



Република България
ИКОНОМИЧЕСКИ
И СОЦИАЛЕН СЪВЕТ

СТ А Н О В И Щ Е

на

ИКОНОМИЧЕСКИЯ И СОЦИАЛЕН СЪВЕТ

по

“Законопроект за изменение и допълнение на Закона за здравето

(№ 754-01-50, внесен от група народни представители)”

(разработено по предложение на председателя на 40-то Народното събрание)

На основание чл. 5, ал. 1 от Закона за Икономическия и социален съвет, с писмо от 31 май 2007г. председателят на 40-ото Народното събрание предложи на Икономическия и социален съвет да разработи Становище по “Законопроект за изменение и допълнение на Закона за здравето”, внесен за обсъждане от д-р Ива Станкова и група народни представители.

След проведени консултации с представители на вносителите на законопроекта, на Министерството на здравеопазването, Министерството на образованието и науката, Министерството на финансите, Националното сдружение на общините в Република България и УНИЦЕФ работна група от по двама представители на всяка от трите групи в ИСС подготви проект на становище.

На 6 юли 2007 г. на основание чл. 33, ал. 6 от Правилника за дейността на Икономическия и социален съвет председателят на ИСС доц. Лалко Дулевски, внесе и представи в Пленарната сесия за обсъждане проекта на Становище. Икономическият и социален съвет одобри настоящото становище.

I. Въведение

Въпросите на здравето осигуряване на населението и на децата в частност са една от основните проблематики в дейността на Икономическия и социален съвет (ИСС). Съветът защитава правото на равни шансове за достъп до качествени здравни услуги и медицинско обслужване на всички граждани на обществото. Проблемът с осигуряването на такива качествени услуги е особено сериозен, когато говорим за здравето на децата. В досегашната си работа Съветът нееднократно е подчертавал нуждата от целенасочена държавна политика за защита правата на децата и нуждата от предприемането на конкретни мерки в тази насока.

В становището си *“Проблеми на демографското развитие и предизвикателства пред демографската политика на България”* Съветът настоява за:

- подобряване отношението към децата и възпитаване в ценностите на съвременното общество;
- гарантиране на физическото и психическото здраве и развитие на интелектуалния капацитет през първите седем години от развитието на децата;
- разработване и прилагане на политики и мерки за борба срещу тютюнопушенето, наркоманиите и социалната изолация;
- въвеждане на задължително сексуално образование от трети - четвърти клас и обучение за семейно планиране и добро родителство от 8-ми клас.

В последното си Становище *“Семейството, доброто родителство и равните възможности между половете”*, ИСС подчерта необходимостта от насърчаване и подпомагане на отговорното родителство и гарантиране подкрепата за децата на държавно ниво чрез: детски надбавки за всяко дете без подоходен тест; осигуряване на достъп на всяко дете до детски градини и ясли; нови социални услуги за отглеждане на деца; равен достъп до здравеопазване; равен достъп до образование и въвеждане в учебните

заведения на целодневно обучение на ученици; насърчаване на талантиливи деца.

II. Здравно състояние на децата

Здравното състояние на децата през последните десет години е свързано с влошаване на неговите показатели, особено по отношение на подрастващите.

С хронични заболявания са 37.2% от децата. Съществуват смущения във формирането на костно-двигателната им система. Сред децата като причина за хоспитализация на първо място през 2005 г. са болестите на дихателната система (37.4%), следвани от инфекциозните и някои паразитни болести (8.3 %). На трето място са травмите и отравянията – 6.1%, и на четвърто – болестите на храносмилателната система (5.4%). В страната се наблюдава завишаване на показателите на общата заразна заболеваемост.

