Приложение

НАЦИОНАЛНА КАРТА
НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ
ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ 3
I. ПРЕГЛЕД НА СТРАТЕГИЧЕСКИТЕ ДОКУМЕНТИ, ДАВАЩИ НАСОКИ ЗА РАЗВИТИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА СИСТЕМА ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ 4
II. ..... ПРЕГЛЕД НА СТРАТЕГИЧЕСКИТЕ ДОКУМЕНТИ, ИМАЩИ ОТНОШЕНИЕ КЪМ ТЕРИТОРИАЛНОТО ПЛАНИРАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ РЕСУРСИ 9
III. РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРЕГЛЕДА НА СТРАТЕГИЧЕСКИТЕ ДОКУМЕНТИ 20
IV. АНАЛИЗ И КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ИНВЕСТИЦИИ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ 21
IV.1 КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ИНВЕСТИЦИИ В ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ 23
IV.2. КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ УСЛУГИ И ИНВЕСТИЦИИ В БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ 38
IV.2.1. КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ БОЛНИЧНИ УСЛУГИ ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ НА ОРГАНИТЕ НА КРЪВООБРЪЩЕНИЕТО 65
IV.2.2. КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ИНВЕСТИЦИИ В БОЛНИЧНИ ПЕДИАТРИЧНИ ГРИЖИ 75
IV.2.3. КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ИНВЕСТИЦИИ ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ 85
IV.2.4. КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ИНВЕСТИЦИИ В ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С ПСИХИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ 99
IV.2.5 КАРТИРАНЕ НА НУЖДИТЕ ОТ ДЪЛГОСРОЧНИ ГРИЖИ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ, ОСЪЩЕСТВЯВАНИ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ 108
IV.3. КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ИНВЕСТИЦИИ В СПЕШНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ 116
Приложение № 1 140
Приложение № 2 141
Приложение № 3 154
Приложение № 4 169
Приложение № 5 182
Приложение № 6 196
Приложение № 7 208
Приложение № 8 223
Приложение № 9 227
Приложение № 10 229
Приложение № 11 239
Приложение № 12 246

ВЪВЕДЕНИЕ

Настоящият анализ е изготвен с цел да осигури обективни данни за потребностите на населението от здравни услуги и свързаната с тяхното задоволяване структура на системата за здравеопазване на национално, регионално и областно ниво, съобразена с общия модел на развитие на страната, специфичните насоки за развитие на системата на здравеопазване, утвърдените традиции на населението при ползване на здравни услуги и наличните ресурси, при най-ефективен начин на тяхното разходване.

България е страна, която има дългогодишен опит в анализа и картирането на потребностите от здравни услуги, като първата Национална здравна карта е приета през 2000 г., а последната през 2018 г. През тези повече от 20 години е натрупан значителен опит, който е систематизиран в обща методологическа рамка, която непрекъснато се надгражда и развива. Анализ на дългосрочните нуждите от здравни услуги на национално, регионално и областно ниво се провежда регулярно при актуализиране на Националната здравна карта и мониторинга на изпълнението на Националната здравна стратегия, като и при промени в стратегическата рамка, законодателната среда, установени проблеми, свързани със здравното състояние на населението и достъпа и качеството на медицинска помощ и др.

Настоящият анализ е изготвен от експерти от Министерство на здравеопазването, Регионалните здравни инспекции и Националния център по обществено здраве и анализи чрез комплексното прилагане на три модела за картиране на дългосрочните нужди от здравни услуги и свързаната с това структурата на системата за здравеопазване.

При изготвянето на анализа е извършен:

- задълбочен преглед на приетите общи и секторни стратегически документи и съдържащите се в тях приоритети за развитие на страната и на сектор „Здравеопазване“;
- задълбочен преглед на приетите стратегически документи, определящи пространствените перспективи за развитие на страната и регионите ѝ, в т.ч. смекчаване на допуснатите дисбаланси и неравенства в икономически, социален и териториален план;
- анализ на демографска и медико-статистическа информация – използвани са актуални национални данни от Националния статистически институт, Националния център по обществено здраве и анализи, Министерство на здравеопазването, както и данни предоставени от Регионалните здрави инспекции. За сравнителния анализ са ползвани данни от Евростат, СЗО и други международни източници.
- анализ на информация за допълнителна информация обслужваната територия– географски характеристики, пътна инфраструктура, промишленост и др.;
- анкетиране на РЗИ и другите заинтересовани страни на ниво област (NUTS 3);
- определяне на обективни и измерими индикативни стандарт/показатели и критерии за определяне на местоположението, броя и вида на доставчиците на здравни услуги, с основна отправна точка гарантиране на медицинска помощ за гражданите , отговаряща на критериите за достъпност, своевременност и качество.

Заключенията от анализа са базирани на комплексната оценка на резултатите от картирането на здравните нужди на национално, регионално и областно ниво, заложените в Националната здравна стратегия 2030 приоритети и политики и планираните интервенции в рамките на Националния план за възстановяване и устойчивост и оперативни програми на ЕС за настоящият програмен период.

Направените изводи, заедно с обработените данни, могат да послужат за формиране на разумна увереност, че избраният път за укрепване и развитие на системата за здравеопазване отговаря на нуждите на българските граждани и ще допринесе за общото развитие на страната и на нейния най-ценен ресурс – ХОРАТА.

I. ПРЕГЛЕД НА СТРАТЕГИЧЕСКИТЕ ДОКУМЕНТИ, ДАВАЩИ НАСОКИ ЗА РАЗВИТИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА СИСТЕМА ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Национална програма за развитие БЪЛГАРИЯ 2030

Националната програма за развитие (НПР) БЪЛГАРИЯ 2030, приета на 02.12.2020 г., е рамковият стратегически документ от най-висок порядък в йерархията на националните програмни документи, който определя визията и общите цели на политиките за развитие във всички сектори на държавното управление, включително техните териториални измерения. Тя определя три стратегически цели пред страната ни:

- Ускорено икономическо развитие
- Демографски подем
- Намаляване на неравенствата

При изготвянето на Националната програма за развитие БЪЛГАРИЯ 2030 е отделено специално внимание на Програмата за устойчиво развитие за периода до 2030 г. на Организацията на обединените нации „Да преобразим света“ и на включените в нея 17 глобални цели за устойчиво развитие. В частта за здравеопазване те са пряко свързани с реализация на Цел 3 Добро здраве от Целите за устойчиво развитие на ООН.

За изпълнението на тези цели са определени 13 национални приоритета, като дейностите, свързани с опазване на здравето са включени в Приоритет 12 Здраве и спорт. В него Националната програма за развитие БЪЛГАРИЯ 2030 дава общите насоки за развитие на сектор „Здравеопазване“ като определя две основни приоритетни направления:

- **Промоция на здраве и превенция на заболяванията**

В документа се подчертава, че подобряването на здравните характеристики на населението е ключово за постигане на растеж, развитие и устойчивост и се посочва необходимостта от поставяне на по-голям акцент върху разширяване на капацитета на системата за обществено здравеопазване и мобилизирането ѝ към насърчаване на здравословен начин на живот и превенция и профилактика на болестите;

- **Здравна мрежа и разходна оптимизация**

Документът акцентира върху оптимизирането на разходите в системата на здравеопазването, което е ключово за нейното устойчиво функциониране предвид очаквания силен натиск за увеличаване на публичния ресурс за здравеопазване в резултат на здравно-демографски и икономически фактори, като застаряването на населението, нарастването на заболеваемостта от хроничните незаразни болести, неблагоприятното въздействие на околната и трудовата среда, развитието на високотехнологични методи за диагностика и лечение и др. Посочва се необходимостта от мерки за ефективно разпределение на финансовите ресурси с акцент върху финансирането на дейностите по ранна диагностика и ефикасно лечение на социално-значими заболявания, рационална лекарствена употреба и преструктуриране на легловия фонд на лечебните заведения с цел развитие на дейностите за продължително лечение и за палиативни грижи. Планира се оптимизиране и повишаване на ефективността на здравната мрежа във всичките ѝ структурни части (извънболнична, болнична и спешна помощ), подкрепено от активни политики за развитие на човешките ресурси и електронизация и дигитализация на системата. Областите на въздействие включват:

- **Национална здравна карта** като основен инструмент за оптимизиране на структурата на здравната мрежа към потребностите на населението с цел осигуряване на достъпни и качествени здравни услуги на всички нива в извънболничната и болничната медицинска помощ. Чрез картографирането на здравните услуги ще определя необходимостта от осигуряване на инвестиции и/или пренасочване на ресурси към сферите, в които има установена потребност от определени здравни дейности.
- **Извънболнична медицинска помощ** с основен акцент върху развитието на качествената първична медицинска помощ, фокусирана върху дейностите, свързани със

здравното образование и с изграждането на умения за здравословен начин на живот, рационално предписване на лекарствени продукти, както и върху профилактичните дейностите и продължително наблюдение на лицата със социално-значими заболявания и на рисковите групи.

- **Спешна помощ** с интервенции, насочени към осигуряване на устойчиво финансиране на структурите, осъществяващи спешна медицинска помощ, осигуряване на условия за непрекъснато обучение и оценка на знанията и уменията на работещите в системата, към развитие на телемедицината и активното включване в спешните екипи на парамедицински персонал. Използването на отдалечени консултации и бърз пренос на данни в помощ на спешните екипи и усъвършенстването на информационната свързаност между информационните системи на ЦСМП и Националната система за спешни повиквания тел. 112 също са обект на приоритетно планиране.
- **Ефективност на болничната помощ** с интервенции, насочени към намаляване на обема и обхвата на дейностите, осъществявани в болничната помощ и увеличаване на дейностите, осъществявани в амбулаторни условия; усъвършенстване на механизмите за остойностяване на медицинските дейности и обвързване на финансирането с резултатите от болничното лечение. В допълнение се предвижда обновяване на материално-техническата база на държавни и общински болници и осигуряване на иновативни технологии и апаратура за диагностика и лечение. Специални усилия ще бъдат насочени за подобряване на материално-техническата база в системата на психиатричната помощ за осигуряване на съвременни възможности за лечение и рехабилитация.
- **Лекарствена политика и финансова устойчивост на системата на здравеопазването** с интервенции, насочени към насърчаване на рационалната лекарствена употреба, утвърждаване и осигуряване на устойчиво развитие на дейността по оценка на здравните технологии и проследяване на ефекта от терапията на лекарствени продукти с цел правилно терапевтично решение и разходването на публични средства.
- **Човешки ресурси в системата на здравеопазването** с интервенции, насочени към създаване на стимули за работа в страната с цел преодоляване на наличния териториален дисбаланс на медицинските специалисти, създаване на условия за увеличаване броя на приеманите студенти по медицински професии с установен недостиг (основно професията „медицинска сестра“) и подпомагане на следдипломното обучение за придобиване на специалност в системата на здравеопазването по специалности, при които се отчитат негативни тенденции.
- **Електронно здравеопазване** с интервенции, насочени към цифрова трансформация в сектор „Здравеопазване“, базирана на развитието на трите технологични стълба: облачни технологии, развитие на безжичните комуникации мрежи (4G/5G), масовото внедряване на високоскоростни оптични мрежи за пренос на данни. Интервенциите са насочени към разработване на интегриран електронен портал и приложение за гражданите, предоставящи централизирани услуги за електронно здравеопазване, включително здравна информационна система, здравен профил, здравно досие и мониторинг на състоянието, телемедицина, лекарствени предписания и административни услуги.

Заложените в Националната програма за развитие БЪЛГАРИЯ 2030 политики и интервенции в сектор „Здравеопазване“ са приоритетни области за инвестиции с национални средства и средства на ЕС.

Национален план за възстановяване и устойчивост

Пандемията от COVID-19, започнала в началото на 2020 г., доведе до безпрецедентна ситуация, комбинираща здравна и икономическа криза, със сходни ефекти върху всички държави членки на ЕС. Това мотивира изготвянето на координиран отговор на ниво Европейски съюз за справяне с и възстановяване от неблагоприятните ефекти вследствие на пандемичната обстановка. Основна част от стратегията е програмата „Следващо поколение

ЕС“, която стартира през месец юли 2020 г. Централна инициатива в тази програма е Механизмът за възстановяване и устойчивост, който цели да способства икономическото и социално възстановяване от кризата, породена от пандемията от COVID-19 и да направи европейските икономики и общества по-устойчиви и по-добре подготвени за справяне с предизвикателствата и възможностите.

Българският Национален план за възстановяване и устойчивост (НПВУ) е разработен с цел да способства икономическото и социално възстановяване на страната от кризата, породена от COVID-19 пандемията, чрез набор от мерки и реформи. Като основна цел на компонент „Здравеопазване“ е заложено подобряване на способността на здравната система да направлява дейностите в общественото здраве, увеличаване на устойчивостта на здравната система на сътресения, както и увеличаване на достъпа на населението до качествено и навременно здравно обслужване чрез реализирането на следните реформи и/или инвестиции:

- **Реформа 1: Актуализиране на стратегическата рамка на сектор „Здравеопазване“** - реформата предвижда анализ и промени в стратегическата рамка и нормативна уредба на сектор „Здравеопазване“ с цел повишаване на устойчивостта на здравната система на сътресения, както и увеличаване на достъпа на населението до качествено и навременно здравно обслужване. Разработването на Националната здравна стратегия и настоящата Национална карта на дългосрочните нужди от услуги е част от тази дейност, а тяхното изпълнение ще бъде подкрепено от фокусирани стратегически документи, насочени към приоритетни области за въздействие и инвестиции.
- **Реформа 2: Развитие на електронното здравеопазване и на Националната здравна информационна система** - развитието и внедряването на Националната здравно информационна система (НЗИС) се определя като ключов елемент от модернизирането на здравната системата, който ще създаде основа за интеграция на системите, обслужващи здравните и административните процеси, прозрачност в управлението на финансовите разходи, както и дейностите по организация, контрол, планиране и прогнозиране в системата на здравеопазването, възможност за оценка на качеството и безопасността на медицинското обслужване.
- **Реформа 3: Подобряване на привлекателността на здравните професии и насърчаване на по-балансирано разпределение на здравните специалисти на територията на цялата страна** - реформата е насочена към преодоляване на неравномерното разпределение и недостига на медицински специалисти, особено в малките населени места и отдалечените региони, като за ограничения достъп до медицинска помощ в страната.
- **Реформа 4: Подобряване на достъпа до първична и извънболнична помощ** - реформата е насочена към създаването на нов тип здравно-социална консултативна услуга, целяща подобряване на здравето на населението и популяризираща здравословния начин на живот, превенцията на социално-значимите заболявания и подпомагане на достъпа до специализирана медицинска грижа.
- **Реформа 5: Подобряване на достъпа до превантивни скринингови дейности** - реформата е **насочена** към преодоляване на липсата на организирана система за скрининг с цел откриване, диагностика и ранно лечение на социално-значимите заболявания.
- **Реформа 6: Съвременно здравно образование в българското училище** - реформата е насочена към изграждане на междуинституционално сътрудничество в процеса на обучението на децата и учениците за насърчаване на здравословен начин на живот и формиране на здравна култура.

За реализацията на планираните реформи ще бъдат осигурени целеви инвестиции:

- **Инвестиция 1: Модернизиране на лечебни заведения за болнична помощ** - инвестицията, която ще се реализира в рамките на финансиран със средства по НПВУ проект, е насочена към укрепване на капацитета на структурите, които са ключови за

здравната система в страната - педиатричната помощ и системата за диагностика и лечение на онкологични заболявания.

➢ **Инвестиция 2: Изграждане на Центрове за интервенционална диагностика и ендоваскуларно лечение на мозъчно-съдови заболявания** - инвестицията е насочена към подобряване на условията за интервенционална диагностика и ендоваскуларно лечение на мозъчно-съдови заболявания и обучение на специалисти в областта на ендоваскуларното лечение на мозъчно-съдови заболявания в България.

➢ **Инвестиция 3: Модернизация на психиатричната помощ** - инвестицията е насочена към подобряване на материално-техническата база в структурите от системата на психиатричната помощ за предоставяне на качествена здравна услуга, осигуряване на съвременни възможности за лечение и рехабилитация на пациентите, както и за развитие на възможностите за приобщаването им към обществото.

➢ **Инвестиция 4: Изграждане на система за оказване на спешна медицинска помощ по въздуха** - инвестицията има за цел да създаде система за предоставяне на модерна и квалифицирана спешна медицинска помощ по въздух в рамките на така наречения „златен час“ с последващ транспорт на пациенти и ранени, при необходимост, от и до всяка географска точка на страната, транспорт на пациенти между медицинските заведения и доставяне на медицинско оборудване, кръв, органи и лекарства.

➢ **Инвестиция 5: Национална дигитална платформа за медицинска диагностика** - инвестицията има за цел да обхване цифровата диагностика във всички медицински специалности и да създаде възможност за генериране на база данни цифрови изображения и нейната вторична обработка посредством валидирани алгоритми за машинно самообучение, невронни мрежи и др.

➢ **Инвестиция 6: Подобряване на националната система за спешни комуникации 112** - инвестицията цели осигуряване на качествена европейска услуга Единен европейски номер 112 за оказване съдействие на гражданите при необходимост от помощ и повишаване обхвата на предоставяната услуга в съответствие с напредъка и развитието на технологиите, чрез създаване на развиваща се единна комуникационно-информационна платформа, гарант за сигурност и доверие на гражданите.

➢ **Инвестиция 7: Развитие на извънболничната помощ** - инвестицията е насочена към подобряване на общественото здраве и включва дейности за укрепване и приоритизиране на извънболничната медицинска помощ в страната.

Планът за възстановяване и устойчивост е интегриран документ и като такъв включва и редица други мерки и инвестиции, които имат подкрепящ ефект по отношение на здравните политики, в т.ч. екологични, мерки свързани с образование, наука и иновации, информационна свързаност и други.

Национална здравна стратегия 2030

Националната здравна стратегия 2030 (НЗС 2030) е основният стратегически документ в сектор „Здравеопазване“, представящ дългосрочната визия за развитие на сектора, стратегическите му цели и приоритети, както и конкретни политики за тяхното изпълнение.

НЗС 2030 е изготвена на основата на системен анализ и критична оценка на индикаторите, характеризиращи състоянието на общественото здраве в ретроспективен, ситуационен и проспективен контекст. Тя адресира съществуващите предизвикателства, свързани със здравето на българските граждани и функционирането на българската здравна система, така че да се гарантира нейната устойчивост и да се създадат условия за постигане на икономически растеж и социално благополучие чрез оптимални инвестиции в по-добро здраве.

