

D6.7.2: Synthesis report and results on application of pilot application in entire cross border area

Association of Rhodope Municipalities

The Project is co-funded by the European Regional Development Fund (ERDF) and by national funds of the countries participating in the Cooperation Programme Interreg V-A "Greece-Bulgaria 2014-2020"

Disclaimer:

The contents of this Synthesis report and results on application of pilot application in entire cross border area are sole responsibility of Association of Rhodope Municipalities and can in no way be taken to reflect the views of the European Union, the participating countries, the Managing Authority and the Joint Secretariat.

<https://www.healthymunicipality.com>

Subcontractor: Trakia University– Stara Zagora

INTERREG V-A Cooperation Programme Greece - Bulgaria 2014 – 2020

Policies for Enhancing Access to Health Services in Deprived Areas (The Healthy Municipality)

Subsidy Contract

№ B2.9a.09/01.11.2017

SYNTHESIS REPORT ON THE RESULTS OF THE APPLICATION OF PILOT ACTIVITIES IN THE ENTIRE CROSS-BORDER AREA (districts of Haskovo, Kardzhali, Smolyan, Republic of Bulgaria) - PROBLEMS AND GOOD PRACTICES

Deliverable 6.7.2.

EXECUTIVE SUMMARY

2

This document has been produced within The Healthy Municipality project, co-funded by the European Regional Development Fund and by national funds of the countries participating in the Interreg V-A “Greece-Bulgaria 2014-2020” Cooperation Programme



Disclaimer:

This document has been produced with the financial assistance of the European Union. The contents of the document are sole responsibility of Association of Rhodope Municipalities and can in no way be taken to reflect the views of the European Union, the participating countries, the Managing Authority and the Joint Secretariat.



The main goal of the regional health policy is to achieve better health of the population and to implement effective counteractions for its deterioration. The health policy plan for disease prevention at the local level created within the framework of this project, as well as the pilot activities implemented in practice, give grounds to highlight the specifics of the region, to identify not only the necessary measures but also the challenges to their practical implementation.

The synthesis report on the results of the application of pilot activities in the entire cross-border area (districts of Haskovo, Kardzhali, Smolyan, and Republic of Bulgaria) aims to summarize the problems related to health care in the region, but also to present in a synthesized version the specific options for overcoming them.



1. Specifics of the cross-border region

In territorial aspect the district of Kardzhali and district of Smolyan have a mountainous relief, and the district of Haskovo with a flatter. This is related to the quick and easy access to medical care. In the districts of Kardzhali and Smolyan it is more difficult and requires specific measures to provide the necessary health care.

The demographic aging of the population places additional demands on the structure of health needs, due to the fact that the elderly are carriers of more than one chronic disease, which leads to higher health care costs. The reasons for the positive mechanical growth in district Kardzhali in 2019 need to be analyzed and the stability of this trend assessed. Perhaps this is due to the elderly population returning from Turkey after the retirement. Such a trend could affect the distribution of health resources and medical care in the region.

There is a clear trend towards an aging population, which will have a negative impact in the future. Changes in the age structure have a significant impact on a number of indicators of the health status of the population, especially on the overall rates of birth rate, overall mortality and morbidity, on the structure of causes of death and on the health needs of the population.

The analysis shows demographic aging and this means a higher incidence of a number of chronic diseases - cardiovascular, cerebrovascular, dementia, cancer, arthritis and others. This raises questions about the possibilities for providing this type of health care in different areas.

The average annual salary of workers in the surveyed areas is related to ensuring quality of life and making health a priority. Disease prevention depends on the health habits of the population, including a balanced diet, sports, work-life balance and more, which require spendings and the low income in these districts is not sufficient for such spendings.

The lack of a sufficient number of GPs to provide this comprehensive health care is a major problem for areas where they are scarce. Unfortunately, the existing health legislation does not allow for a municipal initiative in this direction.

It should be borne in mind that in the districts of Kardzhali and Smolyan the distance from specialized hospitals and health centers can be compensated by preventive health measures and health information campaigns among the population to increase people's ability to lead a full and productive life.