Поведенските фактори (нездрословно хранене, тютюнопушене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол и други) заемат 50% от структурата на рисковите фактори за смъртност. Моделът на хранене на населението, включително на децата и подрастващите, е нездрословен: висока е консумацията на мазнини; недостатъчен е приемът на пресни плодове и зеленчуци през зимата и пролетта; ниска е консумацията на мляко и млечни продукти, риба и други, по-висока е консумацията на сол. Това води до висок относителен дял на учениците със свръхтегло, като най-висок е при децата на 7-10 години (18-19%) и във възрастовата група 10-14 години (20.3% при момчетата, 18.5 % при момичетата). От 5% до 14% от учениците в България имат диагностицирани хронични неинфекциозни заболявания, свързани с храненето; 51% от учениците с диагноза хипертонична болест са със свръхтегло и затластяване.

Физическата активност на подрастващите е ниска. Установено е, че около 80-90% от тях не следват препоръките за умерена физическа активност поне около 1 час дневно.

Въпреки че през последните години детската смъртност в България непрекъснато намалява, тя продължава да е по-висока от тази в европейските страни.

Голямата заболяемост сред учениците изисква съвместните усилия на много специалисти – училищни и лични лекари, фелдшери, медицински сестри, училищни психолози, родители и учители.

III. Състояние и проблеми на училищното здравеопазване

България е една от първите страни в Европа с най-дългогодишни традиции в училищното здравеопазване. В страната съществуват около 3000 здравни кабинета, като в тях се осъществяват дейности по профилактика и промоция на здравето на децата и учениците от лекар, фелдшер или медицинска сестра. В тези кабинети се осигурява и медицинско обслужване на спешните състояния при децата и учениците до пристигането на екип за спешна медицинска помощ.

Със стартирането на здравната реформа грижата за здравето на децата е поверена на личните лекари, като те извършват и профилактичните прегледи и имунизациите. Същевременно медицинските специалисти в детските и училищните здравни кабинети осъществяват съгласно чл. 120, ал. 1 от Закона за здравето следните дейности:

1. медицинско наблюдение;
2. здравно образование и изграждане на здравни навици;
3. оказване на първа медицинска помощ;
4. контрол върху хигиенното състояние на децата;
5. контрол върху хигиенното състояние на помещенията и храната;
6. изготвяне и поддържане на медицинска документация.

По този начин основните дейности по профилактиката, промоцията на здравето и медицинското обслужване на децата са законодателно разграничени между личния лекар и медицинските специалисти в детските и училищни кабинети.

Развитието на тази нова система на детско здравеопазване поражда и някои проблеми, които са констатирани в проведените дискусии и консултации с различните институции и експерти като следва:

- липса на необходимата връзка между медицинските специалисти в училищните здравни кабинети и общопрактикуващите лекари /ОПЛ/. В по-големите училища децата се водят към голям брой ОПЛ /30-40/, което допълнително затруднява този контакт. Поради това не могат да се прилагат ефективно индивидуални мерки към учениците с хронични заболявания;
- много често извършването на профилактични прегледи на децата от ОПЛ е само формално, като не е синхронизиран графикът на провеждане на тези прегледи с изискванията за събиране на информация от страна на медицинските специалисти в училищата и детските заведения;
- не е изградена необходимата връзка и взаимоотношения между медицинските специалисти в училищните и детски здравни кабинети, ОПЛ и родителите на децата;
- в редица случаи състоянието и поддръжката на здравните кабинети в училищата и детските заведения не е на необходимото ниво;
- не се използват ефективно възможностите на медицинските специалисти в училищата и детските заведения за осъществяване на надежден контрол на хигиената и здравословното хранене на децата.

В резултат на всичко това анализът на здравния статус на децата и учениците е ненадежден и не осигурява необходимата информация за предприемане на ефективни мерки в областта на профилактиката и промоцията на здравето.

Съществува все още сериозен проблем с професионалната идентичност и ролята на медицинските специалисти в училище от гледна точка на очакванията от страна на родителите. В редица случаи родителите очакват от тези медицински специалисти да извършват профилактични прегледи, имунизации, издаване на медицински бележки, както и лечение на някои медицински симптоми. Причините за това са както липсата на необходимата информираност на родителите, така в определена степен и тяхната неудовлетвореност от функциониращата от началото на здравната реформа система за детско здравеопазване.