Национална здравна стратегия 2030 формулира три стратегически цели, които са дългосрочни, реалистични, измерими и представят очаквания краен ефект за обществото

- Стратегическа цел 1: Устойчиво подобряване на здравето и среда, подкрепяща здравето
- Стратегическа цел 2: Ефективно управление на ресурсите с фокус върху здравните резултати
- Стратегическа цел 3: Гарантиране на здравната сигурност и намаляване на неравенствата

Реализирането на стратегическите цели включва изпълнение на целенасочени политики и интервенции, групирани в три взаимосвързани и със синергичен ефект приоритети със съответни политики и области на въздействие:

Приоритет 1: Инвестиции в превенция и насърчаване на здравословно поведение и среда, подкрепяща здравето на всички през целия живот

Основен фокус на Приоритет 1 е адресирането на високите нива на рискови фактори, застрашаващи здравето на хората, като тютюнопушене, употреба на алкохол, затлъстяване, небалансирано хранене и ниска двигателна активност, както и фактори, произтичащи от околната среда. С цел намаляване на преждевременната и предотвратимата смъртност ще бъдат търсени начини и средства за повишаване на ефективността на усилията за засилване на здравната промоция и превенция, включително за повишаването на здравната култура.

Политики и области на въздействие:

- Политика 1.1. Насърчаване на здравословния начин на живот
- Политика 1.2. Развитие на среда, подкрепяща здравето през целия живот
- Политика 1.3. Ефективен скрининг и превенция на хронични незаразни болести
- Политика 1.4. Превенция на инфекциозните болести и подобряване на имунизационния обхват

Приоритет 2: Инвестиции в трансформиране на здравната система, ориентирана към потребностите на хората

Основен фокус на Приоритет 2 е трансформирането на здравната система от система, насочена основно към диагностика и лечение на болестите, към система, фокусирана върху превенцията, използваща най-ефективни методи за диагностика и комплексно лечение и осигуряваща приемственост на грижите близо до хората. Това означава, структурата и ресурсите на системата да се пренасочат и концентрират върху дейности с най-голям здравен ефект, съответни на потребностите на хората, при осигурен равнопоставен и лесен достъп и компетентни медицински специалисти.

Политики и области на въздействие:

- Политика 2.1. Развитие на капацитета на извънболничната помощ
- Политика 2.2. Преструктуриране и технологично развитие на болничната помощ
- Политика 2.3. Развитие на капацитета за спешна помощ и реагиране при извънредни ситуации
- Политика 2.4. Подобряване на достъпа до лекарствени продукти и медицински изделия
- Политика 2.5. Развитие на електронното здравеопазване и дигитализация на здравната система
- Политика 2.6. Култура за безопасност в здравеопазването
- Политика 2.7. По-добро планиране и мотивиране на работната сила в сектора на здравеопазването
- Политика 2.8. Дългосрочен, устойчив и предвидим механизъм на финансиране, основан на здравни резултати

Приоритет № 3 Прилагане на фокусирани стратегии за въздействие върху специфични проблеми на общественото здраве

Основен фокус на Приоритет 3 са прицелни интервенции в специфични области на въздействие, свързани с най-актуалните и тежки предизвикателства, водещи до лошо здраве. В тези области допълнително следва да бъдат фокусирани усилия, които да надградят общите политики, посочени в Приоритет 1 и Приоритет 2 и да доведат до най-бърз и значим

здравен ефект. Посочените области на въздействие са избрани на базата на направения анализ на здравния статус на население и спрямо тях ще бъде приложен специфичен интегриран подход чрез разработване на стратегически документи и реализиране на мерки и инвестиции, гарантиращи дългосрочни ползи и устойчивост.

Специфични политики и области на въздействие:

- Политика 3.1. Подобряване на майчиното и детско здраве и на педиатричната грижа
- Политика 3.2. Борба с рака и негово бреме
- Политика 3.3. Подобряване на възможностите за лечение на мозъчно-съдовите болести
- Политика 3.4. Развитие на донорството и трансплантациите
- Политика 3.5. Подобряване на психичното здраве и психиатричната грижа
- Политика 3.6. Остаряване в добро здраве и гериатрична грижа
- Политика 3.7. Ограничаване на антимикробна резистентност

Във всяка политика на НЗС 2030 са представени основните подходи за нейната реализация, съобразени с заложените в стратегическите документи от по-високо ниво политики, реформи и инвестиции. Към стратегията има разработен План за действие за изпълнение на стратегията за 5 годишен период.

Националната здравна стратегия 2030 и Плана за действие към нея предвижда част от фокусираните политики да бъдат доразвити чрез отделни стратегически документи:

- Национална стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030 г.
- Национална стратегия за детско и юношеско здраве и педиатрична грижа в Република България 2030 г.
- Национална стратегия за гериатрична грижа и остаряване в добро здраве в Република България 2030 г.
- Национална стратегия за електронно здравеопазване и дигитализация на здравната система 2030 г.
- Национален план за борба с рака в Република България 2030 г.

Заложените в посочените национални стратегически документи, в т.ч. Националната здравна стратегия 2030, приоритети и политики са използвани като отправна точка при настоящия анализ на дългосрочните нужди от здравни услуги по видове медицинска помощ и областите за интервенции и инвестиции.

II. ПРЕГЛЕД НА СТРАТЕГИЧЕСКИТЕ ДОКУМЕНТИ, ИМАЩИ ОТНОШЕНИЕ КЪМ ТЕРИТОРИАЛНОТО ПЛАНИРАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ РЕСУРСИ

Националната стратегия за регионално развитие за периода 2012 – 2022 г.

Националната стратегия за регионално развитие (НСРР) за периода 2012 – 2022 г. е основният документ, който определя стратегическата рамка на държавната политика за постигане на балансирано и устойчиво развитие на районите на страната и за преодоляване на вътрешнорегионалните и междурегионалните различия/неравенства. Тя е интегрирана стратегия за развитие, която отчита териториалните аспекти, специфични особености и потенциали за развитие на регионите на страната, като дава териториална насоченост на секторните стратегии и политики.

Главната стратегическа цел на НСРР е: „Постигане на устойчиво интегрирано регионално развитие, базирано на използване на местния потенциал и сближаване на районите в икономически, социален и териториален аспект.”

НСРР определя дългосрочните цели и приоритети на политиката за регионално развитие, която има интегрален характер, дава възможност за координация на секторните

политики на територията и съдейства за тяхното синхронизиране. Тя играе важна роля за постигане на съответствие и взаимно допълване между целите и приоритетите на политиката за регионално развитие и секторните политики и стратегии, които спомагат за балансирано развитие на районите, като акцентира върху въвеждането на принципите на териториалното сближаване в националните интегрирани политики за развитие и в механизмите за пространствено планиране.

С оглед пространственото координиране на процесите, протичащи в националната територия и районите, и създаването на устройствена основа за осъществяване на регионалното планиране и на отделните секторни планирания с цел постигането на комплексно, интегрирано планиране, НСРР акцентира върху **развитието и укрепването на полицентричен модел на развитие на териториално-урбанистичната структура**, обхващаща съчетание от три основни елемента:

- йерархичната система от градове – центрове, простиращи влиянието си върху различни по големина териториални ареали;
- основни и второстепенни урбанизационни оси на развитие, организирани по транспортните направления на коридорите от трансевропейската транспортна мрежа и на други транспортни мрежи от европейско и национално значение;
- териториалната структура на трите основни типа територии (природни неурбанизирани, периферни слабо урбанизирани и централни силно урбанизирани).

Според НСРР, осигуряването на устойчивост на мрежата от населени места в националната територия и изграждането на качествена селищна среда, гарантираща благоприятно социално-икономическо и екологично развитие, е приоритетна задача пред интегрираните политики за регионално развитие, които следва да спазват модела на териториално-урбанистична структура на страната и районите.

Националната стратегия за регионално развитие е пряко свързана с планирането на инвестиции със средства от националния бюджет и ЕС през периода и предлага териториалната основа за определяне на приоритети и мерки за постигане на балансирано и устойчиво териториално развитие, за устойчиво и интегрирано развитие на регионите и на градовете, за подобряване на достъпа до здравни, образователни и социални услуги и намиране на баланс в развитието на националното пространство на принципа на равнопоставеност на регионите, общините и населените места.

Националната концепция за пространствено развитие за периода 2013-2025 г., Актуализация 2019 г.

Националната концепция за пространствено развитие за периода 2013-2025 г. е средносрочен стратегически документ, който е базиран на Националната стратегия за регионално развитие 2012-2022 г. и представя модела на развитие на териториално-урбанистичната структура на страната във всички сектори, в т.ч. в сектор „Здравеопазване“.

Основна цел на Националната концепция за пространствено развитие за периода 2013-2025 г. е „Пространствено координиране на процесите, протичащи в националната територия чрез създаване на пространствено-устройствена основа и регулатор за осъществяване не само на регионалното, но и на отделните социално-икономически секторни планирания на национално ниво в контекста на общоевропейското пространствено развитие, за постигане на комплексно, интегрирано планиране“.

Така през призмата на пространственото развитие НКПР интегрира приоритетите и целите на общите стратегически документи и създава предпоставки за пространствено ориентиране и координиране на секторните политики, в т.ч. в сектора на здравеопазването, поради което задължително следва да се има предвид при дейностите по картиране на нуждите от здравни услуги и последващо планиране на инвестиции и интервенции в системата за здравеопазване в страната.

НКПР определя йерархичната система от градове-центрове, простиращи влиянието си върху различни по площ териториални ареали. Оценката на градовете центрове, подредени по йерархични равнища, е извършена посредством показатели за демографска динамика и значението им като административни, транспортни, здравни, образователни, културни, икономически и туристически центрове, актуализирана през 2019 г.:

- **1-во ниво** - столицата София, център с европейско значение за националната територия, 14-ти по големина сред градовете в ЕС; Попада в списъка на метрополните райони на Европа по изследванията на ESPON 2006, OECD 2016 и Eurostat 2017; Отстоява националната позиция на най-мощен притегателен център за чуждестранни инвестиции;
- **2-ро ниво** - големи градове, центрове с национално значение за територията на районите – 6 бр. – Пловдив, Варна, Бургас, Русе, Плевен, Стара Загора; Освен ролята си на регионални центрове, тези градове са сред най-атрактивните дестинации за инвестиции - според класацията на fDi Magazine „Европейски градове и региони на бъдещето 2018/2019“;
- **3-то ниво** - средни градове, центрове с регионално значение за територията на областите – 20 областни центрове и 8 други изявени градове – общо 28 бр. – Видин, Монтана, Враца, Ловеч, Габрово (3+), Велико Търново (3+), Търговище, Разград, Шумен (3+), Силистра, Добрич (3+), Сливен, Ямбол, Хасково (3+), Кърджали, Смолян, Пазарджик (3+), Перник, Кюстендил, Благоевград (3+), Свищов, Горна Оряховица (4+), Казанлък, Димитровград (4+), Асеновград (4+), Карлово (4+), Дупница (4+), Петрич (4+).

При предишната оценка (2012 г.), за градовете Габрово, В. Търново, Шумен, Добрич, Хасково, Пазарджик и Благоевград са отчетени потенциални възможности да преминат във 2-ро ниво при подходящо бъдещо развитие и евентуално стимулиране. Независимо, че всички те, с изключение на В. Търново, имат отрицателен демографски прираст, запазват стратегическите си позиции да израснат в йерархията на центровата система. Определените с толеранс при първото ранкиране 6 града от III-то ниво (Горна Оряховица, Димитровград, Асеновград, Карлово, Дупница и Петрич) също не защитават по категоричен начин отредената им позиция, но шансът им да я отстоят се запазва. Към 2019 г. тези градове запазват статута си на центрове от трето ниво. За да останат на това ниво, те следва да получат косвена или пряка подкрепа.

Общият фон на демографски спад в страната се пренебрегва като показател и при определянето на предпоследното стъпало в опорната мрежа от центрове – 4-то ниво. Това са малки градове с микрорегионално значение за територията на групи общини (околии) – 90 бр. Разположени са почти равномерно в районите от ниво 2. Над 15% от тях (14 бр.) са под считаната критична граница от 5 000 човека, но фактът, че обслужват не само собствената си територия, а и тази на съседни общини, прави ролята и позицията им стратегическа за жизнеността на периферииите в пространствения модел на селищната мрежа. Затова позиционирането им в четвъртото ниво се запазва, но с приоритетно насочване на публични ресурси още в предстоящите няколко години, за да не бъдат загубени опорни центрове от това ниво. Пространствената цялост[1] на публичните услуги в пространствения модел ще се запази, благодарение на наличните обекти и институции в градовете от 4-то и 5-то йерархични нива, разпределени по райони по следния начин:

- **4-то ниво** - В Северозападен район - 16 бр.: Белоградчик, Кула, Берковица, Лом, Бяла Слатина, Козлодуй, Мездра, Оряхово, Белене, Кнежа, Левски, Червен бряг, Никопол, Луковит, Тетевен, Троян (4+).

В Северен централен район - 11 бр.: Дряново, Севлиево (4+), Трявна, Елена, Лясковец, Павликени, Бяла, Исперих, Кубрат, Дулово, Тутракан.

В Североизточен район - 10 бр.: Балчик, Генерал Тошево, Тервел, Каварна, Девня, Провадия, Велики Преслав, Нови Пазар, Омуртаг, Попово.

[1] Под „пространствена цялост” се разбира покритие на цялата национална територия с равностойно достъпни публични услуги. Наличието на „бели полета” (зони без такъв достъп) означава, че съответната система няма „пространствена цялост”.

В Югоизточен район - 15 бр.: Айтос, Карнобат, Несебър, Поморие, Созопол (5+), Средец, Царево, Малко Търново, Елхово, Котел, Нова Загора, Твърдица (5+), Гълъбово, Раднево, Чирпан.

В Южен централен район - 20 бр.: Първомай, Раковски, Сопот (5+), Стамболийски (5+), Хисаря (5+), Свиленград, Харманли, Тополовград, Крумовград, Момчилград, Ивайловград (5+), Златоград, Мадан, Девин, Чепеларе, Велинград, Панагюрище (4+), Пещера, Ракитово (5+), Септември (5+).

В Югозападен район - 18 бр.: Своге, Самоков (4+), Ихтиман, Костенец (5+), Елин Пелин, Пирдоп, Златица (5+), Етрополе, Костинброд, Ботевград (4+), Сливница, Брезник, Радомир, Банско (5+), Разлог, Сандански (4+), Гоце Делчев (4+), Трън (5+).

Градовете със съхранени шансове, при благоприятно развитие на водещите функции и стимулиращо външно въздействие, за стабилно отстояване на сегашната позиция и евентуално изкачване в йерархията от центрове в по-далечно бъдеще (4+), са: Сандански (туризъм, ТГС), Гоце Делчев (химия, текстил, ГКПП Илинден), Свиленград (ГКПП Капитан Андреево, очаквани мащабни инвестиции) Ботевград (TEN-T пътен възел), Самоков (туризъм), Троян (диверсифицирана икономика), Севлиево (индустрия, логистика), Панагюрище (индустрия, медодобив). Градовете, поставени на четвъртото ниво с известен толеранс, са Созопол, Твърдица, Сопот, Стамболийски, Хисаря, Ивайловград, Ракитово, Септември, Костенец, Златица, Банско и Трън. Те са застрашени да загубят надобщинските си функции и следва да бъдат пряко или косвено подпомогнати, за да отстоят важната си роля. В най-критична позиция са Трън (2 338 ч.) и Ивайловград (3 233 ч.), които освен малката си демографска маса, страдат от типичната изолираност и затруднен достъп на крайгранични селища извън активни ГКПП.

Последното, пето стъпало в центровата йерархия на селищната мрежа, се заема от останалите 140 много малки градове и села, центрове със значение за територията на съответните общини. Последен към тази общност се присъединява град Сърница като център на едноименната община, съществуваща от началото на 2015 г. В предишни проучвания по критериите на „зони за целенасочена подкрепа“, цялото множество на общини с центрове от пето ниво попада в такива зони.

При направената през 2019 г. оценка по опростен набор от 3 показателя[2], първите 90 общини в най-лошо състояние също попадат в тази група.

Групирани по райони от ниво 2, **центровете от 5-то ниво са**:

Северозападен район - 30 бр.: Бойница, Брегово, Грамада, Димово, Макреш, Ново село, Ружинци, Чупрене; Бойчиновци, Брусарци, Вълчедръм, Вършец, Георги Дамяново, Медковец, Чипровци, Якимово; Борован, Криводол, Мизия, Роман, Хайредин; Гулянци, Долна Митрополия, Долни Дъбник, Искър, Пордим; Априлци, Летница, Угърчин, Ябланица.

Северен централен район - 19 бр.: Златарица, Лясковец, Полски Тръмбеш, Стражица, Сухиндол; Борово, Ветово, Две могили, Иваново, Сливо поле, Ценово; Завет, Лозница, Самуил, Цар Калоян; Алфатар, Главиница, Кайнарджа, Ситово.

Североизточен район - 21 бр.: Антоново, Опака; Венец, Върбица, Каолиново, Каспичан, Никола Козлево, Смядово, Хитрино; Добрич-селска, Крушари, Шабла; Аврен, Аксаково, Белослав, Бяла, Ветрино, Вълчи дол, Долни чифлик, Дългопол, Суворово.

Югоизточен район - 13 бр.: Камено, Приморско, Руен, Сунгурларе; Болярово, Стралджа, Тунджа; Братя Даскалови, Гурково, Мъглиж, Николаево, Опан, Павел баня.

Южен централен район - 29 бр.: Любимец, Маджарово, Минерални бани, Симеоновград, Стамболово; Джебел, Кирково, Черноочене, Баните, Борино, Доспат, Сърница, Неделино, Рудозем; Брезово, Калояново, Кричим, Куклен, Лъки, Марица, Перущица, Родопи, Садово, Съединение; Батак, Белово, Брацигово, Лесичово, Стрелча.

Югозападен район - 28 бр.: Белица, Гърмен, Кресна, Сатовча, Симитли, Струмяни, Хаджидимово, Якоруда; Бобов дол, Бобошево, Кочериново, Невестино, Рила, Сапарева баня,

[2] Намаляване на населението в периода 2011-2018 г., произведена продукция на човек и безработица

Трекляно; Земен, Ковачевци; Антон, Божурище, Годеч, Горна малина, Долна баня, Драгоман, Копривщица, Мирково, Правец, Чавдар, Челопеч.

При тази система от градове-центрове всеки център от по-горно ниво изпълнява и функциите на център от по-ниските нива. Териториалните ареали на влияние на градовете центрове от петте йерархични нива съвпадат съответно с границите: на община при 5-то ниво, на група общини при 4-то ниво, на област при 3-то ниво, на район при 2-ро ниво, на страната при 1-во ниво.

Според НКПР, настоящият модел на пространствено развитие се характеризира с проявена тенденция към моноцентризъм по отношение на София. На национално равнище, слаби балансьори на София са големите градове от 2-ро ниво Варна и Бургас в Източна България, Пловдив и Стара Загора в Южна България и Русе и Плевен в Северна България. В Западна България няма голям град - балансьор на столицата. Всички големи градове, взети заедно, са съизмерими със София като брой на населението, икономически принос, развитие на науката, висшето образование, здравеопазването, изкуството и културата. Този факт е недвусмислен признак на движение към моноцентризъм. На регионално равнище, проблемът център-периферия също се проявява, тъй като големите градове-центрове от 2-ро ниво нямат равностойни дубльори от същото ниво. Единствено в ЮИР, центърът Бургас има равностоен дубльор от 2-ро ниво Стара Загора, който играе подобна роля и по отношение на ЮЦР. Слаби възможности за постигане на дублираща функция показват Велико Търново спрямо Русе, Хасково спрямо Пловдив и Шумен спрямо Варна. Много по-слаби са възможностите в СЗР и ЮЗР, примерно на градовете Видин и Благоевград. Ролята на балансьори на големите градове в шестте района, играят средните градове от по-ниското, 3-то ниво. Тези градове са разположени по-равномерно в националната територия и това спомага да се намали ефекта център-периферия в територията на районите.