2. Package of Measures

Notwithstanding the variations identified in the three areas of the cross-border region in question, there are several measures that can be applied to each of them:

- Building a system based on a municipal medical institution for outpatient medical care. It is important in the implementation of this task not to duplicate activities that are legally imposed on GPs, but to supplement and expand the capacity to provide medical care.
- Improving the transport medical infrastructure by providing a certain number of specialized medical vehicles together with the necessary equipment. It is recommended that one specialized vehicle be off-road.
- In order to overcome the shortage of medical specialists, long-term programs can be developed to ensure motivated attraction of medical staff. Within the framework of these programs it is possible to provide professional guidance and financial support to young people from municipalities with shortages by granting scholarships for education, municipal housing on preferential terms or other forms of support.
- Ensuring access through the possibilities of telemedicine, as for the realization of this task first of all it is necessary to organize and conduct training of medical specialists, and at the next stage it is necessary to develop a program for pilot introduction of elements of telemedicine in control of persons with chronic diseases living in settlements remote from the municipal centers.
- Purchase of machinery and equipment for municipal hospitals for telemedicine methods. This will make it possible to hold timely consultations with Republican consultants if necessary.
- Opening of new structural units as a sector and/or department in missing but necessary specialties. Introduction of telemedicine in municipal hospitals.

- Cooperation of municipalities with the non-governmental sector in the field of health promotion. Participation in health projects of non-governmental organizations with established experience in child and maternal health activities.
- Providing municipal health offices in schools and developing programs for health promotion.

3. Pilot activities

The implementation of some of the proposed measures under the pilot activities has started. The municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad from Kardzhali district were selected for test implementation of the planned pilot activities. In these pilot municipalities, two groups of measures were implemented - short-term and long-term. The activities of these measures have not been fully implemented, but the implementation of some of them and the challenges have given grounds to identify problems, identify good practices and make recommendations to be attributed to the three areas of the cross-border region.

The implementation of pilot activities shows that almost all short-term activities have been fully implemented. The nature of long-term measures implies their implementation in the longer term. It is for this reason that there are clearly no long-term activities that have been fully implemented. However, it should be noted that for some of the activities their implementation has started, and one of them has a high degree of implementation.

4. Identified problems and good practices

The developed and proposed health policy plan contains the following main starting points:

- Health promotion
- Strengthening the health network and medical activities.
- Health care for priority groups

The implementation of pilot activities contributes most significantly to the first necessary group of activities related to health promotion. The conducted training seminars have a key role in terms of directing people's attention not only to existing problems, but also to the opportunities for overcoming them.

The implementation of measures related to the strengthening of the health network and medical activities is impossible without the active participation of local authorities. These

measures are largely dependent on funding from municipal budgets, which are traditionally insufficient.

Significant success has been achieved through the inclusion of measures in the Integrated Development Plan of the municipalities of Momchilgrad and Krumovgrad for the period 2021-2027, and efforts can be focused on other municipalities from the same district, as well as to the municipalities from Smolyan and Haskovo districts.

The following factors have been identified that pose a challenge to the implementation of activities under the measures, namely:

- on the part of the population - lack of commitment, low health culture, bad habits (alcohol, smoking, unhealthy eating)
- shortage of medical specialists
- a legal framework inconsistent with hard-to-reach settlements

5. Recommendations

Good social policy, financial support and good social relations can make an important contribution to health. That is why an integrated multidisciplinary and cross-sectoral approach to health development, which does not depend only on the national health sector, is more effective. Important benefits for regional and municipal health care can be made through a well-developed policy for education, employment, industrial structure, and social policy, both in the field of health care and in the economic field.

Health policies and programs must be clearly based on available resources. Communication and cooperation between the scientific community and those responsible for public health decisions and actions must be established and continuous. National and local health information systems are a prerequisite for the development of monitoring the effectiveness and fairness of health policy. Evaluation and monitoring systems will determine whether the objectives have been met and which of them require additional attention.

Резултат 6.7.2: Синтезиран доклад и резултатите от въвеждането на пилотни дейности в трансграничния регион

Асоциация на родопски общини

Проектът е съфинансиран чрез Европейския фонд за регионално развитие и национални средства на държавите участници в Програмата за сътрудничество "Interreg V-A Гърция-България 2014-2020"

Забележка:

Цялата отговорност за съдържанието на този Синтезиран доклад и резултатите от въвеждането на пилотни дейности в трансграничния регион се носи единствено от Асоциацията на родопски общини и при никакви обстоятелства не може да се счита, че отразява възгледите на Европейския съюз, участващите държави, Управляващия орган и Съвместния секретариат.

