

Бизнес план

Настоящият документ се явява принос на МБАЛ "ЮГОЗАПАДНА БОЛНИЦА" ООД в процеса по изготвяне от Община Ореокастро, Гърция на цялостен бизнес план по проект „Remote Healthcare Service Provision” с акроним „RemoteCARE”, Договор за БФП № В2.9а.06 (съгласно резултат D.3.3.3 от проекта)



BUSINESS PLAN

Summary

The current document is a contribution of MPHAT Southwest hospital to the overall business plan developed by the Municipality of Oreocastro, Greece, within project „Remote Healthcare Service Provision”, Acronym „RemoteCARE”, Cooperation Programme Interreg V-A Greece-Bulgaria 2014-2020.

This document is the result of deliverable 3.3.3. It consists of eight main points as follow:

Point 1 – Introduction

Subpoint 1 – Review of Cooperation Programme Interreg V-A Greece-Bulgaria 2014-2020

Subpoint 2 – Review of RemoteCARE project

Subpoint 3 – RemoteCARE project beneficiaries

Subpoint 4 – Mobile health (mHealth) and its development in Europe and Bulgaria

Point 2 – Internal analysis of the mobile health system (unit)

Subpoint 1 - Organization of the vehicle in connection with the movement of doctors and health professionals, and the functioning of the information, communication, and medical equipment

Subpoint 2 - Legal basis for the operation of the mobile health unit

Subpoint 3 – Mission and vision

Subpoint 4 – Mobile health unit services

Subpoint 5 – Target groups

Subpoint 6 - Quality assurance system

Subpoint 7 – Equipment

Point 3 – External analysis

Subpoint 1 - The financing of the National Health System in Bulgaria

Subpoint 2 - Home care services

Subpoint 3 – Requirements concerning the healthcare services

Subpoint 4 – Bulgaria health profile

Point 4 – Implementation of the strategy

Subpoint 1 – Departments and working positions

Subpoint 2 – RemoteCARE publicity measures

Point 5 – Financial and social analysis

Subpoint 1 – Financial analysis

Subpoint 2 – Social analysis

Point 6 – Risk analysis

Point 7 - Conclusions

Съдържание:

I.	Въведение	6
1.	Информация за Програма ИНТЕРРЕГ V-A Гърция-България 2014-2020	6
2.	Проектът „RemoteCARE“	8
3.	Партньорите по проект „RemoteCARE“	11
4.	Мобилно здравеопазване (mHealth) и развитието му в Европа и България	14
II.	Вътрешен анализ на мобилната здравна система	21
1.	Организация на превозното средство във връзка с движението на лекари и здравни специалисти, както и относно оборудване за телекомуникации и медицински технологии.....	21
2.	Правно основание за работата на превозното средство за извършване на профилактични прегледи	23
3.	Визия и мисия	25
4.	Предлагани услуги	26
5.	Таргет групи.....	27
6.	Система за осигуряване на качество	28
7.	Съоръжения и оборудване.....	30
III.	Външен анализ.....	44
1.	Финансирането на Националната здравна система в България.....	44
2.	Услуги за домашна грижа.....	48
3.	Изисквания към здравните услуги.....	54
4.	Здравен профил в България	54
IV.	Изпълнение на стратегията	64
1.	Департаменти и работни места	64

2.	Публикация във връзка с проект „RemoteCARE“ с цел популяризиране на действията на превозното средство за движение на лекари и здравни специалисти и оборудване за телекомуникации и медицински технологии.....	67
V.	Финансов и социален анализ.....	69
1.	Финансов анализ	69
a)	Очаквани разходи на мобилното здравно звено.....	69
б)	Логистично управление	76
в)	SWOT анализ	77
2.	Социален анализ.....	78
a)	Правото на здраве.....	78
б)	Оценка на качеството при предоставянето на здравни грижи.....	82
в)	Неравенства в областта на здравеопазването и последици.....	83
г)	Първичната здравна грижа в България, обхват, правна рамка, публична структура за предоставянето ѝ и проблеми, свързани с нея.....	86
д)	Дългосрочна грижа в България	92
VI.	Анализ на риска.....	93
VII.	Заклучения	103

I. Въведение

Настоящият документ се явява принос към разработвания от Община Ореокастро обобщен бизнес план за функционирането на мобилните здравни услуги по проект RemoteCARE, поради което структурата на документа е съобразена със зададената от гръцкия партньор.

1. Информация за Програма ИНЕТРРЕГ V-A Гърция-България 2014-2020

Програма ИНЕТРРЕГ V-A Гърция-България 2014-2020 функционира в рамките на европейската стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж и е насочена към постигане на икономическо, социално и териториално сближаване.

Целите на програмата са:

- Повишаване на конкурентоспособността на МСП
- Насърчаване на адаптацията към изменението на климата и превенцията и управлението на риска
- Съхраняване и опазване на околната среда и насърчаване на ресурсната ефективност, Насърчаване на устойчивия транспорт и премахване на участъците с недостатъчен капацитет във всички ключови мрежови инфраструктури
- Насърчаване на социалното приобщаване, борба с бедността и всяка форма на дискриминация

Програмата е изградена от пет приоритетни оси, с прилежащи към тях специфични цели, както следва:

Приоритетна ос 1 „Конкурентен и иновативен трансграничен регион“

Специфична цел 1.1. Подобряване на системите за подпомагане на стартиращи и съществуващи малки и средни предприятия, фокусирани върху трансграничното сътрудничество – относимо към Тематична цел 3, Инвестиционен приоритет 3а

Специфична цел 1.2. Разширяване на трансгранични икономически дейности, иновации и икономически обмен – относимо към Тематична цел 3, Инвестиционен приоритет 3d

Приоритетна ос 2 „Устойчив и приспособим към климата трансграничен регион“

Специфична цел 2.1. Намалване на последици от бедствия – относимо към Тематична цел 5, Инвестиционен приоритет 5b

Специфична цел 2.2. Да валоризира културно и природно наследство в трансграничния регион – относимо към Тематична цел 6, Инвестиционен приоритет 6c

Специфична цел 2.3. Подобряване на ефективността на дейностите по опазване на биологичното разнообразие– относимо към Тематична цел 6, Инвестиционен приоритет 6d

Специфична цел 2.4. Подобряване на управлението на водите и почвите– относимо към Тематична цел 6, Инвестиционен приоритет 6f

Приоритетна ос 3 „Трансграничен регион с подобрена взаимосвързаност“

Специфична цел 3.1. Подобряване на достъпността на трансграничния регион– относимо към Тематична цел 7, Инвестиционен приоритет 7b

Приоритетна ос 4 „Трансграничен регион с висока степен на социално приобщаване“

Специфична цел 4.1. Подобряване достъпа до първична и спешна медицинска помощ (при изолирани и бедни общности) в трансграничната област– относимо към Тематична цел 9, Инвестиционен приоритет 9a

Специфична цел 4.2. Разширяване на социалното предприемачество в трансграничната област– относимо към Тематична цел 9, Инвестиционен приоритет 9c

Приоритетна ос 5 „Техническа помощ“

Специфична цел 5.1. Ефективно и ефикасно управление и изпълнение на програмата

Общият бюджет за текущия програмен период е в размер на 130 262 833 евро, като разпределението на финансовата подкрепа между описаните по-горе приоритетни оси е следното: ПО 1 – 15,60%, ПО 2 – 33,06%, ПО 3 – 29,48 %, ПО 4 – 16,64%, ПО 5 – 5,22%.

Географският обхват на програмата за трансгранично сътрудничество Гърция-България 2014- 2020 включва общо 11 области (ниво NUTS III) от двете партниращи държави, и в частност:

- Гърция: Префектура Еврос, Префектура Ксанти, Префектура Родопи, Префектура Драма, Префектура Кавала, Префектура Солун и Префектура Серес
- България: Област Хасково, Област Смолян, Област Кърджали, Област Благоевград.

Проект “RemoteCARE” е един от одобрените за финансиране проекти в рамките на Втора покана за набиране на проектни предложения по програмата. Проектът е относим към Инвестиционен приоритет 9а „Инвестиране в здравна и социална инфраструктура, която допринася за националното, регионалното и местното развитие, понижаване на неравнопоставеността по отношение на здравния статус, насърчаване на социалното приобщаване чрез подобряване на достъпа до обществени, културни и развлекателни услуги и преминаването от служби на институционално равнище към служби на местно равнище“.

2. Проектът „RemoteCARE“

Проект „Remote Healthcare Service Provision”, с акроним „RemoteCARE”, се реализира посредством договор за БФП № В2.9а.06.

Проектът е насочен към подобряване на достъпността на селските райони в трансграничния район до основни медицински услуги. По-конкретно в двете зони ще се ползва придобита в рамките на проекта мобилна система за прегледи, състояща се от медицински бус, ИКТ и медицинско оборудване. Назначен екип от лекари, медицински сестри и съпътстващ персонал, ще извършва прегледи на жители от селектирани села в целевата трансгранична територия по проекта.

В процеса на извършване на прегледите мобилният екип ще ползва специален софтуер, разработен от проектен бенефициент 2, на който ще се съхраняват данните за здравните показатели на пациентите. Ще бъде разработен и набор от документи, насочен към оптималното функциониране на мобилната система, както и за дългосрочното подобряване на здравното обслужване на населението в региона. Посочените дейности ще бъдат подкрепени и от поредица уъркшопи и публични събития.

Проектът RemoteCARE насърчава борбата срещу социалното изключване, бедността и дискриминацията, тъй като предоставя медицинска помощ на хора в изолирани райони, които не могат лесно да посещават медицински звена в големи градски центрове. Най-важният принос на проекта към програмата обаче е да подобри достъпа до здравни услуги в отдалечени райони на трансграничния регион, като по този начин намали неравенството в здравните проблеми.

Общата стойност на проекта е 927 549,94 евро, от които 788 417,45 евро ЕФРР и 139 132,49 евро Национално съфинансиране от Република Гърция и Република България.

За реализирането на проекта между партньорите са разпределени съвкупност от дейности, като ключовите по същинското изпълнение на проекта са:

За Водещия бенефициент – Община Ореокастро, Гърция:

- Подготовка на комуникационен план
- Подготовка на уебсайт по проекта
- Подготовка на оперативен план за функционирането на мобилните здравни системи
- Подготовка на бизнес план на системата от услуги за първична здравна грижа
- Доставка на медицинско превозно средство, ИКТ и медицинско оборудване и асемблирането им в единна система
- Провеждане на семинари по теми като: работа с протоколи, отговорно и професионално отношение, работа с новия ИКТ софтуер и интелигентни устройства
- Провеждане на оценка и анализ на здравното обслужване

- Принос в подготовката от МБАЛ „Югозападна болница“ на проучване на възможностите за финансиране на мобилните здравни звена, така че да оперират без събиране на такси от пациентите
- Провеждане на процедура по сключване на Меморандум за разбирателство и спазване на европейските стандарти за остаряване в добро здраве
- Провеждане на уъркшопи и публични събития

За проект бенефициент 2 - Институт по информатика и далекосъобщения—
Национален център за научни изследвания "Демокрито", Гърция:

- Подготовка на технически изисквания на устройствата и софтуера за цифрово записване на здравословното състояние на пациентите
- Принос по разработвания от община Ореокастро бизнес план на системата от услуги за първична здравна грижа
- Разработка и инсталиране на софтуери за гръцкия и за българския партньор

За проект бенефициент 3 –МБАЛ „Югозападна болница“ ООД, България:

- Принос в подготовката от община Ореокастро на оперативен план за функционирането на мобилните здравни системи
- Принос в подготовката от община Ореокастро на бизнес план на системата от услуги за първична здравна грижа
- Доставка на медицинско превозно средство, ИКТ и медицинско оборудване и асемблирането им в единна система
- Принос в подготовката от община Ореокастро на оценка и анализ на здравното обслужване
- Провеждане на проучване на възможностите за финансиране на мобилните здравни звена, така че да оперират без събиране на такси от пациентите
- Принос в провеждането от община Ореокастро на процедура по сключване на Меморандум за разбирателство и спазване на европейските стандарти за остаряване в добро здраве
- Провеждане на уъркшопи и публични събития

3. Партньорите по проект „RemoteCARE“

Партньорите по проекта са:

- *Водещ бенефициент – Община Ореокастро*

Община Ореокастро е община в регион Централна Македония, създадена по програмата Каликратис. Тя е резултат от сливането на предишните общини Ореокастро, Мигдония и Калитея. Площта на новата община е 217,78 кв. км, а населението е 38 337 жители според преброяването от 2011 г. (25 183 жители според преброяването от 2001 г.). Седалището му е Ореокастро, на 11 км северно от Солун. На амфитеатрално място със средна надморска височина 250м. и на разстояние 12 километра от центъра на Солун, Община Ореокастро включва в административните си граници селищата Ореокастро, Палеокастра, Галини, Аспровриси, Пефки, Парадисос, Филотеи и Амфитея. Седалището на Общината се намира в селището Орайокастро, което е най-голямото.

Ореокастро е община с бързо развитие на населението и жилищното развитие, която с грижата на местната общинска власт работи с отношение към качеството и абсолютното уважение към човека и околната среда. Показателно е, че само за едно десетилетие населението на Ореокастро се увеличи повече от два пъти и от 5500 жители при преброяването на 2001 г. то достигна 12 000 жители. Във всеки случай, реалното население на Ореокастро днес се изчислява на над 30 000. Освен по отношение на населението, от друга страна площта на Ореокастро е повече от удвоена, тъй като с новия Общ устройствен план, който е постижение на Общинската управа, гарантиращо местно развитие, към града е включена площ от 4 217 акра.

След като постигна напредък, Ореокастро днес е модерен и динамичен град, който предоставя почти всички услуги на жителите и гостите на града. В допълнение към добре организирана основна инфраструктура, Ореокастро разполага със следните съоръжения: администрация (кметство, обществени услуги), образование, спорт (програми за масови спортове, детска и морска програма, програма „Бани в третата възраст“, Общинска гимназия Кондопулуи“, олимпийски плувен басейн, футболен стадион, тенис кортове, 5x5 полета, открити баскетболни игрища), социална политика (общинска кръвна банка,

отдел за социални грижи, КАРП, бюро за търсене на работа, училище за родители, схема за подкрепа на родителите, курсове за оказване на първа помощ, поликристал (КА), култура (активна културна организация, арт групи, театрална група, филхармония, музей на фолклора – в процес на създаване, многостранен културен и спортен център – в процес на изграждане), както и редица медицински и кредитни институции като хотелски групи. Общински детски градини, организирани и непрекъснато обновявани, начални и средни училища, училища за професионално обучение и чиракуване, центрове за образование за възрастни, общинска библиотека, училища за танци и музика.

- *Проектен бенефициент 2 - Институт по информатика и далекосъобщения—
Национален център за научни изследвания "Демокрито "*

Институтът по информатика и телекомуникации се характеризира с фокуса си върху интелигентните изчислителни системи и мрежите, като се започне от мрежово оборудване и протоколи за комуникация, до мултимодален анализ на съдържанието с техники за изкуствен интелект и накрая, прилагането на интегрирани решения в множество приложения. Институтът инвестира сериозно в изследвания около изкуствения интелект, усъвършенстваната и виртуалната реалност, 5G мрежи, със значителни резултати във всяка област. Тесните му връзки с индустриалните заинтересовани страни и особено иновативните стартиращи фирми и основни дейности на технологичния парк Lefkipros допълнително улесняват бързото включване на резултатите от научните изследвания в продукти и услуги с огромно финансово и социално въздействие. Въпреки това, още по-важен аспект от развитието на института е неговото главно стратегическо решение да действа като епицентър на плана на Демокрито за пълно обхващане на ИИ и науката, базирана на данни за своите научни дейности.

- *Проектен бенефициент 3 - МБАЛ „Югозападна болница“ ООД*

МБАЛ „Югозападна болница“ ООД - гр. Сандански е бившата Многопрофилна болница за активно лечение „Свети Врач“ ЕООД, обединена с преминалата през процес на ликвидация МБАЛ „Рокфелер“ ООД – гр. Петрич. Собственик на капитала на МБАЛ „Югозападна болница“ ООД са четирите общини – Петрич, Сандански, Струмани и

Кресна. Сградният фонд на болницата е разположен на територията на общините Петрич (сградата на МБАЛ „Рокфелер“ ООД, ул. Рокфелер) и Сандански (сградата на МБАЛ „Свети Врач“ ООД, Паркова зона).

Като **мисия** на болницата е припозната:

„Многопрофилна Болница за активно лечение с териториален обхват, но и с перспектива за привличане на пациенти с остри заболявания от други райони и области на България (лечение на остри или обострени заболявания на Сърдечно-съдовата система)“

Целите на болницата са насочени в следните области:

- ❖ Обърнато към потребностите на населението и пациентите предоставяне на медицински услуги
- ❖ Задоволяване на потребностите от болнична помощ на население и гости като многопрофилна болница за активно лечение от общ локален профил със застъпени предимно диагностика и лечение на често срещани се, широко разпространени сред населението заболявания, родилна помощ, лечение на травматизма, консултативна помощ за Спешна помощ, общопрактикуващи и специалисти от доболничната медицинска помощ
- ❖ Предоставяне на високоспециализирана медицинска помощ на амбулаторно лекувани пациенти
- ❖ Работа по национални програми и приоритети, участие в Европейски програми и проекти (Интеррег, Регионално развитие и др.)
- ❖ Център за поддържане на квалификацията на специалисти от болничната, доболничната помощ и общопрактикуващи лекари
- ❖ Постигане на ефективност и качество на медицинските услуги, изцяло удовлетворяващи потребностите на пациентите

- ❖ Инвестиции в посока подобряване качеството на услугите, достъпността и с доказан медицински и икономически ефект за типа болница – многопрофилна за активно лечение на широко разпространени заболявания
- ❖ Финансов просперитет и постигане на положителни финансови резултати, като с печалбата от дейността да се реинвестира в подобряване качеството на услугите

В МБАЛ „Югозападна болница“ ООД се осъществяват следните медицински и немедицински дейности:

- Осъществяване на болнично лечение
- Диагностика, лечение и наблюдение на болни, когато лечебната цел не може да бъде постигната в условията на извън болничната помощ
- Родилна помощ
- Рехабилитация
- Диагностика и консултации, поискани от лекар или стоматолог от други лечебни заведения
- Клинични изпитвания на лекарства и медицинска апаратура съгласно действащото в страната законодателство
- Квалификационна, учебна и научна дейност
- Експертизи за временна нетрудоспособност
- Дейности по здравна промоция и профилактика, включително профилактични прегледи и имунизации
- Издаване на документи, свързани с дейността
- Насочване на пациенти за консултативна и болнична помощ, лабораторни и други видове изследвания
- Извършване на медицински дейности и манипулации под контрол и отговорност

4. Мобилно здравеопазване (mHealth) и развитието му в Европа и България

В „Мобилното здравеопазване — нови хоризонти за здравето чрез мобилни технологии“ (mHealth – New horizons for health through mobile technologies, Global Observatory for

eHealth series) Световната здравна организация прилага следната дефиниция на мобилното здравеопазване:

В Зелената книга за мобилното здравеопазване, изготвена през 2014 г., Европейската комисия приема следната дефиниция:

„Медицинските и обществени практики в областта на здравеопазването, осъществявани с помощта на мобилни устройства, като например мобилни телефони, устройства за наблюдение на здравето състояние на пациента, цифрови персонални помощници (PDA) и други безжични устройства“.

В допълнение към приложената по-горе дефиниция, може да се добави, че мобилното здравеопазване включва и различни приложения, например за подобряване на начина на живот и благосъстоянието, които могат да се свързват с медицински изделия или датчици (напр. гривни или ръчни часовници), както и лични напътстващи системи, системи за здравна информация, системи, подсецащи за приемането на медикаменти посредством SMS, и системи за дистанционна медицина, използващи безжична връзка.

Мобилното здравеопазване е нова се и бързо развиваща се област, която има потенциал да трансформира здравеопазването и да повиши неговото качество и ефективност.

Мобилното здравеопазване обхваща различни технологични решения, които могат да измерват жизненоважно здравни параметри като сърдечна честота, ниво на глюкоза в кръвта, кръвно налягане, телесна температура, мозъчна дейност и други. Борави с комуникационни, информационни и мотивационни приложения, като напомняния за лекарства или инструменти, предлагащи препоръки за физически упражнения и хранителен режим.

