметка на държавния бюджет³⁸). Здравноосигурените лица имат право на гарантиран свободен достъп до медицинска помощ, която е определена по вид, обхват и обем в подзаконов нормативен акт.

Лицата, които не са здраво осигурени заплащат медицинските услуги. Според данните от доклада на Европейската Комисия (ЕК) „Здравен профил на България 2019“ всеки 7-ми човек в страната е здравнонеосигурен. В допълнение според Индекса на ромското включване от 2015 г., 52% от

³⁴Национална здравна стратегия, приета 2013 г., достъпна на:

<http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=989>

³⁵ Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012 – 2020), достъпна на:

<https://www.president.bg/docs/1352306523.pdf>

³⁶ Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве (2014 – 2020), достъпна на:

<https://ncpha.government.bg/bg/2019-02-19-23-15-35/2014-2021>

³⁷Закон за здравното осигуряване, в сила от 1999 г., изм. и доп. 2020г., достъпен на:

<https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134412800>

³⁸ Пак там

ромското население над 16г. е здравнонеосигурено, като процента на неосигурените ромски жени е 53 %³⁹.

Изпълнение на основни политики и законодателство за осигуряване на достъп до пренатална грижа на здравно неосигурени бременни жени, живеещи в бедност

Закона за здравето (ЗЗ)⁴⁰ определя видовете медицинска помощ, които се оказват на пациента без оглед на неговия здравноосигурителен статус. Сред тях са например спешната медицинска помощ до хоспитализацията на пациента, стационарна психична помощ, трансплантация на органи, тъкани и клетки и други. Законодателят е посочил изчерпателно определени дейности, които намира за жизненоважни за пациента и отказът от извършването им с оглед здравноосигурителния статус на пациента би застрашил живота на лицето или общественото здраве. Сред тези дейности са и „профилактични прегледи и изследвания и акушерската помощ за всички здравно неосигурени жени, независимо от начина на родоразширение, по обхват и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването“.

По данни на Министерство на здравеопазването (МЗ) всяка година в България се раждат приблизително 6000 недоносени деца (за 2017 г. броят на недоносените новородени е 5 952, което представлява 9,9 % от живородените). 30% от тях страдат от тежки увреждания, а при 50% се отчитат по-леки, но дългосрочни затруднения като обучителни трудности, задръжки в езиково-говорното развитие, моторни затруднения и психо-социални проблеми. За да бъдат минимализирани посочените по-горе последствия от непроследената бременност, през 2007 г. МЗ приема Наредба № 26 за предоставяне на акушерска помощ за здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени. Тя цели да предотврати подобна опасност, като предвижда един безплатен акушеро-гинекологичен преглед за бременната жена и основен пакет медицински изследвания.

Прилагането на тази наредба в практиката обаче среща редица предизвикателства. От една страна, според осъществен правен анализ⁴¹ обемът на медицинската помощ, която се оказва на здравно неосигурени бременни жени предвиден в Наредбата „...нарушава принципа на равнопоставеност при оказване на медицинската помощ с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година, уреден в чл. 81, ал. 1, т. 2 от ЗЗ. Някои от изводите в анализа са свързани с констатацията относно ограничен достъп до извънболнична помощ, поради това, че бременните здравно неосигурени жени имат затруднен достъп до своевременна, качествена и достатъчна медицинска помощ. Достъпът до извънболнична медицинска помощ е ограничен само до един преглед, в рамките на който не могат да се осъществят всички необходими диагностични и/или лечебни дейности, от които бременната жена се нуждае. Друг извод е свързан със затруднен достъп до болнична помощ, тъй като съществуващите механизми за заплащане обхващат само спешната медицинска помощ в многопрофилна болница за активно лечение (МБАЛ) до хоспитализацията или медицинската помощ, оказана на хора без никакви доходи и/или имущество и кумулативно отговарящи на множество критерии. В допълнение, практиката на работа сред уязвими общности с неосигурени бременни жени показва, че прегледи по тази наредба се осъществяват предимно в области, където има посреднически услуги, социални или такива, предоставяни от здравни медиатори. В страната

³⁹https://www.ngobg.info/bg/documents/7154/1520romainclusionindex2015s.pdf?fbclid=IwAR2Xu1WlQbN7V9HQY7_mE2bpV4SN97mRbzs9CjyrmnyPHddZKj5daxYmoE

⁴⁰ Закон за здравето, в сила от 2005 г., изм. 2020г., достъпен на: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135489147>

⁴¹ Шаркова, М. (2020), Достъп на бременни жени, които нямат качеството на здравноосигурени лица до медицинска помощ в България, непубликуван

не са развити услуги, директно насочени към подкрепа на бременни неосигурени жени. Услугите на здравните медиатори по места, както и на пилотни интегрирани услуги, предоставяни от български и международни организации, осъществяват такива дейности, но нямат устойчив характер.

Наред с това, „предвидения в чл. 6 от Наредба No 26/2007 г. ред за насочване на здравно неосигурена жена към акушерски грижи (с направление бл. МЗ - НЗОК № 7) на практика се явява причина бременните жени да се възползват от този един безплатен преглед в края на бременността си, за да получат въпросното направление. Това означава, че голям брой бременни жени въобще не са проследявани по време на бременността и съответно, не са своевременно диагностицирани или въобще не са диагностицирани, голям брой патологии. В следствие това води до увеличаване на броя на преждевременните раждания, по – висок риск от усложнения при раждане за майката и детето и е предпоставка за увеличаване на неонаталната и майчината смъртност.“

Доказателства за тези ограничения на Наредбата могат да бъдат открити в данните за осъществените прегледи на бременни и здравно неосигурени жени през последните години. „От събраните данни се оказва, че през 2017 г. само 31.2% от бременните здравно неосигурени жени са имали достъп до единствения преглед, който се заплаща от НЗОК по реда на Наредбата, за 2018 г. са 47.1%, а за 2019 г. 37.7%, като в някои райони се наблюдават сериозни ограничения в достъпа, включително в големи административни центрове като Пловдив и Бургас, включително и в района на София – град.“

По реда на Постановление № 17 от 31 януари 2007 г. за достъп до болнична медицинска помощ се заплаща оказаната болнична медицинска помощ на здравно неосигурени пациенти, които нямат доходи и/или лично имущество и отговарят на определени критерии, посочени в чл. 1, ал. 4 от Постановлението.

По реда на това постановление се осигурява възможност за заплащане на бременните здравно неосигурени жени на болнично лечение, като по този ред не може да се заплащат прегледи и изследвания на бременни жени в условията на извънболнична помощ. Проблемът тук е, че то крие предпоставки за “отказ от прием в конкретни лечебни заведения, тъй като има риск оказаната медицинска помощ да не бъде платена от пациента или от НЗОК по реда на Постановлението.

Освен това често персоналът на лечебните заведения е убеден, че това са пациенти с придружаващи патологии, които изискват допълнителен ресурс за лечение, което няма да се покрие от стойността на съответната клинична пътека. В някои лечебни заведения е въведена практиката да се изисква доплащане на множество допълнителни услуги като избор на екип, ВИП стая и други, които не се заплащат по нито един от посочените в анализа механизми.“

ХЪРВАТИЯ

Идентифицирани проблеми

Практиката е идентифицирана посредством кабинетно проучване, както и чрез попълнен въпросник от организацията Roda Parents in action.

Хърватия има универсална здравна система със солидарност при осигуряването на здравните услуги, която покрива разходите за първичната медицинска грижа на всеки, живеещ в страната⁴².

⁴² Džakula, A., Pavić, A., Lončar, K., Sekelj-Kauzlaric, K., (2014) Croatia Health system review, retrieved from: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/252533/HiT-Croatia.pdf

Според анализи в Стратегията за ромско включване 2013 – 2020, по данни на НПО около 40% от ромските жени нямат здравни осигуровки. Ранните бракове, рисковото поведение и предразсъдъци относно здравната грижа водят до увеличена детска смъртност.

Проблем с неосигурените бременни възниква по повод регистрацията в здравноосигурителната им система, например при навършване на пълнолетие, безработица, адресна регистрация. В допълнение, фактори, които влияят върху регистрацията са и разбира се знанията и уменията, нагласите на ромските жени и дискриминационни практики сред здравните специалисти. Избягването на здравна грижа е въпрос на доверие в лекарите, отдалеченост на медицинските заведения и необходимост от заплащане на процедури. Има проучвания, които показват, че жените от ромски произход използват по-малко прегледи, които им се полагат, отколкото другите хърватски жени, като причина за това са нагласи, рисково поведение и дискриминация⁴³.

Наличието на проблем със здравнонеосигурените жени има два аспекта. От една страна, как се осигурява финансирането на прегледите според типа здравна система, а от друга, наличието на информация и умения да се справяш със системата⁴⁴.

В ситуационния анализ на Националната стратегия за здравна грижа 2012-2020.⁴⁵ относно здравната грижа за уязвимите групи се идентифицира проблем с детската смъртност и здравното осигуряване на ромската общност в страната. Въпреки че анализът посочва, че няма целенасочено проучване и статистически данни за тази група от населението, на базата на теренно изследване се идентифицират малък брой здравно осигурени роми и по-висока смъртност при ромските деца в сравнение с другите групи. Основен рисков фактор за детската смъртност в Хърватия е ниското (1000-1499 гр.) и изключително ниско тегло (<1000 гр.) на новородените⁴⁶.

Заинтересовани страни

Наличната информация относно осигурения достъп до пренатална грижа дава основания да се идентифицират следните заинтересовани страни:

- Бременни ромски жени и техните семейства, чиито права се застъпват от НПО като Roda. Parents in action⁴⁷, които осъществяват проучвания, свързани със здравето на ромските жени
- Държавен офис за правата на малцинствата в Хърватия участва в разработването на Стратегията за ромско включване
- Министерство на здравето
- Министерство на финансите
- Хърватски фонд за здравно осигуряване
- Хърватски национален институт за обществено здраве

⁴³ Government of the Republic of Croatia, (2012), National Roma inclusion strategy from 2013 to 2020, retrieved from: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/roma_croatia_strategy_en.pdf

⁴⁴ Ibid

⁴⁵ Government of the Republic of Croatia, Ministry of health of the Republic of Croatia, (2012), National Health Care Strategy 2012-2020 Croatia, retrieved from: <https://www.mindbank.info/item/2077>

⁴⁶ Ibid

⁴⁷ Who are Roda. Parents in Action, (2016), retrieved from: <https://www.roda.hr/>

- Жупаниите и местната власт в град Загреб в ролята им на управляващи повечето от доболничните и болнични служби. В допълнение, те могат да осигуряват възможности малцинствените групи да получат здравни осигуровки от местния бюджет⁴⁸.

Политическо решение

По отношение на майчиното и детско здраве на маргинализираните групи политическите решения се отнасят до две области - здраве и социално включване. Такива решения са отразени в Стратегията за здравната грижа⁴⁹ и Стратегията за включване на ромите⁵⁰. Анализът показва, че от една страна, решенията са свързани с целите на политиката за обществено здраве в посока подобряване на здравната система, за да се намали смъртността сред майките и новородените, да се осигури безопасно майчинство и да се подобри грижата, а от друга – със социалното включване на ромите.

ФИГУРА 4 ПРОФИЛ НА ХЪРВАТИЯ

Хърватия

1. Население към 31.12.2019 г. - 4 058 165 (2019).
2. БВП на глава от населението на Хърватия през 2019 г. е 12 450 евро.
3. Модел на социална държава (система за социално подпомагане) - Източноевропейски
4. Видове съществуващи услуги за РДР -домашни посещения, ясли и детски градини, общностни центрове, услуги за подкрепа на родителите.
5. Стратегически документи за РДР, National Curriculum for Early Childhood and Preschool Education, Национална стратегия за ромското включване, 2013.
6. Етническа структура - През 2011 г., малцинствени групи са сърби 4,4%, други 4,4% (включително босненци, унгарци, словенци, чехи и роми).
7. Дял на ромското население: 0,2% до 1,0% (9 500 до 40 000 души). Съветът на Европа изчислява, че в Хърватия живеят приблизително 30-40 000 роми.
8. Население в риск от бедност и социално изключване – 18,3%.

Националната стратегия за включване на ромите 2012 - 2020⁵¹ визира женското здраве като поставя за цел подобряване на репродуктивното здраве на жените, здравето на бременните жени и децата, както и намаляване нивото на раждаемост сред непълнолетните, да подпомогне информирането и получаването на знания сред ромските жени и широката ромска общност.

Здравните реформи, които се осъществяват в периода от 1990 г. до 2008 г., трансформират високо фрагментираната и децентрализирана система в централизирана, базирана на принципите на универсалност и солидарност⁵². Законовата реформа от 1993 г. консолидира трите отделни схеми за здравно осигуряване (работещи, самонаети, фермери) в единна публична структура, Хърватски фонд за здравно осигуряване, предоставящ универсално

здравно осигуряване за цялото население. Универсалното здравно осигуряване обхваща

⁴⁸ Government of the Republic of Croatia, (2012), National Roma inclusion strategy from 2013 to 2020, retrieved from: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/roma_croatia_strategy_en.pdf

⁴⁹ Government of the Republic of Croatia, Ministry of health of the Republic of Croatia, (2012), National Health Care Strategy 2012-2020 Croatia, retrieved from: <https://www.mindbank.info/item/2077>

⁵⁰ Government of the Republic of Croatia, (2012), National Roma inclusion strategy from 2013 to 2020, retrieved from: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/roma_croatia_strategy_en.pdf

⁵¹ Ibid

⁵² Džakula, A., Pavić, A., Lončar, K., Sekelj-Kauzlaric, K., (2014) Croatia Health system review, retrieved from: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/252533/HiT-Croatia.pdf

превантивни мерки и проследяване на бременните жени, раждането, децата, хората с увреждания и др. рискови групи. Политическото решение е с национален обхват.

Хърватия има универсална здравна система със солидарност при осигуряването на здравните услуги, която покрива разходите за първичната медицинска грижа на всеки, живеещ в страната. В тази система бременните жени, които не са осигурени имат достъп до пакета от здравни услуги, които са предвидени по закон за осигуряване на майчиното здраве на осигурените бременни.

Подход

Посочените решения се реализират чрез системен подход. Системността произтича от една страна от изравняването на достъпа на бременните жени до здравни услуги, а от друга развитието на услуги за информиране и придружаване. В допълнение се развива и услуга за домашни посещения към Центровете за първична здравна грижа, чрез които се идентифицират чрез активен подход бременни жени и майки, които се нуждаят от допълнителна подкрепа и насочване за проследяване на бременността и раждането на детето. Информацията в стратегическите документи и законодателство показва системно мислене за цялостна грижа за семействата, в областта на майчиното и детско здраве.

Законодателство

Общото законодателство на Хърватия третира проблема със здравнонеосигурените бременни жени. В Закона за здравето от 1993 г. в част III, която се отнася за мерките в здравната грижа, член 21 от същата глава се посочва осигуряването на всеобхватна здравна грижа за жените, особено по отношение на семейното планиране, раждането и майчинството⁵³. В Закона за задължителното здравно осигуряване⁵⁴ се определя, че здравните услуги се заплащат изцяло за определени групи от населението и определени техни здравни потребности, сред които мониторинга и наблюдението на бременността и раждането. Бременните жени са една от специфичните групи, които имат достъп до здравна грижа в пренаталния и постнаталния период след раждането на детето. Всяка бременна има право на 9 клинични и 3 ултразвукови прегледи. Неразделна част от всеки преглед е контрол на кръвното и теглото, бърз анализ на урина и гинекологичен преглед. Ако е идентифицира риск за бременността, броят на прегледите от гинеколог, сестра или акушерка се увеличава. Отговорностите на гинеколозите включват: прегледи, включително акушерски преглед на бременни жени; осигуряване на основни лабораторни тестове и инструменти прегледи; индикация за добавки с желязо и фолиева киселина; спешна помощ; образование на бременни жени относно най-добрите хранителни практики и знаци за опасност по време на бременност, кърмене, здравословни грижи за новородено, семейно планиране и др.; поверително, доброволно консултиране и тестване за ХИВ / СПИН.

За сравнение българския пакет на НЗОК (Програма майчино и детско здраве и развитие) е по-голям, но не се отнася до всички бременни жени еднакво.⁵⁵

⁵³ Health Care Act, (2018), retrieved from: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_100_1929.html

⁵⁴Compulsory Health Insurance Act, (2013), retrieved from: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_06_80_1666.html

⁵⁵ <https://nmd.bg/zdravnata-kasa-otpuska-povetche-bezplatni-pregledi-za-bremenni-zheni/>

Финансиращи механизми

Хърватският фонд за здравно осигуряване покрива 100% здравните услуги за определени групи от населението, включително бременните жени. Фондът се финансира от задължително внасяне на здравни осигуровки (75%) и от държавния бюджет (данъчно облагане) (15%)⁵⁶. От 2003 година осигурителния фонд покрива 100 % за някои здравни стоки и услуги, предоставяни на определени групи от населението. Това са: превантивни и лечебни здравни услуги за деца, ученици и редовни студенти; ортопедични устройства и други медицински помощни средства за деца на възраст до 18 години (както е определено в Устав на СНИФ); превантивни и лечебни здравни услуги за жени в областта на семейно планиране, наблюдение на бременността и раждане на деца и др.⁵⁷

Характерът на универсалност и солидарност на хърватската осигурителна система позволява определени групи, считани като уязвими да получават здравна грижа, без да внасят задължително осигуровки. В този смисъл бременните жени, които не са осигурени могат да се възползват от наблюдение на бременността и тяхното здраве без да заплащат.

Услуги и програми

При проучването са установени услуги, подкрепящи решението на проблема, които са свързани най-вече с идентифициране на бременни жени от групите в риск. Здравната услуга за жените като част от Първичната здравна грижа осигурява акушерската грижа за бременните жени. Гинеколозите и акушер гинеколозите се занимават със здравните грижи за жените в риск и семейно планиране.

При тях бременните жени могат да отидат без съответното направление от личен лекар, който поддържа контакт с Хърватския фонд за здравно осигуряване и предоставят пренатална грижа за майките. Общностните медицински сестри са част от първичната грижа в съответния медицински център и работят в сътрудничество с личните лекари.

Освен с идентифициране, те се ангажират с консултиране, подготовка на бременната и семейството ѝ за раждане, запознаване със законните ѝ права (отпуск по майчинство, детски надбавки), свързани с периода на майчинство⁵⁸. Тази услуга се предоставя на национално ниво и се финансира от държавата чрез Хърватския фонд за здравно осигуряване. Услугата е секторна, част от здравната система.

Мониторинг и оценка

Идентифициран е преглед на хърватската здравна система на Световна Банка⁵⁹, в който са направени констатации относно повишеното качество на първичната медицинска грижа и превенцията за цялото население. В потвърждение на направените констатации за качеството на здравните грижи са и данните относно ниската майчина смъртност (7,2 смъртни случая на 100 000

⁵⁶ Džakula, A., Pavić, A., Lončar, K., Sekelj-Kauzlaric, K., (2014) Croatia Health system review, retrieved from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/252533/HiT-Croatia.pdf

⁵⁷ Croatia health system review, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/252533/HiT-Croatia.pdf?ua=1

⁵⁸ Republic of Croatia, Information for a report on good practices and challenges in the application of a human rights-based approach to the elimination of preventable maternal mortality and morbidity, including through the utilization of the technical guidance, (2018), retrieved from: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/FollowUp2018/Croatia.pdf>

⁵⁹ Vončina, L., Arur, A., Dorčić, F., Pezelj-Duliba, D. (2018). Universal Health Coverage in Croatia: Reforms to Revitalize Primary Health Care". Universal Health Care Coverage Series 29, World Bank Group, Washington, DC., retrieved from: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/77393151616775654/pdf/Universal-health-coverage-in-Croatia-reforms-to-revitalize-primary-health-care.pdf>

живородени през 2012), както и перинатална, неонатална, постнеонатална и детска смъртност също са много ниски и по-ниски от съответните показатели в ЕС-27 (СЗО, 2014).⁶⁰

ЕСТОНИЯ

Идентифицирани проблеми

ФИГУРА 5 ПРОФИЛ НА ЕСТОНИЯ

Естония
1. Населението на страната към 31 декември 2019 г. е 1 324 820.
2. БВП на Естония на глава от населението през 2019г. е 15 760 евро.
3. Модел на социална държава - Източноевропейски
4. Видове съществуващи услуги за РДР – детски ясли, домашни посещения, обучение на родителите, общностни центрове.
5. Стратегически документи за РДР – Стратегия за децата и семействата 2012 - 2020, Национален здравен план 2009 -2020, Стратегия за първична здравна помощ.
6. Етническа структура – според преброяването от 2011 г., основните малцинствени групи включват руснаци (24,8%), украинци (1,7%), беларуси (1%) и финландци (0,6%), роми (0,04%).
7. Дял на ромското население: 0,04% до 0,1% (500 до 1 250 души).
8. Населението в риск от бедност и социално изключване е 21,7%.

Практиката е идентифицирана посредством кабинетно проучване, както и чрез попълнени 3 въпросника от организацията Асоциация на медицинските сестри. Естонската здравна система се основава на задължителни, базирани на солидарност осигуровки и почти универсален достъп до здравни услуги, предоставяни от субекти, които действат съгласно частното право.⁶¹ Държавното осигуряване чрез Естонски здравен фонд със своя солидарен характер обезпечава медицинските услуги на специфични групи от населението. Здравните услуги са гарантирани за деца до 19 години, студенти, бременни жени, пенсионери и др. уязвими групи⁶². Не е налична специфична информация относно проблем с неосигурените бременни жени в страната. В страната няма налични статистически данни за здравето и здравното осигуряване на ромското население и няма официална информация за това колко от тях не са покрити от здравно осигуряване. В същото време докладът за ромското здраве на ЕК

дава информация, че ромските жени в Естония са обхванати от държавното здравно осигуряване и нямат проблеми с достъпността до здравно осигуряване⁶³. Проучвания установяват и, че въпреки многото различни здравословни проблеми на ромите, те често не търсят медицинска помощ.⁶⁴ В този смисъл изравнения достъп на всички бременни жени до здравни услуги произтича от характера на здравноосигурителната система и политиката за защита на майчинството и бременността.

⁶⁰ Croatia health system review, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/252533/HiT-Croatia.pdf?ua=1

⁶¹ Estonia Health system review, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/377417/hit-estonia-eng.pdf?ua=1

⁶² <https://www.haigekassa.ee/en/people/having-child-child-health>

⁶³ Roma Health Report. Health status of the Roma population Data collection in the Member States of the European Union. ECq 2014

⁶⁴ National set of policy measures for Roma integration in Estonia, (2011), retrieved from: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/roma_estonia_strategy_en.pdf

Заинтересовани страни

Наличната информация, идентифицирана чрез кабинетно проучване, както и попълнение въпросници дава основание да се идентифицират следните заинтересовани страни:

- Бременните жени и техните семейства, както и общността
- Доставчици на здравни услуги
- Асоциация на медицинските сестри и Асоциация на акушерките.
- Министерство на социалните въпроси
- Естонската здравно осигурителна каса

Политическо решение

Министерството на социалните въпроси контролира здравната система на Естония, докато Естонската здравноосигурителна каса обединява по-голямата част от публичните средства и организира закупуването на здравни грижи. ЕЗОК работи като полуавтономна организация за улесняване на предоставянето на здравни грижи и поема отговорност за повече функции в резултат на реформа от 2017 г. Агенциите към Министерството на социалните въпроси подкрепят националните здравни дейности като професионални сертификати, осигуряване на фармацевтично качество и обществено здраве. Болниците в Естония са предимно собственост на държавата, местните власти или публични юридически лица, докато центровете за първична помощ, аптеките и амбулаторните клиники (ако не са част от болница) са частна собственост.⁶⁵

В стратегията за децата и семейството е записано, че третият ключов индикатор за политиките е фокусът върху майките и децата. Този показател има, както биологични, така и социокултурни причини. Положително и естествено е бременните жени и майките на новородени бебета да получават специална защита от държавата.⁶⁶ Една от посоките е ранната интервенция, която е свързана с посещенията на сестрата към личния лекар, така и от педиатъра, особено при новородени, които са изписани по-рано от болницата.

В Националния план за здравето 2009 – 2020 са предвидени мерки за подобряване на здравето на бременните жени.⁶⁷ Не е наличен специален фокус към подкрепа на жените от уязвими групи.

Подход

Използваният подход е ориентиран към правата, подкрепата на майчинството и осигуряване на равен достъп за всички да здравни услуги. В допълнение той е индивидуален и до голяма степен ориентиран към личния избор на бременната жена.

Прилагането на подход, ориентиран към правата поставя акцента върху равния достъп до услуги за всички, в това число за хората в уязвима ситуация. Прилага се от публични институции и е резултат от развитие на интегрирани политики към подкрепа на майчинството и децата. Това е особено важно във връзка с националните приоритети и стратегия, насочена към децата и семейството.

⁶⁵ OECD, (2019), State of Health in the EU, Estonia, Country Health Profile 2019, <http://www.oecd.org/publications/estonia-country-health-profile-2019-0b94102e-en.htm>

⁶⁶ Ministry of Social Affairs, (2011) Strategy of Children and Families 2012–2020, retrieved from: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/lpa_fulltxt_eng_83a4_nobleed.pdf

⁶⁷ Ministry of Social Affairs, (2008), National Health Plan 2009-2020, https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Aruanded/rta_2009-2020_2012_eng.pdf

Характерно за използвания подход в Естония е и неговият интегриран характер, като министерството на социалните въпроси подкрепя националните здравни дейности.

Законодателство

Естония има солидарна система за вноски за финансиране на здравното осигуряване. В резултат на това почти половината от естонското население (включително деца, пенсионери и безработни) имат право на здравно осигуряване, без да допринасят за системата.⁶⁸ Еднаквото третиране на бременните жени без осигуровки е уредено с промяна в Закона за здравно осигуряване от 2009 г.⁶⁹ Не е налична публична информация как се инициира тази промяна. Веднага щом е установена бременността и след като бременната попълни необходимите документи за осигурителния фонд тя получава същите права, както осигурените. Бременната жена има право на 9 прегледа и 2 с ултразвук, както и други изследвания. В първия триместър има право на един преглед и скрининг. Във втория триместър - 3 прегледа и ултразвук, както и изследване на урина и кръв. В Третия триместър - 5 посещения на гинеколог/акушерка на всяка 4 та седмица.⁷¹ Тези права са валидни за периода на бременността.

Финансиращи механизми

Естонската система на здравеопазване се финансира главно от държавата. Най-големият дял (65%) се финансира чрез вноски за социално здравно осигуряване под формата на целеви данък върху заплатите. Този целеви данък върху заплатите се обединява от Естонският Здравно-Осигурителен Фонд (Estonian Health Insurance Fund, EHIF), който е единствен купувач на здравни грижи. EHIF е независим публичен орган, който е отговорен и за сключване на договори с доставчици на услуги, възстановяване на разходи за здравни услуги и фармацевтични продукти плюс покритие за отпуск по болест и майчинство. Други публични източници на финансиране на здравеопазването включват държавния и общинските бюджети, които съставляват 10,7% от общите разходи за здравеопазване през 2016 г. Частните разходи представляват около една четвърт от всички разходи за здравеопазване, най-вече под формата на доплащания (22,7%).⁷² Този начин на финансиране позволява представителите на определени групи, в това число и бременните да получат медицинска грижа въпреки, че не са допринесли с целеви данък.

Услуги и програми

След регистрирането на бременност жените получават подкрепа от лекар и акушерка, а неосигурените стават автоматично осигурени щом са регистрирали бременността си, тоест не съществува понятие „здравно неосигурена бременна“⁷³. Домашните посещения от личния лекар при бременните и новородените деца до 2 години са безплатни⁷⁴. Освен това медицинската сестра, която работи в екип с лекаря има отделни домашни посещения, които са свързани с

⁶⁸ OECD, (2019), State of Health in the EU, Estonia, Country Health Profile 2019, <http://www.oecd.org/publications/estonia-country-health-profile-2019-0b94102e-en.htm>

⁶⁹ Health Insurance Act, adopted in 2002, retrieved from: <https://www.riigiteataja.ee/akt/113032019136>

⁷⁰ Estonian Health Insurance Fund/Home/For people/Health Insurance, retrieved from: <https://www.haigekassa.ee/en/people/health-insurance>

⁷¹ Healthcare in Estonia 2020 <https://www.settleinestonia.ee/wp-content/uploads/Healthcare-in-Estonia-2020.pdf>

⁷² Lai, T., Habicht, T., Kahur, K., Reinap, M., Kiivet, R., & van Ginneken, E. (2013). Estonia: Health system review., retrieved from: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/377417/hit-estonia-eng.pdf, p. 59

⁷³ Estonian Health Insurance Fund/Home/For people/ Having a child & child health, retrieved from: <https://www.haigekassa.ee/en/people/having-child-child-health>

⁷⁴ Estonian Government Information and E-services/Home/Health and Care/Health and Medical Care/Medical Care, retrieved from: <https://www.eesti.ee/en/health-and-care/health-and-medical-care/medical-care/>

консултиране и учене на пациентите за превенция на заболявания и запазването на здравето. Според информацията в попълнен въпросник от представител на Естонската Асоциация на медицинските сестри тези посещения достигат до жени живеещи в бедни сегрегирани райони.

Налице е план за превантивни медицински прегледи на деца с наредбата за инструкции на семейните лекари и медицинските сестри работещи със семейни лекари, издадена от Министерството на социалните работи. Според него, сестрите към личните лекари посещават детето у дома през първата седмица от живота му. Новородено, което е изписано от болницата рано (т.е. в рамките на 48 часа от живота в случай на естествено раждане и 96 часа живот в случай на цезарово сечение) трябва да бъдат прегледано от 5 до 7 ден от живота му от педиатър на доставчика на здравни услуги, който предоставя акушерски грижи. Следващите посещения на лекар или медицинска сестра се препоръчват, когато възрастта на детето е 2 седмици, 1 месец, 2 месеца, 4,5 месеца, 6 месеца, 7 месеца, 9 месеца, 12 месеца, 18 месеца, 2 години, 3 години, 4 години и 5 години.⁷⁵

Мониторинг и оценка

Здравната система на Естония е напълно електронизирана. Както пациентите и лекарите, така и болниците и правителството, се възползват от удобния достъп и ниските разходи, които предоставят електронните услуги. Всеки човек в Естония, посетил лекар, има онлайн електронно здравно досие, което може да бъде проследено. Идентифицирана от електронната лична карта, здравната информация се поддържа напълно защитена и в същото време достъпна както за самите пациенти, така и за лекарите. При население на Естония от 1,3 милиона, здравните записи в електронната система имат 1,8 милиона посещения месечно от пациенти и 2,3 милиона търсения от лекари. На практика всички (99%) здравни данни и рецепти са дигитализирани. Въпреки, че не са идентифицирани изследвания и оценки на достъпа до пренатална грижа, при такава система възможностите за генериране и анализ на данни, мониторинг и оценка, са практически неограничени.⁷⁶

Посочената практика се потвърждава и от данните от направеното проучване. Нивото на ефективност се определя като високо. Според специалисти, участвали в проведеното проучване, се прилага семейно и дете-центриран подход. Те определят тази практика като ефективна по отношение на подкрепа на майките по време на бременността и на майчинството и първите грижи за новороденото и особено при жени в уязвима ситуация, тази подкрепа е особено полезна.