На областно равнище, проблемът „център-периферия" се проявява по-слабо, в сравнение с горните две равнища. В шест от областите, като балансьори на областните центрове, се проявяват 8 града от 3-то ниво: Свищов и Горна Оряховица спрямо Велико Търново, Казанлък спрямо Стара Загора, Димитровград спрямо Хасково, Карлово и Асеновград спрямо Пловдив, Дупница спрямо Кюстендил, Петрич спрямо Благоевград. В останалите области няма такива изявени градове - в тях балансьорите на областните центрове са от по-ниското, 4-то ниво. Такива са например: Лом спрямо Монтана, Троян спрямо Ловеч, Севлиево спрямо Габрово, Попово спрямо Търговище и др.

При продължаващо прилагане на полицентричния модел, той би влошил пространственото развитие и демографската ситуация в страната и би довел до двата полюса на разстилащите се, експанзивно развиващи се градове и свиващите се и обезлюдяващи се градове и населени места.

Структурата на националната мрежа в значителна степен припокрива настоящия урбанистичен модел, с изразена концентрация на здравните услуги в големите градове и засилваща се доминация на структурите в гр. София, при свиваща се базова мрежа, предоставяща услуги в извънболничната помощ и базово болнично обслужване, което води до формиране на големи територии без осигурени здравни услуги, които можем да наречен „медицински пустини".

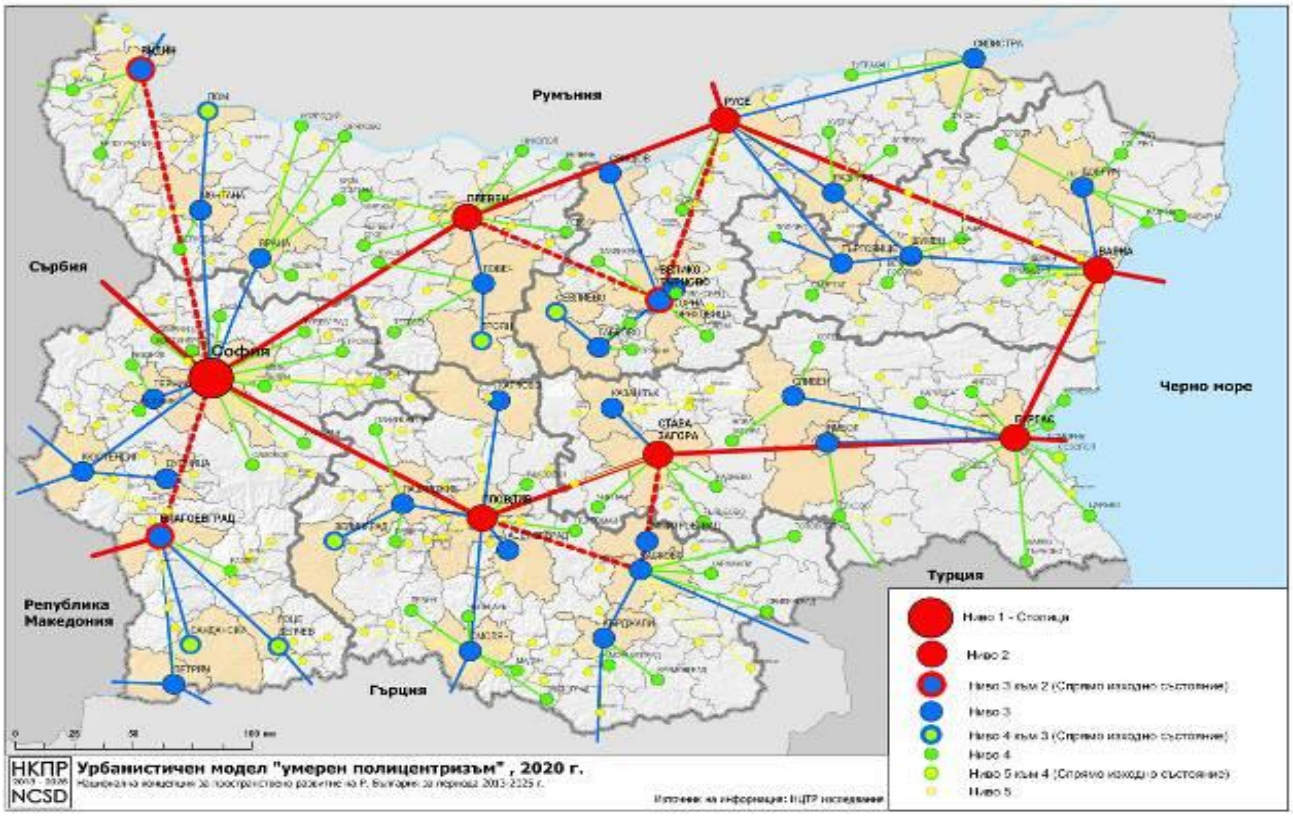
Съгласно НКПР, като перспективен модел на урбанистично развитие до 2025г. е определен моделът "умерен полицентризъм", което е потвърдено и при актуализацията през 2019г..

Моделът е междинен - между силно изразено моноцентрично и силно изразено полицентрично развитие. Може да се окачествти и като умерен моноцентризъм, балансиран с центрове - балансьори в районите от ниво 2.

В основата на избрания модел "умерен полицентризъм" е развитието на полицентричната мрежа от йерархизирани урбанистични центрове в пет йерархични нива:

За 1-во йерархично ниво на столицата, като център с европейско значение, НКПР предвижда по-нататъшно стимулиране на качественото интензивно развитие и ограничаване на екстензивното развитие.

За 2-ро йерархично ниво, големите градове центрове с национално значение за територията на районите, в НКПР е обосновано, че освен трите града Пловдив, Варна и Бургас, включени в класификацията на ESPON (Transnational–national), още три големи града имат качествата и потенциала да попаднат в тази категория – Русе, Стара Загора и Плевен. Тези шест големи градове могат по-успешно да балансират София и да покриват по-голямата част от националната територия с влиянието си на силни урбанистични центрове – двигатели на растеж, центрове на наука и иновации, предлагащи публични услуги от високо качество. Между тях с най-големи шансове да премине в по-горна категория в европейската класификация е град Варна, който показва просперииращо демографско и социално-икономическо развитие през последните години като важен научно-изследователски, образователен, здравен, транспортен и културен център. За да бъде още по-пълно покрита националната територия с такива центрове, в НКПР е заложена целта към това ниво поетапно да се включат поне още три града. На първо време, **Велико Търново** е с най-голям потенциал, тъй като още на настоящия етап се приближава в социално-икономическото си развитие до големите градове от ниво 2 и играе балансираща роля на Русе и Плевен в Северна България. В по-късен етап е важно и градовете **Благоевград и Видин**, при подходящо стимулиране, да добият качествата на центрове от ниво 2 поради важното им местоположение в Северозападната и югозападната периферни територии на страната.



Градовете от 2-ро ниво, които **ще функционират като регионални центрове**, ще формират основния скелет на полицентричната урбанистична структура. Тяхното сътрудничество в мрежа ще оказва благотворно влияние върху другите центрове от по-ниски йерархични нива, намиращи се в периферни и селски райони.

За 3-то йерархично ниво, градове-центрове с регионално значение в територията на областите, НКПР предвижда 25 града. Тези градове са останалите 17 областни центрове, към които са прибавени и градовете Свищов, Горна Оряховица, Асеновград, Димитровград,

Казанлък, Дупница, Петрич, Карлово. Градовете Сандански, Гоце Делчев, Троян, Севлиево, Панагюрище показват известни възможности при подходящо бъдещо развитие и евентуално стимулиране да преминат също в 3-то ниво. **Градовете от 3-то йерархично ниво са разположени сравнително равномерно в националната територия**. Тези градове имат мисията да допълват и балансират големите градове и да намаляват ефекта от моноцентрично развитие в територията на областите и районите.

Градовете от 1-во, 2-ро и 3-то йерархични нива формират основната опорна мрежа от урбанистични центрове в националната територия. На тях се пада основната роля за осъществяване на публичните услуги от високо ниво. В тези градове е развита основната мрежа от стойностни обекти на здравеопазването. Развитието на тези градове ще се осъществява чрез подходящо синхронизиране на пространственото планиране с политиката за регионално развитие и с другите секторни политики.

За 4-то йерархично ниво, малки градове с микрорегионално значение в територията на групи общини, НКПР предвижда 90 броя малки градове. Тези градове имат изключително важна роля за периферните селски и планински райони, предлагат работни места и основни публични услуги на повече от една община. Критерии за избор на тези градове са: подходящо местоположение в територията на областите, демографска големина, налични функции с надобщинско значение в икономиката, социалната сфера, образованието, здравеопазването и културата.

Разположението на градовете от 4-то йерархично ниво е равномерно в цялата национална територия - в СЗР 16 бр., в СЦР 11 бр., в СИР 10 бр., в ЮИР 15 бр., в ЮЦР 20 бр. и в ЮЗР 18 бр. Градовете Созопол, Твърдица, Сопот, Стамболийски, Хисаря, Ивайловград, Ракитово, Септември, Костенец, Златица, Банско и Трън са посочени от 4-то ниво, но са на границата между 4-то и 5-то ниво. В зависимост от бъдещото им развитие под влияние на социално-икономически и демографски фактори, те могат да останат в 4-то ниво или да загубят своето значение и да отпаднат в 5-то ниво. В НКПР те са поставени целево в 4-то ниво с оглед тяхното значение за поддържане нивото на обслужване на прилежащите им територии. Сред тях безспорно по-добри шансове на този етап имат курортните градове.

Стабилизирането на мрежата от малки градове от 4-то йерархично ниво изисква специална национална политика, тъй като от състоянието на тези градове ще зависи насоката на развитие на периферните селски и планински райони.

НКПР не пренебрегва най-малките и най-много на брой градове и села от 5-то йерархично ниво. Това са 140 бр. общински центрове, където се осъществява първичното обслужване на населението на общините и където са налични работни места извън селскостопанската заетост – в сферата на социалните услуги, търговията, администрацията, промишленото и занаятчийското производство, образованието, културата.

Характерно за този сценарий е интензивното развитие на столицата, съпроводено с развитието на не голям брой урбанистични центрове от 2-ро и 3-то ниво, както и стабилизирането на достатъчно голям брой центрове от 4-то ниво, което води до сравнително малко увеличаване на централните територии и намаляване на периферията, както и до приближаване на градски услуги до селските райони.

След перспективния срок 2025 г., този модел следва да еволюира към модела “развит полицентризъм” с постепенно увеличаване броя на урбанистичните центрове от 2-ро и 3-то ниво и стабилизиране на центровете от 4-то и 5-то ниво. Така на основата на този модел може да се насочва териториално-урбанистичното развитие в рамките на макроструктурните части от националната територия: Западна, Източна, Северна, Южна.

В Западна България, милионният град от 1-во ниво – София, ще доминира над средните градове от 3-то ниво Благоевград, Перник, Кюстендил, Враца, Монтана и Видин. Без да играят роля на балансьори, средните градове Видин и Благоевград заслужават специално стимулиране, за да преминат по значение към 2-ро йерархично ниво и да организират по-успешно територията на най-отдалечените северна и южна части на Западна България. Градовете Петрич и Дупница показват реални възможности да бъдат центрове от

3-то йерархично ниво и да играят ролята на балансьори на областните центрове. Към тях като балансьори имат шансове да се присъединят градовете от 4-то ниво Сандански, Гоце Делчев, Самоков, Ботевград. В северозападните периферни гранични територии е важна подкрепата на градовете от 4-то ниво Лом, Оряхово, Белоградчик и Берковица. В южната периферия подобна подкрепа заслужават градовете Петрич, Сандански, Гоце Делчев. Затруднено ще остава положението в западните периферни територии, където Радомир, Брезник и Трън нямат потенциала да подкрепят Кюстендил и Перник.

В Северна България ще доминират двата големи града от 2-ро ниво Русе и Плевен. Като техен равностоен партньор ще се развива Велико Търново, който показва възможности и тенденции да премине от 3-то към 2-ро йерархично ниво. Средните градове - областни центрове Ловеч, Габрово, Търговище, Разград и Силистра, а също и градовете Свищов и Горна Оряховица, са разположени равномерно по територията и ще играят роля на организиращи центрове от 3-то ниво. Градовете от 4-то ниво Троян, Севлиево и Попово ще играят ролята на балансьори на областните центрове. Другите градове от 4-то ниво нямат тези възможности, ако не бъдат обект на специална национална политика за малките градове в периферни селски райони. Проблемни периферни територии се очертават в северната придунавска част между Русе, Силистра и Разград и между Свищов, Плевен и Никопол, както и в южните старопланински и предпланински части между Търговище и Велико Търново, между Омуртаг и Елена и между Габрово, Троян, Тетевен и Луковит.

В Южна България ще доминира големият град Пловдив с партньор, другият голям град - Стара Загора. Тези градове от 2-ро ниво ще се развиват като основни полюси на растеж и развитие. Шансове за партниращa роля на двата центъра има средният град Хасково. Областните градове Пазарджик, Кърджали и Смолян, заедно с Казанлък, Асеновград, Карлово и Димитровград, като центрове от 3-то ниво, ще осъществяват организираща и стабилизираща роля в територията. Като периферни територии се очертават южните родопски планински и гранични територии и отчасти, средногорските и тракийските територии. Градовете от 4-то ниво - Панагюрище, Чирпан, Свиленград, Ивайловград, Златоград, Крумовград, Девин и Велинград заслужават да бъдат стимулирани, за да изпълняват своята организираща роля в тези периферни селски, планински и гранични територии.

В Източна България, като основни полюси на растеж и като балансьори на столицата ще се развиват двата големи града от 2-ро ниво - Варна и Бургас. Тези градове са източни "портали" за Европейския съюз и ще се развиват като важни транспортни и търговски центрове в европейската мрежа от градове. Като центрове от 3-то ниво се проявяват областните градове Шумен, Добрич, Търговище, Сливен и Ямбол, които покриват сравнително равномерно територията в дълбокия хинтерланд на крайбрежието. На самото крайбрежие, добро развитие показват градовете от 4-то ниво Балчик, Каварна, Несебър, Поморие, Царево, както и Карнобат и Айтос - в близкия хинтерланд. В северната периферия е необходимо стимулирането на Генерал Тошево, а в южната - на Елхово и Малко Търново, за да изпълняват важната роля на центрове от 4-то ниво в периферните селски и гранични райони. Във вътрешността на източната част, добро развитие показва и заслужава стимулираща подкрепа и Твърдица, като град от 4-то йерархично ниво с надобщинско значение.

За реализацията на този модел е НКПР, актуализация 2019 г. е заложена Специфична цел 1.2. „Полицентрично териториално развитие, а определените приоритетни действия по постигане на тази специфична цел са:

- подкрепа за интегрирано развитие на столицата и нейното засилено присъствие на европейско и международно ниво.
- разширяване на мрежата от градове от 2-ро йерархично ниво и поетапно приобщаване на други градове от 3-то ниво с потенциал и стратегическо разположение, които да балансират развитието на главните регионални и областни центрове.

➢ нарастване на ролята на градовете от 2-ро йерархично ниво като двигатели на регионалното развитие, като същевременно укрепват териториалното сближаване и увеличават конкурентоспособността на страната и контрабалансират развитието на столицата.

➢ поддържане на широка мрежа от градове от 3-то ниво чрез създаване на условия за разпространение на факторите за развитие, подкрепа за тяхното интегрирано развитие и синхронизиране на секторните политики.

➢ формиране и следване на национална политика за малките градове в периферни селски територии като доставчици на основни услуги за селските райони и подкрепа за тяхното интегрирано развитие и по-пълно използване потенциала на територията.

➢ подпомагане на най-слабите неформални райони (групи общини) чрез мерки със социална насоченост.

При изграждането на модела на пространствената концепция, социалното обслужване, и по-специално обектите на образованието, здравеопазването, културата, административните и социални услуги, играе важна роля за определяне на опорните центрове на полицентричната система на населените места.

По отношение на здравеопазването в концепцията се посочва, че състоянието на системата в страната е от важно значение за развитието на националната територия и за преодоляване на демографските диспропорции, от които впоследствие произлизат и социалните и икономически проблеми.

Предложенията и насоките за развитие на здравната инфраструктура чрез представения модел за полицентрично развитие са насочени към осигуряването на равнопоставен достъп до качествени здравна помощ и услуги в системата от градове-центрове от различен йерархичен порядък, при които се формират 5 нива на медицинско обслужване. Перспективите за развитие на системата са насочени към „осигуряване на адекватна на демографската структура на населението здравна инфраструктура. Очаква се тя да бъде постигната чрез интегриран подход към комплексното извънболнично и болнично обслужване, за осигуряване на равен достъп до всички видове помощ – спешна, неотложна, краткосрочна и продължителна хоспитализация в рамките на необходимото и достатъчно време за възстановяване и поддържане на оптимално здравно състояние“.

Предложенията за развитие на здравната инфраструктура в НКПР са с ясни пространствени параметри – равномерно покриване на територията на страната с обекти на здравеопазването, изграждане и реконструкция на транспортната инфраструктура, с особен акцент в планинските и труднодостъпни райони, за скъсяване на времето за достъп до здравни услуги и приложение на съвременните технологии за бързо диагностициране и консултиране (телемедицина), вкл. и в отдалечените селища.

През 2019 г. при извършената актуализацията на концепцията, като стратегически цели на НКПР, пряко отношение към планирането и пространственото развитие на системата на здравеопазването са включени:

СЦ 3: Социално сближаване - чрез създаване на равностойни условия за развитие и реализация на човешкия капитал.

Специфична цел 3.1. Пространствена свързаност и достъп до услуги - целта е комплексна и е насочена към развитие на националната техническа и социална инфраструктура за подобряване на пространствената свързаност на районите и урбанистичните центрове. Това са базовите условия за подобрен/равнопоставен достъп до образование, здравеопазване, социални и културни услуги.

Като приоритетно действие за постигане на тази специфична цел е включено П 3.1.3. „Равномерно покритие на националната територия с мрежа от обекти на високото ниво на публичните услуги в здравеопазването, образованието, социалното подпомагане и културата. Подобряване на достъпа до качествени услуги“.

Специфична цел 3.2. Качеството на образователни, здравни, социални и културни услуги - целта е насочена към подобряването на инфраструктурата на образованието,

здравеопазването, социалните услуги, културата и спорта. Целостта и качеството на системата на социалния сервиз са ключови за цялостното развитие на районите и общините, особено за слабите и изоставащи в развитието.