Разширяващото се разпространение на смартфони, както и 3G и 4G мрежи, стимулира използването на мобилни приложения, предлагащи здравни услуги. Наличието на сателитни навигационни технологии в мобилните устройства предоставя възможност за подобряване на безопасността и автономността на пациентите.

Чрез сензори и мобилни приложения, мобилното здравеопазване позволява събирането на значителни медицински и физиологични данни, както и информация за начина на

живот и ежедневната активност на потребителя. Тези данни впоследствие може да послужат като база за последващи изследователски дейности, като същевременно улесни достъпа на пациентите до здравната им информация, навсякъде и по всяко време.

Мобилното здравеопазване също може да подкрепи предоставянето на висококачествени здравни грижи и да даде възможност за по-точна диагностика и лечение. То може да допринесе за предоставянето на права на пациентите, тъй като те биха могли да управляват здравето си по-активно, живеещи по-самостоятелен живот в домашна среда, благодарение на самооценката или дистанционно мониторингови препоръки и оценка на факторите на околната среда, като например промени в качеството на въздуха, които могат да повлияят на медицински състояния.

В това отношение мобилното здравеопазване не цели замяна на здравните специалисти, които остават в центъра на предоставянето на здравни грижи, а по-скоро се смята за подкрепящ инструмент за управление и предоставяне на здравни грижи.

През 2004 г. Европейската комисия приема първия план на действие в областта на електронното здравеопазване (Електронно здравеопазване - подобряване на здравеопазването за европейските граждани; e-Health - making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area, <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:EN:PDF>). Оттогава Европейската комисия е предприела целенасочени политически инициативи за насърчаване на масовото въвеждане на електронното здравеопазване в целия ЕС. Приемането през 2011 г. на Директивата за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване[6] и нейният член 14 за изграждане на мрежата за електронно здравеопазване отбелязаха по-нататъшна стъпка към официално сътрудничество в сферата на електронното здравеопазване с цел да се увеличат максимално социалните и икономическите ползи от него благодарение на оперативната съвместимост и въвеждането на електронни системи за здравното обслужване.

През 2012 г. бе приет и Втория „План за действие за електронно здравеопазване за периода 2012 — 2020 година - иновационно здравно обслужване през 21-ви век“. Той има за цел предприемането на мерки за преодоляване на пречките, които блокират използването на всички предимства на напълно развита и оперативно съвместима система за електронно здравеопазване в Европа. Планът разяснява политическата област

и очертава визията за електронното здравеопазване в Европа в съответствие с целите на стратегията „Европа 2020“ и Програмата в областта на цифровите технологии за Европа.

Тук е важно да се приложи и дефиницията за електронно здравеопазване (e-health), залегнала в плана:

„Електронно здравеопазване означава използването на ИКТ в здравни продукти, услуги и процеси в съчетание с организационни промени в системите на здравеопазване и нови умения, с цел да се подобрят здравето на гражданите, ефикасността и производителността при предоставянето на здравни услуги, както и икономическата и обществената стойност на здравето. Електронното здравеопазване обхваща взаимодействието между пациентите и доставчиците на здравни услуги, предаването на данни между институции или прякото общуване между пациенти и/или здравни специалисти“.

Въз основа на препоръките на Работната група по въпросите на електронното здравеопазване в Плана се предлага Комисията до 2014 г. да приеме Зелена книга за мобилното здравно обслужване и приложенията за здравеопазването и доброто физическо състояние.

През април 2014 г. Зелената книга е изготвена, като целта ѝ е да постави началото на широка консултация със заинтересованите страни относно съществуващите пречки и въпроси, свързани с внедряването на мобилното здравеопазване, и да помогне за определянето на най-добрия начин за разгръщане на потенциала на мобилното здравеопазване.

Зелената книга разглежда потенциала на мобилното здравеопазване и неговите технологични аспекти и представя въпросите, по които се търсят мнения от заинтересованите страни. В нея се анализира и потенциалът на мобилното здравеопазване за поддържането и подобряването на здравето и благосъстоянието на пациентите и за насърчаването на самостоятелността им.

През 2015 г. е създаден цифров единен пазар, който има за цел да се открият възможности за хората и предприятията в областта на цифровите технологии и да се помогне на единния пазар на ЕС да навлезе в ерата на цифровите технологии. През май 2017 г. е

проведен средносрочен преглед на цифровия единен пазар (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/?uri=COM%3A2017%3A228%3AFIN>), като е поставен акцент върху силната воля за улесняване на достъпа и обмен на здравни данни за целите на научните изследвания или лечението, както и за насърчаване на осведомеността на пациентите относно качеството на здравните услуги. През 2018 г. е направено Съобщение на ЕК, относно въвеждането на цифровата трансформация в областта на здравеопазването и грижите в контекста на цифровия единен пазар; предоставяне на правомощия на гражданите и изграждане на по-здравно общество. В него Комисията посочва намерението си да предприеме по-нататъшни действия в три области:

- Сигурен достъп на гражданите до здравни данни и споделянето им през граници;
- По-добри данни, за да се постигне напредък в научните изследвания, предотвратяването на заболявания и персонализирани здравеопазване и грижи;
- Цифрови инструменти за предоставянето на правомощия на гражданите и ориентирани към индивида грижи.

Въпреки че разработването и внедряването на решения в областта на електронното здравеопазване в здравните системи е в сферата на компетентност на националните органи, ЕС е поел ангажимент да предоставя подкрепа чрез финансиране и платформи, в чиито рамки страните от ЕС могат да си сътрудничат по въпроси, свързани с електронното здравеопазване.

Действащи са няколко платформи за съвместна работа и сътрудничество в областта на политиката, а именно:

- Мрежа за електронно здравеопазване (https://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/network_bg). Дейностите на платформата се основават на приоритетите, посочени в нейния многогодишен работен план за 2018-2021 г. (https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev_20170509_co01_en.pdf)
- Съвместното действие в подкрепа на мрежата за електронно здравеопазване, наречено eNAction (<http://ehaction.eu/>)

- Групата на заинтересованите лица по въпросите на електронното здравеопазване (eHSG) (<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/call-expression-interest-ehealth-stakeholder-group-members-2019-2022>)

Изгледано е и сътрудничество в областта на ИТ — инфраструктура за цифрови услуги в областта на електронното здравеопазване, както следва:

- Инфраструктурата за цифрови услуги в областта на електронното здравеопазване (eHDSI) - улеснява трансграничния обмен на здравни данни, включително обобщени данни за пациентите и електронни рецепти.
- Експертната група на държавите членки в областта на електронното здравеопазване (eHMSEG) - отговаря за създаването на националните точки за контакт във връзка с електронното здравеопазване и са определени от участващите държави.
- Съветът за оперативно управление в областта на електронното здравеопазване (eHOMB) - той упражнява надзор върху предоставянето на услуги и взема тактически и оперативни решения относно инфраструктурата за цифрови услуги в областта на електронното здравеопазване.

Европейската комисия оперира с няколко финансови инструмента, за да изпълнява своята политика в областта на електронното здравеопазване, а именно:

- Механизъмът за свързване на Европа (MCE) - <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/connecting-europe-facility>
- Третата здравна програма (2014-2020 г.) - https://ec.europa.eu/health/funding/programme_bg
- Хоризонт 2020 - <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/>

През октомври 2018 г. ЕК финансира и проучване за Телемедицината, което може да бъде открито на следния линк -

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/2018_provision_marketstudy_telemedicine_en.pdf.

На 16 април 2020 г. държавите от ЕС, подкрепени от Комисията, приеха набор от инструменти на ЕС за използване в отговор на пандемията от коронавирус на мобилни приложения за проследяване на контакти, при което се зачита неприкосновеността на личния живот, и за предупреждаване. На 13 май 2020 г. с подкрепата на Европейската комисия държавите от ЕС приеха насоки за оперативна съвместимост за одобрените приложения за проследяване на контакти в ЕС. Приложенията за проследяване на контакти се инсталират доброволно от гражданите и се основават на технологията Bluetooth, която не позволява проследяване на местоположението на хората. Тези приложения предупреждават хората, които са били в близост до заразено лице за определен период от време, за да могат да предприемат необходимите действия с цел да защитят себе си и околните, например чрез самоизолиране и тестване. По този начин предаването на инфекцията е определено, че може бързо да се прекъсне.

В България към структурата на Министерство на здравеопазването е изградена Дирекция „Електронно здравеопазване“, като целта ѝ е да координира изготвянето, актуализирането и провеждането на стратегия за електронно здравеопазване като част от общата стратегия за електронно управление, включително по отношение на реализиране на мерките за второстепенните разпоредители с бюджет към министъра, и др.

В Националната здравна стратегия на България 2020, като Политика 2.6. е очертано „Развитието на електронното здравеопазване“. В стратегическия документ са разпознати три ключови предизвикателства, а именно:

- Липса на интегрирана здравноинформационна система;
- Липса на достъп на пациентите до данните от техните здравни досиета;
- Липса на визия и условия за развитие на телемедицината и други комуникационноинформационни технологии в системата на здравеопазването.

В Пътната карта за 2014–2020 са разграничени три логически етапа за развитието на архитектурата на електронно управление на Република България, както следва:

- *Първият етап* включва анализ на текущото състояние на процесите в системата на здравеопазването в България – участници, процеси, отговорности, използвани информационни системи, информационните потоци, анализ на очакваните взаимодействия с европейски здравни ИТ системи и идентифициране на

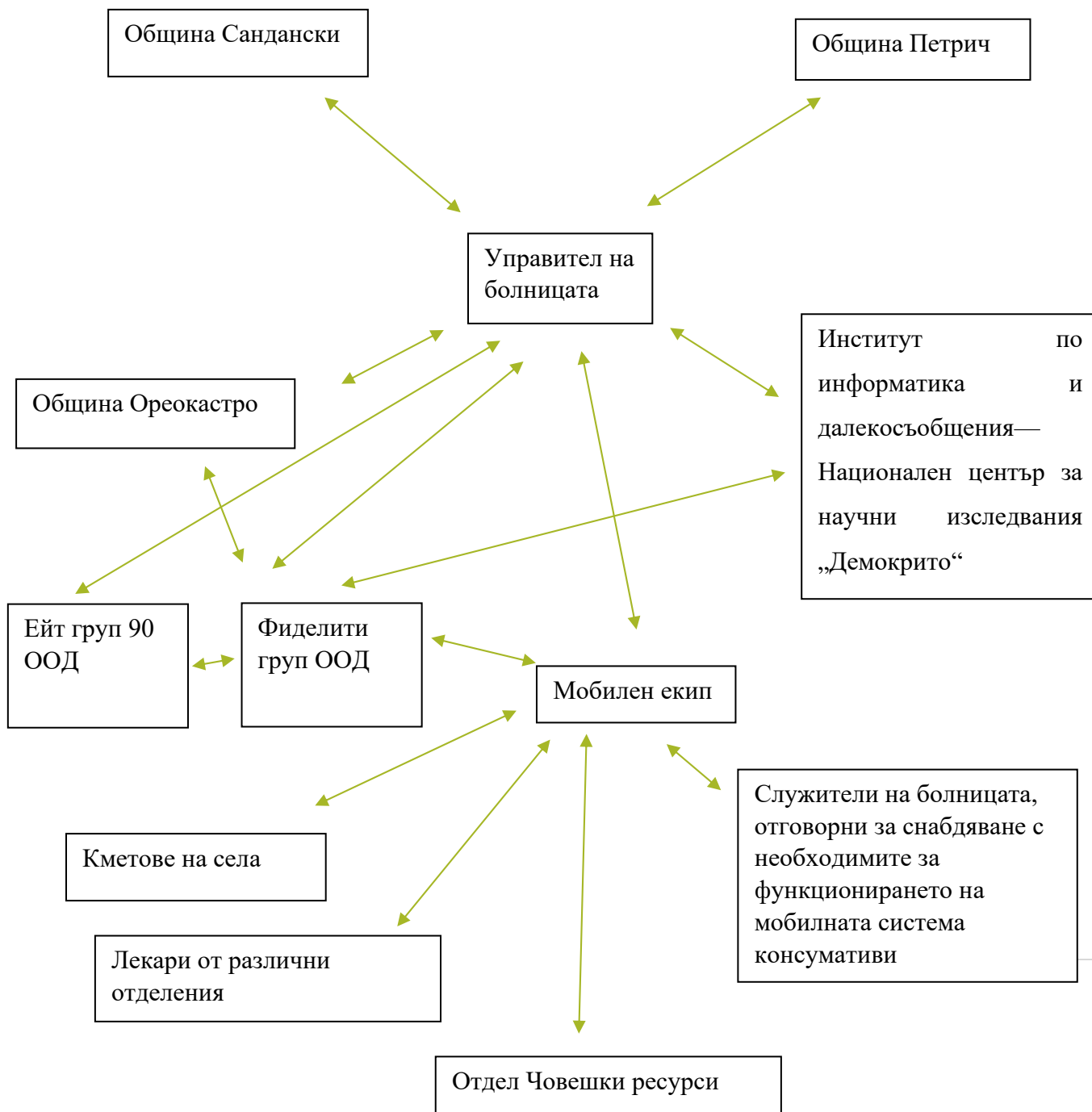
необходимото нормативно регулиране. Ще бъде определен наборът от единни регистри и номенклатури, необходими за работата на НЗИС и ще бъдат дефинирани единни стандарти за обмен на здравна информация. Изграждане на 4 основни регистъра, софтуерна среда за обмен на информация, така както и електронен здравен запис.

- *Вторият етап* включва разширение на НЗИС - разработването на допълнителни административни и специализирани регистри, разширяване на портала и системата с електронни услуги, разработване на механизми за анализ на риска, медицински одит, електронна рецепта, така както и възможности за анализи.
- *Третият етап* включва изграждане на резервен център за данни, обхващане на образната диагностика, телемедицина, елементи за подпомагане на взимането на решения, и изграждане на допълнителни електронни услуги.

II. Вътрешен анализ на мобилната здравна система

1. Организация на превозното средство във връзка с движението на лекари и здравни специалисти, както и относно оборудване за телекомуникации и медицински технологии

Организацията на функционирането на мобилната система е подчинена на определени принципи на взаимодействие и контрол. Същите са представени в приложената по-долу Органиграма:



Подробно описание на връзките и взаимодействията между отделните страни, посочени в Органиграмата, ще бъде представен Оперативния план за функциониране на мобилните услуги, обект на подготовка от фирма „Ейт груп 90“ ООД. Във връзка с функционирането на мобилната система, Община Петрич и Община Сандански ще имат правомощията за участие в избора на селата, които ще бъдат посещавани от мобилното здравно звено. Графикът за посещения на селата ще е съобразен с натовареността на лекарите по основното им трудово правоотношение с болницата, както и с развитието на епидемиологичната обстановка (основно COVID 19) в страната.

Мобилният екип ще осъществява комуникация с кметовете на селата, на чиято територия ще бъдат осъществявани прегледите, като основната цел на взаимодействието ще е организирането на жителите, така че същите да са в готовност да участват в мероприятията.

Мобилният екип ще взаимодейства и с различни структури на болницата, които ще подпомагат работата му в оперативен порядък.

Външната организация за управление на проекта („Фиделити груп“ ООД) ще поддържа непрекъснат контакт с мобилния екип и управителя на болницата, като ще сътрудничи при разрешаването на възникнали въпроси от оперативен характер, като следи за навременното изпълнение на възложените дейности. Тя ще посредничи между екипа и останалите партньори по проекта по обмен на информация, както и в случай на текущи въпроси по функционирането на софтуера.

Работата на екипа ще е под директен контрол на управителя на болницата, като същият ще приема и одобрява месечните отчети от дейността им.

2. Правно основание за работата на превозното средство за извършване на профилактични прегледи

В Националната здравна стратегия 2020 г. (НЗС) са разпознати редица проблеми с първичната медицинска помощ, като част от недостатъците са изложени по-долу:

Първичната медицинска помощ все още не може да заеме своята ключова роля в модела на здравна грижа за пациента, поради ограничения профил на дейностите и задачите,

липсата на условия за работа в екип, ограниченото признание, слабите връзки с по-високите нива на обслужване и неадекватното финансиране. Този модел е резултат от изкривените тенденции на разходите за здравеопазване и политики, които благоприятстват интензивните лечебни услуги и високотехнологичната диагностика, за сметка на основната медицинска помощ, профилактика на заболяванията, насърчаване на здравето, рехабилитация и социални грижи.

В резултат на неправилно провеждани политики в момента се наблюдават съществени несъответствия между реалните практики на общопрактикуващите лекари в страната и нормативно установените изисквания за гарантиране на достъпа на населението до качествена първична медицинска помощ.

Налице е концентриране на практиките в големите градове, недостиг на общопрактикуващи лекари в труднодостъпните и отдалечени райони и нежелание за обслужване на пациентите у дома, както и извън установеното време за амбулаторна дейност. Това затруднява достъпа на пациентите до базова медицинска помощ и натоварва системата за спешна медицинска помощ. Липсват адекватни условия и стимули за общопрактикуващите лекари за участие в дейностите по превенция и управление на хроничните заболявания и поддържане на активна обратна връзка с пациентите и с другите специалисти, участващи в грижите за тях.

Политика 2.4 от НСЗ е насочена към „Развитие на първичната извънболнична помощ, подкрепена от високотехнологична специализирана помощ“. Политиката е конкретизирана със следните мерки:

- Мярка 2.4.1. Подобряване на достъпа до първична медицинска помощ;
- Мярка 2.4.2. Подобряване на качеството на първичната медицинска помощ;
- Мярка 2.4.3. Увеличаване на относителния дял на средствата за първична медицинска помощ и подобряване на системата за заплащане на ОПЛ;
- Мярка 2.4.4. Повишаване на капацитета на първичната медицинска помощ с акцент върху промоцията и превенцията на хроничните незаразни болести и психично здраве;
- Мярка 2.4.5. Разработване и въвеждане на програми за координация на грижата – включително и мениджмънт на случаите/управление на грижата и управление на заболяванията;

- Мярка 2.4.6. Развитие на интегрирани здравно-социални услуги в общността, в т.ч. патронажни грижи, подкрепящи първичната медицинска помощ в грижата за пациентите;
- Мярка 2.4.7. Развитие на високоспециализирана медицинска помощ, в подкрепа на първичната медицинска помощ

Дейността на мобилното звено ще е в изпълнение на изведения приоритет, тъй като ще предоставя първична медицинска грижа на онази част от населението, която поради редица причини е със затруднен достъп до здравни услуги. Дейностите по проекта включват и повишаване на осведомеността и ангажираността на обществеността относно въпросите по здравна грижа, превенция и ранна диагностика. Ползването на разработения от Проектен бенефициент № 2 специализиран софтуер, ведно с закупеното ИКТ и медицинско оборудване, се явяват важен инструмент в посока утвърждаване на електронното и мобилно здравеопазване в дейността на болницата.

Работата на мобилния медицински екип ще отговаря на действащите законови разпоредби, залегнали в Закона за здравето, Законът за лечебните заведения, Наредбите за медицинските стандарти, Вътрешните наредби и правилници за регламентиране на дейността на МБАЛ „Югозападна болница“ ООД.

3. Визия и мисия

При представянето на болницата, по-горе в настоящия документ, бе посочена разпознатата от нея мисия в областта на вътреболничната дейност.

Встъпването на МБАЛ „Югозападна болница“ в проект RemoteCARE отвори пред нея нов хоризонт в здравната грижа на населението, а именно първичната/профилактична здравна грижа, което обогати и следваните от нея мисия и визия.

В рамките на проекта основните направления на профилактичната здравната грижа се свеждат до:

- Провеждане на безплатни прегледи на жителите на селата, разположени на територията на общините Петрич и Сандански
- Предписване на медикаментозна терапия и насочване към здравно заведение на онази част от населението, чиито здравни показатели го изискват
- Предоставяне на здравни съвети на пациентите
- Провеждане на уъркшопове за здравна грижа

Следването на тази нова посока на грижа към населението изисква планирането на нужните последващи стъпки за функционирането на мобилната система и след края на проекта.

4. Предлагани услуги

Медицинският екип, опериращ с мобилното звено, ще извършва профилактичен преглед на жителите на селата в двете общини, като същият ще включва широк спектър от параметри, като:

- ЕКГ
- Артериално налягане
- Сърдечна честота
- Телесна температура
- Пулмонален преглед
- Ръст
- Телесно тегло
- УНГ преглед
- Очен преглед
- Кръвна захар

Ще бъде взета информация от пациентите и за техните диагностицирани към датата на прегледа заболявания. При необходимост ще бъде предписано лечение, както и ще бъдат предоставени съвети за здравна грижа.

