

# ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ НА ОБЛАСТ ШУМЕН 2016- 2020

## ВЪВЕДЕНИЕ

Здравната стратегия на област Шумен (2016 - 2020) е водещият стратегически документ, който конкретизира целите за развитие на системата на здравеопазването на областно ниво до 2020 г.

Стратегията е основана на схващането, че доброто здраве представлява актив и е източник на икономическа и социална стабилност. Най-важното - доброто здраве, вече не може да се разглежда като резултат от дейността на един сектор - здравеопазването. Устойчивите и еднакво достъпни подобрения на здравето са продукт от успешната политика на цялата държава, както и на координираните действия на обществото.

Националната и областната здравна стратегии осигуряват платформа за партньорство и сътрудничество на всички заинтересовани страни. Те изискват ангажираност от цялото общество като отправна точка при планирането, разработването, осъществяването и наблюдението на здравната политика на всички равнища.

**Здравната стратегия е изградена на разбирането, че здравето е основно право на всеки човек през целия му живот.**

Правото на здраве е неприкосновено човешко право, изискващо на всеки човек да бъдат създадени условия да бъде толкова здрав, колкото е възможно. Гарантирането на правото на здраве е свързано със спазването на стандартите и принципите на човешките права - универсалност, справедливост, равнопоставеност, право на участие при вземане на решения, недискриминация, прозрачност и др. и основаване на следните ценности:

- Всеобхватност - осигуряване на достъп до здраве на всички граждани;
- Солидарност - осигуряване на средства за здраве, съответни на възможността да бъдат платени, и ползване на услугите от тези, които имат нужда от тях;
- Равенство - равен достъп до грижи в съответствие с нуждите, независимо от пол, възраст, социално положение или платежоспособност;
- Достъп до качествени грижи - осигуряване на най-високо качество на грижите, съответно на индивидуалните нужди и основано на етиката и доказателствата.

Отстояването на тези ценности ще осигури справедливост и равнопоставеност по отношение на права и отговорности за постигане на възможно най-високо ниво на индивидуално и обществено здраве.

Особено важни са политиките, които имат за цел да гарантират правомощията на гражданите за вземане на решения за своето здраве, да защитават техните човешки права и да не допускат дискриминация, включително и основана на заболяване или увреждане.

**Здравната стратегия е изградена на разбирането, че здравето е основно обществено благо и ресурс за социално и икономическо развитие.**

Здравето на индивида е динамично състояние на физическо, умствено и социално благополучие. То е много повече от просто отсъствие на болест или недъг.

В личностен план здравето е условие за благосъстояние и качество на живот. В обществен план доброто здраве представлява актив и е източник на икономическа и социална стабилност, водеща до постигане на силни, динамични и творчески общества.

Здравният статус на хората влияе върху степента им на участие в социалния и трудовия живот и върху тяхната производителност на работното място. Запазването на здравето и активността на хората за по-дълго време и увеличаването на продължителността на живота в добро здраве има положителен ефект върху производителността и конкурентоспособността, защото може да повлияе на пазара на труда и да доведе до потенциални значителни икономии в бюджетите за здравно обслужване. По този начин здравеопазването пряко подпомага икономическия растеж и има решаващо значение за намаляване на бедността, като едновременно допринася за устойчивото икономическо и социално развитие и се възползва от него.

**Здравната стратегия е изградена на разбирането, че здравето е резултат от влиянието на различни фактори и здравната система е само един от тях.**

Здравето се влияе от редица биомедицински, психологически, социални, икономически и екологични фактори, които се свързват помежду си по различни начини и по различно време в продължение на целия живот. Здравната система е само един от факторите, влияещи върху здравето и благосъстоянието на хората.

Здравната система не е в състояние да се справи сама със социалните и екологичните детерминанти на здравето, както и с факторите на индивидуалния начин на живот. Необходимо е прилагане на политики, които преодоляват границите на здравния сектор и позволяват осъществяването на интегрирани програми и насочване на ресурси от други сектори. Това засилва значението на развитието на междусекторни стратегии в различни области, за да се постигне комбиниран синергичен ефект за здравето.

**Здравната стратегия е изградена на разбирането, че здравето е обществена и лична отговорност.**

Съвременните здравни политики следва да бъдат съобразени с факта, че отделният човек може да направи за здравето и благополучието си повече, отколкото най-добре развитата здравна система. Налице са наблюдения и научни анализи, които показват, че ключът към това, дали един човек ще бъде здрав, или болен, дали ще живее дълго, или ще го постигне преждевременна смърт, се крие в редица индивидуални поведенчески фактори, като тютюнопушене, прекомерна употреба на алкохол, неправилно хранене и липса на физическа активност; рисково поведение; неспазване на изискванията за здравословни и безопасни условия на труд; пътно-транспортна безопасност и др.

Нездравословното лично поведение има не само висока лична, но и обществена цена. Вредните навици или безотговорното поведение в обществена среда могат да доведат до увреждане не само на личното здраве, но и да застрашат здравето на други индивиди.

Хората трябва да бъдат убедени, че здравословното поведение отговаря на личните им очаквания и потребности да са здрави, да живеят дълго и да остаряват в добро здраве. Те могат да се реализират, ако се изградят нови модели за здравно поведение с участие на всички в дейностите за здраве и за екологично чиста среда, в която човек се ражда, работи и живее.

Трябва да се използва подхода „здраве във всички политики“, при който подобряване на здравето и благосъстоянието е приоритет не само на здравната система. Това е двупосочен процес, който гарантира, че във всички сектори има яснота и решителност за действия за осигуряване на по-добро здраве, като в същото време се има предвид и начинът, по който здравето влияе върху всички тях.

Необходимо е ангажиране на обществото като форма на колаборативно управление, което допълва държавната политика чрез споделяне на ценности и изграждане на доверие между широк кръг субекти. Това предполага включване в политиките за здраве на частния сектор, гражданското общество, общностите и отделни индивиди.

**Здравната стратегия е изготвена на основата на анализ и оценка на индикаторите, характеризиращи състоянието на общественото здраве.**

Днешното здравно и демографско състояние на българското население и в частност на област Шумен е резултат от продължително действие на множество фактори и влияния. Една част от тях са свързани с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни, други - със специфичните особености на историческото, социално-икономическото и културно развитие на България.

## **1. Здравно-демографска характеристика на областта**

### **1.1. Численост на населението**

Общият брой на населението на област Шумен към **31.12.2015 г.** е **175 720** души.

Тенденции на намаление или увеличение – трайна тенденция към намаление в общия брой на населението.

Население по общини: Шумен – 89 972; Нови пазар – 16 478; Велики Преслав – 12 713; Каолиново – 12 522; Каспичан – 7 687; Върбица – 10 432; Смядово – 6 226; Венец – 7 057; Хитрино – 6 503; Никола Козлево – 6 130.

Структура на населението: градове/села – 108 765 (61,90%)/66 955 (38,10%); мъже/жени – 85 968 (48,92%)/89 752 (51,08%).

Възrastова структура на населението: до 17 год. – 30 102 (17,13%); от 18 до 59 год. – 98 722 (56,18 %); над 60 год. – 46 896 (26,69%).

### Население на област Шумен към 31.12.2015 г. – (за четиригодишен период)

Год.	Население в областта - общо	мъже	Отн. дял	жени	Отн. дял	В градовете	Отн. дял	В селата	Отн. дял
2012	178735	87463	48.93	91272	51.07	112048	62.69	66687	37.31
2013	178061	87110	48.92	90951	51.08	111535	62.64	66526	37.36
2014	176925	86594	48.94	90331	51.06	110350	62.37	66575	37.63
2015	175720	85968	48.92	89752	51.08	108765	61.90	66955	38.10

### Население на област Шумен към 31.12.2015 г. по възраст (брой)

Възраст (в навършени години)	Общо	Мъже	Жени	В градовете	В селата
<b>Общо</b>	<b>175720</b>	<b>85968</b>	<b>89752</b>	<b>108765</b>	<b>66955</b>
0-4	8199	4219	3980	5035	3164
5-9	8501	4385	4116	5321	3180
10-14	8387	4344	4043	4997	3390
15-19	8221	4298	3923	4809	3412
20-24	9741	5013	4728	5846	3895
25-29	11374	5838	5536	7476	3898
30-34	11225	5762	5463	7335	3890
35-39	12287	6327	5960	8061	4226
40-44	13361	6903	6458	8794	4567
45-49	12716	6661	6055	8235	4481
50-54	12278	6313	5965	7697	4581
55-59	12534	6214	6320	7976	4558
60-64	11788	5521	6267	7113	4675
65-69	12459	5479	6980	7252	5207
70+	22649	8691	13958	12818	9831

### Изводи

През посочените години е налице трайна тенденция към намаление на общия брой на населението в областта. В сравнение с предходната година е увеличен броя на населението в общините Върбица (10432 през 2015 г.; 10177 през 2014 г.), Каолиново (12522 през 2015 г.; 12490 през 2014 г.), Хитрино (6503 през 2015 г.; 6424 през 2014 г.) и Венец (7057 през 2015 г.; 7055 през 2014 г.), а в останалите общини броя на населението е намалено. В областта живее 2.5% от населението на страната.

Общият брой на населението на област Шумен към дата на преброяването на населението - 01.02.2011 г. е било 180 528 души. Население по общини: Шумен – 93 649; Нови пазар – 16 879; Велики Преслав – 13 382; Каолиново – 12 093; Каспичан – 7 976; Върбица – 10 391; Смядово – 6 698; Венец – 7 137; Хитрино – 6 223; Никола Козлево – 6 100.

Според прогнозите на НСИ през 2020 г. населението на Област Шумен ще е 171995 души (реалистичен вариант), при благоприятни социално-икономически фактори може да е 173027 души (вариант с относително ускоряване), при неблагоприятни социално-икономически фактори може да бъде 171483 (вариант с относително забавяне).

През 2015 г. незначително е намалял процента на населението на област Шумен, което живее в градовете (2015 г. – 61.90%; 2014 г. – 62.37%). Съответно леко се е увеличил относителният дял на живеещите в селата (2015 г. – 38.10%; 2014 г. – 37.63%).

(По данни на НСИ за страната през 2015 г. 73.07% от населението живее в градовете, а 26.93 в селата.)

Жените са повече от мъжете (51.08% жени и 48.92% мъже през 2015 г.; 51.06% жени и 48.94% мъже през 2014 г.). На 1000 мъже от област Шумен се падат 1044 жени през 2015 г. (1043 жени през 2014 г.).

(За страната по данни на НСИ за 2015 г. на 1000 мъже се падат по 1057 жени; жените са 51.39%, мъжете – 48.61%; за 2014 г. на 1000 мъже се падат по 1057 жени; жените са 51.38%, мъжете – 48.62%). По данни на ТСБ – Шумен, в резултат на ниската раждаемост през 90-те години на миналия век, ежегодно намалява относителният дял на младите поколения.

Данните за възрастовата структура на населението сочат, че се задълбочава регресивният тип структура и се запазва тенденцията за застаряване на населението в областта. Населението над 60 г. се увеличава (2015 г. - 26.69%; 2014 г. - 26.39%) при запазване на населението до 17 г. (2015 г. – 17.13%; 2014 г. – 17.05%).

Коефициентът на възрастова зависимост (бр. лица от населението под 15 г. и на 65 и повече години на 100 лица от населението от 15 до 64 години) за областта през 2015 г. е 52.1%, а за страната 52.4% (2014 г. за областта е 51.0%, а за страната – 51.2%). Отношението на населението на възраст 65 и повече години към населението от 15 до 64 години през 2015 г. за областта е 30.4%, а за страната е 31.1% (през 2014 г. за областта е 29.4%, а за страната 30.2%).

При разглеждане поотделно на структурата на населението в градовете и в селата се вижда, че:

- относителният дял на децата и на хората над 60 г. в селата е по-голям в сравнение с този в градовете;

- в градовете е по-голям относителният дял на хората от 18 г. до 59 г. в сравнение със този в селата;

- застаряването на населението в селата е значително по-голямо от градовете (хора на възраст над 60 г. за 2015 г. – села-29.44% , градове-24.99%; хора на възраст над 60 г. за 2014 г. – села-29.38% , градове-24.58%).

Средната възраст на предстоящия живот при раждане за периода 2013-2015 г. в област Шумен е 73.55 години. За мъжете тя е 70.31 години, а за жените 76.89 години.

Средната възраст на предстоящия живот при раждане за периода 2012-2014 г. в област Шумен е 73.06 години. За мъжете тя е 69.68 години, а за жените 76.59 години.

(През 2013-2015 г. средната продължителност на живота за страната е 74.5 години, за мъжете – 71.1 години, за жените – 78.0 години; през 2012-2014 г. средната продължителност на живота за страната е 74.7 години, за мъжете – 71.2 години, за жените – 78.3 години).

## **1.2. Раждаемост**

**Раждаемостта** в област Шумен има следната характеристика през годините: 8.1 на 1000 за 1998 г.; 9.4 на 1000 за 1999 г.; 9.7 на 1000 за 2000 г.; 9.7 на 1000 за 2001 г.; 9.3 на 1000 за 2002 г.; 9.5 на 1000 за 2003 г.; 9.5 на 1000 за 2004 г.; 9.5 на 1000 за 2005 г.; 10.0 на 1000 за 2006 г.; 10.6 на 1000 за 2007 г.; 10.7 на 1000 за 2008 г.; 10.7 на 1000 за 2009 г.; 9.9 на 1000 за 2010 г.; 10.2 на 1000 за 2011 г.; 9.9 на 1000 за 2012 г.; 10.0 на 1000 за 2013 г.; 9.1 на 1000 за 2014 г.; 9.1 на 1000 за 2015 г. Раждаемостта в областта, разглеждана за 17 годишен период е по-висока от тази за страната, с изключение на 2009 г. когато е като средната за страната и на 2010 г. и 2015 г. когато раждаемостта е малко по-ниска от средната за страната.

Раждаемостта в градовете през 2015 г. е 9.1 на 1000, а в селата 9.0 на 1000 (през 2014 г. в градовете е 8.8 на 1000, а в селата 9.7 на 1000).

(Раждаемостта за страната за 2015 г. е 9.2 на 1000; градове – 9.4 на 1000, села – 8.5 на 1000; за 2014 г. е 9.4 на 1000; градове – 9.6 на 1000, села – 8.7 на 1000).

През 2015 г. живородените са 1600 (с 19 по-малко от 2014 г.), като момчетата (809) са с 18 повече от момичетата (791). От живородените деца 658 са брачни и 942 са извънбрачни. Най-голям е броят на живородените в Шуменска община (825), а най-малък в Смядовска (44) и Хитринската (46).

През 2014 г. живородените са 1619 (с 162 по-малко от 2013 г.), като момчетата (842) са с 65 повече от момичетата (777). От живородените деца 684 са брачни и 935 са извънбрачни. Най-голям е броят на живородените в Шуменска община (831), а най-малък в Хитринска (34) и Смядовска (43).

Разликата в броя на родените деца през последните години в областта и броя на родените преди 20 години е изключително голяма. През 1988 г. са родени 3 569 деца, а коефициента на раждаемост е бил 13.9 на 1000.

Наред с намалението на броя на населението в областта, намалява и броят на жените във фертилна възраст – 2015 г.- 38123; 2014 г. – 38654. През 2014 г. общата плодовитост е по-ниска в сравнение с предходната година – 41.88. През 2015 г. общата плодовитост е по-ниска в сравнение с предходната година – 41.68.

Тоталният коефициент на плодовитост на жените в област Шумен за 2015 г. е 1.53 деца (за страната 1.53), в градовете – 1.43 (за страната 1.44), в селата – 1.69 (за страната 1.78).

Тоталният коефициент на плодовитост на жените в област Шумен за 2014 г. е 1.52 деца (за страната 1.52), в градовете – 1.34 (за страната 1.44), в селата – 1.82 (за страната 1.78).

През 2015 г. средната възраст на майката при раждане в областта е 27.6 години, а за страната 28.3 години. Средната възраст на майката при раждане на първо дете за областта е 26.1 години, а за страната – 26.9 години.

През 2014 г. средната възраст на майката при раждане в областта е 27.1 години, а за страната 28.1 години. Средната възраст на майката при раждане на първо дете за областта е 25.5 години, а за страната – 26.7 години.

За 2015 г. в областта има 12 мъртвородени деца, от които 2 брачни и 10 извънбрачни.

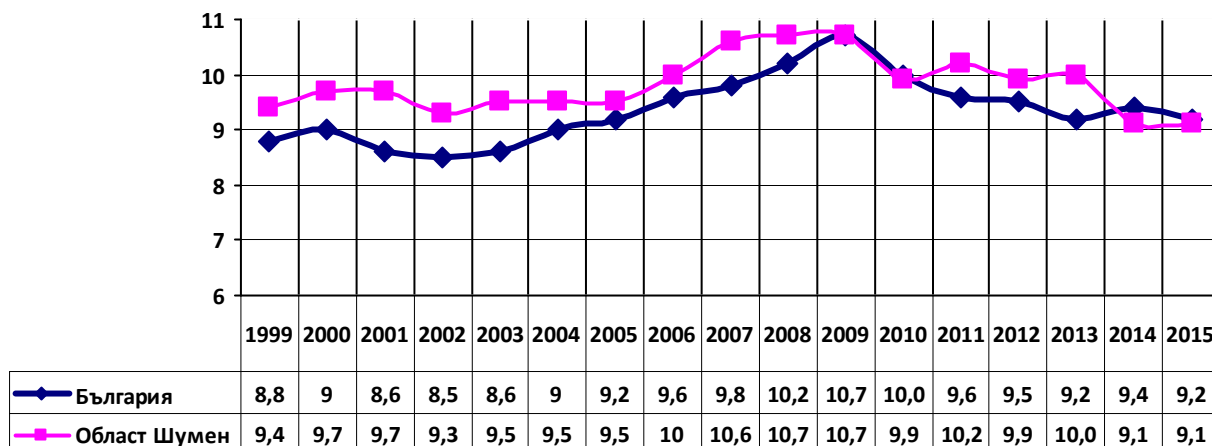
За 2014 г. в областта има 17 мъртвородени деца, от които 9 брачни и 8 извънбрачни.

За 2013 г. в областта има 26 мъртвородени деца, от които 8 брачни и 18 извънбрачни.

За 2012 г. в областта има 25 мъртвородени деца, от които 6 брачни и 19 извънбрачни.

През 2012 г. са регистрирани 519 аборта. През 2013 г. са 533. През 2014 г. са 487. През 2015 г. броят на абортите е намален - 360.

Съотношението между раждания и аборти през 2012 г. е 3.47:1; през 2013 г. е 3.39:1; през 2014 г. е 3.36:1; през 2015 г. е 4.44:1.



Раждаемост в област Шумен и страната (на 1000)

## **Изводи**

През 2014 г. и 2015 г. раждаемостта в област Шумен е по-ниска от средната за страната.

Коефициента на раждаемост в област Шумен през 2015 г. е по-нисък и броя на живородените деца е по-малък от предходната година.

Коефициента на раждаемост в област Шумен през 2014 г. е по-нисък и броя на живородените деца е по-малък от предходната година.

Раждаемостта в градовете и в селата през 2015 г. е с почти еднакъв коефициент. Раждаемостта в селата през 2014 г. е по-висока от тази в градовете.

Броят на мъртвородените деца през 2015 г. е по-нисък от този през 2014 г., 2013 г., 2012 г.

Жените от Шуменска област раждат на по-ранна възраст в сравнение със средностатистическата българка. Намалена е общата плодовитост при намаляващ брой жени във фертилна възраст. Тоталния коефициент на плодовитост на жените в област Шумен е еднакъв с този за страната. Намален е броят на абортите.

### **1.3 Обща смъртност**

Общата смъртност в област Шумен, разглеждана за по-дълъг период, показва следната характеристика: 1998 г. - 14 на 1000; 1999 г. - 13.4 на 1000; 2000 г. – 13.3 на 1000; 2001 г. – 13.4 на 1000; 2002 г. – 14.5 на 1000; 2003 г. – 14.6 на 1000; 2004 г. – 13.4 на 1000; 2005 г. – 14.5 на 1000; 2006 г. – 14.4 на 1000; 2007 г. - 14.5 на 1000; 2008 г. - 14.8 на 1000; 2009 г. – 13.7 на 1000, 2010 г. – 14.5 на 1000, 2011 г. – 15.0 на 1000; 2012 г. – 15.5 на 1000; 2013 г. – 14.6 на 1000; 2014 г. – 15.4 на 1000; 2015 г. – 15.6 на 1000.

Общата смъртност в област Шумен за 2015 г. е по-висока с 0.2 на 1000 от тази през 2014 г., като е по-висока с 0.3 на 1000 от средната за страната за 2015 г. (15.3 на 1000).

През 2015 г. общият брой на умрелите в Шуменско е 2754 (през 2014 г. – 2733).

Най-висока през 2015 г. е общата смъртност в общините Смядово, Хитрино и Велики Преслав (съответно 25.2, 22.3 и 20.6 на 1000). Равнището на показателя е под средното за региона в общините Върбица, Каолиново, Венец, Шумен и Никола Козлево (съответно 12.6, 12.9, 13.6, 14.2 и 15.2 на 1000).

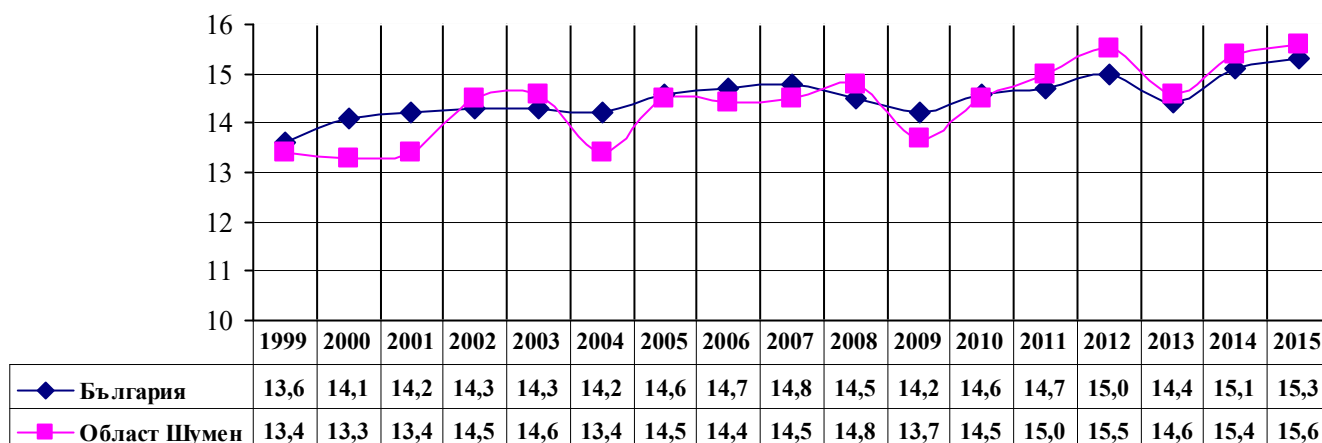
Статистиката сочи, че мъжете са с по-ниска продължителност на живота от жените и коефициентът на смъртност при тях е по-висок. През 2015 г. в Шуменско са починали 1432 мъже и 1322 жени, като нивото на смъртност при жените (14.7 на 1000) е с 2.0 пункта по-ниско от това на мъжете (16.7 на 1000). Относителния дял за 2015 г. на починалите мъже (52.0%) е по-висок от този на жените (48.0%).

Общата смъртност в сравнение с предходната година е значително леко намалена в градовете (13.7 на 1000 през 2015 г.; 13.9 на 1000 през 2014 г.) и увеличена в селата (18.7 на 1000 през 2015 г.; 17.9 на 1000 през 2014 г.)

(за страната през 2015 г. – смъртност в градовете – 12.9 на 1000, смъртност в селата – 21.9 на 1000).

Както в страната, така и в област Шумен поддържането на високо равнище на смъртността се дължи на умирания в по-високи възрасти.