Обобщение

Достъпът до здравни услуги на деца на възраст до 3 години, бременни жени и майки зависи от вида на здравната система и начина, по който населението на съответната държава получава здравни услуги. В част от анализирани практики държавните политики и законодателство осигуряват равен достъп на населението чрез финансиране от държавния бюджет. Това означава, че бременните жени и майките се включват в групата на получаващите равен достъп независимо от своето здравно осигуряване. Прегледът показва, че освен осигуреният достъп в повечето държави

⁷⁵ Smart parents, great children, strong society https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/lpa_fulltxt_eng_83a4_nobleed.pdf

⁷⁶ E-Estonia/Healthcare, retrieved from: <https://e-estonia.com/solutions/healthcare/e-health-record/>

се дискутира нуждата от услуги, чрез които този равен достъп да бъде получен, т.е. да има информиране, консултиране, обучения, посредничество и др.

Посочените практики в Хърватия и Естония се характеризират с осигуряване на равен достъп на всички бременни жени, осигурено държавно финансиране за гарантиране на този достъп и национален обхват на прилагане на услуги за подкрепа на този достъп. В тези държави осигуряването на грижа за бременните от уязвими общности се основава на наличието на универсална осигурителна система със солидарен характер. Това условие прави възможно покриването на разходите на определени групи, в това число бременните, които получават услуги дори да не са внасяли необходимите задължителни осигуровки. И в двете страни тази грижа е съпътствана от програми за позитивно родителстване в ранната възраст, която се осъществява чрез програми в Хърватия и развитие на набор от услуги в подкрепа на семействата в Естония.

Посочените практики са избрани първоначално през кабинетно проучване, въз основа на посочените критерии относно съдържание на практиката, целева група, политическо решение и национален обхват. В последствие те са потвърдени от проведеното проучване. Прави впечатление, че повечето от тези практики не са изследвани конкретно, т.е. тяхната ефективност може да се анализира само през национални стратегически документи, при това без те да са фокусирани върху темата.

Посочените практики предоставят информация за постигнати решения за подкрепа на бременни жени в държави сходни по социално-икономически показатели с България. Решенията постигнати на системно ниво изключват реално наличието на „неосигурени“ бременни жени, гарантирайки равен достъп, подкрепа на уязвими групи и грижа за майчинството и децата. Подобни решения биха могли да се приложат и в България, за да се гарантира равен достъп до пренатална грижа на всички бременни жени, което да бъде системно решение и да изравни достъпа.

5.1.2. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 2: Здравни грижи за новородени чрез домашни посещения от личните лекари и / или педиатри (България, Словения)

БЪЛГАРИЯ

Основни политики и законодателство, насочени към здравните грижи за новородени чрез домашни посещения

Според НРД (Национален рамков договор) за 2020-2022 г.⁷⁷ по програма „Детско здравеопазване“ са предвидени дейностите на ОПЛ (общопрактикуващ лекар), сред които до два прегледа до навършване на едномесечна възраст на новороденото с препоръчителен интервал от 7 до 14 дни, като първият се извършва до 24 часа от изписване от болничното заведение при осъществен избор на личен лекар на детето. При липса на избран лекар прегледът се извършва до 24 часа от избора. До навършване на 1 г. възраст на детето профилактичните прегледи се осъществяват един път месечно, а след това до 2 г. възраст четири пъти годишно, през период не по-малък от два месеца. След 2 г. възраст прегледите са два пъти годишно през период не по-малък от четири месеца.

Съгласно актуалния Имунизационен календар на Република България се провеждат задължителни профилактични имунизации и реимунизации на определена навършена възраст.⁷⁸

⁷⁷ Национален рамков договор за медицинските дейности за 2020 - 2022, достъпен на: <https://www.nhif.bg/page/2054>

⁷⁸ <https://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/imunizacii/>

Имунизации

- **всички новородени** се имунизират с ваксина срещу хепатит Б през първите 24 часа от раждането и с ваксина срещу туберкулоза /БЦЖ/ от 48-мия час след раждането до изписването им от родилния дом
- от **втори, трети и четвърти месец** децата се ваксинират срещу дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит, хемофилус инфлуенце тип Б инфекции и пневмококови инфекции, както и срещу хепатит Б, ако ваксината срещу хепатит Б е в състава на многокомпонентна ваксина
- ако хепатит Б ваксината не е в състава на многокомпонентна ваксина, **втора доза се прилага от първия месец и трета доза от шестия месец**
- ваксината срещу пневмококови инфекции на третия месец **не се прилага** при децата, родени след 31.12.2019 г.
- **между 7 и 10 месечна възраст** на децата без белег от БЦЖ имунизацията в родилния дом се поставя БЦЖ ваксина след отрицателна туберкулинова проба
- от **тринадесетия месец** децата се имунизират с комбинирана ваксина срещу морбили, рубеола и паротит

Имунизациите са отговорност на ОПЛ, но за да се осъществят те, родителят трябва да има информация за имунизационния календар и да води регулярно детето си на прегледи. Това създава редица предизвикателства в семейства от уязвими групи, които трябва да бъдат подкрепени с услуги, за да могат да осъществят тази си роля и отговорност.

Наредба №15 на МЗ от 2005 г. определя лицата, които подлежат на имунизации и реимунизации и редът, по който се извършват, дефинират се показанията и противопоказанията за ваксинапрофилактика на специфични групи пациенти.

Изпълнение на основни политики и законодателство за осигуряване на здравни грижи за новородени чрез домашни посещения от лични лекари и/или педиатри

Изследване на Джънкшън България, проведено по поръчка на Българска педиатрична асоциация в края на 2019 г., разкрива тревожна картина по отношение на разходите, които семействата правят за здравна грижа за децата им до 6 годишна възраст. Въпреки, че по закон медицинската помощ за деца в България трябва да е безплатна, според резултатите от изследването семействата плащат значително повече от НЗОК за здравето на децата си, особено в най-ранна бебешка и детска възраст. Други констатирани от изследването проблеми са свързани с липсата на информация за профилактичните прегледи, необходимостта от повече такива прегледи, заплащането (най-често неформално или под формата на заплащане за транспорт) за профилактични прегледи, които трябва да са безплатни. Някои от майките с по-ниски доходи споделят, че е трябвало да убедят лекаря да отиде и да осигурят превоза му дори и при първоначалния преглед след раждане. При липсата на държавна патронажна грижа, често тези първи прегледи остават единствени. Тези данни се потвърждават и от количествено онлайн проучване на Фондация „Нашите недоносени деца“ сред родители на недоносени деца в България. Данните от него, сочат, че 46.4% от родителите не са получили график за необходимите прегледи при специалисти, които следва да бъдат осъществени през първата година от живота на детето. Изключително тревожен е фактът, че 84.7%

от родителите посочват, че не са получили никаква информация относно необходимостта от проследяване на развитието на децата и след навършване на 2-годишна възраст.⁷⁹

Друг тревожен факт е, че към 31 януари 2020 г. държавата не разполага с обобщени данни за състоянието на показателите за майчиното и детското здраве през изминалата 2019 г.⁸⁰ Според данни от изследване „Проучвания на нагласите за имунизирани сред разнородни групи от населението“, според които се покачва броят на родителите с висок социален статус, които са антиваксинално настроени, а също така близо 50% от анкетирания отговарят, че при право на избор и незадължителен имунизационен календар не биха ваксинирали децата си.⁸¹ В изследването се цитират различни фактори, които влияят върху мненията на родителите, които са на индивидуално ниво - предимно свързани с недоверие в личните лекари, качество и полза от ваксините и др. За ваксинопрофилактиката повечето хора се информират от един източник, най-вече ОПЛ, и считат, че само донякъде имат необходимите познания за ваксините⁸².

СЛОВЕНИЯ

Идентифицирани проблеми

Практиката е идентифицирана посредством кабинетно проучване. Словения има система за задължително социално здравно осигуряване с един платец, независимият здравноосигурителен институт на Словения (HIIS)⁸³ Здравно осигурителната система на Словения според приет през 1992 г. Закон за здравна грижа и здравно осигуряване е универсална, в която задължителното здравно осигуряване покрива здравните потребности на всички жители на страната. В закона е упоменато наличието на определени групи, чиито представители, независимо от наличието или липсата на принос към осигурителната система, получават първична здравна грижа поради специфичния период от живота им, който изисква подкрепа. Сред тази групи наред с децата са и бременните жени, които може да са неосигурени и да получат медицинска грижа в периода на бременността⁸⁴.

По отношение на промоцията на здравето и превенцията на заболяванията има редица програми в здравната система на страната.⁸⁵ Едни от тях се реализират в Центровете за първична медицинска грижа, в рамките на които се предоставят редица здравни услуги.

Въпреки универсалния достъп до здравни услуги са налице значими разлики в тяхното използване сред различните социални групи и в различните части на страната, което служи за основание за стартиране на проект на правителството, който да подобри програмите за деца и възрастни. Стартирането на проекта е съпроводено от анализ на потребностите, изводите от които са показателни за необходимостта от развитие на превантивни програми, разширяване на обхвата на вече съществуващите и промоция на здраве. В анализа се посочва също, че неравенствата в достъпа до здравни услуги започват в началото на жизнения път и нарастват сред учениците, по-специално

⁷⁹ Национална мрежа за децата, Бележник 2020, достъпен на <https://bit.ly/3kUoRTn>

⁸⁰ Пак там

⁸¹ <https://prakticheska-pediatria.net/2017/02/27/3-expert-meeting-vaccine/>

⁸² https://repository.mu-varna.bg/bitstream/handle/nls/509/THESIS_Stanislava%20Hadzhieva_2019.pdf

⁸³ OECD, (2017), State of Health in the EU, Slovenia, Country Health Profile 2017, retrieved from:

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/355996/Health-Profile-Slovenia-Eng.pdf?ua=1

⁸⁴ <https://rm.coe.int/16806cd48f>

⁸⁵ National Institute of Public Health, (2016), Towards Better Health and Reducing Inequalities in Health, retrieved from:

<https://www.norwaygrants.si/2009-2014/en/projects/programme-nor-fm-projects/skupaj-za-zdravje/>

сред тези с по-нисък социално-икономически статус.⁸⁶ Част от тези превантивни програми е свързан със здравни услуги за новородени чрез домашни посещения от медицински сестри.

ФИГУРА 6 ПРОФИЛ НА СЛОВЕНИЯ

Словения

1. Населението на Словения в края на 2019 г. е 2 094 060
2. БВП на глава от населението на Словения е 20 700 евро за 2019 г.
3. Модел на социална държава (система за социално подпомагане) – Източноевропейски
4. Видове съществуващи услуги за РДР – детски ясли, домашни посещения, обучение на родителите
5. Стратегически документи за РДР - Национален план за здравеопазване 2016–2025 г. „Заедно за здравословно общество“
6. Етническа структура – Според преброяването от 2002, основните малцинствени групи са сърби (2%), хървати (1.8%), босненци (1.1%), други (12%)
7. Дял на ромското население – 0,1 – 0,4% (3 246 (преброяване) - 8 500. Съветът на Европа изчислява, че в Словения живеят 8 500 роми
8. Население в риск от бедност и социално изключване – 12% за 2019 г.

Заинтересовани страни

Анализът на наличната информация дава основание да се дефинират следните заинтересовани страни от развитие на превантивни програми за деца и младежи са:

- Децата и семействата, включително семейства от уязвими групи
- Институции на национално ниво , сред които Министерство на здравеопазването и Националния институт за обществено здраве
- Здравните специалисти от Центровете за промоция на здраве
- Местните власти в области с висок процент от уязвими групи
- Местни социални власти

Политическо решение

Политическото решение относно развитие на Центрове за промоция на здраве като допълващи дейността на Центровете за първична здравна грижа е свързано с разработване на Националния план за здравеопазване 2016–2025 г. „Заедно за здравословно общество“. Документът се явява една от основните предпоставки за

предоставяне на качествени обществени здравни услуги, достъпни за всички, което поставя потребителя и доставчика в центъра на усилията, преследва по-добро здраве и благополучие за всички. В този смисъл се стреми да намали неравенствата в здравеопазването, което е особено важна отправна точка по отношение на ромите като една от най-уязвимите групи от населението. Националният план за здравеопазване дава приоритет на равните права и достъп до здравни услуги като основни ценности за развитието на здравната система на Словения, гарантира устойчивостта на постиженията. Центровете за промоция на здравето и новият модел за промоция на здравето и превенция на заболяванията се планира да бъдат системно приложени във всички центрове за първична медицинска помощ.⁸⁷

Центровете за промоция на здравето са създадени през 2002 г. във всички 61 Центрове за първична медицинска помощ в Словения, където освен личните лекари има и общностни медицински сестри. Основна роля на центровете за промоция на здравето е да осигури интервенции в начина на живот

⁸⁶ Petrič, K., Brinovec, R., & Zakotnik, J. (2018), Health promotion centres in Slovenia: Integrating population and individual services to reduce health inequalities at community level, retrieved from:

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/377428/hss-ncd-policy-brief-slovenia-eng.pdf?ua=1

⁸⁷ Ibid

срещу ключови рискови фактори. Центровете за промоция на здравето интегрират различни разпръснати дейности в центровете за първична медицинска помощ, включително медицинските сестри в общността, които са ангажирани със здравето на новороденото. Между 2013 и 2016 г. е изпробвана нова парадигма, за да се осигури интеграция на различни услуги, насочени към уязвими групи. Новата роля на центровете за промоция на здравето е да създадат партньорства с ключови заинтересовани страни, включително социални услуги и неправителствени организации (НПО), за подобряване здравето на ниво общност. Създадени са екипи за насърчаване на здравето и подготовка на местни стратегии и планове за действие, които да разгледат нуждите на различните групи от населението и да се идентифицират и намалят здравни неравенства.

През 2013 г. в рамките на проект финансиран от норвежкия финансов механизъм „Към по-добро здраве и намаляване на неравенствата в здравето“, правителството създава пилотни центрове за промоция на здравето, които обхващат различни възрастови групи с цел до 2016 г. да се създадат още 25 центъра. Екипите от специалисти - сестри, терапевти работят на общностно ниво, но имат и задачата да идентифицират рискове групи - безработни, роми и др. за да ги включат в превантивните програми.

Подход

Използван е индивидуализиран подход в общността, който позволява бърз и структуриран отговор на нуждите на уязвимото население-семейства, живеещи в бедни райони, етнически малцинства. Използвани са също интегрирани подходи, които увеличават социалното сближаване, надхвърля границите на здравните и социални услуги и комбинира груповите и индивидуални начини на работа с целевите групи деца и семейства. Налице е също интегриран мултидисциплинарен подход, който позволява управлението, финансирането и компетенциите на работната сила да са съгласувани. Друг подход е този на междусекторното сътрудничество и общностен подход, който осигурява равен достъп до здраве и предоставя възможност за сътрудничество между държавни, местни власти и неправителствени организации.

Законодателство

Законодателството в областта на здравето в Словения определя и обхваща на превантивните дейности на ниво първичната здравна грижа.⁸⁸ Основните нормативни документи в областта на здравната грижа са Законът за семействата, Законът за здравето и здравните осигуровки, Наредба за прилагане на здравна превенция на първично ниво, Законът за превенция на домашното насилие.⁸⁹

С Националния план за здравеопазване 2016–2025 г. се засилват превантивните подходи на ниво първична здравна помощ. За да се усъвършенства здравната система с дейности по превенция в здравеопазването, от първостепенно значение е първичното ниво, особено здравният център като организационна единица да поеме ролята на профилактичен център в местната среда и активно да

⁸⁸ Rules on preventive health care at the primary level, (Official Gazette, No. 19/1998, No. 31, 25.3.2005), cited by: https://www.ecpcp.eu/fileadmin/pdf_doc_ppt/Prague2015/Slovenia_Seher_Zupancic_Prevention_in_primary_paediatrics_-_SLOVENIA_nov2015.pptx

⁸⁹ http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=&p_isn=68900

участва в усилията за установяване на здравословен начин на живот и условия и подобряване на здравната грамотност.⁹⁰

Финансиращи механизми

Центровете за първична медицинска помощ в Словения се финансират държавно от здравната система на страната. Основните дейности в първичната помощ се осигуряват финансово от здравно осигурителната система на държавата. Центровете за промоция на здравето, които доразвиват централните за първична медицинска грижа в своята пилотна фаза се финансират от европейските кохезионни фондове. Първоначално финансирането на допълващите превантивни дейности се осъществява по проект финансиран от Норвежкия финансов механизъм. След приключването му, през 2016 г. правителството на Словения подписва договор за финансиране с Европейски кохезионен фонд.⁹¹

Услуги и програми

Грижата за бременни жени, деца и новородени в Словения е част от първичната здравна грижа. Осъществява се медицински центрове и чрез домашни посещения. В закона е записано, че предоставянето на превантивни услуги за деца се осъществява от педиатри и училищни медицински специалисти. Само в изключителни обстоятелства, когато са налице застрашаващи живота и здравето на детето проблеми тази грижа може да се предоставя от ОПЛ. Допълнително дипломирани медицински сестри предоставят здравно възпитание. Домашни посещения се осъществяват и от психолози и логопеди, които предоставят превантивни услуги, като консултиране и оценка на детското развитие, логопедични услуги⁹²

Предвидени са посещения основно от медицинска сестра (универсална грижа и такава за рискови групи). Тези посещения са общо 8 за първата година. Първото посещение е до един ден след изписване от болницата. Това включва медицински прегледи, имунизации и здравно възпитание.⁹³ Освен това са предвидени и прегледи от педиатър 7 пъти в рамките на периода от 1 месец до 3-та година. В допълнение се осъществяват и подкрепа за кърмене, преглед преди постъпване в детска градина и психологическа оценка, както и медицински преглед за деца с изоставане в развитието всяка година.

В рамките на проект „Към по-добро здраве и намаляване на неравенствата в здравеопазването“ са постигнати допълнителни два резултата⁹⁴: разширена програма за превантивни услуги за деца и модел за интегриран подход към здравето. Това се осигурява чрез модернизирани Центрове за

⁹⁰ Resolution on the National Health Care Plan 2016–2025, Together for a Healthy Society, retrieved from: [https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/125979#!/Resolucija-o-nacionalnem-planu-zdravstvenega-varstva-2016-2025-Skupaj-za-druzbo-zdravja-\(ReNPZV16-25\)](https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/125979#!/Resolucija-o-nacionalnem-planu-zdravstvenega-varstva-2016-2025-Skupaj-za-druzbo-zdravja-(ReNPZV16-25))

⁹¹ Petrič, K., Brinovec, R., & Zakotnik, J. (2018), Health promotion centres in Slovenia: Integrating population and individual services to reduce health inequalities at community level, retrieved from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/377428/hss-ncd-policy-brief-slovenia-eng.pdf?ua=1

⁹² Children and school children health care services, Health care center Velenje, Slovenia, National Institute of Public Health, (2015), Prevention in primary paediatric care - Slovenia, retrieved from: https://www.ecpcp.eu/fileadmin/pdf_doc_ppt/Prague2015/Slovenia_Seher_Zupancic

⁹³ Ministry of Health of the Republic of Slovenia, (2014), Health care system in Slovenia, retrieved from: https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Programos_ir_projektai/Norvegijos_parama/Slovenija_PPT/1%20PRESENTATION%20OF%20HEALTH%20SYSTEM.pdf

⁹⁴ National Institute of Public Health, Towards Better Health and Reducing Inequalities in Health, retrieved from: <https://eeagrants.org/archive/2009-2014/projects/SI05-0002>
<https://www.skupajzdravje.si/>

промоция на здравето, които включват мултидисциплинарни екипи от медицински сестри, физиотерапевти, психолози, диетолози и кинезитерапевти. Пациентите посещават индивидуални и групови класове за промени в начина на живот по отношение на здравословното хранене, физическата активност и психичното здраве; пушене, употреба на алкохол, затлъстяване и диабет. Всички създадени центрове имат различни услуги по промоция на здраве и тези услуги зависят от потребностите на местната общност. Сред тях има и подкрепа на бременни жени, услуги по посещения при новородени и бебета, подкрепа на кърмене и др.⁹⁵ В центровете се прилага проактивен подход към отиване на уязвими групи- безработни, роми и др. и тяхното включване в програмите.

Мониторинг и оценка

Според МЗ на Словения системата за мониторинг и оценка на превантивната здравна грижа за децата в страната е недостатъчно развита. В същото време се събира информация за посещаемостта на превантивните услуги във всички възрастови периоди от 1 месец до 18 години.⁹⁶ Като част от проекта „Към по-добро здраве и намаляване на неравенствата в здравеопазването“, Националният център за промоция на общественото здраве осъществява проучване в три пилотни общности за идентифициране на ключови уязвими групи и техните бариери в достъп до грижи. В проучването са участвали общо 850 души, включително хора със социално-икономически аспект, уязвимости, психични разстройства и увреждания; безработни; бездомни и др. уязвими групи. Идентифицирани са и съответно отправени препоръки за премахване на пречките пред превантивните интервенции.⁹⁷ Проектът и създаването на Центрове за промоция на здраве е оценен като успешна практика от Световна здравна организация по отношение на интегрирането на услуги за намаляване на неравенствата в здравеопазването. Част от тези услуги са и посещенията на общностни медицински сестри в семействата. Словения актуализира стратегическите си планове в Национален план за здраве 2015-2025 г., където приоритизира равния достъп до здравни грижи и гарантира устойчивост на дейностите по промоция на здраве, реализирани в рамките на Центровете за промоция на здраве, част от които са домашните посещения при новородени.

Обобщение

Достъпът до здравни услуги за новородени се гарантира от здравната система чрез нормативни регулации и развитие на подходящи услуги за прилагане в практиката. В повечето проучени държави, както и в избраната за представяне практика на Словения здравните услуги за деца непосредствено след раждането, се получават в здравен център, родилно отделение или други здравни структури, доколкото посещенията в дома на родителите от личен лекар или педиатър е рядко срещано. По-скоро тези посещения се осъществяват от домашни патронажни сестри. Това показва отново наличието на по-скоро интегриран подход към подкрепата за майки и деца. Освен това, тези посещения са предимно с универсален характер, а по-разширен пакет се получава при наличие на специфични потребности на децата. В този смисъл препоръка към прилагане на подобни практики в България е именно развитието на система от превантивни услуги, сред които

⁹⁵ Health Promotion Center/Home, retrieved from: <https://zd-zalec.si/ckz/>

⁹⁶ Children and school children health care services, Health care center Velenje, Slovenia, National Institute of Public Health, (2015), Prevention in primary paediatric care - Slovenia, retrieved from: https://www.ecpcp.eu/fileadmin/pdf_doc_ppt/Prague2015/Slovenia_Seher_Zupancic

⁹⁷ Petrič, K., Brinovec, R., & Zakotnik, J. (2018), Health promotion centres in Slovenia: Integrating population and individual services to reduce health inequalities at community level, retrieved from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/377428/hss-ncd-policy-brief-slovenia-eng.pdf?ua=1

съществено значение и роля би следвало да имат домашните посещения от патронажни сестри при новородени.

5.2. Услуги в подкрепа на ранното учене и полагане на отзивчиви грижи за детето

5.2.1. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 1: НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМИ ЗА ДОМАШНИ ПОСЕЩЕНИЯ В ПОДКРЕПА НА ОТГОВОРНАТА ГРИЖА ПРЕЗ ПЪРВИТЕ 1000 ДНИ ОТ РАЗВИТИЕТО НА ДЕТЕТО

БЪЛГАРИЯ

Основни политики и законодателство във връзка с домашните посещения

В България няма национална програма за патронажна грижа. Подкрепата на децата до 3 г. и техните семейства е отговорност на общопрактикуващите лекари и педиатрите, но освен задължителното еднократно посещение непосредствено след раждането на детето, те нямат задължението да посещават новороденото и неговата майка. Отговорността затова остава при семейството, но това автоматично означава серия от проблеми, свързани с информацията, достъпа и заплащането на грижата и подкрепата за развитие на родителски умения.

Изпълнение на основни политики и законодателство за осигуряване на патронажна грижа

Усилията да се решат тези проблеми са свързани с няколко национални инициативи. Едната от тях е проекта „Социално включване“ реализиран от Министерство на труда и социалната политика (МТСП) в 66 общини. Проектът се реализира в няколко фази: пилотно тестване в избрани общини през 2009–2011; включване на останалите общини в програмата след двугодишната пилотна фаза, от 2012 г. нататък; и пълният преход към програма на национално ниво до края на проекта през 2014 г. Целевите групи на проекта са уязвими семейства на деца в ранна възраст до 3 и от 3 до 6 години. Услугите, които се развиват са с интегриран характер и предлагат различни индивидуални и групови форми за развитие на родителски умения: дневни и полудневни форми за работа с деца, подкрепа от специалисти с различна професионална квалификация, включително и услуги, активни в издирване на клиенти. След края на проектното финансиране, подкрепата за изградените центрове и функциониращите услуги се осъществява чрез финансиране осигурено от ОПРЧР. Част от предвидените индикатори за ефективност са: когнитивно развитие и училищна готовност; храненето на децата в целевата група; дял на записване в масовите детски градини и предучилищни групи сред деца на възраст под седем години от домакинства с ниски доходи и маргинализирани такива; дял на записване на деца с увреждания в масовите предучилищни групи, детски градини и детски центрове в 66 общини; умения за родителство (определено от честотата и качеството на взаимодействието на родител-дете, като четене, разказване на истории, рисуване и т.н.) и характеристиките на домашната среда (наличност на детски книги и играчки); брой на децата, получили пълният набор от имунизации и др. Извод от направената през 2018 г. оценка на проекта е, че „междинните резултати, които са от решаващо значение за постигане на целите на проекта, като подобрени родителски практики, ранно развитие на когнитивни умения и здраве, хранене и благосъстояние на целевите групи деца не са систематично проследявани, както е планирано

първоначално.“⁹⁸ Според осъщественото от Джънкшън България предварително проучване „Противоречива е информацията относно бъдещото финансиране на тези услуги. Според част от респондентите се очаква след края на проектите по Оперативна програма за развитие на човешките ресурси (ОПРЧР) през 2020 г. услугите по РДР включително общностните центрове да продължат да се представят като държавно делегирана дейност, което е свързано с разработване на стандарти за финансирането им.“⁹⁹

Тази липса на устойчивост, въпреки данните относно бъдещо планиране на операция по ОПРЧР, насочена към развитие на семейни центрове в общността, поставят въпроса относно бъдещето на услугите с интегриран характер, насочени към подкрепа на ранното учене и развитие на децата.

Патронажна грижа в страната се предоставя с подкрепата на Детски фонд на организацията на обединените нации (УНИЦЕФ) България, за да осигури най-добър старт в живота на всяко дете. От 2013 г. УНИЦЕФ и партньори реализират пилотен проект за патронажна грижа в областите Шумен и Сливен, където обучени медицински сестри и акушерки предоставят безплатни домашни посещения на бременни жени и семейства с деца до 3 години¹⁰⁰. Патронажните сестри предоставят практически насоки за здравето, кърменето и храненето, стимулирането на развитието на децата, както и други въпроси, свързани с позитивното родителство. От началото на програмата сестрите и акушерките са подкрепили над 11 000 деца и семейства в областите Шумен и Сливен, или близо 70% от всички момичета и момчета на възраст 0-3 години в двете области.

ТСА също тества в България доказано ефективен и международно признат модел на патронажна грижа¹⁰¹. Семейни сестри (медицински сестри и акушерки) извършват интензивни домашни посещения на уязвими бременни жени до 22 г., очакващи първото си дете – от периода на бременността до навършване на 2-годишна възраст на детето. Сестрите консултират майките и им дават съвети за пренаталния период, за родителството, насочват ги, при необходимост ги придружават до медицински специалисти и социални услуги, мотивират ги за бъдещо развитие в живота. Целта е младите жени да бъдат подпомогнати в изграждането на родителски умения, в грижата за здравето и развитието на децата им, както и в стремежа им към икономическа стабилност. По модела на ТСА грижата е насочена към цялото семейство – майките, техните партньори и децата. Понастоящем програмата е в пилотна фаза, която ще приключи през 2023 г. Екипите по програмата работят в София и Пловдив с близо 200 семейства.

И двата модела са обект на анализ и застъпничество и усилията са насочени към това да бъдат припознати и приложени в страната, но към момента все още не са налице такива възможности.