Наличието на всички тези проблеми доказва необходимостта от по-нататъшно развитие на законодателната и поднормативна уредба на детското здравеопазване, в т.ч. и тази свързана с училищното здравеопазване.

IV . Предложения по законопроекта

Икономическият и социален съвет има следните предложения по Законопроекта за изменение и допълнение на Закона за здравето, внесен от д-р Ива Станкова и група народни представители,:

- В чл. 120 ал.1, т. 1 да се добави “спешна” след “неотложно необходима”.
- В чл. 120, ал.2 относно изискванията за образователно-квалификационна степен на медицинския персонал да отпадне “специалист”, тъй като според новите разпоредби такава образователна степен не съществува.
- В чл.120 ал.4 видът на договора който лекарите и медицинските специалисти сключват да не се ограничава само до трудов. По-добре е да се определя конкретен бюджет и норматив за обслужване и при осигуряване на достатъчно ефективен контрол да се осигури по-широка възможност за договаряне.
- В чл.120 ал.5 да отпаднат думите “а на откритите в общинските детски градини, училища и домове за деца – със средства от общинските бюджети” и да се заменят с “като делегирана от държавата дейност”.

Същевременно в подзаконовата нормативна уредба да се запази възможността за промяна на минималния норматив за откриване на здравен кабинет, като се отчитат особеностите на конкретните региони, детски заведения и училища.

ИСС счита за изключително важно връзката и взаимодействието между общо практикуващите лекари и медицинските специалисти в здравните кабинети по отношение на грижата за здравето на децата да се регламентира в съответен подзаконов нормативен акт.

В заключение Икономическият и социален съвет подкрепя по принцип законопроекта за изменение и допълнение на Закона на здравето като една необходима стъпка за подобряване на здравното образование, възпитание, профилактика и рехабилитация на здравето на децата. Съветът обаче счита, че предвижданите законови изменения могат да осигурят очаквания резултат, само ако се реализира по-нататъшна стъпка за необходимото съгласуване между цялата законова и поднормативна уредба, свързана с грижата за здравето, възпитанието и отглеждането на децата.

доц. д-р Лалко ДУЛЕВСКИ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА ИКОНОМИЧЕСКИЯ И СОЦИАЛЕН СЪВЕТ

Приложение 1

ОРГАНИЗАЦИЯ НА УЧИЛИЩНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В РАЗЛИЧНИ СТРАНИ В ЕВРОПА

В този документ са представените различни практики на организиране на училищното здравеопазване в някои европейски страни. Информацията не претендира за изчерпателност и е по-скоро описание на съществуващите здравни услуги на базата на различни публикации на тази тема, без да се прави анализ на законодателството на страните в тази област.

В прегледаните материали училищното здравеопазване почти никъде не се разглежда отделно, а като част от цялостната система на здравеопазване или на здравни грижи за децата. В тази връзка то е неизменно свързано с общата структура на здравната система, а в някои случаи и с образователната система, със системата на здравното осигуряване, с организацията на общественото здравеопазване, мерките за промоция на здравето и профилактичните дейности за деца, вкл. и профилактичните прегледи, на които в почти всички документи е отделено специално внимание.

Сравнителен анализ на училищното здравеопазване в Дания, Германия, Австрия и Великобритания

Представен е сравнителен анализ на здравните услуги, предоставяни за деца в 4 европейски страни – Дания, Германия, Австрия и Великобритания. Училищните здравни услуги се разглеждат отделно, но в контекста на цялостната организация на здравните услуги за деца в тези страни.

