АНАЛИЗ

на нормативната и организационната рамка за превенция, лечение и психосоциална рехабилитация на деца при употреба на психоактивни вещества

Анализът е изготвен през ноември 2026 г. от експерти на НСОРБ, с подкрепата на експерти от общини с развити здравни и социални услуги за превенция на деца.

СЪДРЖАНИЕ:

I. Основна нормативна и стратегическа рамка 3

II. Установени дефицити и предложения 5

1. Липса на единен национален маршрут за дете от установяване на употребата до лечение и рехабилитация 5

2. Секторен обхват на механизма на МОН и липса на достатъчно ясна връзка със здравната система 6

3. Недостатъчно разграничаване между превенция, ранна интервенция и лечение 6

5. Недостатъчен и неравномерно достъпен капацитет за лечение на лица под 18 години 8

6. Необходимост от специализирани правила в медицинския стандарт „Детска психиатрия“ 8

7. Липса на достатъчно ясно уреден ред при проблеми със съгласието и родителското съдействие 8

8. Наредба № 8 е нормативно и институционално остаряла 9

9. Неизпълнена законова делегация по чл. 89, ал. 3 ЗКНВП 9

10. Липса на специален режим за програми за психосоциална рехабилитация на лица под 18 години 9

11. Неясна граница между нерезидентна психосоциална рехабилитация, резидентна социална услуга и лечебна дейност 10

12. Финансовият модел не гарантира национален и отделен детски достъп 10

13. Липса на регионален модел за достъп 11

14. Липса на единна актуална информация за наличните програми и капацитет 11

15. Недостатъчно свързване на лечението с последващата рехабилитация и връщането в общността 12

16. Недостатъчно специфични за децата изисквания за качество и контрол на психосоциалната рехабилитация 12

17. Недостатъчно устойчив модел за специалисти и мултидисциплинарни екипи 12

18. Неактуални институционални препратки в ЗКНВП 13

19. Недостатъчно уредена връзка между ЗКНВП, Наредба № 8 и ЗСУ при резидентна подкрепа 13

20. Липса на обща система за резултатност, без да се увеличава административната тежест 13

III. Допълнителни дефицити и предложения в областта на превенцията 14

1. Преобладаване на универсалната превенция и недостатъчен обхват на селективната и индикативната превенция 14

2. Необходимост от цялостно актуализиране на Наредба № 6 от 2014 г. 14

3. Недостатъчно разграничаване между информационна кампания и доказана превантивна интервенция 15

4. Липса на достатъчно развит модел за ранно разпознаване и насочване преди настъпването на тежка проблемна употреба 15

5. Недостатъчен национален обхват на превенцията, насочена към родители и семейства 16

6. Недостатъчен достъп до превенция за деца, които не се достигат ефективно чрез общия училищен модел 16

7. Недостатъчно използване на превенцията в средата като самостоятелен инструмент 16

8. Необходимост от по-силен дигитален компонент и връзка между ранното предупреждение за нови вещества и превантивната система 17

9. Необходимост от публична информация за одобрените превантивни програми и по-силен фокус върху резултатността 17

IV. Конкретен пакет от нормативни и организационни предложения 18

V. Изводи 19

I. Основна нормативна и стратегическа рамка

1. Законът за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (ЗКНВП) е основният специален закон. Чл. 84 урежда програмите за намаляване на търсенето на наркотични вещества, които включват превенция, лечение, психосоциална рехабилитация и намаляване на вредите. Чл. 85 признава правото на лечение и психосоциална рехабилитация, а чл. 88 регламентира доброволността и специалните правила за съгласие при лечение на малолетни и непълнолетни. Чл. 89 определя кръга на субектите, които могат да осъществяват програми за психосоциална рехабилитация, и възлага на наредбата по ал. 2 да уреди както психосоциалната рехабилитация, така и програмите за лечение извън случаите по чл. 87, ал. 1.

2. Наредба № 6 от 11 април 2014 г. за условията и реда за осъществяване на програми за превенция на употребата на наркотични вещества урежда универсална, селективна и индикативна превенция, както и програми за превенция в средата. Наредбата изисква превантивните програми да имат определени цели, целеви групи, интервенции, индикатори, мониторинг и оценка на ефективността. Същевременно тя съдържа институционални препратки към Националния център по наркомании и към предходната европейска институционална рамка, което налага актуализиране на компетентните органи, стандартите за качество, базата данни и реда за мониторинг. Уредбата е важна за ранната намеса, но не изгражда сама по себе си последващ здравен маршрут при установена проблемна употреба или необходимост от лечение.

3. Законът за предучилищното и училищното образование и Наредба № 13 от 21 септември 2016 г. за гражданското, здравното, екологичното и интеркултурното образование създават самостоятелна линия на превенция в образователната система. Наредба № 13 определя държавния образователен стандарт за здравното образование, което се осъществява в детските градини, училищата и центровете за подкрепа за личностно развитие. Здравното образование е насочено към формиране на умения за здравословен начин на живот и поведение, благоприятстващо здравето. В рамковите изисквания към резултатите от обучението изрично е включена превенцията на употребата на психоактивни вещества, включително познаване на рисковете, развиване на умения за отказ, устояване на натиск, критично осмисляне на влиянието на семейството, връстниците, социалната среда и медиите и намиране на алтернативни дейности. По този начин превенцията преди първата употреба е част и от общата образователна политика, а не само от специализираната система по наркотиците.

