



**KEY ACTIVITY 6**

**BUSINESS PLAN**  
**FOR ORGANIZING AND**  
**ESTABLISHING AN INSTRUMENT FOR**  
**PREVENTION AND PRIMARY HEALTHCARE**  
**(municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad)**



**CONTENTS:**

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>CHAPTER ONE. BRIEF ANALYSIS AND ASSESSMENT OF THE CHALLENGES BEFORE THE HEALTHCARE SYSTEM IN THE COUNTY – GENERAL OVERVIEW OF THE HEALTH MACRO ENVIRONMENT .....</b>	<b>6</b>
<b>CHAPTER TWO. ANALYSIS OF THE CONDITION AND DEVELOPMENT OF THE HEALTH MICRO ENVIRONMENT IN THE MUNICIPALITIES OF KRUMOVGRAD AND MOMCHILGRAD .....</b>	<b>11</b>
2.1. General data on the municipalities studies	
2.2. Demographic health status of the population	
2.3. Availability of healthcare in the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad	
2.4. SWOT analysis of the preconditions determining increased health needs, the condition and opportunities for development of healthcare in the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad	
<b>CHAPTER THREE. ORGANIZING AND CREATING AN INSTRUMENT FOR PREVENTION AND PRIMARY HEALTHCARE IN THE MUNICIPALITIES OF KRUMOVGRAD AND MOMCHILGRAD - CROSS-BORDER “HEALTH LABORATORY” .....</b>	<b>20</b>
3.1. General characteristics of the “HEALTH LABORATORY”.	
3.2. Mission and goals	
3.3. Plan of the activities for organizing and establishing “HEALTH LABORATORY” as an instrument for prevention and primary health care in the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad	
3.3.1. Theoretical framework – foundation for the establishment and operation of the laboratory for health prevention.	
3.3.2. Activities of the cross-border laboratory.	
<b>CONCLUSIONS .....</b>	<b>31</b>
<b>ABBREVIATIONS .....</b>	<b>32</b>
<b>INTRODUCTION</b>	



**The business plan** for organizing and establishing an instrument for prevention and primary healthcare of the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad has been developed in implementation of Key Activity 6 of the European project – „Policies for improving the access to health services in remote areas“, funded under the 2014-2020 INTERREG Cross-border Cooperation Programme, based on European health policies and the National Health Strategy, as well as the Regional Development Strategy, in its section on health prevention.

In developing the plan, we were guided by the perception of health as a complex state, reflecting the bio-psycho-social wellbeing of each individual, which depends to a significant degree on the quality of life, as well as by the conclusions drawn from the project on the condition of primary health care in the municipalities studied and the pilot activities carried out in implementation of the preventive plan.

An analysis of the challenges before the organization, management, funding and provision of health services in the Municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad was performed.

The aim the healthcare in Bulgaria is to provide high-quality, accessible public healthcare in compliance with international standards.

This is why the relevance of the issue of organization and functioning of healthcare in small, remote locations, such as Krumovgrad and Momchilgrad and turning the policies for morbidity prevention in a real priority, grows significantly.

In this respect the correct assessment of the development potential of primary healthcare in both municipalities plays a significant part in their future survival.

The significance of problems, related to assessment of the development potential of primary healthcare in the municipalities studied and the necessity for their analysis in more detail, their assessment and establishment of an approach for their solution, are a ground for developing the current topic.

Strategic planning is a fundamental tool in management, which manifest is adopting an implementing a programme and/or plan for health development of the municipalities.

**The aim of the business plan** is based on an in-depth situational analysis of the environment in the municipalities studied, while assessing the result of the implementation of the Cross-border project, to summarize the experience and knowledge gained during the lifetime of its implementation, to assess the possibilities on a short and long term basis for sustainable organization and creation of an instrument for prevention and primary healthcare in the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad

The accomplishment of the goal set is sought through the solution of the following research tasks:

- *Brief analysis and assessment of the challenges before the healthcare system in the country – general overview the health macro environment*
- *Analysis of the condition and development of the health micro environment in the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad*



- *Organizing and creating an instrument for prevention and primary healthcare in the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad.*

In implementation of the tasks a strategic approach has been picked, as a most suitable choice of behavior in the stage of a staff crisis, in which primary healthcare in both municipalities currently is, and due to the nature of the decisions being taken.

According to the World Health Organization primary healthcare (PHC) is „basic health care, founded on practical, scientifically grounded and socially acceptable methods and techniques, which are universally accessible for every individual, their families and the community, carried out with their full involvement and at a price, which the community and the country can afford at any stage of their development “.

In its nature PHC is multidisciplinary and it is characterized by accessibility and equality of all patients. Another characteristic is prevention, which is protection of health before the onset of disease and is implemented through prophylactic and vaccination programmes. The first level of healthcare in the country is performed by GPs, which carry out PHC in practice.

Analyzing the condition of primary healthcare in both municipalities, while taking into consideration the significance of prevention, in reference to the provisions of the European project „Healthy municipalities – policies for improving the access to health services in impoverished areas“, the organizing and creating of „**HEALTH LABORATORY**“ (as an instrument), is a prerequisite for the implementation of an effective and sustainable policy for improvement of public health in the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad.

In the establishment and operation of the cross-border „**HEALTH LABORATORY**“ will take part representatives of the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad from the Republic of Bulgaria; the municipalities Ariana and Iasos from Greece, as well as the partners: Regional Development Agency of Rodopi S.A and the Aristotle University of Thessaloniki from Greece, Association of Rhodope Municipalities from Bulgaria.



## **CHAPTER ONE. BRIEF ANALYSIS AND ASSESSMENT OF THE CHALLENGES BEFORE THE HEALTHCARE SYSTEM IN THE COUNTRY – GENERAL OVERVIEW OF HEALTH MACRO ENVIRONMENT**

The healthcare system in Bulgaria, launched in 1999, is still at a stage of uncompleted reform. Everyone's expectations were for the emergence of new relationships and interrelations, characteristic of market economy, for improvement in the quality of health services, for a raise in the status of healthcare professionals.

To date the healthcare system is in a critical state due to the fact that it does not function effectively. A state policy is missing, which can provide a new attitude toward public health, that stimulates and ensures high quality of life. As a result, the healthcare system constantly suffers from substantial weaknesses, which contribute to the unsatisfactory health status of the population. Health inequalities between urban and rural population, as well as inequalities in access to the health system, continue to increase. The improvement of public health status, reflexed in some health indexes, is unsatisfactory, while other indexes even deteriorate.

The health strategy of Bulgaria has been harmonized with European regulations on increasing health and reflects the direction, priorities and principles of the health policy, which include both change in environmental factors, and control the determinants of health. The goals and priorities for development of health services in the indicated fundamental for healthcare section – prevention and primary medical care, have been determined. Various activities and programmes, related to public health, are being implemented by regional health inspectorates, notional centers and municipalities. The 2017 Government Programme and the Bulgarian EU Presidency Programme for 2018 defined reforms targeted at improving morbidity prevention and increasing access to medication. Discussions on the possible approaches to ensuring financial stability and for increasing effectiveness in implementing the health insurance model in the country still continue.

The involvement of local municipal authorities is an active factor in the processes for improving public health and wellbeing, as they are most familiar with the specifics of local population. A manifestation of this engagement are the development and implementation of multisectoral strategies and programmes in the field of prevention, promotion and prophylactics on a local level, funded by municipal budgets.

According to Eurostat data our country continues to be in the leading places in terms of negative health scores, related to the indices for life expectancy, total and child mortality, preventable mortality from cardiovascular diseases, and overall morbidity. Cardiovascular diseases, malignancies and respiratory diseases durably remain the leading causes of death. The prevalence of risk factors, such as persistently high alcohol consumption and smoking, is often above the EU average and most likely contributes to high mortality and low life expectancy in the country.

Strengthening of public health requires an emphasis on health promotion and disease prevention. Primary care providers are key figures in their implementation. The National Health





Strategy envisages measures for reducing risk factors, increasing the number of health promotion and disease prevention related services, healthy eating, improving the quality of health education and training, coordination and synchronization of sector policies and active involvement of various stakeholders. Within the National Programme for Prevention of Non-Communicable Diseases various activities and initiatives are implemented, which aim to promote healthy lifestyle, such as:

- informational and educational campaigns;
- rooms for consultation on quitting products at health establishments;
- sports initiatives;
- training of health professional;
- research on risk factors and public health culture level.

The reasons for challenges before the healthcare system in the country are rooted in the total imbalance in regulations, staffing and public financial resources. The structure and distribution of material and human resources in the health sector of Bulgaria is characterized by disparities and disproportions. In terms of organization – the functional pyramid in the country is inverted, which determines the instability of the health system. The number of GPs in the country is constantly declining and occupies the second lowest share in the EU before Greece. A significant number of the inhabitants of remote places lack the opportunity to access medical health, due to the lack of GPs willing to work there. At the same time the number of outpatient specialists is increasing significantly, as well as the number of inpatient health establishments. According to data of the National Health Insurance Fund to date they reach 465, moreover those being concentrated in large and/or university towns. The growth of the health sector is at the expense of private structures, while the number of public hospitals /state and municipal/ is relatively unchanged, but in a predominantly grave state.

In global practice the burden of healthcare falls on outpatient care – primary and specialized. In Bulgarian healthcare there are still few funds set aside for prevention and prophylaxis, which are mainly the occupation of providers of primary and specialized outpatient care, in favor of costly hospital treatment. Outpatient medical care is significantly underestimated, which makes it insufficiently effective. Prevention and prophylactics of chronic non-communicable diseases is a priority primarily on paper. There is an insufficient number of national screening and preventive programmes, which is a reason for the late diagnosis and treatment of a number of diseases, incl. malignancies. The rapid aging and outflow of medical staff due to emigration results in insufficient availability of qualified human resources, which determines the increasing percentage of private payments in Bulgaria, significantly above the average for EU. This fact underlines the inadequacy of the financial protection, which the health insurance system provides to citizens. Private expenses for healthcare constitute 47.7% of total health expenses. This inevitably leads to unfavorable consequences for the accessibility of healthcare and puts many disadvantaged groups (low-income groups, residents of rural areas, ethnic minorities, people suffering of chronic diseases and elderly people) at a high risk of impoverishment and neglected care.



Despite ambitious plans for reform of the healthcare system, since the mid-2000 no significant changes have been made in its design and functioning. Reform initiatives were met with resistance by stakeholders in healthcare and some promising ideas and regulatory changes, which were expected to facilitate the resolution of the most pressing problems within the healthcare system such as its effectiveness, financial stability, public coverage and equality, were rejected in court, with some of them not yet even having taken effect. Most of the latest changed implemented in the system aim to strengthen control over public expenses and contain costs and include regulation of drug prices, introduction of limitations on the number of inpatients per hospital and clinical pathway, as well as introduction a standard for the financial management of state hospitals. The existing challenges characterize the health system with dynamism, complexity and multicomponentity. This necessitates changes in the principles, techniques and methods of management of medical activities and staff. Regulatory imperfections and deformations, chronic financial deficits and shortage of human resources generate regional disproportions, contradictions and critical points within the system, which are frequently a prerequisite for inadequate service quality and unequal access to healthcare, especially in primary care. The indicated problems are to a significant extent more pronounced in small and/or remote settlements.

Although the principles of autonomy, contractual relations and market regulation were introduced in the late 1990s, in practice the decision-making process in the Bulgarian healthcare system is highly centralized, which deprives local authorities of the effective implementation of specific health policies adapted to particular living conditions. Almost all reforms of decentralization aimed to transfer of responsibilities to lower instances, both in geographical and organizational sense (i.e. to regional and subordinate bodies), but without providing adequate powers. Due to this an actual decentralization of the healthcare system at home did not happen, which deprives municipal authorities of the opportunity to apply diverse tools for the implementation of policies to improve public health status.