В **Дания** общините са отговорни за медицинските прегледи на всички деца от училищните медицински служби. През 1982 г. е въведена нова схема за училищно здравеопазване. Задължителните прегледи от ОПЛ са намалени до един при започване на училище. Училищните медицински сестри са в основата на училищната здравна схема: те преглеждат веднъж годишно всяко дете в училището до 9 клас, като проверяват за: 1) физическо, ментално и психосоматично състояние на детето, 2) говорно и интелектуално развитие, 3) скрининг за поведенчески разстройства, 4) социални обременености и 5)

хронични заболявания и недъзи. В предучилищна и през първата училищна година са прегледани около 90% от всички деца. С изключение на ОПЛ всички здравни услуги за децата се финансират и координират от местните власти и се подкрепя сътрудничеството между ОПЛ, здравните инспектори и училищните медицински сестри.

В **Германия** отговорността за превантивните мерки за децата и юношите е прехвърлена от педиатрите и ОПЛ на Младежката здравна служба */Jugendärztlicher Dienst/* при започване на училище от детето. Педиатър от младежката здравна служба осигурява 3 редовни профилактични прегледа. Част от тези прегледи е имунизационната схема. Фокусът не е върху органичните заболявания, а върху психосоциалните аспекти. На Младежката здравна служба е възложено да осигурява здравно образование и превантивни здравни грижи за учениците. Тази услуги се финансират от местните власти или от *Bundesland*, отговорно за общественото здраве. В противоположност на здравните прегледи, извършвани от педиатри на частна практика, здравното образование и превантивните здравни грижи за учениците се предоставят от обществени институции, като по този начин се осигурява по-голям контрол върху детското здраве.

В **Австрия** се осигуряват медицински прегледи в училищата за всички деца от 6 до 18 г. По правило за тази възрастова група се прави редовен годишен медицински преглед. Прегледите се контролират от Министерството на труда, здравето и социалните дейности, те не са отговорност на задължителното здравно осигуряване. Фокусът е върху изследването на слуха, зрението и физическото състояние на децата. Съгласно общия закон за социално осигуряване училищният здравен персонал си сътрудничи с другите превантивни здравни институции.

Според публикация (доклад на СЗО 2006) в сферата на отговорностите на областните медицински служители в Австрия са и всички мерки, които обслужват общественото здраве, включително и превантивните здравни грижи, училищните лекари, профилактичните прегледи и съвети, участието в здравната промоция. Успоредно със санитарния контрол на училищните помещения основна задача на училищните лекари е редовно да преглеждат учениците. Национални прегледи от лекар за учениците са въведени през 1964 г. Тази програма на практика е профилактичен преглед, който се провежда

веднъж през всяка учебна година и основната му цел е проверка на зрението и слуха на учениците и установяване на тяхната годност за участие в спортните занятия. След пилотна фаза в 2004 г. и последваща оценка, в Австрия през лятното полугодие на 2005 г. са проведени 95 000 здравни прегледа от лекар за всички ученици в осми клас в Австрия. Едновременно с прегледа всички ученици са получили брошура съдържаща здравна информация, съдържаща информация и интернет връзки по въпроси на храненето, физическата активност, безопасността, превенцията на инцидентите и първа помощ, грижите за зъбите, имунизациите, слънцето като източник на живот и опасностите от него, зависимостите, сексуалното и репродуктивното здраве, контрацепцията и защитата от болести.

Във **Великобритания** лекар, назначен от District Health Authorities, е отговорен за организирането на училищното здравеопазване съвместно с senior nurse officer. Те трябва да осигуряват редовен контакт и взаимодействие между членовете на първичната здравна помощ. Всички деца минават през редовни профилактични прегледи от училищния лекар в предучилищна възраст, при започване на училище и на 14-годишна възраст. Ако се открият здравни проблеми от училищните медицински сестри, учителите или родителите трябва да гарантират по-нататъшни медицински прегледи. Училищните лекари и училищните медицински сестри са отговорни по-специално за проверки за заразни заболявания в училището, за съблюдаване на имунизационната програма и за здравното образование и хигиената.