<https://www.healthymunicipality.com>

Подизпълнител: ТРАКИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ– СТАРА ЗАГОРА

Програма за сътрудничество INTERREG V-A Гърция-България 2014-2020

Проект „Политики за подобряване достъпа до здравно
обслужване в отдалечени райони“
(The Healthy Municipality)

Договор за субсидия Subsidy Contract
№ B2.9a.09/01.11.2017

Синтезиран доклад
относно резултатите от въвеждането
на пилотни дейности в трансграничния регион
(областите Хасково, Кърджали, Смолян, Република
България) – проблеми и добри практики
Deliverable 6.7.2.

2

Този документ е изработен в рамките на проект “The Healthy Municipality”, съфинансиран чрез Европейския фонд за регионално развитие и национални средства на държавите участници в Програмата за сътрудничество „Interreg V-A Гърция - България 2014-2020“.



Съдържание

Въведение.....	4
1. Особености на трансграничния регион.....	4
1.1. Териториални и демографски специфики	4
1.2. Здравна обезпеченост	8
1.3. Основни изводи.....	10
2. Предложен пакет от мерки	12
2.1. Осигуряване на достъп до медицинска помощ,	12
2.2. Кадровото обезпечаване с медицински специалисти в общините, в които има недостиг.....	12
2.3. Осигуряване на достъп чрез възможностите на телемедицината.....	13
2.4. Укрепване на болничната структура чрез публично-частни партньорства и участие на местния бизнес.....	13
3. Пилотни дейности.....	14
4. Идентифицирани проблеми и добри практики.....	16
5. Препоръки.....	17

Този документ е изработен с финансовата подкрепа на Европейския съюз.

Цялата отговорност за съдържанието на Синтезиран доклад относно резултатите от въвеждането на пилотни дейности в трансграничния регион (областите Хасково, Кърджали, Смолян, Република България) – проблеми и добри практики се носи единствено от Асоциацията на родопски общини и при никакви обстоятелства не може да се счита, че отразява възгледите на Европейския съюз, участващите държави, Управляващия орган и Съвместния секретариат.

Въведение

Главната цел на регионалната здравна политика е достигане на по-добро здраве на населението и осъществяване на ефективни противодействия за неговото влошаване. Създаденият в рамките на настоящия проект план за здравни политики за превенция на болестите на местно ниво, както и приложените на практика пилотни дейности дават основание да се открият спецификите на региона, да се идентифицират не само необходимите мерки, но и предизвикателствата пред тяхната практическа реализация.

Настоящият синтезиран доклад относно резултатите от въвеждането на пилотни дейности в трансграничния регион (областите Хасково, Кърджали, Смолян, Република България) цели да обобщи проблемите, свързани със здравните грижи в региона, но и да представи в синтезиран вариант конкретните възможности за тяхното преодоляване.

1. Особенности на трансграничния регион

Разглежданият в настоящия проект трансграничен регион обхваща три област в България, а именно обл. Кърджали, обл. Смолян и обл. Хасково.

1.1. Териториални и демографски специфики

Таблица 1. Баланс на територията, 31.12.2011 г.

Територия по вид	Области			
	България	Кърджали	Смолян	Хасково
Земеделска	58.20%	39.93%	26.33%	60.55%
Горска	34.69%	53.96%	69.94%	32.39%
Населени места и други урбанизирани територии	4.49%	3.43%	2.53%	4.28%
Водни течения и водни площи	1.79%	2.24%	0.81%	2.15%
За добив на полезни изкопаеми	0.23%	0.01%	0.01%	0.07%
За транспорт и инфраструктура	0.60%	0.43%	0.38%	0.56%

Източник: по данни на НСИ

Прави впечатление, че по отношение на структурата на територията трите области не са идентични. Докато в обл. Хасково повече от половината от територията (60.55%) е земеделска земя подобно на България като цяло (58.20%), то в областите Кърджали и Смолян по-голямата част от територията е горска, съответно 53.96% и 69.94%. Наред с посоченото Смолян е областта с най-малко територия, заета с населени места.

Таблица 2. Изменение в броя на населението за периода 2000-2019 г.