*SUMMARY: The health system in the country is at an imbalance in respect to its main factors – regulatory basis, funding and human resources. This creates precondition for disproportions in the availability of health establishments and physicians of various medical specialties at a regional level. The indicated challenges violate the guaranteed constitutional right of equal and timely access to quality medical care for inhabitants of remote, hard-to-reach small settlements.*

## **CHAPTER TWO. ANALYSIS OF THE CONDITION AND DEVELOPMENT OF THE HEALTH MICRO ENVIRONMENT IN THE MUNICIPALITIES OF KRUMOVGRAD AND MOMCHILGRAD**

### **2.1. General data on the municipalities studied**

The municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad are administrative units in the province of Kardzhali, both falling entirely into the East Rhodope region. For statistical purposes, 6 regions



have been created, called "statistical regions", which are an aggregation of the twenty-eight districts. Both municipalities fall in the South Central region.

*The Municipality of Krumovgrad* has an area of 843705 decares and borders on the municipalities of Ivaylovgrad, Madzharovo, Kardzhali, Stambolovo, Momchilgrad and Kirkovo, while the south border of the municipality coincides with the state border with the Greece. For 2019 the population of the municipality is 17428 inhabitants. The municipality comprises 78 settlements. The road network of the municipality of Krumovgrad includes second-class roads (27 km), third-class roads (75 km) and municipal roads (261 km). The main obstacles before the maintenance and development of the municipal road network are related to the lack of funds for repair and investments in road infrastructure and the tendency for continuous deterioration in the quality of infrastructure, engendered by the intensity of water erosion, especially on gravel and earthen roads. There is no railway transport infrastructure established on the territory of the municipality of Krumovgrad. The closest railroad station with passenger and freight transportation facilities is located in the town of Momchilgrad, 32 km. away from the town of Krumovgrad.

The area of the *Municipality of Momchilgrad* is 360299 decares, which is twice as small as that of Krumovgrad. To the east it borders on the municipality of Krumovgrad, to the south – on the municipality of Kirkovo, to the west – on the municipality of Dzhebel and to the north on the Municipality of Kardzhali. The municipality comprises 49 settlements, most of them with population of less than 200 inhabitants. The population of the entire municipality is 16 263 (as at 01.02.2011), with the town of Momchilgrad as a municipal center having a population of 7831 inhabitants. The terrain in the municipality of Momchilgrad is primarily mountainous. Soil erosion due to deforestation, as well as the specific nature of the terrain have a negative impact on the settlement and transport network in the region.

## **2.2. Demographic health status of the population**

The demographic development of the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad is influenced by various in nature factors and conditions. A part of those are observed in the remaining administrative units of the country, while others have specific nature, reflecting their historical, socioeconomical, demographic, historic and sociocultural development. The current status and the trends in the evolution of the processes and phenomena indicated, determine the present and future development of human resources in the municipalities in quantitative and qualitative terms, as well as the health needs of the population in both municipalities.

In terms of age structure, a high level of similarity is observed – people over 65 years of age constitute about a fourth of the population. According to data of the National Statistical Institute the youngest population – up to 14 years of age, in the municipality of Krumovgrad makes up 15.8%, while in the municipality of Momchilgrad it makes up 12.3%. In 2019 a great growth of the population above working age was observed in both municipalities. The municipality of Momchilgrad suffers the most negative demographic transformation, having as well the largest relative decline in the population below working age, which determines future trends in the working force.





The demographic aging of the population places additional demands on health needs structure, due to the circumstance that elderly people are carriers of more than one chronic disease, which leads to greater expenses for health service. The changes in age structure impact significantly a number of public health status indicators, especially total indices of birth rate, total mortality and morbidity, the structure of causes of mortality and the health needs of the population. The management and planning of health and social care must be in line with current and future trends in the health and social status of people of advanced age and elderly people. Analysis shows demographic aging, and that every third person is older than 65. The increase in this number and the number of elderly people (those are people over 80 years of age according to WHO's classification) means higher incidence of a number of chronic diseases - cardiovascular, cerebrovascular, dementia, cancer, arthritis etc. It also rises question about possibilities for providing this type of medical care in the municipalities. Elderly people are significant consumers of health services. In the following years there will be a significant number of elderly people depending on a small number of people in working age as a source of funding for their healthcare. This will exacerbate the issue of enabling elderly to lead a dignified and secure life.

Total mortality for the municipalities of Krumovgrad is 13.05‰ and Momchilgrad – 11.95‰, i.e. those coefficients are lower than that for the country – 15,5‰. The trend in the last 5 years, however, has an unfavorable direction towards increase, rather than sustainment. The reasons for increase in mortality can be sought in:

- Aging of the population;
- Premature mortality in working age due to socially significant diseases, caused by: 1) *risk factors related to the lifestyle of the population*: irrational eating, smoking, hypodynamia and stress; 2) *socio-economic factors and environmental hazards*.

The leading diseases causing mortality among the population up to 2018 are cardiovascular diseases (myocardial infarction, stroke, etc.) in the first place, followed by oncological diseases. For the next evaluation period, the class of infectious diseases can be expected to be in the lead, due to the new coronavirus infection.

### **2.3. Availability of healthcare in the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad**

The healthcare system includes a broad range of medical activities and health services, aimed at preserving and restoring the health of the population, with the participation of all organizations, institutions and facilities, which form the health establishment network. The pyramid of functional organization of healthcare includes three levels of service: primary medical care performed by GPs, a second level of specialized outpatient care and a third level of highly specialized inpatient care.

Primary healthcare is a basic element of the healthcare system, which provides the population with accessible and quality healthcare and allows to reduce the need for the more expensive inpatient care through active prevention, early diagnosis and treatment in outpatient conditions.



With respect to primary healthcare both municipalities are facing a very serious problem – vacant primary healthcare practices, due to the lack of GPs willing to work in remote settlement. Primary medical care, which should be ubiquitous and universally accessible, is provided by just 4 general practitioners (GPs) for the entire population of Momchilgrad, and by 6 GPs in Krumovgrad. When related to the number of the population, it means that there is a serious danger in near future, when all of these GPs retire, that the population of both municipalities will be left without the most essential basic medical care. The absence of GPs deprives the population of the opportunity to receive the whole range of medical services – prevention (vaccinations), health promotion, diagnosis and treatment, palliative care and others.

The insufficient number of GPs, which can secure this full range of health care is a great issue for both municipalities. Unfortunately, the existing healthcare regulations don't allow municipal initiative in this direction. Due to these regulatory specifics, the characteristics of the municipalities – scattering of small settlements, primarily large number of uninsured citizens in those regions, shortage of medical professionals, an issue which will exacerbate in the future – lack of access to primary medical care, is taking shape. This contradicts fundamentally the concept of a socially just national health system or health strategy. Primary medical care should be accessible to every member of society, being the first point of contact of the individual, their family and of community with the healthcare system, which brings medical care closer to people's homes and workplaces.

Outpatient medical care in both municipalities is represented predominantly by individual practices of specialists – cardiologists, pediatricians, obstetricians etc. In the municipality of Krumovgrad. In the municipality of Krumovgrad 8 specialized individual practices have been opened up, while in Momchilgrad they are 12. Both municipalities only have a single medical center each. The patients have no access to a laboratory, diagnostic imaging departments etc., which in practice means that a problem exists with regards to diagnostic practice. The patients must travel to the provincial center for each laboratory test or diagnostic imaging and/or postpone diagnosis and treatment, which frequently leads to complications and the need for hospitalization, which places a burden on the more expensive inpatient care.

Data indicate that the availability of medical establishments for inpatient care in the municipalities of Momchilgrad and Krumovgrad is similar to that on national level. In terms of available beds, a deficit has been established. While on a national level per 1000 persons 7.57 beds are available, for the province of Kardzhali those are 5.43, and for the Municipality of Momchilgrad - 5.04.

In the municipality of Krumovgrad there is a single general hospital for acute care - GHAC „Life+” Ltd., in which people with acute diseases, exacerbated chronic diseases and conditions requiring inpatient surgical treatment are treated. In the municipality of Momchilgrad there is one general hospital – GHAC „Dr. Sergey Rostovtsev “.

A serious problem of the healthcare system in both municipalities is the strongly pronounced shortage of medical care professionals, especially a lack of nurses and midwives: there



are 2.35 of these professionals per 1000 inhabitants in the municipality of Krumovgrad and 2.80 per 1000 inhabitants in the municipality of Momchilgrad, in comparison with the availability of 5.53 of such professionals per 1000 inhabitants for the province of Kardzhali and 6.60 per 1000 at a national level. This means that for both municipalities the availability of such professionals is twice as small than that on a national level.

Dental medical care in both municipalities is performed by a large number of dentists - 17 for the municipality of Momchilgrad and 13 for the municipality of Krumovgrad, which is comparable with the number of dentists per 1000 inhabitants for the entire country. This is a demonstration of a phenomenon observed in border municipalities, characteristic as well for other regions in the country – the so called health tourism. The existence of that many dental practices is a result of the private initiative of dental specialists, due to the demand of dental care as a paid service - pay by pocket - most likely by citizens of neighboring countries who are more solvent than the local population.

An important element of the healthcare system is emergency medical care. There are Departments of Emergency Medical Care (DEMC) financed by the MH both in Momchilgrad and Krumovgrad. The main problem of emergency care in the municipalities in question is the scattered settlement structure, characterized by a large number of small settlements in both municipalities. The mountainous terrain doesn't allow emergency medical teams from the DEMCs to reach all settlements within 8 to 30 minutes.

**2.4. SWOT analysis of the preconditions determining the increased health needs, the condition and opportunities for development of healthcare in the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad**

<b>S - STRENGTHS</b>	<b>W - WEAKNESSES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitals are available in both municipalities;</li> <li>• Existence of individual practices for specialized outpatient care in both municipalities</li> <li>• Existence of GP practices</li> <li>• Existence of emergency care departments in both municipalities</li> <li>• Existence of cultural and religious traditions among the population, encouraging high birth rate;</li> <li>• Positive and respectful attitude towards the medical profession;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Low health culture of the population;</li> <li>• Predominant unhealthy lifestyle among the population;</li> <li>• Poor road infrastructure;</li> <li>• Frequent landslides, obstructing travel to municipal centers;</li> <li>• Predominantly elderly population;</li> <li>• Increased needs for primary healthcare, in view of the high morbidity form socially significant and chronic non-communicable diseases;</li> <li>• Insufficient number of doctors and nurses;</li> </ul>





<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infrastructural proximity to Greece, which strengthens transport communication;</li> <li>• Responsible attitude of local authorities towards healthcare issues;</li> <li>• Participation in European projects concerning healthcare in the municipalities;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Most of the GPs or of an advanced or retirement age;</li> <li>• There are vacant GP practices;</li> <li>• Absence of a clinical laboratory;</li> <li>• Absence of a laboratory for diagnostic imaging;</li> <li>• Insufficient number of emergency teams at emergency departments;</li> <li>• Poor condition of the medical vehicles of the emergency departments;</li> <li>• Difficult access to medical care;</li> <li>• Insufficient financial resources of the municipalities for implementation of local health policies;</li> <li>• Limited financial capacity of the municipalities for attracting medical professionals</li> </ul>
<p><b>O - OPPORTUNITIES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulatory changes, giving: 1. opportunities to young doctors without specialty to open up GP practices; 2. financial support from the state budget for the operation mobile teams of professionals for ambulatory diagnostics and treatment;</li> <li>• Various incentives by the local authorities for doctors to occupy vacant GP practices;</li> <li>• Developing and funding the conduct of national and local screening programmes for prevention of socially significant diseases and CND;</li> <li>• Introduction of innovative diagnostic methods – telemedicine and telemonitoring of patients with cardiovascular, neurological, endocrine diseases;</li> </ul>	<p><b>T - THREATS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decline in the number of GPs due to advanced age;</li> <li>• Increase in number of vacant practices;</li> <li>• Lack of your physicians willing to work in the municipalities;</li> <li>• Increase of the health needs of the population, in view of the demographic health structure;</li> </ul>



- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Funding by the municipalities /state of mobile teams for conducting laboratory, X-ray and functional studies once per week.</li><li>• Funding by the municipalities/state for the provision of transportation of people in need to municipal centers once per week;</li><li>• Purposeful raising of public health culture;</li><li>• Participation in European projects for funding and supporting the development of healthcare in the municipalities.</li></ul> |  |
|---|--|

The SWOT analysis indicates in what direction municipal authorities should concentrate their efforts in order to provide accessible and timely healthcare to the population in both municipalities. Minimizing of weaknesses and maximizing of strengths will increase opportunities.