На база извършените прегледи ще бъде направена преценка за насочване към допълнителни специфични прегледи в болнична среда.

5. Таргет групи

В съответствие с изискванията по проект “RemoteCARE” мобилната система за здравна грижа ще функционира на територията на села от Община Петрич и Община Сандански, които са отдалечени от здравни заведения и/или са труднодостъпни и/или в тях се предлагат здравни услуги, но същите са оценени като незадоволителни.

По проекта е заложен индикатор от мин. 2 500 лица с подобрен здравен статус. Болницата си е поставила за цел посочената бройка да бъде достигната само от функционирането на мобилната система. Таргет групата е населението на подбраните села, като няма да се поставят допълнителни критерии, които да приоритизират определени групи в него.

По налични към датата на подготовката на бизнес плана данни, текущото състояние на значителна част от жителите на селата може да се обобщи в следното:

- основна част от населението е в напреднала възраст
- основна част от населението е с доходи значително под средните за страната, които не позволяват воденето на качествен живот и провеждане на лечение, извън поетото от здравната каса
- голяма част от населението е с влошен здравословен статус, като основна част от отчетените заболявания са с хроничен характер
- налице е затруднен достъп до медицински грижи (тук причините са разнородни, като част от тях са: затруднено придвижване от физиологичен характер, липса на задоволителна обществена транспортна система и инфраструктура, свързваща селото с близкото населено място с лечебно заведение, прекратени здравноосигурителни права и др.).
- рядко се провеждат профилактични прегледи, както и има тенденция да се отлагат прегледи във времето, поради редица причини, част от които са финансови и технически

Въз основа на дейността на мобилното звено и на събраните данни от прегледите ще е възможно да се обрисова актуалната картина на здравния статус на населението в селата на двете общини. Това ще е важен инструмент за планиране на дейността както на болницата, така и на по-висшестоящи институции, особено отчитайки факта, че редица планове и програми за развитие предстои да бъдат разработени, поради изтичане на действащия референтен период.

6. Система за осигуряване на качество

Качеството на предоставяните от мобилната система медицински услуги е въпрос от изключително значение не само за МБАЛ Югозападна болница, в позицията ѝ на доставчик на услугите, но и за всички, които по пряк или индиректен път ще бъдат облагодетелствани от тях.

Качеството може да бъде разгледано в следните два основни аспекта:

– Качество на техническата инфраструктура

Техническата инфраструктура е съставена от закупеното оборудване по проект „RemoteCARE” (представено е в т.7 от настоящия документ), както от разработения софтуер от партньор 2 - Институт по информатика и далекосъобщения—Национален център за научни изследвания "Демокрито", Гърция.

Доставените активи са с технически характеристики, покриващи минимално зададените от МБАЛ Югозападна болница. Посоченото обстоятелство позволява мобилното звено изцяло да обезпечи екипа, както в същинския процес по извършване на целевите прегледи, така и в придвижването им по планинските терени с неблагоприятна пътна инфраструктура.

Важно е да се отбележи, че при доставката на оборудването е предоставен набор от документи, като декларации за съответствие по чл. 14, ал. 2 от ЗМИ, ЕС сертификати за оценка на съответствието, гаранционни карти за поддръжка и сервиз, както и е проведено обучение на селектиран персонал на болницата за работа с него. Всичко това е гаранция

за последващото качествено функциониране и експлоатация на мобилното звено в неговата цялост.

– **Качество на предоставяните медицински услуги**

Част от целите на МБАЛ Югозападна болница се свеждат до постигане на ефективност и качество на медицинските услуги, изцяло удовлетворяващи потребностите на пациентите, както и в инвестиции в посока подобряване качеството на услугите.

Дейността на болницата, в частност качеството на предоставяните услуги, се подчинява на Закона за лечебните заведения, опериращи на територията на Република България. В съответствие с чл. 6, ал. 1 от закона, дейността на лечебните заведения и на медицинските и другите специалисти, които работят в тях, се осъществява при спазване на медицинските стандарти за качество на оказваната медицинска помощ и осигуряване защита на правата на пациента. Медицинските стандарти се утвърждават с наредба на министъра на здравеопазването. Същите са налични онлайн в сайта на Министерство на здравеопазването - <http://www.mh.government.bg/bg/normativni-aktove/meditsinski-standarti/>.

Медицинските стандарти определят минималните задължителни изисквания към структурите за осъществяване на дейностите по определени медицински специалности или изпълнение на отделни медицински дейности за осигуряване на качествена профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и здравни грижи за пациента.

Медицинските стандарти съдържат:

- основна характеристика на медицинската специалност/медицинската дейност;
- изисквания към лицата, осъществяващи професионална дейност по медицинската специалност/медицинската дейност;
- изисквания за осъществяване на дейностите по медицинската специалност/медицинската дейност в структури на извънболничната и болничната помощ и в лечебните заведения по чл. 10 от Закона;
- критерии за качество на изпълняваните дейности по медицинската специалност/медицинската дейност.

Контролът върху дейността на лечебните заведения, на медицинските дейности и на качеството на медицинската помощ се осъществява от Изпълнителна агенция "Медицински надзор" към министъра на здравеопазването.

Правилното и ефективно функциониране на дейността на мобилния екип ще бъде съблюдувано от болницата, в качеството ѝ на работодател на членовете на екипа. Съпътстващо съгласуване на оперативната дейност ще бъде извършвано и с фирмата, ангажирана с външното управление на проектните дейности от българска страна.

7. Съоръжения и оборудване

Медицинските прегледи в рамките на проект „RemoteCARE” ще се обслужват от закупено оборудване със следните технически характеристики.

Наименование и вид на актива:	Технически спецификации:	Количество:
<p>Превозно средство</p> <p>Производител: Ауан Ambulans</p> <p>Модел: Fiat Ducato, 2300 cc, 4x2 130hp.</p>	<p>Специализирано превозно средство съгласно БДС EN 1789:2007 +A1:2010.</p> <p>Превозно средство, тип ван, с висок покрив, ново неупотребявано, произведено 2018 година, колесна система 4x2, Капацитет 2300 куб.; Мощност 130 к.с.; 6-степенна скоростна кутия ръчна; съдържание на вредни вещества в отработените газове EURO 6,</p> <p>Разходът на гориво и капацитетът на резервоара да осигурява повече от 1000 км. пробег при едно пълно зареждане на резервоар;</p>	1 бр.

	<p>Достъп до санитарния отсек- от две места.</p> <p>Кабина, отделена от санитарния отсек; Директен визуален контакт, допълнителна двойна седалка – обезопасена; колани, специфични сигнали на управляващото устройство, система за отопление / охлаждане.</p> <p>В санитарния отсек има обособени две зони: приемна и обща стая за прегледи оборудвани, както следва:</p> <p>1. Приемна</p> <ul style="list-style-type: none">• Бюро с форма L с чекмедже за документи, с обособено място за лаптоп и принтер.• Шкаф за съхранение с две плъзгащи се врати.• Две стойки за хартия.• Стол с колелца за секретаря.• Стол за пациенти.• Очна графика и огледало за четене.	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none">• Работен плот с комплект мебели, съставен от шкаф за съхранение с две врати, две големи чекмеджета за окачени папки.• Шкаф- колона с гардероб, с една врата, чекмедже за окачени папки и чекмедже за съхранение на устройство за проверка на очите. Всички мебели са снабдени със заключващ механизъм.• Закачалка за дрехи.• Осветление <p>2. Обща стая за прегледи</p> <ul style="list-style-type: none">• Шкаф за съхранение с две плъзгащи се врати. Поставка за хартия.• Визьор.• Седалка с колелца за лекаря.• Стол за пациенти.• Лабораторна пейка, оборудвана с мивка и кран, в студена / гореща вода и шкаф за съхранение под мивката с люлееща се врата.• Дозатор за течен сапун, 2 пакета x 100 бр. хартиени кърпи и огледало.	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Кушетка за прегледи с преграда (от страната на мивката), за да се предотврати всякакво проникване на вода, Диспенсър за хартиена ролка, комплект мебели под кушетката, състоящ се от два шкафа за съхранение; Единият е предназначен за хартиените ролки, четири чекмеджета за окачени папки и рафт. Работен плот с шкаф за съхранение. • Съблекалня, която е отделена от помещението за прегледи с помощта на завеса, • Огледало. • Две закачалки. • Три директни осветителни тела. <p>Достъпът до санитарния отсек се осъществява от две места- от задната част на автомобила и от страни</p> <ul style="list-style-type: none"> • Размери на автомобила: 4,963 м х 2,070 м х 2,254м • Резервоар с припл. 22 литра позволява снабдяване/отвеждане на водата под мивката. 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Главното електрозахранване е извън електрическото захранване на уреда в 230 волта / 50Hz. • Стандартното гнездо за свързване позволява свързването на уредите към електрическата мрежа. Монтирано е в електрическата кутия. Допълнителна ръчна кабелна макара и удължението на кабела с 50 м позволява свързването на уреда към всеки стандартен контакт. • Вътрешно оборудване, снабдено с 230 волта / 50Hz. • Главното електрическо табло е монтирано в автомобила. То събира различните ключове и защиты, необходими за оборудването. • Санитарното помещение е оборудвано с осветителни ленти. Ключа за осветлението е монтирано на главната електрическа дъска. 	
<p>Транспортен пациентен монитор</p> <p>Производител: Mindray</p> <p>Модел: Bene Vision N1</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Медицински клас цветен дисплей с диагонал на екрана 8“, резолюция 1280 x 720, ъгъл на виждане над 150⁰ и автоматично регулиране на яркостта. 2. Управление на менютата чрез capacitive сензорно управление, поддържащо мултитъч операции, чрез безжични или кабелни компютърни клавиатури и мишки. 	<p>1 бр.</p>

	<p>3. Може едновременно да изобразява 13 параметрични вълнови графики.</p> <p>4. Задължителни мониторирани параметри:</p> <p>4.1. 3/5/6/12 канално ЕКГ с анализ на ST сегмент, аритмия анализ с 25 класификации и анализ на QT/QTc.</p> <p>4.2. Сърдечна честота с измервателен обхват 15 до 300 bpm за възрастни пациенти и 15 до 350 bpm за педиатрични и неонатални пациенти.</p> <p>4.3. Импедансно дишане с измервателен обхват: 0 до 200 диш/мин.</p> <p>4.4. Пулсова оксиметрия с измервателен обхват: 0 до 100 %.</p> <p>4.5. Неинвазивно кръвно налягане с режими на работа мануален, автоматичен и на серии. Измервателен обхват 10 mmHg (диастола) до 290 mmHg (систола) за възрастни и 10 mmHg (диастола) до 240 mmHg (систола) за деца.</p> <p>4.6. Телесна температура: два канала с измервателен обхват 0 до 45 0C.</p> <p>5. Памет за съхранение на 120 часа трендове за всички мониторирани параметри, 1000 аларми и събития, 1000 измервания на неинвазивно кръвно налягане,</p>	
--	--	--

	<p>48 часа записи тип „пълно разкритие” и 48 часа оксикардиореспираграми.</p> <p>6. Алармена система с 3 нива на приоритет.</p> <p>7. Директна връзка към принтер.</p> <p>8. При включване към опционален външен дисплей може да осигурява и следните допълнителни функции: първоначална и последваща оценка на нивото на съзнание на пациента по скалата на Глазгоу, класифициране по скала EWS за разпознаване на пациенти, чиито физиологични състояния са изложени на риск от влошаване, калкулатор за лекарства, хемодинамични, оксигенационни, вентилационни и ренални калкулации.</p> <p>9. Може да бъде доизграден с параметрични модули за капнография и непрекъснат мониторинг на сърдечен дебит и изчисляване на допълнителни параметри за оценка на хемодинамичния и флуиден статус на пациента по технология PiCCO.</p> <p>10. Електрическо захранване: променливотоково от централна мрежа, 12V DC от линейка и от вградена акумулаторна батерия осигуряваща минимум 8 часа автономна работа.</p> <p>11. Има безвентилаторно охлаждане.</p>	
--	---	--

	<p>12. Тегло: 0,95 кг</p> <p>13. Защита от проникване на течност и твърди частици: клас IP44.</p> <p>14. Тестван на издръжливост при падане от височина 1,2 метра на всичките си шест страни.</p> <p>15. Отговаря на следните стандарти: EN 1789, EN13718-1, IEC 60601-1-12, RTCA DO-160G, MIL-STD-810G, MIL STD 461F.</p> <p>16. Окомплектовка: комплект ЕКГ кабел за деца и възрастни, маркуч за неинвазивно кръвно налягане, 4 различни размери маншети за неинвазивно кръвно налягане за деца и възрастни, удължителен кабел за пулсова оксиметрия, многократни сензори за пулсова оксиметрия за деца и възрастни, многократни сензори за температура за деца и възрастни, докинг станция за фиксиране на монитора в превозно средство.</p>	
<p>Глюкометър</p> <p>Производител: Freestyle</p> <p>Модел: Optium</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Преносим тип глюкомер. • Кръвната проба не попада в апарата • Памет до 10 измервания • Индикация на високи и ниски измервания • Кутия за съхранение и пренасяне • С включени 50 комплекта инструменти за проби (тест ленти) 	<p>1 бр.</p>

<p>Електронен кантар за отчитане на телесно тегло до 150 кг</p> <p>Производител: Soehnle Industrial Solutions GmbH</p> <p>Модел: Soehnle Industrial Solutions (Gala XL)</p>	<p>Максимален капацитет до 150 кг</p>	<p>1 бр.</p>
<p>Апарат за мониторинг и изследвания на белодробни заболявания при възрастни и деца (спирометър)</p> <p>Производител: MIR –</p> <p>Модел: Spirobank ii smart + winspiropro software</p> <p>(Spirobank II with bluetooth Smart)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 19`` дисплей • Форсиран витален капацитет (FVC); • Форсиран обем за издишване в секунда (FEV1); • Съотношение на FEV1 и FVC (FEV1%); • Пиков експираторен поток (PEF); • Среден поток между 25% и 75% от FVC (FEF2575); • Анализ на съотношението между измерената и референтната стойност • Вградена батерия 	<p>1 бр.</p>

<p>Стетоскоп</p> <p>Производител: Rudolf Riester GmbH</p> <p>Модел: Rudolf Riester (Stethoskop duplex ® 2.0)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Нагръдник с възможност за комбинации диафрагма/ камбанка. • Окомплектован с меки, силиконови наушници, допълнителни комплект с два чифта наушници и бадж. 	<p>1 бр.</p>
<p>Отоскоп</p> <p>Производител: Rudolf Riester GmbH</p> <p>Модел: RI-SCOPE ® L2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • LED-Пръстен със светодиоди. • Автоматично изключване на захранването • Продължителност на живота на светодиодите: 100.000 часа. • Интензитет на осветяване: 10,000 Lux • Цветна температура: 4.000 K • Оптимизиран дизайн на главата • Въртяща се 3-кратно увеличаваща лупа със заключване. • Инсуфлационен порт за пневматично изпитване. • Електронен бутон за включване/изключване • Захранване: 2x AAA алкални батерии, включени в комплекта. • 20 бр. Еднократни спекулуми, сиви, 10 x 2.5 mm и 10 x 4.0 mm. 	<p>1 бр.</p>

<p>Офталмоскоп с дръжка</p> <p>Производител: Rudolf Riester GmbH</p> <p>Модел: RI-SCOPE ® L2</p>	<p>Офталмоскоп с дръжка</p>	<p>1 бр.</p>
<p>Сървър с операционна система</p> <p>Производител: Dell</p> <p>Модел: PowerEdge R230</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rack mount 1U • Процесор - x64; 8 MB smart cache; 4 core • Оперативна памет - 32GB DDR4 • Storage - 2 x 256GB SSD RAID 1 + 2 x 4TB HDD • Network interface - on-board 2p 1Gb • Операционна система - сървърна операционна система x64, Windows Server Essential 2019 	<p>1 бр. production и 1 бр. back-up</p>
<p>Сървър с операционна система</p> <p>Производител: Dell</p> <p>Модел: Vostro 3670 MT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Процесор - x64; 6MB smart cache; 4 core • Оперативна памет - 16GB 2400 MHz DDR4 • Storage - 2 x 240GB SSD DVD+/-RW, Intel UHD 630, 802.11n, BT 4.0 • WiFi • Операционна система - x64, Windows 10 Pro x64, 3Y NBD 	<p>1 бр.</p>

<p>Шкаф за 2 бр. сървъри, 1 бр. UPS, 1 бр. рутер</p> <p>Производител: TOTEN AD</p> <p>Модел: Сървърен шкаф 27U</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Сървърен шкаф 27U; w600/d1000/h1388 mm; - двойни врати; - крачета и колелца; - пач панел cat6 – 1 бр.; - електрически разклонител – 1 бр.; - тава – 1 бр., пач кабели cat6 – 10 бр., вентилаторен блок – 1 бр. 	<p>1 бр.</p>
<p>Монитор</p> <p>Производител: LG</p> <p>Модел: 22MB37PU-V/IPS/FHD/DVI/USB</p>	<p>USB свързване</p>	<p>1 бр.</p>
<p>Клавиатура</p> <p>Производител: DELL</p> <p>Модел: KB216 Wired USB Multimedia Keyboard Black</p>	<p>USB свързване</p>	<p>1 бр.</p>
<p>Мишка</p>	<p>USB свързване</p>	<p>1 бр.</p>

<p>Производител: Dell</p> <p>Модел: MS116 Optical Mouse USB</p>		
<p>UPS</p> <p>Производител: TUNCMATIK</p> <p>Модел: NT PRO2 ONLINE 3KVA (X9)</p>	<p>- 3000VA</p> <p>- on-line</p>	1 бр.
<p>UPS</p> <p>Производител: TUNCMATIK LITE</p> <p>Модел: II 1000VA</p>	<p>- 1000 VA</p>	1 бр.
<p>Рутер</p> <p>Производител: Cisco</p> <p>Модел: RV340</p>	<p>- Dual WAN</p> <p>- Gigabit VPN</p> <p>- rack mount</p>	1 бр.
<p>Рутер</p>	<p>- 3G/4G LTE Backup – Wan Router</p> <p>- WiFi</p>	1 бр.

<p>Производител: D-link</p> <p>Модел: N300</p>		
<p>Лаптоп с операционна система</p> <p>Производител: Acer</p> <p>Модел: Swift 3, SF314-52-34L8</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Екран - 14" IPS FullHD (1920x1080) - Процесор - x64; 4MB L3 cache; 2 core - Оперативна памет - 8GB DDR4 - Storage - 256GB SSD - WiFi; Bluetooth 4.2 - Операционна система - x64, Windows 10 	2 бр.
<p>Принтер</p> <p>Производител: Xerox</p> <p>Модел: WorkCentre 3215N</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A4 - Laser MFP - Скорост на печат - 26ppm - LAN; WiFi; USB - Toner cartridge 3000p 	2 бр.
<p>Таблети</p> <p>Производител: Acer</p> <p>Модел: Iconia B3-A40</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 10.1" - 2GB RAM - 32GB internal storage - 2 MP & 5MP Cam, Speakers, 802.11ac, BT 4.1 - GPS, Android 7 	3 бр.
<p>Флаш памет</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ADATA USB 2.0 32GB PLASTIC 	10 бр.

<p>Производител: ADATA</p> <p>Модел: USB 2.0 32GB PLASTIC</p>		
<p>Интернет модем, тип</p> <p>USB устройство</p> <p>Производител: Huawei</p> <p>Модел: Viva</p>	<p>- Неограничен интернет</p> <p>- 30GB на месец на максимална скорост</p> <p>- Предплатен за период от 12 месеца</p> <p>- поддръжка на 4G LTE</p>	1 бр.

Вида, количеството и параметрите на оборудването е съобразено с характера на медицинските услуги, които ще бъдат предлагани сред жителите на целевите села на териториите на община Петрич и община Сандански. С една част от оборудването е асемблирано в единна мобилна станция за здравна грижа, а останалата е разположена в МБАЛ Югозападна болница – сградата в гр. Петрич.