4. Наредба № Н-2 от 12 септември 2025 г. за устройството и дейността на здравните кабинети в детските градини и училищата създава допълнителна

здравна линия на превенция в детските и учебните заведения. Сред дейностите на медицинските специалисти в здравните кабинети са организиране и провеждане на програми за здравно образование, програми за предпазване от употреба на наркотични вещества и психотропни субстанции, превенция на употребата на тютюневи изделия и алкохол, както и подпомагане на училищни, регионални и национални програми за профилактика и промоция на здравето. Така в училищната среда превантивни функции се реализират едновременно от педагогическата система, медицинските специалисти и специализираните структури за превенция на употребата на наркотични вещества.

5. Наредба № 8 от 7 септември 2011 г. за условията и реда за осъществяване на програми за психосоциална рехабилитация на лица, които са били зависими или са злоупотребявали с наркотични вещества, урежда програмите за психосоциална рехабилитация. Последното изменение е от 2014 г. и част от препратките и институционалните понятия са останали свързани с предходна нормативна и организационна рамка.

6. Законът за здравето и Законът за лечебните заведения уреждат медицинската помощ, информираното съгласие и видовете лечебни заведения. Лечението на зависимостта е медицинска дейност и не може да бъде подменяно със социална услуга или с превантивна дейност.

7. Законът за социалните услуги (ЗСУ) урежда социалните и интегрираните здравно-социални услуги. Резидентната грижа като част от интегрирана междусекторна услуга може да се предоставя само като част от интегрирана здравно-социална услуга и не може да се предоставя в лечебно заведение. Държавно финансираните интегрирани здравно-социални услуги се включват в Националната карта на социалните услуги. Това поставя ясна граница между болничното лечение и резидентната социална подкрепа, но изисква и механизъм за преминаване между тях.

8. Законът за закрила на детето и координационните механизми на системата за закрила създават основа за мултидисциплинарна работа при дете в риск. Съществува и специализиран Координационен механизъм за случаи на деца в риск от ХИВ, хепатит В, хепатит С и сексуално предавани инфекции, който показва практически модел за разпределяне на функции между компетентните институции без създаване на нова местна администрация.

9. МОН прилага **Механизъм за действие и алгоритъм в случаи на установяване на разпространение и употреба на наркотични вещества в училище**, утвърден със Заповед № РД09-3543/01.11.2023 г. Той урежда реакцията в училищната среда, но не замества здравния маршрут след установяването на употреба.

10. Националната стратегия за борба с наркотиците 2026-2030 г., приета с Решение № 380 на Министерския съвет от 7 май 2026 г., поставя акцент върху превенцията, ранната намеса, подобряването на достъпа до лечение и психосоциална рехабилитация, включително за лица под 18 години, развитието на услуги в общността и по-добрата координация между институциите. В ситуационния анализ на Стратегията е отчетено, че най-голям брой дейности и програми са осъществявани в областта на универсалната превенция, докато селективната и индикативната превенция не са достатъчно развити. Като предизвикателства са посочени и работата с родители, недостатъчните специализирани услуги за деца и семейства при проблемно поведение вследствие на употреба на ПАВ и необходимостта от използване на интернет базирани инструменти за достигане до младите хора.

Планът за дейности по изпълнение на Стратегията конкретизира значителен пакет от мерки за превенция преди първата употреба. Предвидени са национални превантивни програми за ученици от V-VII и VIII-XI клас, насочени към отлагане или предотвратяване на първата употреба, утвърждаване на здравословен начин на живот, личностно развитие и изграждане на умения за живот. Програмите включват ролеви игри, дискусии, работа по казуси, спортни, културни и творчески дейности, работа с родители и обучение на училищни специалисти. Планът предвижда и национална програма за универсална превенция за родители на деца от 10 до 15 години, както и интернет базирана програма в социалните мрежи, насочена към отлагане на първата употреба и експериментирането. Наред с универсалната превенция са предвидени отделни програми за селективна и индикативна превенция.

11. Стандартите за делегираните от държавата дейности за 2026 г. предвиждат допълващ стандарт за психосоциална рехабилитация от нерезидентен и резидентен тип, разпределен към ОбСНВ. Натуралният показател е общ - „пълнолетни лица и деца“, по 105 пациенти за всеки от двата типа. Този модел не обособява самостоятелен детски капацитет и не представлява национален механизъм за гарантиран достъп.

II. Установени дефицити и предложения

1. Липса на единен национален маршрут за дете от установяване на употребата до лечение и рехабилитация

Дефицит. Отделните нормативни актове уреждат различни фази на процеса, но не определят единна последователност на действията при конкретно дете. Наредба № 6 урежда превантивните програми, механизмът на МОН урежда реакцията в училище, ЗКНВП урежда лечението и психосоциалната рехабилитация, а законодателството за закрила на детето урежда работата при риск. Липсва общо разписан практически маршрут: кой извършва първоначалната

здравна оценка, кога се търси детски психиатър, кога се налага спешна помощ или болнично лечение, кога се преминава към психосоциална рехабилитация, кой организира връзката със семейството и кой проследява случая след приключване на програмата.

Предложение. Министерството на здравеопазването, съвместно с МОН, МТСП, АСП, ДАЗД и МВР, да изработи национален алгоритъм за здравно и социално насочване на лица под 18 години при употреба на психоактивни вещества. Алгоритъмът следва да се свърже с действащия механизъм на МОН и с механизмите за закрила на детето, а не да създава трета паралелна местна система. В него да бъдат посочени компетентните здравни структури, редът при спешност, редът за специализирана оценка, критериите за насочване към лечение и рехабилитация и правилата за обратна връзка между институциите при спазване на изискванията за поверителност и защита на личните данни.