По статистически данни на НСИ вероятността за смърт в региона е най-ниска във възрастовия диапазон от 5 до 19 години, като през 2015 г. починалите в тези възрасти са 7. Има и 21 смъртни случая на млади хора между 20 и 29 години.



фиг. 3 Обща смъртност в област Шумен и страната (на 1000)

В структурата на смъртността в област Шумен по причини през 2015 г. за поредна година с 965,3 на 100000 население и най-голям относителен дял 61,8% са Болестите на органите на кръвообращението (925,7 ‰, 60,1% за 2014 г.), следвани от Новообразувания – 234,8 ‰ с относителен дял 15,0% (251,3 ‰, 16,3% за 2014 г.), Болести на дихателната система – 77,7 ‰ с относителен дял 5,0% (83,9 ‰, 5,5% за 2014 г.), Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде – 74,9 ‰ с относителен дял 4,8% (80,6 ‰, 5,2% за 2014 г.). Основните причини за смърт за страната за 2015 г. са също Болестите на органите на кръвообращението – 1003,5 ‰, 65,4%, следвани от Новообразувания – 251,0 ‰ с относителен дял 16,4%, Болести на дихателната система – 56,4 ‰ с относителен дял 3,7%, Болести на храносмилателната система – 53,7 ‰ с относителен дял 3,5%, Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде – 50,8 ‰ с относителен дял 3,3%.

В сравнение с показателите за страната, смъртността в област Шумен от Болести на дихателната система, Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде, Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни и причини, Болести на нервната система, Болести на ендокринната система, разстройство на храненето и обмяната на веществата е по-висока, а от Болести на органите на кръвообращението, Новообразувания и Болести на храносмилателната система е по-ниска.

№ на класа	НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ-10	2014 г. - област			2015 г. - област		
		брой	на 100000 от населението	Относителен дял (%)	брой	на 100000 от населението	Относителен дял (%)
	<b>ОБЩО I – XIX клас</b>	2 733	1 539,8	100	2 754	1 561,9	100
I	Някои инфекциозни и паразитни болести	8	4,5	0,3	12	6,8	0,4
II	Новообразувания	446	251,3	16,3	414	234,8	15,0
III	Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	0	0,0	0,0	2	1,1	0,1
IV	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	83	46,8	3,0	58	32,9	2,1

V	Психични и поведенчески разстройства	0	0,0	0,0	3	1,7	0,1
VI	Болести на нервната система	55	31,0	2,0	60	34,0	2,2
VII	Болести на окото и придатъците му	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
VIII	Болести на ухото и мастоидния израстък	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
IX	Болести на органите на кръвообращението	1 643	925,7	60,1	1 702	965,3	61,8
X	Болести на дихателната система	149	83,9	5,5	137	77,7	5,0
XI	Болести на храносмилателната система	76	42,8	2,8	79	44,8	2,9
XII	Болести на кожата и подкожната тъкан	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
XIII	Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
XIV	Болести на пикочо-половата система	52	29,3	1,9	56	31,8	2,0
XV	Бременност, раждане и послеродов период	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
XVI	Някои състояния, възникващи през перинаталния период	10	5,6	0,4	6	3,4	0,2
XVII	Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	3	1,7	0,1	5	2,8	0,2
XVIII	Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неklasифицирани другаде	143	80,6	5,2	132	74,9	4,8
XIX	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	65	36,6	2,4	88	49,9	3,2

**Забележка:** Данните са получени от НСИ.

#### 1.4 Детска смъртност

Детската смъртност е един от най-важните статистически показатели, характеризиращи благополучието на една нация и работата на системата на здравеопазване в дадена страна или регион.

Детската смъртност в област Шумен през последните години се колебае значително. Разглеждана за по-голям период тя показва следната характеристика: 1998 г. – 13.6 на 1000; 1999 г. - 16.8 на 1000; 2000 г. – 16.4 на 1000; 2001 г. – 21.1 на 1000; 2002 г. – 18.1 на 1000; 2003 г. – 17.7 на 1000; 2004 г. – 11.6 на 1000; 2005 г. – 9 на 1000; 2006 г. – 13.1 на 1000; 2007 г. – 9.6 на 1000; 2008 г. - 15.2 на 1000; 2009 г. - 11.5 на 1000; 2010 г. – 16.2 на 1000; 2011 г. – 12.0 на 1000; 2012 г. – 10.1 на 1000; 2013 г. – 12.9 на 1000; 2014 г. – 11.7 на 1000; 2015 г. – 8.1 на 1000.

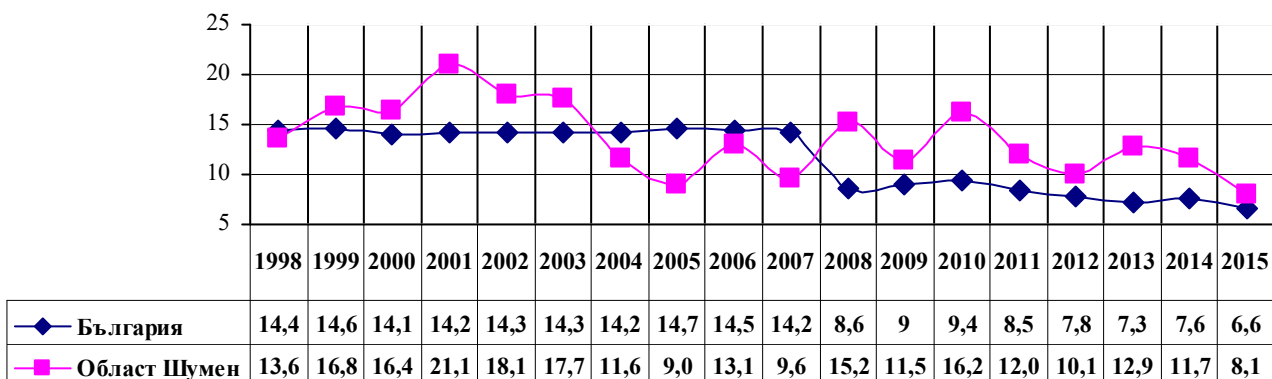
През 2015 г. в Шуменска област децата, починали преди да навършат годинка, са 13 (5 момчета и 8 момичета). През 2014 г. в Шуменска област децата, починали преди да навършат годинка, са 19 (11 момчета и 8 момичета). През 2013 г. в Шуменска област децата, починали преди да навършат годинка, са 23 (14 момчета и 9 момичета). През 2012 г. в Шуменска област децата, починали преди да навършат годинка, са 18 (14 момчета и 4 момичета).

Детската смъртност в област Шумен за 2015 г. е намалена в сравнение с предходната година, но остава значително над средната за страната (6.6 на 1000).



Детската смъртност в област Шумен за 2014 г. е намалена в сравнение с предходната година, но остава значително над средната за страната (7.6 на 1000).

През 2015 г. детската смъртност е увеличена в градовете и намалена в селата (2015 г. – градове – 11.0 на 1000, села – 3.3 на 1000; 2014 г. – градове – 11.3 на 1000, села – 12.3 на 1000)  
(За страната през 2015 г. детската смъртност в селата е 10.9 на 1000, а в градовете – 5.2 на 1000).



фиг. 5 Детска смъртност в област Шумен и страната (на 1000 живородени деца)

### Детска смъртност по причини

№ на класа	НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ-10	2014 г. - област			2015 г. - област		
		брой	на 1000 живород. %	относит. дял (%)	брой	на 1000 живород. %	относителен дял (%)
	<b>ОБЩО I – XIX клас</b>	<b>19</b>	<b>11.7</b>	<b>100,0</b>	<b>13</b>	<b>8.1</b>	<b>100,0</b>
I	Някои инфекциозни и паразитни болести	2	1.2	10.5			
II	Новообразувания						
III	Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм						
IV	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата						
VI	Болести на нервната система						
IX	Болести на органите на кръвообращението	2	1.2	10.5			
X	Болести на дихателната система	2	1.2	10.5	2	1.2	15.4
XI	Болести на храносмилателната система						
XVI	Някои състояния, възникващи през перинаталния период	10	6.2	52.6	6	3.8	46.1
XVII	Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	3	1.8	15.8	5	3.1	38.5
XVIII	Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неklasифицирани другаде						
XIX	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини						

### Изводи:

През 2015 г. причини за смърт до 1 г. са: състояния възникващи в перинаталния период – 6; вродени аномалии – 5; болести на органите на дихателната система – 2 случая.

Разгледана по периоди най-висока е перинаталната детската смъртност. Тя е важен показател за работата на здравната система за профилактиката на усложненията на бременността и качеството на родилната помощ. В сравнение с предходната 2014 г. е намалена смъртността в перинаталния, неонаталния и постнеонаталния период.

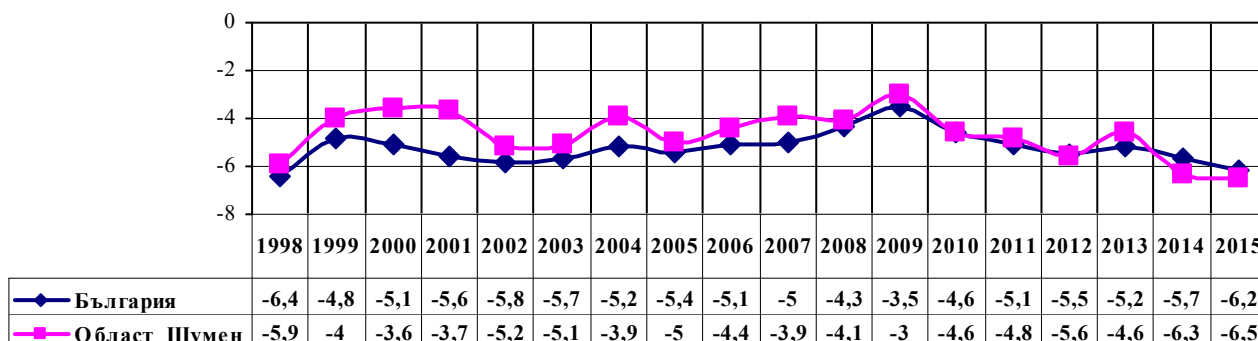
(за България през 2015 г.: перинатална ДС – 9.1 на 1000; неонатална ДС – 4.0 на 1000; постнеонатална ДС – 2.6 на 1000; за България през 2014 г.: перинатална ДС – 10.4 на 1000; неонатална ДС – 4.4 на 1000; постнеонатална ДС – 3.3 на 1000)

Освен качеството на медицинската помощ, за детската смъртност значение имат недоносеността и ниската телесна маса на новороденото и редица социални и икономически фактори (образование, доходи, начин на живот на семействата, замърсяване на околната среда и др.).

Важно значение, за да бъде понижена детската смъртност в областта има оптимизирането на организацията на медицинското наблюдение на бременните и децата до 1 г., организацията на родилната помощ и медицинската помощ на болните деца.

За понижаване на детската смъртност е необходимо здравните професионалисти да насочат вниманието си към рисковите семейства, рисковите групи бременни жени и деца до 1 г. Профилактичните грижи за бременните и децата трябва да бъдат приоритет.

## 1.5 Естествен прираст



фиг. 6 Естествен прираст в област Шумен и страната

## Естествен прираст по общини в област Шумен

община	2015 г.		2014 г.		2013 г.	
	брой	На 1000 души	брой	На 1000 души	брой	На 1000 души
Велики Преслав	-168	-13.1	-128	-9.9	-75	-5.7
Венец	-47	-6.7	-23	-3.3	-30	-4.2
Върбица	-24	-2.3	-42	-4.1	-39	-3.8
Каолиново	-19	-1.5	7	0.6	0	0.0
Каспичан	-73	-9.5	-80	-10.3	-58	-7.4
Никола Козлево	-32	-5.2	-7	1.1	-1	0.2
Нови пазар	-121	-7.3	-140	-8.4	-79	-4.7
Смядово	-114	-18.1	-116	-18.2	-120	-18.6
Хитрино	-98	-15.2	-90	-14.2	-57	-9.1
Шумен	-458	-5.1	-495	-5.4	-374	-4.0
<b>ОБЩО</b>	<b>-1154</b>	<b>-6.5</b>	<b>-1114</b>	<b>-6.3</b>	<b>-831</b>	<b>-4.6</b>

Забележка: Данните се получени от НСИ.

## **Изводи и основни демографски проблеми, които имат пряко отношение към системата на здравеопазване и потребностите от здравни услуги :**

- Продължава да намалява населението на област Шумен. Естественят прираст в областта е отрицателен и е намалял в сравнение с предходната година.

- Развитието на демографските процеси в страна и областта са от изключителна важност не само за формиране на броя и структурата на населението, но и за трудовите ресурси, които са в основата на социалното и икономическото развитие. Данните за възрастовата структура на населението на областта сочат, че то остарява бавно, но сигурно, като намалява относителният дял на младите генерации (деца и работоспособно население) и се увеличава относителният дял на възрастното население.

- Един от основните проблеми, очертаващ се след демографския анализ е застаряването на населението - нараства населението над 60-годишна възраст като същевременно намалява населението до 17 г. Това оказва влияние върху потребностите от медицинска помощ и води до нарастване на хроничните заболявания, характерни за възрастните хора (хронични заболявания на сърцето, мозъка, белите дробове, инсулт, деменция, рак, артрити, ревматизъм и др.). Планирането на здравната помощ трябва да бъде съобразено със сегашните и бъдещи тенденции в здравния и социалния статус на възрастните хора. Възрастните хора са значителни консуматори на здравни услуги. Намаляването на населението до 17 г. възраст и ниската раждаемост (по класификацията на СЗО – тя е ниска под 15 на 1000) предполага, че през следващите години ще има все повече възрастни и стари хора, които зависят от по-малък брой лица в трудоспособна възраст като източник за финансиране на тяхната здравна помощ и социално осигуряване.

- По-голям е броят на живеещите в градовете на областта, като относителният им дял от населението е по-малък от този на живеещите в градовете за страната. В селата на областта живеят по-малък брой хора, в сравнение с градовете, но техният относителен дял от населението е по-голям в сравнение от този за селата в страната. Това има значение за определяне на потребностите от медицинска помощ в по-малките населени места.

- В областта е увеличена общата смъртност, която е и незначително над средната за страната; намалена е детската смъртност, но остава значително над средната за страната. Тези показатели се влияят не само от медицинското обслужване, но и от широк кръг социални и икономически фактори.

- Основна причина за умиранията в областта са болестите на органите на кръвообращението, следвани от новообразуванията, болестите на дихателната система, симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде и болести на ендокринната система, разстройство на храненето и на обмяната на веществата.

- Раждаемостта е намалена в сравнение с предходната година за областта и е по-ниска от средната за страната за 2015 г. Тоталният коефициент на плодовитост на жените в областта е леко увеличен спрямо предходната година и равен на този на жените от страната. Жените от Шуменска област раждат на по-ранна възраст в сравнение със средностатистическата българка.

- Налице са различия между градовете и селата от областта по отношение на броя и структурата на населението, смъртност, естествен прираст, които имат значение както за организацията на здравеопазването, така и за оказването на медицинска помощ и очакваната заболяемост.

### **1.6 Заболеваемост и болестност**

#### **Анализ на заболяемостта и болестността в област Шумен:**

##### ***Регистрирани заболявания, болестност:***

- регистрирани заболявания през 2015 г. – 313914, болестност – 1780.3 на 1000 души от населението;

- регистрирани заболявания през 2014 г. – 316967, болестност – 1785.8 на 1000 души от населението;

**Новооткрити заболявания, заболяемост:**

- новооткрити заболявания през 2015 г. – 121581, заболяемост – 689.5 на 1000 души от населението;

- новооткрити заболявания през 2014 г. – 120034, заболяемост – 676.3 на 1000 души от населението;

**При децата до 17 години:**

- регистрирани заболявания за 2015 г. – 44792, болестност – 1486.5 на 1000 души от населението; Новооткрити заболявания – 28512, заболяемост – 946.2 на 1000 души от населението.

- регистрирани заболявания за 2014 г. – 44427, болестност – 1465.6 на 1000 души от населението; Новооткрити заболявания – 28158, заболяемост – 928.9 на 1000 души от населението.

**Структура на заболяемостта и болестността по класове болести – класове болести с най-голям относителен дял:**

**Структурата на заболяемостта (класове болести с най-голям относителен дял) за 2015 г. е следната:**

1. Болести на дихателната система – 176.4 на 1000, относителен дял – 25.6%.
2. Болести на пикочо-половата система – 60.5 на 1000, относителен дял – 8.8%.
3. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини - 59.8 на 1000, относителен дял – 8.7%.
4. Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неklasифицирани другаде – 56.0 на 1000, относителен дял – 8.1%.
5. Болести на органите на кръвообращението – 53.6 на 1000, относителен дял – 7.8%.

**Структурата на заболяемостта (класове болести с най-голям относителен дял) за 2014 г. е следната:**

1. Болести на дихателната система – 176.1 на 1000, относителен дял – 26.0%.
2. Болести на пикочо-половата система – 67.5 на 1000, относителен дял – 10.0%.
3. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини - 62.7 на 1000, относителен дял – 9.3%.
4. Болести на органите на кръвообращението – 57.6 на 1000, относителен дял – 8.5%.
5. Някои инфекциозни и паразитни болести – 38.5 на 1000, относителен дял – 5.7%.

**Структура на болестността по причини (класове болести с най-голям относителен дял) за 2015 г.:**

1. Болести на органите на кръвообращението – 486.5 на 1000, относителен дял – 27.3%.
2. Болести на дихателната система – 279.5 на 1000, относителен дял – 15.7%.
3. Болести на пикочо-половата система – 133.7 на 1000, относителен дял – 7.5%.
4. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата – 107.8 на 1000, относителен дял – 6.1%.
5. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини - 88.3 на 1000, относителен дял – 5.0%.

**Структура на болестността по причини (класове болести с най-голям относителен дял) за 2014 г.:**

1. Болести на органите на кръвообращението – 530.1 на 1000, относителен дял – 29.7%.
2. Болести на дихателната система – 280.4 на 1000, относителен дял – 15.7%.
3. Болести на пикочо-половата система – 143.6 на 1000, относителен дял – 8.0%.
4. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата – 119.8 на 1000, относителен дял – 6.7%.

5. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини - 88.5 на 1000, относителен дял – 5.0%.

#### **Тенденции:**

Броят на регистрираните заболявания в амбулаториите на ЛЗ на област Шумен през 2015 г. е намален от този през предходната година. Увеличен е броя на новооткритите заболявания.

В структурата на заболяемостта за 2015 г. водещи са: болести на дихателната система; болести на пикочо-половата система; травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини; симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неklasифицирани другаде; болести на органите на кръвообращението; някои инфекциозни и паразитни болести.

В структурата на заболяемостта за 2014 г. водещи са: болести на дихателната система; болести на пикочо-половата система; травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини; болести на органите на кръвообращението; някои инфекциозни и паразитни болести; симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неklasифицирани другаде.

При децата до 17 години е увеличен броя на регистрираните заболявания и новооткритите заболявания, увеличена е болестността и заболяемостта в сравнение с предходната година.

### **1.7 Хоспитализирана заболяемост**

#### **Тенденции**

Броя на **хоспитализираните** през 2015 г. случаи (изписани и умрели пациенти) в стационарите на лечебните заведения в област Шумен са по-малко в сравнение с предходната година (28640 пациенти от I до XIX клас заболявания за 2015 г.; 33258 пациенти от I до XIX клас заболявания за 2014 г.)

#### **Честота на хоспитализациите**

Честота на хоспитализациите за 2015 г. – 1624.3 на 10 000 население (за 2014 г. – 1873.8 на 10 000 население).

#### **Структура на заболяемостта по причини за хоспитализация**

*Основните причини за хоспитализация през 2015 г. са:*

1. Болести на органите на кръвообращението - 303,3 на 10 000, 18,7%;
2. Болести на дихателната система - 214,5 на 10 000, 13,2%;
3. Болести на храносмилателната система - 144,7 на 10 000, 8,9%;
4. Болести на пикочо-половата система - 129,1 на 10 000, 7,9%;
5. Болести на костно-мускулната система и съединителната тъкан - 127,4 на 10 000, 7,8%.

#### **Анализ**

Броя на хоспитализираните през 2015 г. случаи (изписани и умрели пациенти) в стационарите на лечебните заведения в област Шумен са по-малко в сравнение с 2014 г. Основните причини за хоспитализации са следните класове болести: болести на органите на кръвообращението, болести на дихателната система, болести на храносмилателната система, болести на пикочо-половата система и болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан.



фиг. 9 Хоспитализации в област Шумен през 2015 г.

### **Обобщена оценка на заболяемостта и смъртността по причини за умирания**

Основна причина за умиранията в областта са болестите на органите на кръвообращението следвани от новообразуванията; болестите на дихателната система; симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неklasифицирани другаде; травмите, отравянията и някои други последици от въздействието на външни причини; болести на храносмилателната система.

Сред регистрираните заболявания по класове болести в лечебните заведения на Област Шумен през 2015 г. водещи са: болести на органите на кръвообращението; болестите на дихателната система; болести на пикочо-половата система; болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата; болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан; травмите, отравянията и някои други последици от въздействието на външни причини.

Сред регистрираните нови заболявания по класове болести в лечебните заведения на Област Шумен през 2015 г. водещи са: болестите на дихателната система; болести на пикочо-половата система; травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини; симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неklasифицирани другаде; болести на органите на кръвообращението; някои инфекциозни и паразитни болести.

Основните причини за хоспитализация през 2015 г. са: болести на органите на кръвообращението; болести на дихателната система; новообразувания; болести на храносмилателната система; болести на пикочо-половата система; болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан.

Анализът на основните причини за умиранията, заболяемостта и болестността показва водещата роля в структурата им на хроничните неинфекциозни болести и най-вече на болестите на органите на кръвообращението, болестите на дихателната система; травмите, отравянията и някои други последици от въздействието на външни причини и онкологичните заболявания.

#### **- онкологични заболявания**

През 2015 г. е леко увеличен броя на регистрираните злокачествените новообразувания в област Шумен (за населението на областта) в сравнение с предходната година: 2015 г. - 7282; 2014 г. - 7281.

Болестността за 2015 г. се увеличава (2015 г. – 4129.9; 2014 г. – 4091.8).

Намалява се броя на регистрираните нови злокачествените новообразувания: 2015 г. – 743; 2014 г. – 816

Заболеваемостта за 2015 г. е по-ниска в сравнение с предходната година (2015 г. – 421,4; 2014 г. – 458,6).

Показателят за регистрираните болни са по-високи, а за новооткритите случаи в областта са по-ниски от тези за страната (2015 г. – болестност – 3961,5 ‰ и заболеваемост – 447,2 ‰).

Водещи в структурата на заболяемостта от злокачествени заболявания за 2015 г. по локализация са: храносмилателни органи, мъжки полови органи, женска гърда, женски полови органи, дихателни органи и гръден кош, меланом и други злокачествени заболявания на кожата.

#### **- инфекциозни заболявания, в т.ч. туберкулоза**

През 2015 г. броят на регистрираните заболявания от клас инфекциозни болести и паразитози е увеличен, както са увеличени и новооткритите заболявания (2015 г. – 13475, от които 7900 нови; 2014 г. – 11607, от които 6833 нови )

Болестността от регистрираните заболявания от клас инфекциозни болести и паразитози за 2015 г. е 76.4 на 1000, а заболеваемостта е 44.8 на 1000 (2014 г. е 65.4 на 1000, а заболеваемостта е 38.5 на 1000).

През 2015 г. отчетените заболявания от сифилис са 2, от които и двата са новоткрити случаи (2014 г. – 8, от които 8 нови )

Броят на регистрираните заболявания от туберкулоза е увеличен (2015 г. – 105, от които 37 новоткрити; 2014 г. – 85, от които 38 новоткрити). Увеличена е болестността ( 2014 г. – 47.9 на 100000; 2015 г. – 59.5 на 100000).

Заболеваемостта от активна туберкулоза е леко намалена в сравнение с предходната година ( 2014 г. – 21.4 на 100000; 2015 г. – 21.0 на 100000). Най-честата форма по локализация е туберкулоза на дихателните органи.