⁹⁸ Доклад от оценка на проект „Социално включване“, България, (IBRD NO. 76120), достъпен на https://ieg.worldbankgroup.org/sites/default/files/Data/reports/ppar_bulgariasocialinclusion.pdf#page=38&zoom=100,116,809

⁹⁹ Джънкшън България, 2020, Предварително проучване сред заинтересовани страни, участващи в процеса на планиране и изпълнение на програми, политики и дейности в подкрепа на ранното детско развитие

¹⁰⁰ УНИЦЕФ започва кампания за ранно детско развитие под мотото „Грижа, любов, игра за всяко дете“, достъпен на: <https://uni.cf/3eLxQUx>

¹⁰¹ ТСА, Начална Страница/Какво правим/Програмни области/Първите 1000 дни, достъпен на: <http://socialachievement.org/bg/kakvo-pravim/programni-oblasti/pyrvite-1000-dni/>

УНГАРИЯ, РУМЪНИЯ, ПОЛША, ЧЕХИЯ

Идентифициран проблем

Практиката е идентифицирана чрез кабинетно проучване и проведено интервю с представител на НПО, което предоставя услугата в Полша. Програмата "Home start"¹⁰² е насочена към подкрепа на уязвими групи семейства. Тя е разпространена в цял свят - в 5 континента и 20 страни, които са с

ФИГУРА 8 ПРОФИЛ НА ЧЕХИЯ

Чехия	
1.	Населението на Чехия в края на 2019 г. е 10 693 939
2.	БВП на глава от населението на Чехия за 2019 г. е 18 330 евро
3.	Модел на социална държава (система за социално подпомагане)
4.	Според Съвета на Европа ромското население в Чехия е 250 000 души (2.3% от населението)
5.	Населението в риск от бедност и социално изключване е 10,1%

ФИГУРА 7 ПРОФИЛ НА ПОЛША

Полша	
1.	Населението на Полша в края на 2019 г. е 37 958 138
2.	БВП на глава от населението на Полша за 2019 г. е 13 000 евро
3.	Модел на социална държава (система за социално подпомагане)
4.	Според Съвета на Европа ромското население в Полша е 12,731 души (под 0.1% от населението)
5.	Населението в риск от бедност и социално изключване е 15,4%

различна степен на развитие на услуги в подкрепа на тези групи семейства. В Европа програмата се предоставя в държавите: Дания, Унгария, Ирландия, Норвегия, Великобритания, Нидерландия, Чехия, Франция, Малта, Гърция, Румъния, Полша, Латвия от 1973 г. Програмата се развива в местните общности с фокус деца от 0 до 3 години, с местни човешки ресурси, а международната организация предоставя консултиране относно развитие на организациите и програмата по места. Проблемите, водещи до развитие на програмата в различните национални контексти, имат различно проявление, но са свързани с необходимостта от подкрепа на РДР и семействата да осигурят отзивчива грижа за децата си. Например в Румъния, проектът за стартиране на програмата идентифицира като основен проблем

обучителните затруднения и отпадането от училище на деца от уязвими общности¹⁰³. Програмата в Чехия е ориентирана към подкрепа на семейства с различни проблеми в отглеждането на децата им, с тяхното развитие и ранно учене¹⁰⁴. Програма в Полша е насочена към подкрепа на семейства с деца до 3 г., които изпитват затруднения в отглеждането на децата си, програмата е овластяваща и превентивна насилие.¹⁰⁵ Програмата в Унгария предоставя услуги за семейства в затруднена на ситуация.¹⁰⁶

¹⁰² European Commission/Employment, Social Affairs & Inclusion/Practices that work/Evidence based practices/Home-Start, retrieved from: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1251&langId=en&reviewId=203#chapter_9

¹⁰³ Adina Stiftelsen Foundation/Home, retrieved from: <http://www.fundatia-adina.ro/granturi-see-2009-2014>

¹⁰⁴ Home-Start Czech Republic/Who we help, retrieved from: <https://www.hostcz.org/index.php/prace-s-rodinou/komu-pomahame>

¹⁰⁵ Empowering Children Foundation/Home/What we do, retrieved from: <https://fdds.pl/co-robimy/wspieramy-rodzicow/>

¹⁰⁶ Home Start Hungary/Home/What are we doing, retrieved from: https://otthonsegitunk.hu/mit_csinalunk/

Заинтересовани страни

Наличната информация относно програмата дава основание да се идентифицират следните заинтересовани страни:

- Местна власт, доколкото се предоставя на местно ниво и включва местната общност
- Местна общност, доколкото е активно ангажирана с помощ на доброволци за семействата
- Семейства с поне едно дете в предучилищна възраст
- Екипи от професионалисти, които супервизират и координират работата на доброволците от местната общност
- Университетска общност, в степента в която разработва програми за обучение и изследва резултати
- Децата, в степента в която се подобрява тяхното благосъстояние в резултат на получаваната подкрепа

Фигура 9 Профил на Румъния

Румъния	
1.	Населението на Румъния в края на 2019 г. е 19 317 984
2.	БВП на глава от населението на Румъния за 2019 г. е 9 120 евро
3.	Модел на социална държава (система за социално подпомагане) - Източноевропейски
4.	Според Съвета на Европа ромското население в Румъния е 1 850 000 души (9,6% от населението)
5.	Население в риск от бедност и социално изключване - 23,8%

Политическо решение

Във всички държави, местните организации, които развиват програмата се свързват по различен начин с местната система. Например в Унгария те продължават да функционират като доброволци, като се оценявани като добра практика с награда от Министерство на човешките ресурси. В същото време няма данни те да са припознати от правителството и програмата да бъде

отразена в политическите документи на страната¹⁰⁷. В Чехия програмата освен с домашни помещения от доброволците е доразвита в специално създадени центрове за подкрепа на семействата. Услугите са подкрепяни финансово от МВР и Министерството на труда и социалните грижи¹⁰⁸.

В Румъния, Чехия и Унгария организациите, които предоставят програмата, са лицензирани за предоставяне на услуги. В Полша, според респондент от организацията, участвал в интервю, предоставящата организация е с експертиза в превенция на насилието над деца и работи в подкрепа на родителите на малки деца¹⁰⁹.

¹⁰⁷ Home Start Hungary/Home/Generations Between Each Other - Voluntary Local Communities in the Service of Families, retrieved from: https://otthonsegitunk.hu/efop/generaciok_egymas_kozott_efop13516201600594/

¹⁰⁸ Home Start Czech Republic/Partners, retrieved from: <https://www.hostcz.org/index.php/podporili-nas>

¹⁰⁹ 'We are an NGO. We were established in 1991. So we are almost 30 years old right now and our main goal is to prevent child abuse and my activity is to help those children.', Interview with NGO representative, Poland

Подход

Подходът, който се използва, е изцяло семейно-ориентиран. Друг подход е този на доброволчеството и подкрепата на местната общност.

Специфика на програмата е възможността да се адаптира към местния контекст и потребности.

Законодателство

Програмата Home Start предоставя специфична услуга, която интегрира социални, здравни и образователни компоненти, освен това разчита на доброволци. В страните от Централна и Източна Европа (Полша, Румъния, Унгария и Чехия), организациите, ангажирани с програмата най-често са доставчици на социални услуги. Наред с това, те се съобразяват с местното законодателство в страните, където доброволчеството е регулирана дейност.

Финансиращи механизми

Повечето организации се финансират от различни програми и проекти. В някои държави (Чехия, Ирландия, Норвегия, Малта и др.) е налице и държавно/местно финансиране. В Полша проектът с доброволците, които посещават семействата се финансират от община Варшава, както е посочено в интервю с респондент от предоставящата организация.

Услуги и програми

Програмата Home-Start е интервенция за посещение в къщи, при която доброволци с опит в грижите за деца дават подкрепа на затруднени семейства с деца на възраст под пет години. Home-Start е насочена към семейства и майки с малко опит или мрежа за социална подкрепа, които може да имат незначителни, но не сериозни проблеми с физическото или психичното здраве.

Влизането и излизането в програмата Home-Start е изцяло доброволно и всички посещения са на удобство на участващите семейства. Целта е да намали стреса от родителството и да насърчи семействата, особено семействата в риск от малтретиране и пренебрегване на деца, така че да може да се създаде среда за отглеждане на децата им.

Доброволец в Home-Start, представител на местната общност (в повечето случаи родител) посещава семейния дом за няколко часа всяка седмица, докато най-малкото дете достигне училищна възраст или цикълът на подкрепа е завършен, или семейството реши да излезе от програмата. Средно доброволците посещават семейства в продължение на 6 месеца, а посещенията продължават около 2-3 часа. Доброволците оказват емоционална подкрепа, споделят родителския си опит и съдействат за семейни задачи според нуждите на всяко семейство. Доброволците осигуряват приятелство, насърчение и са пример за ефективно поведение при грижите за децата¹¹⁰.

Мониторинг и оценка

Програмата има собствена система за мониторинг и оценка, която се прилага от международната мрежа и от организации, към които тя принадлежи.

¹¹⁰ European Commission/Employment, Social Affairs & Inclusion/Practices that work/Evidence based practices/Home-Start, retrieved from: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1251&langId=en&reviewId=203#chapter_9

Настоящата практика е оценена от ЕК в рамките на Европейска платформа за инвестиране в децата като „най-добра практика“ по отношение на доказателства за ефективност, приложимост, трайно въздействие. Тази програма се реализира от 1973 г. в 14 държави¹¹¹. Програмата е проучвана и оценявана, специално за ефекта в Холандия, като в оценката са включени деца от 1,5 до 3 години, ефекта върху които се разглежда във втората част на проучването¹¹².

Резултати от 2013 г. демонстрират, че в сравнение с две контролни групи, Home-Start групата показва повече подобрения в родителството (по-голяма отзивчивост), а също така намалява проблемите на детското поведение (по-малко предизвикателно поведение, афективни проблеми и тревожност)¹¹³.

Резултатите от 2015 г. показват, че промените, постигнати по време на интервенцията Home-Start, са се запазили 10 години след нея. По този начин родителите са успели да приложат умения, придобити по време на интервенцията Home-Start, на по-късни етапи от развитието на децата си¹¹⁴.

СЕВЕРНА МАКЕДОНИЯ

Идентифициран проблем

Практиката е идентифицирана чрез кабинетно проучване. Също така, данни са събрани посредством попълнен количествен въпросник и интервю с представител на НПО. Универсална прогресивна система за патронажна грижа е налична в Северна Македония, но въпреки това в редица анализи в периода 2010 – 2012 г. се констатира, че достъпът до адекватни и цялостни здравни грижи в общността за децата с трудности в развитието и социално уязвимите групи е предизвикателство и патронажната грижа в общността или дома, като най-мощният балансиращ фактор в здравната система, остава до голяма степен неизползвана. Качеството, обхватът и честотата на патронажите грижи варират в различните населени места и общности¹¹⁵.

Детската смъртност в страната намалява постепенно от началото на 80 - те години, като Македония е призната за страна с най-добри резултати в намаляване на смъртността на деца под 5 години между 2007-2012 г. Въпреки това тази положителна тенденция се прекъсва и показателите за детска смъртност се влошават след 2013 г.¹¹⁶. Данните показват, че сред децата от ромски и албански произход този процент е по-висок с 25%¹¹⁷. В допълнение анализите показват, по-малък дял на посещение деца от уязвими общности с трудности в развитието на услуги или центрове за проследяване на детското развитие.

Заинтересовани страни

Заинтересованите страни от развитие на патронажната грижа в страната са:

- Министерство на здравето

¹¹¹ Ibid

¹¹² Home Start Netherlands/About Home Start, retrieved from: <https://www.home-start.nl/over-home-start>

¹¹³ Home Start Worldwide/Home, retrieved from: <https://homestartworldwide.org/research/>

¹¹⁴ Ibid

¹¹⁵ UNICEF Annual Report 2012 for Macedonia (The former Yugoslav Republic of), CEE/CIS, retrieved from: https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Macedonia_FYR_COAR_2012.pdf

¹¹⁶ Curatio International Foundation, (2019), Multi-Country Evaluation of the Universal Progressive Home Visiting for Young Children Well-being and Development in the Europe and Central Asia Region (ECAR) in the period of 2014-2018, North Macedonia Country Case Study, retrieved from: https://www.unicef.org/evaldatabase/index_103859.html

¹¹⁷ Ibid!**Unexpected End of Formula**

- УНИЦЕФ Северна Македония
- Македонска асоциация на сестрите
- Деца и семейства в риск
- Деца с увреждания и техните семейства

Политическо решение

Предизвикателствата, свързани с регионален достъп до здравна грижа се адресират чрез

ФИГУРА 10 ПРОФИЛ НА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЯ

Северна Македония

1. Населението на страната към края на 2019 г. е 2 076 255.
2. БВП на глава от населението за 2018 г. е 4 130 евро.
3. Модел на социална държава (система за социално подпомагане) – Източноевропейски.
4. Видове съществуващи услуги за РДР – държавно организирана и финансирана патронажна грижа.
5. Стратегически документи за РДР, за детето и семейството – Национален план за действие за правата на децата 2012-2015, Национална стратегия за облекчаване на бедността и социалното изключване в Република Македония 2010-2020, Национална Платформа за интеграция на Ромите в Република Северна Македония.
6. Етническа структура – според преброяването от 2002 г., основните малцинствени групи включват албанци (25%), турци (3,5%) и роми (2,66%) власи (0,48%), сърби (1,78%), босненци (0,84%) и други етнически групи (1,04%).
7. Делът на ромското население: 2,6% до 6,5% (54 000 до 135 000 души).
8. Население в риск от бедност и социално изключване – 21,6%.

партньорство между УНИЦЕФ и Правителството, международни и местни партньори за застъпничество и развитие и трансформиране на традиционната патронажна грижа в семейно-ориентирана, включваща и иновативна услуга¹¹⁸.

Във всички програми за сътрудничество между УНИЦЕФ и правителството на Северна Македония след 2010 г. се цели подкрепа за осигуряване на достъп до качествени на услуги за подкрепа на РДР и по-специално подкрепа за деца с увреждания и деца от рискови общности. В програмата 2016-2020 г. този фокус е експлицитно посочен. Въпреки, че в предходната програма не е записано специално развитие на патронажна грижа, работата на УНИЦЕФ започва през 2012 г. с подкрепа за прилагане на прогресивен универсален модел, който включва универсален, таргетиран и интензивен пакет¹¹⁹.

Подход

Патронажната грижа използва фокусиран семейно-ориентиран подход, като в развитието и в Македония специално внимание е отделено на неговото прилагане.

Моделът се прилага като осигуряващ равен достъп, но при наличие на различни пакети гарантира посрещане на индивидуалните нужди при наличие на рискови фактори и потребности. В този смисъл комбинира универсалност с таргетирана и интензивна подкрепа.

Законодателство

Конституцията на Северна Македония гарантира правото на здравеопазване за всички граждани и организацията и предоставянето на здравни услуги са определени в Закона за здравеопазването. Законът относно здравното осигуряване, приет през 2000 г., се основава на принципите на

¹¹⁸ Ibid

¹¹⁹ Ibid

справедливост и солидарност и създава независима здравноосигурителна каса. Тя финансира превантивни услуги чрез 34 здравни центъра в цялата страна, в рамките на които се предоставят патронажни грижи¹²⁰. В този смисъл общото законодателство в областта на здравето третира тази услуга.

УНИЦЕФ подкрепя създаването на специално законодателство като Закон за патронажната дейност, както и правилник и ръководство за тази услуга. Тези документи са разработени, но не са приложени, поради политически промени в последните години¹²¹.

Финансиращи механизми

Здравно осигурителният национален фонд финансира патронажната услуга за: заплата за патронажната/посещаваща домашна медицинска сестра; транспортни разходи; консултативни и лекарства, използвани от медицинска сестра; и други разходи¹²².

Услуги и програми

Северна Македония има Универсална прогресивна система за домашни посещения ¹²³. Националната здравна програма финансира превантивни услуги чрез 34 здравни центрове в цялата страна. Тези центрове предоставят превантивни здравни услуги, сред които мултифункционални патронажни медицински сестри и специалисти и се финансират чрез Здравно осигурителен фонд. Тъй като патронажите медицински сестри имат поливалентни функции, те се определят като независими здравни работници с отговорност за цялото семейство. През 2005 г. доставчици на първична помощ (ОПЛ, педиатри и гинеколози) са отделени от здравните центрове и приватизирани. Те организират работата си в единични или групови практики, наемат медицински сестри и имат право да наемат помещения в здравните центрове, което е често срещана практика в регионите, но не и в столицата. Що се отнася до бременните и майките с деца от 0 до 3 г. патронажните грижи също се поемат от здравноосигурителния фонд. В този смисъл всяка бременна и майка с дете от 0 до 3 г. освен здравната грижа получава безплатно и патронажна такава.

Мониторинг и оценка

Разработената система за мониторинг в рамките на развитието на услугата е обект на критичен анализ по отношение на индикаторите, които да дават информация относно ефективност и въздействие на програмата. Програмата в частта развитие след 2012 г. е била обект на оценка на ефективността. Изводите от нея показват, че част от компонентите на подкрепа на УНИЦЕФ не са постигнали висока ефективност по отношение на промяна на законодателството, но са осигурили повишаване на капацитета на специалистите и развитието на услугата¹²⁴.

Обобщение

В рамките на темата за национални програми за домашни посещения в подкрепа на отговорната грижа през първите 1000 дни от развитието на детето е идентифицирано многообразие на програми. Тези програми осигуряват подкрепа на майките и децата и имат следните специфики:

¹²⁰ Ibid

¹²¹ Ibid

¹²² Ibid

¹²³ Ibid

¹²⁴ Ibid

- развитие на действащата система за патронажни грижи, чрез допълнителни пакети от услуги
- иновативни програми, ориентирани към общността
- интегриран характер
- различно финансиране
- оценяване на тяхната ефективност
- не всички са свързани с промени в законодателство и политики

Изборът на програмата "Home Start" се определя от наличната информация за дългогодишното прилагане на програмата (от 1973 г.), обхвата ѝ (над 20 страни по света) и оценката, която тя получава от ЕК „най-добра практика“ по отношение на доказателства за ефективност, приложимост и трайно въздействие.¹²⁵ Програмата се изпълнява от доброволци/родители, които оказват подкрепа на семействата в домашна среда, което определя нейната специфика в сравнение с други практики, които се реализират от специализиран персонал. Съществен принос за ефективността на практиката е, че тя следва специфики и потребности на общността, въз основа на които местни НПО адаптират програмата "Home start". В проучването е разгледаната практиката на програмата в Полша.

Практиката за домашни посещения на Северна Македония е избрана за илюстриране на модел на класическа патронажна грижа и развитие към универсална прогресивна система със специални пакети, чиято основна цел е да се посрещнат нуждите на най-уязвимите групи деца в страната. Изборът на опита на Северна Македония се определя от наличието на оценка на ефективността на патронажната грижа, осъществена по поръчка на УНИЦЕФ Северна Македония през 2019 г. в рамките на 'Multi-country evaluation', инициирана от регионалния офис на УНИЦЕФ за Европа и Централна Азия, в която оценка са отправени препоръки за развитие.

Представените практики в държави със сходен социално-икономически статус, развили иновативни модели на услуги за подпомагане на семейства с деца в ранна възраст или надградили съществуващи такива, дават основание да се отправят препоръки към политиките в България за планиране и развитие на подобни модели, които да постигат както универсален достъп на всички деца в ранна възраст и техните родители до подкрепящи услуги в домашна среда, така и да имат компонент, който да таргетира най-уязвимите групи в страната.

¹²⁵ <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1251&langId=en&reviewId=203>

5.2.2. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 2: Услуги в подкрепа на ранното учене и полагане на отзивчива грижа за деца на възраст до три години

БЪЛГАРИЯ

Основни политики и законодателство във връзка услугите в подкрепа на ранното учене

Услугите в подкрепа на ранното учене могат да бъдат открити, както в образователния, така и в здравния и в социалния сектор. В здравния и образователния сектор това са съответно детските ясли и детските градини. За децата до 3 г. възраст се предлагат самостоятелни ясли или яслени групи към детските градини. Към края на 2018 г.¹²⁶ на територията на страната функционират 840 самостоятелни детски ясли и яслени групи в състава на детски градини, в които се обучават 31 939 деца. Към края на 2019 г. в страната функционират общо 835 детски ясли с 33 764 места, от които 32 185 са заети.¹²⁷ Обхватът на децата във възрастта до 3 години в детските ясли е 16.6%. Броят на децата, записани в детски градини през учебната 2018/2019 година, е 218 767 деца, което представлява 78.4% обхват на децата във възрастовата група 3-6 години.¹²⁸ Липсва информация за позиционирането на детските ясли в населените места и доколко те са в близост до сегрегираните райони и квартали.

В чл. 2, ал. 1 от Наредба № 26 от 18 ноември 2008 г. на МЗ е дадено следното определение: „Детските ясли са организационно обособени структури, в които медицински и други специалисти осъществяват отглеждане, възпитание и обучение на деца от тримесечна до тригодишна възраст.“

В контекста на Европейския стълб на социалните права, докладът на Европейската комисия за България за 2019 г. определя като критична ситуацията с броя на децата на възраст до 3 години, за които се полагат грижи в детски заведения. Процентът обхванати деца от 0 до 3 години е значително под средното за ЕС равнище от 34%. Причините за това са различни – от недостига на детски ясли и/или на други подходящи структури, през качеството на грижата до невъзможността на родителите да заплащат таксите за посещение. Тази тенденция е най-притеснителна за децата, чийто майчин език не е български. Предприетите мерки за финансиране на разходите за такси за посещаване на детски градини и допълнително обучение по български език за деца, чийто майчин език е различен от българския, следва да бъдат надградени с мерки за повишаване качеството на грижа и образование във всички детски заведения в страната.¹²⁹

Степента на бедност и липсата на информираност в малките населени места, отдалечени от големите градове, създава бариери пред възможностите за ранно учене при децата. Материалната база е бедна и неподдържана, липсва информираност за нови технологии, информацията, която е достъпна на местно ниво, е много остаряла, комуникацията и транспортните връзки с градовете са силно затруднени.¹³⁰

¹²⁶ Национална мрежа за децата, Бележник 2020, достъпен на <https://bit.ly/3kUoRTn>, стр. 43

¹²⁷ НСИ, 2019, Данни за брой детски ясли и места в тях, достъпни на:

<https://www.nsi.bg/bg/content/3342/%D0%B4%D0%B5%D1%82%D1%81%D0%BA%D0%B8-%D1%8F%D1%81%D0%BB%D0%B8>

¹²⁸ Национална мрежа за децата, Бележник 2020, достъпен на <https://bit.ly/3kUoRTn>, стр. 43

¹²⁹ Пак там, стр. 44

¹³⁰ Пак там

Една от политиките, насочени към подобряване на детското здраве е разгърнатата в Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020¹³¹. Тя представлява публична здравна политика, която включва изграждане и функциониране на 31 здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве и развитиеопазване в областните болници, интегрирани и индивидуализирани медико-социални услуги за бременни и деца в риск, превенция, профилактика, ранна диагностика, обучение на специалисти, придобиване на най-модерно медицинско оборудване, изграждане на информационни регистри, които да позволят систематично и дългосрочно проследяване на здравния статус на пациентите. Програмата предвижда създаването на услуги и мерки за бременни жени и малки деца и подкрепа. В хода на разработване на програмата са използвани данни по националните индикатори за детско здраве и демографски показатели, с оглед идентифициране на ключови предизвикателства, които програмата да адресира.

Изпълнение на основни политики и законодателство за осигуряване на услуги за ранно учене

Наличните социални услуги в страната са създадени в годините след приемането на Закон за закрила на детето (ЗЗД)¹³² и промените в Закона за социално подпомагане (ЗСП)¹³³ след 2000 г. Те са резултат от изпълнението на ангажиментите на българската държава, поети с подписването на Конвенция за правата на детето през 1989 г. и ратифицирането и през 1991 г. Основен двигател в развитието на социални услуги за деца и семейства е процесът на деинституционализация на системата за закрила на деца в риск. Макар че някои от социалните услуги предоставят подкрепа за деца от ранна възраст, предимно в периода от 3 до 7 години, те са силно диференцирани, т.е. ползват се след изявен риск за детето. Достъпът до тях се регулира от дирекциите „Социално подпомагане“ (Отдел за закрила на детето). Извън услуги, създадени през конкретни проекти и частни инициативи, липсват масово достъпни универсални услуги, които да са достъпни за децата от раждането им до 7-годишна възраст, насочени към насърчаване на цялостното развитие на детето и превенция на рисковете. В настоящия момент семействата имат достъп до разпокъсани и често припокриващи се услуги, които отговарят на някои от техните потребности или измерения на родителската им роля. Координацията за предоставяне на услугите в различните сектори е ниска и не са налице систематични подходи за наблюдение на потребностите на българските родители и приоритетните за тях области. Все още нивото на координация по отношение на различните услуги, програми и стратегии, насочени непряко или по-пряко към родителските грижи е слабо и не е организирано около обща концепция за подкрепа на родителите.

В България има мрежа от социални услуги за деца и семейства, но много малко от тях са специфично насочени към децата от ранна възраст. Социалните услуги се финансират като държавно делегирани дейности по единен разходен стандарт. Това финансиране е определено и се изчислява на ниво капацитет и включва всички дейности, които доставчика е описал в методологията на услугата. Целевите групи на повечето от социалните услуги са всички деца и семейства им, без разграничение по възраст, което прави трудно обособяването на данни за обхвата на социалните услуги, насочени към насърчаване на ранното детско развитие. Нещо

¹³¹ Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве (2014 – 2020), достъпна на: <https://ncpha.government.bg/bg/2019-02-19-23-15-35/2014-2021>

¹³² Закон за закрила на детето, в сила от 1999 г., изм. 2020 г., достъпен на: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134925825>

¹³³ Закон за социално подпомагане, в сила от 1999 г., изм. 2020г., достъпен на: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134405633>

повече, в доклад от Оценка на Национална стратегия за детето¹³⁴ се посочва, че те са предимно ориентирани към подкрепа на децата и по-рядко към осигуряване на помощ за техните родители. Изключение правят социалните услуги за настаняване на новородени бебета заедно с майките им, звена „Майка и бебе“. Основната цел на услугата Звено „Майка и бебе“ (ЗМБ) е да предотврати изоставянето и настаняването в институция на децата от 0 до 3 години, като в същото време предотвратява ситуации, застрашаващи сигурността, здравето и развитието им. В този смисъл услугата не е достъпна за семейства, които имат нужда от подкрепа в изграждането на родителски умения, а е насочена към майки, които са в риск да изоставят децата си.

Една от услугите, в чиято методология¹³⁵ присъстват дейности по подкрепа на РДР е Център за обществена подкрепа (ЦОП). В нея се акцентира върху широк спектър от услуги и дейности за подпомагане на деца и семейства в риск с цел предотвратяване на институционализацията на децата и преодоляване на други рискови ситуации за развитието им. Сред основните дейности и задачи на ЦОП са: програма за РДР, семейно консултиране и подкрепа, съобразена с политиките, насочени към подкрепа на децата в ранна възраст и която включва следните дейности: „Формиране на родителски умения“, „Семейно консултиране и подкрепа“ и „Здравна консултация“. Дейностите са насочени към: развиване на родителски умения за подобряване на грижата за бебетата и децата и превенция на negliжирането чрез форми на подкрепа и обучение за лица, полагащи грижа за деца в ранна възраст, и членовете на техните семейства - индивидуални и групови; стъпки при отглеждане на новороденото и малкото дете; консултиране и подкрепа на младата майка; училища за родители в подкрепа на ранното детско развитие и развиване на родителския капацитет на семейства с бебета и малки деца в риск; дейности, насочени към по-пълно обхващане на децата в образователната система като част от подкрепата по РДР и ранна интервенция. Реализират се дейности, като консултиране на родителите и семействата, по отношение на здравословното хранене на децата, консултиране по отношение особености в развитието на детето, формиране на обща здравна култура - превенция на полово предавани болести, хигиена, контрацепция и семейно планиране, съвети към бъдещи родители, социално консултиране и подкрепа на бъдещи и настоящи родители и др.

Някои от ЦОП са се специализирали в предоставянето на услуги само към тази възрастова група, но не са налице данни какви и колко са тези услуги, нито колко деца са обхванати. В доклад от „Предварително проучване сред заинтересовани страни, участващи в процеса на планиране и изпълнение на програми, политики и дейности в подкрепа на ранното детско развитие“ осъществен от Джънкшън България по поръчка на ТСА през януари 2020 се посочва, че *„Въпреки че експертите споделят за услуги за РДР, не е възможно да бъде направен анализ на това дали наистина тези услуги работят с деца в ранна възраст поради невъзможността информационната система на Агенцията за социално подпомагане (АСП) да предостави данни по възраст например“*.¹³⁶ За съжаление липсва информация за броя на реалните клиенти на ЦОП, както и разбивка на същите по демографски показатели. Единствената налична информация е за

¹³⁴ ЕСТАТ-Джънкшън България, 2012, Доклад от междинна оценка на Национална стратегия за детето 2008-2018, достъпен на: <http://nmd.bg/wp-content/uploads/2009/11/doklad.doc>

¹³⁵ Методика за предоставяне на социалната услуга ЦОП, 2018, достъпна на: <https://asp.government.bg/bg/deynosti/sotsialni-uslugi/metodiki-i-metodicheski-ukazaniya>

¹³⁶ Джънкшън България, 2020, Предварително проучване сред заинтересовани страни, участващи в процеса на планиране и изпълнение на програми, политики и дейности в подкрепа на ранното детско развитие

броя на услугите и техният капацитет. Така, към месец ноември 2020 г. по данни на АСП в страната функционират 143 ЦОП с общ капацитет 5 815 потребители.

Липсва мобилна и комплексна услуга, предоставяща консултации и превантивна работа със семействата от уязвимите общности. Докато насоките и стратегическите концепции насърчават подходи, насочени към предоставяне на цялостна подкрепа на родителите и семействата, българските публични политики продължават да функционират в рамките на секторно затворени концепции за предоставяне на услуги, с ограничен успех.¹³⁷

В доклада от „Предварително проучване сред заинтересовани страни, участващи в процеса на планиране и изпълнение на програми, политики и дейности в подкрепа на ранното детско развитие“ се посочва, че *„Интегрираните здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве и развитие са създадени в изпълнение за Националната програма за майчино и детско здраве и развитиеопазване. Според данни от проучването в страната функционират 31 центъра, в които се предоставят специализирани консултации и грижи за бременни, родилки с патология на бременността, деца с увреждания и хронични заболявания, недоносени деца.“*¹³⁸ В същото време посочените центрове нямат единна методология, не работят по сходен модел, позиционирани са в болничната помощ и няма данни, че осъществяват дейности, свързани с подкрепа на ранното учене и позитивно родителство. Услуги в общността с интегриран характер за семейства с деца до 3 г. възраст се предоставят чрез пилотни модели на „патронажна грижа“. В посочения доклад се очертават редица предизвикателства пред устойчивостта на услугата, които са препятствия пред развитието и, а именно:

- *„Липса на информация относно етапа на развитие на услугите на ЦМДЗ (Център за майчино и детско здраве и развитие)*
- *Недостиг на медицински сестри в страната като цяло*
- *Статутът на медицинската сестра за извършване на медицински дейности, което поставя предизвикателства пред осъществяването на патронажна грижа“*¹³⁹

УНГАРИЯ

Идентифициран проблем

Практиката е идентифицирана посредством попълнен количествен въпросник от представител на национална институция, както и чрез кабинетно проучване.

Унгария идентифицира възпроизвеждането на бедността между поколенията като сериозен и нарастващ проблем, който изисква социални действия и намеса на обществото на възможно най-ранния етап от живота на децата в анализа на програмата “Give Kids a Chance” Programme of Szécsény¹⁴⁰. Сред основанията са посочени и следните проблеми:

¹³⁷ The World Bank, 2019, Parenting Support: Key Transformational Instrument of Child and Human Development Policies. Trends in EU Countries and Discussion on Parenting Policies in Bulgaria, retrieved from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/774941565358466716/Parenting-Support-Key-Transformational-Instrument-of-Child-and-Human-Development-Policies-Trends-in-EU-Countries-and-Discussion-on-Parenting-Policies-in-Bulgaria>

¹³⁸ Джънкшън България, 2020, Предварително проучване сред заинтересовани страни, участващи в процеса на планиране и изпълнение на програми, политики и дейности в подкрепа на ранното детско развитие

¹³⁹ Пак там

¹⁴⁰ European Commission, (2010), Hungary 2010 Peer Review: Promoting social inclusion of children in a disadvantaged rural environment – the micro-region of Szécsény, retrieved from: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8017&langId=en>

- Лишаването, претърпяно в ранните години, оказва влияние върху целия жизнен път.
- Доказано е, че интервенциите в ранна възраст (тяхното въздействие се запазва от по-нататъшна работа) са много по-ефективни от по-късните компенсационни програми.
- При липса на намеса икономическата последица ще бъде неустойчива икономика (липса на квалифицирана работна ръка, няма източник на пенсии и социални помощи).
- При липса на намеса политическата и социалната последица ще бъде неустойчиво общество (социално напрежение, разделяне на обществото, безнадеждност, пасивност, болести, престъпност и съответните разходи).