Общината, ОбСНВ и ПИЦ не следва да бъдат определяни за водещи на медицинския случай или за орган, който взема решение за лечение. Техните функции остават в рамките на законово определените правомощия по превенция, местна координация и партньорство.

2. Секторен обхват на механизма на МОН и липса на достатъчно ясна връзка със здравната система

Дефицит. Механизмът на МОН е съществен инструмент за реакция при установяване на употреба или разпространение в училищна среда. Неговият предмет обаче е училището и поведението на участниците в образователната система. След установяване на употреба остава необходимостта от ясен здравен маршрут, особено когато има съмнение за зависимост, интоксикация, психично разстройство, самоувреждащо поведение или риск за живота и здравето.

Предложение. Към механизма на МОН да бъде добавено или официално свързано приложение, утвърдено съвместно с МЗ, което да съдържа здравния маршрут и актуален списък на определените лечебни структури и контакти. Списъкът да се поддържа централизирано от МЗ/НЦОЗА и да се актуализира без необходимост всяко училище или община самостоятелно да издирва наличния капацитет.

3. Недостатъчно разграничаване между превенция, ранна интервенция и лечение

Дефицит. Наредба № 6 правилно разграничава универсална, селективна и индикативна превенция, включително при ранни признаци на проблемна употреба. Практическият риск е превантивните структури да бъдат натоварени с очаквания за оценка и работа, която вече има медицински характер. ОбСНВ и ПИЦ са структури на превенцията и не следва да бъдат превръщани в заместител

на специализираната диагностика, детската психиатрия или лечението на зависимости.

Предложение. В Наредба № 6 или в методически документ към нея да се въведат ясни критерии за „изход от превенцията“ и насочване към специализирана медицинска оценка. Да се регламентира, че при данни за проблемна употреба, зависимост, тежко психично състояние, интоксикация, самоувреждане или друга медицинска необходимост случаят се насочва към здравната система. ПИЦ може да информира и мотивира за търсене на помощ, но не следва да извършва дейности, които по закон са медицински.

4. Фрагментираност на нормативната и програмната рамка за универсална превенция преди първата употреба

Дефицит. Превенцията преди първата употреба не е нормативно липсваща. Напротив, дейности с такава насоченост са предвидени в специалната нормативна уредба за превенция на употребата на наркотични вещества, в държавния образователен стандарт за здравното образование, в дейността на здравните кабинети в детските градини и училищата, както и в Националната стратегия за борба с наркотиците 2026-2030 г. и Плана за нейното изпълнение. Отделните режими обаче са разработени в рамките на различни секторни политики и възлагат превантивни функции на различни участници: ОбСНВ и ПИЦ, училища и педагогически специалисти, медицински специалисти в здравните кабинети, МОН, МЗ, НЦОЗА, РУО и други институции. Липсва достатъчно ясно систематизиране на начина, по който тези дейности се допълват, кои възрастови и целеви групи се обхващат чрез отделните механизми, как се избягва дублирането и как се оценява общият резултат от превенцията.

Това е особено важно, тъй като универсалната превенция има различна цел от реакцията при вече установена употреба. Тя следва да достига до децата преди наличие на индивидуални признаци на риск и да работи за отлагане или предотвратяване на първата употреба чрез формиране на защитни фактори, умения за живот, здравословно поведение, работа със семейството и създаване на подкрепяща училищна и социална среда.

Предложение. МЗ и МОН, с участието на НЦОЗА и останалите компетентни институции, да извършат систематизация на действащите механизми и програми за универсална превенция и да разработят обща методическа рамка за тяхното взаимодействие. Рамката следва ясно да разграничи универсалната превенция преди първата употреба, селективната превенция при групи с повишен риск, индикативната превенция при лица с индивидуални рискови признаци и ранната интервенция при установена употреба. Не е необходимо създаването на нов паралелен механизъм. Следва да се използват и свържат съществуващите нормативни и програмни инструменти, като се определят общи принципи за

качество, възрастов обхват, методическа подкрепа и оценка на резултатите. Не следва координационният дефицит да се компенсира чрез въвеждане на нови необезпечени задължения или паралелна отчетност за общините, ОбСНВ и ПИЦ.

5. Недостатъчен и неравномерно достъпен капацитет за лечение на лица под 18 години

Дефицит. ЗКНВП установява право на лечение и изисква то да се извършва в лечебни заведения, но законът сам по себе си не гарантира практически наличен териториален капацитет за деца. Материалите на МРГ показват ограничени възможности за болнично лечение и необходимост от създаване на допълнителен капацитет в Държавната психиатрична болница за лечение на наркомании и алкохолизъм - София. Липсва публичен, постоянно актуализиран национален списък с възрастови ограничения, условия за прием, спешни контакти и свободен профилен капацитет.

Предложение. МЗ да определи национална и регионална мрежа от лечебни структури, които приемат лица под 18 години при проблемна употреба или зависимост, като ясно посочи възрастови граници, профил на дейността, начин за насочване и режим при спешност. Да се създаде национална информационна карта, поддържана от МЗ/НЦОЗА, достъпна за лечебните заведения, органите за закрила, училищата, МВР и гражданите. Развитието на тази мрежа следва да бъде финансирано от държавата.

6. Необходимост от специализирани правила в медицинския стандарт „Детска психиатрия“

Дефицит. Медицинският стандарт „Детска психиатрия“ не осигурява в достатъчна степен модела, необходим за лечение на зависимости при лица под 18 години. Особеностите на тази група изискват съчетаване на детско-психиатрична оценка, оценка на употребата и зависимостта, работа със семейството, управление на коморбидност и последващо насочване към рехабилитация.