Д етско зъболечение

В **Дания** съгласно Закон за оралното здраве на децата (1972 г.) се полагат системни грижи за зъбите на децата. Според този закон общините създават детски стоматологични центрове за зъболечение на всички деца до 16 г. Децата на възраст 16-17 г. могат да избират между общинските клиники и частни стоматолози. В програмата се включват превантивни мерки, периодични прегледи на зъбното развитие и състоянието на всяко дете и лечение при необходимост. Периодичността на прегледите е 10-12 месеца. Общините обикновено организират свои стоматологични центрове, като много от тях са в училищата.

В **Германия** системните профилактични стоматологични прегледи за деца не са част от задължителното здравно осигуряване с изключение на възрастовата група 6-20 г., които имат право на превантивно зъболечение веднъж годишно. Някои от стоматологичните прегледи се провеждат в училищата от обществените младежки здравни служби.

В **Австрия** няма редовна превантивна дентална програма за децата, осигуряваща стандартизирани услуги. Някои от прегледите, предложени от стоматологичната схема за реимбурсация, са безплатни и могат да имат профилактичен характер. В рамките на младежката здравна схема (*Jugendlichenuntersuchungen*) денталното здраве е част от основните здравни прегледи (*Basisuntersuchungen*). Предложена е била доброволна превантивна програма за дентално здраве за училищата и детските градини.

Проучване през 1989 г. за зъбното състояние на децата на 6 г. при 60 – 80 % от тях е показало наличието на кариеси, в резултат на което някои региони са въвели многостранна профилактична програма срещу кариес. Например в Стирия стоматологични сестри посещават детските градини 4 пъти годишно и началните училища - 3 пъти годишно.

Във **Великобритания** децата се регистрират при зъболекар, който получава капитационна такса, а не заплащане срещу услуга. Децата до 16 г. получават безплатно зъболечение.

Таблица – отговорност и доставяне на здравни услуги за деца

		ДАНИЯ	ГЕРМАНИЯ	АВСТРИЯ	ВЕЛИКОБРИТАНИЯ
Профилактични прегледи	Отговорник	местна власт	Задължително здравно осигуряване	Задължително здравно осигуряване	district health authority; първична здравна помощ
	Доставчик	ОПЛ	педиатър	педиатър	ОПЛ – семеен лекар
Имунизации	Отговорник	местна власт	Задължително здравно осигуряване	Задължително здравно осигуряване	district health authority; първична здравна помощ
	Доставчик	ОПЛ	педиатър	педиатър	ОПЛ – семеен лекар
Училищно здравеопазване	Отговорник	местна власт	обществено здравеопазване на местно ниво	местна власт	district health authority; първична здравна помощ
	Доставчик	училищна	училищен лекар	училищен	училищен лекар,

		мед. сестра		лекар	училищна мед. сестра
Дентална помощ за деца	Отговорник	местна власт	Задължително здравно осигуряване	Задължително здравно осигуряване	district health authority; първична здравна помощ
	Доставчик	Детски зъболекар	зъболекар	зъболекар	зъболекар

Опитът на други страни в Европа

В **Шотландия** училищното здравеопазване е част от детската здравна служба в общността (the Community Child Health Service). Предлагат се различни видове услуги. Персоналът се старее да работи в сътрудничество с родителите и с други, които оказват грижи на децата както в училището, така и в другите клонове на здравната система. Някои от дейностите - например тестовете за зрението, слуха и говора се провеждат рутинно за всички деца за откриване на нуждаещите се от допълнителни изследвания и лечение. Родителите не се известяват за тези скринингови тестове и ако някой родител не желае детето му да бъде включено в програмата за скрининг, трябва да уведоми училището в началото на учебната година. Обикновено, ако се открие, че се налага лечение, родителите на детето се информират за получаване на тяхното съгласие. В училищното здравеопазване важна роля играят:

1. Здравният инспектор или медицинската сестра, които провеждат периодични инспекции на детските колективи, дават съвети за здравето и хигиената, тестват зрението и работят съвместно с училищния лекар. Те насочват вниманието на лекаря към възможните проблеми. Подпомагат се в някои случаи от здравен асистент. Медицинските сестри имат важна роля и за връзката между дома на детето и училището.