Показателят на регистрираните заболявания и заболеваемостта от активна туберкулоза за област Шумен е по-нисък от тази за страната (за 2015 г. регистрираните заболявания от активна туберкулоза 62.8 на 100000, заболеваемостта - 21.9 на 100000).

#### **- психични заболявания**

През 2015 г. е увеличен броя на регистрираните психични заболявания – 14130, от които 2768 нови (2014 г. – 10507, от които 2235 нови).

За 2015 г. болестността от психични и поведенчески разстройства е 80.1 на 1000 (2014 г. - 59.2 на 1000).

Намалял е броя на пациентите под наблюдение на психиатричните заведения (ДПБ). Към края на годината те са били 1197 (2014 г. – 1289) – 678.9 на 100000 от населението (724.4 на 100000 от населението към края на 2014 г.

Най-голям е броят на пациентите от областта с шизофрения, шизотипни и налудничеви разстройства; разстройства на настроението (афективни разстройства); умствена изостаналост и психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на алкохол.

#### **- хоспитализирани пациенти с инфаркт и мозъчен инсулт**

През годините - от 2003 г. до 2012 г. намалява броят на хоспитализираните пациенти от областта с инфаркт на миокарда: 2003 г. – 250; 2004 г. - 258; 2005 г. – 254; 2006 г. – 281, 2007 г. – 287, 2008 г. – 360, 2009 г. – 330, 2010 г. – 261, 2011 г. – 161, 2012 г. – 107, 2013 г. – 263, 2014 г. – 326. С разкриването на „СБАЛ по кардиология – Мадара” ЕАД, гр. Шумен през 2013 броят им се увеличава, за 2015 г. в сравнение с 2014 г. броят им е намален - 295.

Броят на хоспитализираните с мозъчен инсулт е увеличен в сравнение с предходната година: 2014 г. – 1100; 2015 г. – 1129.

През 2015 г. с инфаркт на миокарда са били повече мъже (186 мъже, 109 жени), а с мозъчен инсулт са били повече жени (560 мъже, 569 жени).

## **2. Фактори, влияещи върху здравето на населението в Област Шумен**

Към момента на територията на област Шумен не са провеждани специални епидемиологични проучвания за идентифициране на рисковите фактори, влияещи върху здравето на цялото население. Провеждани са предимно проучвания за идентифициране на поведенчески рискови фактори при децата и учениците (свързани с тютюнопушене, употреба на наркотици и алкохол, предпазване от СПИН, ППИ и нежелана бременност, хранене и др.).

На територията на областта няма големи промишлени замърсители.

Въпреки липсата на специални проучвания като важни детерминанти, влияещи върху здравето на населението могат да се посочат: поведенческите рискови фактори (тютюнопушене, употреба на алкохол, нерационално хранене, намалена двигателна активност) и бедността особено сред някои групи от населението (свързана с ниски доходи, безработица, ниско образование и липса на квалификация), която води до влошаване на здравето и намалени възможности за лечение.

## **3. Състояние на системата за медицинска помощ**

### **3.1. Първична извънболнична медицинска помощ**

Показател – 6,5 ОПЛ на 10 000 души – за областта, по общини:

Шумен – 8,8 ОПЛ на 10 000 души;

Нови пазар – 5,4 ОПЛ на 10 000 души;

Велики Преслав – 3,1 ОПЛ на 10 000 души;

Каспичан – 2,6 ОПЛ на 10 000 души;  
 Смядово – 4,8 ОПЛ на 10 000 души;  
 Венец – 4,3 ОПЛ на 10 000 души;  
 Върбица – 3,9 ОПЛ на 10 000 души;  
 Каолиново – 2,4 ОПЛ на 10 000 души;  
 Никола Козлево – 4,9 ОПЛ на 10 000 души;  
 Хитрино – 6,2 ОПЛ на 10 000 души;  
 Показател – 1533 души, обслужвани от 1 Общопрактикуващ лекар  
 (3,1 (брой) прегледи от ОПЛ на 1 жител за 2015 г.; 3,2 (брой) прегледи от ОПЛ на 1 жител за 2014 г.; 3,3 (брой) прегледи от ОПЛ на 1 жител за 2013 г.

Видове ЛЗ	2015 г.	2014 г.	2013 г.
АПМП - ИП	82	85	85
АПДП - ИП	104	104	105
АПМП - ГП	4	6	6
АПДП - ГП	11	11	11

**Забележка:** данните се взети от водения в РЗИ регистър на ЛЗ за извънболнична помощ, за изчисляване на осигуреността на населението с ОПЛ са взети регистрирани практики със сключен договор за годината.

община	Брой по здравна карта		Брой регистрирани в РЗИ (физ. лица)			
			В инд. практики		В групови практики	
	лекари	дентални	лекари	дентални	лекари	дентални
<i>област</i>	<i>118</i>	<i>117</i>	<i>90</i>	<i>111</i>	<i>25</i>	<i>22</i>
<b>1. Шумен</b>			<b>50</b>	<b>88</b>	<b>25</b>	<b>18</b>
В т.ч. в градовете			44	88	25	18
В селата			6			
<b>2. Нови пазар</b>			<b>11</b>	<b>10</b>		
В т.ч. в градовете			10	10		
В селата			1			
<b>3. Велики Преслав</b>			<b>4</b>	<b>5</b>		<b>2</b>
В т.ч. в градовете			3	5		2
В селата			1			
<b>4. Каспичан</b>			<b>3</b>	<b>2</b>		
В т.ч. в градовете			3	1		
В селата				1		
<b>5. Смядово</b>			<b>3</b>			
В т.ч. в градовете			2			
В селата			1			
<b>6. Венец</b>			<b>3</b>			
В т.ч. в градовете						
В селата			3			
<b>7. Върбица</b>			<b>4</b>	<b>3</b>		
В т.ч. в			2	1		



градовете						
В селата			2	2		
<b>8. Каолиново</b>			<b>4</b>	<b>2</b>		
В т.ч. в градовете				1		
В селата			4	1		
<b>9. Никола Козлево</b>			<b>4</b>			
В т.ч. в градовете						
В селата			4			
<b>10. Хитрино</b>			<b>4</b>	<b>1</b>		<b>2</b>
В т.ч. в градовете						
В селата			4	1		2

**Забележка:** данните са взети от НЗК и водения в РЗИ регистър на ЛЗ за извънболнична помощ.

**Някои от лекарите имат регистрирани адреси в градове и в села и в различни общини.**

От работещите през 2015 г. в област Шумен в Амбулаториите за първична извънболнична медицинска помощ 96 лекари (титуляри на практики) 24 са без специалност, 72 са с призната специалност (обща медицина – 15, вътрешни болести – 29, детски болести – 23, нервни болести – 1, УНГ – 2, хирургия – 1, социална медицина – 1). Зачислени за придобиване на специалност обща медицина са 32 лекари.

С изменение на Закона за лечебните заведения обнародвано в ДВ бр. 47 от 06.06.2014 г. се дава възможност на лекари без специалност „Обща медицина” или лекари с придобита друга специалност, които са открили амбулатория за първична медицинска помощ в срока по § 6, ал. 1, т. 1 от Преходните и заключителни разпоредби на Закона за лечебните заведения да се зачислят за придобиване на специалност „Обща медицина”.

#### **Изводи:**

През последните години намалява броя на регистрираните АПМП ( 2013 г. – 85, 2014 г. – 85, 2015 г. - 82) и броя на работещите като общопрактикуващи лекари основно в селата на областта, намиращи се в неблагоприятни райони с възрастно и смесено население. Към края на 2015 г. има 96 титуляри на практики (индивидуални и групови). Населението на незаетите практики в областта се обслужва от практиките в съседните населени места. Напускането на общопрактикуващи лекари в отдалечените селски райони неминуемо води до затруднен достъп на населението до първична медицинска помощ.

#### **3.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ**

В Амбулаториите за специализирана извънболнична медицинска помощ през 2015 г. са били регистрирани 266 лекари (2014 г. - 258; 2013 г. – 228).

Осигуреност с лекари в извънболничната специализирана медицинска помощ за 2015 г. – 15.1 (2014 г. – 14.5 на 10 000; 2013 г. – 12.8 на 10 000).

Видове ЛЗ	2015 г.	2014 г.	2013 г.
ИПСМП	126	130	131
ИПСДП	-	-	-
ГПСМП	7	8	8
ГПСДП	-	-	-
МЦ	13	13	13
МДЦ	1	1	1
ДКЦ	1	1	1
ДЦ	1	1	1
МДЛ	6	6	7
МТЛ	19	19	20

**Забележка:** данните са от водения в РЗИ регистър на ЛЗ за извънболнична помощ

Лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ по общини

община	ИПСМП	ИПСДП	ГПСМП	ГПСДП	МЦ	МДЦ	ДКЦ	ДЦ	МДЛ	МТЛ	Хосписи
Шумен	105	-	7	-	11	1	1	1	4	14	-
Хитрино	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Смядово	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Каспичан	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Каолиново	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Върбица	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Венец	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
В. Преслав	8	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Н. пазар	12	-	-	-	1	-	-	-	1	3	-
Н. Козлево	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>ОБЩО</b>	<b>126</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>0</b>

Забележка: данните са от водения в РЗИ регистър на ЛЗ за извънболнична помощ

Области	Общо							Посещения по домовете
	Посещения в амбулаторията при специалисти през 2015 г.							
	Всичко	На 1 жител	в това число				от тях деца до 17 год.	
			деца до 17 год.	На 1 дете	профилактични			
<b>Лекари</b>	<b>332396</b>	<b>1.885</b>	<b>46694</b>	1.550	<b>27490</b>	<b>2403</b>	<b>2491</b>	
в т.ч. интернисти	1238	0.007						
гастроентеролози	9754	0.055	35	0.001	2		3	
ендокринолози	20660	0.117	313	0.010	4656		143	
кардиолози	65019	0.369	430	0.014	388		333	
ревматолози	2774	0.016						
пневмофтизиатри	7365	0.042	18	0.001	293		52	
нефролози	2758	0.016	5	0.000			6	
хематолози	3649	0.021	302	0.010			50	
алерголози	990	0.006	428	0.014				
педиатри	30255	0.172	29109	0.966	1577	1529	1121	
хирурзи	17051	0.097	971	0.032	2016	287	72	
ортопедотравматолози	13677	0.078	1212	0.040	153	11	19	
уролози	7139	0.041	115	0.004				
неврохирурзи	73	0.000						
акушер-гинеколози	48811	0.277	919	0.031	8877	198	37	
инфекционисти	147	0.001	28	0.001				
офтальмолози	31437	0.178	4640	0.154	4468	352	21	
оториноларинголози	17355	0.098	5079	0.169	1977	14	29	
невролози	24804	0.141	958	0.032	1838		485	
психиатри	11836	0.067	359	0.012	306	12	93	
дермато-венеролози	8216	0.047	1518	0.050	43		27	
физиотерапевти	6209	0.035	254	0.008				
други	1179	0.007	1	0.000	896			

Забележка: Данните се получени след обработка на годишните статистически отчети на НЦОЗА за ЛЗ за извънболнична помощ

**Изводи:**

В селските райони на областта съществуват проблеми, свързани с достъпа до специализирана извънболнична медицинска помощ поради това, че посещенията на

специалистите са по график, съществуват трудности с транспорта до населените места, важни фактори са възрастта на пациентите и наличието на социални и икономически проблеми.

Необходимо е подобряване на координацията на дейностите между извънболничната помощ (специализирана и първична) и болничната помощ.

### 3.3. Болнична медицинска помощ

В област Шумен от м. април 2016 г. има две многопрофилни болници за активно лечение - една в гр. Шумен (с адреси в гр. Шумен и гр. Нови пазар) и една гр. Велики Преслав, една държавна психиатрична болница - в с. Царев брод, един комплексен онкологичен център - в гр. Шумен и една специализирана болница за активно лечение по кардиология в гр. Шумен.

В областта няма лечебни заведения за продължително лечение, рехабилитация и хосписи.

През 2015 г. има намаление на общия брой легла спрямо 2014 г. и 2013 г. През 2015 г. е увеличен броя на леглата в „МБАЛ – Велики Преслав” ЕООД и „КОЦ – Шумен” ЕООД, а е намален в „МБАЛ – Шумен” АД и „МБАЛ Д-р Добри Беров” ЕООД гр. Нови пазар.

Показателят легла в ЛЗБП в област Шумен за 2015 г. е 51.8 на 10 000 население, при 67.6/10 000 за страната.

#### Лечебни заведения към 31.12.2015 г.

Видове заведения	2015 г.		2014 г.		2013 г.	
	Брой	Легла	Брой	Легла	Брой	Легла
<b>Лечебни заведения за болнична помощ-всичко</b>	<b>6</b>	<b>911</b>	<b>6</b>	<b>936</b>	<b>6</b>	<b>846</b>
<b>Публични лечебни заведения</b>	<b>5</b>	<b>875</b>	<b>5</b>	<b>900</b>	<b>5</b>	<b>810</b>
<b>Многопрофилни болници</b>	<b>3</b>	<b>508</b>	<b>3</b>	<b>541</b>	<b>3</b>	<b>491</b>
„Многопрофилна болница за активно лечение-Шумен” АД гр. Шумен	1	362	1	385	1	355
„Многопрофилна болница за активно лечение Д-р Д.Беров” ЕООД гр. Нови пазар	1	61	1	76	1	76
„Многопрофилна болница за активно лечение-В. Преслав” ЕООД гр. В. Преслав	1	85	1	80	1	60
<b>Центрове</b>	<b>1</b>	<b>187</b>	<b>1</b>	<b>179</b>	<b>1</b>	<b>139</b>
„Комплексен онкологичен център-Шумен” ЕООД- гр.Шумен	1	187	1	179	1	139
<b>Психиатрични болници</b>	<b>1</b>	<b>180</b>	<b>1</b>	<b>180</b>	<b>1</b>	<b>180</b>
ДПБ с. Царев брод	1	180	1	180	1	180
<b>Частни лечебни заведения</b>	<b>1</b>	<b>36</b>	<b>1</b>	<b>36</b>	<b>1</b>	<b>36</b>
„СБАЛК-Мадара” ЕАД гр. Шумен	1	36	1	36	1	36

#### Легла в лечебните заведения за болнична помощ по видове към 31.12.2015 г.

Видове легла	2015 г.		
	Брой легла към 31.12.2015 г.	Относителен дял	Осигуреност на 10 000
<b>Общо</b>	<b>911</b>	<b>100.0</b>	<b>51.3</b>
<b>За реанимация и интензивно лечение</b>	<b>34</b>	<b>3.6</b>	<b>1.9</b>
<b>За активно лечение</b>	<b>814</b>	<b>87.0</b>	<b>45.9</b>
<b>В т.ч. Терапевтични</b>	<b>94</b>	<b>10.0</b>	<b>5.3</b>
<b>Гастроентерологични</b>			
<b>Ендокринологични</b>			
<b>Кардиологични</b>	<b>30</b>	<b>3.2</b>	<b>1.7</b>
<b>Ревматологични</b>	<b>5</b>	<b>1.6</b>	<b>0.8</b>
<b>Пневмофтизиатрични</b>	<b>10</b>	<b>1.1</b>	<b>0.6</b>

Нефрологични			
Хематологични			
Педиатрични	40	4.3	2.3
Детски кърмачески			
Неонатологични	25	2.7	1.4
Хирургични	76	8.1	4.3
Ортопедотравматологични	18	1.9	1.0
Урологични	12	1.3	0.7
Неврохирургични			
Гинекологични	19	2.0	1.1
Родилни	20	2.1	1.1
Патологична бременност	13	1.4	0.7
Инфекциозни	15	1.6	0.8
Офталмоологични	8	0.9	0.5
Оториноларингологични	13	1.4	0.7
Дермато-венерологични			
Психиатрични	192	20.5	10.8
Неврологични	58	6.2	3.3
Дерматологични	7	0.7	0.4
Токсикологични			
Онкологични	149	15.9	8.4
За долекуване и продължително лечение	45	4.8	2.5
Дневен стационар	18	1.9	1.0

#### Дейност на стационарите на болничните лечебни заведения

Видове заведения	2015 г.										
	Легла (средногодишен брой)	Постъпили болни	Изписани болни	Умрели	Преминали болни	Проведени леглодни	Използвана аемост на леглата (дни)	Оборот на леглата	Среден престой на 1 лекуван болен	Леталитет (%)	
<b>Общо</b>	<b>914</b>	<b>35194</b>	<b>34519</b>	<b>658</b>	<b>35628</b>	<b>246724</b>	<b>270</b>	<b>39</b>	<b>6.9</b>	<b>1.9</b>	
<b>Многопрофилни болници</b>	<b>523</b>	<b>26096</b>	<b>25534</b>	<b>537</b>	<b>26314</b>	<b>146754</b>	<b>281</b>	<b>50</b>	<b>5.6</b>	<b>2.1</b>	
МБАЛ- Шумен – АД гр.Шумен	371	20123	19627	469	20302	108716	293	55	5.4	2.3	
МБАЛ-”Д-р Д.Беров”-ЕООД гр.Нови пазар	67	3239	3184	62	3257	16201	242	49	5.0	1.9	
МБАЛ-В.Преслав-ЕООД гр.В.Преслав	85	2734	2723	6	2755	21837	257	32	7.9	0.2	
<b>Центрове</b>	<b>175</b>	<b>6248</b>	<b>6159</b>	<b>89</b>	<b>6325</b>	<b>43273</b>	<b>247</b>	<b>36</b>	<b>6.8</b>	<b>1.4</b>	
„Комплексен онкологичен център-Шумен“ЕООД	175	6248	6159	89	6325	43273	247	36	6.8	1.4	
<b>Частни лечебни заведения</b>	<b>36</b>	<b>1861</b>	<b>1832</b>	<b>28</b>	<b>1865</b>	<b>3464</b>	<b>96</b>	<b>52</b>	<b>1.9</b>	<b>1.5</b>	
„СБАЛК-МАДАРА”ЕАД гр.Шумен	36	1861	1832	28	1865	3464	96	52	1.9	1.5	
<b>Психиатрични болници</b>	<b>180</b>	<b>989</b>	<b>994</b>	<b>4</b>	<b>1124</b>	<b>53233</b>	<b>296</b>	<b>6</b>	<b>47.4</b>	<b>0.4</b>	
ДПБ с.Царев брод	180	989	994	4	1124	53233	296	6	47.4	0.4	

**Забележка:** данните се вземат от годишните отчети на лечебните заведения за 2015 г.

#### Изводи:

През 2015 г. е намален броя на постъпилите болни във всички лечебни заведения за болнична помощ на територията на област Шумен. Намален е и броя на преминалите болни в

трите МБАЛ, ДПБ с. Царев брод и „СБАЛ по кардиология – Мадара” ЕАД, а е леко увеличен в „КОЦ-Шумен” ЕООД. Използваемостта на леглата е намалена в „МБАЛ – Шумен”, „МБАЛ – д-р Д. Беров”, „МБАЛ – Велики Преслав”, „КОЦ - Шумен” и „СБАЛ по кардиология – Мадара” ЕАД, но е запазена в ДПБ с. Царев брод. Оборотът на леглата е намален, но в ДПБ с. Царев брод е същия както през предходната година. Средният престой на един пациент е увеличен в „МБАЛ – Велики Преслав”, „МБАЛ – Шумен” и „КОЦ – Шумен”, запазен е в „МБАЛ – д-р Д. Беров”, а е намален в „СБАЛ по кардиология – Мадара” ЕАД и ДПБ с. Царев брод.

През последните години е налице изтичане на висококвалифициран лекарски персонал от болниците към доболничната помощ и други болници в големите градове на страната, поради възможност за формиране на по-високи доходи и по-добра перспектива. Това води до необходимост от специалисти от определени специалности за обезпечаване на оптимален работен процес в съответствие с правилата за добра медицинска практика, медицинските стандарти и изискванията по клинични пътеки.

### 3.4. Спешна медицинска помощ

*Структура и организация на спешната медицинска помощ в областта*

В област Шумен Центъра за спешна медицинска помощ има разкрити 7 филиала.

Към „МБАЛ-Шумен“ АД гр. Шумен през 2007 г. е разкрито Спешно отделение.

Спешна медицинска помощ се оказва и от всички Лечебни заведения в рамките на техните възможности.

#### ЦСМП

Показател	Брой - 2015 г.
Амбулаторни прегледи	21281 (19657 през 2014 г.; 19563 през 2013 г.)
Изпълнени повиквания - общо, от тях – за спешна медицинска помощ	17343 (17783 през 2014 г.; 19028 през 2013 г.)
- за неотложна медицинска помощ	0 (0 през 2014 г.)
- за санитарен транспорт	0 (0 през 2014 г.)
Общ брой обслужени пациенти, от тях – брой деца 0-17г.	17056 (17847 през 2014 г.; 18754 през 2013 г.)
- постъпили в Спешно отделение (насочени за хоспитализация)	1249 (1065 през 2014 г.; 1424 през 2013 г.)
4975 (4839 през 2014 г.; 5392 през 2013 г.)	
Персонал – общ брой, от тях – лекари	227 (221 през 2014 г.; 231 през 2013 г.)
- мед. фелдшери	28 (25 през 2014 г.; 29 през 2013 г.)
- медицински сестри	77 (75 през 2014 г.; 78 през 2013 г.)
- акушерки	37 (37 през 2014 г.; 37 през 2013 г.)
0 (0 през 2014 г.; 0 през 2013 г.)	
Транспортни средства -	21 - от тях 21 в движение (19 - от тях 19 в движение през 2014 г.; 19 - от тях 19 в движение през 2013 г.)

Дейност на спешните отделения към болнични заведения:

„МБАЛ – Шумен“ АД гр. Шумен

Амбулаторни прегледи – 28571 (през 2014 г. - 27094; 2013 г. - 24946; 2012 г. - 23281)

Хоспитализации – 11929 (през 2014 г. - 11971; 2013 г. - 9406; 2012 г. - 8998)

Обслужени пациенти – 28571 (през 2014 г. - 27094; 2013 г. - 24946; 2012 г. - 23281).

**Забележка:** данните са взети след обработка на годишните отчети за болнична помощ (ПСО) и отчетите на ЦСМП.

### 3.5. Осигуреност на регионалната здравна мрежа с човешки ресурси

Осигуреността с лекари в област Шумен за 2015 г. е 31,1 на 10 000 (2014 г. - 29,9 на 10 000; 2013 г. - 29,6 на 10 000; 2012 г. - 30,3 на 10 000;). (по-ниска от средната за страната през 2015 г. – 40.6 на 10 000).

Осигуреността с лекари по дентална медицина в област Шумен за 2015 г. е 7,7 на 10 000 (2014 г. - 5,9 на 10 000; 2013 г. - 6,6 на 10 000; 2012 г. - 5,7 на 10 000). (по-ниска от средната за страната през 2015 г. – 10,5 на 10 000).

Осигуреността със специалисти по здравни грижи в област Шумен за 2015 г. е 57,9 на 10 000 (2014 г. - 58,5 на 10 000; 2013 г. - 59,5 на 10 000; 2012 г. - 57,7 на 10 000) (по-ниска от средната за страната през 2015 г. – 66.3 на 10000).

На един лекар в област Шумен през 2015 г. се падат 322 жители (334 през 2014 г.; 338 през 2013 г.; 329 през 2012 г.). (за страната 246 жители през 2015 г.).