Като приоритетно действие за постигане на тази специфична цел е включено П 3.2.3. Модернизиране на здравната инфраструктура и подобряване на пространственото ѝ покритие.

Актуализацията на НКПР е пряко обвързана с новата Оперативна програма за развитие на регионите (ОПРР) 2021-2027 и предлага териториалната основа за определяне на нейните приоритети и мерки и развитие на отделните секторни политики.

Заложеният модел за полицентрично развитие на националната територия в рамките на йерархизирани урбанистични центрове в пет йерархични нива следва да бъде основна отправна точка при териториалното планиране на националната система за здравеопазване и нейните отделни елементи (извънболнична, болнична и спешна медицинска помощ) на национално, регионално, областно и местно ниво.

Национална здравна карта

Картирането на нуждите от здравни услуги в Република България е законово регламентирано.

Съгласно приетият от Народното събрание на Република България Закон за лечебните заведение (чл. 29, ал. 1 от ЗЛЗ), потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ се определят и планират на териториален принцип чрез Национална здравна карта, посредством която се осъществява националната здравна политика.

Основната цел на прилагането на Национална здравна карта е структурата на здравната мрежа да се адаптира към потребностите на населението, гарантирайки на всеки български гражданин равнопоставен достъп до здравни услуги.

Това превръща Националната здравна карта в основен документ със стратегически характер, който обвързва установените дългосрочни нужди от здравни услуги с политиките за тяхното осигуряване и необходимите ресурси и инвестиции на национално, регионално и областно ниво. Съдържанието, начинът на създаване и приемане и възможностите на НЗК да се прилага като основен инструмент за планиране и регулация на системата за здравни услуги в страната са регламентирани чрез Закона за лечебните заведения, Закона за здравното осигуряване и подзаконови нормативни актове. Задължителният характер на Националната здравна карта гарантира нейната устойчивост на заложените чрез нея секторни политики на всички нива и за цялата територия на страната.

Националната здравна карта се изработва въз основа на областни здравни карти, като по този начин картирането на дългосрочните нужди от услуги започва от нивото на основните административни единици на страната – областите (NUTS 1).

За изработване на областната здравна карта министърът на здравеопазването назначава комисия, която включва всички заинтересовани страни за съответната област - областния управител, двама представители на регионалната здравна инспекция, двама представители на районната здравноосигурителна каса, двама представители на районната колегия на Българския лекарски съюз, един представител на районната колегия на Българския зъболекарски съюз, един представител на регионалната колегия на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи, един представител на представителните организации за защита на правата на пациентите, признати по реда на чл. 86в от Закона за здравето, и по един представител на всяка община в съответната област.

Областните здравни карти се създават след оценка на потребностите от спешна, първична и специализирана извънболнична и болнична помощ и съответствието на лечебните заведения с изискванията на утвърдените медицински стандарти съгласно методика, утвърдена от министъра на здравеопазването.

Всяка Областна здравна карта съдържа:

1. данни за демографската структура, заболеваемостта по групи заболявания и по възраст и хоспитализираната заболеваемост на населението на територията на областта;

2. вида, броя, дейността и разпределението на съществуващите в областта лечебни заведения;

3. необходимия минимален брой на лекарите, лекарите по дентална медицина и на специалистите от професионално направление "Здравни грижи" в извънболничната помощ по специалности;

4. броя на практикуващите лекари, лекари по дентална медицина по специалности и броя на специалистите от професионално направление "Здравни грижи" в извънболничната медицинска помощ в областта;

5. броя на съществуващите легла за болнично лечение и осъществяваните медицински дейности по видове и разпределението им по лечебни заведения и по нива на компетентност на съответните структури;

6. данни за вида, броя и разпределението на извършваните в областта високотехнологични методи за диагностика и лечение и наличната за тяхното прилагане високотехнологична медицинска апаратура.

След изготвяне на областните здравни карти, Национална комисия с широко представителство на всички заинтересовани страни и експерти, анализира данните на ниво отделни области, региони и национално ниво и изготвя Националната здравна карта, която се приема от Министерски съвет на Република България.

Последната Национална здравна карта на България е приета с Решение на МС № 361 от 29 май 2018 г. за утвърждаване на Национална здравна карта на Република България и включва:

1. областни здравни карти съгласно приложения № 1 – 28;

2. конкретни потребности от лекари и лекари по дентална медицина по специалности и специалисти от професионално направление „Здравни грижи“ за осигуряването на достъп на населението до медицинско обслужване в извънболничната медицинска помощ за всички области съгласно приложение № 29;

3. конкретни потребности от легла за болнично лечение и медицински дейности по видове и нива на компетентност на съответните структури за всички области съгласно приложение № 30;

4. съществуващи лечебни заведения за болнична помощ, лечебни заведения по чл. 10 от Закона за лечебните заведения и лечебни заведения, осъществяващи високотехнологични методи на диагностика и лечение, върху картата на страната съгласно приложение № 31;

5. анализ на състоянието в областите, включително и относно необходимите лекари и лекари по дентална медицина по специалности и специалисти от професионално направление „Здравни грижи“ от извънболничната медицинска помощ в областите, съгласно приложение № 32;

6. видове медицински дейности, които се планират на регионално ниво, съгласно обособените райони по чл. 4, ал. 3 от Закона за регионалното развитие, съгласно приложение № 33;

7. карта на необходимите високотехнологични методи на диагностика и лечение и свързаната с тяхното прилагане високотехнологична медицинска апаратура съгласно приложение № 34;

8. карта на спешната медицинска помощ, съдържаща брой и местоположение на центровете за спешна медицинска помощ, съгласно приложение № 35.

Националната здравна карта се актуализира при необходимост, в случаите, когато се установи промяна в определените потребности на населението от медицинска помощ в резултат на промени в здравно-демографските показатели, структурата и организацията на здравната мрежа, както и промени в стратегическите документи и националните здравни приоритет.

Методологията за изработване на Националната здравна карта потребности от медицинска помощ по видове (извънболнична, болнична и спешна медицинска помощ) е един от основните подходи, използвани в настоящия анализ и оценката на дългосрочните нужди от здравни услуги.

Резултатите от анализа ще бъдат оценени за наличието на обстоятелства, които налагат промяна в действащата Национална здравна карта частично или изцяло, както и промени в методологията за определяне на потребностите от здравни услуги на областно, регионално и национално ниво.

III. РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРЕГЛЕДА НА СТРАТЕГИЧЕСКИТЕ ДОКУМЕНТИ

1. България има приети общи и секторни стратегически документи, определящи приоритетите и политиките за развитие на системата на здравеопазване в страната, в т.ч. необходимите реформи, интервенции и инвестиции.

2. Определените приоритети и политики в стратегическите документи съответстват на основните предизвикателствата пред здравето на българските граждани, базирани на международни и национални анализи и оценки и са последователно и в пълнота развити в тях.

3. България има приети национални стратегически документи, определящи насоките за балансирано и устойчиво териториално развитие на националното пространство на принципа на равнопоставеност на регионите, областите, общините и населените места, които следва да се прилагат при планирането на обществените услуги, в т.ч. в сектора на здравеопазването.

4. България има законодателно утвърден механизъм за картиране на потребностите на населението от достъпна медицинска помощ и тяхното планиране на териториален принцип чрез Национална здравна карта, посредством която се осъществява националната здравна политика.

5. Действащата Национална здравна карта е приета през 2018 г. и е базирана на информацията за период, която не отчита промените, настъпили в здравно-демографското състояние на населението и здравната мрежа в последните 5 години, в т.ч. в резултат на пандемията от COVID-19, както и актуалните стратегически документи, определящи целите и приоритетите на националната здравна политика.

Всичко това обуславя необходимостта от извършването на задълбочен анализ на актуалната информация, събрана на национално и областно ниво, в.т. чрез разработените Въпросници за здравните нужди и инвестиции и картиране на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции, като се вземат предвид възможностите за:

- национално финансиране на националните здравни политики, заложени в НЗС 2030 чрез средства от държавния бюджет, бюджета на Националната здравноосигурителна каса, други ведомства, общини и др.
- целеви инвестиции за реализация на заложените реформи в сектор „Здравеопазване“ по Плана за възстановяване и устойчивост:
  - Инвестиция 1: Модернизиране на лечебни заведения за болнична помощ - укрепване на капацитета на структурите, които са ключови за здравната система в страната - педиатричната помощ и системата за диагностика и лечение на онкологични заболявания.
  - Инвестиция 2: Изграждане на Центрове за интервенционална диагностика и ендоваскуларно лечение на мозъчно-съдови заболявания
  - Инвестиция 3: Модернизация на психиатричната помощ
  - Инвестиция 4: Изграждане на система за оказване на спешна медицинска помощ по въздуха
  - Инвестиция 5: Национална дигитална платформа за медицинска диагностика
  - Инвестиция 6: Подобряване на националната система за спешни комуникации

112

- Инвестиция 7: Развитие на извънболничната помощ

- целеви инвестиции за реализация на заложените политики в Националната програма за развитие България 2030 чрез Оперативните програми:
  - Програмата „Развитие на регионите“ 2021-2027.
  - Програма „Развитие на човешките ресурси“ 2021 – 2027.
  - Програма REACT - за помощ за възстановяване в полза на сближаването и териториите на Европа.
  -

IV. АНАЛИЗ И КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ИНВЕСТИЦИИ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Настоящият анализ е изготвен от експерти от МЗ, РЗИ и НЦОЗА, чрез комплексното прилагане на три модела за картиране на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции:

- **Здравно-политически ориентиран модел**, базиран на приетите национални здравни приоритети и политики и методологията за разработване на Националната здравна карта на Република България като инструмент за планиране на ресурси за реализация на националните здравни приоритети.

Чрез този модел се осигурява универсален подход към решаване на основните проблеми и предизвикателства, свързани както със здравно-демографския статус на населението, така и със състоянието на системата за здравни грижи и подкрепящата я инфраструктура, които са общи за всички региони и области на страната и изискват унифицирани подходи. Следва да се има предвид, че България има централизирана форма на планиране, регулация и финансиране на здравните услуги, а лечебните заведения на територията на страната са обвързани в йерархични и функционални връзки на съответните нива на медицинско обслужване, формиращи цялостна национална здравна мрежа. Освен това българското законодателство след 1999 г. не ограничава правото на достъп на българските граждани до медицинска помощ и избор на лечебно заведение на територията на цялата страна. Това не предполага изолирано оценяване и планиране на нуждите от здравни услуги на територията на дадена област или регион извън общия национален контекст. Този подход е законово регламентиран в нашата страна чрез Закона за лечебните заведения чрез въведените механизми за определяне и планиране на потребностите на населението от достъпна извънболнична и болнична медицинска помощ чрез Национална здравна карта, посредством която се осъществява националната здравна политика.

Моделът използва научно обоснован подход при анализа и планирането на здравните нужди, основан на утвърдени медико-статистически показатели и методологическа рамка, включваща комплекс от национални индикативни стандарти за осигуреност на населението и капацитет на системата на здравеопазването.

Добавената стойност на този модел е, че чрез него се осигурява максимално ефективно планиране на ресурсите за развитие на специализирани и високоспециализирани медицински дейности на регионално и национално ниво при гарантирана равнопоставеност на достъпа на населението до здравни услуги на територията на цялата страна.

- **Пространствено ориентиран модел**, базиран на приетия модел на „умерен полицентризъм“ за балансирано икономическо и социално развитие на националната територия, съгласно Националната стратегия за регионално развитие и Националната концепция за пространствено развитие 2013-2025 г.

Чрез този модел се осигурява пространствено съответствие на системата за здравни услуги с приетия полицентричен модел на териториално-урбанистична структура на страната и районите в контекста на общоевропейското пространствено развитие. Той е основан на схващането, че осигуряването на здравни услуги е пряко свързано с осигуряването на устойчивост на мрежата от населени места в националната територия и изграждането на качествена селищна среда, гарантираща благоприятно социално-

икономическо развитие. По този начин се гарантира, че планираните интервенции и инвестиции в здравни услуги със средства от националния бюджет и ЕС ще допринесат за постигане на балансирано и устойчиво териториално развитие, за подобряване на достъпа до здравни услуги и за намиране на баланс в развитието на националното пространство на принципа на равнопоставеност на регионите, общините и населените места.

При разработването на модела е използван научно обоснован подход, базиран на аналогични разработки за регионално и пространствено планиране. Едновременно с това е използван и подхода, основан на местните характеристики и потенциал[3], чрез който универсалния полицентричен модел да се адаптира по отношение на структурата и капацитета на системата на здравеопазване чрез отчитане на специфичните характеристики и местния потенциал на отделните региони и области.

Добавената стойност на този модел е създаването на концептуална основа за интегрирано териториално развитие на системата на здравеопазване, обвързвано с определените насоки в Националната концепция за пространствено развитие за периода 2013–2025 г., Актуализация 2019 г.

- **Общностно ориентиран модел**, базиран на методология, разработена в сътрудничество с екипа по проекта PUB HUB Хърватия от Медицинския университет в Загреб, Европейската комисия и представители от България, Хърватия и Словения за картиране и оценка на състоянието на здравните услуги и идентифициране на дългосрочните нужди на областно ниво от Регионалните здравни инспекции.

Чрез този модел, основан на подходът „отдолу-нагоре“, се допълват и адаптират резултатите от другите два модела, при които оценката и планирането на нуждите от здравни услуги се осъществяват въз основа на общи за националната територия признаци, с резултати и изводи, отчитащи специфичните особености на съответните области и региони. По този начин се подпомага цялостния процес на вземане на решения, изпълнението им и прилагането на Националната карта за дългосрочните нужди от здравни услуги въз основа на предложения, постъпващи от по-ниските йерархични нива.

Добавената стойност на този модел е, че в оценката на нуждите чрез РЗИ са включените местните заинтересовани страни, а събраната информация чрез разработените въпросници позволява детайлен сравнителен анализ на състоянието на здравето и здравната система между отделните области на страната.

За оценка на нуждите на регионално ниво са ползвани и проектите на Интегрираните териториални стратегии за развитие на 6-те региона за планиране от ниво 2, като стратегически документи, които определят средносрочните цели, приоритети и перспективи за устойчиво интегрирано регионално и местно развитие на територията на съответния регион за планиране в съответствие с предвижданията на Националната концепция за регионално и пространствено развитие и другите секторни и хоризонтални политики.

Националната карта на дългосрочните нужди от здравни услуги е разработена чрез съвкупното прилагане на представените модели и подходи и анализ на значителна по обем информация:

- демографска и медико-статистическа информация – използвани са актуални национални данни от НСИ, НЦОЗА, НЗОК, МЗ, както и данни предоставени от РЗИ. За сравнителния анализ са ползвани данни от Евростат, СЗО и други международни източници.
- допълнителна информация за обслужваната територия (области и райони) – географски характеристики, пътна инфраструктура, промишленост и др.;
- данните от Въпросниците за здравни нужди за всяка област на страната;
- данните от Националната здравна карта на Република България, 2018
- Годишните доклади за здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия, изготвени от МЗ за 2019, 2020 и 2021 г.

[3] Barca, F. (2009) An agenda for a reformed cohesion policy: A place-based approach to meeting European Union challenges and expectations.

- Здравен профил на България 2019, 2020, 2021 г. публикувани в изданието State of Health in the EU

Анализът и картирането на дългосрочните нужди от здравни услуги обхваща:

- анализ и картиране на общите нужди от здравни услуги – основава се на общи цели и тенденции за развитие на системата и отделните нейни компоненти:
  - извънболнична помощ;
  - болнична помощ;
  - спешна медицинска помощ.
- анализ и картиране на специфичните нужди от здравни услуги за определен проблем – основава се на тенденциите на развитие и целите за решаване на идентифицираните значими здравни проблем.
- анализ на специфичните нужди от здравни услуги за определени райони – обхваща потребностите на определените райони в страната, като се основава на оценка на характеристиките на обслужвания район.
- обхватът на анализа на дългосрочните нужди от здравни услуги включва:
- областно ниво - за определяне на нуждите от здравни услуги, осигурявани в конкретна област (NUTS 3).
- регионално ниво - за определяне на нуждите от здравни услуги, осигурявани в определен регион за икономическо планиране (NUTS 2);
- национално - за определяне на нуждите от здравни услуги, осигурявани общо за цялата страна (NUTS 1);

Заключенията от анализа са базирани на комплексната оценка на резултатите при прилагането на трите модела спрямо настоящата структура на системата за медицинска помощ на национално, регионално и областно ниво, заложените в Националната здравна стратегия 2030 приоритети и политики и планираните интервенции в рамките на Плана за възстановяване и устойчивост и Оперативни програма на ЕС за настоящият програмен период.

Планираните в Националната карта на дългосрочните нужди от здравни услуги интервенции и инвестиции в системата на здравеопазване на национално, регионално и областно ниво са съобразени със следните принципни насоки:

- интегрирано планиране и комплексно третиране на здравните нужди и услуги на територията на страната на цялата страна;
- научен подход на планиране, прилаган на всички равнища и дейности в системата на здравеопазване, адаптиран спрямо местните характеристики и потенциал;
- приоритетно защитени публични интереси за гарантиране на баланса с индивидуалните интереси в реализирането на идеите и приоритетите на националната здравна политика;
- приемственост, съгласуваност и непрекъснатост на плановия процес, подпомагащи рационалното развитие и адекватно използване на натрупания опит през годините;
- концентрация – тематична, финансова, географска, ресурсна и времева, предлагаща по-адекватно поведение в използването на ограничените ресурси.

Хоризонтът за реализация на тези интервенции и инвестиции е съобразен с периода на действие на Националната здравна стратегия 2030, като при промяна в действащите стратегически документи или съществени промени в здравно-демографския статус на населението, отклоняващи се от направените прогнози до 2030 г., може да бъде направена актуализация на документа.

IV.1 КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ИНВЕСТИЦИИ В ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ

Настоящата система за извънболнична помощ на страната е структурирана след 1999 г. в резултат на проведената реформа в системата на здравеопазването, една от целите на която беше разделянето на здравните услуги, осъществявани в извънболнични и болнични условия и изграждане на самостоятелна система за извънболнична помощ, включваща:

- първична извънболнична помощ – медицинска и дентална;
- специализирана извънболнична помощ – медицинска и дентална.

Първичната медицинска помощ в обхвата на задължителното здравно осигуряване в България се предоставя от общопрактикуващи лекари, които са регистрирани като физически или юридически лица с частна практика, работещи задължително по договор с НЗОК. Медицинските практики за първична помощ са два вида – индивидуални и групови. В практика за първична медицинска помощ могат да бъдат наети медицинска сестра или други медицински специалисти.

Българските граждани, които са задължително здравно осигурени, имат право на свободен избор на ОПЛ без ограничение на територията на страната.

Общопрактикуващите лекари извършват прегледи, диагностика, лечение, дават консултации и предписват лекарства. Те са отговорни също за осъществяване на превенция (имунизации), промоция на здравето и здравно обучение.