2. Училищният лекар – той посещава училището периодично и се среща с училищната сестра или здравния инспектор и учителите за откриване дали някой от учениците се нуждае от медицинска намеса. Освен това училищният лекар преглежда медицинските досиета на учениците от 1-ви и 7-ми клас, при постъпване в средното училище и на всички новопостъпили в училището.

Към родителите се отправя молба да попълнят медицински въпросник за своето дете на тези възрасти и да отговорят, дали желаят на детето им да

бъде направен пълен медицински преглед. Училищният лекар може да поиска съгласието им да прегледа детето, в случай че медицинското му досие не е пълно. Родителите имат право да присъстват на всеки от прегледите и да бъдат информирани за състоянието на детето - дали се нуждае от повторен преглед при училищния лекар, или трябва да се насочи към ОПЛ или специалист. Родителите могат да уредят ОПЛ да провежда прегледите вместо училищния лекар, но за това може да се изисква заплащането на такса. Със съгласието на родителите училищният лекар може да поеме имунизациите на детето или те могат да се извършват от ОПЛ.

В Ирландия здравната администрация осигурява училищните скринингови програми и имунизациите за децата, посещаващи обществени начални училища. Скринингите на учениците се провеждат от обществена медицинска сестра и от служители на здравната администрация се провеждат на територията на училището, като директорът на училището предварително се уведомява за датата, а родителите се информират и могат да присъстват, ако пожелаят. Децата се изследват за зрение и слух и ако родителят пожелае или се прецени, че е необходимо, се прави и физикално изследване. Откритите по време на тези скрининги здравни проблеми се лекуват безплатно амбулаторно.

В скандинавските страни (по данни от доклад на NOMESCO) здравните услуги са обществени. Тези страни имат добре развита първична здравна помощ. В допълнение към услугите, предлагани от ОПЛ, има и превантивни услуги за майки, за деца и за ученици.

В Дания отговорността за здравните услуги е много децентрализирана. Основните принципи са следните: 1) държавата е отговорна за законодателството и ръководството. 2) Местните власти са отговорни за болничната помощ, здравното осигуряване и специализираните частни клиники; 3) Общините - освен другите ангажименти, отговарят и за детското и училищното здравно обслужване. Местните власти и общините имат оперативната отговорност за здравните услуги. Детското здравеопазване се осъществява съгласно закон, отнасящ се до здравните инспектори, и е организирано от общинската здравна администрация. Медицинските прегледи на децата се провеждат от ОПЛ, които имат договор със здравноосигурителния фонд. Училищните здравни услуги са регулирани законодателно и се

предоставят обикновено от лекари на обща практика, здравни инспектори и медицински сестри.

Във Финландия общините носят отговорност за здравното образование, скрининга и здравните проучвания, услугите от ОПЛ, училищното здравеопазване и други.

В Норвегия системата за предоставяне на здравни услуги е базирана на децентрализиран модел. Държавата е отговорна за политиката, общия обем и качеството на здравеопазването чрез бюджетирането и законодателството. В рамките на законодателството и наличните финансови ресурси местните здравни власти и общините формално са свободни да планират и осъществяват обществени здравни услуги по свое усмотрение. На практика обаче тяхната свобода за независимо действие е ограничена от наличните ресурси. Общините са отговорни за първичната здравна помощ, както и за превантивната и за лечебната дейност: тук влизат промоцията на здравето и профилактика на болестите, включително организирането и управлението на училищното здравеопазване.

В Швеция основният закон е Законът за здравните и медицинските услуги. Други важни закони са Законът за здравния персонал и закон, отнасящ се до увреждане на пациенти. Първичната здравна помощ включва здравни центрове с ОПЛ, женски и детски центрове, областни nursing health care, областни физиотерапии, общински стоматологични центрове. Целта на първичната здравна помощ е да прави промоция на общественото здраве в географски определена територия. Училищните здравни услуги заедно с превантивните мерки са задължение на общината.