*SUMMARY: In both municipalities the predominant population is aging, which presupposes increased healthcare needs. There is a significant shortage of medical staff. There is an insufficient number of general practitioners both in the municipality of Momchilgrad and the municipality of Krumovgrad - both municipalities have vacant practices. The age of general practitioners is above 55, which delineates an unfavorable trend for limitation of public access to primary care. At the same time the provision of emergency medical care in both municipalities is insufficiently effective, due to difficult access to small villages. Outside of the municipal centers Momchilgrad and Krumovgrad no quality health service is available, with the population of remote villages being affected the most, which makes primary healthcare, and respectively the prevention of socially significant diseases, insufficiently effective.*





## **CHAPTER THREE. ORGANIZING AND ESTABLISHING AN INSTRUMENT FOR PREVENTION AND PRIMARY HEALTHCARE IN THE MUNICIPALITIES OF KRUMOVGRAD AND MOMCHILGRAD - CROSS-BORDER “HEALTH LABORATORY”**

### **3.1. General characteristics of the “HEALTH LABORATORY”**

The establishment and operation of a Cross-border Laboratory for Prevention and Primary Health Policies is envisaged in Key Activity 6 of the project “Healthy Municipality - Policies for Ensuring Access to Health Services for Remote Places”. The experience and knowledge gained during the implementation of the project, as well as the analysis of the results of the pilot activities under the Preventive Plan, motivate the organizing of a continuously operating “HEALTH LABORATORY”.

The CB Laboratory is regarded as a body, operating on a voluntary basis, with non-profit ends, aiming to promote health at a local level and contribute to improving prevention in the health sector, by avoiding complex structures and administrative bureaucracy, in order to promote local actors to join in on the experience. As an activity within the project “Health Municipality” the laboratory is targeted mainly towards partners in this particular project. Those organizations are to take the initiative for the establishment and operation of the laboratory, with a resource having been provided for in the project budget for this purpose. Therefore, this particular group of organizations should make up the assembly of the first group of members of the laboratory. The Assembly is considered the highest decision-making organ of the laboratory, which should meet at least once per year to decide on next year’s activities (action plan), the allocation of resources, the approval of activities and expenses incurred in the last year and every subsequent issue. Extraordinary meeting of the General Assembly may be held by initiative of at least three of its members. The meeting has a quorum when at least five of its members are present. The meetings of the Laboratory’s Assembly are presided by the Chairman of the Coordination Team, composed of three beneficiaries, assuming responsibility of the coordination of the partner network. They nominate a chairman and allocate operational responsibilities and duties. At each meeting of the Laboratory’s Assembly minutes are to be kept and distributed to the members of the Laboratory. Decisions within the laboratory will be taken by a simple majority of the members present.

The Coordination Team:

- prepares an action plan with specific measures for the laboratory and manages its implementation, after approval by the Laboratory’s Assembly;
- prepares the annual budget of the laboratory and manages resources, after approval by the Laboratory’s Assembly;
- prepares an annual report on the activities and costs of the Laboratory.



### 3.2. Mission and goals

**Mission** – to provide the partners in the project “Healthy Municipality” with support in implementing in their municipalities health policies that improve public access to PHC.

Beside the representatives of the municipalities from Bulgaria and Greece, all partners participating in the Cross-border Project are expected to place in focus issues and possible solutions for local policies in relation to the improvement of the organization of primary health care and the effective multiplying of the specific practical experience and good practices that have been gained.

**Goal:** *The Cross-border continuously operating “HEALTH LABORATORY” aims to contribute to the implementation of policies improving access to primary health care through:*

- implementation of prevention policies;
- implementation of preventive actions targeted at the local population;
- building capacity at a municipal level in remote places.

Subgoals:

#### **I. Enriching the perception of health**

The review of current international policies in the health sector (WHO - Astana Declaration - Global Conference on Primary Health Care), increased the number of questions with regards to successfully approaching a quality that complies with the standards of healthcare, which constitute a modern and effective local health policy. The interpretation of health as a condition depending on a wide range of socioeconomical factors (WHO 2018) is a topic, that should be presented to local communities, with local authorities and local medical staff being at the top of the list of recipients. The conduct of various discussion and seminars with the help of experts will increase the theoretical training and the predominance of the perception of health as a national treasure.

#### **II. Incorporating and improving the implementation of local health plans**

Within the project “Healthy Municipality” the 4 local authorities have the opportunity to develop and implement local prevention policies. Socioeconomical data for the respective regions have been gathered and processed, as well as demographic health information about the population of the municipalities. Partners involved in the overall procedure received a significant insight into the current status of the project regions, policies and infrastructure. In this context a significant shortage of health services was established, which limits the range and quality of services, and ultimately motivates locals to leave the public healthcare system. In response to this, interventions should be carried out pertaining to local healthcare, in which way structures can be made responsive to local needs. Encouraging local authorities to establish the necessary local structures should be one of the main goals of the Laboratory.

#### **III. Meeting selected needs / shortages in specific areas of implementation**

Although it is important to delineate and underline the challenges which local health systems are facing, this is obviously not sufficient in order to react effectively to them. In addition to this, local communities, especially the ones in which the project is carried out, suffer from the



lack of suitable human resources, as well as processes which can facilitate them in developing solutions for the localized shortages.

In relation to this specific seminars, and respectively discussion forums between experts and local stakeholders can be organized on selected issues. The application of innovative diagnostic and treatment methods, such as the possibilities of telemedicine, an internet based platform for remote training of local medical staff, are a part of the practical solutions with added value to preserving the health of the local population. It is obvious that in view of local shortages a great number of issues need to be reviewed, thoroughly discussed and additionally communicated to decision-making officers.

#### **IV. Increasing the capacity and impact of local health prevention activities**

There is a significant number of formal regional/local health structures of the Ministry of Health and private organizations, that operate in parallel and bear a relation to health policies and their implementation at a local level. These actors don't necessarily cooperate and undertake coordinated initiatives, which reflects on their effectivity. Therefore, contributing to the coordination of local activities could be an additional goal of the Laboratory.

#### **IV. Disseminating experience and outcomes**

The experience and outcomes of the two "Health Municipality" projects and the CB Laboratory itself are obviously significant not only for the participants of the particular project and the members of the Laboratory, but also for broader healthcare in the communities of both neighboring countries. The outcomes of the project's experimentation, as well as of the activities of the Laboratory should be widely communicated to specific target groups and subject to review and discussion by those.

The accomplishment of the main goal and the indicated subgoals includes implementation of activities in the following topics: accepting the municipal institution as an active participant in health prevention, establishing structural units for the development of health policies on local authority level; improving the municipal healthcare infrastructure; creating an information network for contact of local authorities with local providers of health services, such as physicians of various medical specialties and medical establishments; continuing activities for raising health culture and awareness on topics of health prevention; developing and implementing innovative methods for telemonitoring, in order to improve the diagnosis and health status monitoring of people in need.

The partners will meet six times per year to discuss the above topics, the challenges before municipalities, and the possible solutions, including specific measures that are to be undertaken. Municipal authorities, having at their disposition instruments produced by the project (study of morbidity, the age structure of patient sheets, etc.) will be effectively supported in the implementation prevention policies in their municipalities. Support in this task is the participation of science experts, with proven experience in the field of public healthcare.

The sustainability of the project is determined by the commitment of the municipalities, also incl. its funding. The benefit from the work of the cross-border "HEALTH LABORATORY" is



also expressed in the opportunity for pilot implementations to be transformed into a stable foundation for other regions and municipalities in Greece and Bulgaria.

### **3.3. Plan of the activities for organizing and establishing “HEALTH LABORATORY” as an instrument for prevention and primary health care in the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad**

#### **3.3.1. Theoretical framework – foundation for the establishment and operation of the laboratory for health prevention.**

To speak of “health policies” in the context of the project “Healthy Municipality” means to approach this specific term from the perspective of the currently prevailing at an international level perceptions. In this respect it is seen as necessary to present an overview of some of the most essential of these concepts, in order to achieve clarity about the content and goals of the policies that are to be implemented within the project and beyond its completion.

In UN's 2030 Agenda for Sustainable Development related to health issues are mainly goal 3: Ensuring healthy lifestyle and promoting wellbeing for all at all ages, and the goals specified in:

- 3.4 by 2030 to reduce by one third premature mortality of non-communicable diseases through prevention and treatment and promotion of mental health and wellbeing;
- 3.8 to achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality basic health services and access to safe, effective, quality and affordable basic medicines and vaccines for all.

In addition, the Framework Convention of World Health Organization provides for enhanced control over tobacco use in all countries. The Approach of the World Health Organization (WHO) places a strong emphasis on justice, solidarity, cross-sectoral cooperation and actions for tackling health determinants. This approach recognizes the necessity for cooperation between public, private, voluntary and community organization.

The Copenhagen Consensus of Mayors “Healthier and happier cities for all” is a transformative approach for safe, inclusive, resilient societies (13 February 2018, Copenhagen, Denmark), identifying six areas for action necessary to improve the health and well-being of citizens: people, places, participation, prosperity, peace and planet:

- Investing in the **people** who make up our cities
- Designing urban **places** that improve health and well-being
- Greater **participation** and partnerships for health and well-being
- Improved community **prosperity** and access to common goods and services
- Promoting **peace** and security through inclusive societies
- Protect the **planet** from degradation including through sustainable consumption and production





The strategy of the European health policy “Health 21” sets 21 goals for improving the health of European citizens, among which:

- health of young people, that is, young people in the region should be healthier and better able to fulfil their roles in society
- healthy aging as reflected in increases in life expectancy, disability-free life expectancy;
- improving mental health;
- reducing communicable diseases;
- a healthy and safe physical environment;
- healthier living such as healthier behavior in such fields as nutrition, physical activity and sexuality and increase in the availability, affordability and accessibility of safe and healthy food
- reducing harm from alcohol, drugs and tobacco;
- settings for health, specifically, people in the region should have greater opportunities to live in healthy physical and social environments at home, at school, at the workplace and in the local community
- multisectoral responsibility for health;
- an integrated health sector with better access to family- and community-oriented primary health care;
- primary health care, supported by a flexible and responsive hospital system;
- managing for quality of care by focusing on outcomes;
- developing human resources for health to ensure that health professionals and others have acquired appropriate knowledge, attitudes and skills to protect and promote health
- mobilizing partners for health (governments, professionals, nongovernmental organizations, the private sector, and individual citizens), policies and strategies for health for all at country, regional and local levels

According to a WHO publication on the prevention of chronic non-communicable diseases (CND) (cardiovascular diseases, diabetes, cancer and chronic respiratory diseases): Cities have a key role in supporting people living with these diseases, in building health literacy and promoting interventions for the creation of a physical, socio-economic and cultural environment, in addressing risk factors for CND.