	2000	2019	Изменение
<i>обл. Кърджали</i>	201360	158204	0.7857
<i>обл. Смолян</i>	144558	103532	0.7162
<i>обл. Хасково</i>	289829	225317	0.7774
<i>България</i>	8149468	6951482	0.8530

Източник: по данни на НСИ

През 2019 г. и в трите области са наблюдава намаляване в броя на населението, като в обл. Кърджали и обл. Хасково стойностите са доста сходни. В най-висока степен се редуцира населението на обл. Смолян, като през 2019 г. в нея са останали малко над 71% от населението ѝ през 2000 г. Намалява и населението на страната като цяло, но в по-малко степен. По данни на НСИ населението на България през 2019 е 85.3% от населението през 2000 г. (таблица 2)

Таблица 3. Естествен прираст, 2005 и 2019, ‰

	2005	2019	Изменение (2019-2005)
<i>обл. Кърджали</i>	-1	-3.6	-2.6
<i>обл. Смолян</i>	-4.4	-9.7	-5.3
<i>обл. Хасково</i>	-7.2	-8.7	-1.5
<i>България</i>	-5.4	-6.7	-1.3

Източник: по данни на НСИ

Промяната в броя на населението е резултат от съвкупното действие на два фактора – естествения и механичния прираст. В този смисъл не е изненадващ отрицателният естествен прираст, който отчита националната статистика (таблица 3). В област Смолян тази тенденция се откроява най-

силно, като през 2005 неговата стойност е -4.4‰, а през 2019 е -9.7‰. Установената по-висока раждаемост в някои от общините не може да компенсира негативния коефициент на смъртността в областите. Това едновременно с миграцията и родилните контингенти (брой жени в репродуктивна възраст) предизвиква отрицателния естествен прираст в двете общини.

Таблица 4. Механичен прираст, 2005 и 2019 ‰

	2005	2019	Изменение (2019-2005)
обл. Кърджали	-7.5	37.2	44.7
обл. Смолян	-10.9	-8.4	2.5
обл. Хасково	-1.2	-3.8	-2.6
България	0.0	-0.3	-

Източник: по данни на НСИ

Изследването на механичния прираст показва, че през 2005 г. са налице негативни тенденции, които водят до оттегляне на населението от проучваните общини. През 2019 г. се наблюдава промяна в посочената тенденция и в област Кърджали има увеличаване на населението по механичен път. В областите Смолян и Хасково оттеглянето на населението продължава, като в обл. Хасково дори се задълбочава. (табл. 4)

Причините за този положителен механичен прираст през 2019 г. трябва да се анализират и да се прецени стабилността на тази тенденцията, защото има отношение към разпределението на здравните ресурси и медицинска помощ в региона.

В таблица 5 е представена възрастовата структура на населението, която дава представа за разпределението на населението по възрастови групи. Тук се наблюдава висока степен на сходство. Забелязва се, че лицата над 65 години съставляват между 20% и 25% от населението, като делът им е най-малък в обл. Кърджали (20.7%) и най-голям в обл. Смолян (24.7%). В тази възрастова група разликите между страната като цяло и изследваните области са малки. При дела на населението между 15 и 64 има още по-голямо сближаване в страната като цяло и областите. Посоченият дял варира между 62.5% и 65%, като средното за страната е 63.9%.

Таблица 5. Възрастова структура на населението, 2019 г.

6

Този документ е изработен в рамките на проект "The Healthy Municipality", съфинансиран чрез Европейския фонд за регионално развитие и национални средства на държавите участници в Програмата за сътрудничество „Interreg V-A Гърция - България 2014-2020“.



	0-14 години	15-64 години	65+ години
<i>обл. Кърджали</i>	14.3%	65.0%	20.7%
<i>обл. Смолян</i>	11.5%	63.8%	24.7%
<i>обл. Хасково</i>	14.5%	62.5%	23.0%
<i>България</i>	14.4%	63.9%	21.6%

Източник: по данни на НСИ

По отношение на най-младото население (до 14 г.) стойностите за обл. Кърджали, обл. Хасково и България като цяло са почти идентични (около 14.4%), като прави впечатление, че единствено обл. Смолян се различава с дял на най-младото население 11.5%.