### Медицински персонал в лечебните заведения в Област Шумен към 31.12.2015 г.

година	2015 г.	2014 г.	2013 г.
	<b>брой</b>		
<b>Лекари</b>	546	529	527
<b>Лекари по дентална медицина</b>	136	105	117
<b>Фармацевти</b>	4	4	4
<b>Специалисти по здравни грижи</b>	1017	1035	1059
<b>в т.ч. :</b>			
<b>фелдшери</b>	87	90	94
<b>акушерки</b>	53	53	65
<b>медицински сестри</b>	695	702	710
<b>Лаборанти (клинични и рентгенови)</b>	102	108	109
<b>помощник-фармацевти</b>	5	5	6
<b>Друг персонал</b>	75	77	75

### Лекари по специалности – общо

Видове специалности	2015 г.		2014 г.		2013 г.	
	брой	на 10000 от населението	брой	на 10000 от населението	брой	на 10000 от населението
<i>Лекари - всичко</i>	<i>546</i>	<i>31,0</i>	<i>529</i>	<i>29,8</i>	<i>527</i>	<i>29,5</i>
<b>в т.ч. интернисти</b>	74	4,2	65	3,7	76	4,3
<b>хирурзи</b>	31	1,8	29	1,6	30	1,7
<b>акушер-гинеколози</b>	29	1,6	25	1,4	26	1,5
<b>педиатри</b>	28	1,6	27	1,5	35	2,0
<b>офталмолози</b>	13	0,7	14	0,8	15	0,8
<b>оториноларинголози</b>	14	0,8	14	0,8	14	0,8
<b>невролози</b>	22	1,2	21	1,2	22	1,2
<b>психиатри</b>	14	0,8	13	0,7	13	0,7
<b>пневмофтизиатри</b>	7	0,4	6	0,3	6	0,3
<b>дерматовенеролози</b>	7	0,4	7	0,4	8	0,4
<b>рентгенолози</b>	15	0,9	16	0,9	13	0,7
<b>физиотерапевти</b>	8	0,5	8	0,5	9	0,5
<b>лабораторни лекари</b>	13	0,7	12	0,7	12	0,7
<b>ортопедия и травматология</b>	8	0,5	8	0,5	11	0,6
<b>урология</b>	9	0,5	9	0,5	9	0,5
<b>Инфекциозни болести</b>	4	0,2	5	0,3	4	0,2
<b>Други специалности и без специалност</b>	250	14,2	250	14,1	224	12,6

Забележка: данните са взети след обработка на годишните отчети за болнична и извънболнична помощ. Посочен е броят на физическите лица към 31.12.

## Изводи

Към настоящия момент човешките ресурси в здравеопазната система на областта трудно успяват да отговорят на потребностите от медицинска помощ, особено в болничната помощ поради намаляване на медицинските кадри.

През последните години тенденцията за намаляване на броя на лекарите и специалистите по здравни грижи, работещи в лечебните заведения за болнична помощ се запазва, като тя се дължи основно на миграция и емиграция.

Важно значение има и факта, че процентът на лекари и медицински специалисти, работещи в областта, които са в пенсионна възраст или ще се пенсионират в близките години е съществен. Прогнозно от работещите през следващите години в пенсионна възраст ще бъдат 23-25% от лекарите, 21-25% - от лекарите по дентална медицина и 17-20% - от медицинските сестри. От друга страна е малко вероятно да има приток на млади специалисти поради по-малкият прием в Медицинските университети, намаляващия интерес към професията заради ниско заплащане, миграцията към големи градове и емиграция.

## SWOT анализ на състоянието на системата на здравеопазване в област Шумен

<b>СИЛНИ СТРАНИ</b>	<b>СЛАБИ СТРАНИ</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>&gt;Добре развита мрежа от здравни и лечебни заведения по отношение на видове медицинска помощ – 2 многопрофилни болници една, от които областна; 1 специализирана болница за активно лечение по кардиология, 1 КОЦ; 1 държавна психиатрична болница; извънболнична помощ - първична и специализирана;</li><li>&gt;Наличие на специализирани и високоспециализирани медицински кадри;</li><li>&gt;Реновирани и реконструирани сгради на някои ЛЗ на съвременно ниво;</li><li>&gt;Осигуреност с изискуемата базова диагностична и лечебна апаратура;</li><li>&gt;Добра осигуреност с дентални кабинети;</li><li>&gt;Добра осигуреност с аптеки;</li><li>&gt;Наличие на 7 филиала на ЦСМП.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>&gt;Липса на лечебни заведения за долекуване, рехабилитация и лечение на хронично болни; липса на финансиране за леглата за долекуване в ЛЗБП;</li><li>&gt;Остарял и нуждаещ се от реконструкция сграден фонд;</li><li>&gt;Необходимост от подновяване и дооборудване с диагностична и лечебна апаратура;</li><li>&gt;Недостатъчна активност на ЛЗ за профилактика и промоция;</li><li>&gt;Затруднен достъп до здравни услуги на населението от селата и по-малките общини;</li><li>&gt;Недостатъчност на денонощни аптеки в областта;</li><li>&gt;Слабо използване на природните ресурси за лечебна и рехабилитационна дейност;</li><li>&gt;Неефективна координация между отделните нива на здравеопазване – първична, специализирана и болнична;</li><li>&gt;Недостатъчна информираност на населението относно здравето, рисковете и начините за предпазване.</li></ul>
<b>ВЪЗМОЖНОСТИ</b>	<b>ЗАПЛАХИ</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>&gt;Финансиране на инвестиционни проекти в здравеопазването;</li><li>&gt;Възможност за използване фондовете на ЕС, както и частни такива;</li><li>&gt;Подпомагане възможностите за специализация и продължаващо обучение на здравните кадри;</li><li>&gt;Развитие на дейности, свързани с долекуване, рехабилитация и грижи за болни и възрастни хора;</li><li>&gt;Използване на възможностите за развитие на балнеолечението и лечебния туризъм;</li><li>&gt;Освободения от нефункциониращи ЛЗ сградов фонд да бъде предоставен за нуждите на лечебни и здравни заведения;</li><li>&gt;Активиране на профилактичната, скрининговата</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>&gt;Намаляващо и застаряващо население;</li><li>&gt;Ниска раждаемост;</li><li>&gt;Проблеми с квалификация на медицинския персонал;</li><li>&gt;Недостатъчна конкурентноспособност на ЛЗ, загуба на обществено доверие;</li><li>&gt;Текучество и намаляване на медицинските кадри;</li><li>&gt;Недостатъчни средства на ЛЗ за обновяване и поддържане на материално – техническата база и апаратурата;</li><li>&gt;Опасност от епидемии, бедствия, катастрофи и аварии;</li><li>&gt;Опасност от разширяване, особено сред младежите на нездравословни поведенчески</li></ul>

**Основни недостатъци и проблеми на регионалната система за здравеопазване:**

Основните слабости в представената като структури здравна мрежа са:

- неравномерно териториално разпределение на Лечебните заведения за извънболнична помощ, които имат предимно индивидуална организация;
- липса на добре организирана 24-часова неотложна помощ;
- недостатъчност на денонощни аптеки;
- изоставане на профилактичната, скрининговата и промотивната дейност;
- недостиг на финансиране в условията на криза; неефективно разпределение на ограничения финансов ресурс;
- необходимост от осигуряване на модерна апаратура;
- недостиг на медицински специалисти-лекари и друг персонал (както за ОПЛ така и за специалистите от някои специалности в болничната помощ);
- проблеми със специализацията и квалификацията на медицинските специалисти;
- необходимост от оптимизиране на взаимодействие между звената в системата.

Броят на лечебните заведения в областта е концентриран в големите населени места, като същевременно населението в периферията на областта е неравнопоставено по отношение на достъпа до медицинска помощ и избора на лекуващ лекар.

На областно ниво в болничната помощ са необходими специалисти от определени специалности за обезпечаване на оптимален работен процес в съответствие с правилата за добра медицинска практика, медицинските стандарти и изискванията по клинични пътеки.

Налице е изтичане на висококвалифициран лекарски персонал от болниците към доболничната помощ и други болници в големите градове, поради възможност за формиране на по-високи доходи и по-добра перспектива.

Недостатъчното заплащане и непривлекателните условия водят през последните години до отлив на лекари от селските райони към големите градове. Съществуват редица проблеми, свързани с издръжката на практиките, условията в здравните служби, транспорта, наличието на местен медицински персонал.

Не са достатъчни възможностите за кариерно развитие на специалистите по здравни грижи, което в съчетание с ниско заплащане води до демотивация и отлив от практикуване на професията.

Трябва да се отчита факта, че процентът лекари и медицински специалисти, които са в пенсионна възраст или ще се пенсионират в близките години, вероятно няма да се замени от достатъчен брой млади хора, поради по-малкият прием в МУ, намаляващия интерес към професията, поради ниско заплащане, миграцията към големи градове, емиграция.

Съществуващите проблеми следва да се решават на базата на определен консенсус на регионално ниво относно визията за развитие на здравеопазването, съобразена с определени регионални цели и приоритети, в съответствие с националните такива.

**ОСНОВНИ ПРИОРИТЕТИ****ПРИОРИТЕТ 1. Създаване на условия за здраве за всички през целия живот**

Политика 1.1. Здраве за майките и бебетата (от 0 до 1 година)

Политика 1.2. Здраве за децата и юношите (от 1 до 19 години)

Политика 1.3. Здраве за хората в работоспособна възраст (от 20 до 65 години)

Политика 1.4. Здраве за възрастните хора (над 65 години)

Политика 1.5. Опазване и подобряване на психичното здраве

Политика 1.6. Възможно най-добро здраве за хората с увреждания

Политика 1.7. Здраве за уязвимите групи



## **ПРИОРИТЕТ 2. Развитие и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати**

- Политика 2.1. Финансова устойчивост на системата на здравеопазването
- Политика 2.2. Качествени, ефективни и достъпни лекарствени продукти
- Политика 2.3. Интегрирана система за спешна медицинска помощ
- Политика 2.4. Развита първична медицинска помощ, подкрепена от високотехнологична специализирана помощ
- Политика 2.5. Оптимизирана болнична помощ
- Политика 2.6. Електронно здравеопазване
- Политика 2.7. Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазването
- Политика 2.8. Осигуряване на качество и безопасност на медицинското обслужване
- Политика 2.9. Ефективно стратегическо и оперативно управление на здравната система

## **ПРИОРИТЕТ 3. Укрепване на капацитета на общественото здравеопазване**

- Политика 3.1. Промоция на здравето и профилактика на болестите
- Политика 3.2. Надзор на заразните болести
- Политика 3.3. Ефективен и качествен държавен здравен контрол

## **ПРИОРИТЕТ 1. СЪЗДАВАНЕ НА УСЛОВИЯ ЗА ЗДРАВЕ ЗА ВСИЧКИ ПРЕЗ ЦЕЛИЯ ЖИВОТ**

Приоритетът се основава на схващането, че реални ползи за здравето могат да се реализират само чрез интегриране на междусекторни мерки за справяне със здравните неравенства и техните детерминанти. Те изискват създаване на по-добри условия за живот, подобряване на здравната култура, подкрепа на независимия живот и превръщането на по-здравословния избор в по-лесния избор. Това означава по-безопасна бременност, даване на по-добър старт в живота, насърчаване на безопасността и благосъстоянието, осигуряване на защита за децата и младите хора, осигуряване на безопасни и здравословни работни места и подкрепа на активното остаряване в добро здраве. Адаптирането на здравната система към специфичните потребности на различните възрастови групи е важна част от комплексния подход към здравето на хората.

### **ПОЛИТИКА 1.1. ЗДРАВЕ ЗА МАЙКИТЕ И БЕБЕТАТА (ОТ 0 ДО 1 ГОДИНА)**

#### ***Ключови предизвикателства:***

- *Високо ниво на детска и майчина смъртност;*
- *Високо ниво на недоносеност;*
- *Липса на интегриран подход в грижата за бременни и деца.*

Настоящата политика е ориентирана към създаване на условия за устойчиво подобряване на майчиното и детското здраве в област Шумен. Нейното значение се обуславя от факта, че здравето на жените, тяхното репродуктивно поведение и сигурността на майчинството осигуряват възпроизводството на населението, а оттук и цялостното развитие на областта и страната, особено с оглед на застаряването и увеличаващата се емиграция. Грижите за децата от момента на тяхното зачеване поставят основите на човешкото здраве и формират здравното поведение на всеки индивид. Те са инвестиция в бъдещите поколения и в просперитета на държавата.

В област Шумен детската смъртност за 2015 г. е 8,1 на 1000, при 6,6 на 1000 за България, независимо че е по-ниска от предните години продължава да е над средната за страната. Аналогични са данните за нивото на недоносеността и на майчината смъртност в страната.

При реализиране на политиката следва да се има предвид водещата роля на социалните фактори по отношение на здравния потенциал на настоящите и бъдещите поколения. Все повече изследвания показват, че образователното ниво на една жена, нейният начин на живот и хранене, социално-икономически статус, както и качеството на здравните и социалните

грижи, които тя получава, оказват съществено влияние върху шансовете ѝ за успешна бременност и раждане и предопределят до голяма степен бъдещото развитие на детето още преди раждането. Деца от семейства с по-нисък социален статус и деца, произхождащи от уязвими групи, често се раждат с тегло, по-ниско от средното, а теглото на детето е един от най-добрите показатели не само на шанса му за оцеляване, но и на вероятността да расте здраво и да се справя добре в училище.

Показателя детска смъртност и неговите подвидове в много голяма степен са зависими от въздействието и взаимодействието на редица неблагоприятни социално-икономически и културни фактори и не са пряко обвързани с параметрите на здравната система.

Възрастта на започване на сексуален живот намалява, а това в съчетание с неизползването на предпазни мерки, поради липса на здравна култура, често води до полово предавани инфекции, нежелана бременност и аборти в ранна възраст. Големият брой бременности и раждания на малолетни, непълнолетни момичета и самотни млади майки сериозно повишава риска за тях и техните бебета. От друга страна, нарастващият брой на жените, които планират и раждат деца в по-напреднала възраст, увеличава риска от вродени малформации, безплодие, високорискови бременности, свързани с хронични заболявания и други здравословни проблеми.

Поведенческите фактори, свързани с тютюнопушене, прекомерна употреба на алкохол, нездравословно хранене и др., както и вредните фактори на околната и трудовата среда също създават рискове за здравето на майките и бебетата.

Детското и майчиното здраве зависи в голяма степен и от достъпността, качеството и обхвата на медицинските грижи, получени преди, по време и след раждането. Съществуващите социални неравенства по отношение на достъпа на жените, особено от уязвими групи, до квалифицирани медицински услуги по време на бременността, раждането и постнаталните грижи генерират допълнителни здравни рискове с дългосрочни последици.

В рамките на здравната система на областта е необходимо въвеждането на интегриран подход на медицински грижи за бременните, майките и бебетата, който да обхване периодите преди забременяване, по време на бременност, раждане и следродилен период, периода на новороденото и до навършване на 1 година на детето, със специфичните им потребности.

Важна стъпка в тази насока е прилагането на активни комуникационни подходи за подобряване на здравната култура и информираност на младите хора в областта на сексуалното и репродуктивното здраве, превенцията на полово предавани инфекции, храненето и грижите за кърмачета и малки деца и др.

Превантивните мерки за предотвратяване на усложненията на бременността и раждането и за правилното отглеждане на децата са особено необходими в отдалечените и селските райони на нашата област с ограничен достъп до здравни услуги. За целта е необходимо подобряване на механизмите, гарантиращи предоставянето на равнопоставен достъп до медицинска помощ за всички бременни, майки и деца независимо от техния социално-икономически статус.

Повишаването на качеството на грижите е свързано с непрекъснатото технологично обновяване на акушеро-гинекологичните и неонатологични структури в „МБАЛ-Шумен“ АД и с повишаване на квалификацията на медицинските специалисти.

Необходимо е развитие на интегрирани услуги с активното участие на медицинските специалисти от областта в дейности по превенция на изоставянето на деца и особено превенция на изоставянето на ниво родилен дом, подкрепа на семейства с малки деца в риск, обучение за добро родителство, семейно планиране, подкрепа на ранното детско развитие и др. Особено важна е работата с жените от уязвими групи, които са основни носители на рискове, но и на възможности за преодоляване на настоящите негативни тенденции по отношение на майчиното и детското здраве.

Повишаването на качеството на грижите за детското и майчиното здраве следва да се реализира чрез обмен на добри практики и система за комуникация между държавния и неправителствения сектор, както и на консенсуси между различните медицински и други

специалисти, ангажирани с майчиното и детското здраве в област Шумен.

Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014 - 2020 г., чрез която се изпълнява и мониторира настоящата политика на регионално ниво се изпълнява от „МБАЛ-Шумен“ АД. Тя се реализира съгласувано с останалите стратегически и програмни документи на партньорите от другите сектори, имащи отношение към здравето и благосъстоянието на майките и децата.

#### **МЕРКИ:**

1.1.1. Създаване на условия за подобряване на достъпа до квалифицирани здравни грижи за всички бременни и деца в област Шумен; Изнасяне на специализирани кабинети в общини където няма регистрирани СИМП по АГ и педиатрия и извършване на профилактични прегледи от мобилни кабинети работещи по Национални програми.

1.1.2. Подобряване на условията за диагностика и лечение в акушеро-гинекологичните, неонатологичните и педиатричните структури в областта, вкл. оборудване с високотехнологична апаратура и обучение на персонала в тях ;

1.1.3. Усъвършенстване на механизмите за непрекъснато подобряване на качеството на грижите в родилните, неонатологичните и педиатричните структури в „МБАЛ- Шумен“ АД адаптирани към емоционалните потребности на майките, бебетата и семействата като цяло;

1.1.4. Обучение на медицински специалисти, изграждане на капацитет и мотивация за консултиране на бременни, майки, деца и техните семейства;

1.1.5. Работа по програми за здравно образование и информационни кампании по въпросите на бременността, раждането, грижите за децата и изграждане на умения за здравословно поведение с акцент върху определени целеви групи от всички ангажирани с проблема от област Шумен;

1.1.6. Разширяване на компетентностите и мотивацията на специалистите в първичната медицинска помощ за консултиране на родители в областта на ранното детско развитие, както и за ранно идентифициране на риск от проблеми в развитието и необходимостта от ранна интервенция;

1.1.7. Развитие на интегрирани междусекторни услуги за деца и семейства с акцент върху интегрирането на различните видове услуги - социални, здравни, образователни и др., в т.ч. патронажни грижи за бременни и деца; Използване на капацитета на съществуващите на територията на областта Център за майчино и детско здраве (УНИЦЕФ), Семейно-консултативни центрове (УНИЦЕФ), Комплекс за социални услуги за деца и семейства и др.

1.1.8. Участие в реализирането на проекти, свързани със съвременните насоки за физическо и психическо укрепване на децата при отглеждане и възпитание в детските ясли;

1.1.9. Оптимизиране и развитие на детските кухни в областта, с цел предлагане на здравословна питателна храна

1.1.10. Реализиране на съвместна инициатива на лекарите по дентална медицина (ЛДМ) от Районна колегия Шумен и Акушер-гинеколозите за обхващане на бременните жени с цел преглед, консултация, изграждане на родителски умения за начин на хранене, грижи за пробива на детските зъби на бебето.

### **ПОЛИТИКА 1.2. ЗДРАВЕ ЗА ДЕЦАТА И ЮНОШИТЕ (ОТ 1 ДО 19 ГОДИНИ)**

#### ***Ключови предизвикателства:***

- *Нарастаща честота на хроничните заболявания и затлъстяване в детска възраст;*
- *Нарастащо разпространение на зависимости - наркотици, алкохол, тютюнопушене.*

Настоящата политика обхваща мерки за интегриран подход за здравето на децата и юношите от 1 до 19 години в област Шумен. Тя отразява разбирането, че грижата за детското здраве и развитие е задължение на родителите, държавата и институциите, обществото като цяло, както и самото дете в по-горните възрасти.

Най-важният принцип, който трябва да се възприеме е, че е необходимо всяко общество да инвестира в най-ранните години от живота на децата. В този период от детството децата са основно с родителите си, поради което обществото трябва да подкрепя и родителите с

адекватна информация за най-добрите практики в сферата на здравето и образованието, възможности за обмяна на родителски опит и психологическа подкрепа, където е необходима.

Съществуващите проблеми, свързани със здравето на майките и децата до 1 г., представени в предходната политика, продължават да оказват влияние върху здравето на децата и през следващия възрастов период. Данните показват, че усилията на здравната система в областта на детското здраве следва да са насочени към превенция и справяне с хроничните незаразни болести и осигуряване на адекватни грижи за децата с вродени аномалии, децата с увреждания и със специфични потребности и др.

От медицинска гледна точка в лечението на много хронични заболявания са постигнати значителни успехи. Прилаганите медицински технологии обаче не могат да доведат до трайни и оптимални постижения без съчетаното им приложение с определени социални практики, насочени към болното дете и неговото семейство. Неотменна част от тази дейност трябва да бъде и психо-социалната подкрепа на детето и неговото семейство. За реализацията на тази цел е необходимо да продължи процесът на развитие на интегрирани междусекторни услуги за деца и семейства в областта.

Медицинският компонент на тези услуги следва да е насочен към осигуряване на комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване за деца с хронични заболявания, увреждания и специфични потребности (в т.ч. профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и утвърждаване на модел за предоставяне на продължителна здравна грижа за деца) и внедряване в практиката на утвърдени стандарти за диагностика, лечение и рехабилитация за заболяванията в детска възраст.

Подобряването на родителските умения и компетенции и засилване на вниманието към подобряване на качеството и координацията на услугите за деца с хронични заболявания, увреждания и специфични потребности трябва да се превърне в главна задача на медицинските специалисти, но също така и на социалните работници и работещите в сферата на образованието в област Шумен.

Здравословното хранене и физическата активност са детерминанти на здравето и необходимо условие за осигуряване на оптимален растеж и развитие на децата и юношите - възраст, в която се формират основните навици, свързани със здравословния начин на живот. Те са едни от съществените фактори за превенция на риска от хронични неинфекциозни заболявания, като сърдечно-съдови болести, рак, диабет, остеопороза и др., както и на затлъстяването, явяващо се един от сериозните съвременни здравни проблеми.

Данните за хранителните и двигателните навици на българските деца показват обезпокоителни тенденции, свързани с влиянието на факторите на семейната и социалната среда, в която живеят. Те изискват активна политика за промоция на здравословно хранене при децата и юношите и формиране на правилни хранителни навици в семейната и училищната среда. Следва да бъдат подкрепени и междусекторни мерки за насърчаване на физическата активност, в т.ч. чрез проектиране на градската среда за създаване на условия за спорт и физическа активност и планиране на учебния ден в нашата област.

Като част от дейностите по опазване на здравето на децата следва да се реализират мерки за привеждане на материално-техническата база в училищата в съответствие със здравните норми и изисквания, в т.ч. по отношение на осветление, отопление, вентилация, подобряване чистотата на въздуха и намаляване на шумовия фон в районите на училищата. Необходимо е усъвършенстване на учебно-възпитателния режим и съобразяването му със съвременните изисквания за оптимално физическо и психическо развитие на учениците и физиологичните принципи на динамиката на дневната и седмичната активност на учениците.

Особено внимание следва да се отдели на осигуряването на информационно-образователни и здравно-консултативни услуги за здравословен начин на живот, за превенция на злоупотребата с наркотици, тютюн и алкохол, за рисковете на социокултурната и материалната околна среда, в която младите хора живеят и се социализират.

Нужни са ефективни мерки за защита на децата от употребата на тютюн и алкохол на ниво семейна среда, област и общество, в т.ч. подобряване на контрола върху забраната на

продажбите на непълнолетни лица, тютюнопушене на обществени места и др. Данните за нарастваща честота на наркотичните зависимости налагат подобряване на ефективността и разширяване на мерките за превенция и подкрепа на рискови целеви групи, както и на мерките за ранна интервенция по проблемите на наркотиците, за работа с родители на деца и младежи с проблемно поведение по отношение на употребата на наркотични вещества в област Шумен.

Трябва да бъде мобилизиран широк кръг от заинтересованите страни в подкрепа на програми, свързани с подобряване на здравето и благосъстоянието на децата в неравностойно положение.