Предложение. В стандарта да се уредят минималните изисквания за структура, екип и организация при лечение на малолетни и непълнолетни с проблемна употреба или зависимост, включително взаимодействие с педиатрия, токсикология, спешна помощ, клинична психология и социална работа. Да се предвиди задължителен план за изписване и насочване към подходяща психосоциална рехабилитация или последваща амбулаторна грижа.

7. Липса на достатъчно ясно уреден ред при проблеми със съгласието и родителското съдействие

Дефицит. ЗКНВП и Законът за здравето съдържат правила за информирано съгласие при малолетни и непълнолетни. При реални случаи обаче могат да възникнат ситуации на отсъстващ родител, конфликт между детето и родителя,

отказ от съдействие, непосредствен риск или необходимост от закрила. Самите общи правила за съгласие не дават на специалистите кратък практически алгоритъм за действие във всички тези хипотези.

Предложение. МЗ, съвместно с ДАЗД и АСП, да издаде методически указания за прилагането на правилата за съгласие при лечение на лица под 18 години с употреба на психоактивни вещества, включително при спешност и при необходимост от включване на органите за закрила. Това не следва да създава нови материалноправни основания, а да осигури еднакво прилагане на действащия закон.

8. Наредба № 8 е нормативно и институционално остаряла

Дефицит. Наредба № 8 е изменяна последно през 2014 г. и съдържа препратки към отменена или променена нормативна и институционална рамка. В текста се използват понятия и препратки към Закона за социално подпомагане и стар медицински стандарт, а част от функциите са формулирани спрямо Националния център по наркомании, въпреки че към 2026 г. координацията и методическото ръководство на практика се изпълняват чрез НЦОЗА. Това създава правна неяснота при разработване и съгласуване на нови програми.

Предложение. Да се изработи цялостно нова редакция на Наредба № 8, а не само частично изменение. Тя следва да бъде приведена в съответствие със ЗСУ, действащите медицински стандарти, актуалната структура на МЗ и НЦОЗА и действащите режими за качество и лицензиране на социалните услуги. Препратките към отменени актове и структури да бъдат заличени или заменени с актуални.

9. Неизпълнена законова делегация по чл. 89, ал. 3 ЗКНВП

Дефицит. Чл. 89, ал. 3 ЗКНВП предвижда наредбата по ал. 2 да урежда и условията и реда за осъществяване на програми за лечение на лица, зависими от наркотични вещества, извън програмите по чл. 87, ал. 1. Действащата Наредба № 8 е фокусирана върху психосоциалната рехабилитация и не изгражда пълна уредба на такива програми за лечение. Това е съществено нормативно несъответствие между закона и подзаконовия акт.

Предложение. Наредба № 8 следва да бъде приведена в съответствие със законовата делегация по чл. 89, ал. 3 ЗКНВП, като се уредят условията и редът за програмите за лечение извън случаите по чл. 87, ал. 1. Медицинските дейности следва да останат в компетентността на лечебните заведения и медицинските специалисти.

10. Липса на специален режим за програми за психосоциална рехабилитация на лица под 18 години

Дефицит. Наредба № 8 не създава отделен, достатъчно детайлен стандарт за детски програми. Изискванията към екипа, програмната структура и организацията са общи, а при деца са необходими допълнителни гаранции за защита на интереса на детето, работа със семейството, образователна приемственост, оценка на психичното състояние, управление на съпътстващи проблеми и безопасност.

Предложение. В Наредба № 8 да се създаде отделен раздел за лица под 18 години, който да урежда най-малко: възрастов обхват; критерии за включване и изключване; изисквания за първоначална медицинска и психосоциална оценка; задължително участие на специалист с компетентност по детско-юношеска психиатрия при медицинска необходимост; мултидисциплинарен екип; работа с родители/настойници; индивидуален план; защита от насилие и експлоатация; правила за образование по време на по-продължителна програма; план за приключване, реинтеграция и проследяване; механизъм за насочване към лечебно заведение при влошаване.

11. Неясна граница между нерезидентна психосоциална рехабилитация, резидентна социална услуга и лечебна дейност

Дефицит. Практическите модели, обсъждани в МРГ, включват болнично лечение, нерезидентна дневна психосоциална рехабилитация и идея за резидентна подкрепа. Правната им природа е различна. Болничното лечение е медицинска дейност. Програмата по Наредба № 8 може да се осъществява от изрично посочените в ЗКНВП субекти. Резидентната грижа по ЗСУ има собствен режим, а когато е част от интегрирана междусекторна услуга, тя е интегрирана здравно-социална услуга и не може да се предоставя в лечебно заведение. Без ясно разграничение съществува риск от смесване на лицензионни, финансови и контролни режими.

Предложение. В нормативната уредба и в националния модел изрично да се разграничат трите нива: 1) медицинско лечение и детоксикация в лечебно заведение; 2) нерезидентна психосоциална рехабилитация по ЗКНВП и Наредба № 8; 3) резидентна социална или интегрирана здравно-социална подкрепа по ЗСУ, когато индивидуалната потребност налага 24-часова среда. За всяко ниво да бъдат определени компетентният орган, източникът на финансиране, режимът за достъп и контролът на качеството.