Таблица 6. Изменение в броя на населението, към 31.12.2010 и 31.12.2019 г. по възрастови групи

	2010	2019	Изменение (2019/2010)
обл. Кърджали	153571	158204	1.0302
<i>Под трудоспособна възраст</i>	24121	24057	0.9973
<i>В трудоспособна възраст</i>	98811	95060	0.9620
<i>Над трудоспособна възраст</i>	30639	39087	1.2757
обл. Смолян	122602	103532	0.8445
<i>Под трудоспособна възраст</i>	15665	12672	0.8089
<i>В трудоспособна възраст</i>	79566	60754	0.7636
<i>Над трудоспособна възраст</i>	27371	30106	1.0999
обл. Хасково	253127	225317	0.8901
<i>Под трудоспособна възраст</i>	36116	34853	0.9650
<i>В трудоспособна възраст</i>	155559	130561	0.8393
<i>Над трудоспособна възраст</i>	61452	59903	0.9748
България	7504868	6951482	0.9263
<i>Под трудоспособна възраст</i>	1098240	1066554	0.9711
<i>В трудоспособна възраст</i>	4700606	4156198	0.8842
<i>Над трудоспособна възраст</i>	1706022	1728730	1.0133

Източник: по данни на НСИ

Видно от таблица 6 през 2019 г. спрямо 2010 г. има силно нарастване на населението над трудоспособна възраст. Най-съществен ръст в този възрастов сегмент се наблюдава в обл. Кърджали, където изменението е

7

Този документ е изработен в рамките на проект "The Healthy Municipality", съфинансиран чрез Европейския фонд за регионално развитие и национални средства на държавите участници в Програмата за сътрудничество „Interreg V-A Гърция - България 2014-2020“.



1.28. Област Смолян има най-негативна демографска трансформация, включваща населението в трудоспособна и под трудоспособна възраст, което определя бъдещите тенденции на трудовите ресурси.

Доходите на населението се формират основно от средната годишна работна заплата. Видно от таблица 7 по отношение на доходите на населението, идващи от трудови или служебни правоотношения в трите област няма съществени различия, но все пак трябва да се отчете, че то е най-високо в обл. Кърджали и най-ниско в обл. Хасково.

Таблица 7. Средна годишна работна заплата на наетите лица по трудово и служебно правоотношение, 2005 и 2018, левове

	2005	2018	Изменение (2018/2005)
обл. Кърджали	3255	10419	3.20
обл. Смолян	3007	10145	3.37
обл. Хасково	3050	9623	3.16
България	3885	13755	3.54

Източник: по данни на НСИ

Най-голямо увеличение през 2018 спрямо 2005 се наблюдава в обл. Смолян, я именно 3.37 пъти. Независимо от това средната годишна работна заплата в изследваните области е значително по-ниска от средногодишната за страната, като и увеличението през 2018 спрямо 2005 е по-ниско. Реализирания темп за периода 2005-2018 г. не е достатъчен да се намали съществуващата разлика.

1.2. Здравна обезпеченост

По отношение на болничната помощ данните от таблица 8 показват, че осигуреността с болнични заведения в областите Кърджали и Хасково като цяло е сходна с тази на национално ниво, а малко по-висока в обл. Смолян. Що се отнася обаче до леглата в съществуващите болничните заведения налице са съществени различия. Ако на национално ниво на 1000 души се падат по 7.57 легла, то в област Кърджали те са 5,43, а още по-малка е осигуреността в обл. Хасково. Прави впечатление, че в обл. Смолян осигуреността с болнични легла е по-висока, което може да се отнесе свърже с редуцирания брой на населението в областта.

8

Този документ е изработен в рамките на проект "The Healthy Municipality", съфинансиран чрез Европейския фонд за регионално развитие и национални средства на държавите участници в Програмата за сътрудничество „Interreg V-A Гърция - България 2014-2020“.



Таблица 8. Осигуреност с болнични легла, 2018 г.

	Области			България
	Кърджали	Смолян	Хасково	
Болнични заведения (общо) на 1000 жители	0.04	0.08	0.05	0.05
Легла в болнични заведения на 1000 жители	5.43	9.66	4.88	7.57
Многопрофилни болници на 1000 жители	0.03	0.04	0.02	0.03
Легла в многопрофилни болници на 1000 жители	3.66	5.22	3.49	5.34

Източник: по данни на НСИ

Осигуреността с лекари и специалисти по здравни грижи варира в трите области. В обл. Смолян осигуреността с общопрактикуващи лекари е най-голяма (0.63), което е по-високо от средното за страната (0.60). Близко до средната стойност е осигуреността в обл. Хасково (0.55), а в област Кърджали се забелязва недостиг на общо практикуващи лекари – едва 0.39 на 1000 жители. (табл. 9)

Таблица 9. Лекари и специалисти по здравни грижи, 2018 г.