Във **Франция** здравната промоция обикновено става на 3 социални нива - училището, семейството и обществото, с ефективна колаборация между тези сектори. Интервенциите по общественото здраве за учениците традиционно са центрирани върху стандартизирани, рутинни профилактични прегледи (*bilans de santé*) при стартиране на училище на 6-годишна възраст. Оценката на правителството за училищните прегледи е установила, че те нямат особено ефективна роля за общественото здраве, ако се провеждат изолирано. Наскоро Министерството на образованието е предложило включването на училищните медицински прегледи във всеобхватна политическа рамка, ориентирана към интересите на детето. Компонентите на този план (2003 г.) са очертани около 3

точки: рутинни скрининги за децата, които посещават детска градина и през първите няколко години от началното училищно развитие, говорни и други затруднения, развиване на скринингови програми, базирани на местните нужди.

В доклад на СЗО относно здравната система във Франция е посочено, че Министерството на образованието управлява училищните здравни служби със системни интервенции в училищата.

В **Белгия** (доклад на СЗО) е задължително провеждането на училищен медицински преглед за ученици до 18 г. На всеки 2 години учениците отиват в училищен медицински център за профилактичен медицински преглед, който включва скрининг за физически и психически отклонения, изследване на слуха и зрението, определяне на датите за имунизации. В допълнение, екип от лекар и медицинска сестра посещава училищата за профилактика на заразни заболявания (напр. туберкулоза, въшливост и др.) и здравно образование.

В **Холандия** съществува регионална мрежа от общински служби за обществено здраве, които се грижат за медицинските прегледи на децата, имунизациите, опазването на здравето и дейностите по здравна промоция. Общественото здравеопазване на местно ниво включва всички аспекти на контрола на заразните заболявания, общата хигиена, училищното здравеопазване и здравното образование на обществото.

В **Латвия** училищното здравеопазване се осигурява от местните власти, които в зависимост от бюджета си назначават лекар или медицинска сестра за работа в училището или детската градина. Първичната здравна помощ за деца до 14 г. се предоставя от педиатри или ОПЛ.

В **Унгария** общините носят отговорност за първичната здравна помощ. Те трябва да осигурят достъп до услугите от ОПЛ (семейни терапевти или семейни педиатри), денталната помощ, здравните услуги от медицинска сестра за майките и децата и училищното здравеопазване. В някои случаи медицинските сестри от службите за майчино и детско здраве осигуряват и училищното здравеопазване съвместно с лекар, за превенция на заболяванията при деца от 3-18 г. В зависимост от броя на децата местните служби за майчино и детско здраве и семейният лекар/педиатър могат да осигуряват училищното здравеопазване на пълно или непълно работно време. Медицинският персонал за училището се назначава от училището. Точният

брой и изискванията са определени от *Decree No. 26 of 1995 (IX. 3.) NM* на министъра на благосъстоянието за Училищните здравни услуги.

Ако се направи опит за **обобщение** на съществуващите практики за организиране на училищното здравеопазване, в болшинството от случаите това става на местно ниво – регион или община, които носят отговорност за наличието и дейността на училищна здравна система. Училищното здравеопазване е част от системата на общественото здравеопазване и услугите, които то предлага. В повечето от случаите основните задачи, които се възлагат на училищното здравеопазване, са свързани със здравното образование, промоцията на здравето, профилактиката на болестите, провеждането на профилактични прегледи и скрининг на учениците, а в много малка степен - на практика почти не се среща, с възлагането на лечебни дейности. Относно лицата, пряко предоставящи здравните услуги в училище, има разнообразни практики – това се възлага на лекари, медицински сестри, ОПЛ, като в някои случаи те са постоянно в училище, а в други случаи - периодично или кампанийно.