ФИГУРА 11 ПРОФИЛ НА УНГАРИЯ

Унгария

1. Населението на страната към 31 декември 2019 г. е 9 772 756
2. БВП на глава от унгарското население е 13 260 евро
3. Модел на социална държава (система за социално подпомагане) - Източноевропейски
4. Видове съществуващи услуги за РДР – детски ясли и детски градини, детски къщи Сигурен старт, домашни посещения и грижа
5. Стратегически документи за РДР, за детето и семейството - Национална стратегия на Унгария "Нека децата имат по-добър живот" 2011 - 2020 г., Унгарска национална стратегия за интеграция на ромите 2011 – 2020 г.
6. Етническа структура – според преброяването от 2011 г., основните малцинствени групи включват роми (3,2%), германци (1,9%), словаци (0,4%), румънци (0,4%), хървати (0,3%), както и сърби, украинци, поляци, българи, арменци и словенци.
7. Делът на ромското население е 3,2% до 7,2% (316 000 до 700 000 души). Съветът на Европа изчислява, че в Унгария живеят приблизително 700 000 роми.
8. Населението в риск от бедност и социално изключване е 12.3%.

В анализа във връзка с правата на децата и детската бедност е посочено, че, „Нивото на бедност на общото население на Унгария е малко по-ниско от средното за ЕС 27, но това на децата е много по-високо“.

Повече от 10 на сто от децата, около 200 000, са регистрирани като изложени на риск, като по-голямата част от тях по финансови причини. Според данните е налице възходяща тенденция за нарастване на броя на децата в риск поради поведенчески проблеми. В много случаи това е така поради поредица от неуспехи в училище, тежки кризи и конфликтни семейни обстоятелства. В региони с неравностойно положение, делът на децата в риск е 2 до 3 пъти по-висок от степента на уязвимост в други региони.¹⁴¹

Заинтересовани страни

Наличната информация относно програмата дава основание да се идентифицират следните заинтересовани страни:

- Семействата в риск, поради директната подкрепа, която са получили
- Децата в риск от бедност в степента, в

която предложените компоненти на програмата са насочени към намаляването ѝ

- Децата с увреждания
- Местната общност и местната власт
- На национално ниво заинтересовани страни са Министерството на човешките ресурси, Националният офис за рехабилитация и социални дейности

¹⁴¹ National Social Inclusion Strategy 2011-2020: Extreme poverty, child poverty, Roma, Updated National Social Inclusion Strategy (2014), retrieved from: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/assessment_implementation_hungary_national_strategy_2015_en.pdf

Политическо решение

Като предложение за решаване на горепосочените проблеми Националната програма за борба с бедността на децата е разработена по искане на правителството през март 2006 г.

Националната стратегия на Унгария "Нека децата имат по-добър живот" за периода 2011 - 2020 г.¹⁴² е създадена с цел борба с детската бедност, развитие на възможности за децата в период от 25 години за намаляване на идентифицирания процент на бедност на децата и техните семейства; елиминиране на крайните форми на бедност и социално изключване и крайна бедност; реформа в оторизираните институциите, които са отговорни. За достигането на стратегическите цели се планира промотирането на трудовата заетост на родителите, създаване на възможности за развитие на детските умения и способности и намаляване на сегрегацията; подобряване на стандартите за грижа и услуги за децата и техните семейства; гарантиране на по-здравословно детство. Стратегията се реализира чрез тригодишни планове, чието изпълнение се монитора годишно. Ситуационния анализ на стратегията от 2011 г. подчертава важността на ранното детско развитие и учене и в същото време идентифицира сериозен проблем с невъзможността на бедните семейства с малки деца да ползват образователните дневни услуги за деца в ранна възраст поради наличието на високи такси. Решение за проблема на семействата в маргинализираните общности се явява програмата Сигурен старт, която стартира от 2011 г. в отговор да подкрепи нуждата на семействата с деца до 5 години, които живеят в бедност в неблагоприятни региони. Първият план е 2007-2010 година, в който влиза представянето на центровете като проект финансиран от европейските фондове. През 2013 година те влизат в законодателството в Закон за закрила на детето.

Към 2014 година в страната оперират 115 центъра - 49 на местно финансово бюджетиране, 66 на европейски фондове. В последните години дейността на детските къщи Сигурен старт се финансира от държавния бюджет с допълване от средства на доставчика - НПО, църква и др.

Подход

Подходът, който се използва, е изцяло семейно-ориентиран. Освен това той е системен и насочен към потребностите на местната общност. Въведените услуги са свързани с развитие на родителския капацитет и за насърчаване на толерантността и приобщаването. Целта е да подготвя децата за формалната образователна система, да допълва грижите за семейството, както и стартиране на кампании за повишаване на осведомеността на обществеността относно необходимостта от подкрепа на децата от семейства в риск и уврежданията.

Законодателство

Програмата стартира като проектна, но впоследствие е подкрепена от политически и законодателни инициативи.

В Унгария концепцията зад „Sure Start“ и тази на РДР и учене преминава през следните етапи на приемане и развитие¹⁴³

- 2009 г. Въвеждане на „Сигурен старт“ като проект

¹⁴² Albert, F., Sörös, I., (2015), Peer Review: Children First – pilot local consultation platforms on child poverty, Hungary, retrieved from: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=13452&langId=en>

¹⁴³ Schreyer, I., Oberhumer, P., (2017), Hungary, Key Contextual Data, retrieved from: http://www.seepro.eu/English/pdfs/HUNGARY_Key_Data.pdf

- 2013 г. Включване на „Сигурен старт“ в законодателството - 15/199. (IV.30) NM Regulation and Act XXXI of 1997 on the Protection of Children and Guardianship)
- 2015 Детска градина става задължителна от 3-годишна възраст, което намалява възрастта на децата, които се възползват от подкрепата на Сигурен старт

Финансиращи механизми

Първоначално финансирането започва през европейските фондове, като постепенно държавата поема финансирането, което се увеличава през последните години и се оценява като добра практика и “позитивен феномен” в подкрепа на ранното детско учене на деца от семейства в маргинализирани общности. През 2016 година финансирането е удвоено на 1,25 милиона евро.¹⁴⁴

В същото време има налична информация, че държавните средства достигат само за 2-ма наети специалисти в център, както и за намаляване на средствата за специализирани услуги през 2016.¹⁴⁵

Функционирането на центровете допуска съфинансиране от средства на НПО и църкви.

Структурата, която е отговорна е Министерството на човешките ресурси. Правата за управление на услугата са делегирани на публични структури, НПО, църква, които се договарят с държавата за финансирането е от държавния бюджет през националния офис за рехабилитация и социални дейности, който се ръководи от Министерството на човешките ресурси.¹⁴⁶

Услуги и програми

Детски къщи Sure Start са интегрирани услуги, които подкрепят развитието в ранна детска възраст, подобряване на ранното развитие на деца с увреждания и улесняване на прехода на децата към дневни грижи в детските градини и програми за хранене, консултиране на майките и подготвяне на здравословна храна.¹⁴⁷ Децата могат да използват услугите на детските центрове самостоятелно, но е важна цел да се включат и родителите. Услугите осигуряват ранното развитие на уменията на децата, предлагат специални услуги, свързани с ранното развитие, предоставят възможност на родителите да придобият родителските компетенции и помагат на родителите да се върнат на пазара на труда.

Персоналът на детските къщи участва в непрекъснат учебен процес, за да може да изпълнява новите задачи. В детските къщи наличието на компютри и интернет позволява на родителите да търсят възможности за работа и достъп до услугите за намиране на работа. В момента детските къщи се определят като информационни пунктове за заетост и услугите се разширяват.

¹⁴⁴ Ministry of Human capacities, (2015), Funding doubles for Sure Start Children’s Homes, retrieved from: <https://www.kormany.hu/en/ministry-of-human-resources/news/funding-doubles-for-sure-start-children-s-homes>

¹⁴⁵ Frazer, H., & Marlier, E. (2017). Thematic Report on Progress across Europe in the Implementation of the 2013 EU Recommendation on Investing in Children: Breaking the Cycle of Disadvantage. A study of national policies. European Social Policy Network (ESPN) Hungary, Europäische Kommission, Brüssel. retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/319506016_ESPN_Thematic_Report_on_Progress_in_the_implementation_of_the_2013_EU_Recommendation_on_Investing_in_children_Breaking_the_cycle_of_disadvantage_Hungary

¹⁴⁶ Report of Various Sizes (FRANET), (2014), EU mapping of child protection systems, retrieved from: <https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/EU%20mapping%20of%20child%20protection%20systems.pdf>

¹⁴⁷ Bauer, Z., Husz, I., & Szontágh, É. (2015). Handling Long-standing Inequalities with Short-term Projects: Some Results and Challenges of the Implementation of the “Give Kids a Chance” Programme. SZOCIOLÓGIAI SZEMLE, 25(4), 5-29., retrieved from : https://www.researchgate.net/publication/301547505_Handling_Long-standing_Inequalities_with_Short-term_Projects_Some_Results_and_Challenges_of_the_Implementation_of_the_Give_Kids_a_Chance_Programme

Настоящата практика е част от програмата „Дайте шанс на децата“, по проект Насърчаване на социалното включване на децата в неравностойно положение.¹⁴⁸

Мониторинг и оценка

Програмата е била обект на преглед от партньорски държави в рамките на проекта и национални изследвания. Програмата е оценявана в различни държави и региони. Сред тях е оценка на ефектите върху децата, родителите и общностите в една част от страната. В доклада се констатира, че¹⁴⁹ центровете Сигурен старт в Унгария са ефективни инициативи, които предоставят значителни възможности за развитие в ранна детска възраст на сегрегирани и в неравностойно положение микрорегиони, съставени от ромско и неромско население, които са изправени пред много предизвикателства. Според съответните данни броят на семействата, участващи в програмата, нараства, тъй като все повече се оказват в трудни ситуации. Проучванията на центровете в Унгария са оскъдни за разлика от Обединеното кралство, което е първоизточника на услугата. В оценката на стратегията „Дайте шанс на децата“, насочена към намаляването на детската бедност, се посочват само количествени данни относно броя на центровете в страната.

Допълнителна информация от проучването

Практика за развитие на умения за деца с увреждания в ранна възраст е идентифицирана и в Северна Македония. Това е практиката на „Kreativa Istok“, организация, която работи с деца с проблеми в развитието и комуникацията чрез ранна интервенция за деца до 3 години, която също разглежда като компонент от подкрепата за деца с увреждания и включва оценка и ранна подкрепа за развитие.

УНГАРИЯ, ЛАТВИЯ, СЛОВАКИЯ И СЛОВЕНИЯ

Идентифициран проблем

Практиката е идентифицирана посредством кабинетно проучване. Проектът 'TOY for Inclusion' използва пилотен иновативен подход към приобщаването и не-формално образование и грижи в ранна детска възраст в 7 европейски държави (Белгия, Хърватия, Унгария, Италия, Латвия, Словакия и Словения).¹⁵⁰ Този проект е ориентиран към проблеми, свързани с изключване на ромските деца на възраст от 0 -6 години от формалната система за образование или с труден достъп до нея, както и до програма за развитие на умения и ранно учене, трудна комуникация между ромски и неромски общности и др. В рамките на първата фаза 2017 -2019 са направени анализи на местните потребности, за да се направи дизайн на програмата съответен на местния контекст.

В този смисъл в различните държави местните потребности са оказали влияние върху развитието на проекта. Чрез местния екип за действие се координира процеса на дизайн, развитие и

¹⁴⁸ European Commission, (2010), Promoting social inclusion of children in a disadvantaged rural environment - the micro-region of Szécsény' (Hungary), retrieved from:

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&newsId=1398&furtherNews=yes&langId=en&>

¹⁴⁹ European Public Health Alliance, (2019), Benefitting children, parents and community: the Sure Start Programme in Hungary, retrieved from: <https://epha.org/benefitting-children-parents-and-community-the-sure-start-programme-in-hungary/>

¹⁵⁰ International Child Development Initiatives, (2019), TOY for Inclusion – phase 2, retrieved from: <https://icdi.nl/projects/toy-for-inclusion-phase-2>

мониторинг на пространствата за игра и се гарантира добра координация и принадлежност на местната общност към създадената услуга.¹⁵¹

Заинтересовани страни

На международно ниво това са:

- International Child Development Initiatives¹⁵²
- International Step-by-Step Association¹⁵³
- Romani Early Years Network¹⁵⁴

ФИГУРА 12 ПРОФИЛ НА СЛОВАКИЯ

Словакия
1. Населението на Словакия в края на 2019 г. 5 457 893
2. БВП на глава от населението на Словакия през 2019 г. е 15 860 евро
3. Модел на социална държава (система за социално подпомагане) - Източноевропейски
4. Според Съвета на Европа ромското население в Словакия е 500 000 души (9,2% от населението).
5. Населението в риск от бедност и социално изключване в Словакия е 11,9%

ФИГУРА 13 ПРОФИЛ НА ЛАТВИЯ

Латвия
1. Населението на страната към 31 декември 2019 г. е 1 919 968
2. БВП на глава от населението на Латвия за 2019 г. е 12 510 евро
3. Модел на социална държава (система за социално подпомагане) - Източноевропейски
4. Според Съвета на Европа ромското население в Латвия е 5 600 души (0.3% от населението).
5. Населението в риск от бедност и социално изключване е 22,9%

На национално ниво:

- Местни партньори реализиращи дейности по проекта
- Местни общности
- Деца и семейства

Политическо решение

Проектът приключва с изготвянето на препоръки към местните власти при развитието на услуги за РДР в общността за ромски и други деца с цел за подобряване на социалната кохезия. Препоръките информират и представители на местните, национални, европейски власти, които вземат решение как да използват социалната и икономическа солидарност между културите и поколенията, за да се утвърди социалното включване.¹⁵⁵

Сред препоръките съществено значение имат тези препоръчващи подхода на Компетентната система за РДР услуги, интегриран подход към услугите, съответствие с Европейската

рамка за качество на услугите в ранно детско образование и грижа и Рамка за националните стратегии за ромско включване.¹⁵⁶

¹⁵¹ <http://www.toyproject.net/wp-content/uploads/2019/09/What-Works-Guide-final-web-version.pdf>

¹⁵² International Child Development Initiatives/Who we are, retrieved from: <https://icdi.nl/who-we-are>

¹⁵³ International Step by Step Association/Home, retrieved from: <https://www.issa.nl/>

¹⁵⁴ Romani Early Years Network/Home, retrieved from: <https://reyn.eu/>

¹⁵⁵ Daniel, S., Trikić, Z., Cortellesi G., and Kernan, M. (2018) What Works Guide: ECEC Play Hubs - a first step towards integration, Leiden: TOY for Inclusion, retrieved from: <https://icdi.nl/media/uploads/downloads/what-works-guide-final-web-version.pdf>

¹⁵⁶ Ibid

Подход

Основните подходи, идентифицирани при реализиране на проекта са:

- Дете-центриран подход, поради насочеността към ученето и развитието на децата
- Участие на родители в дейностите и информиране относно детското развитие
- Общностно ориентиран подход

Законодателство

Не е налична информация за промени в местните законодателства, водещи до устойчивост. Програмата постига съответствие с местните контексти и законодателство. Анализът на мнението на местните общности¹⁵⁷ показва, че проектът и създадените хъбове за игра се приемат добре от местните власти, което дава основания да се смята, че те са интегрирани успешно в реализирането на стратегии за подкрепа на уязвими групи деца и техните семейства по места.

Финансиращи механизми

Създадените пространства за игра съпътстващи дейности в страните участнички са финансирани в рамките на проект "Toys for inclusion". Проектът е реализира в рамките на Европейските фондове/програма Еразъм и фонд Отворено общество.

Не е открита информация за съпътстващо местно финансиране в отделните страни.¹⁵⁸

Услуги и програми

Създадените пространства за игра подобряват прехода на ромските деца към училищата, като предлагат иновативен отговор на дискриминацията на ромските общности. Въпреки, че няма методология за различните възрасти, подходът за създаване на местни хъбове за игра чрез свързване на съществуващи услуги, участници и осигуряване на нови възможности за учене и игра за малки деца се оценява като ефективен по отношение на постигнатите резултати за децата.

В подхода Toy for Inclusion се изграждат взаимоотношения между ромски и не-ромски малки деца и техните семейства и се поддържат взаимодействия в безопасни игрови пространства за всички поколения.¹⁵⁹ Местните екипи за действие мобилизират общностите около малките деца и организират дейности за различни поколения, включващи възрастни с и без ромски произход. Дейностите могат да се провеждат в центровете, но също така и на други места в общностите, като читалища, библиотеки, паркове, площади, предучилищни заведения, здравни центрове.¹⁶⁰

¹⁵⁷ European Agency for Special Needs and Inclusive Education (2019), TOY for Inclusion Play Hubs: a non-formal, inclusive, community-based Early Childhood Education and Care (ECEC) model for disadvantaged young children, especially from migrant and minority groups in Europe, retrieved from: <https://www.inclusive-education-in-action.org/case-study/toy-inclusion-play-hubs-non-formal-inclusive-community-based-early-childhood-education>

¹⁵⁸ ibid

¹⁵⁹ International Child Development Initiatives, (2019), TOY for Inclusion – phase 2, retrieved from: <https://icdi.nl/projects/toy-for-inclusion-phase-2>

¹⁶⁰ https://www.issa.nl/toy_for_inclusion#:~:text=TOY%20for%20Inclusion%20is%20the,children's%20preparedness%20for%20formal%20education.

Мониторинг и оценка

В ход е осъществяване на оценка на въздействието на програмата.¹⁶¹ Междувременно е налична информация относно анализ на мнение на местни общности относно приносите на програмата.¹⁶²

Програмата има система за мониторинг, чрез която се следи броя на децата, родителите и близките, които участват, професионалистите и др. Програмата е оценена и предложена като добра практика в проучването изпълнимостта на инициативата на ЕК Гаранция на детето¹⁶³. В рамките на проекта е проведено проучване на ефикасността на създадените пространства за игра.¹⁶⁴

Обобщение

Програмата Сигурен старт/детски къщи в Унгария е избрана за целите на настоящото проучване от гледна точка на продължителността на реализиране и националния обхват. Практиката илюстрира връзка с националните политики за справяне с бедността и нейното въздействие върху децата, интегриране в законодателството и преминаване от проектно финансиране към държавни субсидии за предоставяне на услугата за семейства с деца то 0 до 5 години от най-уязвими ромски общности. Центровете "Сигурен старт" са обект на изследвания на национално и международно ниво, което дава основания да се смята, че има достатъчно доказателства за ефективността на работата им и постигнатите резултати. Представянето на унгарския опит на центровете Сигурен старт/Детски къщи представлява интерес за настоящото проучване с оглед на развитите от фондация Лале в последните години в България сходни центрове. Те работят на проектен принцип и все още не се финансират от държавата.

Включването на проект "Toys for inclusion" (реализиран в Хърватия, Словения, Словакия, Италия, Унгария, Турция, Латвия) в настоящото проучване се определя, както от обхвата му, така и от постигнатите цели и резултати. Съществена характеристика на практиката е, че тя представя подход за ранно детско учене основано на игра, който осигурява по - големи възможности за достъпа на деца от уязвими общности до услуги за РДУ и включеност на семействата. Важна специфика при реализацията на проекта е, че той се приема и признава от местните власти като ефективен.

Наличието на практики с иновативен характер в държави със сходен социално-икономически профил показва възможността за прилагане на подобни в България практики. Въпреки че къщите Сигурен старт са част от проектно прилагане в страната, все още развитието им не е устойчиво. Това е препоръка към развитие на подобни услуги с интегриран характер, които да придобият национален характер и да станат интегрална част от политиките за ранно детско развитие.

¹⁶¹ EECERA University of Thessaloniki, (2019), Evaluating the Impact of TOY to Share, Play to Care, retrieved from: http://www.toyproject.net/wp-content/uploads/2019/08/EECERA-2019_TOY4Incl-impact-evaluation.pdf?fbclid=IwAR1MYh-rrbG90PPq-YAqyqDiVr8pJzj5Y25hyR9yDZzqoDRX16rjC3p2Jbl

¹⁶² Romani Early Years Network, (2020), Why are municipalities supporting Toy for Inclusion Play Hubs?, retrieved from: https://reyn.eu/why-are-municipalities-supporting-toy-for-inclusion-play-hubs/?fbclid=IwAR0XLdQyU-PKvT5bCMzuT_sC3sZJ7nBeezXyzRgBmzwS8T7YWuwX0PbtcfY

¹⁶³ European Commission, (2019), Feasibility Study for a Child Guarantee. Children's Voices: Learning and Conclusions from our consultations with children, retrieved from: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1428&langId=en>

¹⁶⁴ Open Society Foundations, (2020), Community Play Hubs: a cost assessment, retrieved from: <https://reyn.eu/wp-content/uploads/2020/07/Cost-Assessment-TOY4Incl.pdf>

5.3. Сигурна и безопасна среда за детското развитие

5.3.1. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 1: Достъп до здравни и други обществени услуги на бременни жени и майки на деца до тригодишна възраст без лични документи и адресна регистрация

БЪЛГАРИЯ

Основни политики и законодателство свързани с достъпа до услуги на бременни и майки без лични документи

Основните закони и нормативни документи, свързани с адресната регистрация и издаването на документ за самоличност, са: Закон за гражданската регистрация (ЗГР) и Закон за българските лични документи (ЗБЛД).

С приетите през месец май 2011 г. изменения в ЗГР се създаде проблем по отношение на гражданската регистрация на ромското население в страната. Измененията целяха да се реши проблема с така наречения „изборен туризъм“ – гласуването на един избирател в повече от една избирателна секция или гласуването в определени избирателни секции с цел манипулация на изборния резултат.

Опитът да се решат избирателни проблеми с промени в ЗГР, вместо с промени в изборното законодателство, доведе до създаването на изисквания, които в действителност ограничиха правото на гражданите да избират своята адресна регистрация, както и до невъзможност определени групи граждани да изпълнят задължението си за заявяване на постоянен и настоящ адрес.

Проблемът в средите на ромското население се оказа съществен, тъй като в общия случай ромското население в страната обитава големи градски и крайградски гета, в чиито територии установяването на правото на собственост върху недвижимите имоти, на законността на постройките и притежаването на необходимите документи са традиционно сложен въпрос.

Голям процент от гражданите от ромски произход не могат да изпълнят новите изисквания на ЗГР, а именно – да представят в службите на Единната система за гражданска регистрация и административно обслужване на населението (ЕСГРАОН) актове за собственост или наемни договори за имотите, които обитават. В резултат на това същите не можеха да получат удостоверения за постоянен адрес, които да представят в поделенията на Министерство на вътрешните работи (МВР) и съответно – да подадат заявления за издаване на нови лични карти.

Проблемът създаде и допълнителни усложнения – по отношение на процедурата за издаване на документи за самоличност на децата на такива граждани. По този начин се получава абсурдна ситуация, затворен порочен кръг, тъй като децата на несъществуващите също се оказват несъществуващи.

Налице е все пак законова възможност от 2012 г., при която местната власт може да издава удостоверение за постоянен адрес на лица, които не притежават необходимите документи. Предвидена е Общинска комисия за адресна регистрация (ОКАР), която да направи проучване на всеки случай на място, да установи фактическия адрес, да състави констативен протокол, въз основа на който да се издаде удостоверение за постоянен адрес. За съжаление тази процедура не работи, тъй като ОКАР продължават да търсят документи, въз основа на които да съставят констативен

протокол. Голямото неразбиране от страна на администрацията, е че тези комисии са създадени именно за хора, които не притежават изискуемите документи. Това може да се преодолее чрез приемането на подзаконов акт (наредба от Министерство на регионалното развитие и благоустройството (МРРБ)), която да регламентира ясно отговорностите и правомощията на общинските комисии и те да работят ефективно по дадения проблем.

Освен това, редица нормативни документи и закони реферират към темата във връзка с изискванията относно ползването на услуги като ЗСП¹⁶⁵, Закон за насърчаване на заетостта¹⁶⁶, ЗЗ¹⁶⁷. За предоставяне на социални помощи, услуги за безработни и здравни услуги се изисква адресна регистрация (съответно документ за самоличност). Изключение има в ЗЗ, където е посочено, че пациенти в спешно състояние получават медицинска помощ, независимо от гражданство, адрес или здравноосигурителен статут¹⁶⁸. Анализът на тези закони потвърждава казаното по-горе, че хората без адресна регистрация по никакъв начин не са равнопоставени на останалите граждани.

Трудно е да се посочат обективни данни за обема на проблема или колко точно са засегнатите. Такава статистика не се води официално и в националните стратегически документи проблемът с липсата на адресна регистрация и документи за самоличност на определена част от българското население не се проследява системно и не се анализира.

Относно броя на засегнатите по проблема, който разглеждаме, ще посочим изданието на Европейския Съюз „State of Health in the EU – България - Здравен профил на страната 2019“, където се казва, че гражданите без валидна лична карта не са здравноосигурени, като според оценките **близо една трета от ромското население не притежава валидна лична карта**¹⁶⁹.

Имайки предвид тези данни, можем да допуснем, че засегнатите от проблема за липсата на документи за самоличност са между 105 и 250 хиляди души (на база на оценката на населението от ромски произход).

Изпълнение на основни политики и законодателство свързани с достъпа до услуги на бременни жени и майки без документи за самоличност

Рамката за пълноценна грижа постулира още в предисловието си, че „за здравословното развитие на мозъка през тези години (от бременността до навършване на тригодишна възраст – бел. моя), децата се нуждаят от безопасна, сигурна и любяща среда, наред с правилно хранене и стимулиране от страна на родителите или полагащите грижи.“¹⁷⁰ В Ръководството за сигурно родителстване понятието „сигурност“ е обяснено по следния начин: „Усещането на детето за това, че живее в сигурна среда е необходимо условие за оптималното му развитие. В условия на сигурност децата успяват да изследват двете реалности, в които живеят. Едната реалност е външната - реалността на обкръжаващия ги свят, другата вътрешната, психичната реалност – на емоциите, на преживяванията с другите. Изследването на тези реалности води до придобиване на знания,

¹⁶⁵ Закон за социално подпомагане, в сила 1999 г., изм. 2020г., достъпен на: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134405633>

¹⁶⁶ Закон за насърчаване на заетостта, в сила от 2002 г., изм. 2020г., достъпен на: <https://lex.bg/laws/ldoc/-12262909>

¹⁶⁷ Закон за здравето, в сила от 2005 г., изм. 2020г., достъпен на: <https://www.lex.bg/laws/ldoc%20/2135489147>

¹⁶⁸ Пак там

¹⁶⁹ ОИСП, State of Health in the EU България Здравен профил на страната 2019 г., достъпен на:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_bulgarian.pdf

¹⁷⁰ UNICEF, World Bank Group, World Health Organization. Nurturing Care for Early Childhood Development: A Framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential. Документът е достъпен на:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>

умения, способности да владееш и опознаваш себе си в отношенията с другите.¹⁷¹ По нататък в същото ръководство е дадено и определение за „безопасност“: „Осигуряване на адекватна закрила на детето от вредни фактори и опасности. Включва: защита от небезопасни контакти с възрастни или деца, както и защита от самонараняване. Адекватно разбиране на рисковете и опасностите за детето в семейството и извън него и свеждане на рисковете до минимум.“

Обезпечаването на сигурността на детето в семейството е свързана с възможността за достъп неговите родители до всички налични услуги, права и задължения на родителите му като български граждани.

Според редица изследвания и анализи, направени от различни организации, голям брой от хората в България „не съществуват“, остават „невидими“, тъй като не притежават документ за самоличност, съответно – нямат и адресна регистрация. Според българското законодателство, без да са налице тези две неща, нито един български гражданин не може да ползва каквито и да било услуги.

Голяма част от тези „несъществуващи“ хора са бременни и млади майки на деца от 0 до 3 години, които заради липсата на документ за самоличност, не могат да ползват никакви здравни и административни услуги и социални придобивки, включително и за децата си. Децата също са лишени от всички права и придобивки, защото тяхната регистрация следва тази на майката. А точно майките и децата имат изключително голяма нужда от тези услуги. Те са жизненоважни за тях. Най-ярко тази зависимост и проблем се наблюдава сред най-бедните и най-уязвими групи: липса на адресна регистрация - липса на документ за самоличност - невъзможност за ползване на жизнено необходими услуги и придобивки - маргинализиране и увеличаване на неравенството в обществото.

Без документ за самоличност и адресна регистрация децата и бременните жени не могат да бъдат равнопоставени ползватели на каквито и да било услуги и възможности, без лични документи нямат достъп до нищо – личен лекар, здравеопазване и въобще човек без лична карта не съществува в правния мир.

Липсата на достъп до здравни услуги намалява възможностите да се проследяват бременностите, да има ранна здравна профилактика и превенция за децата, да се осигуряват средства за храна, лекарства, отопление и т.н. за засегнатите от проблема. Това води до влошен здравен и хранителен статус на децата в ранното детство, водещо до повишена заболяемост на децата и изоставане в развитието, което оказва влияние върху целия им бъдещ живот. Ограничено се ползва спешна помощ и изобщо лекарска помощ. Като цяло е създадена неравнопоставеност на една голяма част български граждани да се възползват от услугите на здравната и социалната система и да получават необходимата здравна и социална грижа.

Младите майки на деца от 0 до 3 не могат да ползват никакви административни услуги и/или социални придобивки, включително отнасящи се до децата; децата също остават без регистрация по постоянен и настоящ адрес (тъй като регистрацията на детето следва тази на майката) и са лишени от всички права и придобивки.

Последствията имат и обществени измерения – държавата се лишава от работна сила, която легално да плаща данъци; необходими са интервенции за решаване на предизвикателства,

¹⁷¹ Ръководство за сигурно родителстване. Документът е достъпен на: https://www.detebg.org/data/files/Standarti_nova_versia_final.pdf

причинени от проблема, които изискват административни, социални и финансови ресурси; маргинализиране на значима по обем обществена група с всички негативни последствия; създаване на предпоставки за увеличаване на криминогенни прояви и социално напрежение; изкуствено създаване на условия за увеличаване на неравенството в обществото.