12. Финансовият модел не гарантира национален и отделен детски достъп

Дефицит. Допълващите стандарти за психосоциална рехабилитация за 2026 г. са формулирани за нерезидентен и резидентен тип и са разпределени към ОбСНВ, като натуралният показател е общ за „пълнолетни лица и деца“. По този начин не се формира отделен гарантиран детски капацитет. Самото наличие на стандарт не

осигурява равнопоставен практически достъп за дете от община, на чиято територия няма финансирана програма. Освен това обвързването на финансирането с ОбСНВ създава риск превантивните структури да бъдат възприемани като носители на отговорност за рехабилитационната услуга, въпреки че ЗКНВП определя други допустими изпълнители.

Предложение. Да се разработи национална програма или национален механизъм за финансиране на психосоциална рехабилитация, администриран от МЗ, при който средствата следват одобрена програма и реален капацитет. Допустими изпълнители да бъдат субектите, които законът оправомощава да предоставят съответната дейност. Общините могат да участват като партньори само в рамките на законово определените им функции и при осигурен държавен ресурс, без задължително съфинансиране и без прехвърляне върху тях на медицинска, професионална или терапевтична отговорност. Професионалната оценка и контролът върху съдържанието и качеството на програмите следва да останат при компетентните държавни органи.

13. Липса на регионален модел за достъп

Дефицит. Детските програми по зависимостите изискват високоспециализиран екип и не е реалистично да бъдат изграждани във всяка община. Модел, при който достъпът зависи от наличието на собствена местна програма, би създал териториално неравенство и би натоварил общини без необходимите специалисти.

Предложение. Държавата да планира мрежата на регионален или национален принцип. Финансираните програми да имат задължение да приемат лица от определен по-широк териториален обхват, а редът за насочване и финансиране да не зависи от постоянния адрес в общината, където се намира програмата. При нужда да се предвиди държавно финансиране на транспорт и придружаване в отделни случаи, вместо разходът да се прехвърля върху общината по произход.

14. Липса на единна актуална информация за наличните програми и капацитет

Дефицит. Чл. 85, ал. 2 ЗКНВП възлага на МЗ да създаде система за събиране, обработка, анализ и разпространение на информация за програмите за лечение и психосоциална рехабилитация. За практическото насочване обаче е необходима лесно достъпна и актуализирана информация конкретно за лица под 18 години: вид дейност, възраст, начин на прием, контакти, териториален обхват и актуален статус на програмата.

Предложение. МЗ/НЦОЗА да поддържа национален електронен регистър или карта на лечебните и рехабилитационните програми, включително отделен филтър за лица под 18 години. Данните да се подават основно от самите

доставчици и лечебни заведения по унифициран формат. Не следва да се въвежда нова паралелна отчетност за общините, ОбСНВ и ПИЦ.

15. Недостатъчно свързване на лечението с последващата рехабилитация и връщането в общността

Дефицит. Правото на лечение и правото на психосоциална рехабилитация са уредени, но нормативната рамка не гарантира приемственост между тях. При изписване от болнично лечение няма общ национален ред, който да осигури своевременно насочване към подходяща рехабилитационна програма и последваща подкрепа на семейството.

Предложение. За лицата под 18 години да се въведе задължителен план за продължаване на грижата при приключване на болнично лечение или специализирана програма. Планът да включва препоръка за вид последваща подкрепа, връзка с избрания доставчик, работа със семейството и критерии за проследяване. Координацията на медицинската част следва да остане при здравната система. При наличие на случай по Закона за закрила на детето, ОЗД изпълнява своите законови функции по случая.

16. Недостатъчно специфични за децата изисквания за качество и контрол на психосоциалната рехабилитация

Дефицит. Общите изисквания на Наредба № 8 не са достатъчни за оценка на качеството на програми за деца. Не са нормативно разгърнати специфични показатели за безопасност, семейна работа, задържане в програмата, връщане в образование, намаляване на рисковото поведение и последващо проследяване.

Предложение. НЦОЗА, съвместно с МЗ, МТСП, ДАЗД и професионалните организации, да разработи национален стандарт/методика за качество на детските програми за психосоциална рехабилитация. Контролът следва да бъде професионален и държавен, като общините не следва да бъдат натоварвани да оценяват терапевтичното съдържание на програмите.

17. Недостатъчно устойчив модел за специалисти и мултидисциплинарни екипи

Дефицит. Детските зависимости изискват ограничен и високоспециализиран човешки ресурс. Изискването всяка отделна територия да изгражда самостоятелен екип би било неефективно и трудно изпълнимо. В същото време без минимален състав и компетентности качеството на програмите не може да бъде гарантирано.

Предложение. Да се утвърдят минимални национални изисквания за мултидисциплинарните екипи и национална програма за обучение, супервизия и продължаваща квалификация, финансирана от държавния бюджет. Да се допуснат регионални и мобилни експертни екипи, които подпомагат повече от една

програма, когато това е клинично и организационно допустимо. Не следва кадровият дефицит да се компенсира чрез възлагане на терапевтични функции на ПИЦ или общински служители.

18. Неактуални институционални препратки в ЗКНВП

Дефицит. В действащия текст на ЗКНВП продължават да съществуват разпоредби, които отнасят координацията и методическото ръководство до Националния център по наркомании, докато на практика тези функции са в НЦОЗА чрез съответната дирекция. Несъответствието между закона и реалната институционална структура намалява правната яснота.

Предложение. Институционалните препратки в ЗКНВП следва да бъдат актуализирани, като ясно се посочи компетентната структура, която дава съгласия за програми, води националната информация, осигурява методическо ръководство и професионален контрол.