III. Външен анализ

1. Финансирането на Националната здравна система в България

Здравната система в България може да бъде определена като силно централизирана, като основните участници на национално ниво са Народното събрание, Министерският съвет, Министерството на здравеопазването, Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) и професионалните организации на лекари и зъболекари.

От гледна точка функции Министерството на здравеопазването е отговорно за цялостната организация и функциониране на здравната система (за здравното законодателство, координацията и ръководството на множество подчинени институции, за планирането и регулирането на доставчиците на здравни услуги и за финансирането на специфични видове здравни услуги).

През 1998 г. е създадена Здравноосигурителната система, включваща задължително и доброволно здравно осигуряване, като:

- Социалното (задължително) здравно осигуряване (ЗЗО) се осъществява от Национална здравноосигурителна каса (НЗОК). НЗОК заплаща медицински и дентални услуги, включени в основен пакет, и лекарства, посочени в Позитивен лекарствен списък (ПЛС). Основният пакет от здравни услуги и цените на услугите се договарят между НЗОК и съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина ежегодно.
- Доброволното здравно осигуряване (ДЗО) се осъществява от работещи за печалба акционерни застрахователни дружества за общо и животозастраховане, които директно сключват договори и с лечебните заведения, и със застрахованите лица.

Тук е важно да се направи разграничително уточнение, а именно, че здравноосигурителната система (ЗЗО и ДЗО) обхваща диагностиката, лечението и рехабилитацията, както и някои лекарства за осигурените лица, а МЗ отговаря за финансирането на дейностите в областта на общественото здраве, спешната помощ, трансплантациите, трансфузионната хематология, лечението на туберкулозата и стационарната психиатрична помощ, планирането и осигуряването на човешки ресурси за системата, за развитието на медицинската наука и за събиране и поддържане на данни за здравния статус на населението, за дейностите в здравната система и за материалните и човешките ресурси.

Лечебните заведения са автономни самоуправляващи се организации. Цялата първична медицинска и дентална помощ, лекарствата, по-голямата част от специализираната извънболнична помощ и част от болничната се предоставят в частния сектор. Държавата е собственик на университетските болници и националните центрове, специализираните национални болници, центрoвете за спешна медицинска помощ, психиатричните

болници, центровете за трансфузионна хематология и диализа, както и на 51% от областните болници.

Тук е мястото да се обърне внимание, че собствеността на МБАЛ Югозападна болница ООД е поделена между четири общини – Община Петрич, Община Сандански, Община Струмияни, Община Кресна.

През юли 2019 г. Министерството на здравеопазването предложи реформа на социалното здравно осигуряване, за да се даде възможност на частни здравноосигурителни фондове да се конкурират с НЗОК при предлагането на обществения пакет от здравни дейности, но тази промяна все още е в ранен етап на обсъждане. Последните няколко години са белязани от предизвикателства пред осъществяването на здравната политика и увеличаващо се влияние на националните съдилища в тази област.

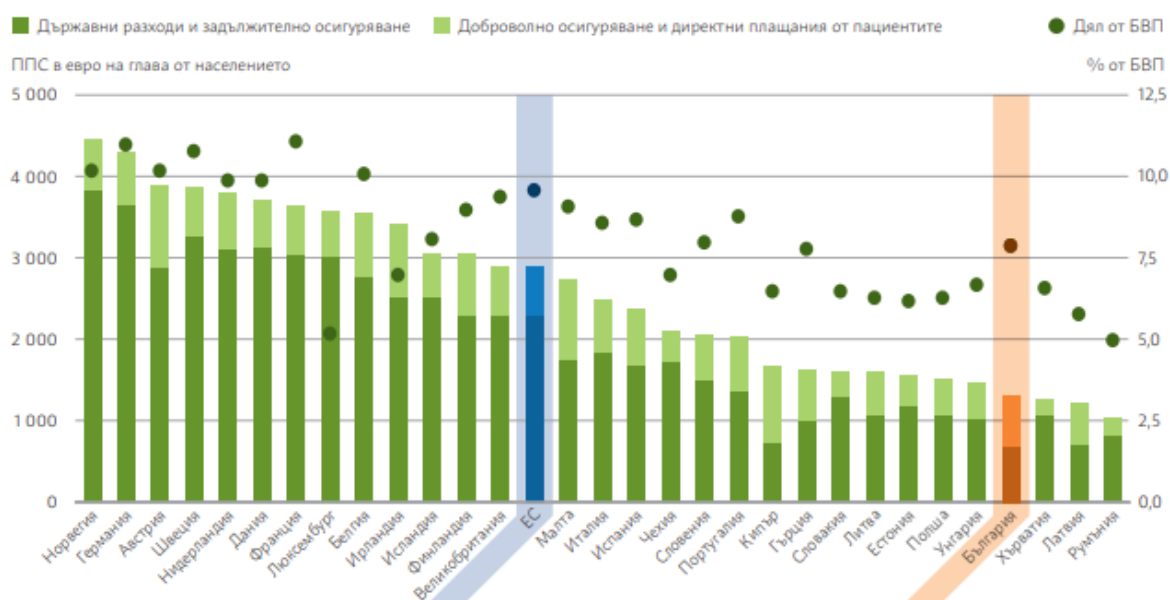
Що се отнася до финансирането на здравните услуги, то е публично-частно. Здравните услуги се финансират от задължителни здравноосигурителни вноски, данъци, директни плащания от пациентите, доброволни здравноосигурителни премии, корпоративни плащания, дарения и външно финансиране.

Въпреки че и публичните, и частните разходи за здравеопазване допринасят за увеличаването на общите разходи, темпът на нарастване на частните разходи изпреварва този на публичните, поради което те представляват най-големият източник за финансиране на здравеопазването в България.

В здравния профил на България за 2019 г. е посочено, че на публичното финансиране се падат 52,1 % от общите разходи за здравеопазване през 2017 г., което е второто най-ниско равнище в ЕС след Кипър. Това е и най-ниското равнище, отчетено за България, след въвеждането на социалното здравно осигуряване през 1998 г. Лицата и работодателите внасят вноските за социално здравно осигуряване, а държавата покрива вноските за децата, пенсионерите, бедните и други чрез данъчни приходи. Други данъчни приходи се разпределят чрез годишните бюджети към Министерството на здравеопазването и общините. Директните плащания (ДП) от пациентите са 46,6 % от разходите за здравеопазване през 2017 г., което е най-високият дял в ЕС. Основните фактори, способстващи за директните плащания, са плащанията за услуги, които не са обхванати от пакета от здравни дейности на НЗОК (включително повечето дентални услуги и

дългосрочните грижи), както и доплащането за редица услуги и лекарствени продукти, които се отпускат с лекарско предписание (вж. раздел 5.2). Неофициалните плащания се оценяват като значителен дял от всички директни плащания от пациентите за здравеопазване и допринасят за натиска върху разходите на домакинствата (Захариев и Георгиева, 2018 г.). От друга страна, на доброволното здравно осигуряване се падат едва 0,5 % от текущите разходи за здравеопазване през 2017 г.

Разходите за здравеопазване са се увеличили значително, но тяхното равнище продължава да е сред най-ниските в ЕС. През 2017 г. България е изразходвала 1311 евро на глава от населението (коригирани с разликите в покупателната способност) за здравеопазване, което е четвъртото най-ниско равнище в ЕС. През периода 2005—2017 г. разходите за здравеопазване на глава от населението са се увеличили повече от двойно с 5,3 % среден годишен темп на растеж от 2009 г. насам, което изпреварва темпа на растеж на всички други държави — членки на ЕС, с изключение на Румъния (вж. раздел 5.3). Разходите за здравеопазване продължават да се увеличават: бюджетът на НЗОК за 2019 г. е с 24 % по-голям, отколкото за 2017 г. Като дял от БВП, през 2017 г. България е изразходвала 8,1 % за здравеопазване, което е под средната стойност за ЕС от 9,8 %, но надвишава равнището на съседните държави.



Източник: Статистически данни на ОИСР за здравеопазването за 2019 г. (данните се отнасят за 2017 г.).

“Този документ е създаден в рамките на проект „Remote Healthcare Service Provision” с акроним „RemoteCARE”, Договор No B2.9a.06, който се осъществява с финансовата подкрепа на Програма за трансгранично сътрудничество „ИНТЕРРЕГ V-A ГЪРЦИЯ- БЪЛГАРИЯ 2014-2020”, съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския фонд за регионално развитие. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от МБАЛ Югозападна болница ООД и при никакви обстоятелства не може да се счита, че този документ отразява официалното становище на Европейския съюз, Управляващия орган, Съвместния секретариат и участващите страни”

2. Услуги за домашна грижа

Грижите за възрастни в България се поемат от общинските служби за социално подпомагане. Възрастни с увреждания, живеещи в общността, могат да кандидатстват за подпомагане за социална рехабилитация и интеграция.

Помощта, която им се оказва по домовете (или т.нар. домашен патронаж), включва социални, медико-социални и/или здравни услуги. За целта общинският съвет може да наема персонал или да сключва договори с частни доставчици на услуги, които са лицензирани в съответствие със закона. Грижи в дома се предлагат също и от специализираните институции за настаняване, хосписите и центровете за медико-социални грижи.

Поради недостатъчния капацитет на предлаганите дългосрочни грижи от институционален тип и в общността, грижата за нуждаещите се пациенти обикновено се поема от семейството и роднините им. Работещите членове на семейството, които се грижат за свой близък, могат да ползват платен отпуск по болест, но само за кратък период от време. Повечето подобни болногледачи (неформално заети) се грижат за своите близки за дълги периоди от време и това ограничава значително техните възможности за друга трудова заетост. През последните години се засилва ролята на неправителствените организации при предоставянето на подобни грижи по домовете.

От 2003 г. Министерството на труда и социалната политика осъществява програмата „Асистенти за хора с увреждания“. Компонентите на програмата включват създаването на позициите „личен асистент“ и „социален асистент“, а по-късно на „домашен асистент“ и „помощник-възпитател“.

Програмата има за цел да намали броя на хората в институции, като им осигури грижи в семейна среда, както и да създаде работни места в социалната сфера, като по този начин да се създадат повече възможности за безработните. Одобрените асистенти подписват споразумение с лицензиран работодател (подразделение на Агенцията за социално подпомагане, общинската администрация или лицензирана фирма), който отговаря за тяхната работа.

През 2017 г. са сключени договори с близо 6 400 лични асистенти, 1 000 социални асистенти и 2 500 домашни асистенти. За същата година тези асистенти полагат грижи за 15 000 души с увреждания или възрастни хора, които не могат да се обслужват сами, в 178 общини в страната (Министерство на труда и социалната политика 2017). Оценка на нуждаещите се от подобни грижи се прави от териториалните поделения на Агенцията за социално подпомагане. Средствата за наемане на лични, социални и домашни асистенти се осигуряват от общините чрез Агенцията за социално подпомагане.

На територията на община Петрич и община Сандански се осъществяват следните социални дейности:

Община Петрич:

- Домашен социален патронаж – е комплекс от социални услуги, предоставяни по домовете, свързани с доставка на храна, поддържане на лична хигиена и хигиената на жилищните помещения, съдействие за снабдяване с необходимите технически помощни средства при хора с увреждания, битови услуги и др.
- Център за настаняване от семеен тип за деца и младежи с увреждания - социална услуга от резидентен тип, която предоставя жизнена среда с грижа за деца и младежи с увреждания, предоставящ комплекс от социални и здравни услуги. Приемат се лица с увреждания с решение на ТЕЛК, НЕЛК или ЛКК.
- Дневен център за деца с увреждания - център за деца с увреждания предоставящ комплекс от социални услуги за лица под 18 години. Капацитетът на Дневния център е 30 места. Обгрижват се деца с увреждания с решение на ТЕЛК, НЕЛК или ЛКК.
- Дневен център за лица с увреждания - център за възрастни хора с увреждания предоставящ комплекс от социални услуги за лица над 18 години. Капацитетът на Дневния център е 12 места. Приемат се лица над 18 години с увреждания с решение на ТЕЛК, НЕЛК или ЛКК.

- Център за ранна превенция по проект „Равен шанс за всички деца“. Предоставя социални, здравни и образователни услуги за деца и родители от уязвими групи. Центърът изпълнява широк спектър от дейности, сред които ранна превенция на уврежданията; индивидуална педагогическа подкрепа за деца с увреждания; предоставяне на психологическа подкрепа; консултиране на бъдещи и настоящи родители за формиране и развитие на родителски умения; семейно консултиране и подкрепа; индивидуална и групова работа с деца и родители; допълнителна образователна подготовка за повишаване училищната готовност на децата за равен шанс в училище; подкрепа за осигуряване на здравна детска консултация и дейности по превенция на заболяванията.
- Център за настаняване от семеен тип за деца - е социална услуга от резидентен тип, която предоставя жизнена среда за пълноценното израстване и развитие на деца, лишени от родителска грижа, за които към момента на настаняване са изчерпани възможностите за връщане в биологичното семейство, настаняване при близки и роднини или приемно семейство.
- Център за обществена подкрепа - Центърът за обществена подкрепа обединява различни услуги, насочени към деца и семейства – психологично и социално консултиране, съдействие и придружаване с оглед оказване на подкрепа на децата за преодоляване на различни проблеми в развитието и общуването, както и на семействата за полагане на добра родителска грижа за децата.
- Преходно жилище - за деца и младежи. Социална услуга от резидентен тип, в която се предлага комплексна грижа за непълнолетни лица от уязвими групи, както и за такива с дълъг институционален престой, за които към момента няма възможност за реинтеграция в семейна или близка до семейната среда. Услугата цели подпомагане на младежите в тяхното израстване като независими възрастни, подкрепа за усвояване на умения за самостоятелен живот и успешна социална интеграция.

- Патронажна грижа чрез мобилни интегрирани услуги за възрастни хора - предоставят се социални и медицински услуги чрез посещения в домовете. Целевата група от лица, които са с увреждания и/или в невъзможност за самообслужване. Те се подпомагат със здравни грижи и психологическо консултиране.

Забележка: Първите четири социални услуги са изцяло общински – държавно-делегирана дейност.

Следващите са създадени и функционират по Оперативни програми на Европейски съюз.

За община Сандански:

- Домашен социален патронаж е социална услуга, предоставяна в обичайната домашна среда на потребителите. Капацитета на предоставяната услуга е 250 потребителя. Услугите, които се извършват от Домашния социален патронаж са свързани с: доставка на храна, включително и за диабетици; посещение в домовете на потребителите от социален работник; оказване на социална подкрепа; помощ за поддържане на личната и битовата хигиена в домовете на потребителите; при необходимост съдействие за закупуване на лекарства и хранителни продукти, съдействие при заплащане на комунални разходи и др; Услугата се финансира от общински бюджет.
- Дневен център за деца и младежи с увреждания „Света Неделя” – гр. Сандански- Капацитетът на услугата е 36 места за деца и младежи от 1 до 18 години. Дневния център осигурява специално отношение и индивидуална грижа за всяко дете. За целта при постъпването в центъра, екип от специалисти извършва комплекса оценка на потребностите, въз основа на което се изготвя индивидуален план за грижа. Децата могат да се възползват от целодневни или почасови услуги, в зависимост от нуждите и потребностите им. Услугата е държавно делегирана дейност.

- Дневен Център за възрастни с увреждания „Света Неделя” – гр. Сандански - Дневния център за възрастни с увреждания е социална услуга , предлагаща специализирани услуги за лица с физически и интелектуални затруднения. Капацитетът на услугата е 20 места за лица над 18 години. В центъра се създава подходяща среда, в която лицата могат да контактуват с други лица с увреждания, като участват заедно в разнообразни занимателни дейности. Услугата е държавно делегирана дейност.
- Дневен център за възрастни с увреждания – с. Ласкарево - Дневния център в с. Ласкарево обслужва с приоритет възрастни с психични разстройства. С потребителите работи екип от специалисти, които чрез прецизно планиране на различните обучителни, рехабилитационни, трудотерапевтични и артерепевтични мероприятия, целят да стимулират потенциала на потребителите, да преодолеят социалната изолация и да подкрепят социалното им включване. Капацитетът на услугата е 15 потребителя. Услугата е държавно делегирана дейност.
- Защитено Жилище за възрастни с умствена изостаналост – с. Вълково Защитено жилище е социална услуга – резидентен тип за възрастни хора с умствена изостаналост, които могат да водят относително самостоятелен живот, но имат нужда от подкрепата на специалисти. То създава условия за обучение и възможност за формиране на социални и трудови навици, за опознаване на обществената среда. Всеки от потребителите в Защитеното жилище разполага със собствена стая, която може да обзаведе по собствен вкус. Капацитета на жилището е 8 потребителя. Услугата е държавно делегирана дейност.
- Център за настаняване от семеен тип за деца и младежи с увреждане – с. Вълково е социална услуга от резидентен тип, която предоставя жизнена среда за пълноценно развитие на деца и младежи. Услугата е разкрита във връзка с процеса на деинституционализация и закриването на Дом за деца и младежи с умствена изостаналост – с. Петрово, общ. Сандански. След откриването на центъра, в него са настанени предимно деца от закритата вече институция, за които към момента на настаняването им не е било възможно да бъдат отглеждани в биологичното им

семейство, в семейство на близки и роднини или в приемно семейство. Капацитета на услугата е 14 потребителя. Услугата е държавно делегирана дейност.

- Център за настаняване от семеен тип за възрастни с психични разстройства – с. Петрово - На територията на село Петрово, община Сандански са разкрити две услуги от типа Център за настаняване от семеен тип за възрастни хора с психични разстройства с капацитет съответно 13 и 15 потребителя.

ЦНСТВХПР е социална услуга от резидентен тип, в която се полагат грижи за възрастни хора с психична болест над 18 годишна възраст. Центърът предоставя комплекс от социални услуги, които създават условия за преодоляване на социалната изолираност на хората с психични разстройства и гарантира равноправното им положение в общността.

Центровете в с. Петрово разполагат със спални помещения, всяко с възможност за настаняване на две лица, с осигурен личен кът, просторни дневни, с кът за регламентирани и/или нерегламентирани (свободни) занимания, индивидуални и/или групови занимания, столова за хранене, оборудвана и обзаведена кухня, санитарни помещения, медицински кабинет, офиси на персонала. Освен това, Центровете разполагат с ателиета за лечебно-терапевтична дейност, зала за рехабилитация, просторна градина и площадка. Услугите са държавно делегирана дейност.

- Център за социална рехабилитация и интеграция, гр. Сандански е насочен към деца и лица с различни видове увреждания, емоционално-поведенчески проблеми и девиантно поведение, нарушения в развитието; зависимости; жертви на насилие и експлоатация; други. В центъра могат да се ползват следните услуги: Двигателна рехабилитация, Психологическа подкрепа, Логопедична рехабилитация, Социална рехабилитация, Трудотерапевтична рехабилитация. Услугата е държавно делегирана дейност.
- Център за обществена подкрепа - Услуги на Център за обществена подкрепа са насочени към: Деца от 0 до 18 години в риск и техните семейства; Деца и младежи в специализирани институции или услуги от резидентен тип или приемно

семейство; Младежи, напускащи специализирани институции, услуги от резидентен тип или приемни семейства; Бременни жени, родители / законни представители на дете в риск; Кандидати или вече одобрени приемни семейства или осиновители; Лица – бъдещи родители, близки и роднини на дете, което ползва услугата ЦОП; Основната цел на ЦОП – е да подобри качеството на живот на децата и семействата в риск, като се предоставят качествени социални услуги, които отговарят на техните потребности и са достъпни за всяко дете и неговото семейство. Услугата е държавно делегирана дейност.