#### **МЕРКИ:**

1.2.1. Продължение на дейностите по подобряване на достъпа до квалифицирани здравни грижи в област Шумен;

1.2.2. Продължение на дейностите за подобряване на условията за диагностика и лечение в педиатричните структури в Лечебните заведения на областта;

1.2.3. Осигуряване на комплексно интердисциплинарно медицинско обслужване за деца с хронични заболявания и специални потребности;

1.2.4. Повишаване на компетентността на медицинските специалисти в областта на консултирането и ефективната комуникация с родителите и децата;

1.2.5. Изграждане на умения за отговорно здравословно поведение чрез здравно образование и други мерки за повишаване на информираността, знанията и нагласите на децата и юношите в региона;

1.2.6. Създаване на среда, подкрепяща здравето в детските ясли, детските градини и училищата, със специфична насоченост към промоция, превенция и грижи за деца с хронични заболявания;

1.2.7. Разширяване на дейностите за подобряване на сексуалното и репродуктивното здраве на юношите и младите хора и предотвратяване на сексуално предавани болести;

1.2.8. Работа по програми за превенция на зависимостите сред децата и юношите

1.2.9. Съвместна дейност на областно ниво на Общински здравен център, БМЧК, медицинските специалисти от училищата, здравните медиатори, НПО и РЗИ по изброените по горе теми и проблеми.

1.2.10. Провеждане на периодични профилактични прегледи и целеви скрининги за ранно откриване на заболявания сред децата – гръбначни изкривявания, затлъстяване, ранна хипертония, диабет;

1.2.11. Провеждане на периодични профилактични дентални прегледи за деца от 0 – 18 години

1.2.12. Съвместна работа на лекарите по дентална медицина (ЛДМ) с медицинските специалисти в детски градини и училища с цел информираност на децата, обучения за правила за устна хигиена.

1.2.13. Участие в изпълнението на Националната програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18 г. възраст в РБ 2015-2020г. на регионално ниво.

1.2.14. Изискване за провеждане на годишен профилактичен дентален преглед на деца от 1 до 18 г при постъпване в детска градина и училище в началото на учебната година.

1.2.15. Развитие на здравната мрежа в училищата, детските градини и социалните заведения в областта.

### **ПОЛИТИКА 1.3. ЗДРАВЕ ЗА ХОРАТА В РАБОТОСПОСОБНА ВЪЗРАСТ (ОТ 20 ДО 65 ГОДИНИ)**

#### ***Ключови предизвикателства:***

- *Високо ниво на преждевременна смъртност и смъртност от хронични незаразни болести;*

- *Високо ниво на степен на увреждане на хора в трудоспособна възраст;*

Лицата в работоспособна възраст са категорията граждани, които създават националния капитал и осигуряват връзката и грижата за поколенията преди тях и след тях. Доказано е, че

пълноценният семеен живот и висококачествената работа с добро ниво на контрол и правилен баланс между усилия и възнаграждение е основна предпоставка за физическо и психическо здраве на хората в тази възраст.

Макар като цяло здравословното състояние на младите хора да е задоволително, някои аспекти предизвикват особена загриженост. Редица фактори, свързани с условията на живот - бедност, безработица, несигурност на работното място, жилищни проблеми, ранно отпадане от училище, дискриминация и др., все по-често се превръщат в пречка младежите да търсят или да имат пълен достъп до възможности за превенция и качествени здравни услуги. Това на свой ред може да повлияе върху тяхното физическо и репродуктивно здраве и качество на живот.

При реализиране на политиката се има предвид, че здравето и благосъстоянието на младите хора следва да е обект на всеобхватен и междусекторен подход, който да включва всички подходящи области и по-специално системата за общественото здравеопазване, формалното и неформалното учене, заетостта и социалното приобщаване, спорта и културната дейност в област Шумен.

Това предполага мерки за подобряване качеството на условията на живот, работа и учене на младите хора, които да бъдат подкрепени да развият по-голяма отговорност за собственото си здраве и да повишат своята самооценка и независимост. Необходими са активни мерки за повишаването на осведомеността им относно положителното въздействие на здравословния начин на живот, в т.ч. физическа активност и уравновесен хранителен режим, и опасностите за тяхното здраве. Особено внимание следва да се отдели на продължението на превантивните мерки по отношение на сексуалната активност, злоупотребата с алкохол, използването на наркотици, тютюнопушенето, хранителните навици, затлъстяването, насилието, хазартните игри и пристрастяването към информационните и комуникационните технологии.

В тази възраст двойките и отделните индивиди трябва да бъдат подкрепени да имат безопасен полов живот, да могат да се възпроизвеждат и отговорно да решават кога и колко често да го правят чрез информация и достъп до безопасни, ефективни, материално достъпни и приемливи методи за семейно планиране по техен избор. Част от тази подкрепа е осигуряването на максимално улеснен достъп до здравни услуги, осигуряващи на жените безопасна бременност и раждане. От изключителна важност е осигуряването на подкрепа на семействата и увеличаване на родителския капацитет за отговорно родителство в областта.

В периода на трудоспособна възраст здравето и трудовата заетост на лицата са взаимносвързани и си влияят. Здравето е сред основните фактори, което заедно с компетентността, ценностите, мотивацията и трудовия живот на работещия оказват влияние върху индивидуалната работоспособност на всеки. Трудът, от своя страна, може сериозно да повлияе позитивно или негативно на здравето. Трябва да се вземе предвид и фактът, че при някои условия на работа може да има късни последици, които да причинят професионални болести и здравословни проблеми дълго време след прекратяване на експозицията на вредни вещества.

От своя страна, здравната система следва да се фокусира върху подобряване на качеството на дейностите, свързани с ранна диагностика и лечение на заболяванията, заемащи най-висок относителен дял в структурата на смъртността и на заболяемостта с временна и трайна неработоспособност в област Шумен.

Следва да бъдат създадени механизми, ангажиращи личната отговорност на хората за тяхното здраве чрез активно участие в профилактичните и скрининговите програми на регионално ниво.

#### **МЕРКИ:**

1.3.1. Работа по дейности за промоция на здраве и профилактика на болестите и повишаване на здравната култура, вкл. по отношение на здравословно хранене, промоция на укрепваща здравето физическа активност, намаляване употребата на тютюневи изделия и наркотични вещества и злоупотребата с алкохол и др., с акцент върху рискови групи;

1.3.2. Ранна диагностика на професионалните и свързани с труда заболявания от

Лечебните заведения в областта;

1.3.3. Създаване на механизми за ангажиране на личната отговорност за здравето и безопасността

1.3.4. Участие в програми за провеждане на целеви скрининги за ранно откриване на социално значими заболявания. Изпълнение на НППХНБ чрез участие в скрининг на онкологичните заболявания на база модела “Спри и се прегледай“ в област Шумен.

1.3.5. Изнасяне на специализирани кабинети в общини, където няма регистрирани СИМП по съответни специалности.

1.3.6. Реализиране на дейности за мотивиране на пациентите за профилактични прегледи и установяване на орален статус с цел установяване броя на тотално обеззъбени пациенти и предприемане на последващи мерки.

1.3.7. Реализиране на фонд за репродуктивно здраве в община Шумен.

#### **ПОЛИТИКА 1.4. ЗДРАВЕ ЗА ВЪЗРАСТНИТЕ ХОРА (НАД 65 ГОДИНИ)**

##### ***Ключови предизвикателства:***

- *Ниска продължителност на живота в години и в години в добро здраве;*
- *Нарастващи потребности от ресурси за лечение и дългосрочни грижи за възрастни хора;*
- *Задълбочаващо се несъответствие между налични и необходими ресурси за задоволяване на потребностите на възрастните хора.*

Остаряването на хората в добро здраве е от особено значение за здравната система и обществото като цяло.

Натискът върху социалните системи, в т.ч. върху здравната система, е резултат не толкова от самото застаряване на населението, а от нездравословното остаряване. За да се намали негативното влияние на стареенето, възрастните хора трябва да останат по-дълго време здрави и пълноценни за техните семейства и общности.

С остаряването на хората хроничните незаразни заболявания стават водеща причина за заболяемост, инвалидност и смъртност. За подобряване на качеството на живот и ограничаване на тежестта на хроничните заболявания и уврежданията е необходимо да бъде възприет подход, който е насочен към промоцията на здравето, профилактиката на заболяванията, ранната диагностика и по-доброто управление на здравословното състояние на възрастните в област Шумен чрез:

- изпълнение на програми за промоция на здравето и профилактика на заболяванията с цел изграждане на здравословен начин на живот, започващ от детството и продължаващ през целия живот;
- насърчаване на ранното откриване на заболяванията посредством основани на доказателства, икономически ефективни и леснодостъпни програми и средства, в т.ч. скрининг.

От първостепенна важност е подкрепата за действия за здравословно остаряване и чрез решаване на ключови проблеми, като нездравословно хранене, ниска физическа активност, консумация на алкохол, наркотици и тютюн, неблагоприятно въздействие от околната среда, пътнотранспортни произшествия и битови инциденти.

Това предполага комплекс от дейности в различни области на обществото и политиката, в които да се включват институции и всички заинтересовани страни, в т.ч. здравните специалисти и пациентите, социалните партньори, медиите и стопанските субекти в региона.

Всички възрастни хора трябва да имат равен достъп до услуги, необходими за запазване на тяхното здраве, самостоятелност и достойнство, включително висококачествени здравни услуги (превенция, лечение, рехабилитация и дългосрочни и палиативни грижи). Системата на здравеопазването, здравните и другите съпътстващи услуги да бъдат развити така, че тяхната организация и капацитет да са съобразени с потребностите и специфичните особености на възрастните хора. За възрастните хора с хронични заболявания и трайни увреждания следва да се осигурят специализирани грижи в домовете, включващи предоставяне както на медицински

грижи, така и социални услуги, подпомагащи пациентите за справяне с ежедневни дейности от бита (поддържане на хигиената в дома, хигиена на тялото, хранене, пазаруване, придружаване, разходки и др.). За подобряване на качеството на предоставяните грижи е необходимо подобряване на професионалния капацитет на персонала за предоставяне на услуги на възрастни хора.

Изграждането на мрежа от достъпни и качествени интегрирани здравно-социални услуги в общността ще има превантивна роля по отношение на институционализацията на тези лица.

От особена важност е осигуряването на по-благоприятна среда за живот на възрастните (обществени сгради, лечебни заведения; инфраструктура, транспорт, жилищни сгради), която им позволява да останат възможно най-дълго независими.

#### **МЕРКИ:**

1.4.1. Насърчаване на здравословен начин на живот през целия жизнен цикъл и здравословно остаряване със специален акцент за хората над 50-годишна възраст в област Шумен;

1.4.2. Осигуряване на условия за равен достъп на възрастните хора до медицински и дентални услуги, както и до качествени и безопасни лекарствени продукти на достъпни цени с фокус върху малките населени места и отдалечените и труднодостъпни райони на областта;

1.4.3. Развитие на специализирани здравни услуги за превенция на заболяванията и усложненията, характерни за възрастните хора;

1.4.4. Подкрепа за изграждане на адекватна мрежа от интегрирани здравно-социални услуги в общността и домашна среда;

1.4.5. Осигуряване на обучение за персонала, предоставящ здравни услуги за възрастни хора, в т.ч. в областта на психологическата помощ и подкрепа за възрастни хора, дългосрочни грижи и др.;

1.4.6. Провеждане на периодични профилактични прегледи на хората от третата възраст;

### **ПОЛИТИКА 1.5. ОПАЗВАНЕ И ПОДОБРЯВАНЕ НА ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ**

#### ***Ключови предизвикателства:***

- *Нарастваща честота на депресията и самоубийствата;*
- *Нарастваща временна и трайна неработоспособност по повод психични разстройства;*
- *Институционализация на грижата за психичноболните и липса на услуги в общността.*

България няма цялостна политика в областта на психичното здраве, която да позволява интегриран подход по отношение на промоция на психичните заболявания и развитието на системата за грижи и подкрепа на хората, страдащи от психични разстройства, както и на техните близки. Дейностите по промоция на психичното здраве са инцидентни и некоординирани. Психиатричното обслужване на болните е основано предимно на биологичното разбиране за психичната болест. Това довежда до акцентирание върху медицинските интервенции и грижи в системата на здравеопазването. Налице е институционализиране на грижата за болните с тежки психични разстройства и липса на развита система за психосоциална рехабилитация.

Здравето се формира още в първите години на живота, поради което дейностите по промоция на психичното здраве следва да започнат още преди раждането и да продължат през целия период на детството, като в зависимост от различните характеристики на възрастовите периоди се прилагат специфичните мерки и интервенции.

Нарушенията на психичното здраве на децата и юношите също следва да се разглеждат в общия контекст на комплексния подход към грижите за здравето въобще. Основополагаща е идеята, че за детското психично здраве са необходими не само лечебни мерки, които да осигуряват липса на клинични симптоми, но и целенасочени усилия за добро качество на живот и пълноценна социална адаптация на детето и юношата с психичен проблем. Грижата все още е разделена между социалната и здравната система и често е некоординирана и



недостатъчно ефективна, тъй като системата на здравеопазването предоставя единствено медицинска диагноза и медикаментозно лечение, а в системата на социалните услуги липсва достатъчен клиничен опит за разбиране на проблемното поведение.

При изграждането на мрежата от услуги за деца следва да се акцентира на услуги, предоставящи интервенции по типични за детската възраст проблеми, като ранен детски аутизъм, разстройства на развитието, проблеми в нервно-психичното развитие, поведенчески и емоционални разстройства, хранителни разстройства и др. Предвид недостига на специалисти в тези области е подходящо и развитието на иновативни подходи, в т.ч. изграждане на системи за дистанционно консултиране.

Политиката по превенция на психичното здраве трябва да продължи и през периода на трудоспособна възраст с акцент върху превенцията на психичното здраве на работното място и отчитане на сложните взаимовръзки между психичното здраве и трудовата реализация и заетост на хората.

Работната среда и начинът на организация и управление на работата могат да окажат сериозно въздействие върху психичното здраве. Добрата психосоциална среда стимулира добри производствени резултати и лично развитие, както и психично и физическо благоденствие на работещите. От друга страна, психосоциалните рискове и стресът на работното място са сред най-големите предизвикателства за безопасността и здравето при работа с широк спектър от патологични последици, като хронична умора, безсъние, тревожност, прекомерно тютюнопушене и злоупотреба с алкохол и др. Хроничният стрес може да бъде предпоставка за развитието на сърдечно-съдови и мозъчно-съдови заболявания, както и на заболявания на храносмилателната система и опорно-двигателния апарат, на имунната система, депресия и др.

Осигуряването на политиката за психично здраве изисква развитието на адекватна система от грижи и услуги, позволяващи успешно интегриране и социализация на болните с психични разстройства в областта.

Ефективните психичноздравни услуги следва да идентифицират, наблюдават и подкрепят хора, изложени на риск за своето психично здраве, на ранен етап. За целта системата за първична медицинска помощ в област Шумен трябва да се развие като първа точка за достъп до системата за психичноздравни услуги, тъй като услугите в нея не са свързани с тежка стигма, достъпни са и позволяват ефективна краткосрочна интервенция. Специалистите в първичната медицинска помощ трябва да получат подходящо обучение в диагностиката и лечението на тези заболявания, както и указания за насочване за специализирана психиатрична помощ.

Специализираното лечение и наблюдение на острите случаи на психичната болест трябва да се осъществява от специалисти психиатри в извънболничната помощ, психиатрични стационари към многопрофилни болници или като част от мултифункционални екипи в психиатрични структури, осигуряващи комплексно обслужване на хората с психични разстройства. Усилията трябва да са насочени към максимално задържане на пациента в контакт с психичноздравната служба в общността и при необходимост - краткосрочно лечение в стационарни условия.

На територията на областта има Държавна психиатрична болница в с. Царев брод, която следва да бъде оптимизирана и постепенно да намалява своя капацитет за осигуряване на продължително специализирано лечение на болни с тежки психични болести. Тя трябва да е насочена към стабилизиране на състоянието на болните и продължаване на грижите в общността, без това да е свързано с предоставяне на резидентни грижи и институционализация на болните.

Едновременно с това следва да се ускори процесът на разкриване на подходящи услуги на регионално ниво за осигуряването на психосоциална рехабилитация - дневни центрове, защитени жилища за хора с психични разстройства и други. Развитието на услугите, насочени към психосоциална рехабилитация, трябва да осигуряват възможности за пълно възстановяване на социалните функции на пациента, а в тежките случаи на болестта - да

изграждат ограничени способности за самообслужване.

Услугите следва да бъдат предлагани комплексно и психичната болест да се разглежда като проблем на индивида и неговата общност. За целта в процеса трябва да бъдат мобилизирани общите и специализирани медицински ресурси, както и социалните и човешки ресурси. На тази база следва да бъдат изградени мултидисциплинарни екипи за психично-здравни услуги с участието на немедицински и парамедицински специалисти, които да бъдат обучавани за водене на психиатричен случай и управление на психичната болест.

Наред с това е необходимо да се предприемат мерки за промяна в нагласите на цялото общество към психично болните, което продължава да бъде стигматизиращо и дискриминационно, както и за осигуряване на възможности за сдружаване на психично болните и техните представители в организации, защитаващи техните права.

#### **МЕРКИ:**

1.5.1. Прилагане на програми за промоция на психичното здраве и благоденствие за всички обществено-икономически групи чрез намеси, съобразени с индивидуалните особености;

1.5.2. Продължаване на процеса на деинституционализация, интегриране на психиатричната помощ в общата система на медицинско обслужване; Намаляване на броя на постоянно пребиваващи (живеещи) в Държавна психиатрична болница - Царев брод и насочването им към новосъздадени структури за грижи в общността;

1.5.3. Развитие на комплексното обслужване на психично болните в близост до тяхната естествена жизнена среда;

1.5.4. Обучение на кадри в умения и знания, необходими за прилагане на нови подходи и дейности за осигуряване на психично здраве; Обучение на ОПЛ за разпознаване на психичните разстройства;

1.5.5. Участие в партньорството между системите на здравеопазването, правосъдието, образованието и социалната система, както и организациите на гражданското общество в Шуменска област;

1.5.6. Осигуряване на обществена подкрепа за преодоляване на психиатричната стигма.

### **ПОЛИТИКА 1.6. ВЪЗМОЖНО НАЙ-ДОБРО ЗДРАВЕ ЗА ХОРАТА С УВРЕЖДЕНИЯ**

#### **Ключови предизвикателства:**

- Затруднен достъп на хората с увреждания до обществени, в т.ч. здравни услуги;
- Изключваща и лишена от индивидуализация система на медицинска експертиза.

Създаването на условия за постигане на възможно най-доброто здраве на хората с увреждания има ключова роля за подобряването на качеството им на живот и гарантиране на техните права, в т.ч. недопускането на дискриминация по признак "увреждане".

Първичната превенцията на уврежданията е част от общия процес на промоция на здравето, профилактика и ранна диагностика на болестите. В тази връзка важно значение има развитието на пренаталната диагностика и последващите медицински грижи за здравето на децата и хората във всички възрастови групи в област Шумен. Необходимо е и развиването на дейностите за осигуряване на безопасност на пациентите, недопускане на вътрешболнични инфекции и нарушения на добрата медицинска практика .

Вторичната превенция на уврежданията е свързана с възможностите на здравната система да осигури своевременна и качествена медицинска помощ при настъпили увреждания, причинени от външни причини, с цел максимално възстановяване на здравето.

В този общ контекст превенцията на всички увреждания (в т.ч. тези, причинени от външни причини) включва всички дейности, свързани с повишаване на качеството на превантивната, диагностичната, лечебната и рехабилитационната дейност на здравната система, в т.ч. нейната технологична осигуреност.

Мнозинството от хората с увреждания имат общи и специфични за тяхното състояние проблеми и съответни потребности от услуги, свързани с физическото, психичното и социално

здраве, в сравнение с хората без увреждания. Въпреки това често те са по-затруднени в достъпа си до медицинска помощ. Основните причини включват бедност и социална изолация, стигматизация, отдалеченост или труднодостъпност на лечебните заведения, комуникационните проблеми и др.

Необходимо е да се предприемат мерки за осигуряване на оптимален достъп на хората с увреждания до основните здравни услуги, осъществявани в общата система на здравеопазване и основно в първичната медицинска помощ на регионално ниво. Лекарите и медицинските специалисти в системата за първична медицинска помощ трябва да подобрят знанията си за хората с физически и умствени увреждания и техните здравословни проблеми. Общопрактикуващите лекари, които се грижат за пациенти с увреждания, следва да бъдат подкрепени при планирането и осъществяването на комплексното наблюдение и лечение от съответните лекари специалисти и лечебни заведения в зависимост от вида и степента на увреждането. Здравната помощ за лица с увреждания често се нуждае от интердисциплинарен подход, което налага подобряване на координацията между различните здравни професионалисти, както и на социалните и други услуги, предоставяни на хората с увреждания в област Шумен. Особено значение трябва да се отдели на осигуряването на навременна рехабилитация като комплексна дейност, включваща медицинска, професионална и социална рехабилитация.

На хората с увреждания трябва да се осигури достъп до качествена медицинска рехабилитация, насочена към профилактика и предотвратяване появата и развитието на увреждания, намаляване или отстраняване периодите на неработоспособност и на функционалните разстройства, както и компенсирание по различни начини и чрез различни средства на загубените функции на организма.

Необходимо е да бъдат осигурени достатъчно рехабилитационни структури, осъществяващи комплексни рехабилитационни програми, в т.ч. медицинска и функционална диагностика, кинезитерапия, физикална терапия, говорна терапия, ерготерапия, психотерапия и др. Медицинската рехабилитация следва да се осъществява от добре обучени интердисциплинарни екипи, включващи лекари, психолози, физиотерапевти, кинезитерапевти, ерготерапевти и др.

Важна част от рехабилитационния процес за хората с увреждания е осигуряването на подходящи технически помощни средства, позволяващи максимална степен на самостоятелност и независимост в ежедневието.

Важен елемент от този процес е подобряването на съществуващия модел за експертиза на работоспособността и оценка на специфичните нужди. Понастоящем решенията на органите на медицинската експертиза са ключов инструмент за ползване на голям брой социални помощи и услуги. Те най-често не са в състояние да осигурят социалното включване на хората с увреждания, но водят до значително разходване на бюджетни средства без необходимия ефект.

Медицинската експертиза е необходим инструмент за установяване на наличието и степента на физическо или психическо увреждане, но е неефективно средство за определяне на потребностите от подпомагане на интеграцията. Ролята на медицинската част от оценката следва да се ограничи до установяване на функционалния дефицит и степента на увреждане, дефиниране на допустимите условия на труд и определяне на необходимото лечение и рехабилитация, в т.ч. необходимите технически помощни средства. Тя трябва да бъде последвана от задължителна индивидуална социална оценка и оценка на работоспособността.

На областно ниво работят два ТЕЛК състава към “МБАЛ- Шумен“ АД на адресите в гр. Шумен и гр. Нови пазар, които обслужват пациенти от всички общини. Налице е недостатъчен брой лекари, което забавя извършването на експертизата в регламентираните срокове. Това води до затруднен достъп на гражданите, недоволство от тяхна страна, прекъсване на плащанията от НОИ и възникване на конфликти между лекари и пациенти.

## **МЕРКИ:**

1.6.1. Превенция на уврежданията чрез развитие на ранната диагностика и своевременно

и ефективно лечение;

1.6.2. Развитие на структурите за физикална терапия и рехабилитация в амбулаторни и стационарни условия на територията на област Шумен;

1.6.3. Подобряване на достъпа на хората с увреждания до медицинска помощ, в т.ч. чрез изграждане на достъпна среда в лечебните заведения и възможности за лечение, посещения и рехабилитация в дома;

1.6.4. Обучение на персонала на лечебните заведения от областта за работа с хора с увреждания;

1.6.5. Подобряване на достъпа и качеството на медицинската експертиза за вид и степен на увреждане и трайна неработоспособност; Необходимост от решаване на кадровия проблем с лекарите от ТЕЛК в област Шум

1.6.6. Формиране на общински фондове, финансиращи рехабилитация на хора с увреждания.

## **ПОЛИТИКА 1.7. ЗДРАВЕ ЗА УЯЗВИМИ ГРУПИ**

### ***Ключови предизвикателства:***

- *Висока степен на уязвимост на бременните, майките и децата;*

- *Нарастаща уязвимост на хората с увреждания и възрастните хора;*

- *Здравната уязвимост, обусловена от социални фактори, ангажира все по-значителни ресурси на здравната система.*

Хората в най-неравнопоставените групи и общности, които са обект на много различни видове изключващи процеси, са в много по-лошо здраве от тези, които са в по-благоприятна социална група. Колкото е по-ниско социалното положение на човек, толкова по-лошо е неговото здраве.