Първичната дентална помощ се осигурява от лекари по дентална медицина, които са регистрирани като физически или юридически лица с частна практика, работещи задължително по договор с НЗОК. Денталните практики за първична помощ също могат да бъдат индивидуални и групови. Денталните лекари в първичната помощ предоставят ограничен обем дейности в обхвата на задължителното здравно осигуряване, които са безплатни за пациентите, както и платени услуги.

Специализираната извънболнична помощ (медицинска и дентална) се предоставя от лекари и лекари по дентална медицина с придобита медицинска/дентална специалност. Специалистите по клинични специалности могат да работят в индивидуални или групови специализирани практики или в по-големи лечебни заведения, включващи специалисти по различни специалности – Диагностично консултативни центрове (ДКЦ), медицински центрове (МЦ), медико-дентални центрове (МДЦ), сключили договор с НЗОК. Специалистите по медико-диагностични специалности осъществяват дейността си в медико-диагностични лаборатории – самостоятелни или към друго лечебно заведение за СИМП.

Българските граждани, които са задължително здравно осигурени, имат право на свободен достъп до специализирана извънболнична помощ без ограничение на територията на страната. За да ползват здравноосигурителните си права за достъп до специализираната извънболнична помощ, пациентите трябва да получат направление от ОПЛ както за специалист, така и за лабораторно изследване. Децата и бременните жени имат директен достъп до педиатри и акушер-гинеколози.

Всички лечебни заведения за първична извънболнична помощ са частна собственост, както и над 90 % от лечебните заведения за специализирана извънболнична помощ.

След 1999г. държавата няма въведени механизми, регулиращи броя на лечебните заведения за извънболнична помощ, тяхното местоположение и предмет на дейност. Разкриването и закриването на лечебни заведения е обвързано основно с частната инициатива и предпочитанията на лекарите и лекарите по дентална медицина, като за сега опитите на местната власт и НЗОК за прилагане на мотивиращи механизми за привличане на лекари в практики с неблагоприятни условия за работа, труднодостъпни и отдалечени райони, имат частичен успех.

Потребностите на населението от първичната медицинска/дентална помощ се планират в Националната здравна карта на България на областно и национално ниво, като за показател е определен броя на лекарите/лекарите по дентална медицина и броя на специалистите по здравни грижи, работещи в първичната извънболнична помощ.

Съгласно приетата нормативна уредба за структурата и съдържанието на Областните и Националната здравна карта и утвърдената Методика за разработване на Областните здравни карти, на областно ниво се планира необходим минимален брой на лекарите, лекарите по дентална медицина и специалистите от професионално направление „Здравни грижи“ в извънболничната медицинска помощ по специалности.

Съгласно приетата методология необходимият минимален брой лекари и лекари по дентална медицина се определя на базата на броя на населението в областта (Н) и определени национални показатели за осигуреност с лекари/лекари по дентална медицина в първичната извънболнична помощ на 100 000 души население (П1) по формулата:

Необходим минимален брой лекари в ПИМП = Н х П1/100 000

Стандартът за минимална осигуреност на 100 000 души население (П1) е както следва

- Лекари Обща медицина - 66,6 на 100 000 души население
- Лекари Дентална медицина- 100,0 на 100 000 души население

Това формира средна осигуреност в ПИП за страната:

- 1 лекар обща медицина на 1500 жители
- 1 лекар по дентална медицина на 1 000 души

Определеният стандарт за минимална осигуреност с ОПЛ от 66,6 на 100 000 жители, съответства на едно от най-ниските нива на осигуреност с ОПЛ в ЕС, но следва да се има предвид, че за разлика от повечето европейски страни, в България е осигурен много добър и лесен достъп на населението до специализирана медицинска помощ, в която се извършват редица дейности в обхвата на първичната медицинска помощ, осъществявана от ОПЛ в другите страни членки на ЕС - например свободен достъп до педиатър и акушергинеколог за наблюдение деца и бременни жени, диспансерно наблюдение на хронични заболявания, консултативна помощ и др. Тази особеност на българската здравна система следва да се има предвид при определяне на потребностите от първична медицинска помощ, доколкото тя е свързана с устойчиви нагласи на българското общество и достигнато ниво на качество на здравните услуги.

За разлика от ПИМП, в системата за извънболнична дентална помощ по-големият обем дейност се извършва в практики за първична дентална помощ, докато практиките за специализирана дентална помощ извършват ограничен обем високоспециализирани дейности. Това е основание стандартът за минимална осигуреност с лекари по дентална медицина в ПДП да е значително по-голям – 100 на 100 000 души.

Необходимият минимален брой на специалистите от професионално направление „Здравни грижи“ в извънболничната помощ се определят на база на определения необходим минимален брой на лекарите и лекарите по дентална медицина в първичната извънболнична помощ, при спазване на изискванията на съответните медицински стандарти и:

- минимално съотношение лекари:специалисти по здравни грижи - 1:1.
- минимално съотношение лекари по дентална медицина:специалисти по здравни грижи – 1:0,1.

При прилагане на посочената методология необходимия минимален брой лекари/лекари по дентална медицина в първичната извънболнична помощ в страната и по области, спрямо населението към 31.12.2021 г. и прогнозните данни на НСИ за населението през 2030 г. се установява, че за покриване на минималните потребности на българските граждани от първична извънболнична помощ, системата към момента се нуждае от 4 555 ОПЛ и 6839 лекари по дентална медицина и този брой намалява до 2030 г. на 4347 ОПЛ и 6527 лекари по дентална медицина (Табл.1).

Таблица 1. Минимален необходим брой медицински специалисти в ПИМП, рев. 2021 г.

Райони/Области	Население	Минимален необходим брой лекари ПИМП	Минимален необходим брой дентални лекари	Минимален необходим брой специалисти здравни грижи

	2021	2030	2022	2030	2022	2030	2022	2030
Общо за страната	6838937	6527464	4555	4347	6839	6527	5239	5000
СЗР	**702773**	**641279**	**467**	**427**	**703**	**642**	**539**	**491**
Видин	78814	67667	52	45	79	68	60	52
Враца	153700	141302	102	94	154	141	118	108
Ловеч	119780	107755	80	72	120	108	92	83
Монтана	122179	114026	81	76	122	114	94	87
Плевен	228300	210529	152	140	228	211	175	161
СЦР	**750795**	**694301**	**500**	**462**	**751**	**695**	**575**	**532**
Велико Търново	225674	211173	150	141	226	211	173	162
Габрово	103404	90634	69	60	103	91	79	69
Разград	107764	100551	72	67	108	101	83	77
Русе	209084	197152	139	131	209	197	160	151
Силистра	104869	94791	70	63	105	95	80	73
СИР	**913468**	**861564**	**608**	**573**	**913**	**862**	**700**	**660**
Варна	468614	454026	312	302	469	454	359	348
Добрич	167314	154742	111	103	167	155	128	119
Търговище	108117	100771	72	67	108	101	83	77
Шумен	169423	152025	113	101	169	152	130	116
ЮИР	**1010263**	**966022**	**673**	**644**	**1010**	**966**	**774**	**740**
Бургас	408704	391217	272	261	409	391	313	300
Сливен	180058	178847	120	119	180	179	138	137
Стара Загора	307140	289689	205	193	307	290	235	222
Ямбол	114361	106269	76	71	114	106	88	81
ЮЗР	**2070760**	**2067148**	**1381**	**1376**	**2070**	**2066**	**1585**	**1582**
Благоевград	298251	287439	199	191	298	287	228	220
Кюстендил	113440	102184	76	68	113	102	87	78
Перник	118023	105066	79	70	118	105	90	80
София	233607	1362231	156	907	234	1362	179	1043
София (столица)	1307439	210228	871	140	1307	210	1001	161
ЮЦР	**1390878**	**1297150**	**926**	**865**	**1390**	**1297**	**1065**	**994**
Кърджали	161024	134548	107	90	161	135	123	103
Пазарджик	247360	231076	165	154	247	231	189	177
Пловдив	662907	639331	441	426	663	639	508	490
Смолян	99318	87178	66	58	99	87	76	67
Хасково	220269	205017	147	137	220	205	169	157

Така определения необходим минимален брой специалисти в ПИМП осигурява на национално и регионално ниво достатъчен капацитет за покриване на нуждите на населението от този вид базовите здравни услуги. За да се гарантира равнопоставен достъп на населението на територията на цялата страна, е необходимо на областно ниво да се осигури адекватно териториално разпределение на практиките на лекарите, лекарите по дентална медицина и специалистите от професионално направление на „Здравни грижи“ в първичната извънболнична помощ на база на конкретните потребностите на населението в областта.

За всяка област се определя оптимален брой на лекарите и лекарите по дентална медицина в първична извънболнична медицинска помощ в областта се извършва по амбулатории за първична извънболнична помощ и населени места съобразно:

- данните за броя на населението по общини и населени места;
- състоянието на пътно-транспортната и комуникационната мрежа в областта;
- традиционния пациентопоток и взаимовръзки между населените места.

При определяне на конкретното местоположение на практиките се спазват на принципите на Националната концепция за пространствено развитие 2021-2025. г., съгласно която, предвид базовия характер на грижите в първичната медицинска помощ и политиката за осигуряване на максимално добър достъп до този вид здравни услуги в страната, структури за първична помощ (медицинска и дентална) се планират задължително във всяко от населените места от 1 до 5 ниво включително, съгл. НКПР. Особено внимание се обръща на най-малките и най-много на брой градове и села от 5-то йерархично ниво. Това са 139 бр. (38 села и 101 много малки градове) общински центрове, където се осъществява първичното обслужване на населението на общините и където се стимулира разкриване на работни места извън селскостопанската заетост – в сферата на социалните услуги, администрацията, образованието, културата и др.

Населените места, в които задължително се планират практики за ПИМП и ПИДП са посочени в **Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в извънболничната медицинска помощ** (Табл.2). Извън тези населени места, особено в труднодостъпни и отдалечени райони силно се подкрепя откриване на практики за първична помощ или допълнителни адреси на практики, разкрити в други населени места.

При разпределението на броя на практиките на общопрактикуващите лекари по населени места се имат предвид следните индикативни стандарти:

- за амбулатории, обслужващи компактно население в големите населени места (над 6 000 души), необходимият брой се определя аналитично, като се допуска отклонение до осигуреност от 1 лекар на население от 1500 до 2 000 души;
- за амбулатории, обслужващи населени места с малък брой жители (например няколко села с по 300-500 жители), но разположени наблизо едно до друго, необходимият брой се определя аналитично, като се допуска отклонение за осигуреност от 1 лекар на население от 1 000 до 1 500 души;
- за амбулатории, обслужващи населени места с по-малък брой жители, но разположени на голямо разстояние едно от друго, необходимият брой се определя аналитично на база осигуреност 1 лекар на население до 1 000 души.

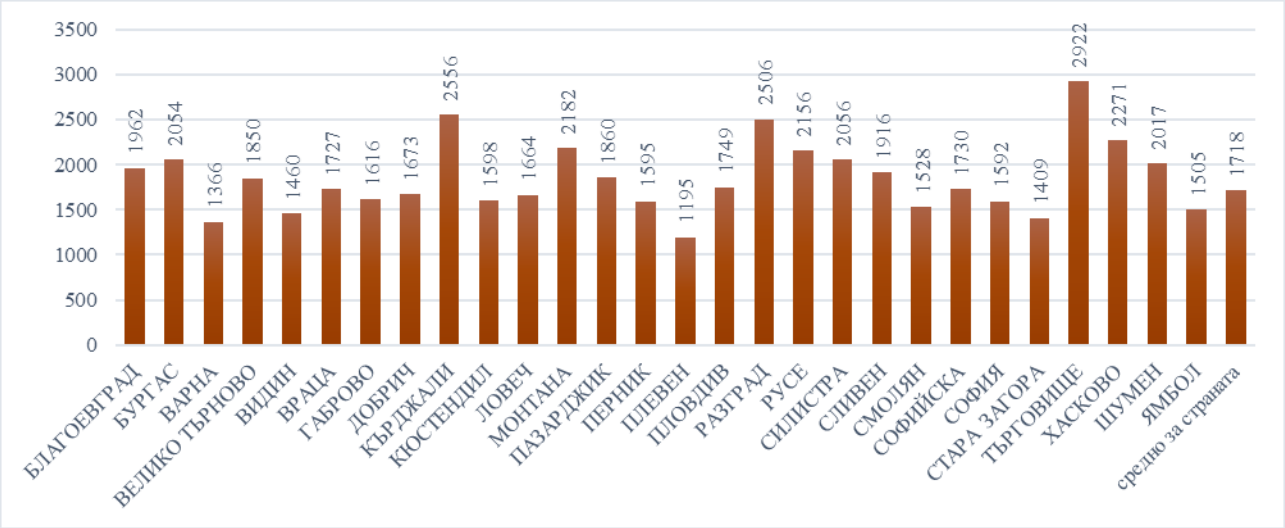
При разпределението на броя на лекарите по дентална медицина в първичната извънболнична помощ по населени места се имат предвид следните индикативни стандарти:

- за амбулатории, обслужващи компактно население в големите населени места (над 6000 души), необходимият брой се определя аналитично като се допуска отклонение за осигуреност от 1 лекар по дентална медицина на население от 1 000 до 1 500 души;
- за амбулатории, обслужващи населени места с малък брой жители (например няколко села с по 300-500 жители), но разположени наблизо едно до друго, необходимият брой се определя аналитично на база осигуреност до 1 лекар по дентална медицина на население от 1 000 души;
- за амбулатории, обслужващи населени места с по-малък брой жители, но разположени на голямо разстояние едно от друго, необходимият брой се определя аналитично на база осигуреност до 1 лекар по дентална медицина на население 600-700 души;

При налагането на стандартите и принципите на тази методология спрямо настоящата ситуация в системата за първична извънболнична помощ в страната, се определят населените места на територията на страната, където съществува обоснована нужда от предоставяне на извънболнична помощ на място.

Данните от Регистъра на лечебните заведения за извънболнична помощ показва, че на територията на страната има регистрирани 3540 индивидуални практики на ОПЛ и 220 групови практики, в които работят общо 4110 лекари. Налице са значителни неравенства в осигуреността на населението с ОПЛ в различните области на страната (фиг.1)

Фигура 1. Брой обслужвано население от 1 лекар, регистриран в практики за ПИМП по области, 2021 г.



По договор с НЗОК в ПИМП работят 3950 лекари и обслужват само задължително здравноосигурените лица.

През 2021 г. средната осигуреност с ОПЛ в страната е един лекар на 1711 здравноосигурени лица. В сравнение с миналата година осигуреността с ОПЛ се увеличава с 1,69%, когато един ОПЛ е обслужвал 1 741 ЗОЛ, т.е. за наблюдавания период през 2021 г. един ОПЛ обслужва по-малко ЗОЛ. Този резултат се дължи на увеличаване на практикуващите ОПЛ (0,39 %) и същевременно намаляване на населението (1,31%). При запазване на броя на ОПЛ и очаквания темп на намаляване на населението на страната към 2030 г. се очаква осигуреността да увеличи до 1 ОПЛ на 1650 души, което е близо до заложените минимални нужди на национално ниво. При анализа обаче следва да се има предвид влошената възрастова структура на ОПЛ, като към момента средна възраст е 58-59 години, а 25% работят в пенсионна възраст.

Най-висока осигуреност с ОПЛ има област Плевен (един ОПЛ на 1311 ЗОЛ-2021 г./един ОПЛ на 1332 ЗОЛ-2020 г.), която отбелязва ръст от 1,59%. Област Монтана е втора по осигуреност с ОПЛ, с ръст от 4,69% (един ОПЛ на 1519 ЗОЛ-2021г/ един ОПЛ на 1594 ЗОЛ -2020 г.). Най-ниска е осигуреността с ОПЛ в Област Кърджали, един ОПЛ обслужва най-голям брой ЗОЛ (един ОПЛ на 2957 ЗОЛ-2021 г./един ОПЛ на 2952 ЗОЛ-2020 г.) и област Разград (един ОПЛ на 2522 ЗОЛ-2021 г./един ОПЛ на 2676 ЗОЛ-2020 г.)

По-подробни данни за осигуреността и нуждите от ПИМП по области и региони на страната са представени в Приложения 2-7.

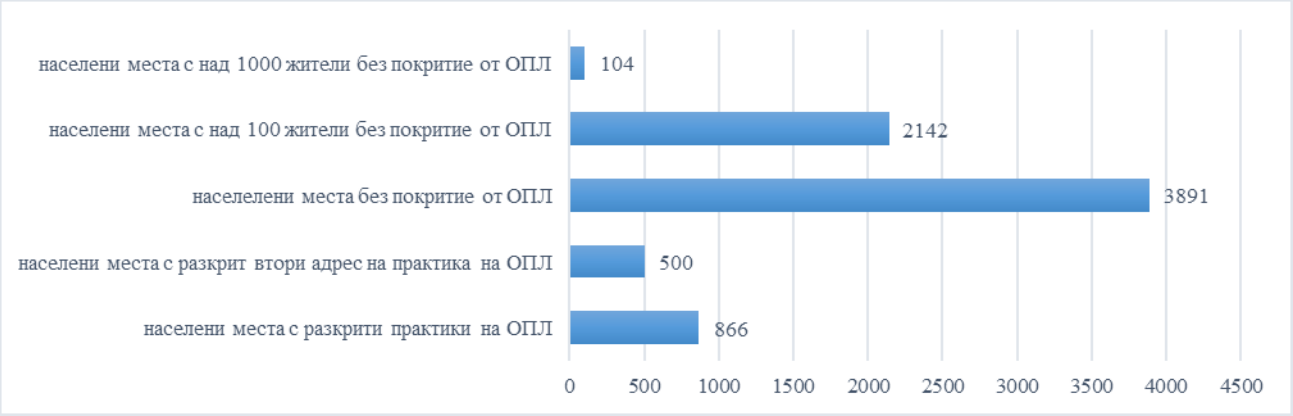
Анализът на данните по местоположение на практиките обаче показва значителни неравенства в осигуреността на населението, в резултат на неравномерно разпределение на практиките на ОПЛ не само по области, но и по населени места. Налице е концентрация на лекарите в по-урбанизираните райони с по-висока икономическа активност и с медицински университети, докато районите в неравностойно положение - отдалечените селски райони и малките градове - често изпитват недостиг на работна сила, а лекарите са много натоварени.

Тези диспропорции водят до неравенства в достъпа до първична медицинска помощ, особено за населението в селските райони. Като цяло достъпът до първична медицинска помощ в градските и селските райони се различава съществено, като жителите на отдалечените села срещат редица затруднения поради недостига на ОПЛ, лошата инфраструктура и географската отдалеченост.

В края на 2020 г. в България има 5257 населени места – 257 градове и 5000 села. Основни адреси на практики на ОПЛ (индивидуални или групови) има регистрирани в 239 града и 627 села. Втори (допълнителни) адреси на практики на ОПЛ с непълен работен график има регистрирани в още 9 града и 491 села. Във всички останали населени места – 9

малки града и 3882 села, в които живеят над 800 000 души (12 % от населението на страната), няма осигурен достъп на място до първична медицинска помощ. О тях 2142 населени места са с население над 100 души, а 104 са с население над 1 000 души.