3. Изисквания към здравните услуги

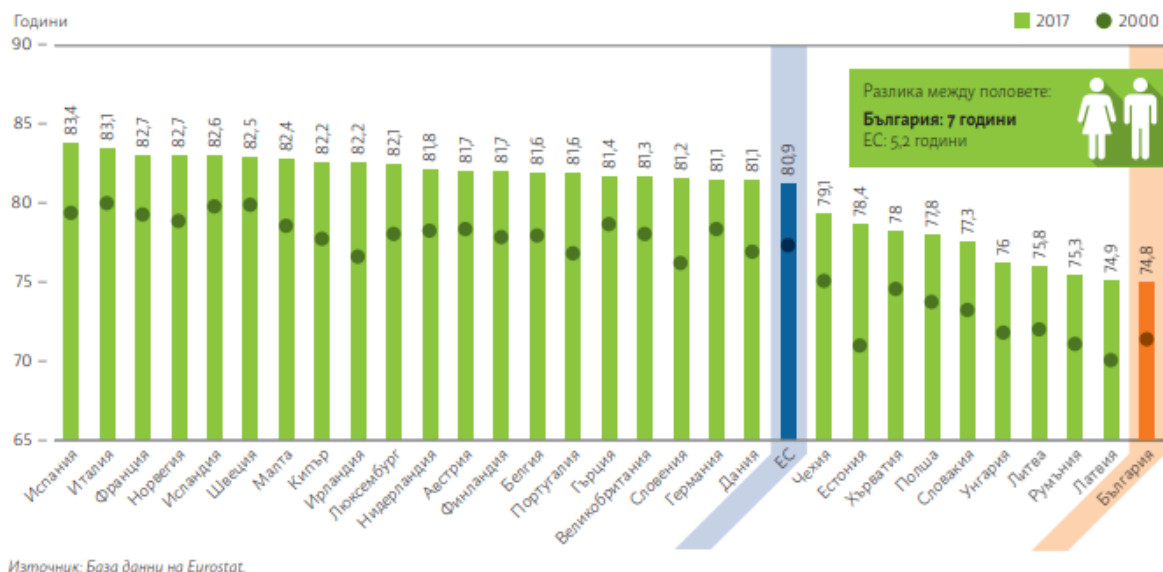
Здравните услуги в България се регулират от Закона за здравето, Закона за лечебните заведения на Р България е посочено, че опазването на здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие е национален приоритет и се гарантира от държавата чрез прилагане на следните принципи:

- равнопоставеност при ползване на здравни услуги;
- осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ, с приоритет за деца, бременни и майки на деца до една година;
- приоритет на промоцията на здраве и интегрираната профилактика на болестите;
- предотвратяване и намаляване на риска за здравето на гражданите от неблагоприятното въздействие на факторите на жизнената среда;
- особена здравна закрила на деца, бременни, майки на деца до една година и лица с физически увреждания и психически разстройства;
- държавно участие при финансиране на дейности, насочени към опазване здравето на гражданите.

4. Здравен профил в България

В доклад на Европейската комисия, касаещ оценка на здравния статус на България през 2019 г. се посочва, че макар и средната продължителност на живота в България да се е увеличила от 71,6 години през 2000 г. на 74,8 години през 2017 г., тя е най-ниската в ЕС. Повишението на средната продължителност на живота е по-голямо сред жените, отколкото сред мъжете, като по този начин съществуващата разлика между половете е нараснала на седем години. Въпреки това жените в България са с най-ниската средна

продължителност на живота в ЕС (78,4 години), докато мъжете са с третата най-ниска (71,4 години).



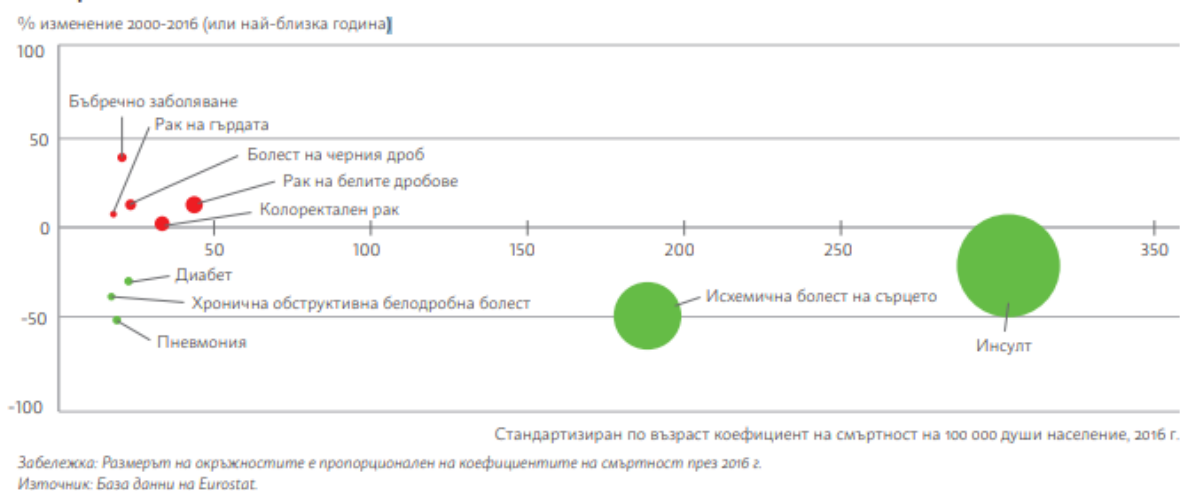
Източник: База данни на Eurostat.

В доклада е разгледана продължителността на живота спрямо критерия „ниво на образование“ – ниско (степен средно образование) и високо (степен висше образование). Установено е, мъжете с ниско образование на възраст 30 години живеят средно с 6,9 години по-малко от тези с висше образование (68,6 години при мъжете с ниско образование, спрямо 75,5 години при мъжете с високо образование), макар че тази разлика е по-малка от средната стойност за ЕС от 7,6 години. При жените разликата е по-слабо изразена — 4,5 години (76,6 години при жените с ниско образование, спрямо 81,1 години при тези с високо образование), но малко по-голяма от средната за ЕС от 4,1 години. Тази разлика в продължителността на живота може да се обясни отчасти с различната експозиция на рискови фактори, като например употреба на тютюн и нездравословно хранене.

През периода 2000—2018 г. България са отчетени значителни подобрения по отношение на детската смъртност, която намалява значително от 13,3 на 5,8 смъртни случая на 1000 живородени — резултат, който се дължи и на Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве. Продължават да съществуват обаче значителни

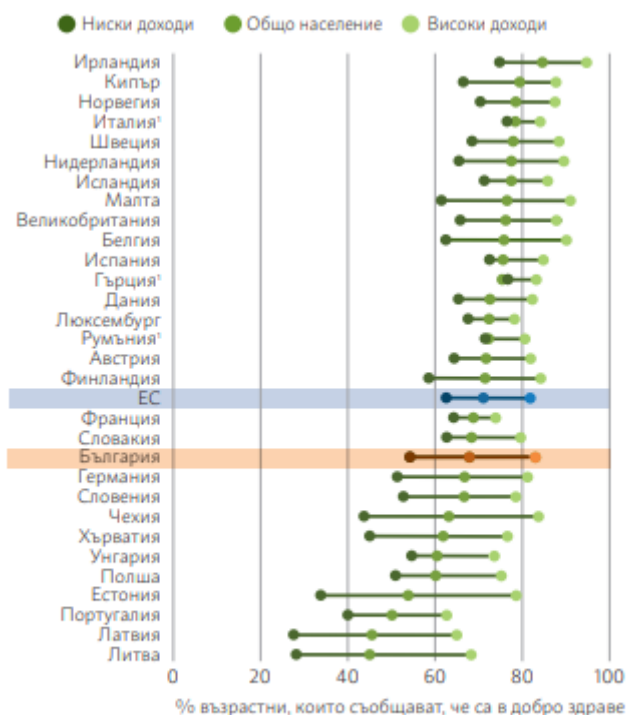
регионални различия, като в област Смолян и област София (столица) са отчетени ниски коефициенти от съответно 1,5 и 2,6, докато много по-високи са отчетени в Плевен (11,3) и Разград (10,6) (Национален статистически институт, 2019а).

На болестите на органите на кръвообръщението се дължат най-висок брой умирания в България с над 1100 на 100 000 души за 2016 г. (около три пъти повече от средната стойност за ЕС, която е 360 на 100 000). На инсулти се дължат 300 от тях (в сравнение с 80 средно за ЕС). Инсултът е бил причина за около една пета от всички смъртни случаи. За разлика от това, смъртността от исхемична болест на сърцето — втората най-често срещана причина за смърт, е намаляла повече от наполовина от 2000 г. насам. Спадът е по-изразен при жените, отколкото при мъжете, и отчасти се дължи на намаляването на някои поведенчески рискови фактори, както и на подобрената ранна диагностика и лечение (като например безплатни годишни медицински прегледи за сърдечно-съдови заболявания) и увеличената употреба на лекарства за хипертония.



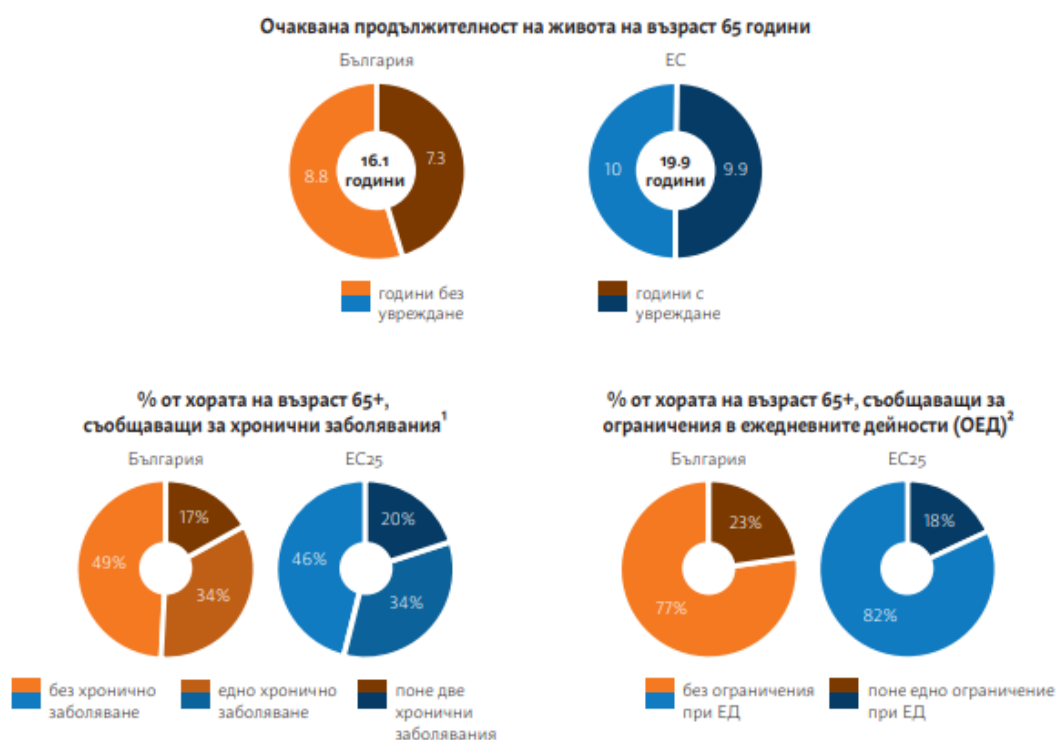
Ракът на белите дробове е най-честата причина за смърт от онкологични заболявания, като смъртността се е увеличила с близо 12 % от 2000 г. насам, което отчасти е отражение на последиците от тютюнопушенето. През последните години е нараснала и смъртността от други видове онкологични заболявания, по-специално от рак на дебелото черво и на гърдата.

Както е посочено на фигурата по-долу, през 2017 г. две трети от населението съобщава, че е в добро здраве, което е близо до средната стойност за ЕС от 69,7 %. Въпреки това в България съществуват по-големи различия между групите с различни доходи, отколкото в ЕС. Повече от четири на всеки пет лица, които попадат в квинтила на най-високите доходи, считат, че са в добро здраве, в сравнение със само около половината от лицата в квинтила на най-ниските доходи.



През 2017 г. българите на възраст 65 години се очаква да живеят още 16,1 години — увеличение с две години от 2000 г. Въпреки това, както е обичайно и за други държави от ЕС, известен брой години живот след 65-годишна възраст са придружени с някои здравни проблеми или увреждания. В България това са средно около седем години, което е значително по-малко от средната стойност за ЕС. Въпреки че разликата между половете по отношение на средната продължителност на предстоящия живота на възраст 65 години остава значителна, като българските мъже живеят почти 4 години по-малко от жените (14,1 години спрямо 17,8), разликата в броя на годините живот в добро здраве² е

по-малко от 1 година, тъй като жените живеят по-дълго с хронични заболявания или увреждания. Посочените тенденции са проследени на следната фигура:

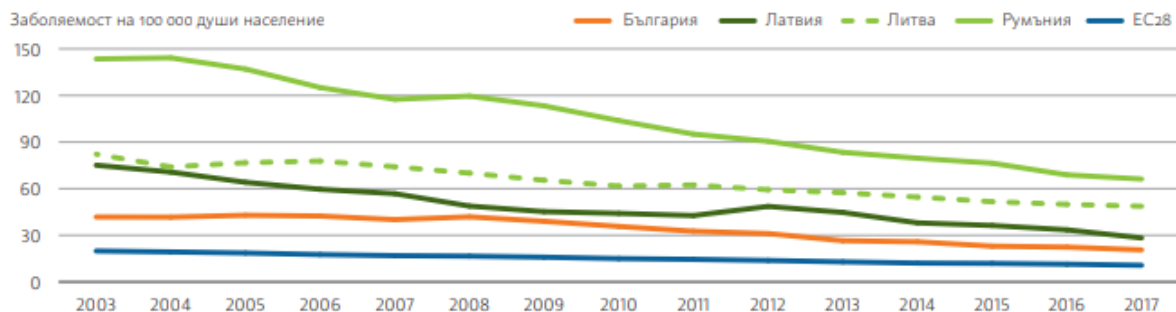


Малко над половината от хората на възраст 65 и повече години съобщават, че имат поне едно хронично заболяване, като този дял е малко под средния за ЕС. Почти една четвърт от населението на възраст 65 и повече години обаче съобщава за тежки увреждания, които ограничават основните ежедневни дейности (ОЕД), като обличане и вземане на душ. Това равнище е много по-високо от средното за ЕС (18 %).

Пред България все още стоят важни предизвикателства при справянето с инфекциозните болести. Въпреки че броят на новите случаи на ТБ е намалял през последното десетилетие, разпространението все още не е овладяно. През 2017 г. честотата на регистриране е почти двукратно по-голяма от средната за ЕС/ЕИП — 21 нови случая на 100 000 души население в сравнение с 11 на 100 000 души население в ЕС/ЕИП. Освен

“Този документ е създаден в рамките на проект „Remote Healthcare Service Provision” с акроним „RemoteCARE”, Договор No B2.9a.06, който се осъществява с финансовата подкрепа на Програма за трансгранично сътрудничество „ИНТЕРРЕГ V-A ГЪРЦИЯ- БЪЛГАРИЯ 2014-2020”, съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския фонд за регионално развитие. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от МБАЛ Югозападна болница ООД и при никакви обстоятелства не може да се счита, че този документ отразява официалното становище на Европейския съюз, Управляващия орган, Съвместния секретариат и участващите страни”

това заболяемостта от морбили се увеличава рязко от 0,1 на милион души население през 2016 г. на 23,2 през 2017 г.



Източник: Данни от надзора на ECDC

Относно световната пандемия COVID-19, на 13.03.2020 г. с Решение на Народното събрание на Република България бе въведено извънредно положение на територията на цялата страна. На 14.05.2020 г. с Решение № 325 на МС положението бе променено на извънредна епидемична обстановка, като същата продължава и към момента.

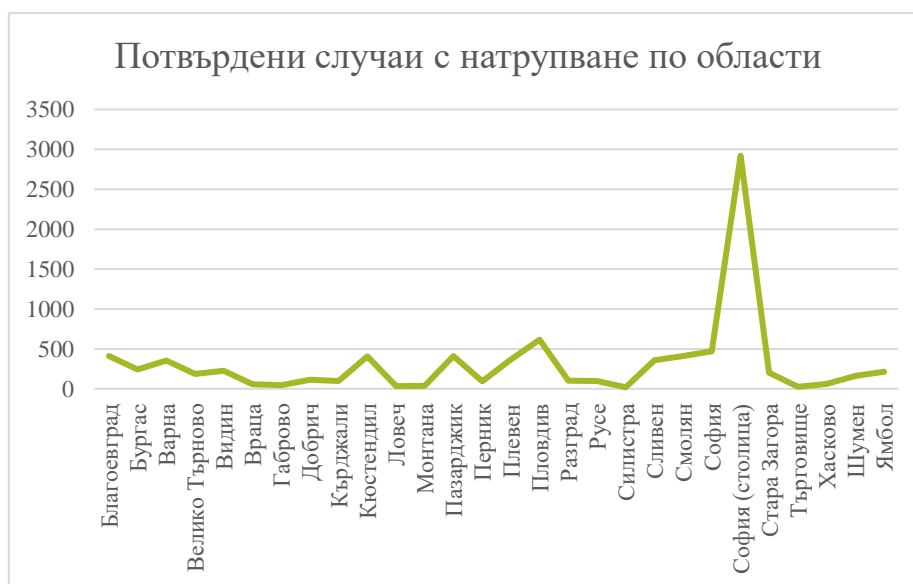
Отделните райони на Р България са засегнати в различна степен от заразата, като в следващите таблица и графика е обрисувана кумулативната ситуацията към 20.07.2020 г.

Област	Общ брой
Благоевград	411
Бургас	243
Варна	354
Велико Търново	184
Видин	225
Враца	58

Габрово	45
Добрич	112
Кърджали	98
Кюстендил	406
Ловеч	34
Монтана	36
Пазарджик	412
Перник	95
Плевен	366
Пловдив	613
Разград	102
Русе	97
Силистра	19
Сливен	357
Смолян	410
София	472
София (столица)	2921
Стара Загора	203
Търговище	26

Хасково	60
Шумен	161
Ямбол	213
Общо	8733

Източник: Единен информационен портал COVID-19, Министерство на здравеопазването



Карантинираните в общините Петрич и Сандански са над 500 души, видно от графиката по-долу.

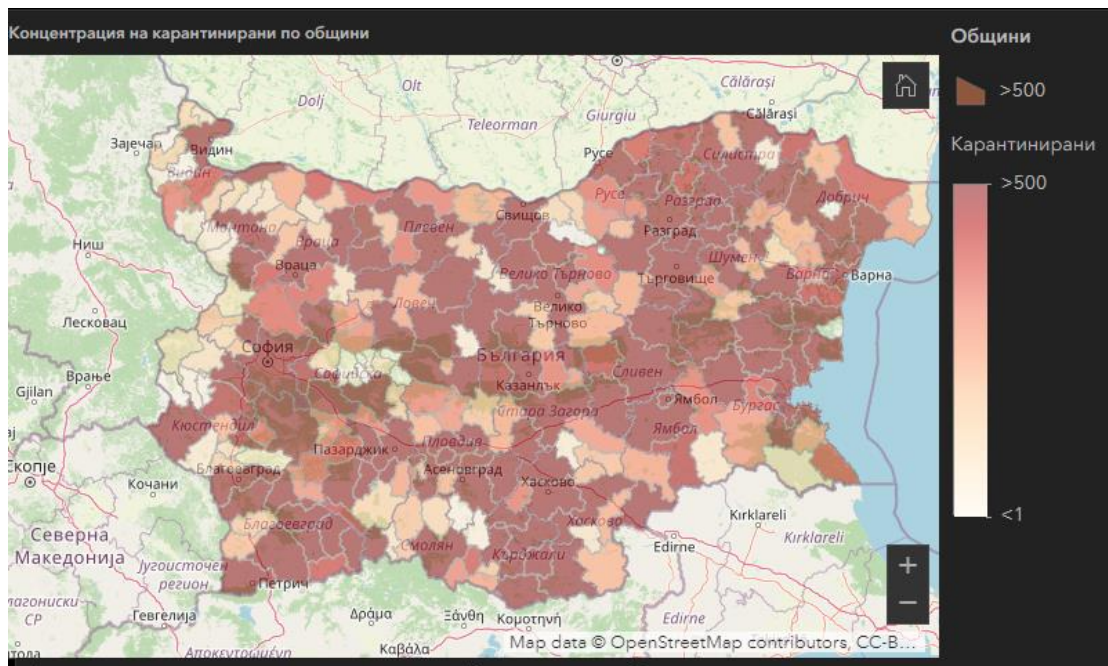
Interreg

Greece-Bulgaria

RemoteCARE



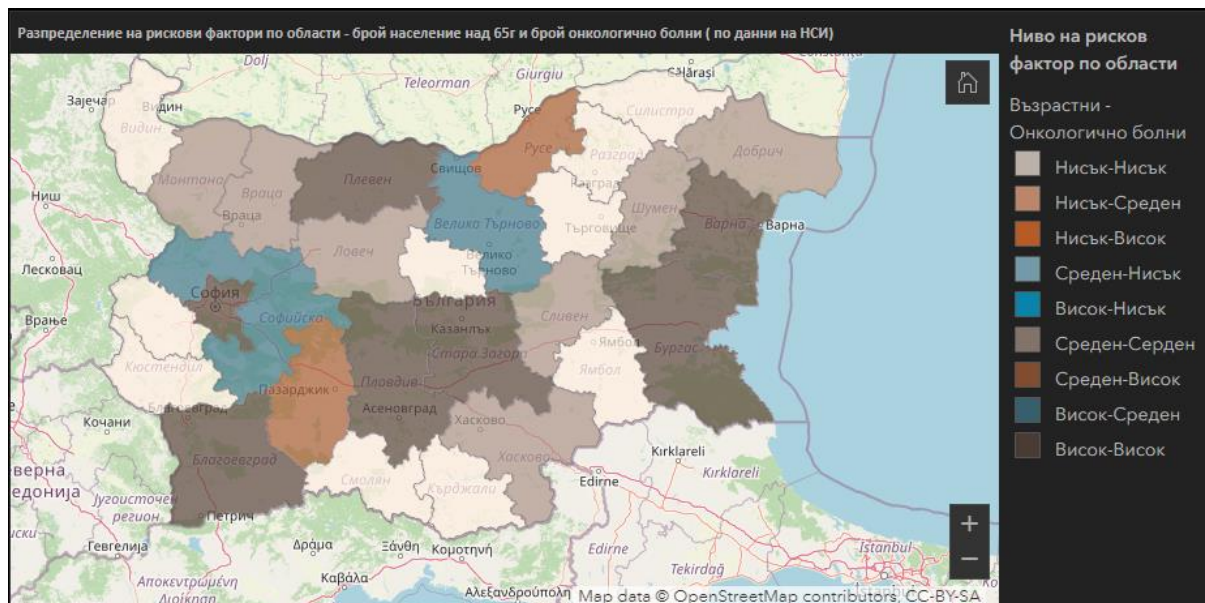
European Regional Development Fund



На следващата снимка е представен регистър на общинските лечебни заведения за болнична помощ, определени за COVID-19. Видно от снимката, на територията на общините Петрич и Сандански МБАЛ „Югозападна болница“ ООД е единственото лечебно заведение.