19. Недостатъчно уредена връзка между ЗКНВП, Наредба № 8 и ЗСУ при резидентна подкрепа

Дефицит. ЗКНВП допуска психосоциална рехабилитация от доставчици на социални услуги, но Наредба № 8 е създадена преди ЗСУ. ЗСУ вече съдържа собствен режим за планиране, финансиране, качество, лицензиране и резидентна грижа. При бъдеща специализирана резидентна услуга за непълнолетни с проблемна употреба на ПАВ трябва да е ясно дали тя е социална услуга, интегрирана здравно-социална услуга или програма по ЗКНВП, както и как се прилагат кумулативно двата режима.

Предложение. В Наредба № 8 да се въведе изрична препратка към ЗСУ за доставчиците на социални услуги и да се уреди съотношението между „програма за психосоциална рехабилитация“ и „социална/интегрирана здравно-социална услуга“. Ако се развива резидентна услуга, държавата следва да осигури включването ѝ в приложимия национален механизъм за планиране и финансиране. Не следва да се вменява на общината задължение да разкрие такава услуга само поради наличие на потребност.

20. Липса на обща система за резултатност, без да се увеличава административната тежест

Дефицит. Различните направления - превенция, лечение, рехабилитация и закрила - използват различни цели и показатели. Това затруднява оценката дали едно дете действително преминава от ранно разпознаване към помощ и дали има резултат след приключване на интервенцията. Проблемът не следва да се решава чрез добавяне на нови отчети към общините.

Предложение. МЗ/НЦОЗА да разработи минимален национален набор от показатели за резултатност, който да се събира от доставчиците и лечебните заведения чрез съществуващите информационни канали. За превенцията да се измерват обхват и доказани резултати, а не само брой проведени дейности; за лечението и рехабилитацията - достъп, задържане, приключване, последващо насочване и проследяване. Данните да се агрегират национално и да подпомагат планирането на капацитет.

III. Допълнителни дефицити и предложения в областта на превенцията

1. Преобладаване на универсалната превенция и недостатъчен обхват на селективната и индикативната превенция

Дефицит. Националната стратегия 2026-2030 г. изрично отчита, че най-голям брой дейности са реализирани в областта на универсалната превенция, а дейностите по селективна и индикативна превенция не са достатъчно развити. Планът за дейности предвижда прилагане на програма за индикативна превенция чрез 10 ПИЦ с общ целеви обхват 330 деца и младежи, както и селективна програма чрез 10 ПИЦ с общ целеви обхват 450 деца и лица за целия период. При национална политика този модел създава риск достъпът до по-интензивна ранна превенция да остане неравномерен и зависим от териториалното наличие и кадровия капацитет на конкретен ПИЦ.

Предложение. МЗ и НЦОЗА да разработят национален модел за териториално покритие на селективната и индикативната превенция, който да допуска регионално обслужване, мобилни или споделени експертни екипи и насочване към програма извън общината по местоживеене. Разширяването на обхвата следва да бъде обезпечено с държавно финансиране, обучение и супервизия. ПИЦ могат да участват в рамките на законово определените им функции и реалния си капацитет, но националната достъпност не следва да зависи от възможността на отделната община да осигурява допълнителни ресурси.

2. Необходимост от цялостно актуализиране на Наредба № 6 от 2014 г.

Дефицит. Наредба № 6 съдържа основните видове превенция и изисквания за качество, но институционалната ѝ уредба не е приведена към действащата система. В нея продължават да се възлагат функции на Националния център по наркомании, включително за съгласуване, база данни, мониторинг и контрол на програмите. Наредбата препраща и към Европейския мониторинг център за наркотици и наркомании, докато действащата европейска институционална рамка е свързана с Агенцията на Европейския съюз по наркотиците. Това създава нормативна неяснота относно компетентния национален орган и приложимите актуални стандарти.

Предложение. Наредба № 6 да бъде цялостно актуализирана, като се посочат действащите компетентни структури на МЗ и НЦОЗА, актуалните европейски стандарти за качество, електронният ред за водене и публичност на информацията за програмите, мониторингът и оценката на ефективността. Следва да се запази изискването програмите в училищна среда да бъдат съгласувани с МОН, без общините и училищата да бъдат натоварвани сами да извършват професионална оценка на външни превантивни програми.

3. Недостатъчно разграничаване между информационна кампания и доказана превантивна интервенция

Дефицит. По смисъла на Наредба № 6 превенцията е по-широка от предоставянето на информация. Тя включва изграждане на индивидуални и групови умения, развитие на алтернативи на рисковото поведение, подобряване на социалния климат, идентифициране на проблеми и работа със средата. Еднократни информационни събития и кампании могат да имат подпомагаща роля, но сами по себе си не гарантират устойчива промяна в рисковите и защитните фактори.

Предложение. МЗ, НЦОЗА и МОН да въведат единни методически критерии за разграничаване на информационните дейности от структурирани превантивни програми и да насърчават използването на програми с определена целева група, теория на промяната, обучени изпълнители, продължителност, индикатори и оценка на резултата. Националното финансиране следва приоритетно да подкрепя интервенции с доказана или оценима ефективност, а не само брой проведени събития.

4. Липса на достатъчно развит модел за ранно разпознаване и насочване преди настъпването на тежка проблемна употреба

Дефицит. Механизмът на МОН урежда действията при установяване на разпространение и употреба на наркотични вещества в училище. Наредба № 6 допуска при индикативната превенция скрининг, оценка на състоянието и насочване към необходимите услуги. Между тези два режима липсва достатъчно подробно разписан модел за действие при ранни рискови признаци, когато още няма основание да се приема наличие на зависимост или необходимост от лечение. Това създава риск от закъсняло насочване или, в обратната хипотеза, от възлагане на диагностични функции на педагогически и превантивни структури.