Cities have competencies in terms of policies that shape the built and natural environment. This allows them to:

- undertake direct measures for tackling CND risk factors through public health interventions;
- undertake healthy urban planning;
- promote the existence of active transport and access to green areas;
- tackling air pollution and improving road safety;





- tackling health inequalities and CND outcomes by overcoming problematic social determinants of health;
- ensuring coherence between municipal policies for better CND outcomes;
- working with other levels of government to create a system for improving CND outcomes.

The role of the local level in ensuring an effective response to the prevention and control of CND was recognized at a high level by the UN General Meeting. According to the 2018 Astana Declaration of the Global Conference on Primary Health Care, the success of primary health care will be driven by:

- **Knowledge and capacity building** - We will apply knowledge, including scientific as well as traditional knowledge, to strengthen and improve health outcomes and ensure access for all people to the right care at the right time and at the most appropriate level of care, respecting their rights, needs, dignity and autonomy. We will continue to research and share knowledge and experience, build capacity and improve the delivery of health services and care.
- **Human resources and health** - We will create decent work and appropriate compensation for health professionals and other health personnel working at the primary health care level to respond effectively to people's health needs in a multidisciplinary context. We will continue to invest in the education, training, recruitment, development, motivation and retention of the PHC workforce, with an appropriate skill mix. We will strive for the retention and availability of the PHC workforce in rural, remote and less developed areas. We assert that the international migration of health personnel should not undermine countries', particularly developing countries', ability to meet the health needs of their populations.
- **Technology** - We support broadening and extending access to a range of health care services through the use of high quality, safe, effective and affordable medicines, including, as appropriate, traditional medicines, vaccines, diagnostics and other technologies. We will promote their rational and safe use and the protection of personal data. Through advances in information systems, we will be better able to collect appropriately disaggregated, high-quality data and to improve information continuity, disease surveillance, transparency, accountability and monitoring of health system performance. We will use a variety of technologies to improve access to health care, enrich health service delivery, improve the quality of service and patient safety, and increase the efficiency and coordination of care. Through digital and other technologies, we will enable individuals and communities to identify their health needs, participate in the planning and delivery of services and play an active role in maintaining their own health and well-being.
- **Financing** - We call on all countries to continue to invest to improve health outcomes. We will address the inefficiencies and inequities that expose people to financial hardship



resulting from their use of health services by ensuring better allocation of resources for health, adequate financing of primary health care and appropriate reimbursement systems in order to improve access and achieve better health outcomes. We will work towards the financial sustainability, efficiency and resilience of national health systems, appropriately allocating resources to PHC.

### **3.3.2. Activities of the cross-border laboratory**

#### **1. Developing the Laboratory's business plan**

This document formulates the goals the Laboratory. It should be regarded as an introduction and a fundament for opening up the discussion on the Business Plan at the first two meeting of the Laboratory.

#### **2. Organizing seven cross-border meetings of the Laboratory**

a) The goal of the first two meetings (for the project's partners and the members of the Laboratory), is to discuss and agree on in accordance with the proposed Business Plan the Laboratory's activities for the next year.

b) For invited participants to get acquainted with the goals of the Laboratory, its activities, its operation and with the newest concepts in primary healthcare.

In each of these two meeting will participate representatives of local health organizations (especially those dealing with primary care), community groups, that are stakeholders in health issues and representatives of the academic community with experience in healthcare and social policies will be invited to join.

The third meeting has the task:

a) to research and coordinate the mode of operation of the laboratory

b) to discuss of the dissemination activities of the laboratory

c) to review and agree on the members of the local support groups in each of the 4 municipalities.

The following four meetings will be held in the 4 project regions of the Laboratory:

a) Presentation of the Laboratory to local communities and acquainting participants with the role, goals, activities and operation of the laboratory;

b) Acquainting the participants with the international concepts of health and organizations for primary healthcare;

c) Emphasizing the role of local self-governing in the primary healthcare sector;

d) Establishing local structures at the municipalities for coordination and support of healthcare and prevention policies;

e) Encouraging local participants in each municipality to establish support groups for primary healthcare.

In line with the initiatives, the expected results of the laboratory's activities, should concentrate in two general axes.



**First** – emphasis on improving local work, quality of health services in partner regions; recording of actions and evaluation of results should play a major role for elevating the experimentation in the partner regions to a paradigm for the health sector in the entire cross-border area and beyond.

Empowering the participant municipalities to play a central role in the provision of local health services in their regions; to support the coordination of local interventions in the health sector in order to increase the efficiency of local health systems; developing solutions to selected problems and the incorporation of the Laboratory as a pool of support and guidance at a cross-border level should be the activities under the first axis.

**The second axis** has more of theoretical focus, namely to deal with the approach of local policies to the strategies and standards of international health organizations and institutions. As such, the expansion of the Laboratory's membership, theoretical interventions by experts, discussion seminars with other participants from the municipality and active work on dissemination should encompass the action of this particular axis.



## CONCLUSION

The status of public systems - education, environmental protection, food control, transport, industry, energy, agriculture, tourism, is of utmost importance for preserving and strengthening public health, which makes them a part of the formation of the so called healthy health policy. An effective multisectoral and multidisciplinary approach also includes the participation of local municipal authorities, which are best acquainted with the needs and specifics of the demographic health status of the population.

The Project “Healthy Municipality” is at the foundation of the declarations of the respective international institutions and organizations. There is no doubt for the necessity for continuing and upgrading the specific experience gained during the lifecycle of the project, in order to mark achievements that are closest to the policies and goals for providing equal access to PHC.

The activity of the Cross-border “HEALTH LABORATORY” could transform it into a durable instrument for achieving sustainability in the application of gained experience and knowledge, not only for participant in the project but also for other communities and institutions.





**ABBREVIATIONS:**

- CBP** – cross-border policy
- CBL** – cross-border laboratory
- CND** – chronic non-communicable diseases
- DEMC** – department for emergency medical care
- GHAC** – general hospital for acute care
- GP** – general practitioner
- MH** – Ministry of Health
- PHC** – primary health care
- UN** – United Nations
- WHO** – World Health Organization





## КЛЮЧОВА ДЕЙНОСТ 6

# БИЗНЕС ПЛАН ЗА ОРГАНИЗИРАНЕ И СЪЗДАВАНЕ НА ИНСТРУМЕНТ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ И ПЪРВИЧНА ЗДРАВНА ПОМОЩ (общини Крумовград и Момчилград)



**СЪДЪРЖАНИЕ:**

<b>ВЪВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>3</b>
<b>ПЪРВА ГЛАВА. КРАТЪК АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВАТА ПРЕД ЗДРАВНАТА СИСТЕМА В СТРАНАТА - ОБЩ ПРЕГЛЕД НА ЗДРАВНАТА МАКРОСРЕДА .....</b>	<b>5</b>
<b>ВТОРА ГЛАВА. АНАЛИЗ НА СЪСТОЯНИЕТО И РАЗВИТИЕТО НА ЗДРАВНАТА МИКРОСРЕДА В ОБЩИНИТЕ КРУМОВГРАД И МОМЧИЛГРАД .....</b>	<b>9</b>
2.1. Общи данни за изследваните общини	
2.2. Здравно-демографски статус на населението	
2.3. Осигуреност на здравна система в общините Крумовград и Момчилград	
2.4. SWOT- анализ на предпоставките, обуславящи повишени здравни потребности, състоянието и възможностите за развитие на здравна помощ в общините Крумовград и Момчилград	
<b>ТРЕТА ГЛАВА. ОРГАНИЗИРАНЕ И СЪЗДАВАНЕ НА ИНСТРУМЕНТ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ И ПЪРВИЧНА ЗДРАВНА ПОМОЩ В ОБЩИНИТЕ КРУМОВГРАД И МОМЧИЛГРАД – ТРАНСГРАНИЧНА „ЗДРАВНА ЛАБОРАТОРИЯ“ .....</b>	<b>16</b>
3.1. Обща характеристика на „ЗДРАВНАТА ЛАБОРАТОРИЯ“.	
3.2. Мисия и цели	
3.3. План за дейностите по организиране и създаване на „ЗДРАВНА ЛАБОРАТОРИЯ“, като инструмент за превенция и първична здравна помощ в общините Крумовград и Момчилград	
3.3.1. Теоретичната рамка – основа за създаване и функциониране на лабораторията по здравна превенция	
3.3.2. Дейности на трансграничната лабораторията	
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>24</b>
<b>ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ.....</b>	<b>26</b>



## ВЪВЕДЕНИЕ

**Бизнес планът** за организиране и създаване на инструмент за превенция и първична здравна помощ на общините Крумовград и Момчилград е разработен в изпълнение на Ключова дейност 6 от Европейския проект – „Политики за подобряване достъпа до здравно обслужване в отдалечени райони“, финансиран по Програма за трансгранично сътрудничество ИНТЕРРЕГ 2014-2020, базирайки се на Европейските здравни политики и Националната здравна стратегия, както и тази за регионално развитие, в частта за превенцията на здравето.

При разработване на плана сме се ръководили от възприемането на здравето като комплексно състояние, отразяващо био-психо-социалното благополучие на всеки индивид, което зависи в значителна степен от качеството на живот, така също и от изведените проектни резултати за състоянието на първичната здравна помощ в изследваните общини и приложените пилотни дейности по изпълнение на превантивния план.

Направен е анализ на предизвикателствата пред организацията, управлението, финансирането и предоставянето на здравни услуги в общините Крумовград и Момчилград.

Цел на здравеопазването в България е осигуряване на качествено, достъпно медицинско обслужване на населението в съответствие с международните стандарти.

Ето защо актуалността на проблема за организацията и функционирането на здравната помощ в малките, отдалечени населени места, каквито са Крумовград и Момчилград и превръщането на политиката за превенция на заболяванията в реален приоритет, нараства значително.

В този аспект правилната оценка на потенциала за развитие на първичната здравна помощ в двете общини, има съществена роля за тяхното оцеляване и бъдеще.

Значимостта на проблемите, свързани с оценка потенциала за развитие на първичната здравна помощ в изследваните общини и необходимостта от тяхното по-детайлно анализиране, оценяване и намиране на подход за решаването им, са основание за разработване на настоящата тема.

Стратегическото планиране е основен инструмент в управлението, което намира израз в приемане и изпълнение на програма и/или план за здравно развитие на общините.

**Целта на бизнес плана** е на основата на задълбочен ситуационен анализ на средата в изследваните общини, оценявайки резултатите от изпълнението на Трансграничния проект, да се обобщи натрупания опит и знания по време на живота на неговото изпълнение, да се оценят възможностите в краткосрочен и дългосрочен план за устойчиво организиране и създаване на инструмент за превенция и първична здравна помощ в общините Крумовград и Момчилград.

Реализирането на поставената цел е търсена посредством решаването на следните изследователски задачи:



- *Кратък анализ и оценка на предизвикателства пред здравната система в страната - общ преглед на здравната макросреда*
- *Анализ на състоянието и развитието на здравната микросреда в общините Крумовград и Момчилград*
- *Организиране и създаване на инструмент за превенция и първична здравна помощ в общините Крумовград и Момчилград.*

При изпълнението на задачите е избран стратегическият подход, като най-подходящ за избор на поведение в етапа на кадрова криза, в който се намира първичната здравна помощ в двете общини и поради характера на вземаните решения.

Според световната здравна организация първичната здравна помощ (ПЗП) представлява „основна здравна помощ, основана на практически, научно-обосновани и социално приемливи методи и технологии, които са универсално достъпни за всяко лице, техните семейства и обществото, осъществявани чрез тяхното пълно участие и на цена, която общността и страната могат да си позволят на всеки етап от развитието си“.