	Области			България
	Кърджали	Смолян	Хасково	
Общопрактикуващи лекари на 1000 жители	0.39	0.63	0.55	0.60
Общо лекари на 1000 жители	2.61	2.96	2.93	4.22
Медицински специалисти по здравни грижи	5.53	6.01	5.22	6.60

Източник: по данни на НСИ

По отношение на общия брой на лекарите на 1000 души в трите области осигуреността е близа и варира от 2.61 в обл. Кърджали, до 1.96 в обл. Смолян. Посочената осигуреност обаче е по-ниска от общата за страната, а именно 4.22. Осигуреността с медицински специалисти по

здравни грижи също е по-ниска от средната за България, но тук разликите не са толкова големи. (табл. 9)

1.3. Основни изводи

В териториален аспект обл. Кърджали и обл. Смолян са с планински релеф, а обл. Хасково с по-равнинен. Посоченото е свързано с бързия и лесен достъп до медицински грижи. В областите Кърджали и Смолян той е по-затруднен и изисква специфични мерки за осигуряване на необходимите здравни грижи.

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. Причините за положителния механичен прираст в обл. Кърджали през 2019 г. трябва да се анализират и да се прецени стабилността на тази тенденцията. Може би това се дължи на връщащото се от Турция възрастно население след неговото пенсиониране. Подобна тенденция би могла да окаже влияние към разпределението на здравните ресурси и медицинска помощ в региона. Разгледаните демографски характеристики дават възможност да се направят изводи за динамиката на населението в изследваните области, като се направят и релевантни препоръки за необходимите мерки.

Съпоставянето на данните показва ясно изразена тенденция към застаряване на населението, която ще има негативно отражение в бъдеще. Промените във възрастовата структура оказват съществено влияние върху редица индикатори за здравното 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.

Анализът показва демографско застаряване и това означава по-висока честота на редица хронични заболявания – сърдечно-съдови, мозъчно-съдови, деменция, рак, артритни заболявания и др. Това повдига въпроси за възможности за осигуряването на този тип здравна помощ в отделните области. 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 проблема за осигуряването на възможност на възрастните хора да водят достоен и сигурен живот.

Данните за средната годишна заплата на работещите в изследваните области показва, че тя е по-ниска от средната за страната. Размерът на доходите от своя страна е свързан с осигуряване на качество на живот и извеждане на здравето като приоритет. Превенцията на болестите е зависима от здравословните навици на населението, сред които балансирано хранене, спорт, баланс между работа и почивка и други. Създаването на навици, осигуряващи доброто здраве изисква определен месечен бюджет. Ниските доходи на населението от разглежданите области предполага невъзможност да се изградят в пълна степен разглежданите здравословни навици.

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. Липсата на достатъчен брой ОПЛ, които да обезпечават тази всеобхватна здравна грижа е голям проблем за областите, в които те не достигат. За съжаление съществуващото здравно законодателство не дава възможност за общинска инициатива в тази насока. Това противоречи на основното в концепцията на една социално-справедлива 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.

Следва да се има предвид, че в областите Кърджали и Смолян отдалечеността от специализирани болници и здравни центрове може да се компенсира чрез превантивни здравни мерки и провеждане на здравни информационни кампании сред населението, което да увеличи способностите на хората да водят пълноценен и продуктивен живот.

2. Предложен пакет от мерки

Независимо от идентифицираните вариации в трите области от разглеждания трансграничен регион има няколко мерки, които могат да се приложат към всяка от тях.

2.1. Осигуряване на достъп до медицинска помощ.

За осигуряване на достъп до медицинска помощ в общините да се разработи система за подобряване осигуреността от неотложна медицинска помощ и профилактична дейност в областите с по-отдалечени райони предвид специфичното географско разположение, тъй като основните доставчици на медицински дейности са концентрирани в общинските центрове или въобще липсват. Възможни мерки са:

- Изграждане на система на база на общинско лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ. Важно е при реализирането на тази задача да не се дублират дейности, които по закон са вменени на личните лекари, а да се допълни и разшири капацитета на оказване на медицинска помощ в моменти, когато съответният ОПЛ не може да окаже помощ на нуждаещ се, поради обективни причини.
- Подобряване на транспортната медицинска инфраструктура. За реализирането на тази задача е необходимо да бъдат осигурени определен брой специализирани медицински транспортни средства ведно с необходимото за целта оборудване. Препоръчително е единият специализиран автомобил да е високопроходим.