Предложение. МЗ и МОН да разработят към действащия училищен механизъм превантивен модул за ранно разпознаване и насочване. В него да се определят наблюдаеми рискови признаци, действията на училищния психолог, педагогическия съветник и медицинския специалист, редът за контакт с родител или орган за закрила и критериите за насочване към ПИЦ или към здравната

система. Модулът не следва да въвежда масово тестване на ученици и не следва да възлага медицинска диагностика на училището, общината или ПИЦ.

5. Недостатъчен национален обхват на превенцията, насочена към родители и семейства

Дефицит. Националната стратегия определя работата с родители като отделно предизвикателство. Планът за дейности предвижда национална програма за универсална превенция за родители на ученици на възраст 10-15 години с целеви обхват 1944 родители за целия период и национална индикативна програма за родители с целеви обхват 300 родители. Предвид националния мащаб на политиката и ролята на семейството като основен защитен фактор, този обхват е ограничен и е необходимо да бъде допълнен с устойчиви форми за достъп до проверена информация и подкрепа.

Предложение. Да се развие централизирана национална програма за родители с присъствени и дистанционни модули, единни материали и възможност за участие независимо от местоживеенето. Темите следва да включват ранни признаци, комуникация с детето, рискови и защитни фактори, действия при съмнение за употреба, кризисни ситуации и маршрути за помощ. Методиката, обучението и основното финансиране следва да се осигуряват на държавно ниво, а училища и ПИЦ да могат да участват като точки за достъп без ново общинско задължение за самостоятелно разработване и финансиране на програмата.

6. Недостатъчен достъп до превенция за деца, които не се достигат ефективно чрез общия училищен модел

Дефицит. Част от децата с най-висок риск могат да бъдат извън редовно училищно участие или да попадат едновременно в системите на закрила на детето, МКБППМН, Детските педагогически стаи, социалните услуги или резидентната грижа. Националната стратегия отчита липсата на достатъчно програми за специфични групи, а Планът предвижда отделни селективни дейности, но не изгражда общ механизъм за достъп на всички рискови групи до подходяща превантивна интервенция.

Предложение. Да се разработят национални критерии и маршрут за насочване към селективна превенция чрез вече съществуващите системи на МОН, АСП и ОЗД, МВР, ЦКБППМН и МКБППМН. Не следва да се създава нова паралелна общинска система. Компетентните органи по конкретния случай следва да могат да насочват детето към одобрена програма с регионален или национален обхват, като достъпът и необходимият транспорт или придружаване се обезпечават по националния модел, когато това е необходимо.

7. Недостатъчно използване на превенцията в средата като самостоятелен инструмент

Дефицит. Наредба № 6 изрично урежда програми за превенция в средата, насочени към културната, социалната и правно-икономическата среда, която влияе върху избора на здравословен начин на живот. На практика националната политика е по-видимо структурирана около училищни програми, консултации и информационни дейности. Липсва достатъчно ясно обособена линия за превенция чрез промяна на средата и защитните фактори около децата и младежите.

Предложение. МЗ и НЦОЗА, съвместно с МОН, МВР, ММС и други компетентни институции, да разработят национални модели за превенция в средата, включително за безопасна училищна среда, младежки пространства, спортни и културни дейности, места за развлечения и други среди с повишен риск. Участието на общински младежки, спортни и културни структури следва да бъде в рамките на действащите им функции и при осигурено финансиране за конкретни национални програми, а не чрез общо прехвърляне на отговорност към местната власт.

8. Необходимост от по-силен дигитален компонент и връзка между ранното предупреждение за нови вещества и превантивната система

Дефицит. Стратегията отчита значението на интернет средата както като канал за разпространение, така и като възможност за достигане до млади хора с рискова или проблемна употреба. Планът предвижда създаване или адаптиране на една програма за социалните мрежи с цел достигане до 1000 лица, както и национална информационна телефонна линия. При динамично променящи се нови психоактивни вещества и онлайн канали за достъп е необходимо превантивната информация да може да се актуализира значително по-бързо от традиционните печатни и училищни материали.

Предложение. Да се създаде единен национален дигитален ресурс, поддържан от МЗ и НЦОЗА, с проверена и своевременно актуализирана информация за деца, родители и специалисти, възможности за консултиране и ясни маршрути към помощ. Да се въведе формализирана връзка между системите за ранно предупреждение за нови психоактивни вещества и превантивната система, така че при установен нов риск да се подготвят бързи професионални съобщения и материали за МОН, ПИЦ, здравните специалисти и родителите. Общините не следва да бъдат задължавани сами да следят и валидират информация за нови вещества.

9. Необходимост от публична информация за одобрените превантивни програми и по-силен фокус върху резултатността

Дефицит. Наредба № 6 предвижда база данни на програмите, информация за целевите групи, дейностите, бюджета и вида на оценката, както и мониторинг и отчет за резултатите. Поради остарелите институционални препратки и

ограничената публична видимост на тази система училища, родители, общини и професионалисти трудно могат да се ориентират кои програми са съгласувани, за каква възраст и тип превенция са предназначени и каква оценка на ефективността им е извършена. Същевременно броят проведени дейности и броят достигнати лица не са достатъчни показатели за ефективността на превенцията.

Предложение. НЦОЗА да поддържа публичен национален регистър или каталог на одобрените превантивни програми с информация за вида превенция, възрастовата и рисковата група, средата на приложение, изпълнителя, периода на действие и наличните резултати от оценката. Националната система за мониторинг следва да измерва не само обхват, но и промени в рисковите и защитните фактори, знанията и уменията, своевременното насочване и други подходящи резултатни показатели. Отчетността следва да се носи от изпълнителите и компетентните държавни органи чрез съществуващи информационни канали, без нова паралелна отчетност за общините.