Най-висока степен на здравна уязвимост в област Шумен имат неграмотните, бездомните, хората от малцинствените групи, продължително и трайно безработните, здравнонеосигурените, изпаднали в социална изолация и икономическа зависимост, чийто брой нарасна след световната икономическа и финансова криза. През последните години нараства и броят на бежанците и търсещите убежище, жертвите на трафик на хора, домашно и друго насилие, които също са силно уязвими. Семействата на хора с алкохолна и други зависимости, болни с тежки психични и физически увреждания са друга категория, която има високо ниво на здравна и социална уязвимост.

Неравенствата се натрупват в течение на живота и често продължават с поколения, като водят до трайни дефицити в здравето и потенциала за развитие на семействата и общностите. Когато на определени групи влияят множество изключващи процеси, те стават особено уязвими и тя става устойчива във времето.

Специфичните здравни политики в областта, насочени към здравето на тези групи, трябва да са насочени към подобряване на достъпа и адаптиране на здравните услуги към характеристиките на тези групи.

Програмите за промоция на здравословен стил на живот, превенция на хроничните незаразни заболявания, сексуално и репродуктивно здраве, превенция на прекомерната употреба на алкохол и наркотици, тютюнопушене, скрининговите програми и други следва да бъдат подходящо адаптирани, за да могат да обхванат различните уязвими групи от населението в региона.

Особено внимание изискват някои по-специфични групи, които се отличават с комбинираност на проблемите, в т.ч. тежки заболявания и увреждания.

В тази връзка трябва да бъдат предприети мерки за подобряване на достъпа до здравни услуги на всички деца, бременни и родилки от уязвими групи, в т.ч. чрез развитие на мобилни услуги в общините. Услугите следва да са насочени към ранно обхващане на бременните, наблюдение по време на бременността, своевременно хоспитализация на родилките, правилно отглеждане на децата и обхващане с имунизации и др. Особено внимание следва да се обърне на превенцията на ранната раждаемост, семейното планиране и сексуалното и репродуктивното здраве.

Преодоляването на здравната уязвимост и неравенства при лицата от определени групи изисква прилагане на интегриран подход, при който предоставянето на различните обществени услуги (социални, здравни, образователни и др.) се осъществява в координация. От особено значение е развитието на мрежа от интегрирани здравно-социални услуги за уязвими групи в общността на територията на област Шумен.

Предоставящите здравни услуги в нашата област следва да придобият знания и умения за работа с хора и групи с различна култура и начин на живот с оглед подобряване на общуването с тях и преодоляване на някои съпротиви, свързани с начина на живот и със здравните грижи. В тези групи следва да се разширява мрежата от здравните медиатори, като предпоставка за подобряване на достъпа до здравни грижи, здравно образование и информиране.

По отношение на здравната уязвимост на лицата с психични и физически увреждания следва да се прилагат общите политики за развитие на мрежата от услуги в общността при подчертан акцент върху дейностите, насочени към тяхната социална интеграция.

Нарастващата уязвимост на възрастните хора предполага приоритизиране на общите мерки за опазване и подобряване на тяхното здраве.

Развитието на услугите, които най-добре отговарят на здравните и социалните нужди и повишават качеството на живот на хората, следва да бъдат разработени в тясно сътрудничество и консултации с организациите, които защитават и представляват уязвимите групи. Особено внимание трябва да се отдели на преодоляването на стигматизацията и недопускането на никакви форми на дискриминация поради принадлежност към тези групи в процеса на предоставяне на здравни услуги.

Активно трябва да се използват възможностите на доброволческия сектор и да се търсят ресурси в самите групи за подкрепа на здравните политики на регионално ниво.

#### **МЕРКИ:**

1.7.1. Повишаване на имунизационния обхват сред уязвимите групи от населението в област Шумен съгласно националния имунизационен календар;

1.7.2. Участие в механизми за определяне на съответните специфични нужди и потребности на уязвимите групи като основа за планиране на здравните услуги на регионално ниво;

1.7.3. Развитие на интегрирани здравно-социални услуги за уязвими групи в общностите с фокус върху бременни, деца, възрастни хора и хора с увреждания;

1.7.4. Изграждане на умения за здравословно поведение чрез повишаване информираността на уязвимите групи; Активна работа с НПО работещи на местно ниво с ромската общност - РФ“Искра“, Центровете за развитие на общността, СКЦ и др. Използване на Световните здравни дни за провеждане на информационни кампании.

1.7.5. Утвърждаване на модела на здравния медиатор към общините в областта като работещ модел за преодоляване на културните бариери в общуването с ромите, в т.ч. при провеждането на профилактични програми и здравно образование; Провеждане на работни срещи между медицински специалисти и здравни медиатори по актуални здравни проблеми.

1.7.6. Подпомагане и/или участие в разработване и реализиране с лечебни и здравни заведения и НПО на програми за подобряване достъпа до здравни услуги и грижи на уязвимите и рискови групи от населението;

1.7.7. Разработване на конкретни мерки и дейности за подпомагане на диабетно болните и хората с онкологични заболявания в областта;

1.7.8. Поддържане и осигуряване на устойчивост на общинските политики по финансово подпомагане лечението на социално слаби жители от общините, съгласно приетите правила на общинските съвети;

1.7.9. Подпомагане на разкриване на Мобилни дентални кабинети и осигуряване на устойчивост и развитие на дейностите и услугите, които предоставят;

1.7.10. Участие в международни и вътрешни проекти, касаещи здравно обслужване на хора в неравностойно положение.

## **ПРИОРИТЕТ 2. ИЗГРАЖДАНЕ И УПРАВЛЕНИЕ НА СПРАВЕДЛИВА, УСТОЙЧИВА И ЕФЕКТИВНА ЗДРАВНА СИСТЕМА, ОРИЕНТИРАНА КЪМ КАЧЕСТВО И РЕЗУЛТАТИ**

Здравеопазването става все по-скъпо и сложно за планиране и регулация поради бързо напредващите темпове на технологичния прогрес, промените в структурата на населението, по-информираните потребители на услуги и увеличаването на трансграничното движение, в т.ч. на медицинските специалисти. Динамично променящите се потребности на фона на ограничени ресурси налагат трудни решения, които още повече се изострят в периоди на икономически спад.

Отговорите на здравната система в област Шумен на тези променящи се тенденции изискват комплексни решения, насочени към крайните потребители, в т.ч. и хората в добро здраве. Това налага преориентиране на здравните системи, за да се даде приоритет към превенция на болестите, насърчаване на непрекъснато подобряване на качеството и интегриране на предоставянето на услуги, осигуряване на последователност на грижите, подкрепа на самостоятелните грижи на пациенти и преместване на грижите най-близо до дома.

### **ПОЛИТИКА 2.1. ОСИГУРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**

#### ***Ключови предизвикателства:***

*- Нарастващи лични и публични разходи за здраве при влошаващи се здравни резултати и удовлетвореност;*

*- Ниска ефективност на разходите за здравеопазване с превес на лечението на последиците за сметка на превенцията;*

*- Липса на обвързаност на финансирането с качеството и резултатите;*

*- Липса на капацитет за оценка на здравните технологии с цел гарантиране на достъп само до доказали своята клинична ефективност технологии.*

Осигуряването на ефективни механизми за устойчиво финансиране на здравната система е ключов фактор за реализиране на по-широката програма на реформиране и преориентиране на системата към променящите се здравни потребности.

България не се различава от общата тенденция на устойчиво нарастване на здравните разходи. По международни сравнения общите разходи на правителството на България, съотнесени към БВП (усилието на разходите) и общите приходи, съотнесени към БВП (усилието на приходите), са малко над средните стойности в сравнение с други страни със сходни доходи. Между 1995 г. и 2014 г. правителството е увеличило дела от бюджета си, изразходван за здравеопазване, от 8,5 на 12 процента.

Едновременно с това социологическите проучвания на бюджета на домакинствата в България показват, че частните разходи също нарастват прогресивно. Високото равнище на плащания със собствени средства значително ограничава финансовата защита на всички, като се отразява особено неблагоприятно на най-бедните слоеве.

Анализът на динамиката в разходите за здравеопазване и здравно-демографските показатели за състоянието на населението показват ясно, че устойчивото нарастване на средствата за здраве не се съпътства от съответно подобряване на показателите за здравето на гражданите.

Чуждестранната помощ също не е жизнеспособен или устойчив вариант предвид равнището на тези приходи в България и ограничените възможности за достъп до структурните фондове на ЕС в контекста на финансовата перспектива 2014 - 2020 г. за финансиране на проекти в здравеопазването.

Трябва да се отчита и фактът, че значителното нарастване на средствата за здравеопазване през последните години не доведе до съответно подобряване на показателите за здраве, което показва, че без други мерки този подход сам по себе си не гарантира успешно

справяне със здравните предизвикателства.

Повишаването на ефективността би могло да доведе до значително по-добри резултати и да компенсира необходимостта от съществено увеличение на разходите

Мерките за подобряване на ефикасността изискват съществени промени в начина на функциониране на системата и предоставяните от нея здравни услуги, в т.ч. рационализиране на болниците, засилване на алтернативите на болничната помощ и концентриране на ресурсите за решаване на основните здравни предизвикателства - хроничните незаразни болести, психичното, детското и майчиното здраве.

Подобряването на здравните показатели на населението в контекста на определените национални здравни цели изисква предифиниране на здравноосигурителното покритие и концентриране на ресурсите (финансови, човешки, инфраструктурни и др.) за обезпечаване на по-голям обем дейности, интервениращи върху основните здравни проблеми.

На здравноосигурените лица трябва да бъде осигурена възможност и право на избор да ползват здравни услуги извън регламентирания ред чрез договор за медицинска застраховка.

Финансовата ефективност на системата е пряко свързана с пренасочване на ресурсите към дейностите по промоция на здравословен начин на живот, активна профилактика и скрининг и ранна диагностика на социално значими заболявания.

Осигуряването на финансова ефективност и стабилност на здравната система не може да бъде постигнато без мерки за подобро събиране на средства за здравеопазване и разширяване на вложения ресурс - по-голямо участие на държавния бюджет; използване на местни данъци и такси за общинско здравеопазване, както и споделяне на разходите (такси за услуга), допълнително заплащане при отказ от профилактика и др.

Необходими са мерки, гарантиращи устойчивостта на здравноосигурителните плащания и ефективна социална защита за всички категории, които не са в състояние да плащат за жизненоважни услуги със собствени средства. Тези мерки следва да бъдат временно подпомагащи общите мерки за борба със социалното изключване, в т.ч. подобряването на пригодността за заетост чрез подходящо образование, подобряване на покритието и адекватността на мрежите за социална защита и мерки на пазара на труда.

Следва да се развият ефективни механизми за стимулиране на участието в здравноосигурителната система на всички български граждани, които имат задължението да се осигуряват сами.

Едновременно с това трябва да бъдат създадени адекватни условия за развитие на доброволното здравно осигуряване чрез медицински застраховки, които да позволят на гражданите достъп до желани здравни услуги в страната и в чужбина извън създадените механизми за финансиране с публични средства.

Последователното използване на тези подходи през следващите години несъмнено ще доведе до по-ефективно управление на разходите за здравеопазване.

#### **МЕРКИ:**

2.1.1. Използване при възможност на средствата от европейските фондове и други международни фондове за финансиране на дейности, свързани с развитието на здравната система в област Шумен;

2.1.2. Използване на публично-частното партньорство във финансирането на здравната система на основата на проекти, при които водещ критерий е общественият интерес;

2.1.3. Подобряване на структурата на разходите по видове медицинска помощ с постепенно балансирано увеличение на средствата и относителния дял на разходите за първична и специализирана извънболнична медицинска помощ и намаление на относителния дял на разходите за болнична помощ и лекарствени продукти;

2.1.4. Участие във финансови модели и механизми за пренасочване на средства към нови форми на обслужване на пациентите в областта - амбулаторна диагностика и лечение, дългосрочни грижи, продължително лечение и палиативни грижи;

2.1.5. Провеждане на информационни кампании за повишаване на доброволното изпълнение на задължения за здравноосигурителни вноски на самоосигуряващи се лица в

региона;

2.1.6. Регламентиране на постоянен процент от бюджета на общините, насочен за финансиране на здравни профилактични дейности и апаратура за лечебните заведения. Изработване на стандарти, по които се изразходват тези средства.

2.1.7. Освобождаване от дивидент от печалбата за общинските лечебни заведения.

## **ПОЛИТИКА 2.2. ОСИГУРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВЕНИ, ЕФЕКТИВНИ И ДОСТЪПНИ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ**

### ***Ключови предизвикателства:***

- *Липса на механизми, стимулиращи рационална лекарствена употреба и генерична лекарствена политика;*

- *Липса на въведени в практиката фармако-терапевтични ръководства;*

- *Липса на ефективни механизми за договаряне на отстъпки на лекарствени продукти.*

Лекарствата са основна потребност за поддържане на живота, удължаване на неговата продължителност, облекчаване на страданията и повишаване на неговото качество. Това определя лекарствената политика като една от политиките, които имат стратегическо влияние върху общественото здраве.

Провеждането на адекватна лекарствена политика, насочена към осигуряване на: качествени, ефикасни и безопасни лекарствени продукти; адекватна наличност и достъпност (във физически и финансов аспект) на основни лекарствени продукти; рационално предписване и използване на доказани в терапевтичната практика и стойностно-ефективни лекарствени продукти е основен елемент от цялостната политика за подобряване на ефективността на здравната система на областно и национално ниво.

Съществено значение за нарастването на разходите без отчетено подобряване на здравното състояние на населението има и липсата на въведени правила за рационална лекарствена употреба, основани на доказателства, които да са основа за обучение на специалистите, за предписването, доставката, реимбурсирането и анализа на употребата. В резултат на това са създадени условия да се предписват и отпускат лекарствени продукти на много по-високи цени от съществуващата алтернатива, респ. нарастват както публичните, така и собствените разходи на пациентите.

На фона на това увеличаване на разходите на пациентите липсват ефективни механизми, които да защитават определени лица от уязвими групи (възрастни хора, хора с увреждания и др.), които не са в състояние да покрият тези разходи със собствени средства, респективно да получат достъп до лечение.

Нарастването на лекарствените разходи, в т.ч. собствените разходи на пациентите, при задълбочаване на негативните тенденции в общественото здраве обуславят необходимостта от прилагане на комплексна национална лекарствена политика с ясни цели и приоритети, насочени към равнопоставеност, индивидуална и колективна финансова достъпност и финансова защита, техническа и разпределителна ефикасност и дългосрочна устойчивост.

Необходимо е създаване на ефективни механизми за разширяване на пазара на генерични и биоподобни лекарствени продукти като средство за осигуряване на терапия на достъпни цени и възможност за спестяване на публични средства, които да бъдат насочени към осигуряване на достъп на гражданите до иновативни терапии, които са без алтернатива.

Целите на лекарствената политика могат да бъдат постигнати само ако лекарствените продукти се употребяват рационално. Рационалната лекарствена употреба означава, че пациентите приемат подходящи за техните клинични нужди лекарства в дози, съобразени с техните индивидуални особености, за необходимия период от време и с най-ниска цена за тях и обществото.

Основен елемент от рационалната употреба на лекарствата е генеричната лекарствена политика, в резултат на която населението получава достъп до качествени, ефикасни и безопасни лекарства при по-ниски разходи за лечение. Използването на генерични и биоподобни лекарствени продукти като средство за осигуряване на терапия на достъпни цени



ще даде възможност за спестяване на публични средства, които да бъдат насочени към осигуряване на достъп на българските граждани до иновативни терапии, които са без алтернатива.

Успешното прилагане и развитие на лекарствената политика изисква осигуряването на високо квалифицирани специалисти със съответни знания, умения и опит. Мотивацията и знанията на медицинските специалисти са ключов момент в постигането на целите на лекарствената политика на регионално ниво.

За осигуряване на рационална лекарствена употреба и финансова достъпност на лекарствата е необходимо да се предприемат мерки за обучение на лекарите за икономически ефективно предписване и повишаване информираността сред потребителите относно безопасността, качеството и наличността на генерични лекарства и относно допълнителните разходи, които може да бъдат избегнати, като се избере продукт на референтната цена.

В болничната помощ е важно развитието на капацитета на специалистите и структурите по клинична фармакология и управлението на болнични лекарствени политики. Болничните лекарствени политики следва да се насочат към ефективни стратегии за подобряване на рационалното използване на лекарства чрез използването на терапевтични комисии, електронни рецептурници и клинични насоки, обратна връзка с данни за употребата на лекарствата, приемане на лекарствени информационни политики, въвеждане на финансови стимули и оценка на здравните резултати. От особено значение е прилагането на мерки за ограничаване на антибиотичната резистентност.

Важен елемент от лекарствената политика в област Шумен е осигуряването на условия за засилване на ролята на фармацевтите като ключови професионалисти, които имат пряк достъп до пациентите, могат да наблюдават развитието на тяхното лечение и допринасят за безопасното и правилно използване на лекарствата.

Отговорностите на фармацевтите в аптечната мрежа следва да се насочат към:

- осигуряване на равномерно снабдяване с лекарствени продукти във всички населени места съобразно конкретните нужди на населението;
- ефективна промоция на рационалната лекарствена употреба и намаляването на свръхконсумацията на лекарства и полипрагмазията;
- ефективно въвеждане на концепциите за предоставяне на фармацевтични грижи, лекарствено консултиране и промотиране на здравословен и безопасен начин на живот.

Въпросите, свързани с лекарствената безопасност и съобщаването на нежеланите събития при употребата на лекарства, са водеща задача за регулаторните институции и фармацевтичните компании. Необходимо е стимулиране на активността на медицинските специалисти от област Шумен при съобщаването на нежелани лекарствени реакции, чрез провеждане на последователни политики в процеса на обучение и работа по време на медицинската практика.

#### **МЕРКИ:**

2.2.1. Участие в централизирано договаряне на отстъпки за лекарствени продукти, приложими при лечение на злокачествени заболявания, лекарствени продукти за домашно лечение, както и за лекарствени продукти, които НЗОК заплаща в изпълнение на национални програми със средства от бюджета на МЗ, с цел ефективно разходване на средствата;

2.2.2. Популяризиране на концепциите за основни лекарства, рационална употреба и генерична лекарствена политика на регионално ниво;

2.2.3. Продължаващо следдипломно обучение на медицинските специалисти, ориентирано към рационална и безопасна употреба на лекарствени продукти;

2.2.4. Осигуряването на обективна лекарствена информация;

2.2.5. Популяризиране на ползите от съобщаването на нежелани лекарствени реакции и активно включване на медицинските специалисти в процеса;

2.2.6. Участие в програми, насочени към насърчаване на рационална лекарствена употреба и фармацевтични грижи в аптеките в областта;

2.2.7. Участие в изработването на Национална аптечна карта, чрез изготвянето на

Областна аптечна карта за определяне на потребностите на населението от достъп до лекарствени продукти.

### **ПОЛИТИКА 2.3. РАЗВИТИЕ НА ИНТЕГРИРАН МОДЕЛ НА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

#### ***Ключови предизвикателства:***

- *Неравнопоставеност по отношение на достъпа до своевременна и качествена спешна помощ;*

- *Недостатъчна кадрова, технологична и финансова обезпеченост на дейностите;*

- *Липса на интеграция на различните структури в извънболничната и болнична помощ.*

Системата за спешна медицинска помощ е неразделна част от общата здравна система и следва да се разглежда като функционално обединение на дейности и структури във връзка с диагностиката и лечението на лица със спешни състояния, осъществявани в извънболнични и болнични условия.

Извънболничната помощ не развива своя капацитет за осигуряване на непрекъснат достъп на пациентите до първична и специализирана помощ, особено в труднодостъпните и отдалечени места. Без достъп до системата за извънболнична и болнична помощ останала голям брой неосигурени български граждани. За тях, както и за много други лица, системата за спешна помощ се оказва единствена възможност за своевременен достъп не само до спешна, но и до базова медицинска помощ.

Съществуващите спешни отделения не са добре обезпечени кадрово, технологично и финансово. Наблюдават се негативни тенденции на подбор на хоспитализираните болни и липса на мотивация за прием на тежки случаи, които разходват значителни средства. Липсата на функционални връзки между отделните лечебни заведения и на адекватна нормативна уредба затруднява пътя на спешния пациент на съответните нива на обслужване и нарушава непрекъснатостта на медицинската помощ.

Неустойчивата държавна политика в системата за спешна помощ доведе до сериозен кадрови дефицит, влошаване на качеството на осъществяваната дейност и нарастващо обществено недоволство.

За удовлетворяване на обществените очаквания и опазване на здравето на гражданите следва да бъде осигурен равнопоставен достъп до спешна медицинска помощ в област Шумен, съответстваща на най-добрите европейски практики и изисквания за своевременност, непрекъснатост, достатъчност, качество и безопасност.

За реализацията на тази цел се въвежда интегриран модел за обслужване на спешни пациенти в равнопоставени структури за извънболнична и болнична помощ чрез укрепване на сега съществуващите центрове за спешна медицинска помощ и чрез функционално обособяване на специализирани спешни структури към определени болници, гарантиращи непрекъснатост и високо качество на спешната медицинска помощ.

Изграждането на модела за интегрирана система за спешна медицинска помощ се реализира в съответствие с Визията в приетата Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ "до 2020 г. България да е държава с развита модерна спешна медицинска помощ, съпоставима с европейските модели и съобразена с националните особености, която има своя значителен принос за повишаване на качеството на човешкия капитал и постигане на европейските цели за интелигентен, устойчив, приобщаващ и териториално балансиран икономически растеж".

В болничната част на системата ще бъдат планирани лечебните заведения, отговорни за осигуряването на безотказен прием на спешни пациенти, в т.ч. специализирани спешни центрове на областно, регионално и национално ниво.

Следва да бъдат регламентирани изискванията и задълженията на лечебните заведения да поддържат определен капацитет от квалифициран медицински персонал, технологично оборудване, леглови фонд и организационни и комуникационни средства за осигуряване на непрекъснат прием, диагностика и лечение на пациенти със спешни състояния.

На базата на възможностите за осигуряване на комплексна и високоспециализирана спешна медицинска помощ следва бъдат определени нива на компетентност на спешните болнични структури в региона.

Особени усилия следва да бъдат положени за осигуряване на необходимите човешки ресурси за системата за спешна медицинска помощ.

Развитието на системата за спешна помощ трябва да бъде осъществявано в контекста на създаване на необходимите условия за повишаване на ефективността на болничния сектор с очаквани ефекти от намаляване на хоспитализациите и болничните престои.

Изграждането на мрежа от филиали с възможности за лечение на място и интегрирането "под един покрив" на други медицински и социални дейности ще подкрепи процеса на реструктуриране на болниците и ще позволи закриването или преобразуването на болници, които не могат да осигурят капацитет за активно лечение.

Важен акцент на политиката за развитие на системата за спешна помощ на територията на област Шумен е и подобряването възможностите на спешните екипи и структури за реакция при бедствия в координацията с останалите служби, осигуряващи защитата на населението при бедствия.