2.2. Кадровото обезпечаване с медицински специалисти в общините, в които има недостиг

За преодоляване на недостига на медицински специалисти могат да се разработят дългосрочни програми, с които да се осигури мотивирано привличане на медицински кадри. Възможно е в рамките на тези програми да залегне и професионално ориентиране и финансово подпомагане на младежи от общини с недостиг чрез отпускане на стипендии за обучение, осигуряване на общинско жилище при преференциални условия или други форми на подпомагане, които да мотивират тези лица след приключване на образованието си да се завърнат по родните места като изградени медицински специалисти. Прилагането на този подход ще осигури на само

по-добро функциониране на здравната система, но ще доведе до запазване на по-вече млади хора в населените места на по-непривлекателните общини.

2.3. Осигуряване на достъп чрез възможностите на телемедицината

За реализирането на тази задача на първо място е необходимо организиране и провеждане на обучение на медицинските специалисти от по отношение възможностите за приложение на телемедицината в медицинската практика. На следващ етап е необходимо разработването на програма за пилотно въвеждане на елементи на телемедицината при контрол на лица с хронични заболявания, живеещи в отдалечени от общинските центрове населени места.

2.4. Укрепване на болничната структура чрез публично-частни партньорства и участие на местния бизнес.

Публично-частното партньорство би могло да се реализира посредством следните мерки:

- Закупуване на техника и оборудване за общинските болници за способите на телемедицина. Така ще бъде възможно извършването на своевременни консултации с републикански консултанти при наличие на необходимост за това.
- Разкриване на нови структурни звена като сектор и/или отделение по липсващи, но необходими специалности. Въвеждане на телемедицината в общинските заведения за болнична медицинска помощ.
- Сътрудничество на общините с неправителствения сектор в областта на здравната промоция. Участие в здравни проекти на неправителствени организации с утвърден опит в дейности по детското и майчиното здраве.
- Обезпечаване на общинските здравни кабинети по училищата и разработване на програми за здравна промоция.

3. Пилотни дейности

В рамките на реализирането на настоящия проект стартира прилагането на част от предложените мерки. За тестово прилагане на предвидените пилотни дейности са избрани общините Крумовград и Момчилград от област Кърджали. В тези пилотни общини са планирани за прилагане две групи от мерки – краткосрочни и дългосрочни. Дейностите от посочените мерки не са приложени в цялост, но реализацията на част от тях и възникналите предизвикателства дават основание да се идентифицират проблемите, да се изведат добри практики и да се направят препоръки, които да бъдат отнесени към трите области от трансграничния регион.

Към краткосрочните мерки се отнасят:

Мярка 1: Промоция на здравословния начин на живот чрез обучителни и спортни дейности за здравно образование и здравно възпитание на децата, подрастващите и младежите, която включва следните дейности:

- **Дейност 1.** Контрол на факторите на риска за здравето – **дейността е напълно изпълнена**
- **Дейност 2.** Организиране на спортни прояви за укрепване на здравето - **дейността е изпълнена в значителна степен**
- **Дейност 3.** Разпространение на просветни материали - **дейността е напълно изпълнена**

Мярка 2: Здравна просвета за повишаване на здравната култура - дейности с насоченост към възрастното население, към медицински лица, общинска администрация от сектор образование и социални дейности, директори на училища и др. чрез запознаване с рисковите фактори за хронични незаразни болести и възможностите за тяхното ограничаване.

- **Дейност 1.** Организиране на семинари - **дейността е напълно изпълнена**
- **Дейност 2.** Провеждане на едnodневни кампании - **дейността е изпълнена в значителна степен**
- **Дейност 3.** Общоградски туристически поход - **дейността не е изпълнена**

Дългосрочните мерки включват:

Мярка 1: Реализиране на периодични безплатни профилактични прегледи и скрининги - дейности с насоченост към населението в активна възраст (25-65+ години)

- **Дейност 1.** Скрининг белодробната функция на пушачи - **дейността не е изпълнена**
- **Дейност 2.** Анкетни проучвания сред населението за артериална хипертония - **дейността не е изпълнена**
- **Дейност 3.** Профилактични кампании с измерване на кръвна захар - **дейността не е изпълнена**
- **Дейност 4.** Скрининги за изследване на остеопорозата - **дейността не е изпълнена**
- **Дейност 5.** Измерване на кръвно налягане, снемане на антропометричен статус, вземане на венозна кръв - **дейността не е изпълнена**

Мярка 2: Осигуряване на среда за живот и работа за подобряване социалните детерминанти на здравето, равнопоставен достъп до медицински услуги, среда за живот и работа, укрепваща здравето.