Фигура 2. Населени места без покритие от ОПЛ, България 2021 г.



За да се намалят тези неравенства в достъпа, НЗОК въведе финансови стимули за ОПЛ в селските и отдалечените райони на страната под формата на месечно отпускана сума за съответната практика. Тези суми са определени в НРД по населени места и варират в зависимост от отдалечеността на практиката от други лечебни заведения, затрудненатa достъпност поради лоша транспортна инфраструктура, разпръснатост на обслужваните населени места (при практики, обслужващи две или повече такива), обслужваното население и замърсяването на околната среда.

Общата оценка на резултатите от тази политика е, че предоставяните стимули не са достатъчни и не водят до значими резултати по отношение на подобряване на достъпа на населението в отдалечените и труднодостъпни райони.

Това налага прилагането на различен тип активни интервенции, насочени към:

- повишаване на достъпността и капацитета на първичната извънболнична помощ, особено в отдалечени и труднодостъпни места;
- развитие на здравно-социални и консултативни здравни грижи;
- създаване на механизми за привличане и задържане на кадри в системата на здравеопазването и професионалната им реализация в определени райони на страната;

Необходимите инвестиции за развитие на системата за извънболнична медицинска помощ ще бъдат осигурени чрез:

- национално финансиране (чрез средства от държавния бюджет и бюджета на НЗОК) на дейности по промоция на здраве, превенция на заболяванията, скрининг, профилактика, диагностика и лечение в първичната медицинска помощ;
- инвестиции по Плана за възстановяване и устойчивост, Проект „Развитие на извънболничната помощ“, Компонент 2 “Изграждане на съвременна материално-техническа база и осигуряване на медицинска апаратура и обзавеждане за амбулатории за извънболнична помощ и консултативни медико-социални звена.”

Този Компонент предвижда създаването на амбулатории за извънболнична помощ и консултативни медико-социални звена за профилактично-промотивна дейност, които ще предлагат здравно-социална услуга (интегрирана консултативна, промотивна, профилактична и патронажна дейност) за всички нуждаещи се групи в района им на обслужване. Здравно-социалната услуга ще бъде насочена към интегрирано консултиране по въпроси, касаещи общественото здраве, на големи групи от обществото ни, поставени в риск от липса на здравни грижи, както и на уязвимите групи, млади майки, семействата с деца с

увреждания, хронични заболявания и специални потребности, както и на възрастните хора в риск от социално изключване.

- инвестиции по ПРЧР 2021-2027 г. в сектор „Здравеопазване“ за насърчаване на професионалната мобилност на лекари и медицински специалисти, които ще бъдат подпомогнати да разкриват амбулатории за първична медицинска помощ в труднодостъпни и отдалечени райони, да наемат медицински специалисти или да разкриват амбулатории за здравни грижи (напр. от медицински сестри, акушерки, лекарски асистенти, рехабилитатори и др.).

Особено важно е разработването на процедури за стимулиране за медицинските специалисти, които ще обслужват населението в отдалечените райони, включващи:

- стимулиране на лекари за разкриване на амбулатории за първична медицинска помощ в труднодостъпни и отдалечени райони чрез първоначален еднократен стимул за разкриване на практика, определена сума и за семейството на лекаря, разходи за наем и/или транспорт и/или ежемесечно предоставяне на средства за срок от 5 години.
- стимулиране на общопрактикуващи лекари (ОПЛ), разкрили амбулатории за първична медицинска помощ в труднодостъпни и отдалечени райони, да наемат допълнителен брой медицински специалисти (лекари, медицински сестри, акушерки, фелдшери и/или лекарски асистенти), които да осигурят по-достъпно медицинско обслужване на пациентите на място в населените места, чрез ежемесечно предоставяне на средства на ОПЛ, необходими за заплащането на допълнително наетия персонал.
- стимулиране разкриването на амбулатории за здравни грижи в труднодостъпни и отдалечени райони чрез първоначален еднократен стимул за разкриване на амбулатория за здравни грижи и/или ежемесечно предоставяне на средства.

Стимулите ще се подсигурят със средства от националния бюджет и подходящи външни източници.

Подборът на населените места, в който следва да се реализират инвестиции в разкриване на структури за първична медицинска помощ – практики на ОПЛ и амбулатории за здравни грижи следва да се осъществи чрез приоритизация на населените места, като се вземат предвид следните обстоятелства:

- населението в населеното място е над 100 души, като в по-висок приоритет се приемат населени места с възможно най-голям брой население при равни други условия;
- в населеното място липсва своевременен достъп до здравна грижа – отдалеченост повече от 30 км от населено място с разкрита практика на ОПЛ и/или ФСМП;
- в радиус от 30 км от населеното място има и други населени места с население над 100 души, в които няма разкрита практика на ОПЛ;
- населеното място е с по-висок относителен дял на възрастно население, над средния за страната и региона;
- голяма част от жителите на населеното място са в риск от социално изключване;
- други специфични характеристики на населеното място, които могат да повлияят върху подбора.

Основната цел на подбора е чрез изградените практики да се обхване максимално голям брой население, което няма друга алтернатива за достъп до базови медицински грижи.

Потребностите на населението от специализирана медицинска/дентална помощ се планират в Националната здравна карта на България на областно, регионално и национално ниво, като за показател е определен броя на лекарите/лекарите по дентална медицина специалисти по определена медицинска/дентална специалност и броя на специалистите по здравни грижи, работещи в специализираната извънболнична помощ.

Съгласно приетата нормативна уредба за структурата и съдържанието на Областните и Националната здравна карта и утвърдената Методика за разработване на Областните здравни карти, на областно ниво се планира необходим минимален брой на лекарите, лекарите по дентална медицина и специалистите от професионално направление „Здравни грижи“ в извънболничната медицинска помощ по специалности.

Съгласно приетата методология необходимият минимален брой лекари-специалисти по специалности се осъществява на базата на броя на населението в областта (Н) и определени национални показатели за осигуреност с лекари специалисти по специалности на 100 000 души население (С1) по формулата:

Необходим минимален брой лекари-специалисти по специалност = Н х С1/100 000

Специалистите по определени тясно профилирани медицински специалности като Клинична имунология, Клинична токсикология, Медицинска паразитология, Гръдна хирургия, Неврохирургия, Съдова хирургия, ангиология, Детска гастроентерология, Детска ендокринология и болести на обмяната, Детска кардиология, Детска клинична хематология и онкология, Детска неврология, Детска нефрология, Детска пневмология и фтизиатрия, Детска психиатрия, Детска ревматология, Детска хирургия се планират на база потребности на населението само на регионално ниво при капацитет, съобразен с броя на населението на целия регион.

Разпределението на броя на лекарите по клинични специалности на база на потребностите на населението в съответната област се съобразява с обективните данни за реализираните потребности от специализирана извънболнична помощ на база годишна заболеваемост по обращаемост по съответната специалност – средноаритметична стойност от годишен брой прегледи по специалности за последните 3 статистически години.

Разпределението на броя на лекарите по специалностите, свързани с осъществяване на медико-диагностични изследвания, се определя на областно ниво, съобразно обема на извършената медико-диагностична дейност през последните 3 години и местните потребности и особености.

Разпределението на броя на лекарите по дентална медицина по специалностите, свързани с осъществяване на медико-диагностични изследвания, се определя на областно ниво, съобразно местните потребности и особености.

Разпределението на броя на специалистите от професионално направление „Здравни грижи“ в специализираната извънболнична медицинска помощ се определя на база на аналитичната оценка на необходимостта от осигуряване на специалисти по здравни грижи за дейността на лекарите и лекарите по дентална медицина в специализираната извънболнична помощ, при минимално съотношение 1:1 и спазване на изискванията на съответните медицински стандарти.

Получените резултати на областно ниво подлежат на аналитична корекция с оглед тенденциите в развитието на здравно-демографските процеси, медико-статистическите данни на областно ниво, състоянието на здравната система, местните специфики (заболеваемост, болестност, демографска характеристика) и други, като в случаите когато предлаганият брой надвишава определения в областната здравна карта необходим минимален брой, се посочват конкретните мотиви за необходимостта от съответния брой медицински специалисти в случаите.

Структури за специализирана извънболнична медицинска помощ се планират във всички населените места от 1 до 4 ниво:

В градовете от 1-во ниво (столицата София) и **2-ро ниво** - големи градове, центрове с национално значение за територията на районите – Пловдив, Варна, Бургас, Русе, Плевен, Стара Загора се планира капацитет за здравни услуги по всички клинични и медико-диагностични специалности. Те играят роля на регионални центрове за СИМП, които осигуряват пълен спектър от консултации и изследвания, в т.ч. високоспециализирани, скрининг, като и максимален обем амбулаторни процедури. Препоръчва се поддържане във всеки град на едно или повече големи лечебни заведения - ДКЦ или МЦ, осигуряващи „под един покрив“ максимално голям обем амбулаторни услуги в условията на комплексност. При липса на друг капацитет, подходящи условия за това могат да се осигурят на базата на Диагностично-консултативните блокове и ДКЦ на големите университетски лечебни заведения за болнична помощ.

Особено внимание следва да се обърне на услугите в обхвата на специализираната извънболнична помощ за деца, като се търси възможност за развитие на „детски центрове“, предоставящи комплексни амбулаторни грижи и подходяща среда за малките пациенти.

В населените места от 3-то ниво - областни центрове (Видин, Монтана, Враца, Ловеч, Габрово, Велико Търново, Търговище, Разград, Шумен, Силистра, Добрич, Сливен, Ямбол, Хасково(3+), Кърджали, Смолян, Пазарджик, Перник, Кюстендил, Благоевград) се планира капацитет за здравни услуги по основните клинични и медико-диагностични специалности. Те играят роля на областни центрове за СИМП, които осигуряват оптимален консултации и изследвания в амбулаторни условия и координират грижата между ОПЛ и специалистите от регионалното ниво. И тук се препоръчва обединяване на практиките на отделните специалисти в рамките на МЦ или ДКЦ.

В населените места от 3 ниво, които не са областни центрове (Свищов, Горна Оряховица, Казанлък, Димитровград, Асеновград, Карлово, Дупница, Петрич), **от 4-то ниво, които показват известни възможности при подходящо бъдещо развитие и евентуално стимулиране да преминат в 3-то ниво и имат население над 15 000 души** (Сандански, Гоце Делчев, Ботевград, Самоков, Троян, Севлиево, Панагюрище, Чирпан Нова Загора, Айтос, Карнобат, Свиленград, Харманли, Велинград, Пещера, Лом), както и други малки градове с микрорегионално значение за територията на групи общини, се подкрепят всички възможности за съхранение и развитие на капацитета за предоставяне на СИМП и амбулаторни услуги. Силно се препоръчва поддържането на лечебни заведения тип МЦ и ДКЦ с възможности за извършване на медико-диагностични изследвания, в т.ч. образна диагностика, които осъществяват дейност в близка комуникация с общопрактикуващите лекари. Особено внимание и подкрепа заслужава този процес в населените места, в които има все още функциониращи болници за активно лечение с намаляващ капацитет и дейност. Такива малки и неефективни болници за активно лечение е целесъобразно да бъдат преустроени в МЦ/ДКЦ с легла за наблюдение и лечение до 48 часа и в структури за дългосрочни грижи, които да осигуряват цяла гама от социални и медицински грижи: амбулаторни услуги, включително мобилни и телемедицински грижи, физиотерапия, услуги за дневни грижи и в известна степен грижи за отдих и палиативни грижи, предоставяни както на място, така и в домашна среда.

В останалите населени места – от 5 ниво и некласифицирани не се планира, но не се ограничава и се подкрепя разкриването на амбулатории за специализирана медицинска помощ, особено по специалности като педиатрия, вътрешни болести, акушерство и гинекология, нервни болести и др.

Структури за специализирана извънболнична дентална помощ се планират само на регионално (градовете от 1-во и 2-ро ниво) и областно (градове от 3 ниво-областни центрове) ниво. В останалите градове се подкрепя всяка инициатива за развитие на този вид услуги.

На базата на представената концепция е изготвена **Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в извънболничната медицинска помощ** (Табл.2)

Аналитичният преглед на данните за осигуреността на специализираната извънболнична помощ с медицински специалисти и обръщаемостта на населението към тази помощ показват, че в страната няма значим проблем с осигуряването на достъп на населението до планова СИМП. Броят на работещите лекари-специалисти, голяма част от които са лекари, работещи и в лечебни заведения за болнична помощ, е достатъчен да покрие нуждите, така че да не се формират листа на чакащи, за разлика от други здравни системи. Налице е известна неравнопоставеност на достъпа на населението в някои по-малки градове и области на страната до определени специалисти, но това се компенсира с наличие на достатъчен капацитет в областния или регионалния център.

По-подробни данни за осигуреността и нуждите от ПИМП по области и региони на страната са представени в Приложения 2-7.

Основният проблем в системата за СИМП е свързан с продължаващата доминация на болничната помощ като място за решаване на по-голямата част от здравните проблеми на

населението. Липсата на подходящи стимули за развитие на амбулаторните дейности в рамките на лечебните заведения за извънболнична помощ и агресивната политика на болничния сектор за реализиране на голям брой хоспитализации в голяма степен обезличава специализираната извънболнична помощ и я лишава от стимули за развитие.

Подобно на ПИМП, и в СИМП е налице тенденция за преобладаване на индивидуалните и групови специализирани практики, за сметка на по-големите лечебни заведения – медицински и диагностично-консултативни центрове. Това, както и липсата на подходяща култура и въведени изисквания за осигуряване на комплексен подход при лечението на болните през последните години често води до диагностични затруднения и слабости и т.н. феномен на „футболизиране“ на пациентите от един специалист на друг, без решаване на цялостния здравен проблем. Част от проблема и липсата на комуникация и субординация с ОПЛ преди и след осъществяване на съответните консултативни прегледи.

За това допринася и лошото управление през последните 30 години на големите лечебни заведения за СИМП – общински диагностично-консултативни центрове и медицински центрове, наследници на бившите поликлинични здравни заведения. В тези структури местните власти не реализират инвестиции в задържане на кадрите, обновяване на апаратурата и сградния фонд, поради което те вече не са в състояние да предоставят качествена и комплексна медицинска помощ. Това има особено негативен ефект в по-малките градове, в които няма разкрито лечебно заведение за болнична помощ и съответния медицински център или ДКЦ е единствения достъп до медико-диагностични изследвания – клинико-лабораторни, микробиологични, образни и др.

Съществуващите проблеми в СИМП изискват интервенции, насочени към:

- подобряване на организацията и координацията на дейностите между ПИМП, СИМП и БП в контекста на комплексното лечение на болните;
- подкрепа за извънболничната помощ за създаване на ковид зони и осигуряване на по-добър достъп до СИМП на пациенти с ковид и други инфекциозни заболявания;
- подкрепа за поддържане на публичните структури за СИМП, особено в населените места без разкрити лечебни заведения за болнична помощ;
- развитие на амбулаторни дейности и услуги, в т.ч. телемедицински, които да подкрепят реформата в болничната помощ;
- създаване на условия за непрекъснато повишаване на компетентността на работещите в СИМП;
- стимулиране на разкриването на нови практики за СИМП в по-малките и отдалечени населени места;

Интервенциите ще бъдат реализирани основно с национално финансиране със средства от националния бюджет, бюджета на НЗОК, общински бюджети, Програма REACT и др.

Таблица 2. Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в извънболничната медицинска помощ

Ниво	Област	Населено място	ПИМП ИП/ГП	СИМП ИП/ГП	СИМП МЦ/ДКЦ	ПИДП ИП/ГП	СИДП
1-во	София град	София	√	√	√ РН	√	√ РН
2-ро	Бургас	Бургас	√	√	√ РН	√	√ РН
	Варна	Варна	√	√	√ РН	√	√ РН
	Плевен	Плевен	√	√	√ РН	√	√ РН
	Пловдив	Пловдив	√	√	√ РН	√	√ РН
	Русе	Русе	√	√	√ РН	√	√ РН
	Стара Загора	Стара Загора	√	√	√ РН	√	√ РН

РН – Регионално ниво СИМП
ОН – Областно ниво СИМП

Ниво	Област	Населено място	ПИМП ИП/ГП	СИМП ИП/ГП	СИМП МЦ/ДКЦ	ПИДП ИП/ГП	СИДП
3-то	Благоевград	Благоевград	√	√	√ ОН	√	√ ОН
		Петрич	√	√	√	√	
	Велико Търново	Велико Търново	√	√	√ ОН	√	√ ОН
		Горна Оряховица	√	√	√	√	
		Свищов	√	√	√	√	
	Видин	Видин	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Враца	Враца	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Габрово	Габрово	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Добрич	Добрич	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Кърджали	Кърджали	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Кюстендил	Дупница	√	√	√	√	
		Кюстендил	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Ловеч	Ловеч	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Монтана	Монтана	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Пазарджик	Пазарджик	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Перник	Перник	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Пловдив	Асеновград	√	√	√	√	
		Карлово	√	√	√	√	
	Разград	Разград	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Силистра	Силистра	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Сливен	Сливен	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Смолян	Смолян	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Стара Загора	Казанлък	√	√	√	√	
	Търговище	Търговище	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Хасково	Димитровград	√	√	√	√	
		Хасково	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Шумен	Шумен	√	√	√ ОН	√	√ ОН
	Ямбол	Ямбол	√	√	√ ОН	√	√ ОН
4-то	Благоевград	Банско	√	√	√	√	
		Гоце Делчев	√	√	√	√	
		Разлог	√	√	√	√	
		Сандански	√	√	√	√	
	Бургас	Айтос	√	√	√	√	
		Карнобат	√	√	√	√	
		Малко Търново	√	√	√	√	
		Несебър	√	√	√	√	
		Поморие	√	√	√	√	
		Созопол	√	√	√	√	
		Средец	√	√	√	√	
		Царево	√	√	√	√	
	Варна	Девня	√	√	√	√	
		Провадия	√	√	√	√	
	Велико Търново	Елена	√	√	√	√	
		Павликени	√	√	√	√	
		Лясковец	√	√	√	√	
	Видин	Белоградчик	√	√	√	√	
		Кула	√	√	√	√	
	Враца	Бяла Слатина	√	√	√	√	
		Козлодуй	√	√	√	√	
		Мездра	√	√	√	√	
		Оряхово	√	√	√	√	
	Габрово	Дряново	√	√	√	√	
		Севлиево	√	√	√	√	
		Трявна	√	√	√	√	
	Добрич	Балчик	√	√	√	√	
		Генерал Тошево	√	√	√	√	
		Каварна	√	√	√	√	
		Тервел	√	√	√	√	