По своята същност ПЗП е мултидисциплинарна и се характеризира с достъпност и равнопоставеност за всички пациенти. Друга характеристика е превантивността, която представлява опазване на здравето преди възникване на заболяванията и се осъществява чрез профилактични и имунизационни програми. Първото ниво от здравната система в страната се осъществява от ОПЛ, които на практика реализират ПЗП.

Анализирайки състоянието на първичната здравна помощ в двете общини, отчитайки значението на превенцията, позовавайки се на предвиденото в европейския проект „Здравата община - политики за подобряване на достъпа до здравни услуги в бедни райони“ организирането и създаването на „**ЗДРАВНА ЛАБОРАТОРИЯ**“ (като инструмент), е предпоставка за реализиране на ефективна и устойчива политика за повишаване здравето на населението в общините Крумовград и Момчилград.

В създаването и функционирането на трансграничната „**ЗДРАВНА ЛАБОРАТОРИЯ**“ ще вземат участие представителите на общините Крумовград и Момчилград от Р. България; общините Ариана и Иасмос от Гърция, както и партньорите: Агенция за регионално развитие на Родопи С.А. и Солунски университет Аристотел от Гърция, Асоциация на родопските общини от България.



## ПЪРВА ГЛАВА. КРАТЪК АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВАТА ПРЕД ЗДРАВНАТА СИСТЕМА В СТРАНАТА - ОБЩ ПРЕГЛЕД НА ЗДРАВНАТА МАКРОСРЕДА

Здравната система в България, стартирала през 1999 година, все още е в период на незавършена реформа. Очакванията на всички бяха за възникване на нови отношения и взаимовръзки, характерни за пазарната икономика, за подобряване качеството на медицинската услуга, за повишаване статуса на специалистите в областта на здравеопазването.

Към днешна дата здравната система е в критично състояние поради това, че не работи ефективно. Липсва държавна политика, която да осигури ново отношение към здравето на хората, което да мотивира и осигурява високо качество на живот. В резултат здравната система непрекъснато страда от съществени слабости, които допринасят за неудовлетворителното здравно състояние на населението. Здравните неравенства между градското и селското население, както и неравенствата в достъпа до здравната система продължават да нарастват. Подобрието на здравния статус на населението, отразено в някои здравни индикатори, е неудовлетворително, а други индикатори дори се влошават.

Здравна стратегия на България е синхронизирана с европейските директиви за повишаване на здравето и отразява насоката, приоритетите и принципите на здравната политика, които включват и промяна на факторите на жизнената среда, както и контрол върху детерминантите на здравето. Определени са целите и приоритетите за развитие на здравната помощ в посочената основополагаща за здравеопазването част – превенция и първична медицинска помощ. Различни дейности и програми, свързани с общественото здраве, се осъществяват от регионалните здравни инспекции, националните центрове и общините. Правителствената програма от 2017 г. и програмата за председателството на България на ЕС за 2018 г. определиха реформи, насочени към подобряване на превенцията на болестите и повишаване на достъпността до лекарства. Продължават дискусиите за възможните подходи за осигуряване на финансова стабилност и за повишаване на ефективността в прилагането на здравноосигурителния модел в страната.

Участието на местните общински власти представлява активен фактор в процесите за подобряване здравето и благосъстоянието на гражданите, тъй като най-добре познават спецификите на местното население от района. Проявление на тази ангажираност са изработването и прилагането на многосекторни стратегии и програми в областта на превенцията, промоцията и профилактиката на местно ниво, финансирани от общинските бюджети.

По данни на Евростат страната ни продължава да е в челните места по негативни здравни резултати, свързани с показателите за продължителност на живот, обща и детска смъртност, предотвратима смъртност от сърдечносъдови заболявания, и обща заболяемост. Трайно остават, като водещи причини за смъртност заболяванията на сърдечно-съдовата система, злокачествените заболявания и болестите на дихателната система. Разпространението на рисковите фактори, като устойчива висока консумация





на алкохол и тютюнопушене, е често над средното за ЕС и вероятно допринася за високото равнище на смъртност и ниска продължителност на живот в страната.

Укрепването на общественото здраве, изисква акцентирание върху промоция на здравето и превенция на заболяванията. Изпълнителите в първичната медицинска помощ са ключови фигури при осъществяването им. В Националната здравна стратегията са предвидени мерки за ограничаване на рисковите фактори, увеличаване на броя на услугите, свързани с промоция на здравето и профилактика на заболяванията, здравословно хранене, повишаване на качеството на здравното образование и обучение, координация и синхронизиране на секторната политика и активното въвличане на различни заинтересовани страни. В рамките на Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести се осъществяват разнообразни дейности и инициативи, които имат за цел да насърчат здравословния начин на живот, като:

- информационни и образователни кампании;
- кабинети за консултации за отказ на употребата на тютюневи изделия към лечебните заведения;
- спортни инициативи;
- обучение на здравни специалисти;
- изследване на рисковите фактори и равнището на здравна култура на населението.

Причините за предизвикателствата пред здравната система в страната се коренят в тоталния дисбаланс на нормативна уредба, кадровата обезпеченост и публичен финансов ресурс. Структурата и разпределението на материалните и човешки ресурси в здравния сектор на България се характеризира с неравновесия и значителни диспропорции. Организационно – функционалната пирамида в страната е обърната, което обуславя нестабилността на здравната система. Броят на ОПЛ в страната непрекъснато намалява и заемат втория най-нисък дял в ЕС преди Гърция. Не малък брой от жителите на отдалечени населени места нямат възможност за достъп до медицинска помощ, поради липса на желаещи да работят в тях като ОПЛ. В същото време броят на лекарите – специалисти от извънболничната помощ се увеличава значително, така както и броят на болничните лечебни заведения. По данни на НЗОК към днешна дата те достигат до 465, при това концентрирани в големите и/или университетски градове. Нарастването на болничния сектор е за сметка на частните структури, докато броя на публичните болници/ държавни и общински/е относително неизменен, но преобладаващо в тежко състояние.

В световната практика тежестта в здравеопазването е в извънболничната помощ - първична и специализирана. В българското здравеопазване, все още са малко средствата заделени за превенцията и профилактика, с които основно се занимават изпълнителите на първичната и специализирана извънболнична помощ, за сметка на скъпо струващото болнично лечение. Извънболничната медицинска помощ е съществено подценена,



което я прави не достатъчно ефективна. Превенцията и профилактиката на хроничните незаразни заболявания е приоритет предимно на хартия. Липсват достатъчно на брой национални скринингови и профилактични програми, което е причина за късното диагностициране и лечение на редица заболявания, в т.ч. и злокачествени. Бързото застаряване и изтичане на медицински кадри поради емиграция има за резултат недостиг в осигуреността с квалифицирани човешки ресурси, което обуславя нарастващият процент на директните плащания в България, значително над средния за ЕС. Този факт подчертава неадекватната финансова защита, която системата на социално здравно осигуряване предоставя на гражданите. Директните разходи за здравеопазване представляват 47.7% от общите здравни разходи. Това неизбежно води до неблагоприятни последици за достъпността на здравеопазването и поставя много групи в неравностойно положение (тези с ниски доходи, жители на селските райони, етнически малцинства, страдащи от хронични заболявания и възрастни хора) във висок риск от обедняване и пропуснати грижи.

Въпреки амбициозните намерения за реформиране на здравната система, след средата на 2000-та година не са правени значими промени в дизайна и функционирането на системата. Инициативите за реформи бяха посрещнати с резистентност от заинтересованите страни в здравеопазването и някои обещаващи идеи и нормативни промени, които се очакваше да помогнат в решаването на най-пресиращите проблеми в здравната система като ефективността и ефикасността на системата, финансовата стабилност, покритието на населението и равнопоставеността, бяха отхвърлени в съда, преди някои от тях дори да влязат в сила. Повечето от последните промени, извършени в системата, целят засилване на контрола върху публичните разходи и задържане на разходите и включват регулиране на цените на лекарствата, въвеждане на лимити в броя на хоспитализациите по болници и клинични пътеки, както и въвеждане на стандарт за финансово управление на държавните болници. Съществуващите предизвикателства характеризират здравната система с динамичност, сложност и многокомпонентност. Това налага промени в принципите, техниките и методите на управление на медицинските дейности и персонал. Нормативните несъвършенства и деформации, хроничните финансови дефицити и недостатъчност на човешките ресурси генерират регионални диспропорции, противоречия и критични точки в системата, които често са предпоставка за недостатъчно добро качество на дейността и не равнопоставен достъп до здравеопазване, особено в първичната помощ. Посочените проблеми са в значителна степен по-ярко изразени в малки и/или отдалечени населени места.

Въпреки, че принципите на автономност, договорни отношения и пазарна регулация бяха въведени в края на 90-те години, на практика процесът на вземане на решения в българската здравна система е силно централизиран, което лишава местните власти от ефективно прилагане на специфични здравни политики, адаптирани към конкретните условия на живот. Почти всички реформи на децентрализация целяха прехвърляне на отговорностите на по-ниските нива, както в географско, така и в



организационно отношение (т.е. към регионите или подчинените органи), но без предоставяне на адекватни права. Поради тази причина, реална децентрализация на здравната система у нас не се случува, което лишава общинските власти от възможността да прилагат различни инструменти за реализиране на политики, подобряващи здравния статус на населението.

*ОБОБЩЕНИЕ: Здравната система в страната е в дисбаланс по отношение на основните фактори - нормативна база, финансиране и човешки ресурси. Това създава предпоставка за диспропорции в осигуреността на ниво региони, лечебни заведения, лекари от различни медицински специалности. Посочените предизвикателства нарушават гарантираното конституционно право за равнопоставен и своевременен достъп до качествена медицинска помощ на живущите в отдалечени, трудно достъпни малки населени места.*



## ВТОРА ГЛАВА. АНАЛИЗ НА СЪСТОЯНИЕТО И РАЗВИТИЕТО НА ЗДРАВНАТА МИКРОСРЕДА В ОБЩИНТЕ КРУМОВГРАД И МОМЧИЛГРАД

### 2.1. Общи данни за изследваните общини

Общините Крумовград и Момчилград са административни единици от област Кърджали, като и двете попадат изцяло в района на Източните Родопи. За статистически нужди са създадени 6 региона, наречени „статистически райони“, които са агрегация на двадесет и осемте области. Двете общини попадат в Южен централен.

*Община Крумовград* е с територия 843705 декара и граничи с общините Ивайловград, Маджарово, Кърджали, Стамболово, Момчилград и Кирково, като южната граница на общината съвпада с държавната граница с Република Гърция. За 2019г. населението на общината е 17428 души. Общината е съставена от 78 населени места. Пътната мрежа на община Крумовград включва второкласни пътища (27 км), третокласни пътища (75 км) и общински пътища (261 км). Основните проблеми за поддръжката и развитието на общинската пътна мрежа са свързани с липса на средства за ремонт и инвестиции в пътна инфраструктура и тенденцията за продължаващо влошаване качество на инфраструктурата, породено от интензивността на водната ерозия, особено на пътищата с трошенокаменна настилка и пътищата на земно легло. На територията на община Крумовград няма изградена инфраструктура за железопътен транспорт. Най-близката жп гара със съоръжения за пътнически и товарни превози се намира в гр. Момчилград на 32 км от гр. Крумовград.

Територията на *община Момчилград* е 360299 декара, което е два пъти по-малко от тази на Крумовград. На изток граничи с община Крумовград, на юг – с община Кирково, на запад – с община Джебел и на север с община Кърджали. Общината е съставена от 49 населени места, като повечето от тях са с население под 200 души. Населението на цялата община е 16 263 души (към 01.02.2011г.), като центърът на общината гр. Момчилград е с население 7831 души. Релефът в община Момчилград е предимно планински. Ерозията на почвата, поради обезлесяването, както и специфичния характер на терена оказват негативно влияние върху селищната и транспортната мрежа в района.