По отношение на извеждането на определени за събаряне незаконни жилища, сред препоръките на доклад на Световната банка от оценка на жилищния сектор в България (юни 2017 г.), се посочва, че: „В случай, че принудителното извеждане от имота е неизбежно, трябва да има определени законови ограничения, които да забраняват на властите да изпълнят процедурата за извеждане през зимните месеци или при неблагоприятни метеорологични условия или когато има непълнолетни, бременни жени, възрастни, инвалиди на други уязвими лица в жилището.“ Оттук може да се направи извода, че към 2017 г. не съществуват никакви законово регламентирани предимства за уязвими групи при извеждане от незаконни жилища. Що се отнася до адресната регистрация при настаняване в социално жилище, настаняването могат да ползват адреса на жилището за регистрация. За да могат обаче да кандидатстват за настаняване в социално жилище, те трябва да имат настояща адресна регистрация, което по същество препятства достъпа на бременните жени и майки на деца до тригодишна възраст без лични документи и адресна регистрация¹⁷².

СЕВЕРНА МАКЕДОНИЯ

Идентифициран проблем

Практиката е идентифицирана посредством кабинетно проучване. Изследванията, проведени през 2017 г. от ERRC, Институт за хора без гражданство и приобщаване и Европейска мрежа за хора без гражданство, показват, че данните относно липсата на документи за самоличност и други проблеми, свързани с липсата на гражданство сред ромите, остават изключително оскъдни.

Между 2008 и 2011 г., са идентифицирани 6 514 лица, изправени пред проблеми с документацията, включително 775 души, които никога не са били регистрирани в книгите за раждане в Северна Македония.

Съвсем наскоро Македонската асоциация на младите юристи е изчислила, че в страната има 664 лица, изложени на риск от липса на гражданство, като приблизително 70% от тях са роми. Без здравеопазване са много жени без лични документи. Те не могат да получат достъп до грижи за майчинството или да раждат в болници. Бариерите пред регистрацията на раждания са още по-големи за родените извън болниците. Следователно липсата на достъп до здравеопазване може да бъде както причина, така и последица от липсата на гражданство или липсата на документация. В Македония, наред с други страни, това е особено важен въпрос.¹⁷³

¹⁷² <https://sofia.obshtini.bg/doc/108355>

¹⁷³ European Roma Rights Centre (2018), List of issues by the European Roma rights Centre concerning Macedonia, For Consideration by the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women at the Pre-Sessional Working Group of the 71 Session, retrieved from: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/MKD/INT_CEDAW_NGO_MKD_30451_E.pdf?fbclid=IwAR0XLdQyU-PKvT5bCMzuT_sC3sZl7nBeezXyzRgBmzwS8T7YWuwx0PbtcfY

Заинтересовани страни

Идентифицираните групи заинтересовани страни са:

- Бременни жени и майки без лични документи и регистрация
- Министерство на социална политика
- Министерство на здравеопазването
- НПО, които работят в ромски общности

Политическо решение

Проблемът с липсата на лични документи на ромите в страната, най-често води до невъзможността тази група от населението да упражни основни човешки права и получи здравни грижи. В Стратегията за ромите в република Македония 2014 - 2020 г.¹⁷⁴ е дефиниран проблема с липсата на лични документи по отношение на достъпа до услуги, до образование и здравна система. Сред целите на стратегията са посочени лицата без документи като свързани с получаване на правото на здравна защита и здравно осигуряване от ромското население.

Сред специфичните цели е записано: да се създаде ефективен механизъм за регистриране на нарушения на правата на здравни грижи и здравно осигуряване на ромите и да се действа срещу тях. Очакваните резултати са: насърчена ромската общност да започне производство пред компетентните органи в случаите, когато техните права са нарушени; засилено прилагане на механизмите за защита при упражняване на правата на здравеопазване на ромите; намален брой случаи на неравно третиране на ромите при ползване на здравни услуги; създадена система за наблюдение на нарушения на правата на здравни грижи и здравно осигуряване на ромите и тяхната защита от компетентните органи.

Значима роля за защита на правата на ромите за здраве и образование и промяна на обществените дискриминационни нагласи има Омбудсмана на републиката¹⁷⁵

През 2018 – 2019 г. правителството провежда кампания за публична регистрация, която идентифицира и регистрира 750 души в риск от липса на гражданство в страната поради липсата на регистрирано раждане и лично име.

В началото на 2020 г. правителството ратифицира Конвенцията за намаляване на липсата на гражданство 1961 г., с което предприема сериозни стъпка към следващия етап за съгласуване на националното законодателство.

¹⁷⁴ Министерство за труд и социјална политика, (2016), Стратегија за ромите на Република Македонија 2014 – 2020 Национален акционен план за домување 2016 - 2020, достапно на: <https://www.mtsp.gov.mk/content/pdf/strategii/Strategija%20za%20Romite%20vo%20RM%202014-2020.pdf>

¹⁷⁵ Minority Rights Group, (2018), Roma in the Republic of Macedonia: Challenges and Inequalities in Housing, Education and Health, retrieved from: <https://minorityrights.org/publications/roma-in-the-republic-of-macedonia-challenges-and-inequalities-in-housing-education-and-health/>

Подход

Основните подходи, свързани с промяна на ситуацията на хората без регистрация са:

- Антидискриминационен
- Защита на основни човешки права и достъпа до здравни и социални услуги

Законодателство

От януари 2018 г. правителството приема поредица от мерки,¹⁷⁶ насочени към намаляване на хората без гражданството в страната в подготовка за ратифицирането на Конвенцията от 1961 г. за намаляване на населението без гражданството. Според наличната информация, роля за предприемане на действия от страна на правителството има доклада на Европейския център за права на ромите, Асоциацията на младите юристи в Македония, Европейската мрежа за лица без гражданство и приобщаване.¹⁷⁷ Мерките са инициирани от изброените заинтересовани страни и са внесени и одобрени от Министерството на труда и социалните въпроси. Те включват: формиране на междуведомствена работна група за преодоляване на липсата на издаване на документация, промяна на закона за извънсъдебни процедури за подобряване на регистрациите на раждания, промяна на закона за предоставяне на специален юридически статус временен идентификационен номер за лица без лични документи, въвеждане на безплатна правна помощ за лица без документация, образователни дейности и безплатна медицинска кола.

По време на кампанията, която правителството провежда за идентифициране на хора без гражданство са установени голям брой представители на ромската общност без гражданство. През ноември 2019 г. правителството приема предложен законопроект в отговор на констатациите на регистрационна кампания през 2018 –2019, която въвежда „специален граждански статус“ за лицата, които са били идентифицирани в публичните кампании през 2018-2019 г. и имат нерегламентиран статус. Законът предлага на тази група да бъде издадени „специален“ личен номер, акт за раждане и лична карта, които им позволяват достъп здравеопазване, образование и социални грижи по време на процедурата за вписване в регистъра за раждания докато те са официално регистрирани. Очаква се този закон да бъде официално влязъл в сила от Парламента в началото на 2020 г.¹⁷⁸

Финансиращи механизми

Кампанията е финансирана от държавата.

Услуги и програми

Идентифицирано предложение за промяна в закона в рамките на този ключов приоритет е получаване на „специален граждански статус“ за лицата, които са били идентифицирани в публичните кампании през 2018-2019 г. и имат нерегламентиран статус¹⁷⁹. Процедурата включва

¹⁷⁶ European network on statelessness, (2020), North Macedonia takes important first step towards ending statelessness, retrieved from: <https://www.statelessness.eu/blog/north-macedonia-takes-important-first-step-towards-ending-statelessness>

¹⁷⁷ <https://www.statelessness.eu/updates/blog/north-macedonia-takes-important-first-step-towards-ending-statelessness>

¹⁷⁸ ENS, (2020), European Network on Statelessness submission to inform the European Commission 2020 Enlargement Package: progress towards addressing statelessness in Enlargement countries, retrieved from: <https://www.statelessness.eu/sites/www.statelessness.eu/files/attachments/resources/ENS%20Submission%20DG%20NEAR%20Enlargement%20Jan%202020.pdf>

¹⁷⁹ https://ener.gov.mk/files/propisi_files/plan/1_889666487Nacr%20Izvestaj%20za%20PVR%20-%20Zakon%20za%20lica%20bez%20dokumenti.doc

издаване на специален личен номер, акт за раждане и лични документи по време на процедурата за официално вписване в регистъра на раждания. Целта на този закон е лицето да придобие статут на лице със специален граждански статут, за да упражни правото на образование, здравеопазване, социална закрила и заетост със задължително социално осигуряване, в съответствие със закона. Към момента обаче, според наличната информация, тази практика е част от проекто-закон, съответно преди да бъде приет закона, не са инициирани необходимите граждански процедури, както и не е уточнен механизма за кандидатстване и издаване на статут, изискванията за получаването му, съответно информацията не е достигнала до засегнатите от проблема лица.

Кабинетното проучване идентифицира местни НПО, които работят на общинско ниво по отношение на статуса на ромското население. Едно от активните НПО-та в страната, работещо по този ключов приоритет, е Баирска светлина - НПО в Битоля, което допринася за укрепване на капацитета на ромските общности и млади активисти и подобряване на образователните им нива и социално-икономически статут.¹⁸⁰ Чрез доброволци организацията работи основно по предоставяне на информация и обучение на местната ромска общност. В подготовка на доклади за състоянието в страната активна НПО е Асоциацията на младите юристи в Македония.

Мониторинг и оценка

Мониторингът на изпълнение на Стратегията за включване на ромите се извършва от координационна структура съставена от представители на министерствата.¹⁸¹ Частичен мониторинг и оценка се извършва от НПО, които следят за изпълнението на правата на ромите, водят застъпнически дейности и провеждат проучвания. В тази връзка, инициативата #RomaBelong разкрива мащаба на проблема в Северна Македония, както и другаде в региона, когато става въпрос за роми, които са без гражданство или са изложени на риск от липса на гражданство. В допълнение, в проекто-закона, свързан с придобиване на „специален граждански статут“, се предвижда извършване на мониторинг. **Неотдавнашната ратификация на Конвенцията за намаляване на без гражданството от Северна Македония е свидетелство за международното сътрудничество и застъпничеството на този проект в региона (за сравнение, България е ратифицирала тази конвенция през 2012 г.).**¹⁸²

СЪРБИЯ

Идентифициран проблем

Практиката е идентифицирана посредством кабинетно проучване. Данните за Сърбия показват, че за 2010 г. 1,5% от ромското население не е регистрирано в регистрите за раждане, 5,4% нямат лични карти и 2,3% не са регистрирани в регистрите на гражданите. Броят на ромите в риск без гражданство и основни права, пребиваващи в Сърбия според НПО е 30 000¹⁸³. Данните са събрани от Праксис/Praxis, местна НПО организация, която работи от 2004 г. с фокус върху намаляването и

¹⁸⁰ Bairska Svetlina, (2017), Lobbying and advocating for easier access for Roma organizations to EU Funds, retrieved from: <http://bairskasvetlina.mk/projects/?lang=e>

¹⁸¹ Ministry of labor and social affairs North Macedonia, retrieved from: <http://www.mtsp.gov.mk/>

¹⁸² ENS, (2020), European Network on Statelessness submission to inform the European Commission 2020 Enlargement Package: progress towards addressing statelessness in Enlargement countries, retrieved from: <https://www.statelessness.eu/sites/www.statelessness.eu/files/attachments/resources/ENS%20Submission%20DG%20NEAR%20Enlargement%20Jan%202020.pdf>

¹⁸³ European Network of Statelessness, (2012), No Birth Registration, No Nationality, No Documents, No Rights, retrieved from: <https://www.statelessness.eu/blog/no-birth-registration-no-nationality-no-documents-no-rights>

предотвратяването на проблема за липса на гражданство и защита на лица в такава ситуация в Сърбия от 2004 г.

Проблем, който организацията идентифицира преди 2012 г. при работа с клиенти, е трудността те да се регистрират чрез административните процедури, което възпрепятства и получаване на гражданство. В същото време представителите на уязвимите групи са подпомагани в разрешаване на индивидуалните казуси чрез малко на брой НПО в страната.

ФИГУРА 12 ПРОФИЛ НА СЪРБИЯ

Сърбия

1. Населението на Сърбия в края на 2019 г. 6 926 705
2. БВП на глава от населението на Сърбия през 2019 г. е 5 450 евро
3. Модел на социална държава (система за социално подпомагане) - Източноевропейски
4. Според Съвета на Европа ромското население в Сърбия е 600 000 души (8,7% от населението).
5. Населението в риск от бедност и социално изключване в Сърбия е 23.2%

Заинтересовани страни

Основните идентифицирани заинтересовани страни са:

- Комисар за защита на равенството
- Омбудсман
- МВР, което отговаря за провеждането на процедурата за придобиване/определяне на сръбско гражданство
- Местни власти
- Членове на ромската общност

Политическо решение

През декември 2011 г. Сърбия се присъединява към Конвенцията за намаляване на хората без гражданство. След години на застъпнически усилия за привличане на вниманието на държавата върху изключително тежкото положение на лицата, които не са успели впоследствие да се регистрират в регистъра за раждания въз основа на съществуващите закони, както и искания за приемане на адекватна, ускорена и улеснена процедура като системно решение на проблема с юридически невидимите, е постигнат напредък. През август 2012 г. сръбският парламент приема изменения в Закона за извънсъдебното производство, предписващи съдебна процедура за определяне на датата и мястото на раждане на лица, които не са регистрирани в регистъра за раждане¹⁸⁴.

Съгласно приетите изменения от 2011/2012, лице, което не е регистрирано в регистъра за раждания и не може да докаже датата и мястото на раждане в административно производство за късно регистриране на раждане, може да започне съдебна процедура за определяне на датата и място на раждане (процедура за „доказване на факта на раждане“).

Подписан е Меморандум за разбирателство между Министерството на правосъдието и държавната администрация, Върховен Комисариат за бежанците към ООН (ВКБООН) и Омбудсманът, на основата на който са предприети действия, насочени към решаване на проблема с лица, които не притежават лични документи.

¹⁸⁴ European Network of Statelessness, (2012), Finally an Important Step towards the Solution for the Legally Invisible and Persons at Risk of Statelessness in Serbia, retrieved from: <https://www.statelessness.eu/blog/finally-important-step-towards-solution-legally-invisible-and-persons-risk-statelessness-serbia>

В тези дейности са включени и други държавни органи и НПО Праксис. Неправителствената организация изготвя и годишни прегледи на прилагането на законите на практика и предизвикателствата при решаване на казусите на хора без лични документи в страната.

Подход

Основният подход при решаване на проблема с документите е защита и достъп до граждански и социоекономически права на уязвими групи, включително роми.

Законодателство

Идентифицирани са множество законодателни инициативи и регулативни документи, свързани с правата на хората без лични документи и регистрация и установяване на гражданския им статус.

- Закон за извънсъдебно производство/адендум от 2012 г. за късно регистриране на чрез завеждане на съдебна процедура
- Закон за гражданството /чл. 13 от Закона за гражданството на Република Сърбия предвижда придобиването на гражданство по рождение
- Наредба от 2011 г., която дава инструкция на социалните центрове за действия при раждане и получаване на име на дете с майка без лични документи
- Закон за общото административно производство в сила от 2008 г., който постановява, че компетентните органи следва да получат доказателства, необходими за издаването на съответния документ служебно

Финансиращи механизми

Работата по случаи и застъпническата дейност на организацията се финансира от проектна дейност на Праксис.

Услуги и програми

- Работа по конкретни случаи на представители на уязвими групи без удостоверения за раждане, гражданство и лични документи на национално ниво. Мобилният екип на Праксис посещава конкретните населени места, където хората се нуждаят от консултации и посредничество при придобиване на необходимите документи. Дейността на организацията се финансира от проекти.
- Работа по случаи, при които майката при раждане на детето не предоставя лични документи и има трудност за регистриране на детето; късно придобиване на регистрация, гражданство и лични документи.
- Определяне на настойник от страна на социалните служби в случаи, когато майката е без лични документи и съответно без гражданство, което повлиява на гражданството на детето. Настойникът дава съгласие от името на майката.
- Адресна регистрация на адреса на социален център за хора, които са без лични документи и живеят в незаконни жилища. Процедурата за получаване на постоянно местоживееене се извършва чрез полицията, която препраща формуляр към социалните служби. При проучването не е открит информация какъв е броят на хората, които ползват тази услуга. Според Praxis тя е създадена за хора, които живеят в незаконни сгради и нямат личен адрес.

- Проект „Бебе, добре дошло в света“ от 2016 год., който обединява усилията на няколко министерства (публичната администрация, външните работи, здравето и местните власти) създава условия за опростяване на регистрацията на ражданията, както и позволява на родителите да регистрират децата още в родилните отделения, спестявайки им време и пари. Данните се попълват електронно от служител. Документите се получават на домашния адрес. Освен улесняване на регистрацията на новороденото, родителите могат да кандидатстват за здравна застраховка и родителска помощ, докато са още в родилното отделение. В същото време при изпълнението се отчита, че тази инициатива не решава проблема с ромските жени, които предпочитат да родят вкъщи, вместо в болница, поради разбирането за негативно отношение от страна на лекарите.¹⁸⁵

Мониторинг и оценка

Праксис наблюдава публичните политики, провежда изследвания и анализи, застъпва се за премахване на системни пречки, които пречат на достъпа до права и участва в кампании за повишаване на осведомеността относно проблемите, с които се сблъскват маргинализираните и социално изключени общности, които се опитват да се интегрират.

Организацията подготвя годишни доклади за състоянието на практиките по отношение на регистриране на раждане и получаване на националност, гражданство, адресна регистрация в страната, налични на страницата на организацията¹⁸⁶. В последния си доклад от 2019 г., Праксис посочва необходимостта от промяна на подзаконовите уредби, които да позволят децата да бъдат регистрирани веднага след раждането си, въпреки липсата на лични документи на майката.

През 2019 г. Праксис се обръща към министъра на публичната администрация и местното самоуправление и министърът на здравеопазването да апелира за действия за преодоляване на оставащите пречки пред незабавната регистрация за деца, родени от майки без лични документи. В получения отговор се посочва, че всички деца, родени в Сърбия, имат възможност да бъдат регистрирани в регистрите. Според НПО, правителството пренебрегва факта, че децата, родени от майки без лични документи, не могат да получат удостоверение за раждане при раждането. Праксис повдига този въпрос многократно през 2019 г. в медиите, социалните медии и в застъпнически намеси в Съвета за правата на детето, Тематичната група за РДР и образование на децата, и други оторизирани институции и комисии.¹⁸⁷

Обобщение

Достъпът до услуги в подкрепа на сигурна и безопасна среда е свързан със сигурността на бременната и майката, която да даде възможност за включването на родителите в услуги.

Резултатите от проучването в тази област на анализ не показват наличието на достатъчно информация за практики на базата на доказателства в първоначално избраните страни. В повечето от тях проблемът за бременни жени и майки без лични документи се свързва с бежански общности повече отколкото с уязвимите общности в страната. Вероятно тази тенденция на приоритизиране

¹⁸⁵ Balkan Insight, (2018), Serbia's Stateless Roma Struggle for Visibility, retrieved from:

<https://balkaninsight.com/2018/01/12/serbia-s-stateless-roma-struggle-for-visibility-01-09-2018/>

¹⁸⁶ Praxis Serbia/Home, retrieved from: <https://www.praxis.org.rs/index.php/en/>

¹⁸⁷ ENS, (2020), European Network on Statelessness submission to inform the European Commission 2020 Enlargement Package: progress towards addressing statelessness in Enlargement countries, retrieved from:

<https://www.statelessness.eu/sites/www.statelessness.eu/files/attachments/resources/ENS%20Submission%20DG%20NEAR%20Enlargement%20Jan%202020.pdf>

е свързана с наличието на големи групи имигранти без лични документи, за които е необходимо да бъде осигурен достъп до услуги.

Проблемите с личните документи при ромските общности са свързани също така с обитаването на незаконни жилища, което затруднява административната регистрация на тези хора. Макар и в стратегическите документи за включване на ромите в проучваните страни да се засяга въпроса за жилищата, не беше идентифицирана практика, която да подхожда интегрирано към проблема, като осигурява възможности за по-добро и законово живееене, регистриране и издаване на лични документи.

Изборът на практиката за достъп до здравни и други услуги на бременни жени и майки без адресна регистрация в Северна Македония се определи от открита информация за най-скоро до началото на проучването предприети действия на правителството за търсене на решения по отношение на ромите без гражданство и документи. В същото време делът на ромите, които са изключени от достъп до своите здравно социални права в Македония са значително голям. В допълнение е разгледана практика и от Сърбия.

5.3.2. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 2: ОБЩНОСТНИ УСЛУГИ В ПОДКРЕПА НА ПОЗИТИВНОТО РОДИТЕЛСТВО В НЕБЛАГОПРИЯТНА СРЕДА

Основни политики и законодателство свързани с общностни услуги в подкрепа на позитивното родителство в неблагоприятна среда

В България няма национални стратегически документи, съответно политики и програми, които да са насочени към подкрепа на позитивното родителство в неблагоприятна среда. Въпреки това, темата за родителството като цяло присъства в различни стратегически документи. В България, според доклад на Национална мрежа за децата, повечето съществуващи политики засягат родителите, но без да са обвързани в система от целенасочени действия за подкрепа¹⁸⁸. В страната към 2016 г. действат повече от 20 нормативни, поднормативни акта и стратегии, регламентиращи подкрепата към семействата и децата, но те не са интегрирани, така че да адресират комплексно техните нужди и проблеми. Заключение е, че „изпълнението на различните стратегии често пъти е разписано в отговорностите на различни институции, които обаче не припознават тази си роля. На места липсват индикатори и ясен механизъм за проследяване на напредъка по стратегиите и конкретните политики“. В същото време, в нормативните документи няма разписани ясни механизми, нито дефиниция за позитивното родителство, даващи рамки за развитие на услуги и подкрепа на семейството в България.

Изпълнение на основни политики и законодателство свързани с общностни услуги в подкрепа на позитивното родителство в неблагоприятна среда

Една от програмите, реализирани в България, в посока подкрепа на позитивното родителство, е направена от УНИЦЕФ, с цел формиране и развитие на родителски умения. Програмата „Работилниците за родители – да пораснем заедно“ се базира на съвременните разбирания за развитието на детето през периода на най-ранното детство и ролята на родителите и семейната среда за разгръщане на потенциала на детската личност. Основополагаща в нея е идеята, че родителството трябва да бъде в най-добрия интерес на детето, т.е. да насърчава положителните

¹⁸⁸ Национална мрежа за децата (2016). *Семейни политики на Република България* достъпен на: http://nmd.bg/wp-content/uploads/2016/02/Family-Policy-in-Bulgaria_web.pdf

отношения между възрастни и деца, които да допринасят за развитието както на детето, така и на родителя. Програма стартира през 2012 г. В края на 2019 г. тя се реализира в 50 населени места, като до този момент в нея са участвали около 1500 родители.

„Работилниците за родители – да пораснем заедно“ представляват тематично и концептуално свързани семинари в групи до 15 души, които се водят от специално подготвен екип от специалисти с активното участие на родителите, които имат възможност да общуват с други родители, да обменят опит и мисли, както и да научават повече за особеностите на развитието и потребностите на детето в периода на ранното детство.

Специалистите и родителите са равноправни по отношение на своите знания за децата и по време на семинарите са партньори, които обменят опит и си сътрудничат активно в търсенето на решения за изпълнение на родителските отговорности. Темите, които се обсъждат по време на сесиите, включват: социално, емоционално и интелектуално развитие на детето, установяване на ефективна комуникация и изграждане на положителни отношения с децата, подкрепа за самостоятелността на децата, насърчаване на позитивното поведение, справяне с трудно поведение без използване на насилие, справяне с конфликти в семейството, стимулиране и подкрепа на ранното учене и други.¹⁸⁹

Добри практики в подкрепа на родителството са развити и в резултат на прилагане на груповите програми на сдружение Институт по социални дейности и практики в Центровете и Комплексите за социални услуги управлявани от организацията в София, Шумен и Видин. Чрез програмата „Без шамар“ родителите получават по-голяма яснота за своите чувства, мисли, убеждения и потребности, които ръководят тяхното поведение, придобиват умения за разпознаване и контролиране на собствените си емоции и усъвършенстват уменията си, които ще им помогнат да възпитават децата си позитивно.

Специална програма е посветена на „Позитивно родителство“, в която родителите се подкрепят, чрез обучение, базирано на резилианс подхода. Програмата Насочена е към изграждане на доверие между родителя и детето, подкрепа на позитивното общуването между тях и придобиване на знания от родителите за възпитание на детето без насилие и с алтернативни позитивни стратегии.¹⁹⁰

През 2019 година фондация Пулс създава и пилотирана програма за позитивно родителстване, в която участват над 500 родители и бъдещи родители.¹⁹¹ Фондация „За нашите деца“ предоставя разнообразни превантивни услуги и програми за навременна подкрепа на децата и семействата в Центровете за социални услуги, които управлява. Специален акцент в програмите на организацията е подкрепата на ранното детско развитие. Чрез центровете в София и Пловдив организацията планира да развие директни услуги за 2600 родители и 1412 деца, а допълнително 1470 деца ще се възползват непряко от тези услуги чрез подкрепата за техните родители до края на 2021.¹⁹²

¹⁸⁹ <https://uni.cf/3l2UfiN>

¹⁹⁰ <https://www.sapibg.org/bg/social-service/iskam-da-sm-plnocenen-roditel>

¹⁹¹ <https://nmd.bg/nad-2-000-tchoveka-sa-podkrepeni-ot-fondatsiya-vp-u-l-s-v-prez-2019/>

¹⁹² https://www.detebg.org/bg/da_dadem_pat_na_uslugite_za_ranno_detsko_razvitie_v_bulgaria

ХЪРВАТИЯ

Идентифициран проблем

Програмата е разработена, за да отговори на потребностите на родителите, които да започнат да гледат на детето като личност още от раждането, да развият уменията си за позитивно родителство.¹⁹³

Нуждите на родителите на деца с увреждания са свързани със специфични теми относно отглеждането на дете с увреждане, неговото развитие, както и услугите, които може да ползва.¹⁹⁴

В този смисъл програмите на Работилници за родители отговарят по-скоро на потребности в родителството в съвременния свят, базирани на изследвания относно РДР, позитивното родителство и призив на УНИЦЕФ относно важноста на развитието на децата в първите години от раждането и правото на родителите да бъдат подкрепени в отглеждането на техните деца.¹⁹⁵

Заинтересовани страни

- Родители на деца от 0 до 3
- Родители на с деца с увреждания от 0 до 3
- Родители на деца от 0 до 8 години, които живеят в неблагоприятни условия
- УНИЦЕФ Хърватия
- Министерство на демографията, семейството, младежта и социалната политика

Политическо решение

Последният етап от развитието на програмата е специализиране за родители, които отглеждат децата си в неблагоприятни условия. Този етап е свързан с тригодишната програма за укрепване и разширяване на социалните услуги за семейства с деца, бенефициенти на системата за социално подпомагане, наречена „За по-силно семейство“. Програмата се изпълнява от Министерството на демографията, семейството, младежта и социалната политика и УНИЦЕФ, в сътрудничество с Хърватската Асоциация на социалните работници. Тя стартира през октомври 2017 г и се реализира до 2020 г. Център за подкрепа на родителите „Растем заедно“ е партньор на УНИЦЕФ по изпълнението на тригодишната програма за подкрепа на родителите за родители на деца в предучилищна възраст, особено за тези, които имат неблагоприятни условия.¹⁹⁶

Подход

Подходът на Работилниците за родители е основно дете-центриран, основан на правата на децата, но в същото време използва и семейно-центрирани техники, тъй като се работи през развитие на уменията на родителите.

Законодателство

¹⁹³ UNICEF Croatia, (2010), Parenting in the Best interests of the Child and Support to Parents of the Youngest Children, retrieved from: <https://www.unicef.hr/wp-content/uploads/2015/09/Parenting-Eng-Jan-2015.pdf>

¹⁹⁴ Ibid

¹⁹⁵ Ibid

¹⁹⁶ We grow together Parent Support Centre/Our Projects/ PROSPOR - Program for the systematic support to parents of preschool children, especially those in demanding circumstances of parenting, retrieved from: <https://www.rastimozajedno.hr/o-nama/nasi-projekti/>

Програмите се предлагат в съществуващата система от услуги и социални интервенции и в този смисъл са обект на общо законодателство.

Финансиращи механизми

Програмата се финансира на пилотна фаза от УНИЦЕФ и проекти. След финализиране се предлага в рамките на действащи услуги.

Услуги и програми

Налице са 3 програми на Работилници за родители¹⁹⁷:

- Основна програма за родители на деца 0-3 г. възраст
- Програма за родители на деца с увреждания
- Програма за родители и деца от семейства в неблагоприятна ситуация

Всяка програма се състои от определен брой работилници за родители с ясна структура, цели, задачи, теми и поредица от упражнения. Предлага се от обучени водещи в системата от социални услуги и центрове.

В някои места програмата ” Да растем заедно” се съпътства и от Клуб на бащите¹⁹⁸

Мониторинг и оценка

Програмите имат собствена система за оценка, която съдържа формуляри за входни нива на нагласи, знания и умения и изходно ниво по същите показатели. Програмите (първите две) имат осъществени оценки на ефективността. Резултатите показват високо ниво на промяна на знанията и нагласите на родителите, участвали в програмата.

Допълнителна информация от проучването

В Естония е приета Стратегия за деца и семейства, като една от мерките е развитие на ефективни услуги за подобряване на родителските умения, а част от развиване на тази мярка е прилагането на Triple P програма за родителство в страната.

Програмата е международна, създадена в Австралия, и прилагана в различни държави в света, с цел да превентира и помага за решаването на предизвикателства, свързани с детското развитие, като насърчава позитивното родителство. Тя е оценена като високо ефективна от ЕК, въпреки че наличната информация не потвърждава прилагането ѝ в Естония¹⁹⁹.