От наличните анализи на данни в Единния информационен портал COVID-19 към Министерство на здравеопазването е предоставена и справка за рисковите фактори по области (по индикатор Възрастни – онкоболни), приложена по-долу.



От справката е видно, че в област Благоевград (където са разположени общините Петрич и Сандански) населението над 65 г. и броят на онкоболните е с високи стойности, което определя областта като високо рискова.

IV. Изпълнение на стратегията

1. Департаменти и работни места

Извършването на прегледите, респ. експлоатация на мобилното звено, ще се осъществява от назначен на трудови договори екип със следните характеристики:

Лекари – 2 бр.

Задължения и отговорности:

- Организира и провежда диагностична дейност в Мобилна система (звено) за здравна грижа, свързана с извършване на прегледи на място на лица на територията на селектирани села от община Петрич и община Сандански по

Проект 1819 "Remotecare", финансиран по програма ИНТЕРРЕГ V-A "Гърция-България 2014-2020", състоящи се от:

- ЕКГ, артериално налягане, сърдечна честота, телесна температура
 - Пулмонален преглед, Ръст, телесно тегло
 - УНГ преглед, Очен преглед
 - Кръвна захар
- Дейността се извършва след получаване на информирано съгласие от пациентите или от неговия законен представител в предвидените от закона случаи.
 - След извършване на предвидения преглед и провеждане на здравна консултация при необходимост насочва пациента към специалист или предписва лечение.
 - Точно и своевременно попълване и ползване на медицинската документация;
 - Участва и контролира изготвянето на отчетността за работата в мобилната система;
 - Следи за опазването на инструментариума, апарати и имущество на поверената мобилна система

Медицински сестри – 2 бр.

Задължения и отговорности:

- Организира и подпомага дейността на лекаря при осъществяване на диагностични изследвания на пациенти в Мобилна система (звено) за здравна грижа, свързана с извършване на прегледи на място на лица на територията на селектирани села от община Петрич и община Сандански. Проект 1819 "Remotecare", финансиран по програма ИНТЕРРЕГ V-A "Гърция-България 2014-2020". по проект "RemoteCARE, състоящи се от:
 - Подготвя пациентите за провеждане на прегледите, и попълване първичната медицинската документация;
 - Точно и своевременно попълва предвидената медицинската документация;

Административен секретар – 1 бр.

Задължения и отговорности:

- Ежедневно въвежда правилно и точно данни от медицинската документация и регистрира журнали/ в специализиран медицински софтуер за електронно съхранение на медицински данни за преминалите пациенти в Мобилна система (звено) за здравна грижа, свързана с извършване на прегледи на място на лица на територията на селектирани села от община Петрич и община Сандански по Проект 1819 "Remotecare", финансиран по програма ИНТЕРРЕГ V-A "Гърция-България 2014-2020".
- Периодично/седмично, месечно, систематизира въведените данни и изготвя отчети за извършената дейност
- Следи за правилната обработка на въведените данни от компютърната програма;
- При неизправност на ползваната техника или при констатиране на неправилна обработка на данните незабавно уведомява лекарите по проекта
- Разпечатва и архивира в дела данни за прегледаните пациенти.
- Прави справки извлечения от базата данни в компютърната система при поискване на Управителя или контролори по проекта.
- Следи за нерегламентиран достъп на други лица до базата данни;
- Изготвя и попълва необходимата документация за отчитане на даден период.

Шофьори – 5 бр.

Задължения и отговорности:

- Управляване на Мобилна система за здравна грижа, свързана с извършване на прегледи на място на лица на територията на селектирани села от община Петрич и община Сандански по Проект 1819 "Remotecare", финансиран по програма ИНТЕРРЕГ V-A "Гърция-България 2014-2020", състоящо се в транспорт на медицинския екип от едно до друго населено място
- Да бъде внимателен и предпазлив при управление на моторното превозно средство (МПС), като спазва правилата на Закона за движение по пътищата;
- Да попълва съответните данни в пътните листове съгласно изискванията

- Да се грижи за техническата изправност на Мобилната система, като зарежда същото с гориво, масло, антифриз, вода и следи тяхното количество по време на движение
- Да уведомява работодателя за всяка повреда, чието отстраняване води до нарушаване на трудовите задължения
- Да поддържа чисто превозното средство
- Да се съобразява с атмосферните условия, с релефа на местността, със състоянието на пътя и на превозното средство
- Да пази поверения му МПС, а по време на престой да вземе необходимите мерки за неговото съхраняване;

Работата на екипа ще бъде отчетана с отчетни документи, които ще бъдат одобрявани от управителя на МБАЛ Югозападна болница, а полагаемото възнаграждение – от главния счетоводител на болницата. Екипът ще осъществява взаимодействие с различни структури на болницата, като най-интензивно ще протича комуникацията със служителите, отговорни за доставката на медицинските консумативи.

Координация на дейността по функционирането на мобилното звено може да се осъществява и с външната фирма, ангажирана с управлението на проекта.

2. Публикация във връзка с проект „RemoteCARE“ с цел популяризиране на действията на превозното средство за движение на лекари и здравни специалисти и оборудване за телекомуникации и медицински технологии

Дейността на мобилното звено ще бъде популяризирано сред общността посредством различни мероприятия предвидени по проекта, а именно:

- Провеждане на трансгранично събитие за популяризиране на проекта (съгл. резултат D 2.3.1)
- Подготовка и разпространение на материали за публичност (съгл. резултат D 2.3.2)

- Провеждане на публично събитие по проекта (съгл. резултат D 2.3.3)
- Провеждане на два уъркшопа по проекта (съгл. резултат D 3.3.1)

Следвайки указанията за публичност по програмата на медицинският бус, ИКТ и медицинското оборудване са поставени стикери с визуализация. По този начин самото придвижване на превозното средство, както и ползването на оборудването по време на прегледите ще популяризира проекта и програмата.



Изготвени са два информационни постери, като същите са поставени при входните врати на сградите на МБАЛ „Югозападна болница“ в гр. Петрич и гр. Сандански.



В допълнение към посочените дейности са направени редица публични изяви във връзка с дейността на мобилното звено.

Планува се провеждането и на допълнителни, извън предвидените по проекта, медийни/публични изяви, целящи популяризиране на дейностите по проекта, както и насърчаващи профилактиката на здравната грижа сред населението.

V. Финансов и социален анализ

1. Финансов анализ

а) Очаквани разходи на мобилното здравно звено

Извършването на прегледи на жители в селата на община Петрич и Сандански е обвързано с генерирането на оперативни разходи. В рамките на проект RemoteCARE е заложена целева стойност от 2 500 лица с подобрен здравен статус.

Ако се приеме, че бройката бъде достигната само от прегледи, то до края на проекта прогнозните генерирани разходи са представени в таблиците по-долу.

Група 1: Разходи за мобилен екип

Длъжност на членовете на екипа	на на	Брой на лицата по длъжност	Брой допустими часове по проекта/за бр. лице	Часова ставка в евро/за 1 бр. лице	Общ разход в евро
Лекар		2	860	25	43 000
Медицинска сестра		2	860	12,50	21 500
Административен секретар		1	101	12,51	1 263,51
Шофьор		5	172	9	7 740
Общ разход за екипа:					73 503,51 евро
БФП по проект RemoteCARE за този вид дейности:					73 503,51 евро

Група 2: Разходи за гориво

Вид гориво	Разход за изминат километър	Количество километри	Общ разход
Дизел	0,15 евро/км	16 150	2 422,50 евро
БФП по проект RemoteCARE за този вид дейности:			2 422,50 евро

Група 3: Оперативни разходи

Същите са разгледани в следващите таблици, с приета база от 50 пациента и относителен физически разход.

Единичните цени са заложи на база пазарни цени в аптечната мрежа и онлайн доставчици. Същите се явяват максимални, с оглед на факта, че доставните цени в болнична мрежа са по-ниски.

№	Вид консуматив	Общ разход (количество) за 50 пациента	Общ разход (цена в лева) с ДДС за 50 пациента	Общ разход (цена в евро, курс 1,9558) с ДДС за 50 пациента	Общ разход (цена в евро) с ДДС за 2 500 пациента
1	Хартия А4	110 листа	1,76	0,90	45,00
2	ЕКГ хартия	2/3 от руло	6,20	3,17	158,50
3	Тонер касета	за 110 листа	4,59	2,35	117,50
4	Кухненска хартия	1 руло	3,14	1,60	80,00
5	Памук	1 пакет	1,20	0,61	30,50
6	Спирт	250 мл	2,50	1,28	64,00
7	Ленти за кръвна захар Freestyle	50 бр.	25,00	12,78	639,00
8	Игла за кръвна захар (Ланцети)	50 бр.	5,00	2,56	128,00

9	Медицински маски	50 бр.	50,00	25,56	1 278,00
10	Дезинфектант за ръце	1 л.	20,00	10,23	511,50
11	Антибактериален течен сапун	1 л.	7,00	3,58	179,00
12	Деинфектиращ спрей за повърхности	500 мл.	11,50	5,88	294,00
12	Пликове за отпадъци, 50 л.	10 бр.	1,50	0,77	38,50
13	Руло хартия за постилане върху кушетка за прегледи	2 x 50м/60см	22,00	11,25	562,50
Общ разход за 50 пациента:				82,52 евро	
Общ разход за 2 500 пациента:					4 126,00

За посочените в таблицата разходи не е предвидена БФП по проект RemoteCARE.

Прогнозен общ размер на разходите, свързани с прегледи на 2 500 пациента в рамките на проекта е 80 052,01 евро, от които 75 926.01 БФП.

В зададената от Община Ореокастро методология за подготовка на бизнес плана е заложен 4 годишен период след края на проекта, за който са планирани разходи за продължаване на дейността на мобилната система, като в настоящия план са увеличени на 5 години. Прогнозните разходи зависят от редица променливи, като:

- брой лица, които биха били преглеждани в рамките на една календарна година
- цена на консумативите, която ще бъде приложима за болничната мрежа
- численост и състав на екипа, който ще бъде обвързан с мобилната система
- отдалеченост на селата, които ще бъдат посещавани

- брой лица, които ще бъдат прегледани на територията на едно село
- здравословното състояние на пациентите, което определя продължителността на прегледа
- епидемиологичен профил в двете общини, който би въздействал на интензитета на прегледите (напр. риск от евентуалното им преустановяване в случай на разрастване на пандемията COVID-19) и др.

Въпреки редицата променливи, за целите на 5 -годишната прогноза ще приемем следните базови условия:

- намаляване на състава на мобилния екип, спрямо числеността му в рамките на проекта;
- запазени пропорции (съгласно посочените по-горе) между отделните видове разходи;
- постоянен брой прегледани лица за всяка от 5те години (600 лица)
- при прогнозата отново са ползвани за единичните цени пазарните в аптечната мрежа и предлаганите на дребно от онлайн доставчици. Същите се явяват максимални, с оглед на факта, че доставните цени в болнична мрежа са по-ниски. Важно за целите на анализа е да се изведе максималния възможен праг на разходите, който би компенсирал бъдеща инфлация в цените, особено в условията на епидемиологична извънредна ситуация каквато е пандемията COVID-19.

Група 1: Разходи за мобилен екип

Длъжност на екипа	Брой на лицата по длъжност	Брой часове за година/за 1 бр. лице	Часова ставка в евро/за 1 бр. лице	Общ разход в евро за 1 година	Общ разход в евро за 5 години
Лекар	1	414	25	10 350	51 750
Медицинска сестра	1	414	12,50	5 175	25 875

Шофьор	1	414	9	3 726	18 630
Общ разход за екипа:				19 251 евро	96 255 евро

Група 2: Разходи за гориво

Вид гориво	Разход за изминат километър	Количество километри	Общ разход за 1 година	Общ разход за 5 години
Дизел	0,15 евро/км	8 000	1 200 евро	6 000 евро

Група 3: Оперативни разходи

№	Вид консуматив	Общ разход (количество) за 50 пациента	Общ разход (цена в лева) с ДДС за 50 пациента	Общ разход (цена в евро, курс 1,9558) с ДДС за 50 пациента	Общ разход (цена в евро) с ДДС за 600 пациента = 1 година	Общ разход (цена в евро) с ДДС за 3 000 пациента = 5 години
1	Хартия А4	110 листа	1,76	0,90	10,80	54,00
2	ЕКГ хартия	2/3 от руло	6,20	3,17	38,40	192,00
3	Тонер касета	за 110 листа	4,59	2,35	28,20	141,00

4	Кухненска хартия	1 руло	3,14	1,60	19,20	96,00
5	Памук	1 пакет	1,20	0,61	7,32	36,60
6	Спирт	250 мл	2,50	1,28	15,36	76,80
7	Ленти за кръвна захар Freestyle Optium	50 бр.	25,00	12,78	153,36	766,80
8	Игла за кръвна захар (Ланцети) Optium	50 бр.	5,00	2,56	30,72	153,60
9	Медицински маски	50 бр.	50,00	25,56	306,72	1 533,60
10	Дезинфектант за ръце	1 л.	20,00	10,23	122,76	613,80
11	Антибактериален течен сапун	1 л.	7,00	3,58	42,96	214,80
12	Деинфектиращ спрей за повърхности	500 мл.	11,50	5,88	70,56	352,80
12	Пликове за отпадъци, 50 л.	10 бр.	1,50	0,77	9,24	46,20
13	Руло хартия за постилане върху кушетка за прегледи	2 x 50м/60см	22,00	11,25	135	675,00
Общ разход за 1 година:				990,60 евро		

Общ разход за 5 години:	4 953,00 евро
-------------------------	---------------

Изчисленият общ разход за 5 години е в размер на 107 208 евро, т.е. по 31 441,60 евро на годишна база (приета е хипотезата за равни по размер годишни разходи). В рамките на проект RemoteCARE предстои да бъде изготвен анализ за възможните източници на финансиране на мобилната система за здравна профилактика, така че тя да продължи своята работа в условията на не събиране на такса от пациентите.

б) Логистично управление

Логистичното управление ще бъде разгледано в следите два контекста:

- Администриране и материално обезпечаване на мобилния екип

В Органиграмата бе посочено, че екипът по тази линия има пряко взаимодействие с отдел „Човешки ресурси“, с които следва да се дискутират всички въпроси по организиране на трудово-правните отношения, в т.ч. отпуски, разпределение на часовете по основен и втори трудов договор, така че да се спазят изискванията от Наредбата за работното време почивките и отпуските и т.н. С него трябва да се обсъждат и въпроси по подготовката на месечните отчети за дейността.

Друг важен участник в логистичния процес от гледна точка материалното обезпечаване на работата на екипа са служителите на болницата, които отговарят за заявката и набавянето на офис и медицинските консумативи, нужни за прегледите на пациентите.

Мобилният екип ще отчита своята дейност през управителя на МБАЛ Югозападна болница, в качеството му на страна по работните взаимоотношения.

- Координация и обезпечаване провеждане на прегледите

Тук участници в процеса са общините Петрич и Сандански, управителя на болницата, останалите 2ма проектни партньора, лицата, отговарящи за IT поддръжката на

оборудването, кметовете на селата и т.н. Взаимовръзките ще бъдат подробно разгледани в оперативния план за функциониране на мобилната здравна система.

в) SWOT анализ

SWOT анализът е комплексен метод за стратегически анализ и оценка на силните и слабите страни на обект (проект, продукт, организация, бизнес) спрямо обкръжаващата го среда. Той дава ясна картина за това къде се намира в момента изследвания обект, какви са насоките за развитие и подобрене. „Силни страни“ са конкурентните предимства на анализирания обект - ресурси, умения и т.н. Под „слаби страни“ се имат предвид ограничения/недостиг на ресурси, лоши продажби, лоша реклама, лошо планиране, тоест всичко, което пречи на развитието на обекта. „Възможностите“ са най-благоприятните фактори във външната среда на обекта, а „заплахи“ - неблагоприятните в обкръжаващата среда фактори.

Функционирането на мобилните здравни услуги, както в рамките на проекта, така и при хипотезата за продължаването им след края на проекта, е асоциирано със следните параметри:

<u>Силни страни:</u>	<u>Слаби страни:</u>
<ul style="list-style-type: none"> – Подобряване на достъпа до здравни услуги – Подобряване на първичната здравна помощ – Промотиране на здравната грижа – Наличие на висококвалифициран медицински екип за извършване на прегледите 	<ul style="list-style-type: none"> – Графикът на медицинските лица в болницата е изключително натоварен, особено в условията на епидемична обстановка, което значително затруднява обслужването на мобилното звено. – Ограничени собствени финансови ресурси за обезпечаване на интензивно функциониране на мобилната система.

<ul style="list-style-type: none"> – Партниране на общините Петрич и Сандански и получаване на логистична помощ от тяхна страна 	
<p><u>Възможности:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Намиране на източници за дългосрочно безвъзмездно финансово подпомагане на мобилното звено – Увеличаване на интензитета на функциониране на мобилната система – Разгръщане на изследваните здравни параметри – Засилване на партньорството между Общините Петрич и Сандански и формиране на съпътстващи здравни инициативи, извън наличните към момента 	<p><u>Заплахи:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Липса на финансиране на дейността на мобилното звено – Поява на външни фактори, които биха повлияли на дейността на мобилното звено (напр. влошаване на епидемиологичната обстановка в страната) – Промяна в националното законодателство – Липса на свободен ресурс от медици, които да се ангажират с дейността на мобилното звено

2. Социален анализ

а) Правото на здраве

Българското законодателство гарантира права на пациентите, подобни на приетите в другите страни членки на ЕС. Правата на пациентите в България са застъпени в Конституцията и здравното законодателство. Някои международни регламенти в областта на човешките и пациентските права също са ратифицирани от България като Всеобщата декларация за правата на човека на Обединените нации, Международния пакт за икономически, социални и културни права, в сила са и директивите на ЕС.

В Закона за здравето, в чл. 81, ал. 2 е посочено, че всеки български гражданин има право на достъпна медицинска помощ при условията и по реда на този закон и на Закона за здравното осигуряване, като правото на достъпна медицинска помощ се осъществява при прилагане на следните принципи:

- своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ;
- равнопоставеност при оказване на медицинската помощ с приоритет за деца, бременни и майки на деца до 1 година;
- сътрудничество, последователност и координираност на дейностите между лечебните заведения;
- зачитане правата на пациента.