#### **МЕРКИ:**

2.3.1. Осигуряване на равномерно и адекватно териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ на територията на област Шумен в изпълнение на Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ;

2.3.2. Подобряване на инфраструктурата и материално-техническата осигуреност на системата за спешна медицинска помощ в изпълнение на Концепцията;

2.3.3. Осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси в системата за спешна медицинска помощ в областта;

2.3.4. Осигуряване на готовност за реакции при бедствия и производствени аварии;

### **ПОЛИТИКА 2.4. РАЗВИТИЕ НА ПЪРВИЧНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ, ПОДКРЕПЕНА ОТ ВИСОКОТЕХНОЛОГИЧНА СПЕЦИАЛИЗИРАНА ПОМОЩ**

#### ***Ключови предизвикателства:***

- *Неравнопоставен достъп до първична помощ, особено в труднодостъпни и отдалечени райони;*

- *Неизползване на капацитета на първичната помощ за развитие на дейностите по промоция и профилактика;*

- *Недостатъчни условия за комплексна и високотехнологична диагностика и лечение в извънболничната помощ.*

Анализите на състоянието на системата показват, че първичната медицинска помощ все още не може да заеме своята ключова роля в модела на здравна грижа за пациента, поради ограничения профил на дейностите и задачите, липсата на условия за работа в екип, ограниченото признание, слабите връзки с по-високите нива на обслужване и неадекватното финансиране. Този модел е резултат от тенденциите на разходите за здравеопазване и политики, които благоприятстват интензивните лечебни услуги и високотехнологичната диагностика за сметка на основната медицинска помощ, профилактика на заболяванията, насърчаване на здравето, рехабилитация и социални грижи.

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

Налице е концентриране на практиките в градовете, недостиг на общопрактикуващи лекари в труднодостъпните и отдалечени райони и нежелание за обслужване на пациентите у дома, както и извън установеното време за амбулаторна дейност. Това затруднява достъпа на пациентите до базова медицинска помощ и натоварва системата за спешна медицинска

помощ. Липсват адекватни условия и стимули за общопрактикуващите лекари за участие в дейностите по превенция и управление на хроничните заболявания и поддържане на активна обратна връзка с пациентите и с другите специалисти, участващи в грижите за тях.

Налице е недостатъчна координация, фрагментирана организация за предоставяне на услуги, липса на адекватни финансови стимули и политики, различия в квалификацията и клиничната практика на лекарите и липса на доказателствено обосновани подходи за целия последователен процес на грижи. Освен това общопрактикуващите лекари са натоварени с голям брой несвойствени административни и други дейности, включително свързани с управлението на практиките им.

Необходима е целенасочена политика за развитие на първичната медицинска помощ с акцент върху дейностите по промоция на здравето и профилактика и ранна диагностика на заболяванията като ключов, стратегически метод за ефективно предоставяне на тези услуги. Първичната здравна помощ, осъществявана от добре обучени и мотивирани общопрактикуващи лекари и други медицински специалисти, следва да се утвърди като основен инструмент за преодоляване на предизвикателствата, пред които е изправена здравната система на областно ниво..

Лекарите и останалите медицински специалисти в първичната медицинска помощ следва да бъдат насърчавани за непрекъснато повишаване на квалификацията и развиване на умения за консултиране, комуникация и работа в екипи за медикосоциални интервенции. Този процес следва да бъде синхронизиран с използването в практиката на ръководства за поведение на общопрактикуващите лекари.

На базата на изградените компетентности първичната медицинска помощ следва да се утвърди като водеща структура в една, ориентирана към пациента, система от координирани грижи, включваща и структурите за обществено здраве, специализираната помощ и различни социални услуги.

Първичната помощ следва да бъде подкрепена от специализирана медицинска помощ, осигурена с модерна апаратура, основана на развиващата се с бързи темпове медицинска технология. Тя следва да осигурява извършването на голям брой дейности, в т.ч. високо-специализирани, в амбулаторни условия. Те следва да гарантират непрекъснатост в осигуряването на медицинските дейности на пациента във всеки момент или период от обслужването му в зависимост от етапите на развитие на болестта и потребностите му и с цел повишаване качеството на неговия живот.

Важна подкрепяща мярка за развитие на извънболничната помощ е и приемането на напреднали информационно-технологични решения, които могат да предоставят навременен достъп до изчерпателна клинична информация, така че медицинските специалисти и пациентите да могат да вземат правилните решения в точното време, без закъснения и да няма дублиране на услуги или ненужно използване на неподходящи грижи с произтичащите от това обществени и лични разходи.

#### **МЕРКИ:**

- 2.4.1. Подобряване на достъпа до първична медицинска помощ в област Шумен;
- 2.4.2. Подобряване на качеството на първичната медицинска помощ на регионално ниво;
- 2.4.3. Повишаване на капацитета на първичната медицинска помощ с акцент върху промоцията и превенцията на хроничните незаразни болести и психично здраве;
- 2.4.4. Развитие на интегрирани здравно-социални услуги в общността, в т.ч. патронажни грижи, подкрепящи първичната медицинска помощ в грижата за пациентите;
- 2.4.5. Развитие на високоспециализирана медицинска помощ в подкрепа на първичната медицинска помощ.
- 2.4.6. Изнасяне на специализирани кабинети в общини, където няма регистрирани СИМП по съответни специалности.
- 2.4.7. Подобряване условията на работа в селските здравни кабинети на територията на общините- Съдействие и подпомагане на всички добри практики за задържане на лекарите в селата, Осигуряване на финансови средства за строително-ремонтни дейности на сградния

фонд на селските практики;

2.4.8. При възможност изграждане на специализирани центрове за социално - значими заболявания към лечебните заведения за болнична и извънболнична медицинска помощ.

2.4.9. Участие на лекарите по дентална медицина (ЛДМ) на базата на интердисциплинарен принцип със специалисти от извънболнична помощ за визуализация на състояния на пациенти с тежки общи заболявания –диабет, сърдечносъдови заболявания, заболявания на кръвта и т.н. с клиника в устната кухина.

## **ПОЛИТИКА 2.5. ОПТИМИЗИРАНА БОЛНИЧНА ПОМОЩ**

### ***Ключови предизвикателства:***

- *Неравномерно разпределена и фрагментирана болнична мрежа;*  
- *Обвързване на финансирането на болниците с количеството, а не с качеството и резултата от болничните дейности;*

- *Ангажиране на болничен ресурс за дейности, които могат да се осъществяват в амбулаторни условия или в услуги за дългосрочни грижи.*

Осигуреността с болнични легла в областта е 51.8 на 10 000 жители, при 67.6/10 000 за страната. За активно и интензивно лечение осигуреността е 37.3/10 000, при 50.4 за страната; психиатричните легла са 11.9/10 000, при 6.9/10 000 за страната и други легла 2.6/10 000, при 8.9/10 000 за страната. Основна причина за неефикасността на болничната система не е общия брой на болничните легла, а неефективната структура на болничните легла с превес на леглата за активно лечение и ниска осигуреност с легла за дългосрочна грижа, както и големият брой болници (4,4 болници на 100 000 жители при 2,7 болници на 100 000 жители средно за ЕС).

Основните причини за бързото нарастване на разходите за болнична помощ са свързани с въведените механизми на финансиране от НЗОК. Разплащането на болниците става на база на свободно реимбурсиране на разходите за предоставените услуги без съществени ограничения за броя на исканията за плащане, представяни от болниците. Един от основните признаци на тази тенденция е много по-високата от международните норми честота на повторните хоспитализации в болниците.

Друга причина за нарастващите болнични разходи е снижаването на т.нар. "хоспитализационен праг" от страна на лекарите в извънболничната помощ поради въведените лимитиращи фактори и липсата на мотивация да провеждат лечение в амбулаторни условия. Самите пациенти търсят болничните услуги, тъй като те понякога осигуряват по-безпроблемен и безплатен достъп до диагностични и лечебни процедури в сравнение с извънболничната помощ.

За оптимизиране на болничния сектор е необходим широк обхват от интервенции. Крайната цел е оптимизиране на мрежата от болниците за активно лечение и намаляване на броя на леглата в тях при запазване и увеличаване на възможностите им за интензифицирано лечение на остри заболявания, развитие на високотехнологични диагностични и лечебни услуги при нарастване на подкрепящата роля на системата за извънболнична помощ, структурите за рехабилитация, продължително лечение, дългосрочни грижи и др.

Преструктурирането на болничния сектор изисква активна политика за преодоляване на нарастващите дисбаланси в достъпа на населението до болнична помощ. Основна цел на консолидацията в сектора е осигуряване на условия за осигуряване на пациентите на едно място и под един покрив на възможно най-голям обхват медицински услуги. Освен възможностите за комплексно обслужване на пациентите, тази консолидация ще осигури максимално ефективно използване на болничния капацитет.

Консолидирането на сектора се реализира на базата на задължителната Национална здравна карта, чрез която на територията на всяка област се планират необходимите основни болнични дейности, съответстващи на потребностите на обслужваното население. На регионално и национално ниво се планират високотехнологични болнични дейности и апаратура, осигуряващи най-високо ниво на болнично лечение.

Основна цел на планирането следва да бъде осигуряването на всеки български

гражданин на гарантиран "път" за достъп на всички нива на йерархичната болнична структура.

Реформите за повишаване на ефективността в болниците трябва да бъдат съпроводени и от усилия за подобряване на качеството на предоставяните услуги. Основните инструменти за гарантиране на качеството на болничната помощ - медицинските стандарти и акредитацията, следва непрекъснато да се усъвършенстват и да се използват пълноценно.

Необходимо е да се интервенира във въвеждане на нови технологии и иновации, които ще дадат възможност за ранна диагностика и безопасно и ефикасно лечение на все по-голям брой заболявания.

За да се избегне дублирането на услуги в публичния сектор, са необходими действия, които да създадат стимули за подобряване на координацията и окрупняване на лечебните заведения. Консолидирането на болничните услуги трябва да се осъществява паралелно с изпълнението на междусекторна стратегия за продължителни медицински грижи. Много малки и неефективни болници за активно лечение биха могли да бъдат преустроени в центрове за дългосрочни грижи, които да осигуряват цяла гама от социални и медицински грижи, в т.ч. на мобилни медицински грижи, на амбулаторни услуги, физиотерапия, услуги за дневни грижи и в известна степен грижи за отдых и палиативни грижи (предоставяни както на място, така и в домашна среда). Увеличаване на броя на лечебните заведения за дългосрочни грижи, усъвършенстването на социалните услуги и подобряването на грижите в домашни условия ще позволи на болниците за активно лечение да фокусират вниманието си върху основната си дейност и по този начин ще допринесе за повишаване на ефективността на болничния сектор като цяло.

Политиките за развитие на сектора на първичната медицинска помощ, както и развитието на системата за спешна медицинска помощ, също следва да се разглеждат като задължителен елемент на реформата на болничната помощ.

#### **МЕРКИ:**

2.5.1. Прилагане на задължителна Национална здравна карта, отчитаща потребностите на населението от медицинска помощ по видове - съобразно възрастова структура, заболяемост, болестност, смъртност, детска смъртност и др.;

2.5.2. Стимулиране на създаването на болнични обединения с цел осигуряване на комплексно обслужване на пациентите и ефективно използване на болничните ресурси; На областно ниво се извърши обединение на "МБАЛ-Шумен" АД гр.Шумен и „МБАЛ Д-р Добри Беров“ ЕООД гр.Нови пазар през м.април 2016 г.

2.5.3. Стимулиране на процеса на преобразуване на леглата за активно лечение в легла за продължително лечение и рехабилитация, както и развитие на едnodневната хирургия, дневните стационари, амбулаторната дейност и др.;

2.5.4. Преструктуриране на ЛЗБП с ограничени или липсващи възможности за поддържане на ниво на компетентност и развитие;

2.5.5. Създаване на условия за развитие на високоспециализирани болнични центрове при гарантиран равнопоставен достъп на населението и ефективно разходване на ресурсите;

2.5.6. Осигуряване на подкрепа за изграждане на балнео-лечебен център в с.Мараш, община Шумен;

2.5.7. Подобряване на системата за контрол на болничните дейности на базата на обективни критерии и индикатори за оценка на качеството и удовлетвореността на пациентите;

#### **ПОЛИТИКА 2.6. РАЗВИТИЕ НА ЕЛЕКТРОННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**

##### ***Ключови предизвикателства:***

- *Липса на интегрирана здравноинформационна система;*
- *Липса на визия и условия за развитие на телемедицината и други комуникационно-информационни технологии в системата на здравеопазването.*

Електронното здравеопазване е бързо развиваща се област, в която си взаимодействат

медицинската информатика, общественото здравеопазване, предлагането на здравни услуги и информация чрез използване на съвременни информационни и комуникационни технологии. То характеризира не само технологичното развитие, но и подхода към глобално мислене за подобряване на здравните услуги на местно, регионално и глобално ниво.

ЕС е определил развитието на електронното здравеопазване като ключов фактор за развитието на цялостен европейски пазар на здравни услуги и за овладяването на прогресивно растящите разходи на здравни системи. То се базира на потенциала на технологиите да обновят процесите и услугите в здравния сектор, така че:

- да ги направят по-достъпни за хората и близки до тях, независимо къде живеят;
- да повишат прозрачността и ефективността на управление в здравния сектор и да подпомогнат за иновациите на процесите и услугите за преодоляване на увеличаващия се натиск от повишеното търсене на здравни услуги и ограничените финансови и човешки ресурси в сектора;
- да подпомагат проучвания и иновации и по-ефективна употреба на лекарствените продукти (пациентски регистри и електронна рецепта).

Основен инструмент за осигуряване на ефективното функциониране на здравната система в областта е интеграцията и свързаността в сферата на здравеопазването чрез участие в Национална здравноинформационна система.

Подобна интеграция е от изключителна важност и за подобряването на дейностите по организация, контрол, планиране и прогнозиране в системата на здравеопазването.

#### **МЕРКИ:**

2.6.1. Участие в Национална здравноинформационна система и осигуряване на достъп на гражданите до системата;

## **ПОЛИТИКА 2.7. РАЗВИТИЕ НА ЧОВЕШКИЯ КАПИТАЛ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**

### ***Ключови предизвикателства:***

- *Засилен процес на миграция на медицинските специалисти;*
- *Устойчива тенденция на намаляване и застаряване на медицинските специалисти;*
- *Липса на устойчива система за продължаващо обучение, обвързана с професионалното развитие.*

Политиката се основава на схващането, че работещите в системата на здравеопазване са основният капитал, с който тя разполага. Той обхваща съвкупността от техните знания, умения, компетентности, способности, здравословно състояние и работоспособност, мотивация и поведение в труда, които имат определена стойност и са източник на сегашни и бъдещи доходи както за медицинските специалисти - носители на човешкия капитал, така и за системата, която при договорени условия използва този капитал.

Застаряващото население и нарастващото търсене на здравни услуги са гаранция за това, че секторът на здравеопазването ще остане основен двигател на заетостта в бъдеще в област Шумен.

Здравеопазването в областта е поставено пред сериозни предизвикателства: застаряваща работна сила и твърде малко новонаети лица, които да заместят пенсиониралите се; значително текучество на служителите поради условията на труд и относително ниско заплащане; необходимост от нови умения за работа с нови технологии и за справяне с нарастването на хронични болести, като диабета и сърдечните заболявания при възрастните.

По осигуреност с медицински специалисти област Шумен заема позиции под средната за страната. Осигуреността с лекари е 31.1 на 10 000 население, при 40.6/10 000 за страната; осигуреността с лекари по дентална медицина е 7.7 на 10 000 население, при 10.5/10 000 за страната; осигуреността с медицински специалисти по здравни грижи е 57.9 на 10 000, при 66.3/10 000 за страната. Възрастовата структура на работещите предполага нарастващи дефицити в бъдеще. Регионалното разпределение на медицинските специалисти е непропорционално и дисбалансирано, което води до затруднен достъп на населението до

здравни грижи, влошава качеството на медицинската помощ и влияе върху ефективността и резултатността на медицинския труд.

Като основни причини за миграцията се определят по-доброто заплащане, по-добрите условия на труд, високият стандарт на живот, умората от несвършеното от здравната реформа, липсата на доверие във водената здравна политика и др. Ако недостигът продължи да се задълбочава ще затрудни сериозно функционирането на системата в областта.. Това налага активна политика за инвестиране в човешкия капитал на регионално ниво, насочена към:

- Инвестиции в образованието и професионалното обучение, които осигуряват обща фундаментална подготовка и базови знания и умения, приложими в здравеопазването.

- Инвестиции в професионалната квалификация на медицинските специалисти, които осигуряват придобиването на професионални знания, умения и компетентности, свързани с упражняването на медицинската професия или специалност.

Основният инвеститор в професионалното развитие и адаптация на медицинските специалисти би трябвало да бъде работодателят, но при дефицит на работодателска активност в тази сфера, той следва да се покрива от държавни инвестиции и програми на ЕС.

Нужно е чрез знанията да бъде изградена нова култура на работа, която благоприятства въвеждането на нови форми на сътрудничество между работещите в системата на здравеопазването, а също и с представителите на други сектори. Връзката между лекарите и другите медицински и немедицински специалисти и пациентите остава от решаващо значение и трябва да бъде подкрепяна, тъй като здравните грижи стават все по-сложни и по необходимост мултидисциплинарни.

- Инвестиции в нови технологии

Напредъкът в здравеопазването зависи от научните и технологичните постижения. Новите технологии позволяват на медицинските специалисти да обменят информация по-лесно и да работят съвместно в по-тясна връзка, като така се подобрява общото равнище на грижи.

- Инвестиции в преодоляването на миграционните процеси и създаването на мотивация на медицинските специалисти за работа в област Шумен.

Политиките в областта на миграцията и задържането на специалистите трябва да бъдат насочени към причини, които влияят върху тези процеси, в т.ч. трудностите при придобиване на специалност, ниското заплащане на труда, лошите условия на работа и проблемите в здравната система, осигуряването на жилище.

При планиране на политиката следва да се има предвид, че процесът на създаване на човешкия капитал е сложен и продължителен процес, като вложените средства се възстановяват не веднага и не цялостно. Реализацията на политиката изисква сътрудничество на различни заинтересовани страни, имащи отношение към развитието на човешките ресурси - професионални организации, висши училища, лечебни заведения и др.

#### **МЕРКИ:**

2.7.1. Развитие на механизми за определяне и планиране на потребностите от медицински и немедицински специалисти в здравеопазването на регионално ниво по категории в зависимост от здравно-демографските характеристики на населението;

2.7.2. Създаване на механизми за обвързване на приема за обучение на медицинските специалисти (лекари, специалисти по здравни грижи и др.) с установените потребности и дисбаланса в осигуреността с кадри в системата;

2.7.3. Въвеждане на икономически стимули за повишаване на интереса към обучение и специализация на медицинските специалисти;

2.7.4. Създаване на условия за разширяване на функциите на специалистите по здравни грижи, с което да се даде възможност за осъществяване на специфични дейности и услуги, свързани с дългосрочни грижи, палиативни грижи и др.;

2.7.5. Участие в развитието на системата за продължаващо медицинско обучение и повишаване на контрола и отговорността на съсловните организации на медицинските специалисти при организирането и провеждането на обучението;



2.7.6. Заплащане на работещите в здравеопазването, обвързано с образователно-квалификационната степен, професионалната компетентност и постигнатите резултати;

2.7.7. Въвеждане на съвременни системи за управление на дейностите по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд в ЛЗ на областно ниво.

2.7.8. Осигуряване на жилища от общините на медицински специалисти, работещи в ЛЗБП на областно ниво, при доказан остър дефицит от тях.

2.7.9. Съдействие за осигуряване на стипендии от БЛС за специализация на лекари по медицински специалности, от които област Шумен има нужда.

2.7.10. Привличане на млади медицински специалисти, чрез обвързване с договори.

2.7.11. Съвместно с ЛЗБП да се предприемат дейности на промоция на медицинската професия сред учениците от 10 до 12 клас на местните училища, с цел да се запознаят с медицинската професия и в последствие да се стимулират завършвайки образование да работят в тези лечебни заведения.

## **ПОЛИТИКА 2.8. ОСИГУРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО И БЕЗОПАСНОСТТА НА МЕДИЦИНСКОТО ОБСЛУЖВАНЕ**

### ***Ключови предизвикателства:***

- *Неудовлетвореност от качеството и безопасността на медицинското обслужване;*  
- *Липса на връзка между качество и финансиране на дейността на лечебните заведения.*

Подобряването на качеството в здравната ни система означава не само предоставяне на подходящите здравни услуги на всеки пациент, по всяко време, но и изпълнение на обещанието, че държавата се грижи и ще продължава да се грижи за своите граждани.

Неговите основни измерения са:

- Безопасност - намаляване на риска за пациентите от причиняване на вреда в хода на диагностично-лечебния процес.

- Своевременност - диагностичните процедури и съответно лечението се предоставят в подходящия момент.

- Ефикасност - лечението се предоставя по най-добрия начин и довежда до желаните резултати.

- Ефективност - лечението довежда до желаните резултати при минимални усилия, разходи и загуби.

- Справедливост - грижите се предоставят на равнопоставена основа за всички без значение на етническа принадлежност, пол, религия, социално положение.

- Ориентиране към пациента - уважение, отговорност и индивидуален подход към всеки, потърсил медицинска помощ.

Изпълнителите на медицинска помощ имат пряката отговорност за лечението и грижите за пациентите и като такива са ключовата фигура по осигуряването и развитието на качеството в здравните заведения на областта. Във връзка с това, те следва да придобият съответните знания, отнасящи се до техните задължения (вземане на решение, професионални изисквания, търсене и очаквания от страна на пациентите, както и на колегите); да въведат в своята практика и да поддържат на ниво знанията си за професионалните норми; да участват в процеса за развитие на качеството и да следват системата, която бъде възприета.

Сътрудничеството с пациентите и техните близки, както и с пациентските организации е основен момент по осигуряването и развитието на качеството. Пациентите могат и трябва да участват при оценката на качеството на лечебните заведения винаги, когато това е възможно, като се използват различни канали - специални кутии, неформални разговори, въпросници, изследване на пациентите, конференции за обсъждане на очакванията както и формално изслушване на пациентите и техните организации.

Партньорството със средствата за масова информация от региона и правилният диалог трябва да допринесат за информиране на населението, както и за повишаване на доверието на

пациентите в здравната ни система.

Съсловните организации на лекари и лекари по дентална медицина, както и на фармацевти и специалисти по здравни грижи в област Шумен, следва да играят основна роля в процеса на осигуряване на качеството, особено при провеждането на изпреварващо обучение на членовете си и създаването на работни групи по въпроси на качеството в различните професионални сфери.

#### **МЕРКИ:**

2.8.1. Обучение в областта на качеството и безопасността на медицинското обслужване, комуникацията пациент - медицински специалисти и управлението на конфликти;

2.8.2. Колаборация със средствата за масова информация на регионално ниво с цел предоставяне на информация за качеството и безопасността на медицинското обслужване за обществеността;

2.8.3. Оптимизиране на контрола върху качеството и безопасността на медицинското обслужване в ЛЗ на територията на област Шумен.

2.8.4. Посещаване на курсове, семинари, обучителни сесии с цел повишаване на квалификацията на медицинските специалисти в региона и обмяна на опит.

2.8.5. Провеждане на анкети и ежегодно проучване на мнението на населението за удовлетвореността от медицинското обслужване, така и на медицинските специалисти за управлението и нуждите на лечебните заведения.

### **ПРИОРИТЕТ 3. УКРЕПВАНЕ НА КАПАЦИТЕТА НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**

Настоящият приоритет обхваща мерки за интегриран подход за гарантиране и съхранение на здравето на обществото и отразява разбирането, че грижата за общественото здравеопазване е ангажимент на държавата, институциите, обществото като цяло и на отделния индивид, а постигането на по-добри резултати изисква постоянни инвестиции и усилия за укрепване капацитета на общественото здравеопазване.

В изпълнение на приоритета за укрепване на капацитета на общественото здравеопазване и постигане на целите за провеждане на ефективна държавна политика в област Шумен, за опазване на здравето на населението следва активно да бъдат въввлечени всички обществени сектори, а не само структурите на здравната система.

#### **ПОЛИТИКА 3.1. ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕ И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ**

##### ***Ключови предизвикателства:***

- *Значителна част от населението е носител на сериозни поведенчески рискови фактори;*

- *Недостатъчно осъзната лична и обществена отговорност по отношение на индивидуалното здраве, здравето на семейството и на цялото общество.*

- *Липсва активна държавна политика в областта на промоцията и профилактиката.*

Съществува неизползван потенциал за постигане на по-добро здраве на населението в България, съответно на регионално ниво за предотвратяване на голяма част от заболяванията и преждевременната смъртност, който основно е в областта на промоцията на здравето и профилактиката на болестите. Промоцията въвежда активния подход към здравето и променя отношението на личността към него (личностен подход и социална отговорност), а профилактиката променя някои рискови за здравето фактори с цел недопускане на заболяване или предпазване от усложнения.