¹⁹⁷ We grow together Parent Support Centre/About us, retrieved from: <https://www.rastimozajedno.hr/o-nama/>

¹⁹⁸ We grow together Parent Support Centre/Our Projects/Enhanced growing up together – Count us in! – Parenting support programme for families with preschool children in adverse circumstances, retrieved from: <https://www.rastimozajedno.hr/o-nama/nasi-projekti/>

¹⁹⁹ Данни от проведено проучване

Ministry of Social Affairs, (2011) Strategy of Children and Families 2012–2020, retrieved from: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/lpa_fulltxt_eng_83a4_nobleed.pdf
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1251&langId=en&reviewId=239>

СЪРБИЯ

Идентифициран проблем

Практиката е идентифицирана посредством кабинетно проучване и информация е предоставено от интервю с представител на НПО сектора. В Сърбия 6 % от населението или около половин милион се идентифицира като ромско. Маргинализирана и често дискриминирана, ромската общност се характеризира с по-високи нива на бедност и по-лош достъп до здравеопазването, инфраструктурата и образованието²⁰⁰. Рискът от бедност е почти три пъти по-висок за ромските общности, както и честотата на ниско тегло при раждане. Детската смъртност е поне два пъти по-висока за ромите деца. А в ромските селища само 6% от децата посещават детска градина/детска ясла, в сравнение с 51% от общото население; и само 64% продължават да завършват начално училище в сравнение с 93% от не-ромите сърби²⁰¹.

Заинтересовани страни

Идентифицираните заинтересовани страни са:

- Ромски семейства с малки деца
- Министерство на образованието отговорно за стратегически документи и формални и неформални услуги за ранното детско развитие;
- Местни власти
- Национален съвет за малцинствата - участва във вземането на решения на национално ниво

Политическо решение

Националната стратегия за включване на ромите 2016 - 2020 г. подчертава необходимостта от осигуряване на различни форми на помощ на семействата, според специфичните им нужди, за да се постигнат условия за пълно сътрудничество на семейства с предучилищни институции и да овластват семейството, още от раждането на детето. В допълнение се подчертава нуждата от установяване на здравословни и безопасни условия за пълноценен живот на детето и развитие в неговата семейна среда и активно включване на родителите в системата²⁰². Социалното включване на ромите е свързано с политически решения в областта на образованието, които са отразени в Стратегията за образованието 2020 г.²⁰³

Подход

Основните подходи, които се използват за прилагане на програмата:

- Семейно-ориентиран подход
- Антидискриминационен подход
- Общностен подход

²⁰⁰ Results for development, (2019), Empowered Parenting in Serbia: A look at investing in Roma parents and their children. Policy brief, retrieved from: https://www.r4d.org/wp-content/uploads/v3_SFTS_PolicyBrief.pdf

²⁰¹ Ibid

²⁰² Government of Serbia, (2016), The Strategy of social inclusion of Roma for the period from 2016 to 2025, retrieved from: https://www.ljudskaprava.gov.rs/sites/default/files/dokument_file/national_strategy_for_roma_inclusion_2016-2025.pdf

²⁰³ Ibid

Законодателство

Не е идентифицирано специално законодателство, което да улесни прилагането на практиката. Програмата се реализира съгласно основните закони на страната:

- Конституцията на Сърбия, която определя достъпа на всяко дете и семейство до здравни, образователни и социални услуги
- Закон за социалната подкрепа, който визира оказване на помощ и овластяване на лица и семейства за независим и продуктивен живот в обществото и предотвратяване на създаването на последици от социалното изключване и тяхното премахване
- Закон за финансовата подкрепа на семействата

Финансиращи механизми

Фондация Отворено общество Сърбия финансира програмата в рамките на пилотната и разширената фаза на проекта.

Услуги и програми

Програмата “Силни от началото” (Dam len phakar) в Сърбия се стреми да улесни развитието на стимулиращи и безопасни семейни условия за малки деца от ромски семейства. Наличието на такъв тип програма в НПО сектора се потвърждава и от респондент, представител на НПО организация²⁰⁴. Програмата се предоставя чрез семинари и домашни посещения. Обхватът на програмата е 450 семейства с деца от 0 до 7 години в 15 региона в страната в периода в Проектът се реализира в пилотна фаза 2012 – 2016 г., и с по-голям обхват през периода 2017 – 2018 г. Всяко от регионалните НПО работи с 30 семейства, като в периода на проекта 8 месеца са активна работа.

Програмата съдържа три тематични области: Роли и отговорности на семейството и общността за отглеждане на деца; Защита на здравето на детето и семейство; Насърчаване на развитието на детето.²⁰⁵ Темите се покриват от местни семинари, в които участват родителите и децата. За децата също са предвидени семинари, но основно те са за децата от 3 до 5 години. За децата от 0 до 1 година са осигурени домашни посещения.

Мониторинг и оценка

В програмата е осъществено проучване на въздействие с експериментална и контролна група, всяка от които включва по 450 семейства, което сравнява промените при родителите и децата в сравнение с групата семейства, които не са включени в програмата. Един от индикаторите е промяната в социално-емоционалното развитие на децата от 3,5 до 5,5 години, проучвано в системата IDELA на Save the children.

Проучването показва, че децата участвали в програмата показват напредък в развитието и той колерира с увеличено използване на позитивни практики от техните родители. Родителите в програмата отчитат по-голяма увереност в способността им да подкрепят развитието на детето си²⁰⁶. Програмата е проучвана и по отношение на ефикасността, в която се прогнозира цената на участие на едно семейство в програмата.

²⁰⁴ ‘A service in support of early learning of children aged to three exists in the NGO sector’, interview with NGO representative, Serbia

²⁰⁵ Ibid

²⁰⁶ Ibid

Обобщение

Програмата Growing Up Together Plus, Хърватия е включена в настоящото проучване, както поради своите цели да подкрепи формирането на умения за позитивно родителство на семейства, които живеят в неблагоприятни условия, така и поради подхода на въвеждане, свързан с пилотиране в рамките на проект и интегриране в системата от социални услуги за деца и семейства. В допълнение съдържанието на програмата и начина и на провеждане създава предпоставки за равнопоставеност на родителите със специалистите, което е предпоставка за включване на родителите и интегрирането на придобитите умения за позитивно родителство в грижата за децата им. В оценката на практиката в Хърватия е налична доказателствена информация за положителното въздействие, което участието на родителите в програмата оказва върху подобряване на техните родителски умения.

Развитието на политики за подкрепа на семействата и програми за развитие на капацитет и умения за позитивно родителство е от ключова необходимост в България, особено в контекста на нуждата от бъдещо развитие на национална стратегия за детето и ранното детско развитие.

5.4. Услуги в подкрепа на пълноценното хранене на бременните жени, кърмачките и малките деца, живеещи под прага на бедността

5.4.1. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 1: ИНТЕГРИРАН МОДЕЛ НА УСЛУГИТЕ ЗА РДР И ХРАНИТЕЛНИ ПРОГРАМИ ЗА УЯЗВИМИ СЕМЕЙСТВА С МАЛКИ ДЕЦА, ЖИВЕЕЩИ ПОД ПРАГА НА БЕДНОСТ

БЪЛГАРИЯ

Основни политики и законодателство свързани с интегриран модел на услугите за РДР и хранителни програми за уязвими семейства с малки деца, живеещи под прага на бедност

Осигуряването на всяко дете на храна, съответстваща на неговата възраст, елиминирането на неравнопоставеността и на дефицитите в политиките свързани с храненето на децата е ключово важно за гарантиране на тяхното здраве и пълноценно развитие. Световната здравна организация (СЗО) и УНИЦЕФ препоръчват:

- ранно започване на кърменето в рамките на 1 час след раждането
- изключително кърмене за първите 6 месеца от живота
- въвеждане на подходящи и безопасни допълващи (твърди) храни на 6 месечна възраст заедно с продължаващо кърмене до 2-годишна възраст или повече.

В Препоръки за здравословно хранене на кърмачета съгласно Национален План за действие “Храни и хранене”, 2005-2010²⁰⁷ също се подчертава значението на кърменето и в частност на изключителното кърмене в първите шест месеца от живота на бебето. Захранването трябва да стане постепенно, с подходящи храни и да започне не по-рано от четвъртия месец на бебето, по възможност през шестия месец. Дадени са примерни схеми за захранване, които започват от шестия месец. Изрично се подчертава, че до 1 годишна възраст на детето не трябва да се дава сол, захар, мед, храни и напитки, които съдържат захар или изкуствени подсладители, кафе и черен или

²⁰⁷ МЗ, Препоръки за здравословно хранене, 2008, достъпни на: <http://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/zdravosloven-nachin-na-zhivot/hranene-i-metabolizm/preporoki-za-zdravoslovno-hranene/>

зелен чай. До 1-годишна възраст не трябва да се дава козе и овче мляко, поради риск от възникване на специфични алергични реакции. Да не се дава на бебето краве прясно мляко като самостоятелна напитка до 12-ия месец. Така се намалява рискът от алергии към млякото и развитието на автоимунни заболявания в по-късна възраст. До 2-годишна възраст не е подходящо да се дават обезмаслени и нискомаслени млека и млечни продукти.

Честа практика сред бедните и уязвими общности бебетата и малките деца да се захранват неправилно, ранно, с неподходящи храни и в следствие на това децата са недохранени или лошо хранени в ранна възраст. Има необходимост от услуга, свързана с храненето включително кърмене, която да е специфично насочена към уязвими групи. Докато проблемите, свързани с бедността, са най-видими, и следователно изследвани (напр. EU-SILC - Статистика на доходите и условията на живот), съществуват много по-дълбоки причини, които са зложени във възраванията, културните практики и ценностни модели на тези общности, които не са били обект на изследвания и анализи, но имат съществен дял в наблюдаваните хранителни практики в общностите.

Изпълнение на основни политики и законодателство свързани с интегриран модел на услугите за РДР и хранителни програми за уязвими семейства с малки деца, живеещи под прага на бедност

В момента грижата за храненето на децата в България е част от грижата за здравето и се осъществява от ОПЛ или педиатрите, при които са записани децата. Те дават информация за кърмене, хранене с бебешка формула, захранване и пълноценно хранене на малкото дете. За част от родителите това е напълно достатъчно и няма нужда от допълнителни услуги – те успяват да си намерят необходимата им допълнителна информация, тъй като има много добри страници в Интернет, посветени на храненето, които да надградят върху даденото от педиатрите. За родителите, които живеят в бедност и социално изолирани общности, грижата, която полагат педиатрите се оказва недостатъчна, за да се осигури здравословно хранене на малкото дете. От една страна за тези родители е трудно да запомнят цялата им предоставена информация от страна на педиатъра, от друга страна те често си противоречат с нагласите на общността и на разширеното семейство, в което се отглежда бебето. Голяма част от тези семейства нямат финансова възможност да купуват подходящи за детето храни и съответно не успяват да спазват препоръките. ***В страната няма социална услуга, която да обединява обучение, подкрепа и консултации за здравословно хранене и предоставяне на хранителни пакети, специално адаптирани към нуждите на бременната жена и малкото дете, и която да е насочена към майки в уязвима ситуация.***

В момента функционира Оперативна програма за храни 2014 - 2020, която включва следните дейности (публикувани на сайта на АСП):

- Под формата на индивидуални пакети хранителни продукти подкрепата по програмата се предоставя на лица и семейства, подпомагани по реда на Наредба № РД-07-5 от 2008 г. за условията и реда за отпускане на целеви помощи за отопление. Предоставянето на пакетите на лицата от целевата група се извършва от партньорска организация, която има задължението да транспортира пакетите до домовете на хората, които не могат да се придвижат до пунктовете за раздаване на храни.
- Под формата на топъл обяд, подкрепата по програмата се предоставя на лица и семейства на месечно подпомагане, с доход по-нисък от диференцирания минимален доход; неосигурени, самотно живеещи лица с децата си, подпомагани по Закона за семейни

помощи за деца; самотно живеещи лица, получаващи минимални пенсии /за осигурителен стаж и възраст, за инвалидност, социални и наследствени пенсии/; скитащи и бездомни деца и лица. Партньорски организации за предоставянето на топъл обяд на лицата от целевата група са общини или райони на общини на територията на Република България. Те получават финансиране за времето, в което не са осигурени средства от фонд „Социална закрила“, т.е. от май до септември. Общините, които не са получили финансиране от фонд „Социална закрила“ могат да кандидатстват по оперативната програма за целогодишно осигуряване на топъл обяд на най- бедните.

- Подкрепа по програмата получават и лица и семейства, инцидентно пострадали от бедствия и аварии при форсмажорни обстоятелства, подпомогнати с еднократна помощ по реда на ЗСП. За всяко от тези лица, въз основа на социалната оценка, се установява индивидуалното ниво на материално лишение и се посочва и конкретният вид подкрепа, който да получат от програмата - с индивидуални пакети с храна или под формата на топъл обяд, както и начинът по който се предоставя помощта.

Към АСП е създадена тематична работна група, която разработва Оперативна програма за храни и/или основно материално подпомагане 2021-2027. Тези програми за хранително подпомагане нямат фокус върху бременните жени и малките деца и не включват систематично и продължително обучение и консултиране за пълноценно хранене. Подкрепа за родителите и различни дейности насочени към формиране на родителски умения се предлагат от някои социални услуги като ЦОП, Център за социална рехабилитация и интеграция (ЦСРИ), Център за работа с деца на улицата (ЦРДУ), Общностни центрове и други. Понякога тези услуги включват консултации за здравословно хранене, но никоя от тях не включва подпомагане на семейството с продукти в случаи на бедност. Няма разработени програми, които да включват целенасочени дейности за хранителна подкрепа.

Съществуват също така иновативни социални услуги в отделни общини, касаещи формирането на родителски умения, но поради липсата на национална такава, резултатите от подобна дейност са трудно измерими. Един такъв пример е община Кнежа, която чрез проект „Осигуряване на интегрирани социални услуги за деца и родители от уязвими групи в община Кнежа“, създава местна мрежа за социална подкрепа и формиране на родителски умения сред уязвими социални групи. Те работят за създаване на връзка дете – родител, повишаване на самочувствието и увереността на родителите и разширяване на подкрепата. Услугата е насочена към бъдещи родители, родители на деца от 0 до 3, родители от уязвими групи, които не полагат адекватна грижа за децата си и ги излагат на риск. В дейностите им обаче отново няма компонент, свързан с хранителна подкрепа. Други примери за програми за подкрепа на родители за Семейно-консултативните центрове на УНИЦЕФ, къщите „Сигурен старт“, финансирани от фондация „Лале“ програмите на фондация „Здраве и социално развитие“ в гр. София и гр. Кюстендил и др.

Няма обаче услуга, която да съчетава програмите за подкрепа на родителството с програма за регулярна хранителна подкрепа. Има нужда от надграждане на съществуващите услуги за РДР с фокус изграждане на родителски умения с хранителен компонент така, че семейството да получи интегрирана и цялостна услуга, включително подкрепа с хранителни продукти.

РУМЪНИЯ

Идентифициран проблем

Практиката е идентифицирана посредством кабинетно проучване. „Спасете децата“ започва работа си в Румъния в отговор на идентифицирания проблем с високата детска смъртност. В страната е идентифициран най-високия процент детска смъртност в Европейския съюз (10,1 смъртни случая от 1000 новородени).

В тази връзка през 2010 г. организацията „Спасете децата“ стартира програмата „Всяко дете има значение“ за намаляване на детската смъртност и подобряване на живота на бебето на възраст 0-5 години. Тази програма е част от Спасете децата Международната глобална кампания Every one, проведена в 62 държави, в партньорство с правителства, международни организации и гражданско общество, подкрепяни от бизнеса.²⁰⁸

Програмата „Социално включване чрез осигуряване на интегрираните услуги на общностно ниво“ е разработена от УНИЦЕФ с цел да се осигури адекватен отговор на социалните предизвикателства настъпили в националния социално-икономическия контекст от 2013 г. Сериозно засегнати от икономическата криза са много семейства, което довежда до повишени нива на бедност. Повече от 40% от цялото население на Румъния и 49% от детското население е изложено на риск от бедност и социално изключване (EUROSTAT, 2015). Един от основните предизвикателства за уязвимите групи е достъпът до здравеопазване, образование, социална защита и услуги²⁰⁹.

Заинтересовани страни

Основните заинтересовани страни са:

- Министерство на здравето
- Министерство на образованието
- МТСП
- Местните власти

Политическо решение

През последните години ранното детско развитие получава по специално внимание от румънското правителство в резултат на приоритизирането му от Европейския съюз и на глобално ниво. По отношение на храненето Румъния работи заедно с УНИЦЕФ за подкрепа на кърменето и стандартизиране на родилните отделения съгласно насоките на УНИЦЕФ и СЗО за болници „приятел на бебето“. В изпълнение на Стратегията за премахване на болестите предизвикани от недостиг на йод, децата получат добавки през здравната грижа в определен за това възрастов

²⁰⁸ Children left behind, (2011), Save the children Romania, retrieved from: http://www.childrenleftbehind.eu/wp-content/uploads/2011/06/SCR_description.pdf

²⁰⁹ UNICEF Romania, (2019), Mid-Term Review of the ‘Social Inclusion through the Provision of Integrated Services at Community Level’ Model, retrieved from: <https://www.unicef.org/romania/reports/review-social-inclusion-through-provision-integrated-services-community-level-model>

период²¹⁰. В търсене на решение на проблемите за социалното изключване и бедността, високото детска смъртност правителството работи с много местни и международни организации, НПО.

В резултат Министерствата на образованието, труда и социалната политика и здравето се ангажират в изпълнението на проект „Социално включване чрез предоставяне на интегрирани услуги на местно ниво“ инициран от УНИЦЕФ. В рамките на проекта се развива модел за интегрирани услуги в общността в областта Бакау/ Васау.

Политическият контекст, който подпомага развитието на практики в областта на ранното детство е свързан с подготовката на Стратегия за родителстването, за която правителството получава подкрепа от УНИЦЕФ и Спасете децата. В последния ѝ вариант от 2018 г., все още се дебатира да се развие национална програма за изграждане на родителски умения във всички области на детското развитие и по-конкретно що се отнася до деца в предучилищна възраст.²¹¹ Националната програма за реформи 2018 г. също включва някои елементи на РДР, макар и да не разглежда ранното детско развитие цялостно и по-скоро акцентира върху достъпа до образователни услуги. Националната стратегия за социалното включване 2015 – 2020 г. на ромите подчертава като успешно решение за доближаване до множествените форми на изключване, които засягат целите семейства, развитието на интервенциите предоставени от общностните организации с акцент върху превенцията.²¹²

Подход

Основните идентифицирани подходи при предлагането на услугите, които имат интегриран характер са:

- Холистичен подход към детското развитие с акцент върху здравето на майките и децата
- Семейно центриран поход
- Междусекторно сътрудничество

Законодателство

Не е идентифицирано специфично законодателство. В последните години се подготвят и дискутират нормативни уредби за междусекторното сътрудничество, които все още не са финализирани.

Основните закони, които се отнасят към областта на интегрираните услуги за деца 0 до 3 години са:

- Закон за защита правата на децата, 2004 г.
- ЗЗД
- ЗЗ

Страната е разработила и следните стратегически документи:

- Национална стратегия за защита и насърчаване на правата на децата 2014-2020 г.

²¹⁰ World Bank Group, (2019), Romania Early childhood development, Saber country report 2019, retrieved from: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33370/SABER-Early-Childhood-Development-Country-Report-Romania-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²¹¹ World Bank Group, (2019), Romania Early childhood development, Saber country report 2019, retrieved from: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33370/SABER-Early-Childhood-Development-Country-Report-Romania-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²¹² Government of Romania, (2015), Strategy of the Government of Romania for the inclusion of the Romanian citizens belonging to Roma minority for 2015-2020, retrieved from: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/roma_romania_strategy2_en.pdf

- Национална стратегия за намаляване на преждевременното напускане на училище 2014-2020 г.
- Националната здравна стратегия 2014-2020 г.
- Националната стратегия за социално включване и намаляване на бедността 2015-2020 г.
- Стратегията за укрепване на публичната администрация 2014-2020 г.
- Стратегия за интеграция на ромите 2015 – 2020 г.

Финансиращи механизми

Проектно финансиране от Спасете децата и УНИЦЕФ

Услуги и програми

Подкрепата, която Спасете децата предоставя на семействата, се осъществява със средства на организацията от 2010 г. За периода 2016 - 2019 програмата обхваща 59 окръга. В рамките на периода 6 000 майки, 7 500 деца от 0 до 5 години и 1 500 бременни са получили подкрепа. Тази подкрепа е свързана с:

- Социално-медицинска подкрепа, която улеснява достъпа до здравни услуги, семейно планиране и детски грижи
- Информирание на бременни жени и майки за важността на кърменето, ваксинацията, правилното хранене и хигиена
- Информационни сесии сред бременни непълнолетни за по-добро разбиране на причините за майчината и новородената смъртност и начините, по които могат да се избегнат абортите и нежеланата бременност
- Социално-правни съвети за получаване на документи за самоличност или работа за техните деца или други членове на семейството
- Посредничество при издаване на документи самоличност, което ограничаваше достъпа им до всички други права, включително записване при семейния лекар
- Посредничество на семействата при ползването на здравни и социални услуги в общността
- Превантивен компонент чрез предоставяне на информация и обучение на бременни и майки на деца до 5 години относно здравословното хранене
- Интервенционен компонент чрез предоставяне на хранителни добавки за бременни и малки деца в регионите, в които работи организацията (обикновено това са отдалечени райони, в които живеят маргинализирани общности)²¹³
- Осигуряване на транспорт за деца до семейни лекари или специалисти, а за бременни жени до пренатални прегледи и за майки до медицински служби

Проектът, иницииран от УНИЦЕФ, се осъществява в 48 отдалечени и не облагодетелствани и маргинализирани общности в област Бакау, един от най-бедните райони и с най-висок брой ромско население в страната. Проектът търси решение на социалното изключване на деца поради бедността, в която живеят, и ограничения достъп до здравни, образователни и социални услуги. В рамките на проекта в област Бакау иницииран от УНИЦЕФ, екип от медицински сестри, социални работници учители, училищен медиатор осигуряват минимални индивидуални пакети за всяко дете на местата на развитие на програмата. Децата от 0 до 3 години и техните родители получават

²¹³ <https://www.salvaticopiii.ro/ce-facem/sanatate/reducerea-mortalitatii-infantile>

подкрепа, чрез консултиране от медицинските сестри и социални работници за отглеждането на децата, включително съвети за храненето.²¹⁴

Мониторинг и оценка

Проектът на “Спасете децата” Румъния, изпълняван от 2016 до 2019 г. има само вътрешен мониторинг на резултатите от проекта си. Междинната оценката на програмата на УНИЦЕФ показва, че проактивния подход центриран към на нуждите на уязвимите групи допринася за доброто им опознаване и разработване на дизайн на услугите. В същото време подпомагането на бенефициенти чрез услуги на терен и в общността е спомогнало за повишаване доверието в местните власти, повишаване на тяхното ниво на информираност и осведоменост за техните права и като последица им е допринесло за справяне с предизвикателствата, които те срещат²¹⁵.

Проектът въвежда система AURORA за наблюдение, разработена от УНИЦЕФ, която внедрява цялостен софтуер по време на пилотния проект в окръг Бакау. Достъп до платформата имат специалисти от общността, използващи мобилни устройства. Системата осигурява както картографиране на общностите/отделните случаи на деца, но също така и проследяване от страна на система на деца, улеснява актуализациите в реално време за всеки отделен случай, въз основа на предоставените услуги според уязвимостта или нуждата на детето. Системата позволява развитието на политики и разработване на застъпнически дейности от страна на гражданския сектор, както и да се проследява развитието на конкретен случай в реално време²¹⁶.

Обобщение

Проучването на практики в тази област се характеризира с трудността да бъде идентифицирана интегрирана услуга, която да включва грижа, обучение и хранене и да е резултат от държавна политика в областта на РДР. Тази ситуация вероятно е свързана с по-високия стандарт на живот на по-голяма част на населението в страните от Европейския съюз.

Включването на опита на Румъния, представен чрез проектната дейност на 2 международни хуманитарни организации²¹⁷, е свързано, както със спомената по-горе трудност за идентифициране на интегриран модел на услуги за РДР в проучваните страни, така и с илюстриране на възможни решения на проблемите на уязвими групи деца и техните семейства, които изискват съвместни и еднопосочни усилия на недържавните организации.

Анализът показва, че в страни като Румъния например, където има голям дял уязвими ромски семейства, продължават да работят големи хуманитарни организации като УНИЦЕФ и “Спасете децата”/Save the children, които създават успешни модели на интегрирани услуги за деца от уязвими ромски общности и оказват въздействие върху техния живот.

Реализацията на проект “Всяко дете има значение” на “Спасете децата” и постигането на резултатите за конкретни целеви групи не би могъл да се реализира без действията на УНИЦЕФ

²¹⁴ UNICEF/Romania/Reports/The minimum package of services leaflet, (2017), retrieved from:

<https://www.unicef.org/romania/ro/rapoarte/bro%C8%99ur%C4%83-pachetul-minim-de-servicii-sociale>

²¹⁵ UNICEF/Romania/Reports/Review of The Social Inclusion through the Provision of Integrated Services at Community Level Model, Mid-term Review, (2019), retrieved from: <https://www.unicef.org/romania/reports/review-social-inclusion-through-provision-integrated-services-community-level-model>

²¹⁶ UNICEF Annual report 2017 Romania, retrieved from:

https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Romania_2017_COAR.pdf

²¹⁷ Проект „Социално включване чрез предоставяне на интегрирани услуги на местно ниво“ инициран от УНИЦЕФ; Проект „Всяко дете има значение“, Save the children, Румъния

Румъния, която чрез иницирането на тригодишна програма за социално включване създава рамката за минимален пакет за интегрирани услуги на местно ниво в определен район в страната. Прилагането на подобни програми в България е възможно в рамките на развитието на услуги за РДР с интегриран характер, насочени към развитие както на родителски умения, така и реална помощ чрез продукти.

5.4.2. КЛЮЧОВ ПРИОРИТЕТ 2: Достъп до услуги за здравословно хранене на децата, живеещи в бедни райони

БЪЛГАРИЯ

Основни политики и законодателство свързани с достъп до услуги за здравословно хранене на деца, живеещи в бедни райони

Осигуряването на разнообразна и качествена храна в периода на хранене и след това при храненето на бебето и малкото дете е от ключово значение за ранното детско развитие. Според „Национално проучване на храненето на кърмачета и малки деца до 5-годишна възраст и отглеждането им в семейството“ при 91,6 % от децата от 6-12 месеца има нисък прием на желязо и при 82,2 % висок прием на натрий. Според същото проучване, при групата на децата от ромски произход анемията е с тежка степен на значение за общественото здраве. Достъпът до качествена храна, приготвена по съвременни рецептурни книги е един силен инструмент за промяна в това отношение.

Причините за непълноценното хранене са разнообразни, като сред тях са битовите условия, бедността, липсата на информация и умения, както и следване на традиционни модели на хранене сред уязвими общности. Най-честата причина, която се свързва с непълноценното хранене на децата е бедността и липсата на средства за закупуване на подходяща за възрастта им храна. По данни на НСИ през 2019 г. 27.5% от децата на възраст 0 - 17 години в България са изложени на риск от бедност, или с 0.9 процентни пункта повече спрямо 2018 г. 17% от децата на възраст от 0-5 години живеят в бедност, за възрастта от 6-11г. този процент е почти 19, а за децата от 12-17 години вече надминава 20%.

В същото време данните по отношение на дял на бедните по типове домакинства сочат, че домакинства с двама възрастни с три и повече зависими деца са най-застрашени от бедност, като относителният дял на бедните сред тях е 62.3%. Това е индиректен показател, че в семействата с повече деца пълноценното хранене на децата е проблематично по финансови причини. От друга страна данните на НСИ по отношение на материалните лишения в домакинствата показват, че ограниченията на лицата, свързани със задоволяване на определени нужди и потребности, се различават в зависимост от етническата принадлежност.

Сред ромите най-висок е процентът на лицата, които не могат да си позволят консумация на месо, пиле или риба всеки втори ден - 68.0%. По отношение на храненето на децата данните сочат, че близо 58% от децата в ромска общност не получават пресни плодове и зеленчуци веднъж дневно по финансови причини, а 52 % не получават едно хранене включващо месо, пиле, риба (или вегетарианския им еквивалент) поне веднъж дневно, отново поради липса на средства.²¹⁸

²¹⁸ НСИ, Индикатори за бедност и социално включване през 2019 година, достъпен на: https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/SILC2019_ARTRFBK.pdf

Изпълнение на основни политики и законодателство свързани с достъп до услуги за здравословно хранене на деца, живеещи в бедни райони

На общинско ниво съществува услугата „Детска кухня“ (ДК), която предлага пълноценен обяд на деца от 10 месечна възраст до навършване на 3 години. В повечето градове тази услуга я има в една или друга форма и се цени високо от майките, които я използват. Храната се заплаща от родителите, цените са различни в различните общини. Ограниченията на ДК са свързани с достъпа, цената и липсата на обучителен елемент. Пунктове за ДК на практика няма в отдалечените ромски квартали, както и по селата с някои изключения. Добри практики в това отношение на изградените пунктове в кв. Факултета и кв. Филиповци, гр. София. Цената на купоните е препятствие пред най-бедните семейства, а и обикновено има условия за включването (да се предоставят 30 бурканчета и 60 капачки), които също затрудняват бедните и социално изолирани семейства.

УНГАРИЯ

Идентифициран проблем

Практиката е идентифицирана чрез кабинетно проучване. Тя е тематична за разглежданото направление, но има частичен фокус върху децата в ранна възраст 0- 3 г., което е ограничение. То произтича от трудността да се идентифицира практика, която директно да е насочена към групата деца от 0-3 г. от уязвими семейства.

Проблемът с храненето на децата в Унгария има няколко измерения. На първо място, той е свързан с нивата на детска бедност, идентифицирани в различни проучвания. През 2015 г. детската бедност е 24,6%, а бедността сред населението е 14,06 %. Като се има предвид, че голяма част от родителите остават извън пазара на труда и материалните решения, комбинирани с ниски доходи, 41,4 % от децата в Унгария живеят в бедност и социално изключване.²¹⁹ Тези групи деца са съсредоточени в бедни райони на страната.

На следващо място по повод храненето са налични данни от Националния доклад за Унгария, цитирани в проучване на ЕК по повод предварително изследване относно Детска гаранция за деца, живеещи в семейства в риск. В него се посочва, че в някои от страните членки малък процент от ромските деца гладуват (Чехия и Унгария). Например, въпреки че в Унгария този процент не е висок, данните показват, че децата в ромски семейства до 11 г. възраст, които гладуват, са 2,5 пъти повече в сравнение с данните за цялото население на деца до 11 г. възраст.²²⁰

Системата за обучение и грижи в ранна детска възраст в страната е двусекторна. Първият етап от тази система осигурява грижа за деца от 0-3 годишна възраст (детска ясла), а вторият етап - от 3-годишна възраст до възрастта на училище (детска градина, ниво ISCED 020). Институционалната система в двете области се управлява от Министерството на човешките ресурси, но различните държавни институции споделят нейната отговорност.