### 2.2. Здравно-демографски статус на населението

Върху демографското развитие на общините Крумовград и Момчилград влияние оказват различни по характер фактори и условия. Част от тях се проявяват и в останалите административно-териториални единици на страната, а други имат специфичен характер, отразяващ нейното историческо, социално-икономическо, демографско и социо-културно развитие. Съвременното състояние и тенденциите на изменения в посочените процеси и явления обуславят сегашното и бъдещото развитие на човешките ресурси в общините в количествено и качествено отношение, както и здравните потребности на населението от двете общини.



По отношение на възрастовата структура се наблюдава висока степен на сходство - лицата над 65 години съставляват около една четвърт от населението. По данни на НСИ най-младото население - до 14 години, в община Крумовград съставлява 15,8%, а в община Момчилград – 12,3%. През 2019 г. се наблюдава силно нарастване на населението в надтрудоспособна възраст в двете общини. Момчилградската община търпи най-негативна демографска трансформация, включваща и най-голям относителен спад на населението под трудоспособна възраст, което определя бъдещите тенденции на трудовите ресурси.

Демографското остаряване на населението, поставя допълнителни изисквания пред структурата на здравните потребности, поради обстоятелството, че възрастните хора са носители на повече от едно хронично заболяване, което води и до по-големи разходи за здравно обслужване. Промените във възрастовата структура оказват съществено влияние върху редица индикатори за здравето състояние на населението, особено върху общите коефициенти за честота на раждаемостта, общата смъртност, заболяемостта и болестността, върху структурата на причините за смъртност и върху здравните потребности на населението. Ръководството и планирането на здравната и социална помощ, трябва да бъде съобразено със сегашните и бъдещи тенденции в здравния и социален статус на възрастните и стари хора. Анализът показва демографско застаряване, и че всеки трети е над 65 години. Нарастването на този брой и на броя на стари хора (това са лица над 80 г, според класификацията на СЗО) означава повисока честота на редица хронични заболявания – сърдечно-съдови, мозъчно-съдови, деменция, рак, артритни заболявания и др. И повдига въпроси за възможности за осигуряването на този тип здравна помощ в общините. Възрастните хора са значителни консуматори на здравните услуги. През следващите години, ще има значителен брой стари хора, зависещи от малък брой хора в трудоспособна възраст като източник на финансиране на тяхната здравна помощ. Това ще изостря проблемът за осигуряването на възможност на възрастните хора да водят достоен и сигурен живот.

Общата смъртност за общините Крумовград е 13.05‰ и Момчилград – 11.95‰ т.е. тези коефициенти са по-ниски от този за страната – 15,5‰. Тенденцията през последните 5 години обаче е с неблагоприятна посока на покачване, а не на задържане. Причините за нарастване на смъртността могат да се потърсят в:

- Застаряването на населението;
- Преждевременната смъртността в активна възраст от социалнозначими заболявания, които са породени от: 1) *рискови фактори, свързани с начина на живот на населението*: нерационално хранене, тютюнопушене, хиподинамия и стрес; 2) *социално-икономически фактори и екологични вредности на средата*.

Водещите класове болести, от които умира населението до 2018 г. са болестите на органите на кръвообращението (миокарден инфаркт, мозъчен инсулт и др.) на първо място, следвани от онкологични заболявания. За следващият период на оценка, може да





се очаква водещ да е класа на инфекциозните болести, заради новата коронавирусна инфекция.

### **2.3. Осигуреност на здравната система в общините Крумовград и Момчилград**

Здравната система включва широк комплекс от медицински дейности и здравни грижи, ориентирани към опазване и възстановяване на здравето на населението, с включването на всички организации, институции и ресурси, които формират мрежата от лечебни заведения. Организационнофункционалната здравна пирамида включва три нива на обслужване: първична медицинска помощ, осъществявана от ОПЛ, второ ниво на специализирана извънболнична медицинска помощ и трето ниво на високо специализирана болнична помощ.

Първичната здравна помощ е базов елемент в системата на здравеопазване, която осигурява на населението достъпна и качествена медицинска помощ и позволява да се намалят потребностите от по-скъпата болнична помощ чрез активна профилактика, ранна диагностика и лечение в амбулаторни условия.

По отношение на първичната здравна помощ двете общини са изправени пред един много сериозен проблем – незаети практиките за първична медицинска помощ, липса на желаещи да работят като ОПЛ в отдалечените населени места. Първичната здравна помощ, която трябва да е универсална и общодостъпна, за цялото население в Момчилград се осигурява само от 4 общопрактикуващи лекари (ОПЛ), а в Крумовград от 7 ОПЛ. Отнесено към броя на населението това означава сериозна застрашеност в близкото бъдеще, след пенсионирането на тези ОПЛ, населението на двете общини да остане без най-важната базова здравна помощ. Отсъствието на ОПЛ лишава населението от възможността за получаване на целия спектър от медицински дейности – профилактика (имунизации), промоция на здравето, диагностика и лечение, палиативна помощ и други.

Липсата на достатъчен брой ОПЛ, които да обезпечават тази всеобхватната здравна грижа е голям проблем за двете общини. За съжаление съществуващото здравно законодателство не дава възможност за общинска инициатива в тази насока. Поради тези нормативни особености, характеристики на общините – разпръснатост на малки населени места, найвече голям дял здравно-неосигурено население в тези региони, недостиг на лекари, се оформя един проблем за общинското здравеопазване, който ще се задълбочава в бъдеще – липса на достъп до първична здравна помощ. Това противоречи на основното в концепцията на една социалносправедлива здравна система и здравната стратегия на една страна. Първичната здравна помощ трябва да е достъпна за всеки член на обществото, като тя е първото ниво на контакт на индивида, семейството и общността със здравната система и приближава здравната помощ до местоживеенето и местоработата на хората.



Извънболничната медицинска помощ в двете общини е представена предимно от индивидуални практики на лекари-специалисти - кардиолози, педиатри, акушер-гинеколози и др. В община Крумовград са разкрити 8 индивидуални практики за специализирана медицинска помощ, а в Момчилград – 12 на брой. В двете общини има само по един медицински център. Пациентите нямат достъп до лаборатория, сектори по образна диагностика и др., което на практика означава, че по отношение на лабораторно-диагностичната дейност съществува проблем. Пациентите пътуват за всяко лабораторно изследване и образна диагностика до областния град и/или отлагат диагностиката и лечението, което често води до усложнения и необходимост от хоспитализиране, с което се натоваарва скъпо струващата болнична помощ.

Лечебните заведения за болнична помощ данните показват, че осигуреността в общините Момчилград и Крумовград е сходна с тази на национално ниво. Относно легловия фонд е констатиран дефицит в общините. Докато на национално ниво на 1000 души се падат по 7,57 легла, то в област Кърджали те са 5,43, а в община Момчилград - 5,04.

В община Крумовград има една общинска многопрофилна болница за активно лечение - МБАЛ „Живот +“ ЕООД, в която се лекуват лица с остри заболявания, изострени хронични болести и състояния, изискващи оперативно лечение в болнични условия. В община Момчилград има една многопрофилна болница за лечение - МБАЛ „Д-р Сергей Ростовцев“.

Сериозен проблем на здравната система в двете общини е силно изразения дефицит на специалисти по здравни грижи, най-вече липса на медицински сестри и акушерки: 2.35 са тези специалисти на 1000 души от населението в община Крумовград и 2.80 на 1000 души от населението за община Момчилград, сравнено с обезпечеността от такива специалисти от 5.53 на 1000 за област Кърджали и 6.60 на 1000 на национално ниво. Това означава, че в двете общини те са повече от два пъти по-малко отколкото осигуреността с такъв тип специалисти на национално ниво.

Денталната медицинска помощ в двете общини се осъществява от голям брой стоматолози - 17 за община Момчилград и 13 за община Крумовград, които са съизмерими с брой стоматолози на 1000 души от населението за цялата страна. Това показва един феномен за пограничните общини, характерен и за други региони на страната, т.нар. здравен туризъм. Съществуването на такъв брой стоматологични практики е породено от частната инициатива на лекари по дентална медицина, заради търсенето като платена услуга - pay by pocket -най-вероятно от граждани на съседните страни, които са по-платежоспособни от местно население.

Важен елемент на здравната система е спешната медицинска помощ. Филиали за спешна медицинска помощ (ФСМП) има в Момчилград и Крумовград, които се финансират от МЗ. Основният проблем на спешната помощ в разглежданите общини е разпръснатата селищна структура, характеризираща се с много и малки населени места и в двете изследвани общини. Планинският терен не позволява спешните медицински екипи



от ФСМП на Крумовград и Момчилград да достигат до всички населени места в рамките от 8 до 30 минути.

**2.4. SWOT- анализ на предпоставките, обуславящи повишени здравни потребностите, състоянието и възможностите за развитие на здравна помощ в общините Крумовград и Момчилград**

<b>S -СИЛНИ СТРАНИ</b>	<b>W -СЛАБИ СТРАНИ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Наличие на болнични лечебни заведения в двете общини</li> <li><input type="checkbox"/> Наличие на индивидуални практики за специализирана извънболнична помощ в двете общини</li> <li><input type="checkbox"/> Наличие на практики на ОПЛ</li> <li><input type="checkbox"/> Наличие на филиал на спешна помощ в двете общини</li> <li><input type="checkbox"/> Наличие на културнорелигиозни традиции в населението, предпоставящи висока раждаемост;</li> <li><input type="checkbox"/> Положително и уважително отношение към медицинската професия;</li> <li><input type="checkbox"/> Инфраструктурна близост с Гърция, което засилва транспортната комуникация;</li> <li><input type="checkbox"/> Отговорно отношение на местната власт към проблемите в здравеопазването;</li> <li><input type="checkbox"/> Участие в европейски проекти, касаещи здравеопазването в общините.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Не висока здравна култура на населението;</li> <li><input type="checkbox"/> Преобладаващ нездравословен начин на живот сред населението;</li> <li><input type="checkbox"/> Недобра инфраструктурна мрежа от пътища;</li> <li><input type="checkbox"/> Чести срутвания, възпрепятстващи придвижването до големия град в общината;</li> <li><input type="checkbox"/> Преобладаващо възрастно население;</li> <li><input type="checkbox"/> Повишени потребности от първична здравна помощ, предвид високата заболяемост от социалнозначими и хронични незаразни болести;</li> <li><input type="checkbox"/> Недостатъчен брой лекари и медицински сестри;</li> <li><input type="checkbox"/> Повечето от ОПЛ са в напреднала възраст или пенсионери;</li> <li><input type="checkbox"/> Наличие на незаети практики на ОПЛ;</li> <li><input type="checkbox"/> Липса на клинична лаборатория;</li> <li><input type="checkbox"/> Недостатъчни екипи на филиала на спешна помощ;</li> <li><input type="checkbox"/> Лошо състояние на медицинските транспортни средства от филиала за спешна помощ;</li> <li><input type="checkbox"/> Затруднен достъп до медицинска помощ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Недостатъчни финансови ресурси на общините за реализиране на местни здравни политики;</li> <li><input type="checkbox"/> Малки финансови възможности на общините за привличане на медицински специалисти.</li> </ul>
<p><b>О - ВЪЗМОЖНОСТИ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Нормативни промени, даващи възможност: 1. на млади лекари без специалност да разкриват практики на лични лекари; 2. финансово подпомагане от държавния бюджет за функциониране на мобилни екипи от специалисти за амбулаторна диагностика и лечение;</li> <li><input type="checkbox"/> Различни форми на стимулиране на лекари от местната власт за заемане на свободните практики на ОПЛ;</li> <li><input type="checkbox"/> Разработване и осигуряване на финансиране за провеждане на национални и местни скринингови програми за профилактика на социално-значимите заболявания и ХНБ;</li> <li><input type="checkbox"/> Въвеждане на иновативни методи за диагностика – телемедицина и телемониторинг на пациенти със сърдечно-съдови, неврологични, ендокринологични и пулмологични заболявания;</li> <li><input type="checkbox"/> Финансиране от общините/ държавата на мобилни екипи за извършване на клинично лабораторни, рентгенови и функционални изследвания веднъж седмично;</li> <li><input type="checkbox"/> Финансиране от държавата/ общината за осигуряване на</li> </ul>	<p><b>Т - ЗАПЛАХИ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Намаляване броя на ОПЛ, поради напреднала възраст;</li> <li><input type="checkbox"/> Повишаване броя на незаетите практики на ОПЛ;</li> <li><input type="checkbox"/> Липса на желаещи млади лекари да работят в общините;</li> <li><input type="checkbox"/> Нарастване на здравните потребности на населението, предвид здравно-демографската структура</li> </ul>



<p>транспорт за нуждаещите се жители до главните градове в общините, веднъж седмично;</p> <p><input type="checkbox"/> Целенасочено повишаване здравната култура на населението;</p> <p><input type="checkbox"/> Участие в европейски проекти за финансиране и подпомагане развитието на здравната помощ в общините.</p>	
---	--

SWOT анализът показва накъде следва да се насочат усилията на общинските власти за осигуряване на достъпна и своевременна здравна помощ на населението от двете общини. Минимизирането на слабостите и максимизирането на силните страни, ще повишат възможностите.