Ниво	Област	Населено място	ПИМП ИП/ГП	СИМП ИП/ГП	СИМП МЦ/ДКЦ	ПИДП ИП/ГП	СИДП
	Кърджали	Ардино	√	√	√	√	
		Крумовград	√	√	√	√	
		Момчилград	√	√	√	√	
	Ловеч	Луковит	√	√	√	√	
		Тетевен	√	√	√	√	
		Троян	√	√	√	√	
	Монтана	Берковица	√	√	√	√	
		Лом	√	√	√	√	
	Пазарджик	Велинград	√	√	√	√	
		Панагюрище	√	√	√	√	
		Пещера	√	√	√	√	
		Ракитово	√	√	√	√	
		Септември	√	√	√	√	
	Перник	Брезник	√	√	√	√	
		Радомир	√	√	√	√	
		Трън	√	√	√	√	
	Плевен	Белене	√	√	√	√	
		Кнежа	√	√	√	√	
		Левски	√	√	√	√	
		Никопол	√	√	√	√	
		Червен бряг	√	√	√	√	
	Пловдив	Първомай	√	√	√	√	
		Раковски	√	√	√	√	
		Стамболийски	√	√	√	√	
		Хисаря	√	√	√	√	
		Сопот	√	√	√	√	
	Разград	Исперих	√	√	√	√	
		Кубрат	√	√	√	√	
	Русе	Бяла	√	√	√	√	
	Силистра	Дулово	√	√	√	√	
		Тутракан	√	√	√	√	
	Сливен	Котел	√	√	√	√	
		Нова Загора	√	√	√	√	
		Твърдица	√	√	√	√	
	Смолян	Чепеларе	√	√	√	√	
		Девин	√	√	√	√	
		Златоград	√	√	√	√	
		Мадан	√	√	√	√	
	София област	Ботевград	√	√	√	√	
		Елин Пелин	√	√	√	√	
		Етрополе	√	√	√	√	
		Ихтиман	√	√	√	√	
		Костенец	√	√	√	√	
		Костинброд	√	√	√	√	
		Пирдоп	√	√	√	√	
		Самоков	√	√	√	√	
		Своге	√	√	√	√	
		Сливница	√	√	√	√	
		Златица	√	√	√	√	
	Стара Загора	Гълъбово	√	√	√	√	
		Раднево	√	√	√	√	
		Чирпан	√	√	√	√	
	Търговище	Омуртаг	√	√	√	√	

Ниво	Област	Населено място	ПИМП ИП/ГП	СИМП ИП/ГП	СИМП МЦ/ДКЦ	ПИДП ИП/ГП	СИДП
		Попово	√	√	√	√	
	Хасково	Ивайловград	√	√	√	√	
		Свиленград	√	√	√	√	
		Тополовград	√	√	√	√	
		Харманли	√	√	√	√	
	Шумен	Велики Преслав	√	√	√	√	
		Нови пазар	√	√	√	√	
	Ямбол	Елхово	√	√	√	√	
5-то ниво	Благоевград	Сатовча	√			√	
		Белица	√			√	
		Симитли	√			√	
		Гърмен	√			√	
		Якоруда	√			√	
		Хаджидимово	√			√	
		Струмяни	√			√	
		Кресна	√			√	
	Бургас	Руен	√			√	
		Сунгурларе	√			√	
	Варна	Аксаково	√			√	
		Белослав	√			√	
		Бяла	√			√	
		Вълчи дол	√			√	
		Аврен	√			√	
		Долни чифлик	√			√	
		Ветрино	√			√	
		Дългопол	√			√	
		Суворово	√			√	
	Велико Търново	Полски Тръмбеш	√			√	
		Стражица	√			√	
		Сухиндол	√			√	
	Видин	Брегово	√			√	
		Бойница	√			√	
		Димово	√			√	
		Грамада	√			√	
		Ново село	√			√	
		Макреш	√			√	
		Ружинци	√			√	
		Чупрене	√			√	
	Враца	Криводол	√			√	
		Роман	√			√	
		Борован	√			√	
		Мизия	√			√	
	Добрич	Шабла	√			√	
		Добрич-селска	√			√	
	Кърджали	Джебел	√			√	
		Кирково	√			√	
		Черноочене	√			√	
	Кюстендил	Бобов дол	√			√	
		Рила	√			√	
		Кочериново	√			√	
		Сапарева баня	√			√	
		Невестино	√			√	
		Трекляно	√			√	
	Ловеч	Летница	√			√	
		Угърчин	√			√	
		Ябланица	√			√	
	Монтана	Вълчедръм	√			√	
		Вършец	√			√	

Ниво	Област	Населено място	ПИМП ИП/ГП	СИМП ИП/ГП	СИМП МЦ/ДКЦ	ПИДП ИП/ГП	СИДП
		Чипровци	√			√	
		Бойчиновци	√			√	
		Георги Дамяново	√			√	
		Медковец	√			√	
		Якимово	√			√	
	Пазарджик	Батак	√			√	
		Белово	√			√	
		Лесичово	√			√	
		Брацигово	√			√	
		Стрелча	√			√	
	Перник	Земен	√			√	
		Ковачевци	√			√	
	Плевен	Гулянци	√			√	
		Долна Митрополия	√			√	
		Искър	√			√	
		Долни Дъбник	√			√	
		Пордим	√			√	
	Пловдив	Брезово	√			√	
		Калояново	√			√	
		Перущица	√			√	
		Родопи	√			√	
		Садово	√			√	
		Куклен	√			√	
		Лъки	√			√	
		Кричим	√			√	
		Съединение	√			√	
	Разград	Лозница	√			√	
		Завет	√			√	
		Самуил	√			√	
		Цар Калоян	√			√	
	Русе	Ветово	√			√	
		Две могили	√			√	
		Ценово	√			√	
		Сливо поле	√			√	
		Борово	√			√	
		Иваново	√			√	
	Силистра	Главиница	√			√	
		Ситово	√			√	
		Кайнарджа	√			√	
		Алфатар	√			√	
	Смолян	Баните	√			√	
		Доспат	√			√	
		Неделино	√			√	
		Рудозем	√			√	
	София	Банкя	√			√	
		Нови Искър	√			√	
		Годеч	√			√	
		Марица	√			√	
		Драгоман	√			√	
		Антон	√			√	
		Божурище	√			√	
		Горна малина	√			√	
		Долна баня	√			√	
		Копривщица	√			√	
		Мирково	√			√	
		Челопеч	√			√	
		Чавдар	√			√	
		Правец	√			√	

Ниво	Област	Населено място	ПИМП ИП/ГП	СИМП ИП/ГП	СИМП МЦ/ДКЦ	ПИДП ИП/ГП	СИДП
	Стара Загора	Братя Даскалови	√			√	
		Гурково	√			√	
		Мъглиж	√			√	
		Николаево	√			√	
		Павел баня	√			√	
	Търговище	Антоново	√			√	
		Опака	√			√	
	Хасково	Любимец	√			√	
		Маджарово	√			√	
		Минерални бани	√			√	
		Стамболово	√			√	
		Лясковец	√			√	
		Симеоновград	√			√	
	Шумен	Венец	√			√	
		Върбица	√			√	
		Каолиново	√			√	
		Хитрино	√			√	
		Смядово	√			√	
		Каспичан	√			√	
	Ямбол	Болярово	√			√	
		Стралджа	√			√	
		Тунджа	√			√	
В останалите населени места се осигурява първична медицинска помощ съобразно методологията на НЗК и конкретните потребности на населението, както и инвестиции за подкрепа в труднодостъпните и отдалечени населени места.							

IV.2. КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ УСЛУГИ И ИНВЕСТИЦИИ В БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

Към 31.12.2021 г. в страната функционират 319 лечебни заведения за болнична помощ. От тях 112 са многопрофилни болници. Броят на частните болници е 115, на специализираните болници – 60 и на държавните психиатрични болници – 12. Освен тях стационарна дейност осъществяват и 7 комплексни онкологични центъра, 12 центъра за психично здраве и 3 центъра за кожно-венерически заболявания със стационар.

Общият брой на болничните легла, вкл. тези към комплексни онкологични центрове, центрове за психично здраве и центрове за кожно-венерически заболявания към 31.12.2021 г. е 54 491. Осигуреността на населението с тях през 2021 г. се увеличава на 7,9 на 1 000 души при стойности на показателя през 2020 г. 7,8 на 1 000 души.

Към 31.12.2021 г. лечебните заведения за болнична помощ разполагат всичко с 52 246 болнични легла, при 51 991 за 2020 г.. От тях 25 608 са в многопрофилните болници (25 996 легла за 2020 г.), в частните болници 14 392 (13 799 легла за 2019 г.), 6 520 в специализирани болниците (6 502 легла – 2020 г.) и 2 122 в психиатричните болници (2 114 легла за 2020 г.). Броят на леглата в други лечебни заведения (КОЦ, ЦПЗ, ЦКВЗ) е 2 245, при 2 225 за 2020 г.

По области се наблюдават значителни различия на показателите за осигуреност на населението с болнични легла. С най-висока осигуреност с болнични легла към 31.12.2021 г. на 1 000 души са област Плевен – 11,2, Смолян – 10,6, Пловдив – 10,1, област Русе – 9,4. Най-ниска е осигуреността с болнични легла на населението в област Перник – 3,8, област Ямбол – 3,9 на 1 000 души, област Видин – 4,2, област Добрич – 4,5.

Над половината от общия болничен леглови фонд (59.6%) е концентриран в 7 области – София (столица) (21.2%), Пловдив (13.3%), Бургас (6.3%), Варна (5.1%), Плевен (5.0%), Стара Загора (4.6%), Пазарджик (4.1%).

През 2021 г. през стационарите на лечебните заведения за болнична помощ в страната (без ведомствените болници) са преминали 1 850 783 болни, което е с 38 102 повече от преминалите през 2020 г. (1 812 681). Преминалите болни през частните лечебни заведени се

увеличават с 9.1% – от 635 343 през 2020 г. на 693 193 болни през 2021 г. Броят на проведените леглодни в лечебните заведения за болнична помощ (без ведомствените болници) се увеличава от 9 251 716 през 2020 г. – на 9 796 793 през 2021 г.. Средният престой на 1 болен в тях се увеличава от 5.1 на 5.3 дни. В частните лечебни заведения средният престой на 1 болен се запазва значително по-нисък – 4.1 дни и се увеличава в сравнение с 2020 г.(4.0 дни).

Използваемостта на леглата през 2021 г. в лечебните заведения за болнична помощ е 56.1%, като най-ниска е в многопрофилните болници е 53.8%. Използваемостта на леглата в частните болници – 57.0%, а в специализираните болници – 58.2%. При реализираната използваемост на легловия фонд може да се направи извода, че фактически използваните болнични легла[4] в страната са били 30 569.

Анализът показва, че болничната структура в България се характеризира със свръхкапацитет, който не отговаря на реализираните нужди на населението от болнично лечение. Наличната болнична инфраструктура е неравномерно разпределена на територията на страната, със свръхконцентрация на болнични структури в най-големите градове и недостиг на капацитет за задоволяване на базови потребности от болнична помощ в по-малките областни центрове. Налице е неефективна структура на болничните легла с превес на леглата за активно лечение и много ниска осигуреност с легла за дългосрочна грижа.

Съгласно действащата нормативна уредба и концепцията за развитие на системата за здравеопазване, здравните услуги в обхвата на болничната помощ се структурират в 3 нива на болнично обслужване, както следва:

1-во ниво болнично обслужване с преобладаващо областно (местно) значение:

На това ниво се осигуряват **базови болнични услуги,** включващи дейности по:

- активно лечение - диагностика, лечение и грижи в болнични условия в обхвата на клиничните медицински специалности Спешна медицина, Анестезиология и интензивно лечение, Вътрешни болести, Гастроентерология, Ендокринология и болести на обмяната, Кардиология, Нефрология и диализно лечение, Ревматология, Пневмология и фтизиатрия, Клинична хематология, Инфекциозни болести, Нервни болести, Кожни и венерически болести, Хирургия, Ортопедия и травматология, Урология, Очни болести, Ушно-носно-гърлени болести, Педиатрия, Неонатология, Акушерство и гинекология и параклиничните Образна диагностика, Клинична лаборатория, Клинична микробиология, Трансфузионна хематология, Обща и клинична патология до II ниво на компетентност.
- дългосрочни грижи, включващи продължително лечение и палиативни грижи
- ранна рехабилитация и физикално лечение в обхвата на медицинската специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“ от II ниво на компетентност.
- психиатрични болнични услуги, включващо краткотрайно лечение на остри и обострени състояния, с преобладаваща амбулаторна дейност и дейности по ресоциализация и интеграция в обществото и осигуряване на живот и лечение в общността

2-ро ниво болнично обслужване с доминиращо регионално значение

На това ниво, освен дейностите на 1-во ниво, се осигуряват и **специализирани болнични услуги,** включващи дейности по:

- активно лечение по посочените на 3-то ниво медицински специалности с III ниво на компетентност, както и дейности по специалностите клинична алергология, клинична имунология, клинична токсикология, гръдна хирургия, детска хирургия, лицево-челюстна хирургия, неврохирургия, пластично-възстановителна хирургия, съдова хирургия, профилни педиатрични специалности (детска гастроентерология, детска ендокринология и болести на обмяната, детска кардиология, детска клинична хематология и онкология, детска

[4] Фактически използвани легла, съгласно т. 19 от Допълнителните разпоредби на Наредба № 49 от 18 октомври 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи, са болнични легла, които са разкрити, осигурени и заети 365 дни в годината

неврология, детска нефрология и хемодиализа, детска пневмология и фтизиатрия, детска ревматология), медицинска онкология, лъчелечение, нуклеарна медицина.

- продължителна рехабилитация и физикално лечение в обхвата на медицинската специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“ от III ниво на компетентност.
- психиатрични болнични услуги, включващо продължително лечение на тежки психични разстройства, в т.ч. настанени на задължително лечение, със затруднени възможности за живот и лечение в общността.

3-то ниво болнично обслужване с национално значение

На това ниво, освен дейностите на 3-то и 2-ро ниво, се осъществяват и **специализирани и високоспециализирани болнични услуги**, включващи дейности в обхвата на всички медицински специалности, включително внедряване на нови медицински технологии за диагностика и лечение, диагностика и лечение на редки болести, медицински научни изследвания и др.

Потребностите на населението от болнична помощ се планират в Националната здравна карта на България на областно и национално ниво, като за показател е използва международно утвърдения **измерител за капацитет „1 болнично легло“**, който е използван и при разработването на действащата Национална здравна карта. Българската нормативна уредба[5] ясно дефинира болничното легло (по видове и медицински специалности) като единица за капацитет, включваща дейностите, които се извършват на него, както и изискванията към тях, съгласно утвърдените медицински стандарти, включително персонал, необходимата за дейността медицинска апаратура, помещения, организация и т.н., гарантиращи качеството на съответната дейност. Т.е. след определяне на необходимия брой легла за осъществяване на дадена дейност, на тази база могат да се планират всички ресурси за нейното изпълнение – човешки и материални.

Съгласно приетата нормативна уредба за структурата и съдържанието на областните и Националната здравна карта и утвърдената Методика за разработване на Областните здравни карти, на областно ниво се планират **конкретни потребности от легла за болнично лечение и медицински дейности по видове и нива на компетентност на съответните структури за всички области**, както и видовете медицински дейности, които се планират на регионално ниво. При използваната методология, нуждата от болнични услуги и необходимия за тяхното задоволяване капацитет се определя първо на областно ниво (NUTS 3), след което се предвижда необходимия капацитет за дейности на ниво регион (NUTS 2) и национално ниво (NUTS 1) в съответствие с нивата на болнично обслужване.

За всяка област на страната се определя необходим брой болнични легла по видове, като се прилага следния подход:

Стъпка 1 – Определяне на общият брой легла по видове (класификация на Евростат)

- изчислява се на база брой население в областта (Н) и единен национален параметър за осигуреност с легла 6 на 1 000 души население (средна осигуреност за ЕС 28 5,4/1 000)
- изчислява се брой легла за активно и интензивно лечение, на база брой население в областта (Н) и единен национален параметър за осигуреност с легла за активно и интензивно лечение – 4,0 на 1 000 души население (средна осигуреност за ЕС 28 3,8/1 000)
- от общия брой легла за активно лечение се отделя броят на интензивните легла, които се определят на база брой население в областта (Н) и единен национален параметър за осигуреност с легла за интензивно лечение – 0,2 на 1 000 души население.
- останалият брой легла за активно лечение се разпределят на 4 основни групи (по Евростат), в съответствие с конкретните здравно-демографски показатели за областта и спецификата на регионалната здравна мрежа, при придържане към следните показатели за осигуреност по отделните видове легла:

[5] Наредба № 49 за устройството и дейността на лечебните заведения за болнична помощ и ДМСГ

- терапевтични – 2 на 1 000 души население;
- педиатрични – 2,45 на 1 000 деца (0,45 на 1 000 души население);
- хирургични – 1,05 на 1 000 души население;
- акушеро-гинекологични – 0,6 на 1 000 жени (0,30 на 1 000 души население).

➢ броят на останалите групи легла, се определя на база брой население в областта и единен национален параметър за осигуреност с други легла по видове:

- легла за дългосрочна грижа (продължително лечение и палиативни грижи) – 0,75 на 1 000 души население ;
- психиатрични легла – 0,65 на 1 000 души население ;
- други (физикална и рехабилитационна медицина) – 0,6 на 1 000 души население.

Стъпка 2 - Разпределение на броя на болничните легла по видове медицински дейности, съгласно номенклатурата на медицинските специалности

➢ в рамките на определения общ брой легла за болнично лечение по видове се определят потребностите от медицински дейности и необходимият за тях брой легла за болнично лечение, като се спазват следните изисквания:

➢ видовете медицински дейности са класифицирани по медицински специалности и нива на компетентност, в съответствие с приетите медицински стандарти, описващи конкретните дейности, които се извършват на всяко ниво на компетентност, необходимите медицински специалисти, медицинска апаратура, инфраструктура, съпътстващи диагностични структури и др.

➢ броят на леглата за всеки вид медицинска дейност се определят на база на броя на населението в областта и определени национални показатели за осигуреност с легла по видове медицински дейности/специалности на 1 000 души.

Таблица 3. Национални показатели за осигуреност с легла по видове и по медицински дейности

Легла по видове и медицински дейности	**Национален показател за осигуреност с легла**
Интензивни	**0,2**
Терапевтични	**2,00**
Гастроентерология	0,22
Ендокринология и болести на обмяната	0,11
Кардиология	0,34
Нефрология	0,09
Ревматология	0,07
Пневмология и фтизиатрия	0,33
Клинична хематология	0,09
Инфекциозни болести	0,07
Нервни болести	0,38
Кожни и венерически болести	0,03
Хирургични	**1,05**
Хирургия	0,40
Гръдна хирургия	0,03
Детска хирургия	0,01
Лицево-челюстна хирургия	0,01
Пластично-възстановителна хирургия	0,02
Кардиохирургия	0,02
Неврохирургия	0,05
Ортопедия и травматология	0,22

Съдова хирургия	0,05
Урология	0,12
Очни болести	0,05
Ушно-носно-гърлени болести	0,07
Педиатрични	**0,45**
Неонатология	0,15
Педиатрия	0,30
Акушеро-гинекологични	**0,31**
Акушерство	0,13
Гинекология	0,12
Патологична бременност	0,06

Националните показатели са изчислени на база статистически данни за хоспитализираната заболеваемост на населението в страната за дългогодишен период.