Съгласно Конституцията на Република България всеки гражданин има право на здравно осигуряване, което му гарантира достъпна медицинска помощ и право да получава безплатна медицинска помощ в случаи, предвидени по закон. Никой не може да бъде обект на принудително лечение или хигиенни мерки освен в случаи, предвидени по закон. Основните права на пациентите са регламентирани в Закона за здравето и Закона за здравното осигуряване и доразвити в редица други закони и подзаконови нормативни документи.

В чл. 82, ал. 1 от Закона за здравето е посочено, че извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на българските граждани се предоставят медицински услуги, които са свързани със:

1. медицинска помощ при спешни състояния;
 - 1а. интензивно лечение на здравно неосигурени лица;
2. профилактични прегледи и изследвания и акушерската помощ за всички здравно неосигурени жени, независимо от начина на родоразрешение, по обхват и по ред, определени с наредба на министъра на здравеопазването;
3. стационарна психиатрична помощ;
 - 3а. комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на здравно неосигурени лица с психични заболявания;

3б. лечение със субституиращи и поддържащи програми с метадон и дневни психорехабилитационни програми;

4. осигуряване на кръв и кръвни продукти;

5. трансплантация на органи, тъкани и клетки;

6. задължително лечение и/или задължителна изолация;

ба. осигуряване на медицински дейности при пациенти с инфекциозни заболявания по списък, определен с наредба на министъра на здравеопазването, включително за предотвратяване на епидемиологичен риск;

бб. комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение на здравно неосигурени лица с кожно-венерически заболявания;

бв. осигуряване на медицински дейности при пациенти с неспецифични белодробни заболявания по списък, определен с наредба на министъра на здравеопазването;

7. експертизи за вид и степен на увреждане и трайна неработоспособност;

8. заплащане на лечение за заболявания при условия и по ред, определени от министъра на здравеопазването;

9. осигуряване на устойчивост на медицинските дейности и специализираните грижи, предоставяни на определени лица в изпълнение на проекти и програми, финансирани със средства от Европейските структурни и инвестиционни фондове или от други международни финансови институции и донори, по списък, определен с наредба на министъра на здравеопазването;

10. асистирана репродукция.

Важно е да се отбележи, че правата на хората с психични заболявания са обект на специално внимание. Законът за здравето регламентира законодателните процедури за задължителна хоспитализация и лечение на тези пациенти, заедно с процедурите за

обжалване на съдебни разпореждания. Законът също определя правата на бременните жени, на децата, както и на пациенти, участващи в клинични проучвания.

Здравноосигурените пациенти имат право да ползват здравни услуги, заплащани по линия на задължителното здравно осигуряване, в друга страна членка на ЕС, както и в Исландия, Лихтенщайн, Норвегия и Швейцария, като за това съществуват няколко варианта. Първият вариант за българските граждани е да използват спешна медицинска помощ при временно пребиваване в друга страна членка на ЕС, ако имат издадена Европейска здравноосигурителна карта. В този случай НЗОК урежда разходите директно с компетентните институции в страните, в които е предоставена здравната помощ. При втория вариант здравноосигурените български граждани имат право да получат медицинска помощ в друга страна членка въз основа на разпоредбите на Регламент № 883/2004 за координация на системите за социална сигурност, като и в този случай НЗОК заплаща за направените разходи директно на изпълнителите на здравни услуги в съответната държава. Трето, основавайки се на Директива 2011/24/ЕС за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване, здравноосигурените граждани имат достъп до здравни услуги в друга страна членка на ЕС, но само в случай, че желаната услуга е включена в основния пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК. Наредба на министъра на здравеопазването за условията и реда за заплащане на лечение на български граждани в чужбина определя здравните услуги, лекарствата и медицинските изделия, за използването на които се изисква предварително разрешение. В този случай разходите се реимбурсират само до стойността, която НЗОК или МЗ заплащат за съответните здравни услуги в България.

В допълнение е налице и четвърти вариант за заплащане на здравни услуги, които не се покриват от НЗОК и не се извършват в България. Към МЗ е създадена Комисия за лечение в чужбина, която взема решение за финансиране на медицинска помощ в друга държава за всеки индивидуален случай. Процедурата задължително изисква получаването на предварително разрешение за лечение в чужбина. В случай, че лечението бъде одобрено, то се заплаща от бюджета на МЗ. Потребителските такси за здравните услуги, разходите за транспорт, престой и за придружител се заплащат от пациентите. Комисията предоставя информация за подходящи лечебни заведения в чужбина. Пациентите също могат да се свържат с лечебно заведение по техен избор, като в този случай се изисква да получат официален документ, в който се посочва цената на лечението и очакваните

резултати. В противен случай Комисията определя лечебното заведение, в което да се проведе лечението. От 2014 г. броят на заявленията и разрешенията за лечение в чужбина постоянно нараства. Фондът за лечение на деца към МЗ осигурява финансова помощ за деца и младежи до 18-годишна възраст, които се нуждаят от лечение в чужбина, лечение на редки заболявания, трансплантация или медицински изделия, които не се покриват от НЗОК и не се предлагат в България. В някои случаи Фондът отпуска и финансова помощ за покриване на транспортни разходи, разходи за престой, придружител на детето, превод, както и до три контролни прегледа, ако се налага. Фондът за лечение на деца разполага със собствен бюджет, формиран от трансфери от държавния бюджет чрез бюджета на МЗ, от дарения и помощи.

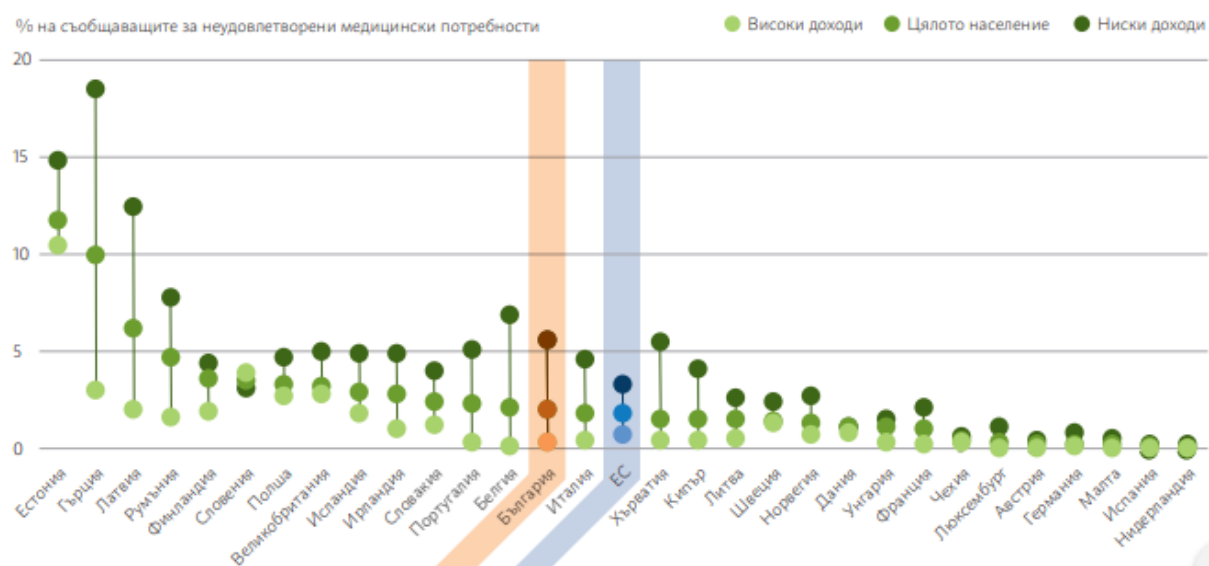
б) Оценка на качеството при предоставянето на здравни грижи

Информация за качеството на здравните услуги често липсва. Акредитационните оценки на лечебните заведения се публикуват на интернет страницата на МЗ, но от 2015 г. акредитацията не е задължителна за лечебните заведения, с изключение на онези от тях, които са база за практическо обучение на студенти и специализанти. В България все още липсва единна система за оценка на качеството на здравните услуги, която да даде възможност на пациентите да правят информирано своя избор на лечебно заведение въз основа на постигнатите от него резултати.

Пациентите разчитат предимно на неформални източници на информация за качеството на медицинската помощ като роднини и приятели или на препоръка от лекар и често използват интернет форуми, в които достоверността на информацията е доста спорна.

Що се отнася до нивото на удовлетвореност на потребностите, в здравния профил на България за 2019 г. е посочено, че през 2017 г. равнището на заявените от населението неудовлетворени потребности от медицинска помощ е 2 %, което е най-ниското равнище, регистрирано през предходното десетилетие, и представлява намаление с 13 процентни пункта от съобщеното през 2008 г. равнище, което тогава е било най-високото в ЕС. Средно българите понастоящем имат незначително по-високо равнище на неудовлетворени потребности от медицинска помощ поради комбинираното действие на причини, свързани с цената, разстоянието или времето за чакане, от средното за ЕС. Въпреки това равнището е значително по-високо сред населението с ниски доходи (5,6 %), отколкото сред това с високи доходи (0,3 %). Също така през 2017 г. се наблюдава

значителен спад на неудовлетворените потребности от дентална помощ, като това равнище (2,7 %) е шест пъти по-ниско, отколкото през 2008 г. (16,5 %), въпреки че сред групите с ниски доходи то отново е много по-високо от равнището сред групите с високи доходи (5,5 % спрямо 0,5 %). Цената е най-често посочваната причина за отказ от медицинска или дентална помощ, следвана от разстоянието. Равнището на неудовлетворените потребности е проследено на следната фигура:



Забележка: Данните се отнасят за неудовлетворени потребности от медицински преглед или лечение поради цената, разстоянието за пътуване или времето за чакане. Необходимо е да се подхожда с известна доза предпазливост при съпоставянето на данни от различните държави, тъй като има някои разлики в инструментите, използвани при проучването.

Източник: базата данни на Eurostat, въз основа на EU-SILC (данните се отнасят за 2017 г.).

в) Неравенства в областта на здравеопазването и последствия

Неравенствата в здравеопазването на територията на България за значим проблем, за преодоляването на който са необходими редица усилия с различен по вид характер.

Неравенствата биха могли да се разгледат в следните аспекти:

– Неравенства в териториален аспект

Качеството и достъпността на здравните услуги варират значително между различните области. Разпределението на ресурсите между областите е неравномерно, което най-вече важи за здравните професионалисти и лечебните заведения.

Осигуреността с лекари на 1000 души от населението в западната част на страната (Северозападен и Югозападен район на планиране) е над средната за България (НСИ 2017e). В Северозападния район тази пропорция се увеличава поради застаряване и намаляване на населението, докато в Югозападния район броят на лекарите нараства поради по-високата концентрация на лечебни заведения в столицата. За разлика от тях, осигуреността с лекари в Югоизточния и Северния централен район е значително по-ниска.

Регионалните дисбаланси по отношение на наличността на здравни професионалисти между 28-те области в страната са още по-големи. Тези различия в осигуреността с лекари се увеличават, разглеждани както в абсолютни, така и в относителни разлики. Подобни дисбаланси се отчитат и при общопрактикуващите лекари по области. В настоящия бизнес план, в точката с първичната здравна грижа, е представена подробна информация за ситуацията с общопрактикуващите лекари.

– **Неравенства по етнически признак**

В Анализа на здравната система в България за 2018 г., е посочено, че сред етническите малцинства рисковите фактори като бедност, висока безработица, лоши условия на живот, нездравословни навици и генетични заболявания са често срещани, както и хроничните заболявания. Най-честите оплаквания и хронични заболявания сред възрастното ромско население са високо кръвно налягане, мигрена и главоболие, артрит и ревматизъм, астма и хроничен бронхит, хронична обструктивна белодробна болест и сърдечно-съдови заболявания.

Здравният статус при децата също е влошен. Изследване показва, че 12,6% от цялото ромско население в страната, включително и децата, страда от тежки хронични заболявания или увреждания. Лошата инфраструктура в районите и населените места, които обитават, създава предпоставки за увеличената заболяемост сред малцинствата от хепатит, стомашно-чревни и други заболявания, причинени от паразити. Тези проблеми се срещат най-често сред ромското население. Инфекциозните заболявания

също представляват сериозен проблем сред тази общност. Предизвикателство е и липсата на здравна осигуровка сред ромското население (Kuehlbrandt et al. 2014). Министерският съвет приема някои важни мерки за преодоляване на бариерите пред достъпа на ромската общност до здравни услуги и подобряване на здравословното състояние. През 2012 г. е одобрена Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите. Заедно с неправителствени организации са предприети и редица национални и регионални инициативи за интегриране на ромското население към здравната система. Представители на ромската общност са обучени като медиатори, чиято основна задача е да информират и провеждат здравно обучение. Медиаторите изпълняват ролята на връзка с лечебните заведения, подпомагат провеждането на специфични здравни изследвания и координират местни програми. В партньорство с местните власти се създават условия за доближаване на здравното обслужване до ромското малцинство чрез откриване на медицински и дентални служби, екипиране на мобилни лаборатории и организиране на консултации в райони с висока концентрация на роми. Провеждат се и скринингови програми. И въпреки това продължава да съществува една сравнително голяма част от населението (хора с нисък доход, безработни и необразовани, включително и роми), които срещат значителни затруднения при достъпа до здравни услуги.

– **Неравенства, свързани с доходите**

Финансовата тежест на здравните разходи е сериозна бариера пред достъпа до здравни услуги, особено за хората с ниски доходи, неосигурените и другите уязвими групи. Изследване, проведено през 2014 г., показва значими различия между групите с най-ниски и най-високи доходи при използването на здравни услуги при ОПЛ, зъболекар и болница. Според резултатите от проучването по-бедните хора използват по-често първична медицинска помощ и болнична помощ. Налице са значими бариери пред достъпа до медицинска помощ, с териториални диспропорции, различия в осигуреността и използваемостта на здравни услуги. Сред групите, които срещат проблеми с достъпа до здравни услуги, са етническите малцинства. Значима бариера е липсата на здравни осигуровки сред представителите на ромската общност.

Според здравния профил на България на 2019 г. един на всеки седем българи е здравно неосигурен. Макар и в законодателството в областта на социалното здравно осигуряване да се посочва, че следва да има всеобщо здравно осигуряване, значителен дял от населението е неосигурено. Последните оценки на Министерството на финансите сочат, че през 2017 г. общо 719 000 души (10,2 % от населението) са здравно неосигурени (Министерство на финансите, 2018 г.), въпреки че според НЗОК делът на гражданите, които не са обхванати от социалното здравно осигуряване, вероятно е около 14 % (при отчитане на онези, които живеят в чужбина постоянно; Изпълнителна агенция „Медицински одит“ (ИАМО), 2017 г.). Заедно с високите равнища на директни плащания от пациентите, големият брой неосигурени лица създава сериозни проблеми с достъпа до здравни услуги (Съвет на Европейския съюз).

г) Първичната здравна грижа в България, обхват, правна рамка, публична структура за предоставянето ѝ и проблеми, свързани с нея

Първичната медицинска помощ се предоставя от общопрактикуващи лекари, които са регистрирани като физически или юридически лица с частна практика, работещи задължително по договор с НЗОК. Медицинските практики за първична помощ са два вида – индивидуални и групови. В практика за първична медицинска помощ могат да бъдат наети медицинска сестра или други медицински специалисти. Българските граждани, които са задължително здравно осигурени, имат право на свободен избор на ОПЛ, както и на специалист. Пациентите имат право да сменят своя личен лекар два пъти годишно.

През 2016 г. приблизително 14,9% от всички лекари в България работят в първичната медицинска помощ (НСИ 2017е), а осигуреността с ОПЛ е сравнително ниска (0,62 на 1 000 души от населението) в сравнение със средните стойности за ЕС.

По-притеснителен е фактът, че това съотношение постоянно се влошава и е намаляло спрямо 2006 г. За да ползват здравноосигурителните си права, пациентите трябва да получат направление от ОПЛ както за специалист, така и за лабораторно изследване. Децата и бременните жени имат директен достъп до педиатри и акушер-гинеколози. Всеки ОПЛ разполага с ограничен брой направления за специализирана медицинска

помощ. Броят на направленията се определя на тримесечие от РЗОК в зависимост от пациентите на общопрактикуващия лекар, техните характеристики (например хронични заболявания, възраст) и от изразходваните направления през предходния период. Около една трета от пациентите в България (включително и неосигурените) заобикалят първичната помощ като търсят директно спешна помощ, обаждайки се на ЦСМП или посещавайки спешно отделение към болница.

Общопрактикуващите лекари извършват прегледи, диагностика, лечение, дават консултации и изписват лекарства в съответствие с ПЛС. Те са отговорни също за осъществяване на консултации по семейно планиране, превенция (имунизации), промоция на здравето и здравно обучение.

Малкият брой ОПЛ е неравномерно разпределен в цялата държава, в полза на градските и по-богатите райони, което води до значителен недостиг в останалите райони. Неблагоприятните райони — често отдалечените селски райони или малките градове, се възприемат като непривлекателни за работа и предполагат голяма работна натовареност, тъй като списъците с пациенти са по-дълги (повече от 2700 пациенти на един ОПЛ в региони като Кърджали). Застаряването на работната сила и пенсионирането на ОПЛ също са постоянни предизвикателства. За да се намалят тези неравенства в достъпа, са предприети някои мерки като финансови стимули за ОПЛ в селските и отдалечените райони на страната под формата на месечно отпускана сума за съответната практика.

Тези суми са определени в НРД по населени места и варират в зависимост от отдалечеността на практиката от други лечебни заведения, затруднената достъпност поради лоша транспортна инфраструктура, разпръснатост на обслужваните населени места (при практики, обслужващи две или повече такива), обслужваното население и замърсяването на околната среда.

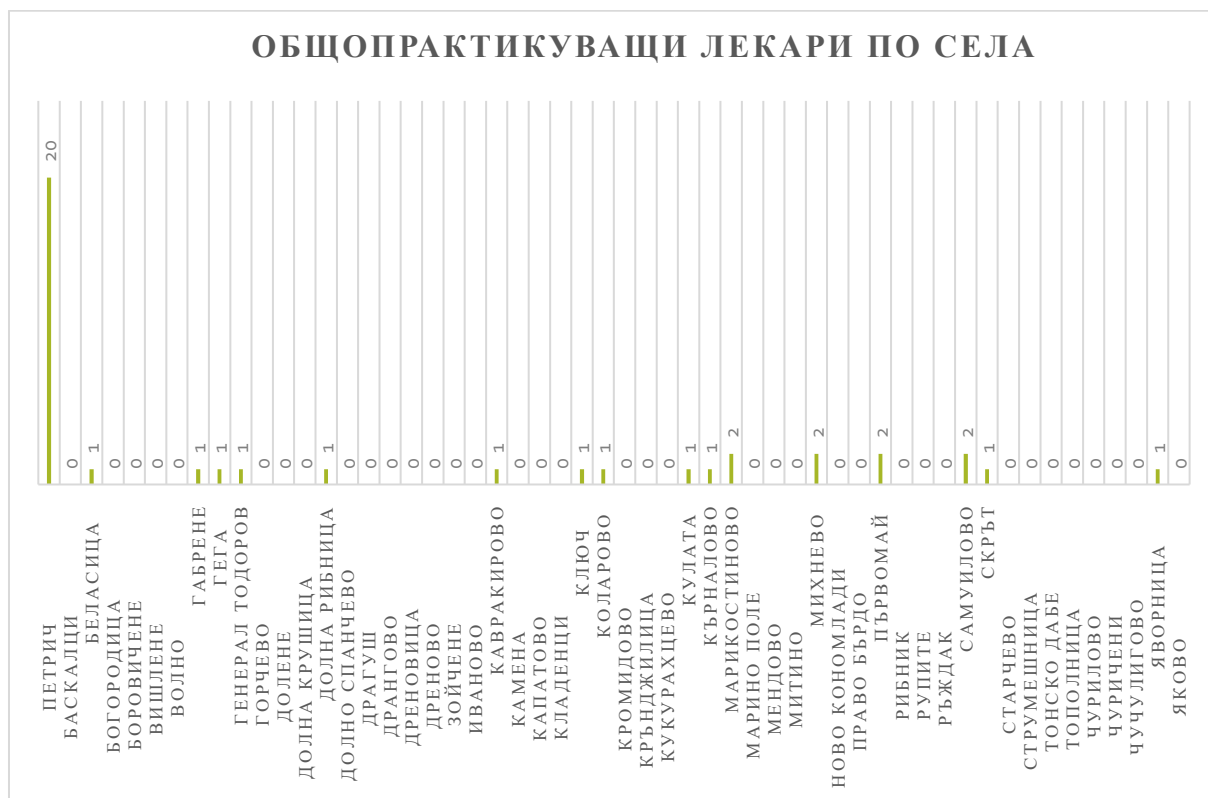
Високата средна възраст на лекарите също буди притеснения и засилва недостига, особено в селските райони. В резултат на това общопрактикуващите лекари често трябва да обслужват няколко различни населени места, отдалечени едно от друго на километри.