*ОБОБЩЕНИЕ: В двете общини преобладаващото население е застаряващо, което предполага по-високи потребности от здравна помощ.*

*Налице е значителен недостиг на медицински кадри. Общопрактикуващите лекари са недостатъчни на брой както в община Момчилград, така също и в община Крумовград – в двете общини има незаети практики. Възрастта на личните лекари е над 55 години, което очертава неблагоприятна тенденция за ограничаване достъпа на населението до първична здравна помощ. В същото време оказването на спешна медицинска помощ в двете общини е недостатъчно ефективно, поради затруднения достъп до малките села. Извън общинските центрове Момчилград и Крумовград, липсва качествено здравно обслужване, като най-засегнато е населението в отдалечените села, което прави първичната здравна помощ, респективно превенцията на социалнозначимите заболявания, не достатъчно ефективна.*





## ТРЕТА ГЛАВА. ОРГАНИЗИРАНЕ И СЪЗДАВАНЕ НА ИНСТРУМЕНТ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ И ПЪРВИЧНА ЗДРАВНА ПОМОЩ В ОБЩИНИТЕ КРУМОВГРАД И МОМЧИЛГРАД – ТРАНСГРАНИЧНА „ЗДРАВНА ЛАБОРАТОРИЯ“.

### 3.1. Обща характеристика на „ЗДРАВНАТА ЛАБОРАТОРИЯ“.

Създаването и функционирането на Трансгранична лаборатория за превенция и първични здравни политики е заложена в Ключова дейност 6 от проекта „Здравата община-политики за подобряване на достъпа до здравни услуги в отдалечени населени места“. Натрупаният опит и знания по време на реализиране на проекта, както и анализа на резултатите от пилотните дейности на Превантивния план, мотивират организирането на непрекъснато действаща „ЗДРАВНА ЛАБОРАТОРИЯ“ .

ТГ лаборатория се разглежда като орган, работещ на доброволни начала, с нестопанска цел за популяризиране здраве на местно ниво и допринасяне за подобряване на превенцията в здравния сектор, като се избегнат сложни структури и административна бюрокрация, за да насърчат местните участници да се присъединят към опита. Като дейност в рамките на проект „Здрава община“ лабораторията е насочена основно към партньори на конкретния проект. Тези организации трябва да поемат инициатива за създаване и функциониране на лабораторията, като за тази цел е предвиден ресурс в бюджета на проекта. Следователно конкретната група организации трябва да съставлява събранието от първата група членове на лабораторията. Събранието се счита за най-висшия орган за вземане на решения на лабораторията, която трябва да заседава поне веднъж годишно, за да вземе решение относно дейности за следващата година (план за действие), разпределението на ресурсите, одобряване на действия и извършени разходи през последната година и по всеки следващ въпрос. Извънредно Общото събрание следва да заседава по инициатива на наймалко трима от членовете му. Събранието има кворум, когато присъстват поне пет от членовете му. Заседанията на Събранието на лабораторията се ръководят от председателя на Координационния екип, съставен от трима бенефициенти, поемащи отговорност за координацията на партньорската мрежа. Те номинират председател и разпределят оперативните отговорности и задължения. На всяко заседание на Лабораторната асамблея се води протокол и се разпространява до членове на лабораторията.

Решенията в рамките на лабораторията се вземат с обикновено мнозинство от присъстващите членове.

Координационният екип:

- изготвя план с конкретни мерки за действие на лабораторията и управление на изпълнението му, след одобрение от Лабораторната асамблея;
- изготвяне на годишен бюджет на лабораторията и управление на ресурсите, след одобрение от събранието на лабораторията;



- изготвяне на годишен отчет за дейността и разходите на лабораторията.

### 3.2. Мисия и цели

**Мисия** – предоставяне на партньорите по проекта „Здрава община“ подкрепа при прилагане на здравни политики в техните общини, подобряващи достъпа на населението до ПЗП.

Освен от представителите на четирите общини от България и Гърция, както и от всички партньори - участниците в трансграничния проект, се очаква поставяне на фокус въпроси и възможни решения за местни политики, относно подобряване организацията на превантивната първична здравна помощ, и устойчиво мултиплициране на придобития специфичен практически опит и добри практики.

**Цел:** Трансграничната, постоянно действаща „ЗДРАВНА ЛАБОРАТОРИЯ“ има за цел да допринесе до реализиране на политики, подобряващи достъпа до първична здравна помощ чрез:

- въвеждане на политики за превенция;
- прилагане на превантивни действия, насочени към местното население;
- изграждане на капацитет на общинско ниво в отдалечените населени места.

Подцели:

#### I.Обогатяване на възприятието за здравето

Разглеждането на текущите международни политики в здравния сектор (СЗО - Декларация от Астана - Глобална конференция за първична здравна помощ,) повишиха броя на въпросите по отношение постигане на доближаването до получаването на качеството, съответстващо на стандартите на здравни услуги, които съставляват модерна и ефективна местна здравна политика. Възприемането на значението на здравето като състояние в зависимост от широк спектър от социално-икономически параметри (СЗО 2018 г.) е тема, която трябва да бъде представена на местните общности, поставяйки местните власти и местния медицински персонал на върха в списъка на получателите. Провеждането на различни дискусии и семинари с помощта на експерти, ще повиши теоретичната подготовка и преобладаващо възприятие за здравето, като национално богатство.

#### II.Включване и подобряване на прилагането на местните здравни планове

В рамките на проект „Здрава община“ 4-те местни власти имат възможност за разработване и прилагане на местни политики за превенция. Събрани и обработени са социално-икономически данни за съответните райони, както и здравно-демографска информация за населението на общините. Партньори участващите в цялостната процедура получиха значителна представа за текущите условия на проектните зони, политики и инфраструктура. В този контекст е констатиран значителен недостиг на здравни услуги, което ограничава обхвата и качеството на услугите, като в крайна сметка мотивира



местните хора да напускат обществената здравна система. В отговор на това, следва да се направят интервенции, отнасящи се до местното здравеопазване, по начин който да направи структурите способни да отговарят на местните нужди. Насърчаване на местните органи за изграждане на необходимите местни структури, трябва да бъдат една от основните цели на лабораторията.

### **III. Отговаряне на избрани нужди / недостиг на специфични области на приложение**

Въпреки че е важно да се формулират и подчертават предизвикателствата, с които местните здравни системи се сблъскват, очевидно не е достатъчно за да реагират ефективно на тях. Освен това, местните общности и особено тези, в които се осъществява проектът, страдат от липсата на подходящи човешки ресурси, както и от процеси, които могат да им помогнат да изработят решения за локализираните липси.

Във връзка с това, могат да бъдат организирани специфични семинари, съответно дискуссионни форуми между експерти и местни участници по избрани проблеми. Прилагането на иновативни методи за диагностика и лечение, каквито са възможностите на телемедицината, интернет базирана платформа за дистанционно обучение на местните здравни кадри са част от практичните решения с добавена стойност към опазване здравето на местното население. Очевидно е, че предвид местния недостиг се налага голям брой проблеми да бъдат разгледани, обстойно обсъдени и допълнително съобщени на лицата, вземащи решения.

### **IV. Увеличаване на капацитета и въздействието на местните действия в здравната превенция**

Съществуват значителен брой официални регионални/местни здравни структури на Министерството на здравеопазването и частни организации, които действат паралелно и имат отношение към здравните политики и реализирането им на местно ниво. Тези участници не е задължително да си сътрудничат и да поемат координирано инициативи, което се отразява на ефективност им. Следователно допринасянето за координацията на местните действия може да бъде допълнителна цел на лабораторията.

#### **IV. Разпространение на опит и резултати**

Опитът и резултатите от двата проекта "Здрава община" и самата ТГ Лаборатория очевидно е от значение не само за участниците в конкретния проект и членовете на лабораторията, но и за по-широкото здравеопазване в общностите на двете граничещи държави. Резултатите от експериментирането на проекта, както и от лабораторните дейности следва да бъде широко съобщен на конкретни целеви групи и да стане обект на преглед и обсъждане от тях.

Реализирането на основната цел и посочените подцели, включва реализиране на дейности по следните теми: приемане на „институцията“ Община като активен участник в здравната превенция, учредяваща структурни звена за разработване на здравни политики на ниво местна власт; подобряване на общинската здравеопазна инфраструктура; създаване на ниформационна мрежа за контакт на местните власти с



местни доставчици на здравни услуги, каквито се явяват лекари от различни медицински специалности и болнични заведения; продължаване на дейностите за повишаване на здравната култура и осведоменост по въпроси за превенция на здравето; разработване и прилагане на иновативни методи за телемониторинг, с цел подобряване на диагностиката и проследяване на здравословното състояние на нуждаещите се.

Партньорите ще се срещат шест пъти годишно, за да обсъдят горепосочените теми, предизвикателствата пред общините, както и възможните решения, включващи конкретни мерки за предприемане. Общинските власти, разполагайки с инструменти произведени от проекта (изследване на заболяемостта, възрастова структура на пациентските листи и др.) ще бъдат ефективно подпомагани за прилагане на политики за превенция в техните общини. Подкрепа в тази задача е участието и на научни експерти, с доказан опит в областта на общественото здравеопазване.

Устойчивостта на проекта се определя от ангажираното отношение на общините, в т.ч. и финансирането му. Ползата от работата на трансграничната „ЗДРАВНА ЛАБОРАТОРИЯ“ е и във възможността пилотните приложения да се трансформират като стабилна основа за други региони и общини в Гърция и България.

### **3.3. План за дейностите по организиране и създаване на „ЗДРАВНА ЛАБОРАТОРИЯ“, като инструмент за превенция и първична здравна помощ в общините Крумовград и Момчилград**

#### **3.3.1. Теоретичната рамка – основа за създаване и функциониране на лабораторията по здравна превенция**

Да говорим за „здравни политики“ в контекста на проекта „Здрава община“ означава да се подходи към конкретния термин от гледна точка на настоящите преобладаващи на международно ниво възприятия. В този аспект се счита за необходимо да се предостави общ преглед на някои от най-значимите от тези концепции, за да се получи яснота, относно съдържанието и целите на политиките, които ще се прилагат в рамките на проекта и извън неговото завършване.