IV. Конкретен пакет от нормативни и организационни предложения

1. Цялостно актуализиране на Наредба № 6 от 2014 г. с действащи институционални препратки, актуални европейски стандарти, електронен публичен регистър на програмите и ясни правила за мониторинг и оценка на ефективността.

2. Разработване на национален модел за равнопоставен достъп до селективна и индикативна превенция чрез регионален обхват, мобилни или споделени експертни екипи и държавно финансово обезпечаване, без достъпът да зависи от капацитета на конкретна община.

3. Допълване на механизма на МОН с превантивен модул за ранно разпознаване и насочване, който ясно разграничава функциите на училището, ПИЦ, органите за закрила и здравната система и не въвежда диагностични функции за педагогическите или общинските структури.

4. Разширяване на националните програми за родители, дигиталната превенция и превенцията в средата чрез централизирани методики, държавно финансиране и възможност за дистанционен и регионален достъп.

5. Въвеждане на единни национални критерии за качество и резултатност на превенцията, публичен каталог на одобрените програми и показатели, които измерват не само броя на дейностите и обхванатите лица, но и доказани промени в рисковите и защитните фактори.

6. Нормативно уреждане на държавната отговорност за достъпа на лица под 18 години до лечение и психосоциална рехабилитация, актуализиране на институционалните препратки и осигуряване на ясна правна основа за национален механизъм за финансиране.

7. Цялостна нова редакция на Наредба № 8 с отделен раздел за лица под 18 години, синхронизация със ЗСУ и действащите медицински стандарти, актуални правила за съгласуване, екип, качество, семейна работа, приключване и проследяване.

8. Изпълнение на законовата делегация по чл. 89, ал. 3 ЗКНВП за програмите за лечение, при запазване на лечението като медицинска дейност.

9. Актуализиране на медицинския стандарт „Детска психиатрия“ с изисквания за лечение на зависимости и задължителна връзка с последващата рехабилитация.

10. Разработване на национален алгоритъм за насочване, който свързва механизма на МОН, системата за закрила на детето и здравната система, без създаване на нови местни органи.

11. Определяне от МЗ на национална или регионална мрежа от лечебни структури за лица под 18 години и централизирана публична карта на възможностите за лечение и рехабилитация.

12. Създаване на национална програма за финансиране на психосоциалната рехабилитация, при която ресурсът следва одобрени програми и доставчици, с отделно планиране на детски капацитет и регионален достъп.

13. При участие на общини в националната програма да се прилагат принципите на доброволност, пълно държавно финансово обезпечаване на възложените дейности и липса на задължително общинско съфинансиране.

14. Разработване на специален модел за резидентна подкрепа на деца с проблемна употреба на ПАВ в съответствие със ЗСУ, като ясно се разграничава от болничното лечение и от нерезидентната програма.

15. Въвеждане на национални изисквания за качество, обучение и супервизия на екипите, организирани и финансирани на държавно ниво.

V. Изводи

Действащата нормативна рамка съдържа отделни правила за превенцията, лечението, психосоциалната рехабилитация, закрилата на детето и социалните услуги, но не ги свързва в един последователен и практически приложим маршрут за дете с риск от употреба, употреба, проблемна употреба или зависимост към психоактивни вещества. При превенцията основният дефицит не е липсата на правна основа, а неравномерното развитие на различните й нива, остарелите институционални препратки в Наредба № 6, ограниченият обхват на селективната и индикативната превенция, недостатъчната работа с родители и липсата на достатъчно развит национален модел за дигитална превенция, превенция в средата и ранно насочване. При лечението и рехабилитацията водещите проблеми остават фрагментираността между отделните системи, остарялата подзаконова уредба за психосоциалната рехабилитация, недостатъчното нормативно

разграничаване на детските програми и липсата на устойчив национален модел за финансиране и достъп.

Законът за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите признава право на лечение и психосоциална рехабилитация и възлага на държавните институции разработването и изпълнението на програми за намаляване на търсенето. За лицата под 18 години обаче липсва достатъчно детайлна уредба на последователността от ранно разпознаване и специализирана оценка до лечение, дневна или резидентна психосоциална рехабилитация и проследяване след приключване на програмата. Наредба № 8 от 2011 г. не е приведена в пълно съответствие със Закона за социалните услуги и с актуалната институционална и медицинска рамка, а допълващите стандарти за психосоциална рехабилитация не осигуряват самостоятелно национално достъпен детски капацитет.

Превенцията не следва да се свежда до информиране за вредите от наркотичните вещества. Необходима е последователна система, която започва с универсални програми за всички деца и семейства, осигурява целенасочена подкрепа при повишен риск, позволява ранно разпознаване и индикативна превенция при първи признаци на проблемна употреба и включва работа със средата, родителите и дигиталните рискове. При преминаване на границата към медицинска необходимост случаят следва да бъде своевременно насочен към здравната система по ясен национален маршрут.

Необходимо е да се изгради свързана национална система, в която превенцията, лечението и психосоциалната рехабилитация запазват различния си правен характер и компетентни органи, но са обединени чрез ясни правила за насочване, финансиране, качество, обмен на информация и проследяване. Крайната цел следва да бъде гарантирането на навременна, последователна и качествена подкрепа за всяко дете, независимо от мястото му на живеене и наличния местен капацитет.