²¹⁹ Bauer, Z., Husz, I., & Szontágh, É. (2015). Handling Long-standing Inequalities with Short-term Projects: Some Results and Challenges of the Implementation of the "Give Kids a Chance" Programme. SZOCIOLÓGIAI SZEMLE, 25(4), 5-29., retrieved from : https://www.researchgate.net/publication/301547505_Handling_Long-standing_Inequalities_with_Short-term_Projects_Some_Results_and_Challenges_of_the_Implementation_of_the_Give_Kids_a_Chance_Programme

²²⁰ European Commission, (2019), Feasibility Study for a Child Guarantee. Children's Voices: Learning and Conclusions from our consultations with children, retrieved from: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1428&langId=en>

Детските ясли са под контрола на Държавния секретариат по въпросите на семейството и младежта, докато детските градини са под контрола на образователния сектор (Държавен секретариат на образованието).²²¹

Заинтересовани страни

Основните заинтересовани страни за въвеждане на политика за здравословно хранене са:

- На национално ниво, това са Министерство на човешките ресурси с двата секретариата по образование и семейство и младежта
- На местно ниво е местната власт, която се ангажира с реализирането на национална програма за безплатна храна за деца от уязвими общности
- Семейства с деца в ранна възраст от уязвими общности

Политическо решение

Националната стратегия на Унгария „Нека децата имат по-добър живот“ за периода 2011 - 2020 г.²²² е създадена с цел борба с детската бедност, развитие на възможности за децата в период от 25 години за намаляване на идентифицирания процент на бедност на децата и техните семейства; елиминиране на крайните форми на бедност и социално изключване и крайна бедност; реформа в оторизираните институции, които са отговорни.

Един от инструментите за борба с детската бедност са услугите за РДР. Децата, живеещи в семейства с най-малко 3 деца, получават безплатна храна в яслите и детските градини. Програмата е наречена „Мляко в детската градина“ и предоставя 0,25 л. млечни продукти четири пъти в седмицата за всяко дете в риск. Между 2010 и 2018 г. програмата за безплатна храна се разширява за деца до 6 г. възраст. През 2015 г. като пилотни програми безплатното хранене включва и училищните ваканции за деца от уязвими общности и 142 000 деца се възползват от тази програма. От 2016 г. тази програма вече е задължителна за местната власт. Като резултат яслите и детските градини позволяват 80 % от децата да получат безплатно хранене.²²³ Няма данни за това колко деца от уязвими групи, в това число и ромски общности, са се възползвали от програмата.

В допълнение, не е идентифицирана програма за подкрепа на здравословното хранене на бременните жени от уязвими общности.

Подход

Подходът е системен в степента, в която безплатното хранене се разглежда като елемент от ранното учене и развитие и подкрепя посещението на детска градина и ясла, както и усилието на семейството да осигури ефективна грижа, добро хранене и учене. Налице е интегриран подход, защото образователни услуги се допълват от инструменти за здраве и хранене. В същото време не е налична информация, че услугата прави връзка и учене за развитие на родителски умения.

²²¹ European Commission/EACEA National Policies Platform/Eurydice/Early Childhood Education and Care, (2020), retrieved from: https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/early-childhood-education-and-care-35_en

²²² Albert, F., Sörös, I., (2015), Peer Review: Children First – pilot local consultation platforms on child poverty, Hungary, retrieved from: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=13452&langId=en>

²²³ European Commission/EACEA National Policies Platform/Eurydice/Early Childhood Education and Care, (2020), retrieved from: https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/early-childhood-education-and-care-35_en

Законодателство

Функционирането на програмата за хранене в детските градини и училищата е обект на регулация от общото законодателство на страната в областта на образованието и конкретно в областта на финансирането във връзка с осигуряването на финансови ресурси.²²⁴ Проучването не идентифицира законодателство, което да осигурява изпълнението на програма насочена към здравословното хранене на бременни жени от уязвими общности.

Финансиращи механизми

Между 30 и 40 процента от финансирането на ясли и детски градини е от централното правителство, 10 процента от таксите на родителите, които са намалени или отменени изцяло за тези с ниски доходи, а останалото се покрива от местната власт.²²⁵

За семейства, получаващи социални помощи за закрила на детето, храненето на децата е безплатно.

Услуги и програми

Програмата за безплатно хранене се прилага в детските ясли и детските градини. Услугите се предоставят на местно ниво. Те са в обхвата на Министерството на човешките ресурси.

Голям брой деца могат да се хранят безплатно: живеещите в семейства с поне три деца получават храна в детските ясли и детските градини безплатно; така наречената програма „мляко за детска градина“ осигурява 0,25 л. млечни продукти четири пъти седмично на всяко дете; предоставянето на безплатно хранене по време на училищните почивки става задължително за местните общини от 2016 г.²²⁶ Останалите семейства заплащат храната на намалена цена.

Програмата за безплатно хранене се прилага в детските ясли и детските градини. Услугите се предоставят на местно ниво. Те са в обхвата на Министерството на човешките ресурси.

Голям брой деца могат да се хранят безплатно: живеещите в семейства с поне три деца получават храна в детските ясли и детските градини безплатно; така наречената програма „мляко за детска градина“ осигурява 0,25 л. млечни продукти четири пъти седмично на всяко дете; предоставянето на безплатно хранене по време на училищните почивки става задължително за местните общини от 2016 г. Останалите семейства заплащат храната на намалена цена.

В проучването не е идентифицирана програма в Унгария или другите страни, която да осигурява здравословното хранене на бременните жени от уязвими общности, което дава основания да се смята, че това е проблем за държави със сходен на България социално-икономически ход на развитие. Липсата на този тип таргетирана услуга поставя въпроса за необходимостта от неотложна реформа на европейско и национално ниво в страните, която да доведе до развитието на местни програми в подкрепа на храненето на бременни жени от уязвими общности и неблагоприятни райони.

²²⁴ 21/2017. (IV. 26.) FM decree on the regulation of the kindergarten and school milk scheme, retrieved from: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1700021.FM&searchUrl=%2Fgyorskereso%3Fkeyword%3DK%25C3%2596Z%25C3%2589TKEZTET%25C3%2589S&fbclid=IwAR0mutY1b9eno9CQGUY-TkaLclxmO7UTJIGqqrduv7b0M7kQG0LG3cRzsCU>

²²⁵ Early childhood education and care in Hungary: challenges and recent developments. International Journal of Child Care and Education Policy, 2(2), 43-52.

²²⁶ European Commission, (2019), Feasibility Study for a Child Guarantee. Children's Voices: Learning and Conclusions from our consultations with children, retrieved from: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1428&langId=en>

По отношение на деца до 3 години извън образователната система проучването показва, че в някои центровете “Сигурен старт” има курсове за здравословно хранене на майките. В същото време няма информация за обхвата и ефекта от тези програми върху семействата, които участват в тях.

Мониторинг и оценка

Политиката се споменава във връзка с преценка на ефективността в доклад от изследване на политики по повод Националния доклад за Унгария, цитирани в проучване на ЕК във връзка с предварително изследване относно Детска гаранция за деца живеещи в семейства в риск.²²⁷

Мониторинг на осъществяването на програмата се реализира по повод полученото европейско финансиране.²²⁸

Обобщение

Услугите за здравословно хранене в Унгария са включени в настоящото проучване, защото са идентифицирани като практика в подкрепа на храненето за деца в ранна възраст. Една от препоръките е подобни програми да бъдат адаптирани и към българския контекст с оглед осигуряване на здравословно хранене на децата.

²²⁷ Ibid

²²⁸ European Commission, The EU school fruit, vegetables and milk scheme, Annual Monitoring Report, (2020), retrieved from: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/food-farming-fisheries/key_policies/documents/hu-school-scheme-monitoring-report_2018_2019_en.pdf?fbclid=IwAR3ByLOedltqqrSFugaXO5FFfRs_qI13Og_QrNE2g7gB_MDZ0LDDaNG_Y_w

6 Развити модели за пълноценна грижа за деца до 3-годишна възраст в европейски държави

ТАБЛИЦА 5 УСПЕШНИ ПРАКТИКИ В РАЗВИТИ ДЪРЖАВИ

Област	Швеция	Нидерландия	УК&Ирландия
Достъп до здравни услуги на деца на възраст до 3 години, бременната жена и майка“	<p>Oral Health Outreach</p> <p>Тази програма се състои в услуги за 2-5-годишни деца и техните родители. Децата и родителите посещават център за индивидуални диетични съвети и инструкции за поддържане на здравето в устната кухина, включително миене на зъбите. Родителите са инструктирани да мият зъбите на детето си с флуорирана паста за зъби два пъти дневно. Програмата функционира като допълнение към местната обществена стоматологична служба, така че децата да получават нормални превантивни и възстановителни мерки според индивидуалните им нужди.</p>	<p>VoorZorg е програма за домашно посещение в Холандия, която е адаптирана за холандския здравен контекст от програмата Nurse Family Partnership (NFP) в САЩ (Olds et al. 1986). Тя е предназначена да помага на млади бременни жени с нисък социално-икономически статус за намаляване на рисковите фактори за развитието на плода и детето, както и намаляване на риска от малтретиране на деца. Програмата се състои от приблизително 10 домашни посещения от 60-90 минути, предоставени на бъдещите майки по време на бременността, 20 посещения през първата и 20 посещения през втората година от живота на детето. Домашните посещения се извършват от специално обучени и сертифицирани от програмата медицински сестри.</p>	<p>Програмата за орално здравно образование (Oral Health Education Program) във Великобритания се опитва да намали честотата на кариеса при деца чрез по-добра диета и устна хигиена. На майките се дава информация и консултации в продължение на поне 15 минути у дома на всеки 3 месеца през първите 2 години и два пъти годишно през третата година. Това образование се предоставя чрез домашни посещения, започвайки в или скоро след времето на никнене на първите млечни зъби. Фокусът върху диетата и хигиената на устната кухина варира сред лечебните групи и съветите се състоят главно в това да се предложи заместване на бутилка с купичка за хранене, миене на зъбите на детето два пъти на ден с флуоридна паста и редовно посещение на зъболекар. Целевата група са семейства с ниски доходи.</p>

	<p>Програмата за индивидуално развитие и оценка на новороденото (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Programme, NIDCAP) предлага индивидуализиран и възпитателен подход за грижи за бебета от отделенията за интензивно лечение на новородени и детските ясли. Това е основан на взаимоотношения, семейно-ориентиран подход, който промотира идеята, че кърмачетата и техните семейства са сътрудници в разработването на индивидуализирана програма за подкрепа, за да увеличат максимално физическия, психическия и емоционалния растеж и здраве и да подобрят дългосрочните резултати за недоносени и новородени с висок медицински риск.</p>	<p>Програма за индивидуално развитие и оценка на новороденото (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Programme, NIDCAP)</p>	<p>Програмата за индивидуално развитие и оценка на новороденото (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Programme, NIDCAP)</p>
		<p>Консултации от акушерки за отказване от тютюнопушене</p> <p>Тази програма за отказване от тютюнопушене е достъпна за бременни жени – пушачки в две провинции на Холандия. Акушерките са обучени как да</p>	

		<p>подхождат към въпроса за тютюнопушенето и отказването от тютюнопушене със своите клиенти. Такъв подход може да бъде адаптиран и приложен за разнообразни проблеми.</p>	
<p>Услуги в подкрепа на ранното учене и полагане на отзивчиви грижи за детето</p>			<p>Community Mothers (Майки в общността)</p> <p>Програмата е насочена към хора, които стават родители за първи път, живеещи в райони в неравностойно положение и е насочена към оказване на подкрепа и насърчаване на тези родители чрез домашни посещения от „майки в общността“.</p> <p>Тя се фокусира върху насърчаването на родителския капацитет и овластяването на тези родители, поспециално чрез развиване на родителските умения и повишаване на самочувствието им. Някои от използваните методи включват насърчаване на потенциала на родителите чрез поведенчески подход, при който родителите се насърчават да стимулират, кърмят и поощряват децата си, както и да гарантират тяхната безопасност.</p>

		<p>Програмата използва също визуални материали, за да предизвика дискусии относно здравословни и подходящи за развитието начини за справяне с различни предизвикателства при отглеждането на детето.</p> <p>Майките в общността са доброволци, които за първи път са идентифицирани от местните медицински сестри. Това обучение се фокусира върху здравеопазването, подобряването на храненето и цялостното развитие на детето. Работата на майките в общността се състои в наблюдение между пет и петнадесет семейства по време на месечни посещения в дома през първата година от живота на детето</p>
		<p>Програмата за родителство в New Forest (Великобритания) предлага обучение за родители на деца под 3-годишна възраст, проявяващи симптоми на Хиперкинетично разстройство с нарушение на вниманието (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD). Програмата се състои от 8-седмични двучасови, индивидуални обучения</p>

			вкъщи за родители, за да научат за ADHD и как да управляват поведението на детето си. Половината от сесиите са за родителя и детето заедно, а останалите са само за родителя.
	<p>Theraplay е интерактивна, насочваща, краткосрочна, развиваща игрова терапия, която подчертава участието на родителите чрез структурирана, базирана на привързаност игра, ръководено предизвикателство, социална ангажираност, игриво регулиране на афекта и високи нива на възпитание. Theraplay разчита на четири интерактивни принципа: структура зададена от терапевта, социална ангажираност и регулиране, възпитание и безопасност и контролирани предизвикателства.</p>	Theraplay.	Theraplay
	<p>Програмата за обучение на родители в общността (Community Parent Education Programme, COPE; Cunningham, 2005) е образователна програма за родители на деца с поведенчески проблеми и различни диагнози като хиперактивност, невнимание и/или проблеми с</p>		<p>Схема за грижи и образование в ранна детска възраст (Early Childhood Care and Education Scheme, ECCE) in Ireland</p> <p>Схемата ECCE предоставя безплатни грижи и образование в ранна детска възраст в Република Ирландия. Целта на програмата е да е полезна за децата</p>

	<p>поведението. COPE има за цел да помогне на родителите да развият умения, които ще им позволят да се справят по позитивен начин с трудно поведение и да подобрят комуникацията и отношенията си с децата си. Програмата се състои от групови сесии от 15 до 25 родители. Провеждат се десет сесии, по една седмично, които са с продължителност един час. Лидерите на COPE използват четения, видеокасети, демонстрации, проекти за домашна работа, упражнения за малки групи и упражнения за големи групи, за да помогнат на родителите да развият умения за решаване на проблеми и родителска увереност.</p>		<p>в ключов период от тяхното развитие, като им се предоставя безплатна предучилищна година преди да започнат начално училище.</p>
<p>Сигурна и безопасна среда за детското развитие</p>	<p>Невероятните години (Incredible years) е набор от три цялостни, многостранни учебни програми за родители, учители и деца, базирани на развитието. Програмата е предназначена за насърчаване на емоционална и социална компетентност и за предотвратяване, намаляване и лечение на агресия и</p>	<p>Достъп на недокументирани емигранти до здравна помощ. В Холандия емигрантите без документи имат достъп освен до спешна помощ и до първична, вторична и третична здравна помощ. Холандия, както и Дания и Швеция, са ратифицирали международните договори за</p>	<p>Програмата Triple P ²³³ за положително родителство е една от най-ефективните програми, основани на доказателства, подкрепена от повече от 35 години текущи изследвания, прилагана в повече от 25 страни в цял свят. Тя е създадена да изгради умения на родителите, така че те да могат да отглеждат уверени,</p>

²³³ Triple P Positive Parenting Program/What we do, retrieved from: <https://www.triplep.uk.net/uken/what-we-do/>

	<p>емоционални проблеми при малки деца на възраст от 0 до 12 години. Има подпрограма за бебета от 0 до 2 години. Във всяка програма има основна част, която цели превенция и друга - надграждаща, която се отнася за деца с установен риск в развитието²²⁹. Програмата е създадена в Америка и, освен в Швеция, се прилага в много други страни. Нейното практическо прилагане е обект на мониторинг и оценка, която показва висока ефективност на програмата²³⁰.</p> <p>Програмата Incredible Years също е препоръчана от МВР в Обединеното кралство като една от доказаните интервенции на централните Сигурен старт - препоръчителна програма за семейства с деца под пет години²³¹</p>	<p>правата на човека, които включват право на достъп до здравни услуги.²³² Холандската здравна система изисква от всички жители да закупват здравна застраховка. Емигрантите без лични документи също трябва да заплатят здравните услуги, но ако не могат да си го позволят, лечението се заплаща от специален фонд на 80 – 100 %, като при бременност и раждане, плащането е 100%.</p>	<p>здравни, щастливи деца и тийнейджъри, по-силни семейни отношения и да създават защитна, безопасна среда за своите семейства. Triple P дава на родителите практични стратегии, които те могат да адаптират според собствените си ценности, убеждения и нужди. Програмата обхваща различни възрасти, има специализирана част за деца с проблеми в здравето, деца с увреждания. Програмата позволява различни форми на провеждане. Националните програми, каквато е тази в Обединеното кралство, подкрепя общностите, които искат да я развият с обучение и консултации. Онлайн платформа на Triple P UK, ASRA (приложение за автоматично оценяване и отчитане) позволява на всеки доставчик на програмата да наблюдава и измерва напредъка на семейството и да предоставя ценна</p>
--	---	---	--

²²⁹ The Incredible Years, Parents, teachers and children training series/About, retrieved from: <http://www.incredibleyears.com/about/incredible-years-series/>

²³⁰ Stattin, H., Enebrink, P., Özdemir, M., & Giannotta, F. (2015). A national evaluation of parenting programs in Sweden: the short-term effects using an RCT effectiveness design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1069, retrieved from: [https://www.hempsykologi.se/uploads/editor/2017/07/12/Nationella_jamforelsestudien_\(Komet_3-11\).pdf](https://www.hempsykologi.se/uploads/editor/2017/07/12/Nationella_jamforelsestudien_(Komet_3-11).pdf)

²³¹ The Incredible Years, Parents, teachers and children training series/For researchers, retrieved from: <http://www.incredibleyears.com/about/incredible-years-series/>

²³² Biswas, D., Toebes, B., Hjern, A., Ascher, H., Norredam, M., (2012), Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: A comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands, retrieved from: <https://www.hhrjournal.org/2013/08/access-to-health-care-for-undocumented-migrants-from-a-human-rights-perspective-a-comparative-study-of-denmark-sweden-and-the-netherlands/?fbclid=IwAR0DNwr-34eZbnLFJCu6qAYalrqlqgZVutsp5g4alOz7qv24kblEqSZOofA>

			обратна връзка на родителите и да приспособява изпълнението на техните програми, включително препратки към други услуги, ако е необходимо.
		USA	UK
Услуги в подкрепа на пълноценното хранене на бременните жени, кърмачките и малките деца, живеещи под прага на бедността		<p>В допълнение към проучваните страни в Европа е идентифицирана практика на хранителна програма в САЩ</p> <p>WIC (women, infants, children) е специалната допълнителна хранителна програма за жени, кърмачета и деца в САЩ. Тя осигурява на бременни жени, млади майки, бебета и деца с хранителни проблеми, обучение по хранене и подобрен достъп до здравни грижи, за да се предотвратят здравни проблеми по време на бременност, кърмачеството и ранно детство, които са свързани с храненето. Федералната програма за хранене е широко призната като важна защита и начин за подобряване на здравето и храненето на майките и децата с ниски доходи. Нейното реализиране е свързано с идентифицирани</p>	<p>“Здравословен старт“ е правителствена схема за подобряване на здравето на бременни жени с ниски доходи и семейства с малки деца до 4 години. Тя предоставя възможност на здравни специалисти и други, работещи с бременни жени и семейства, да предлагат насърчение, информация и съвети по въпроси като здравословно хранене, кърмене и приемането на витамини. Програмата се популяризира още по време на бременността и в родилните отделения, където се предоставя информацията. Според проучванията, жените, които са насочвани към програмата от здравен специалист, който обяснява ползите за здравето, са по-склонни да я приемат като важна за здравето на детето им, отколкото като финансова придобивка</p>

		<p>проблеми в резултат на лошо хранене, бедност и храни, които имат вредно въздействие върху здравето и благосъстоянието на бебетата, децата и майките в краткосрочен и дългосрочен план²³⁴. В резултат на изследване, документиращо ефективността на WIC, Конгресът на САЩ осигурява достатъчно финансиране от 1997 г. насам, за да гарантира, че WIC може да обслужва всички бременни жени, бебета и малки деца с ниски доходи, които кандидатстват²³⁵.</p>	<p>С ваучерите, които се предоставят от схемата, на всяка четвърта седмица бременната или майката могат да закупят от определени места основни продукти, като мляко, плодове и др., които са важни за здравето. На всеки 8 месеца могат да закупят и витамини. Страницата на схемата предлага информация за важни етапи от храненето на детето.²³⁶</p>
--	--	---	---

²³⁴ Food research and action center/Supplemental Nutrition Assistance Program, retrieved from: <https://frac.org/programs/supplemental-nutrition-assistance-program-snap>

²³⁵ Center on Budget and Policy Priorities, (2017), WIC Works: Addressing the Nutrition and Health Needs of Low-Income Families for 40 Years, retrieved from: <https://www.cbpp.org/research/food-assistance/wic-works-addressing-the-nutrition-and-health-needs-of-low-income-families>

²³⁶ Healthy Start/Home/For health professionals/Your role, retrieved from: <https://www.healthystart.nhs.uk/for-health-professionals/your-role/>

7 Обобщения

Анализът на политиките и решенията, свързани с осигуряване на пълноценна грижа за деца в ранна възраст, показва наличие на редица фактори, които оказват влияние върху процесите на идентификация, развитие на политики и планиране на мерки и услуги.

Сред тези фактори са: социално-икономическото развитие на държавите, наличие на уязвими групи и ниво на развитие на здравните, образователни и социални системи в съответните държави. Влияние оказват и европейските политики, проучвания и приоритети, както и международните организации (УНИЦЕФ, СЗО), техните приоритети и програми и инструменти за влияние.

Анализът показва, че проблемите на децата и майките от уязвими групи рядко се идентифицират като самостоятелни. По-често те се разглеждат като част от по-големи глобални проблеми като майчиното и детско здраве, ранното учене и развитие, достъпа до услуги. В този смисъл решенията, които се идентифицират и практиките по развитие на политики и услуги, са по-скоро част от общите реформи, свързани със социално включване, подкрепа за закрила на децата, отколкото самостоятелни теми, така че и услугите, в резултат на тези решения, имат по-скоро интегриран характер. Практиките не съществуват по отделно, а са свързани помежду си, т.е. услугите, които се предоставят в различните сектори, имат допълващ характер и предоставят осигуряването на достъп чрез информиране, консултиране, подкрепа за административни въпроси и др. В таблицата по-долу е представена обобщена информация по области на анализ.

Таблица 6 **ОБОБЩЕНИЕ ПО ОБЛАСТИ НА АНАЛИЗ**

Идентифициран проблем в политиките	<ul style="list-style-type: none">В повечето държави проблемите в политиките се идентифицират на национално ниво, като част от анализи при планирането на политики и потребности на различни групи от населението.Често такива проблеми се идентифицират и с участието на НПО, както местни така и международни. Обикновено тези проблеми са комплексни, т.е. засягат цялостно населението и цели сектори, като не се фокусират върху уязвими групи или върху деца в ранна възраст.
Заинтересовани страни	<ul style="list-style-type: none">При проучване на практиките са идентифицирани широка група от заинтересовани страни, както държавни институции, така и НПО.Участието на уязвимите семейства с деца в ранна възраст в процеса на правене на политики и услуги се осигурява от НПО.
Политическо решение	<ul style="list-style-type: none">Политическите решения във всички практики са свързани с разработване на национални стратегически документи, планове за развитие, програми или споразумения за сътрудничество с международни организации.Решенията обикновено касаят промени в цял сектор или на положението на уязвими групи като цяло, но рядко са свързани конкретно децата в ранна възраст.
Подход	<ul style="list-style-type: none">Подходите, които се използват за развитие в практиката на решенията, са семейно-ориентирани и общностни

	<ul style="list-style-type: none"> • Налице са и подходи, центрирани около децата и техните права, но се срещат в по-малка степен и са основно свързани с ранното учене. • Повечето мерки и услуги имат интегриран характер.
Законодателство	<ul style="list-style-type: none"> • По отношение на промяна в законодателството се наблюдава, че предимно общото законодателство отразява промените, свързани с потребностите на уязвими групи. • Прави впечатление, че в редица от изследваните практики, са налице директно фокусирани стратегически и нормативни документи към конкретните идентифицирани проблеми. Пример в това отношение е Естония, в която има разработена стратегия за позитивно родителство, която макар и да не е все още приложена в практиката, дава основание за бъдещо фокусиране на усилията. • Законът за задължителното здравно осигуряване на Хърватия определя заплащането изцяло на мониторинга и наблюдението на бременността и раждането. Подобен е случаят и с Естония, където еднаквото третиране на бременните жени без осигуровки е уредено с промяна в Закона за здравно осигуряване от 2009 г. Усилието в Македония за разработване на самостоятелен закон за патронажната дейност (който е готов, но поради политическите промени не е приет) също е пример в тази посока. Във втора област на застъпничество („Услуги в подкрепа на ранното учене и полагане на отзивчиви грижи за детето“), трябва да се отбележи примерът на Унгария, която през 2013 г. включва програмата „Сигурен старт“ в законодателството си.
Финансиращи механизми	<ul style="list-style-type: none"> • Идентифицираното финансиране на практиките е два типа - държавно и проектно, като при последните се наблюдава известна неустойчивост, свързана с лимитирания период на проектно изпълнение. • Финансирането на голяма част от добрите практики в първа област на застъпничество („Достъп до здравни услуги за деца на възраст до 3 г., бременната жена и майка“) се осъществява от местните здравноосигурителни фондове на съответната страна. Такъв е случаят с Хърватия и Естония, където фондовете за здравно осигуряване покриват 100% от здравните услуги за бременните жени. В Унгария финансирането на програма „Сигурен старт“ започва през европейските фондове, но постепенно то се поема от държавата. Страната е добър пример и по отношение на модела на финансиране на програмата „Мляко в детската градина“, където всички заинтересовани страни са включени - между 30 и 40 процента от финансирането на ясли и детски градини е от централното правителство, 10 процента от таксите на родителите, които са намалени или отменени изцяло за тези с ниски доходи, а останалото се покрива от местната власт.
Услуги и програми	<p>Въпреки че са идентифицирани разнообразни услуги и програми, те имат общи характеристики като:</p> <ul style="list-style-type: none"> • свързани са с работа с цялото семейство или с майките на децата

	<ul style="list-style-type: none">• по-голямата част от програмите се предоставят в общността, в дома на семействата или в общностен център• развиват родителските умения и подкрепят ранното детско развитие и учене през родителите• по-често се предоставят в индивидуални форми, но има и групови форми на предоставяне• по-голямата част имат както здравни, така и социални и образователни компоненти и трудно се присъединяват само към една област на подкрепа• имат гъвкав характер и различни компоненти, предоставят се за групи с различни проблеми (липса на здравно осигуряване и регистрация, липса на достъп до услуги, ранно учене и развитие и др.)• имат междусекторен и интегриран характер, особено предлаганите под формата на домашни посещения, включващи хранителни компоненти и дейности за ранно учене и подкрепа на родителите
Мониторинг и оценка	<p>По - голямата част от програмите имат собствени системи за мониторинг, но нямат система за оценка, която да даде доказателства за успешността на определена политика и практика.</p> <p>Тези програми, които са част от международни практики или са проектно финансирани, имат анализи и оценки в рамките на проектите.</p>

8 Приложения

Приложение 1 Списък на прегледаните документи

Статии, доклади и оценки

[1] Healthcare in Estonia 2020. Документът е достъпен на: <https://www.settleinestonia.ee/wp-content/uploads/Healthcare-in-Estonia-2020.pdf>

11th annual report of the republic of Slovenia on the application of the European code of social security. Документът е достъпен на: <https://rm.coe.int/16806cd48f>

Adina Stiftelsen Foundation/Home. Документът е достъпен на: <http://www.fundatia-adina.ro/granturi-see-2009-2014>

Albert, F., Sörös, I., (2015), Peer Review: Children First – pilot local consultation platforms on child poverty, Hungary. Документът е достъпен на: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=13452&langId=en>

Bairska Svetlina, (2017), Lobbying and advocating for easier access for Roma organizations to EU Funds, Документът е достъпен на: <http://bairskasvetlina.mk/projects/?lang=e>

Balkan Insight, (2018), Serbia's Stateless Roma Struggle for Visibility. Документът е достъпен на: <https://balkaninsight.com/2018/01/12/serbia-s-stateless-roma-struggle-for-visibility-01-09-2018/>

Bauer, Z., Husz, I., & Szontágh, É. (2015). Handling Long-standing Inequalities with Short-term Projects: Some Results and Challenges of the Implementation of the "Give Kids a Chance" Programme. SZOCIOLÓGIAI SZEMLE, 25(4), 5-29. Документът е достъпен на: https://www.researchgate.net/publication/301547505_Handling_Long-standing_Inequalities_with_Short-term_Projects_Some_Results_and_Challenges_of_the_Implementation_of_the_Give_Kids_a_Chance_Programme

Biswas, D., Toebes, B., Hjern, A., Ascher, H., Norredam, M., (2012), Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: A comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands. Документът е достъпен на: <https://www.hhrjournal.org/2013/08/access-to-health-care-for-undocumented-migrants-from-a-human-rights-perspective-a-comparative-study-of-denmark-sweden-and-the-netherlands/?fbclid=IwARODNwr-34eZbnLFJCu6qAYalrqlqzVutsp5g4aIOz7qv24kbIEqSZOOfA>

Center on Budget and Policy Priorities, (2017), WIC Works: Addressing the Nutrition and Health Needs of Low-Income Families for 40 Years. Документът е достъпен на: <https://www.cbpp.org/research/food-assistance/wic-works-addressing-the-nutrition-and-health-needs-of-low-income-families>

Children and school children health care services, Health care center Velenje, Slovenia, National Institute of Public Health, (2015), Prevention in primary paediatric care – Slovenia. Документът е достъпен на: https://www.ecpcp.eu/fileadmin/pdf_doc_ppt/Prague2015/Slovenia_Seher_Zupancic

Children left behind, (2011), Save the children Romania. Документът е достъпен на: http://www.childrenleftbehind.eu/wp-content/uploads/2011/06/SCR_description.pdf

Curatio International Foundation, (2019), Multi-Country Evaluation of the Universal Progressive Home Visiting for Young Children Well-being and Development in the Europe and Central Asia Region (ECAR) in the period of 2014-2018, North Macedonia Country Case Study. Документът е достъпен на: https://www.unicef.org/evaldatabase/index_103859.html

Curatio International Foundation, (2019), Multi-Country Evaluation of the Universal Progressive Home Visiting for Young Children Well-being and Development in the Europe and Central Asia Region (ECAR) in the period of 2014-2018, Serbia Country Case Study Final Report. Документът е достъпен на: https://www.unicef.org/evaldatabase/files/FINAL_Serbia_Country_Report.pdf

Daniel, S., Trikić, Z., Cortellesi G., and Kernan, M. (2018) What Works Guide: ECEC Play Hubs - a first step towards integration, Leiden: TOY for Inclusion. Документът е достъпен на: <https://icdi.nl/media/uploads/downloads/what-works-guide-final-web-version.pdf>

Džakula, A., Pavić, A., Lonč, K., Sekelj-Kauzlaric, K., (2014) Croatia Health system review., Документът е достъпен на: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/252533/HiT-Croatia.pdf

Early childhood education and care in Hungary: challenges and recent developments. International Journal of Child Care and Education Policy, 2(2), 43-52.