- **Дейност 1.** Социално-икономически детерминанти на здравето - **дейността не е изпълнена**
- **Дейност 2.** Развитие на здравната система - **дейността е изпълнена в ниска степен**
- **Дейност 3.** Развиване на капацитет на партньорство за здраве - **дейността не е изпълнена**
- **Дейност 4.** Постоянен контрол и управление на рисковите фактори за здравето на населението, свързани с околната среда - **дейността е изпълнена в ниска степен**
- **Дейност 5.** Превенция на ваксина - предотвратими заболявания сред уязвими и маргинализирани групи - **дейността е изпълнена в ниска степен**
- **Дейност 6.** Съвременни здравнообразователни програми в детските градини и училищата - **дейността е изпълнена в значителна степен**

Видно от предоставената информация за реализирането на пилотни дейности почти всички кратко срочни са изпълнени в цялост. Естеството на дългосрочните мерки предполага тяхното реализиране в по-дългосрочна

перспектива. Именно поради тази причина видно няма дългосрочни дейности, които да са напълно реализирани. Следва обаче да се отбележи, че при част от дейностите тяхното изпълнение е стартирало, а една от тях е с висока степен на реализация.

4. Идентифицирани проблеми и добри практики

Разработеният и предложен план за здравни политики съдържа следните основни отправни точки:

- Промоция на здраве
- Укрепване на здравната мрежа и медицинските дейности.
- Здравно обслужване на приоритетни групи

Прилагането на пилотните дейности допринася най-значимо по първата необходима група от дейности, свързана с промоция на здравето. Проведените обучителни семинари имат ключова роля що се касае до насочване на вниманието на хората не просто към съществуващи проблеми, а и към възможностите за тяхното преодоляване.

Обученията частично адресират и третата група от мерки, а именно „Здравно обслужване на приоритетни групи“. Едно от обучението е насочено към ученици чрез промотиране на здравословно хранене, както и на вредата от консумация на алкохол и тютюнопушене, които са сред основните рискови фактори в юношеска възраст.

Прилагането на мерки, свързани с укрепване на здравната мрежа и медицинските дейности е невъзможно без активното участие на местната власт. Тези мерки са в значителна степен зависими от финансиране от общинските бюджети, които са традиционно недостатъчни.

Независимо от непълното прилагане на дейностите от плана за здравни политики към настоящия момент, сериозен успех е постигнат посредством включване на мерките в Плана за интегрално развитие на общините Момчилград и Крумовград за периода 2021-2027 г., като усилията могат да се насочат и към други общини от същата област, както и към общините от области Смолян и Хасково. Наред с това видна е ангажираността на двете общини в регулярното организиране на спортни мероприятия, организиране на тестване и скрининги, прилагане на политика за привличане на медици чрез предоставяне на безплатни помещения за осъществяване на дейността и други мотивационни стимули.

Идентифицирани са следните фактори, които представляват предизвикателство пред прилагането на дейностите по мерките, а именно:

- от страна на населението- липса на ангажираност, ниска здравна култура, вредни навици (алкохол, тютюнопушене, нездравословно хранене)
- дефицит на медицински специалисти
- правна рамка, несъобразена с труднодостъпни населени места

5. Препоръки

Добрата социална политика, финансова подкрепа и добрите социални отношения могат да направят важен принос за здравето. Ето защо по-ефективен е интегрирания мултидисциплинарен и междусекторен подход към развитието на здравето, който не зависи само от националния здравен сектор. Важни придобивки за областното и общинското здравеопазване могат да бъдат направени чрез добре разработена политика за образование, заетост, индустриална структура, и социална политика, както в областта на здравеопазването, така и в икономическо направление.

Здравната политика и програми трябва да бъдат ясно основани на наличните ресурси. Комуникация и сътрудничество между научната общност и лицата, отговорни за вземането на решенията и действията за здравето на населението трябва да бъдат утвърждавани и постоянни. Националните и местни здравно-информационни системи, са предпоставка за развитие на мониторинг за ефективността и справедливостта на здравна политика. Системи за оценка и мониторинг ще определят дали целите са изпълнени и кои от тях изискват допълнително внимание.