В политиката за промоция на здравето и профилактика на болестите в област Шумен следва активно да бъдат въввлечени и други обществени сектори (образованието, социалната сфера и др., местните органи на власт, бизнесът, средствата за масова информация, неправителствените организации, населението). Само при такова взаимодействие би могло

настоящите междусекторни политики, насочени към превенция и контрол на рисковите фактори, да дадат резултат.

За да бъде успешна, политиката по промоцията на здравето и профилактиката на болестите следва да се прилага интегрирано от всички звена на здравната система в областта.

Медицинските услуги, касаещи консултирането в областта на здравословния начин на живот, да се прилагат успоредно с лечебно-диагностичната дейност на общопрактикуващите лекари. Предлаганите от болниците услуги да разширят спектъра си с такива, които имат профилактична насоченост.

За пациентите с налични хронични заболявания следва да бъдат развивани и прилагани модели за ефективна вторична и третична профилактика на основата на интердисциплинарния подход, особено в условията на ограничени възможности и финансови ресурси.

Особено важно е преодоляването на наличния значителен дефицит на знания, умения и мотивация за здравословен начин на живот сред уязвимите групи и лица в неравностойно положение в региона, което е една от причините за формиране на негативни тенденции, касаещи здравния статус на населението.

Ролята на факторите на риска следва да бъде в основата на профилактичните дейности по програмите за интервенция. Практиката показва, че редуцирането на основните рискови фактори (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност) води до намаляване на смъртността и заболяемостта от хронични незаразни болести, съответно и на тяхното бреме за обществото.

Основна платформа за реализация на политиката е Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести до 2020 г., приета от МС през 2013 г., чиято стратегическа цел е подобряване на здравето на населението и повишаване качеството на живота чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболяемост и последствията за здравето (инвалидизация) от основните хронични болести.

#### **МЕРКИ:**

3.1.1. Прилагане на интегрирани модули за интервенция за намаляване факторите на риска (поведенчески, на жизнената среда) при различните възрастови и професионални групи и др. чрез използване на различни стратегии за координиране на дейностите на специалистите в област Шумен;

3.1.2. Изграждане на диалог и партньорство за съвместни дейности за здраве на регионално ниво с всички заинтересовани страни, активно включване на професионални и неправителствени организации, сдружения, медии и др.; Осигуряване на активно съдействие между РЗИ, БЧК, ОЗЦ, НПО и др.

3.1.3. Повишаване на знанията и методичния капацитет на РЗИ- Шумен в областта на здравословния начин на живот, с възможности за консултиране и повишаване на информираността, уменията и мотивацията на населението в тази насока;

3.1.4. Мултисекторно сътрудничество и включване на храненето в усилията за осъществяване на икономически ефективни действия за насърчаване на здравословното хранене;

3.1.5. Промоция на здравословно и балансирано хранене през всички етапи на живота чрез изграждане на подкрепяща среда в областта;

3.1.6. Участие на регионално ниво в секторни политики за съчетаване на здравните и социалните услуги с цел улесняване достъпа на трудно достъпните и маргинализираните групи, разширяване мрежата на здравните медиатори и повишаване знанията, уменията и ролята им в този процес.

3.1.7. Разработване и реализиране на инициативата, за ежегодно провеждане на "Седмица на здравето" във всички общини с участието на широк кръг медицински специалисти.

3.1.8. Използване на всички съвременни средства за масово осведомяване за осигуряване на своевременна, обективна и актуална информация на населението относно: здравето и

конкретни здравни проблеми; правата и задълженията на гражданите и медицинските специалисти; рискове за здравето и начини за предпазване;

### **ПОЛИТИКА 3.2. НАДЗОР НА ЗАРАЗНИТЕ БОЛЕСТИ**

#### ***Ключови предизвикателства:***

- *Риск от възникване и бързо разпространение на нови заразни болести;*
- *Риск от разпространение на заразни болести, които са "изкоренени" поради намаляване на имунизационния обхват на населението;*
- *Липса на ефективна система за надзор на вътреболничните инфекции и антибиотичната резистентност.*

В съвременния глобализиран свят на високи технологии, свободно движение на хора, стоки и услуги заплахите от бързо разпространяване на заразни болести стават все по-големи. Възникват реални рискове от разпространение на нови инфекциозни заболявания, както и на такива, които поради климатичните промени рязко променят своя ареал и епидемичен потенциал. Употребата на биологични агенти за причиняване на вреда (биотероризъм) се превръща в глобална заплаха. В тези условия от особено значение е ефективното функциониране на системата за надзор на заразните болести и опазване на страната и региона от внос и разпространение на инфекции с висок епидемичен потенциал за разпространение.

Специални действия трябва да се предприемат за превенция на ваксинапредотвратими заболявания на регионално ниво сред уязвими и маргинализирани групи от населението, които поради етнически, културни, социални или др. особености не ползват предоставените им от държавата здравноосигурителни права. Заразните болести нямат граници и при настоящата мобилност на хората запазване здравето на населението, вкл. на уязвимите групи, е възможно само при висок имунизационен обхват. Поддържането на висок имунизационен обхват при всички ваксинапредотвратими заразни болести ще спести финансови ресурси не само в сферата на здравната система, но и в социалната.

Важен елемент на политиката за надзор на заразните болести в областта е повишаване на готовността за справяне със здравните заплахи - биологични, химични, екологични. Необходимо е подобряване на възможностите за проучване и контрол на епидемии от инфекциозни болести, които потенциално ни заплашват. Специално внимание следва да се отделя на наблюдението на ранните предупредителни сигнали, възникнали на всяка точка от света и сочещи възможно начало на нова епидемия от инфекциозна болест, която може да причини пандемия. Необходимо е разширяване на обучението на медицинските специалисти и другите ангажирани в защитата на населението от бедствия екипи за реакция при епидемии, в т.ч. при биотероризъм, както и осигуряване на необходимите предпазни средства.

Приоритетна задача на общественото здравеопазване е и ограничаването на вътреболничните инфекции (ВБИ) и антимикробната резистентност (АМР). Надзорът на ВБИ и АМР е критерий за оценка на качеството на медицинските услуги и безопасността на пациентите. Необходимо е подобряване на системата за регистрация на ВБИ в ЛЗБП в областта, която да даде възможност за отразяване на мащаба и причините за нежеланите събития с цел разработване на ефикасни решения и начини за намеса. На национално и областно ниво следва да се осигури достатъчно информация за ВБИ, която да позволи на органите за наблюдение да извършват показателна съпоставка между различните лечебни заведения, да провеждат наблюдение на епидемиологията на причинителите на инфекции, да извършват оценка и да приемат насоки за политиките за профилактика и контрол на ВБИ. Профилактиката и контролът на вътреболничните инфекции следва да се превърнат в дългосрочен стратегически приоритет за лечебните заведения в областта. Следва да се установи сътрудничество между всички йерархични нива и функции за постигане на ориентирано към постигане на резултати поведение в тази област. Въпросът за безопасността на пациентите следва да бъде неотменна част от програмите на лечебните заведения.

Медицинските специалисти в ЛЗ следва да преодолеят настоящата съпротива и страх от санкции и да осъзнаят ползите от своевременното установяване и съобщаване на

вътреболничните инфекции с цел проучване на причините и превенция на последващи нежелателни реакции.

#### **МЕРКИ:**

3.2.1. Последователна и целенасочена регионална политика за осъществяване на високоефективен надзор на заразните болести и разходноефективна имунизационна политика, успоредно с повишаване знанията на медицинските специалисти и информираността на обществото по въпросите на профилактиката на заразните болести;

3.2.2. Поддържане на висок имунизационен обхват в тясно взаимодействие с всички ведомства, неправителствения сектор, местната власт с акцент върху обхващането на деца в риск и труднодостъпните групи от населението в област Шумен;

3.2.3. Предоставяне на достъпна и надеждна информация за вътреболнични инфекции (ВБИ) до обществото, въвеждане на високи стандарти в практиката и поведението за намаляване на риска от ВБИ, повишаване квалификацията и продължаващото обучение на персонала през целия професионален път;

3.2.4. Подкрепа на медицински структури, лечебни заведения и НПО, разработващи и реализиращи проекти насочени към: „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН”, туберкулоза и др. заразни заболявания.

### **ПОЛИТИКА 3.3. ЕФЕКТИВЕН И КАЧЕСТВЕН ДЪРЖАВЕН ЗДРАВЕН КОНТРОЛ**

#### ***Ключови предизвикателства:***

- *Значими рискове за здравето, свързани с факторите на околната среда;*
- *Намаляващ капацитет за осъществяване на дейностите по държавен здравен контрол;*
- *Липса на утвърдена система за координация и междусекторно сътрудничество по отношение на рисковете за здравето, свързани с факторите на околната среда.*

Провеждането на държавен здравен контрол в област Шумен е приоритетно насочено към превантивен контрол на рисковите фактори, които могат да доведат до влошаване както на индивидуалното, така и на общественото здраве като цяло и е пряко приложение на политиката на държавата за защита здравето на гражданите.

Основната цел на настоящата политика е повишаването на ефективността и качеството на държавния здравен контрол и достигането на високо ниво на съответствие с националните и европейските изисквания на обектите с обществено предназначение, продуктите, стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда, както и подпомагане подобряване качеството на живота и предотвратяване възникването на рискове за човешкото здраве.

Адекватното и навременно установяване на всяко отклонение от здравните норми и идентифициране на рисковете, които могат да възникнат за здравето на човека, последвано от предприемането на мерки за тяхното отстраняване, изисква непрекъснато усъвършенстване на системите за мониторинг на факторите на жизнената среда, осигуряване на съвременно и високотехнологично оборудване за лабораторната дейност, квалифициран и компетентен човешки ресурс.

Държавният здравен контрол, освен чрез систематични и насочени инспекции, се обективизира с вземане на проби за извършване на анализ от продукти и стоки, произведени в страната и/или пуснати на пазара, както за тяхната безопасност, така и за съответствието им с европейските и националните изисквания за качество.

От съществено значение е и усъвършенстване на формите и начините за предоставяне на здравна информация на обществеността в област Шумен както за рисковете за индивидуалното здраве, така и за въведените ограничения относно ползването на питейни и минерални води, продукти и стоки със значение за здравето на човека. Това създава възможност за информиран избор за подобряване на индивидуалното здраве и формиране на навици за здравословен начин на живот.

Поддържането на комуникация и бърз обмен на данни с ведомства и организации на национално и регионално ниво води до защита здравето на населението, осигуряване на безопасни и здравословни условия за живот.

Превантивната дейност по извършване на оценка на здравния риск на инвестиционни предложения води до недопускане реализирането им в случаите, когато могат да окажат отрицателно въздействие върху факторите на околната среда и влошаване качеството на живот.

#### **МЕРКИ:**

3.3.1. Повишаване ефективността на държавния здравен контрол осъществяван от РЗИ- Шумен на обектите с обществено предназначение, продуктите и стоките и дейностите със значение за здравето на човека и факторите на жизнената среда в съответствие с националните и европейските изисквания; Усъвършенстване на системите за мониторинг на факторите на жизнената среда;

3.3.2. Осигуряване на устойчиво развитие на човешките ресурси и укрепване капацитета на общественото здравеопазване на регионално ниво;

3.3.3. Подобряване на дейността на РЗИ- Шумен изразяващо се в обновяване на инфраструктурата и материално-техническата осигуреност; Повишаване капацитета на лабораторната дейност; Подобряване условията на труд.

### **КОМУНИКАЦИОННА И МЕДИЙНА ПОЛИТИКА**

За реализиране на целите, заложи в Здравната стратегия на област Шумен 2016- 2020, от изключителна важност е провеждането на устойчива комуникационна и медийна политика с ясни послания относно визията за развитието на системата на здравеопазването.

Специфичните цели на комуникационната политика са насочени към:

- осигуряване на информираност на обществеността за целите и мерките в Областната здравна стратегия и за приноса ѝ за здравето и благосъстоянието на хората;

- повишаване нивото на информираност и ангажираност на заинтересовани страни (институции, регионални власти, медии, браншови и неправителствени организации, бизнес среди и др.) в качеството им на основни мултипликатори в процеса на комуникация с обществото и гражданите;

- създаване на модели за партньорство между отговорните институции и медиите за ангажиране на обществения интерес към опазване на здравето и развитие на здравния сектор;

Комуникационната политика се осъществява в съответствие със следните основни принципи:

**Прозрачност** - дейностите по настоящата стратегия да бъдат широко популяризирани с оглед осигуряване на прозрачност за широката общественост, за идентифицираните целеви групи и всички заинтересовани страни.

**Партньорство** - комуникационната политика да бъде изпълнявана в тясно сътрудничество с основните заинтересовани страни и потенциални партньори.

**Достъпност** - разпространение на информация на достъпен за обществото и заинтересованите страни език и чрез достъпни средства.

**Диалогичност** - в процеса на провеждане на комуникационните дейности стремежът е постигане на координация и обединение на усилията на всички. С цел осигуряване на подкрепа за провежданите политики от изключителна важност са регулярните контакти с всички целеви групи и заинтересовани страни, особено с медиите.

Интернет медиите са все по-предпочитано средство за информиране и общуване, поради което ще се търсят възможности за използване на този комуникационен канал.

Ще бъдат използвани и други методи и инструменти за постигане на целите на комуникационната политика, в т.ч.:

- Комуникационна кампания за популяризиране на целите на Здравната стратегия на област Шумен. Представянето на приоритетите за развитието на здравната система цели получаването на подкрепа от максимално широк кръг от населението и създаването на

благоприятна обществена среда за провеждане на политиките.

- Целевите кампании ще продължават да се развиват и да привличат нови участници чрез използването на нови комуникационни техники и механизми, за да се гарантира устойчивост на резултатите

- Ефективен диалог със заинтересованите страни, имащи отношение към осъществяване на политиката за развитие на системата на здравеопазване.

От добрата работа с НПО сектора ще произтичат и най-съществените резултати, свързани с политиката по публичност, прозрачност и отчетност на резултатите от изпълнението на стратегията.

Съсловни организации, синдикати и сдружения на работещите в сектора - отношенията с тях ще бъдат насочени към създаване на условия за тяхното пълноценно включване в дейностите по нейната реализация.

## **МЕЖДУСЕКТОРНО СЪТРУДНИЧЕСТВО И ПАРТНЬОРСТВО С НЕПРАВИТЕЛСТВЕНИЯ СЕКТОР**

Прилагането на Здравната стратегия на област Шумен е пряко свързано с изпълнението на Националната здравна стратегия 2020, което се осъществява чрез комбинация от управленски подходи, за насърчаване на здравето и благосъстоянието и осигуряване съвместните действия на здравната система и на останалите сектори, на публичните и частните субекти, както и на гражданите в полза на общия интерес.

**Министерският съвет** осъществява цялостната координация и управление на дейностите по изпълнение на Националната здравна стратегия като основен стратегически документ за реализация на националната здравна политика. На регионално ниво Управителят на област Шумен и Областният съвет по здравеопазване ръководят и координират дейностите по изпълнение на Здравната стратегия на област Шумен 2016-2020.

**Министерството на здравеопазването** носи отговорност за разработването на план за действие за изпълнение на Националната здравна стратегия и реализацията на определените национални здравни цели и мерки за подобряване на здравето. То отговаря за оценяване на въздействието на политиките от други сектори върху здравето, за предоставянето на висококачествени медицински дейности и за осигуряване на основните функции на общественото здраве. То също така трябва да проследява как решенията за здравната политика се отразяват върху другите сектори и заинтересовани институции.

За реализация на Националната и Областната здравна стратегия Министерството на здравеопазването и неговата регионална структура РЗИ- Шумен се ангажират с подобряване взаимодействието с всички министерства и други държавни структури и организации за реализация на техните отговорности по отношение на социалните и екологичните детерминанти на здравето.

**Министерството на труда и социалната политика и неговите регионални структури в област Шумен**- основните отговорности на министерството произтичат от огромната роля, която играят социалните фактори върху здравето на населението, в т.ч. трудовата заетост и мрежата за социално подпомагане и грижи, особено за най-уязвимите обществени групи - деца в институции, деца и хора с физически и психически увреждания, възрастни хора, социално слаби и др. Министерството е ангажирано с осигуряване на трудова заетост и безопасни и здравословни условия на труд, както и осигуряване на социални услуги за посочените целеви групи.

Министерството на труда и социалната политика и Министерството на здравеопазването, чрез своите структури на регионално ниво ще си партнират в процеса на интеграция на социалните и здравните услуги, в т.ч. деинституционализация на домовете за деца и развитие на дългосрочните грижи, както и в процеса на усъвършенстване на медицинската експертиза и социалната оценка на хората с увреждане.

**Министерството на околната среда и водите и неговите регионални структури в област Шумен** имат отговорност за грижата за всички аспекти на състоянието на околната

среда и осигуряване на надеждна защита от контаминирането ѝ с вредни за здравето на хората компоненти от химическо, физическо и биологично естество.

**Министерството на образованието и науката и неговите регионални структури в област Шумен** - основните задачи на министерството са свързани с насърчаване на детските градини и училищата да създават среда, подкрепяща здравето, и да осигуряват на своите възпитаници поднесени по подходящ начин знания и умения, необходими за целите на добре информираната и независима преценка за ползите от доброто здраве. Въвеждането на съвременни здравнообразователни програми в детските градини и училищата следва да постави основата на ново индивидуално поведение по отношение на здравето и стила на живот.

**Министерството на младежта и спорта** съвместно с **регионалните структури на Министерството на образованието и науката и Министерството на здравеопазването** ще съгласуват своята работа по отношение спортните инициативи в училищата и насърчаване на спортните клубове да развият ориентирания към здравето спорт

**Министерството на земеделието и храните и неговите структури в област Шумен** - основните задачи, които това министерство ще изпълнява се свеждат до гарантиране на безопасността на храните за масова консумация и добива, преработката и продажбата на мляко и млечни продукти, на месо и месни продукти, на зеленчуци и плодове в съответствие със стандартите на Европейския съюз.

**Министерството на транспорта, информационните технологии и съобщенията и неговите регионални структури в област Шумен** - поради високия транспортен травматизъм, оставящ след себе си не малко случаи на тежки наранявания, инвалидизации и смърт, Министерството на транспорта следва да концентрира усилията си в рамките на своята компетентност за осигуряване на пътнотранспортна безопасност и реализиране на доказали своята ефективност и безопасност проекти за пътно строителство.

**Министерството на вътрешните работи и неговите регионални структури в област Шумен** - отговорностите на министерството са свързани с превенция на престъпността, в т.ч. домашното и сексуалното насилие, трафика на хора, както и осигуряване на пътнотранспортната безопасност. Особено важни са отговорностите на министерството, свързани с противопожарната безопасност и защитата на населението при бедствия.

**Министерството на финансите, чрез своите регионални структури** следва да наблюдава и координира ефективното разходване на публичните ресурси с цел създаване на устойчивост на процесите за подобряване на здравето и здравната система и постигане на синергичен ефект.

Друг основен партньор за изпълнение на мерките са съсловните организации и други сдружения на медицинските специалисти, синдикалните организации, както и представителите на бизнеса.

През последните години се наблюдава трайна тенденция неправителствените организации да проявяват активност не само при обсъждането на конкретни предложения, но и при формулирането на здравни приоритети и политики за обществено здраве.

Наред с това НПО работят по конкретни здравни проекти и защитават определени права на местно и национално ниво. По-активното участие на НПО в областта при реализация на здравните политики ще допринесе за преориентиране на здравната система в посока поставяне на пациента в центъра на системата и нарастване на доверието в нея.

Едно от основните предизвикателства по отношение на участието на гражданското общество в процесите на вземане на решения в областта на общественото здраве е необходимостта да се създаде култура и механизми за сътрудничество между правещите политиката в областта на общественото здраве и тези, за които тя се прави.

Участието на организациите на гражданското общество в цялата област в реализацията на целите на стратегията е изключително важно, за да се ангажират обществените нагласи и мотивации за постигане на колективни ползи. Ангажирането на общественото внимание и усилия са от ключово значение за постигане на здравните приоритети.



## **МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА**

Обект на мониторинг и оценка са приоритетите и политиките за реализация на **Здравната стратегия на област Шумен 2016-2020 и разработения план за действие към нея.**

Мониторингът има за цел да осигури ефективни механизми за систематичното и непрекъснато събиране, анализ и използване на информация с цел контрол, идентифициране и предприемане на корективни действия при реализацията на стратегическия документ.

Оценката на изпълнението има за цел да установи доколко постигнатите резултати от изпълнението на плана съответстват на обществените очаквания и потребности от развитието на системата на здравеопазване. Мониторингът и оценката са взаимосвързани инструменти, които имат важно значение за качествено и ефективно изпълнение на стратегията. Те се прилагат с цел подпомагане на управленските органи да преценяват обективно въздействието от изпълняваните политики и да подобрят процеса на планиране, като отчитат както постигнатия напредък, така и негативните ефекти.

Чрез тях се осигурява прозрачността в процеса на прилагане на Здравната стратегия, повишава се отговорността на държавните органи пред обществеността и се насърчава участието на заинтересованите страни при реализирането на конкретни политики.

Към Областния съвет по здравеопазване се създава **Комитет по наблюдение, контрол и отчитане** на резултатите от изпълнението на Здравната стратегия на област Шумен 2016-2020.

В процеса на мониторинг и оценка на изпълнението на Стратегията както и при актуализация на документа определени индикатори могат да бъдат подложени на преоценка и корекция в зависимост от конкретните потребности.

Резултатите от годишния мониторинг се отразяват в Обобщаващ годишен доклад за постигнатите резултати при изпълнението на Областната здравна стратегия.

Докладът се изготвя от Комитета по наблюдение, контрол и отчитане на резултатите от изпълнението на Стратегията въз основа на анализ на здравно-демографското състояние и дейността на системата на здравеопазване.

В зависимост от резултатите от оценката се взема решение за актуализиране на Плана за действие за периода до 2020 г.

Окончателната оценка на резултатите от изпълнението на Областната здравна стратегия следва да бъде осъществена към момента на приключване на срока за реализация на плана през декември 2020 г. На база на резултатите от оценката ще бъде оценено изпълнението и нуждата от актуализация за заложените цели и дейности за развитието на системата на здравеопазване в периода след 2020 г. В зависимост от резултатите срокът на действие на стратегията може да се удължи за определен период от време или да се пристъпи към разработване на нова.

## **РИСКОВЕ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

Реализацията на Здравната стратегия на област Шумен 2016-2020 е възможна в условията на предвидима външна и вътрешна среда в рамките на планирания период.

Основните рискове и ограничения, които могат да доведат до неизпълнението на заложените цели, са:

- Липса на политическа и обществена подкрепа за реализация на заложените политики и мерки;
- Влошаване на социално-икономическите условия в страната и областта, което ще окаже пряко влияние върху системата на здравеопазване;
- Неустойчивост на структурата, управлението и организацията на националната здравна система;
- Динамичност на нормативната уредба, регламентираща дейностите в системата на здравеопазване (закони и подзаконова нормативна рамка);

- Неефективно междуинституционално и междусекторно сътрудничество на централно и местно ниво;
- Засилване на негативните обществени нагласи по отношение на системата на здравеопазване;
- Липса на достатъчно финансови средства за изпълнение на политиките;
- Невъзможност за ангажиране на субектите в системата на здравеопазване на областно ниво за осъществяване на планираните дейности;
- Наличие на значителни форсмажорни обстоятелства - природни и предизвикани от човека бедствия, в т.ч. епидемии от заразни заболявания;
- Намалване на капацитета за управление, организация и изпълнение на дейностите в системата на здравеопазване, в т.ч. чрез отлив на кадри и влошаване на качеството на медицинското образование и квалификация.

**Настоящата здравна стратегия на област Шумен 2016-2020 г., беше одобрена и приета от Областния съвет по здравеопазване на заседание проведено на 15.12.2016 г.**