EECERA University of Thessaloniki, (2019), Evaluating the Impact of TOY to Share, Play to Care. Документът е достъпен на: http://www.toyproject.net/wp-content/uploads/2019/08/EECERA-2019_TOY4Incl-impact-evaluation.pdf?fbclid=IwAR1MYh-rrbG9OPPq-YAqyqDiVr8pJzj5Y25hyR9yDZzqoDRX16rjC3p2Jbl

E-Estonia/Healthcare. Документът е достъпен на: <https://e-estonia.com/solutions/healthcare/e-health-record/>

Empowering Children Foundation/Home/What we do. Документът е достъпен на: <https://fdds.pl/robimy/wspieramy-rodzicow/>

ENS, (2020), European Network on Statelessness submission to inform the European Commission 2020 Enlargement Package: progress towards addressing statelessness in Enlargement countries. Документът е достъпен на: <https://www.statelessness.eu/sites/www.statelessness.eu/files/attachments/resources/ENS%20Submission%20DG%20NEAR%20Enlargement%20Jan%202020.pdf>

ENS, (2020), European Network on Statelessness submission to inform the European Commission 2020 Enlargement Package: progress towards addressing statelessness in Enlargement countries. Документът е достъпен на: <https://www.statelessness.eu/sites/www.statelessness.eu/files/attachments/resources/ENS%20Submission%20DG%20NEAR%20Enlargement%20Jan%202020.pdf>

ENS, (2020), European Network on Statelessness submission to inform the European Commission 2020 Enlargement Package: progress towards addressing statelessness in Enlargement countries. Документът е достъпен на: <https://www.statelessness.eu/sites/www.statelessness.eu/files/attachments/resources/ENS%20Submission%20DG%20NEAR%20Enlargement%20Jan%202020.pdf>

Estonian Government Information and E-services/Home/Health and Care/Health and Medical Care/Medical Care. Документът е достъпен на: <https://www.eesti.ee/en/health-and-care/health-and-medical-care/medical-care/>

Estonian Health Insurance Fund/Home/For people/ Having a child & child health. Документът е достъпен на: <https://www.haigekassa.ee/en/people/having-child-child-health>

Estonian Health Insurance Fund/Home/For people/Health Insurance. Документът е достъпен на: <https://www.haigekassa.ee/en/people/health-insurance>

European Agency for Special Needs and Inclusive Education (2019), TOY for Inclusion Play Hubs: a non-formal, inclusive, community-based Early Childhood Education and Care (ECEC) model for disadvantaged young children, especially from migrant and minority groups in Europe, retrieved from: <https://www.inclusive-education-in-action.org/case-study/toy-inclusion-play-hubs-non-formal-inclusive-community-based-early-childhood-education>

European Commission, (2010), Hungary 2010 Peer Review: Promoting social inclusion of children in a disadvantaged rural environment – the micro-region of Szécsény, Документът е достъпен на: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8017&langId=en>

European Commission, (2019), Feasibility Study for a Child Guarantee. Children’s Voices: Learning and Conclusions from our consultations with children, retrieved from: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1428&langId=en>

European Commission, (2019), Feasibility Study for a Child Guarantee. Children’s Voices: Learning and Conclusions from our consultations with children. Документът е достъпен на: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1428&langId=en>

European Commission, (2019), Feasibility Study for a Child Guarantee. Children’s Voices: Learning and Conclusions from our consultations with children. Документът е достъпен на: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1428&langId=en>

European Commission, The EU school fruit, vegetables and milk scheme, Annual Monitoring Report, (2020). Документът е достъпен на: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/food-farming-fisheries/key_policies/documents/hu-school-scheme-monitoring-report_2018_2019_en.pdf?fbclid=IwAR3ByLOedltqqrSFuqaXO5FFfRs_qI13Og_QrNE2g7gB_MDZOLDDaNG_Y_w

European Commission/EACEA National Policies Platform/Eurydice/Early Childhood Education and Care, (2020). Документът е достъпен на: https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/early-childhood-education-and-care-35_en

European Commission/Employment, Social Affairs & Inclusion/Practices that work/Evidence based practices/Home-Start. Документът е достъпен на: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1251&langId=en&reviewId=203#chapter_9

European Network of Statelessness, (2012), Finally an Important Step towards the Solution for the Legally Invisible and Persons at Risk of Statelessness in Serbia. Документът е достъпен на: <https://www.statelessness.eu/blog/finally-important-step-towards-solution-legally-invisible-and-persons-risk-statelessness-serbia>

European Network of Statelessness, (2012), No Birth Registration, No Nationality, No Documents, No Rights. Документът е достъпен на: <https://www.statelessness.eu/blog/no-birth-registration-no-nationality-no-documents-no-rights>

European network on statelessness, (2020), North Macedonia takes important first step towards ending statelessness. Документът е достъпен на: <https://www.statelessness.eu/blog/north-macedonia-takes-important-first-step-towards-ending-statelessness>

European Public Health Alliance, (2019), Benefitting children, parents and community: the Sure Start Programme in Hungary. Документът е достъпен на: <https://epha.org/benefitting-children-parents-and-community-the-sure-start-programme-in-hungary/>

European Roma Rights Centre (2018), List of issues by the European Roma rights Centre concerning Macedonia, For Consideration by the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women at the Pre-Sessional Working Group of the 71 Session. Документът е достъпен на: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/MKD/INT_CEDAW_NGO_MKD_30451_E.pdf?fbclid=IwAR0XLdQyU-PKvT5bCMzuT_sC3sZl7nBeezXyzRgBmzwS8T7YWuwX0PbtcfY

Food research and action center/Supplemental Nutrition Assistance Program. Документът е достъпен на: <https://frac.org/programs/supplemental-nutrition-assistance-program-snap>

Frazer, H., & Marlier, E. (2017). Thematic Report on Progress across Europe in the Implementation of the 2013 EU Recommendation on Investing in Children: Breaking the Cycle of Disadvantage. A study of national policies. European Social Policy Network (ESPN) Hungary, Europäische Kommission, Brüssel. Документът е достъпен на: https://www.researchgate.net/publication/319506016_ESPN_Thematic_Report_on_Progress_in_the_implementation_of_the_2013_EU_Recommendation_on_Investing_in_children_Breaking_the_cycle_of_disadvantage_Hungary

Get active and enjoy your health. Документът е достъпен на: <https://www.skupajazdravje.si/>

Government of Romania, (2015), Strategy of the Government of Romania for the inclusion of the Romanian citizens belonging to Roma minority for 2015-2020. Документът е достъпен на: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/roma_romania_strategy2_en.pdf

Government of Serbia, (2016), The Strategy of social inclusion of Roma for the period from 2016 to 2025, Документът е достъпен на: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1251&langId=en&reviewId=239https://www.ljudskaprava.gov.rs/sites/default/files/dokument_file/national_strategy_for_roma_inclusion_2016-2025.pdf

Government of the Republic of Croatia, (2012), National Roma inclusion strategy from 2013 to 2020. Документът е достъпен на: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/roma_croatia_strategy_en.pdf

Government of the Republic of Croatia, Ministry of health of the Republic of Croatia, (2012), National Health Care Strategy 2012-2020 Croatia. Документът е достъпен на: <https://www.mindbank.info/item/2077>

Health Promotion Center/Home. Документът е достъпен на: <https://zd-zalec.si/ckz/>

Healthy Start/Home/For health professionals/Your role. Документът е достъпен на: <https://www.healthystart.nhs.uk/for-health-professionals/your-role/>

Home Start Czech Republic/Partners. Документът е достъпен на: <https://www.hostcz.org/index.php/podporili-nas>

Home Start Hungary/Home/Generations Between Each Other - Voluntary Local Communities in the Service of Families. Документът е достъпен на:

https://otthonsegitunk.hu/efop/generaciok_egymas_kozott_efop13516201600594/

Home Start Hungary/Home/What are we doing. Документът е достъпен на:

https://otthonsegitunk.hu/mit_csinalunk/

Home Start Netherlands/About Home Start. Документът е достъпен на: <https://www.home-start.nl/over-home-start>

Home Start Worldwide/Home. Документът е достъпен на:

<https://homestartworldwide.org/research/>

Home-Start Czech Republic/Who we help, Документът е достъпен на:

<https://www.hostcz.org/index.php/prace-s-rodinou/komu-pomahame>

International Child Development Initiatives, (2019), TOY for Inclusion – phase 2. Документът е достъпен на: <https://icdi.nl/projects/toy-for-inclusion-phase-2>

International Child Development Initiatives/Who we are. Документът е достъпен на:

<https://icdi.nl/who-we-are>

International Step by Step Association/Home. Документът е достъпен на: <https://www.issa.nl/>

Lai, T., Habicht, T., Kahur, K., Reinap, M., Kiivet, R., & van Ginneken, E. (2013). Estonia: Health system review. Документът е достъпен на:

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/377417/hit-estonia-eng.pdf, p. 59

Medical Definition of Prenatal care. Документът е достъпен на:

https://www.medicinenet.com/prenatal_care/definition.htm

Ministry of Health of the Republic of Slovenia, (2014), Health care system in Slovenia. Документът е достъпен на:

https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Programos_ir_projektai/Norvegijos_parama/Slovenija_PPT/1_%20PRESENTATION%20OF%20HEALTH%20SYSTEM.pdf

Ministry of Human capacities, (2015), Funding doubles for Sure Start Children’s Homes. Документът е достъпен на: <https://www.kormany.hu/en/ministry-of-human-resources/news/funding-doubles-for-sure-start-children-s-homes>

Ministry of labor and social affairs North Macedonia. Документът е достъпен на:

<http://www.mtsp.gov.mk/>

Ministry of Social Affairs, (2008), National Health Plan 2009-2020. Документът е достъпен на:

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/Aruanded/rta_2009-2020_2012_eng.pdf

Ministry of Social Affairs, (2011) Strategy of Children and Families 2012–2020. Документът е

достъпен на: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/lpa_fulltxt_eng_83a4_nobleed.pdf

Ministry of Social Affairs, (2011) Strategy of Children and Families 2012–2020. Документът е

достъпен на: https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Lapsed_ja_pered/lpa_fulltxt_eng_83a4_nobleed.pdf

Minority Rights Group, (2018), Roma in the Republic of Macedonia: Challenges and Inequalities in Housing, Education and Health. Документът е достъпен на:

<https://minorityrights.org/publications/roma-in-the-republic-of-macedonia-challenges-and-inequalities-in-housing-education-and-health/>

National Institute of Public Health, (2016), Towards Better Health and Reducing Inequalities in Health.

Документът е достъпен на: <https://www.norwaygrants.si/2009-2014/en/projects/programme-nor-fm-projects/skupaj-za-zdravje/>

National Institute of Public Health, Towards Better Health and Reducing Inequalities in Health.

Документът е достъпен на: <https://eeagrants.org/archive/2009-2014/projects/SI05-0002>

National set of policy measures for Roma integration in Estonia, (2011). Документът е достъпен на:

https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/roma_estonia_strategy_en.pdf

National Social Inclusion Strategy 2011-2020: Extreme poverty, child poverty, Roma, Updated National Social Inclusion Strategy (2014). Документът е достъпен на:

https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/assessment_implementation_hungary_national_strategy_2015_en.pdf

O'Loughlin, M. & O'Loughlin, S. (2008). Social Work with Children and Families, Second Edition, Learning Matters Ltd, London

OECD, (2017), State of Health in the EU, Slovenia, Country Health Profile 2017. Документът е

достъпен на: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/355996/Health-Profile-Slovenia-Eng.pdf?ua=1

OECD, (2019), State of Health in the EU, Estonia, Country Health Profile 2019. Документът е достъпен

на: <http://www.oecd.org/publications/estonia-country-health-profile-2019-0b94102e-en.htm>

Open Society Foundations, (2020), Community Play Hubs: a cost assessment. Документът е достъпен

на: <https://reyn.eu/wp-content/uploads/2020/07/Cost-Assessment-TOY4Incl.pdf>

Petr, C., (2003). Social work with children and their families, Pragmatic foundations, Second edition, Oxford University Press, Inc., New York

Petrič, K., Brinovec, R., & Zakotnik, J. (2018), Health promotion centres in Slovenia: Integrating

population and individual services to reduce health inequalities at community level. Документът е достъпен на: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/377428/hss-ncd-policy-brief-slovenia-eng.pdf?ua=1

Postpartum period. Документът е достъпен на: https://en.wikipedia.org/wiki/Postpartum_period

Praxis Serbia/Home. Документът е достъпен на: <https://www.praxis.org.rs/index.php/en/>

Pregledi u trudnoći. Документът е достъпен на: <https://gov.hr/moja-uprava/zdravlje/zdravlje-djece-i-majki/pregledi-u-trudnoci/473>

Report of Various Sizes (FRANET), (2014), EU mapping of child protection systems. Документът е достъпен на:

<https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/EU%20mapping%20of%20child%20protection%20systems.pdf>

Republic of Croatia, Information for a report on good practices and challenges in the application of a human rights-based approach to the elimination of preventable maternal mortality and morbidity, including through the utilization of the technical guidance, (2018). Документът е достъпен на: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/FollowUp2018/Croatia.pdf>

Resolution on the National Health Care Plan 2016–2025, Together for a Healthy Society. Документът е достъпен на: [https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/125979#!/Resolucija-o-nacionalnem-planu-zdravstvenega-varstva-2016-2025-Skupaj-za-druzbo-zdravja-\(ReNPZV16-25\)](https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/125979#!/Resolucija-o-nacionalnem-planu-zdravstvenega-varstva-2016-2025-Skupaj-za-druzbo-zdravja-(ReNPZV16-25))

Results for development, (2019), Empowered Parenting in Serbia: A look at investing in Roma parents and their children. Policy brief. Документът е достъпен на: https://www.r4d.org/wp-content/uploads/v3_SFTS_PolicyBrief.pdf

Rollins NC, Bhandari N, Hajebehoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387(10017):491–504. Charpak N, Tessier R, Ruiz JG, et al. Twenty-year follow-up of kangaroo mother care versus traditional care. Pediatrics. 2017;139(1).

Romani Early Years Network, (2020), Why are municipalities supporting Toy for Inclusion Play Hubs? Документът е достъпен на: https://reyn.eu/why-are-municipalities-supporting-toy-for-inclusion-play-hubs/?fbclid=IwAR0XLdQyU-PKvT5bCMzuT_sC3sZJ7nBeezXyzRgBmzwsS8T7YWuwX0PbtcfY

Romani Early Years Network/Home. Документът е достъпен на: <https://reyn.eu/>

Rules on preventive health care at the primary level, (Official Gazette, No. 19/1998, No. 31, 25.3.2005). Документът е достъпен на: https://www.ecpcp.eu/fileadmin/pdf_doc_ppt/Prague2015/Slovenia_Seher_Zupancic_Prevention_in_primary_paediatrics_-SLOVENIA_nov2015.pptx

Schreyer, I., Oberhuemer, P., (2017), Hungary, Key Contextual Data. Документът е достъпен на: http://www.seepro.eu/English/pdfs/HUNGARY_Key_Data.pdf

Stattin, H., Enebrink, P., Özdemir, M., & Giannotta, F. (2015). A national evaluation of parenting programs in Sweden: the short-term effects using an RCT effectiveness design. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83(6), 1069. Документът е достъпен на: [https://www.hempsykologi.se/uploads/editor/2017/07/12/Nationella_jamforelsestudien_\(Komet_3-11\).pdf](https://www.hempsykologi.se/uploads/editor/2017/07/12/Nationella_jamforelsestudien_(Komet_3-11).pdf)

The Hungarian district nurse service as an internationally unique, traditional service system. Документът е достъпен на: <http://www.hungarikum.hu/en/content/hungarian-district-nurse-service-internationally-unique-traditional-service-system>

The Incredible Years, Parents, teachers and children training series/About. Документът е достъпен на: <http://www.incredibleyears.com/about/incredible-years-series/>

The World Bank, 2019, Parenting Support: Key Transformational Instrument of Child and Human Development Policies. Trends in EU Countries and Discussion on Parenting Policies in Bulgaria. Документът е достъпен на: <http://documents.worldbank.org/curated/en/774941565358466716/Parenting-Support-Key-Transformational-Instrument-of-Child-and-Human-Development-Policies-Trends-in-EU-Countries-and-Discussion-on-Parenting-Policies-in-Bulgaria>

The World factbook, 2002. Документът е достъпен на: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>

TOY for Inclusion. Документът е достъпен на:

https://www.issa.nl/toy_for_inclusion#:~:text=TOY%20for%20Inclusion%20is%20the,children's%20preparedness%20for%20formal%20education.

Triple P Positive Parenting Program/What we do. Документът е достъпен на:

<https://www.triplep.uk.net/uken/what-we-do/>

UNICEF Annual Report 2012 for Macedonia (The former Yugoslav Republic of), CEE/CIS. Документът е достъпен на: https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Macedonia_FYR_COAR_2012.pdf

UNICEF Annual report 2017 Romania. Документът е достъпен на:

https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Romania_2017_COAR.pdf

UNICEF Croatia, (2010), Parenting in the Best interests of the Child and Support to Parents of the Youngest Children. Документът е достъпен на: <https://www.unicef.hr/wp-content/uploads/2015/09/Parenting-Eng-Jan-2015.pdf>

UNICEF Innocenti, 2007, An overview of child well-being in rich countries. Документът е достъпен на:

https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf, стр. 2

UNICEF Montenegro, Home-visit nurses. Документът е достъпен на:

<https://www.unicef.org/montenegro/en/home-visit-nurses>

UNICEF Romania, (2019), Mid-Term Review of the 'Social Inclusion through the Provision of Integrated Services at Community Level' Model. Документът е достъпен на:

<https://www.unicef.org/romania/reports/review-social-inclusion-through-provision-integrated-services-community-level-model>

UNICEF, World Bank Group, World Health Organization. Nurturing Care for Early Childhood Development: A Framework for Helping Children Survive and Thrive to Transform Health and Human Potential. Документът е достъпен на:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>

UNICEF. The State of the World's Children. 2001. Документът е достъпен на:

<https://www.unicef.org/sowc01/1-4.htm>. Вж. също World Bank. What matters most for Early

Childhood Development: A Framework Paper. January 2013. Документът е достъпен на:

http://wbgfiles.worldbank.org/documents/hdn/ed/saber/supporting_doc/Background/ECD/Framework_SABER-ECD.pdf

UNICEF/Romania/Reports/The minimum package of services leaflet, (2017). Документът е достъпен на: <https://www.unicef.org/romania/ro/rapoarte/bro%C8%99ur%C4%83-pachetul-minim-de-servicii-sociale>

Victora CG, Adair L, Fall C, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet. 2008;371(9609):340–57.

Vončina, L., Arur, A., Dorčić, F., Pezelj-Duliba, D. (2018). Universal Health Coverage in Croatia: Reforms to Revitalize Primary Health Care”. Universal Health Care Coverage Series 29, World Bank Group, Washington, DC. Документът е достъпен на: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/77393151616775654/pdf/Universal-health-coverage-in-Croatia-reforms-to-revitalize-primary-health-care.pdf>

We grow together Parent Support Centre/Our Projects/ PROSPOR - Program for the systematic support to parents of preschool children, especially those in demanding circumstances of parenting. Документът е достъпен на: <https://www.rastimozajedno.hr/o-nama/nasi-projekti/>

What Works Guide. Документът е достъпен на: <http://www.toyproject.net/wp-content/uploads/2019/09/What-Works-Guide-final-web-version.pdf>

Who are Roda. Parents in Action, (2016). Документът е достъпен на: <https://www.roda.hr/>

World Bank Group, (2019), Romania Early childhood development, Saber country report 2019. Документът е достъпен на: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33370/SABER-Early-Childhood-Development-Country-Report-Romania-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization, United Nations Children’s Fund, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, retrieved from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en/

Данни от Eurostat, 2019. Документът е достъпен на: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

Джънкшън България, 2020, Предварително проучване сред заинтересовани страни, участващи в процеса на планиране и изпълнение на програми, политики и дейности в подкрепа на ранното детско развитие

Дисертация на Наталия Михайлова: „Ефективност на работата със семейства на деца, ползващи социални услуги в общността“, ЮЗУ „Неофит Рилски“

Доклад от оценка на проект „Социално включване“, България. Документът е достъпен на https://ieg.worldbankgroup.org/sites/default/files/Data/reports/ppar_bulgariasocialinclusion.pdf#page=38&zoom=100,116,809

ЕК, 2019, Инвестициите в децата — изход от порочния кръг на неравностойното положение. Документът е достъпен на https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/?uri=LEGISSUM:1712_2

Есенните Работилници за родители започнаха. Документът е достъпен на: <https://uni.cf/3l2UfiN>

ЕСТАТ-Джънкшън България, 2012, Доклад от междинна оценка на Национална стратегия за детето 2008 – 2018. Документът е достъпен на: <http://nmd.bg/wp-content/uploads/2009/11/doklad.doc>

Имунизации. Документът е достъпен на: <https://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/imunizacii/>

МЗ, Препоръки за здравословно хранене, 2008. Документът е достъпен на:

<http://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/zdravosloven-nachin-na-zhivot/hranene-i-metabolizm/preporki-za-zdravoslovno-hranene/>

Министерство за труд и социјална политика, (2016), Стратегија за ромите на Република Македонија 2014 – 2020 Национален акционен план за домување 2016 – 2020. Документът е достъпен на:

http://www.mtsp.gov.mk/content/pdf/dekada/28.7_NAP%20domuvanje%202016.pdf?fbclid=IwAR1ZV0c0kYbcLCHlkzVWwihAjOV4jVr7p0KfBvkTCg6ExS5HneRoPwfpWVvk

НСИ, 2019, Данни за брой детски ясли и места в тях, Документът е достъпен на:

<https://www.nsi.bg/bg/content/3342/%D0%B4%D0%B5%D1%82%D1%81%D0%BA%D0%B8-%D1%8F%D1%81%D0%BB%D0%B8>

НСИ, Индикатори за бедност и социално включване през 2019 година. Документът е достъпен на: https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/SILC2019_ARTRFBK.pdf

ОИСП, State of Health in the EU България Здравен профил на страната 2019 г. Документът е достъпен на:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_bulgaria_bulgarian.pdf

Проведе се третата експертна среща по ваксинапрофилактика. Документът е достъпен на:

<https://prakticheska-pediatria.net/2017/02/27/3-expert-meeting-vaccine/>

Проект „Социално включване чрез предоставяне на интегрирани услуги на местно ниво“ инициран от УНИЦЕФ; Проект „Всяко дете има значение“, Save the children, Румъния

Ранното детско развитие в България. Документът е достъпен на: <https://bit.ly/3pKGLvD>

Ранното детско развитие: състояние, политики, практики, насоки. Анализ на данни за ранното детско развитие в България. Документът е достъпен на: https://www.detebg.org/wp-content/uploads/2018/10/Analiz_na_danni_za_ranno_detsko_razvitie_FZND_2018.pdf

Ромите и ЕС. Документът е достъпен на: https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/combating-discrimination/roma-and-eu_en

Ръководство за сигурно родителстване. Документът е достъпен на:

https://www.detebg.org/data/files/Standarti_nova_versia_final.pdf

Световен указател на малцинствата и коренното население. Документът е достъпен на:

<https://minorityrights.org/directory/>

ТСА, Начална Страница/Какво правим/Програмни области/Първите 1000 дни. Документът е достъпен на: <http://socialachievement.org/bg/kakvo-pravim/programni-oblasti/pyrvite-1000-dni/>

УНИЦЕФ започва кампания за ранно детско развитие под мотото „Грижа, любов, игра за всяко дете“. Документът е достъпен на: <https://uni.cf/3eLxQUx>

Услуги за ранно детско развитие от раждането до 3-годишна възраст. Документът е достъпен на:

<https://www.issa.nl/sites/default/files/pdf/Publications/quality/3-6->

[Early_Childhood_Services_for_Children_from_Birth_to_Three_Years_Old.pdf](https://www.issa.nl/sites/default/files/pdf/Publications/quality/3-6-Early_Childhood_Services_for_Children_from_Birth_to_Three_Years_Old.pdf)

Нормативни документи

21/2017. (IV. 26.) FM decree on the regulation of the kindergarten and school milk scheme.

Документът е достъпен на:

<https://net.iogtar.hu/jogszabaly?docid=A1700021.FM&searchUrl=%2Fgyorskereso%3Fkeyword%3DK%25C3%2596Z%25C3%2589TKEZTET%25C3%2589S&fbclid=IwAR0mutY1b9eno9CQGUY-TkaLclxmO7UTJlGqqrduv7b0M7kQG0LG3cRzsCU>

Compulsory Health Insurance Act, (2013). Документът е достъпен на: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_06_80_1666.html

Health Care Act, (2018). Документът е достъпен на: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_100_1929.html

Health Insurance Act, adopted in 2002. Документът е достъпен на: <https://www.riigiteataja.ee/akt/113032019136>

Закон за закрила на детето, Документът е достъпен на: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134925825>

Закон за здравето, в сила от 2005 г., изм. 2020г. Документът е достъпен на: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135489147>

Закон за здравното осигуряване, в сила от 1999 г., изм. и доп. 2020г., Документът е достъпен на: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134412800>

Закон за насърчаване на заетостта, в сила от 2002 г., изм. 2020г., достъпен на: <https://lex.bg/laws/ldoc/-12262909>

Закон за социалните услуги, чл. 3, ал. 1. Документът е достъпен на: <https://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/2137191914>

Закон за социално подпомагане, в сила от 1999 г., изм. 2020г. Документът е достъпен на: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2134405633>

Здравната каса отпуска повече безплатни прегледи за бременни жени. Документът е достъпен на: <https://nmd.bg/zdravnata-kasa-otpuska-povetche-bezplatni-pregledi-za-bremenni-zheni/>

Конституция на Република България, в сила от 1991 г., изм. и доп. 2015г. Документът е достъпен на: <https://www.parliament.bg/bg/const>

Методика за предоставяне на социалната услуга ЦОП, 2018, Документът е достъпен на: <https://asp.government.bg/bg/deynosti/sotsialni-uslugi/metodiki-i-metodicheski-ukazaniya>

Правилник за прилагане на закона за социално подпомагане, Допълнителни разпоредби, пар. 1, т. 2. Документът е достъпен на: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/-13038592>

Национални стратегически документи

Национален рамков договор за медицинските дейности за 2020 – 2022. Документът е достъпен на: <https://www.nhif.bg/page/2054>

Национална здравна стратегия 2020 г. Документът е достъпен на: https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2016/09/12/nzs_2020.pdf

Национална здравна стратегия, приета 2013 г. Документът е достъпен на: <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=989>

Национална мрежа за децата, Бележник 2020, достъпен на <https://bit.ly/3kUoRTn>

Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве (2014 – 2020). Документът е достъпен на: <https://ncpha.government.bg/bg/2019-02-19-23-15-35/2014-2021>

Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012 – 2020). Документът е достъпен на: <https://www.president.bg/docs/1352306523.pdf>

Приложение 2 Въпросници за самостоятелно попълване и дълбочинни интервюта

1. Country

.....

2. Organisation

.....

3. Position

.....

4. Thinking about Early Childhood Education and Development, is there an identified policy gap in your country in the area of: (more than one answer is possible)

- Access to healthcare services of children aged to 3, pregnant women and mothers
- Services in support of opportunities for early learning and responsive caregiving
- Access to services in support of secure and safe environments for children's development
- ECD services in support of adequate nutrition of the pregnant women, breastfeeding women and young children, living below the poverty line

5. Please, indicate one or two areas, in which there is a policy solution applied in your country?

- Access to prenatal care of uninsured pregnant women, living in poverty
- Healthcare for newborns through home visits by the General Practitioners and/or paediatricians
- Home visiting national programs in support of responsive caregiving during the first 1 000 days of the child's development
- Services in support of early learning of children aged to three
- Access to health and other public services of undocumented pregnant women and mothers of children up to age three
- Community-based services in support of positive parenting in poor environment
- Integrated model of ECD services and nutrition programs for vulnerable families with young children, living below the poverty line
- Access to services for healthy nutrition of children, living in deprived areas

6. Please, indicate what is the evidence-based policy solution in the area(s) of your choice, providing a website link to it, if possible.

.....
.....

Please answer the next questions, regarding one evidence-based practice you have chosen and indicated in q. 3.

7. Is there a special legislation regarding this issue or is it treated by the common legislation?

- Special legislation, please specify -.....
- Common legislation, please specify.....

8. Who are the main stakeholders involved? (More than one answer)

- National authorities
- Local authorities/municipalities
- Families/close relatives
- Local community
- Specialists working with the children and families
- Other, please specify.....

9. What is the target group of this policy solution?

.....

10. What are the services that support the policy solution?

.....

11. How effective is the policy solution? Please, use the scale from 1 to 5, where 1 means “Not effective at all” and 5 – “Very effective”.

12. What is the scope of this solution? (One answer)

- International program, applied in the country
- Nation-wide
- Regional
- Local (municipality level)

13. In your view, what are the approaches applied, e.g. family-oriented, individual, child-centred, etc.?

.....

14. What are the financing mechanisms? (One answer)

- National budget
- Project based financing

- Charity/donorship
- Other

15. Is there a monitoring and evaluation system of the specific policy?

- Yes
- No
- I don't know

16. If yes, what is the monitoring and evaluation system?

.....

THANK YOU FOR YOUR PARTICIPATION!



ТРЪСТ ЗА СОЦИАЛНА АЛТЕРНАТИВА

Тръст за социална алтернатива е неправителствена организация, която оказва финансова подкрепа, за да се намали бедността и за да се преодолеят пропуските в образованието и пазарната активност на хората от икономически уязвимите групи. Фокусът е върху ромите, две трети от които живеят в бедност.



„С грижа от 0 до 3“ е проект за подобряване на майчиното и детско здраве сред ромска общност, който се изпълнява от фондация „Тръст за социална алтернатива“ с финансовата подкрепа на фондации „Отворено общество“ и „Портикус“.