По данни от НЗОК през 2020 г. следните общопрактикуващи лекари са с действащи договори с касата:

На територията на РЗОК Благоевград - община Петрич:

- ГППМП МЕДИК 9 ООД с 5 бр. ОПК, обслужващи територията на гр. Петрич
- ГППМП САНА 2000 ООД с 2 бр. ОПК, обслужващи територията на гр. Петрич
- Д-Р АНТОАНЕТА КОЖУХАРОВА ИППМП, явяваща се ОПК, обслужваща територията на гр. Петрич и с. Първомай
- Д-Р АНТОН СТ. ХРИСТОВ-ИППМП ЕООД, явяващ се ОПК, обслужващ територията на с. Ключ, с. Самуилово, с. Михнево
- Д-Р ГАБРИЕЛА СТРАХИЛОВА-ИППИМП ЕООД, явяваща се ОПК, обслужваща територията на гр. Петрич
- Д-Р ДИМИТЪР КОРЧЕВ АПИМП ИП ЕООД, явяващ се ОПК, обслужващ територията на с. Кърналово
- Д-Р ИЛИЯ ХРИСТОВ - ИПИМП ЕООД, явяващ се ОПК, обслужващ територията на гр. Петрич, с. Генерал Тодоров, с. Марикостиново
- Д-Р К. Г. ДИНЧЕВА АПИМП - ИП ЕООД, явяваща се ОПК, обслужваща територията на гр. Петрич
- Д-Р НИКОЛАЙ М.УЗУНОВ АПМПИП ЕООД, явяващ се ОПК, обслужващ територията на гр. Петрич и с. Яворница
- Д-Р СВЕТЛАНА ВАСИЛЕВА КУЗОВА ИППМП ЕООД, явяваща се ОПК, обслужваща територията на гр. Петрич
- Д-Р СТАНКА САРАФОВА ИППМИП ЕООД, явяваща се ОПК, обслужваща територията на гр. Петрич
- ЕТ Д-Р БОЖИДАР ТУРНОВ ИПИМП, явяващ се ОПК, обслужващ територията на гр. Петрич
- ЕТ Д-Р В. РИБНИШКИ ИППМП, явяващ се ОПК, обслужващ територията на с. Коларово
- ЕТ Д-Р ВАСИЛ ВАСИЛЕВ-АИППМП-ИП, явяващ се ОПК, обслужващ територията на с. Гега
- ЕТ Д-Р ВЕЛИЧКА КОЦИНОВА ИПИМП, явяваща се ОПК, обслужваща територията на с. Беласица и с. Кавракирово
- ЕТ Д-Р ВЕНЕТА ПЕТКОВА-ИППМП, явяваща се ОПК, обслужваща територията на с. Самуилово и с. Габрене

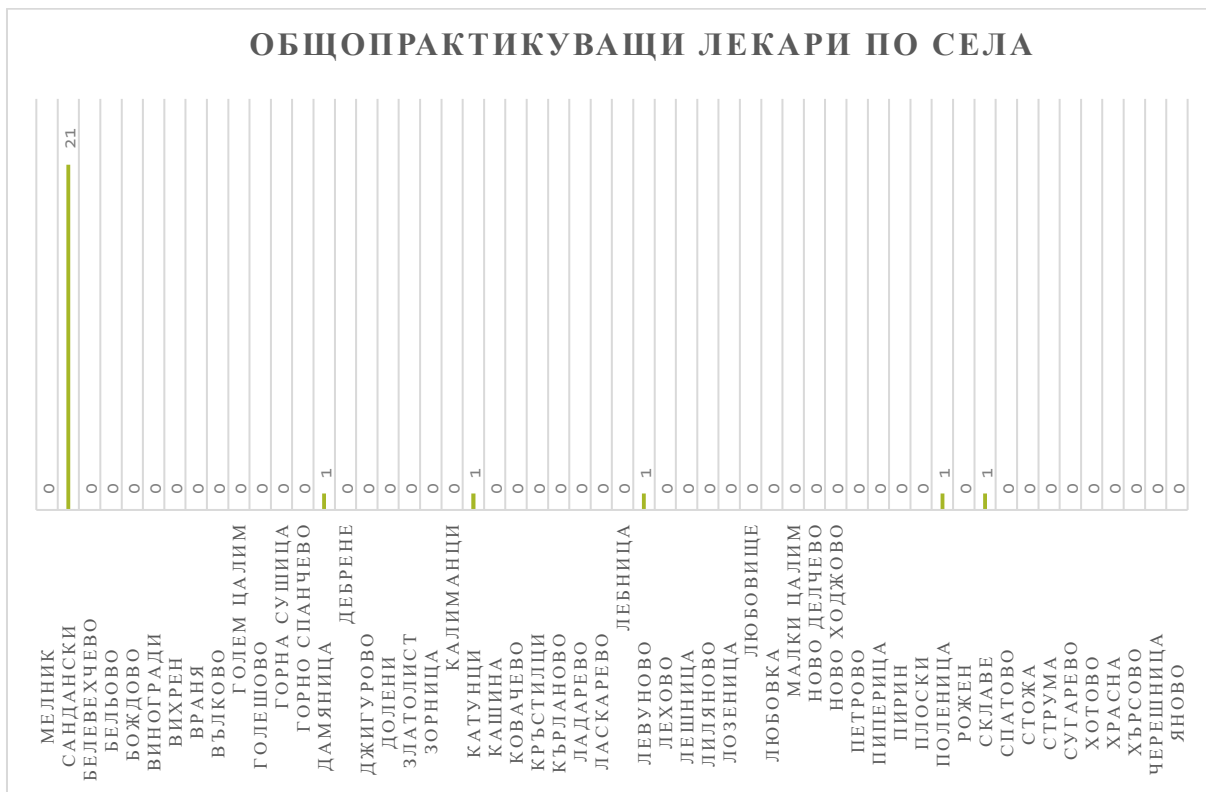
- ЕТ Д-Р ГЕОРГИ СОКОЛОВ ИППМП, явяващ се ОПК, обслужващ територията на с. Марикостиново
- ЕТ Д-Р КИРИЛ АПОСТОЛОВ ИППМП, явяващ се ОПК, обслужващ територията на с. Скрът
- ЕТ Д-Р М. ДЛЪГАЦЕВА ИППМП, явяваща се ОПК, обслужваща територията на гр. Петрич и с. Михнево
- ЕТ Д-Р МАРИЯ ТУШИНОВА ИППМП, явяваща се ОПК, обслужваща територията на гр. Петрич
- ЕТ Д-Р СОФИЯ МИТКОВА-ИППИМП, явяваща се ОПК, обслужваща територията на гр. Петрич
- ЕТ ДОКТОР БОРИС СРАДКОВ – ИППМП, явяващ се ОПК, обслужващ територията на с. Първомай и с. Долна Рибница
- ИППМП Д-Р ДИМИТЪР ГЕОРГИЕВ АНДОНОВ ЕООД, явяващ се ОПК, обслужващ територията на гр. Петрич
- ХИГИЯ - МСГ-ИППМП ЕООД с 1 бр. ОПК, обслужващ територията на гр. Петрич и с. Кулата



На територията на РЗОК Благоевград - община Сандански:

- АВИЦЕНА 2000 ООД с 10 бр. ОПК, обслужващи територията на гр. Сандански
- Д-Р БОГДАНА ГЕОРГИЕВА СТАНКОВА АИППМП ЕООД, явяваща се ОПК, обслужваща територията на гр. Сандански
- Д-Р ВЕНЕРА ХАРИЗАНОВА-ИППМП ЕООД, явяваща се ОПК, обслужваща територията на с. Склаве
- Д-Р ЯВОР К. ПАВЛОВ АПМП ИПМПМП ЕООД, явяващ се ОПК, обслужващ територията на гр. Сандански и с. Поленица
- Д-Р ЯНКА ТЕМЕЛКОВА-ДИНЕВА-АПИП-ИПИМП ЕООД, явяваща се ОПК, обслужваща територията на с. Левуново и с. Дамяница
- ДОКТОР ЛЮБЕН ЯНКОВ-АИППМП-АИППМП-ИП ЕООД, явяващ се ОПК, обслужващ територията на гр. Сандански

- ЕТ АНТОНИ КИЧЕЕЦ АПИМП ИП, явяващ се ОПК, обслужващ територията на гр. Сандански
- ЕТ Д-Р КАМЕН ВАСИЛЕВ АПИМП ИП, явяващ се ОПК, обслужващ територията на гр. Сандански
- ЕТ Д-Р ЛЮСИЕН МИХОВ ИППМП, явяващ се ОПК, обслужващ територията на гр. Сандански и с. Катунци
- ЕТ Д-Р РАДОСЛАВ ЧУПЕТЛОВСКИ АПИМ ИП, явяващ се ОПК, обслужващ територията на гр. Сандански
- ЕТ Д-Р ЮЛКА РЕБРЕЕВА ИППМП, явяваща се ОПК, обслужваща територията на гр. Сандански
- ИППМП Д-Р ИВЕЛИНА СТАНОЕВА-ГОСПОДИНОВА ЕООД, явяваща се ОПК, обслужваща територията на гр. Сандански
- ИППМП Д-Р ИЛИНА НИКОВА-ХАРИСКОВА ЕООД, явяваща се ОПК, обслужваща територията на гр. Сандански
- МИЦЕВИ 15 ИППМП ЕООД, явяващ се ОПК, обслужващ територията на гр. Сандански



Видно от представените данни, малка част от селата се обслужват здравно от общопрактикуващи лекари. Също така, графикът на лекарите за посещение на селата, в най-общия случай, предвижда еднократно посещение в седмицата, което е крайно недостатъчно спрямо броя на постоянно живущите на съответната територия.

д) Дългосрочна грижа в България

Много от инициативите за развитие на дългосрочните грижи в България произлизат от социалната сфера въз основа на Закона за социално подпомагане и стратегиите на Министерството на труда и социалната политика. През 2014 г. е приета Национална стратегия за дългосрочна грижа, която предвижда развитие на интегрирани социални и

здравни услуги за възрастни и хора с увреждания. Въпреки тези усилия капацитетът за предоставяне на дългосрочни грижи за хора с увреждания, хронични заболявания и възрастни хора се определя като все още незадоволителен (НЦОЗА 2018а). Взаимодействието между лечебните заведения и социалните институции често се характеризира с неефективност, липса на колаборация и интеграция на услугите.

В здравния профил на България за 2019 г. е отбелязано, че малко ресурси са предназначени за дългосрочни грижи. Услугите по предоставяне на дългосрочни грижи не са включени в пакета от здравни дейности. Докато за много възрастни хора се грижат неформално членовете на техните семейства, нуждаещите се от медико-социални грижи в специализирани институции могат да ползват или малкото на брой легла за дългосрочни грижи в болничната помощ или резидентни центрове за социални грижи, финансирани от общинските бюджети. Тъй като българското население застарява по-бързо, отколкото това на много други държави — членки на ЕС (Европейска комисия — Комитет за икономическа политика, 2018 г.), достъпните дългосрочни грижи на приемлива цена ще се превърнат в ключово предизвикателство. Националната стратегия за дългосрочна грижа (2014 г.) и придружаващият я план за действие (изготвен през 2018 г.) все още не са оказали съществено въздействие.

VI. Анализ на риска

1. Рисковите фактори, които са разпознати като потенциални при функционирането на мобилната здравна система, са представени таблично по-долу:

Вид риск	Описание на риска	Оценка на риска (висок/среден/нисък)
Липса на свободен финансов ресурс за обслужване на дейността	За етапа на проекта: Липсата на финансов ресурс за обслужване както на мобилната система, така и на останалите дейности по проекта, е тясно обвързана с процеса по	Висок

	<p>възстановяване на декларираните от болницата допустими разходи.</p>	
	<p>След края на проекта:</p> <p>Тук се причисляват не само свободните приходи от оперативната дейност на болницата, които биха могли да се насочат към мобилното звено, но и наличието на всякакъв вид заемен или дарен капитал за дейността</p>	<p>Висок</p>
<p>Липса на свободен квалифициран персонал, който да предоставя здравните услуги</p>	<p>За етапа на проекта:</p> <p>Напускане на член на сформирания мобилен екип и невъзможността за намиране на заместник.</p> <p>Прекомерна натовареност на персонала по основните им трудови правоотношения, която би оказала негативно въздействие върху способността им да полагат работа по втория им трудов договор по проекта.</p>	<p>Среден</p>
	<p>След края на проекта:</p>	<p>Висок</p>

	<p>Ангажираността на сформираният мобилен екип е в рамките на проекта, поради което не е ясно дали след неговия край ще бъде намерен квалифициран персонал, съгласен да продължи работата по първична здравна грижа. Обвързването на потенциалните експерти зависи и от възможностите на болницата да им предостави достойно заплащане за извършената работа, което е директна препратка към разпознатият по-горе риск с финансирането.</p>	
<p>Липса на съдействие от страна на общините Петрич и Сандански и на кметовете на селата в процеса по организиране на прегледите</p>	<p>За етапа на проекта: Във връзка с проекта е изградено тясно сътрудничество с общините и кметствата, поради което е малко вероятно този риск да бъде проявен в рамките на проекта.</p>	<p>Нисък</p>

	<p>След края на проекта:</p> <p>С оглед стремежа на двете общини да подобрят условията на живот и здраве на местното население е малко вероятно да се същите да са против продължаването на дейността на мобилното звено. Поради тази причина идентифицираният риск се измерва като нисък.</p>	<p>Нисък</p>
<p>Промяна в националното законодателство, което би променило вида на предоставяните изисквания</p>	<p>За етапа на проекта:</p> <p>С оглед малкото оставащо време до края на проекта е малко вероятно междувременното влизане в сила на законови промени, които да са в разрез с дейността на мобилното звено.</p>	<p>Нисък</p>
	<p>След края на проекта: Тъй като дейността на мобилното звено е в унисон с целите на България и ЕС за предоставяне на по-качествени здравни грижи на населението и</p>	<p>Нисък</p>

	<p>разрастване на първичната здравна грижа, то е малко вероятно предстоящите промени в законодателството да окажат негативно въздействие.</p>	
<p>Неблагоприятни климатични/инфраструктурни/епидемиологични условия за извършване на прегледите</p>	<p>За етапа на проекта:</p> <p>Неблагоприятните климатични и инфраструктурни условия биха затруднили достигането до селата, особено на високопланинските с челен път. Що се отнася до епидемиологичните условия – в рамките на проекта са обвързани най-вече с COVID -19 и предприемането на превантивни ограничителни мерки.</p>	Среден
	<p>След края на проекта:</p> <p>Подобно на описаното по-горе.</p>	Среден
<p>Кражба/повреда на цялата или елементи от мобилната система</p>	<p>За етапа на проекта: Рискът е оценен като нисък с оглед на действащите гаранционни срокове и</p>	Нисък

	застраховки на буса, както и грижите, които се полагат да неговата сигурност и цялост.	
	След края на проекта: Изтичането на гаранционните срокове и амортизацията на активите е предпоставка за покачване на посочения риск.	Среден

2. Въздействие върху риска

За рисковете, които попадат в категорията „средни“ или „високи“ са представени по-долу мерки за въздействие, в посока намаляване на техните нива.

Вид риск	Оценка на риска преди въздействието (висок/среден/нисък)	Вид мерки за снижаването му	Оценка на риска след въздействието (висок/среден/нисък)	Отговорна страна за управление на риска
Липса на свободен финансов ресурс за обслужване на дейността –	Висок	1.Минимализиране на възможността за неверифициране на част от заявените за възстановяване разходи чрез:	Нисък	Фиделити груп ООД

98

<p>етап в изпълнение на проекта</p>		<p>- Изпълнение на проекта при спазване на изискванията на ИНТЕРРЕГ Гърция България 2014-2020, на националното законодателство и разпоредби.</p> <p>- Текущ контрол на изпълнението на дейностите</p> <p>2. Подготовка на исканията за ПНК по начин, лесен за преглед от контрольорите, както и оказване на навременно съдействие при искане на допълнителни документи/разяснения или провеждането на проверки на място. Посочените мерки биха намалили периода за</p>	<p>МБАЛ Югозападна болница</p>
-------------------------------------	--	--	--------------------------------

		<p>верификация на разходите.</p> <p>3. Поддържане на навременна комуникация с Водещия партньор по проекта, който е отговорен за адресиране на Исканията за плащания до Съвместния секретариат, както за превеждане на сумите по сметката на болницата.</p>		
<p>Липса на свободен финансов ресурс за обслужване на дейността – след приключване на проекта</p>	<p>Висок</p>	<p>След приключване на финансиране на дейността на мобилното звено от програмата болницата би могла да продължи обезпечаването на дейността чрез реструктуриране на разходните си бюджетни пера (което е трудно за</p>	<p>Нисък</p>	<p>МБАЛ Югозападна болница</p>

		<p>реализация, особено в условията на епидемиологична обстановка) или получаване на финансиране от общините Петрич и Сандански или от други източници.</p> <p>В рамките на проекта ще бъде изготвен документ, който ще разгледа възможните източници за финансиране на услугите на мобилното звено, така че да продължат да се извършват без събиране на такса от пациентите.</p>		
<p>Липса на свободен квалифициран персонал, който да предоставя здравните услуги – за етапа на проекта</p>	<p>Среден</p>	<p>С оглед достигане на целевата бройка на прегледани жители и приближаване на крайния срок на проекта работата по проекта следва да бъде насърчавана и да се облекчи максимално натовареността на</p>	<p>Нисък</p>	<p>МБАЛ Югозападна болница</p>

		членовете на екипа по основните им правоотношения.		
Липса на свободен квалифициран персонал, който да предоставя здравните услуги – след края на проекта	Висок	Преразглеждане на вътрешната структура на болницата и търсене на възможност за формиране на оптимален състав на мобилното звено, така че същият да не противоречи на текущата работа на болницата и да предоставя необходимата профилактична здравна грижа на населението. Намиране на източници за финансиране на разходите на членовете на мобилния екип.	Среден	МБАЛ Югозападна болница
Неблагоприятни климатични/инфраструктурни/	Среден	Поддържане на ефективна комуникация с кметските и общински управи и намиране на	Нисък	МБАЛ Югозападна болница

епидемиологични условия за извършване на прегледите – и за двата етапа		текущи решения при възникнали неблагоприятни ситуации. Относно епидемиологичната обстановка – взимане на необходимите предпазни мерки за защита на мобилния екип и на населението.		
Кражба/повреда на цялата или елементи от мобилната система – след края на проекта	Среден	Текущ преглед на оборудването и търсенето на възможности за навременната му замяна с ново при необходимост, така че целостта на звеното да не бъде нарушена. Подновяване на нужните застраховки на буса.	Нисък	МБАЛ Югозападна болница

Предвид променящата се външна и вътрешна среда е необходимо своевременната индикация на всеки нов вид рисков фактор и търсенето на подходящите мерки за възпиране на неговата поява или неутрализиране на негативните му въздействия.

VII. Заключение

Настоящият бизнес план очертава средата на функциониране на мобилната здравна система и нейното значимо място в процеса по разгръщане на предоставяните социални

Interreg

Greece-Bulgaria

RemoteCARE



European Regional Development Fund

услуги след населението. Очертаните финансови параметри, идентифицираните рискове, разпознатите силни и слаби страни и възможности пред предоставянето на мобилна първична здравна грижа на територията на общините Сандански и Петрич са ключов момент в последващото планиране на следващите стъпки по мултиплициране на постигнатото по проект RemoteCARE.