В Програмата на ООН до 2030 г. за устойчиво развитие, са свързани със здравните проблеми, и по-точно главно цел 3: Осигуряване на здравословен живот и насърчаване на благосъстоянието за всички, от всички възрасти и целите, конкретизирани в:

- 3.4 до 2030 г. да се намали с една трета преждевременната смъртност от незаразни болести чрез превенция и лечение и насърчаване на психичното здраве и благополучие;
- 3.8 постигане на универсално здравно покритие, включително защита от финансов риск, достъп до качествени основни здравни услуги и достъп до безопасни, ефективни, качествени и достъпни основни лекарства и ваксини за всички.

Освен това, в Рамковата конвенция на Световната здравна организация е предвидено засилен контрола върху употребата на тютюна във всички страни. Подходът



„Здрави градове“ на Световната здравна организация (СЗО) силно набляга на справедливостта, солидарността, междусекторното сътрудничество и действията за справяне с детерминантите на здравето. Този подход признава необходимостта да се работи в сътрудничество между публичните, частните, доброволческите и обществените организации.

Консенсусът на кметовете от Копенхаген: „По-здрави и по-щастливи градове за всички“, представлява трансформиращ подход за безопасни, приобщаващи, устойчиви общества (13 февруари 2018 г., Копенхаген, Дания), определящ шест области за действие необходими за подобряване на здравето и благосъстоянието на гражданите: хора, места, участие, просперитет, мир и планета:

- Инвестиране в **хората**, които изграждат нашите градове
- Проектиране на градски **места**, които подобряват здравето и благосъстоянието
- По-голямо **участие** и партньорства за здраве и благополучие
- Подобен **просперитет** на общността и достъп до общи стоки и услуги
- Насърчаване на **мира** и сигурността чрез приобщаващи общества
- Защита на **планетата** от деградация, включително чрез устойчиво потребление и производство.

Стратегията на европейската политика „Здраве 21“ поставя 21 цели за подобряване на здравето на европейци, сред които:

- здравето на младите хора, т.е. младите хора в региона трябва да бъдат по-здрави, по-способни да изпълняват ролята си в обществото;
- здравословно остаряване, което се отразява в увеличаване на продължителността на живота, живот без увреждания;
- подобряване на психичното здраве;
- намаляване на заразните болести;
- здравословна и безопасна физическа среда;
- по-здравословен начин на живот - хранене, физическа и сексуална активност, увеличаване на наличността и достъпността на безопасна и здравословна храна;
- намаляване на вредата от алкохола, наркотиците и тютюна;
- здравни условия: по-конкретно, хората в региона трябва да имат повече възможности за живот в здравословна физическа и социална среда у дома, в училище, на работното място и в местната общност;
- мултисекторна отговорност за здравето;
- интегриран здравен сектор с по-добър достъп до семейството и общността;
- първична здравна помощ, подкрепена от гъвкава и отзивчива болнична система;
- управление на качеството на грижите чрез фокусиране върху резултатите;





- разработване на човешки ресурси за здравеопазване, за да се гарантира, че здравните специалисти и други са придобили подходящи знания, нагласи и умения за защита и насърчаване на здравето;
- мобилизиране на партньори за здравеопазване (правителства, специалисти, неправителствени организации, частния сектор и отделни граждани), политики и стратегии за здраве за всички, на национално, регионално и местно ниво.

Според публикация на СЗО за превенция на хроничните незаразни болести (ХНБ) (сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, ракови заболявания и хронични заболявания на дихателни пътища): Градовете имат основна роля за подкрепа на хората, живеещи с тези болести, за изграждане на здравна грамотност и насърчаване на интервенции за изграждане на физическа, социално-икономическа и културна среда, за справяне с рисковите фактори за ХНБ.

Градовете имат компетенции по отношение на политиките, които оформят изградената и природна среда. Това им позволява да:

- предприемат преки действия за справяне с рисковите фактори за ХНБ чрез интервенции в общественото здраве; предприемат здравословно градско планиране;
- насърчат на съществуването на активен транспорт и достъп до зелени площи;
- справяне със замърсяването на въздуха и подобряване на пътната безопасност;
- справяне с неравенствата в здравеопазването и резултатите от ХНБ, чрез преодоляване на проблемните социални детерминанти на здравето;
- осигуряване на съгласуваност в общинските политики за по-добри резултати от ХНБ;
- работа с други нива на управление за създаване на система за подобряване на резултатите от ХНБ.

Ролята на местното ниво в осигуряването на ефективен отговор на превенцията и контрола на ХНБ беше признат на високо ниво на Генералната среща на ООН. Според Декларацията от Астана от 2018 г. на Глобалната конференция за първично здравеопазване, успехът на първичната здравна помощ ще се определя от:

- **Знания и изграждане на капацитет** - Ще прилагаме знания, включително научни, както и традиционни знания, за укрепване и подобряване на здравните резултати, както и осигуряване на достъп за всички хора до правилните грижи, в правилното време и на найподходящото ниво, зачитайки техните права, нужди, достойнство и автономия. Ще продължим да изследваме и да споделяме знания и опит, да изграждаме капацитет за подобряване предоставянето на здравни услуги и грижи.



- **Човешки ресурси за здраве** - Ще създадем достойна работа и подходящи компенсации за здравни специалисти и друг здравен персонал, работещ на ниво първична здравна помощ, за да реагира ефективно на здравните нужди на хората, в мултидисциплинарен контекст. Ще продължим да инвестираме в образование, обучение, набиране, развитие, мотивация и задържане на работната сила на ПЗП, с подходящ микс от умения. Ще се стремим към задържане и наличност на работната сила в ПЗП- селски, отдалечени и по-слабо развити райони. С международната миграция на здравни специалисти не трябва да се компроментира способността на страните, особено на развиващите се страни, да срещат здравните нужди на тяхното население по достойнство.
- **Технология** - Подкрепяме разширяването на достъпа до редица здравни услуги, чрез използване на висококачествени, безопасни, ефективни и достъпни лекарства, ваксини, диагностика и други технологии. Ще популяризираме тяхното рационално и безопасно използване, както и защита на личните данни. През напредък в информационните системи, ще можем по-добре да събираме по подходящ начин дезагрегирани, висококачествени данни, с цел подобряване непрекъснатостта на информацията, наблюдение на болестите, прозрачността, отчетността и наблюдението на работата на здравната система. Ще използваме разнообразие от технологии за подобряване достъпа до здравни грижи, обогатяване на предоставяните здравни услуги, подобряване качеството на услугата, безопасността на пациентите и повишаване на ефективността и координацията на грижите. Чрез цифрови и други технологии ще дадем възможност на физически лица и общности, да идентифицират своите здравни нужди, да участват в планирането и предоставянето на услуги, както и да играят активна роля в поддържането на собственото си здраве и благополучие.
- **Финансиране** - Призоваваме всички страни да продължат да инвестират за подобряване на здравните резултати. Справянето с неефективността и несправедливостта, които излагат хората на финансови затруднения в резултат от използването на здравни услуги, е следствие на по-добро разпределение на ресурсите за здравеопазване, осигуряване на адекватно финансиране за първичната здравна помощ и подходящи системи за възстановяване на разходите за подобряване на достъпа и постигане на по-добри здравни резултати. Ще работим за финансовата ефективност и устойчивост на националните здравни системи, подходящо разпределение ресурси за ПЗП.

### 3.3.2. Дейности на трансграничната лаборатория

#### 1. Проектиране на бизнес плана на лабораторията

Настоящият документ формулира целите на лабораторията. Този документ се разглежда като въведение и основа за откриване на дискусията по Бизнес план на първите две срещи на лабораторията.



## 2. Организиране на седем трансгранични лабораторни срещи

а) Целта на първите две срещи (за партньорите по проекта и членовете на лабораторията), е да обсъдят и договорят по предложени бизнес план дейностите за следващата година на лабораторията .

б) Поканените участници да се запознаят с целите на лабораторията, нейната дейности, нейното функциониране и с новите концепции за първично здравеопазване.

Във всяка от тези две срещи ще участват представители на местните власти, политици и отговорни лица, длъжностни лица и представители на местни здравни организации (особено на тези занимаващи се с първична помощ), групи в общността, интересувани се от здравни проблеми и ще бъдат поканени да присъстват представители на академичната общност с опит в областта на здравеопазването и социалните политики.

Третата среща има за задача :

а) да проучи и съгласува режима на работа на лабораторията

б) обсъждане на дейността по разпространение на лабораторията

в) преглед и съгласие относно членовете на местните групи за

подкрепа във всяка от 4-те общини.

Следващите четири срещи ще се проведат в 4-те проектни области на лабораторията:

а) Представяне на лабораторията на местните общности и запознаване с участващите с ролята, целите, дейностите и работата на лабораторията;

б) Запознаване на участниците с концепциите за международно здраве, организациите по първично здравеопазване;

в) Подчертаване ролята на местното самоуправление в първичния здравен сектор;

г) Създаване на местни структури към общините за координиране и подкрепа на здравеопазването и политиките за превенция;

д) Насърчаване на местните участници във всяка област да изградят подкрепящи групи за първично здравеопазване.

В съответствие с инициативите, очакваните резултати от дейностите на лабораторията, трябва да се концентрират върху две общи оси.

**Първа** - фокус върху подобряване на местната работа, качеството на здравните услуги в партньорските области; записването на действията и оценката на резултатите трябва да играят основна роля за издигане на експериментирането в партньорските области до парадигма за здравния сектор в цялата трансгранична зона и не само.

Овластяването на участващите общини да играят централна роля в предоставянето на местни здравни услуги в своите райони; да подпомагат координирането на местните интервенции в здравния сектор, с цел повишаване ефективността на местните здравни системи; разработването на решения за избрани



проблеми и вграждането на лабораторията като пул от подкрепата и насоките на трансгранично ниво трябва да бъдат дейностите по първата ос.

**Втората ос** има по-теоретичен фокус, а именно да се занимава с подхода на местните политики към стратегиите и стандартите на международните здравни организации и институции. Като такава, разширяването на членския състав на лабораторията, теоретично интервенции от експерти, дискуссионни семинари с други участници от общността и активна работа по разпространението трябва да обхваща действието на конкретната ос.



## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Състоянието на обществените системи- образование, опазване на околната среда, контрол върху храните, транспорта, промишлеността, енергетиката, селското стопанство, туризма са от изключително значение за съхранение и укрепване здравето на населението, което ги прави част от формирането на т.н. здравословна здравна политика. Ефективният мултисекторен и мултидисциплинарен подход, включва участието и на общинските местни власти, които най-добре познават потребностите и особеностите на здравно-демографския статус на населението.

Проектът „Здрава община“, лежи в основата на декларациите на съответните международни институции и организации. Без съмнение е необходимостта, от продължаването и надграждането на придобития конкретен опит по време на жизнения цикъл на проекта, за да се регистрират постижения, най-близки до политиките и целите за осигуряване на равнопоставен достъп до ПЗП.

Дейността на Трансграничната „ЗДРАВНА ЛАБОРАТОРИА“ може да я превърне в траен инструмент за постигане на устойчивост в прилагането на придобития опит и знания, не само за участниците в проекта, но и за други общности и институции.





**СЪКРАЩЕНИЯ:**

**ОПЛ** –общо практикуващи лекари

**ПЗП** – първична здравна помощ

**ТГП** – трансгранична политика

**ХНБ** – хронични незаразни болести

**МЗ** – министерство на здравеопазването

**МБАЛ** – многопрофилна болница за активно лечение

**СЗО** – световна здравна организация

**ООН** –организация на обединените нации

**ФСМП** –филиал на спешна медицинска помощ

**ТГЛ**- трансгранична лаборатория