Така определеният брой легла по медицински дейности се разпределя допълнително по нива на компетентност (от I до III) в съотношения, определени отново чрез статистически данни. Направеното разпределение на леглата по видове подлежи на аналитична корекция на база на данните за хоспитализираната заболеваемост и използваемостта на болните легла за всяка конкретна област.

Леглата за изпълнение на болнични услуги за всяка област се преразпределят по нива на медицинско обслужване, както следва:

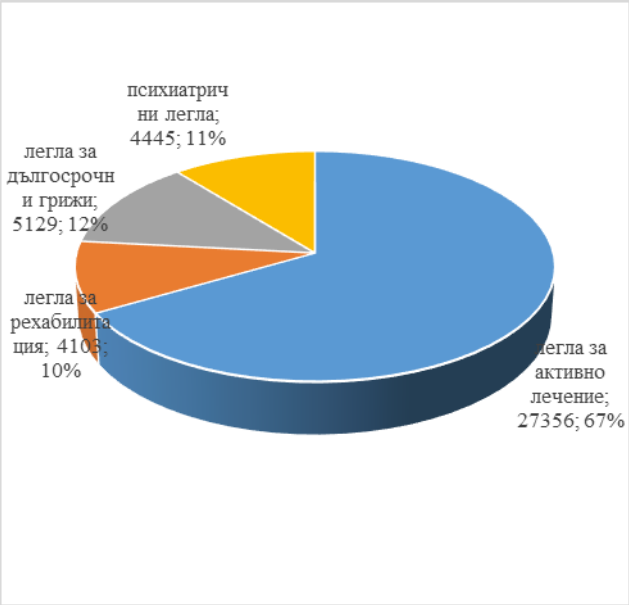
- за базови болнични услуги (1-во ниво болнично обслужване) – 75% от общия брой определени легла
- специализирани болнични услуги (2-ро ниво болнично обслужване) – 20 % от общия брой определени легла
- високоспециализирани болнични услуги (3-то ниво на болнично обслужване) - 5% от общия брой определени легла.

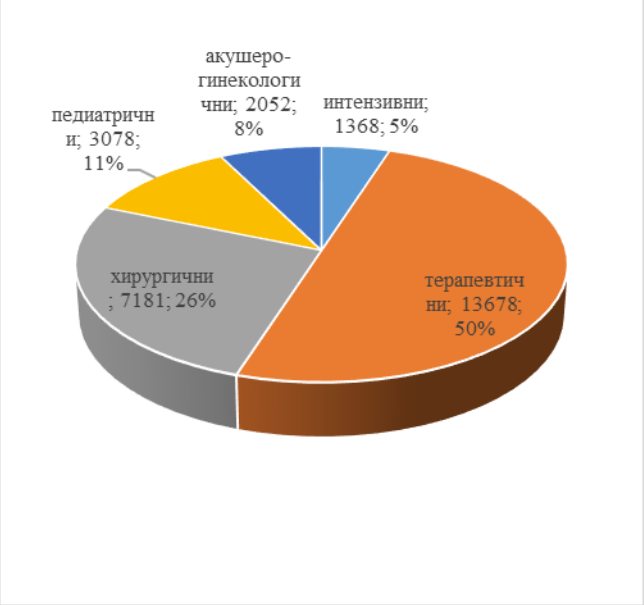
При прилагане на представената методология се установява, че към настоящият момент в страната следва да има 41 034 болнични легла, от които 27 356 легла за активно лечение (67%), 4 103 легла за рехабилитация (10%), 5 129 легла за продължително лечение (12%) и 4 445 психиатрични легла (11%) - (фиг. 3).

Структурата на необходимите легла за активно лечение по видове включва 1 368 интензивни легла (5%), 13 678 терапевтични легла (50%), 7 181 хирургични легла (26%), 3 078 педиатрични легла (11%) и 2 052 акушеро-гинекологични легла (8%) - (фиг. 4).

Фигура 3. Необходими болнични легла по видове

Фигура 4. Необходими легла за активно лечение по видове



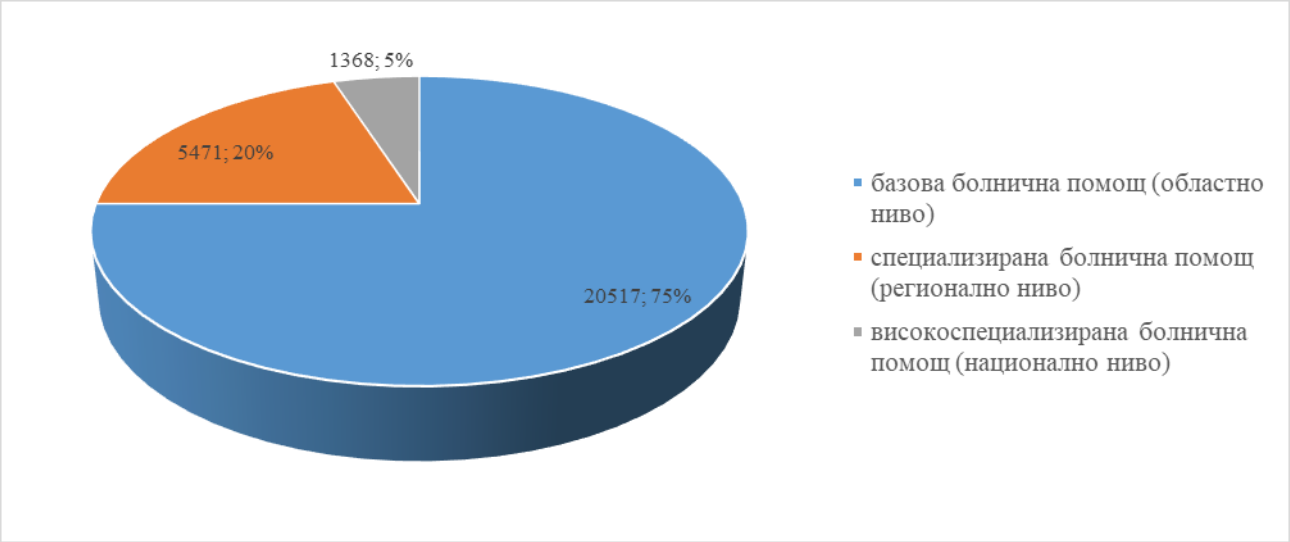


Разпределението на леглата за активно лечение по нива на болнично обслужване на областно, регионално и национално ниво е както следва:

- За базови болнични услуги (1-во ниво болнично обслужване) – 20 517 легла
- специализирани болнични услуги (2-ро ниво болнично обслужване) – 5 471 легла
- високоспециализирани болнични услуги (3-то ниво на болнично обслужване) - 5% от общия брой определени легла – 1 368 легла.

Структурата на леглата за активно лечение по нива на болнично обслужване е представена на фиг. 5.

Фигура 5. Структура на леглата за активно лечение по нива на болнично обслужване, рев. 2021 г.



Разпределението на леглата за активно лечение по отделните видове медицински дейности и нива на компетентност на територията на отделните области, региони и национално ниво се базира на посочените по-горе национални стандарти за осигуреност и гарантира равнопоставен достъп на населението до съответните нива на болнично обслужване.

Така определения капацитет на болничната помощ, базиран на методология за оценка на дългосрочните нужди от услуги въз основа на медико-статистически данни е общ за територията на съответната област, съответно регион. Той не визира конкретни населени места и лечебни заведения. Въпреки това при планиране на инвестиции в сектора се има предвид индикативен показател за ефективност на болничния капацитет - **минимален брой болнични легла в лечебно заведение за болнична помощ** – 100 легла. При прилагане на този показател, съвместно с индикативния показател за осигуреност с болнични легла 6 на 1 000 души население, се препоръчва лечебни заведения за болнична помощ да се поддържат в населени места с най-малко 15 000 души население.

При териториалното планиране и разпределение на болнични капацитет по населени места се следва приетият **модел на умерен полицентризъм** за пространствено развитие на страната и определените в НКПР 5 нива на градско развитие:

В 1-во ниво градове, съгласно НКПР (столицата София, център с европейско значение за националната територия), се осигуряват болнични услуги, съответстващи на 3-те нива на болнично обслужване – областно, регионално и национално:

- 3-то ниво (базови болнични услуги) в необходимия обем за гарантиране на потребностите на населението в гр. София и обслужваната територия;
- 2-ро ниво (специализирани болнични услуги) в необходимия обем за гарантиране на потребностите на населението в Югозападен регион за планиране (област София, Софийска област, област Кюстендил, област Благоевград и област Перник);
- 1-во ниво (високоспециализирани болнични услуги) в необходимия обем за покриване на нуждите на цялата страна.

Това означава да се осигури болничен капацитет и функционални връзки между лечебните заведения, осигуряващи пълен обем от всички видове болнични услуги с най-високото възможно ниво на компетентност, в т.ч. високоспециализирани и високотехнологични болнични услуги, услуги в областта на кардиохирургията, неврохирургията, интервенционалното лечение, трансплантации, педиатрия, комплексно лечение на онкологични заболявания и др. Това е пряко свързано и с поддържането на бази за обучение по всички медицински специалности в рамките на университетските болници, чрез което да се гарантира качественото обучение на студенти и специализанти по всички медицински направления, както и условия за провеждане на медицински научни изследвания и разработване, проучване и внедряване на нови медицински технологии.

В контекста на определените национални здравни приоритети, заложени в националните стратегически документи, на територията на гр. София се планира развитието на следните приоритетни дейности с национално значение:

- особено значение се отдава на създаването на национален център за комплексно лечение на деца, интегриращ болнични и амбулаторни услуги в областта на диагностиката, лечението и наблюдението на деца със заболявания в обхвата на всички медицински специалности;
- с цел осигуряване на висококачествена и комплексна диагностика, лечение и наблюдение на болните с онкологични и онкохематологични заболявания се търсят възможности за създаване на национална онкологична мрежа (центрове) от структури с най-високо ниво на компетентност в областта на диагностиката (образна, морфологична и др.), медицинската онкология, онкохематологията, лъчелечението, нуклеарната медицина с координиращо звено по отношение на регионалните и областни структури, в съответствие с концепцията, заложена в Националния план за борба с рака;
- като структура с национално значение на територията на гр. София следва да се организира (включително и чрез функционално обединение на структури с капацитет и наличен потенциал) национален център за широко обхватен скрининг на заболяванията, координиращ скрининговите дейности на регионално и местно ниво;
- в подкрепа на лечебните заведения от националната здравна мрежа на територията на гр. София се изгражда Националната платформа за медицинска диагностика,

която ще осигурява пряк достъп на медицинските специалисти до най-актуалната клинично значима информация за отделните социално-значими заболявания и възможности за комуникация на отдалечените амбулаторни звена с лекари-специалисти и болнични заведения;

- на територията на гр. София се изграждат „stroke“ центрове, осъществяващи в пълен обем интервенционално лечение на мозъчно-съдови заболявания и обучение на кадри за осигуряване на дейността по диагностика и лечение на мозъчно-съдовите заболявания на областно и регионално ниво;
- дейностите по трансплантация, в т.ч. трансплантация на деца, също се развиват на национално ниво в интеграция и взаимодействие с донорските бази в страната и под методическото ръководство и контрол на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“;
- на територията на гр. София се разполага основната оперативна база на системата за спешна медицинска помощ по въздуха, която осигурява цялостната координация на въздушния санитарен транспорт, като част от общата система за спешна медицинска помощ.

Лечебните заведения и структури, осъществяващи уникални за страната болнични дейности се разглеждат като структури с национално значение и се подкрепят с инвестиции.

Като общи насоки за развитие на болничния сектор на територията на гр. София се препоръчва търсене на възможности за окрупняване чрез обединение на съществуващи болнични заведения или структури с цел осигуряване на комплексно лечение на болните и максимално ефективно използване на наличните болнични ресурси. В най-голяма степен този процес следва да обхване публичните лечебни заведения за болнична помощ (държавни и общински), при които са налице административни и управленски механизми за реализация и последващо устойчиво развитие. В частния сектор този процес следва да се развива в рамките на пазарните механизми и регулационните механизми, въведени чрез Националната здравна карта.

Във всички болнични заведения се стимулират условия за развитие на амбулаторни дейности, които не изискват продължителен болничен престой.

С особено внимание се подхожда към осигуряването на достатъчен капацитет за диагностика и лечение в болнични условия на пациенти със спешни състояния, в т.ч. пострадали при бедствия, аварии и катастрофи. В тази връзка, следва да се използва не само капацитетът на болничните заведения с разкрити спешни отделения, като част от системата за спешна медицинска помощ, но и останалите болнични заведения с капацитет и договорени задължения да осъществяват спешен прием и лечение на болни със спешни състояния.

Във 2-ро ниво градове, съгласно НКПР (големи градове, центрове с национално значение за територията на районите – Пловдив, Варна, Бургас, Русе, Плевен, Стара Загора и гр. Велико Търново, с потенциал да премине във 2-ро ниво при подходящо бъдещо развитие и евентуално стимулиране), се осигуряват болнични услуги, съответстващи на 3-то и 2-ро ниво на болнично обслужване – с областно и регионално значение.

Концепцията за развитие на болничната помощ в тези градове е сходна с общата концепция за развитие на болничното обслужване в гр. София, в контекста на полицентричното развитие и необходимостта градовете от това ниво да балансират доминиращата роля на хипертофичната болнична мрежа на гр. София.

В тези градове се развиват в пълен обем специализирани болнични услуги с регионално значение, в т.ч. в областта на педиатричната грижа, диагностиката и лечението на онкологичните заболявания, диагностиката и лечението на мозъчно-съдовите заболявания, психиатричната грижа и др. При наличие на капацитет и установени незадоволени потребности се подкрепя и развитието на високоспециализирани болнични услуги с национално значение, особено на територията на градовете Пловдив, Варна и Плевен.

По този начин се осигурява по-добър и своевременен достъп на населението на територията на цялата страна до специализирани и високоспециализирани болнични дейности. Това е особено важно за гарантиране на болничното лечение в условия на

спешност, бедствия, катастрофи и други инциденти, при които времето за достъп е изключително важно. И тук специално внимание следва да се отдели на осигуряването на болнични бази за обучение и студенти и специализанти, предвид наличието на висши учебни заведения, обучаващи медицински кадри.

Капацитетът на съответните лечебни заведения в тези градове се съобразява с необходимостта от осигуряване на:

- **Гр. Пловдив**

- 3-то ниво (базови болнични услуги) в необходимия обем за гарантиране на потребностите на населението в гр. Пловдив и обслужваната територия (област Пловдив);

- 2-ро ниво (специализирани болнични услуги) в необходимия обем за гарантиране на потребностите на населението в Южен централен район за планиране (ЮЦРП)

- **Гр. Варна**

- 3-то ниво (базови болнична услуги) в необходимия обем за гарантиране на потребностите на населението в гр. Варна и обслужваната територия (област Варна);

- 2-ро ниво (специализирани болнични услуги) в необходимия обем за гарантиране на потребностите на населението в Североизточен район за планиране (СИРП).

- **Гр. Плевен**

- 3-то ниво (базови болнична услуги) в необходимия обем за гарантиране на потребностите на населението в гр. Плевен и обслужваната територия (област Плевен)

- 2-ро ниво (специализирани болнични услуги) в необходимия обем за гарантиране на потребностите на населението в Северозападен район за планиране (СЗРП).

- **Гр. Стара Загора и гр. Бургас**

- 3-то ниво (базови болнична услуги) в необходимия обем за гарантиране на потребностите на населението в гр. Стара Загора, съответно гр. Бургас и обслужваната територия (област Стара Загора, съответно област Бургас)

- 2-ро ниво (специализирани болнични услуги) в необходимия обем за гарантиране на потребностите на населението в Югоизточен район за планиране (ЮИРП) се планират и развиват **на територията на двата съществуващи регионални центъра – гр. Стара Загора и гр. Бургас** при съобразяване с наличния капацитет, спецификите на районите и възможностите за най-ефективно използване на ресурсите.

- **Гр. Русе и гр. Велико Търново**

- 3-то ниво (базови болнична услуги) в необходимия обем за гарантиране на потребностите на населението в гр. Русе, съответно гр. Велико Търново и обслужваната територия (област Русе, съответно област Велико Търново)

- 2-ро ниво (специализирани болнични услуги) в необходимия обем за гарантиране на потребностите на населението в Северен централен район за планиране (СЦРП) **се планира и развива на територията на двата съществуващи регионални центъра** – гр. Русе и гр. Велико Търново при съобразяване с наличния капацитет, спецификите на районите и възможностите за най-ефективно използване на ресурсите.

В градовете 3-то ниво, съгласно НКПР, които са областни центрове (Видин, Монтана, Враца, Ловеч, Габрово, Търговище, Разград, Шумен, Силистра, Добрич, Сливен, Ямбол, Хасково, Кърджали, Смолян, Пазарджик, Перник, Кюстендил, Благоевград), се осигурява болнично обслужване от 3-то ниво (базови болнична услуги) в необходимият обем за гарантиране на потребностите на населението в съответните области.

При наличие в градовете от 3-то ниво (особено в тези, притежаващи потенциални възможности да преминат във 2-ро ниво при подходящо бъдещо развитие и евентуално стимулиране - Габрово, Шумен, Добрич, Хасково, Пазарджик и Благоевград) на съществуващи структури, осъществяващи специализирана болнична помощ с регионално значение (например диагностика и лечение на онкологични заболявания, психиатрия и др.) същите се подкрепят и се имат предвид при планиране на дейностите за покриване на потребностите на населението на регионално ниво.

В градовете от 3-то ниво, които не са областни центрове (Свищов, Горна Оряховица, Казанлък, Димитровград, Асеновград, Карлово, Дупница, Петрич), както и в **градовете от 4-то ниво, които показват известни възможности, при подходящо бъдещо развитие и евентуално стимулиране, да преминат в 3-то ниво и имат население над 15 000 души** (Сандански, Гоце Делчев, Ботевград, Самоков, Троян, Севлиево, Панагюрище, Чирпан, Нова Загора, Айтос, Карнобат, Свиленград, Харманли, Велинград, Пещера, Лом) при наличие на местен капацитет и подкрепа от местната общност могат да се развиват дейности по предоставяне на базова болнична помощ (активно лечение и/или дългосрочни грижи и рехабилитация) на населението в териториалния им обхват. Капацитетът за подкрепа за дейности по активно лечение не може да надхвърля определения брой легла, определен на база на обслужваното население по представената методология, а общият брой легла следва да е съобразен и индикативния показател за ефективност на болничния капацитет.

В останалите градове от 4-то и 5-то ниво, в които има разкрити болници за активно лечение, се препоръчва извършване на анализ на наличния местен капацитет за предоставяне на базова медицинска помощ в необходимия обем и качество и тенденциите за демографско и социално-икономическо развитие и изготвяне на планове за преструктуриране на част от леглата за активно лечение в легла за дългосрочни грижи или цялостно преструктуриране на лечебните заведения в лечебни заведения от друг вид – болници за продължително лечение, медицински центрове, хосписи или заведения, предоставящи медико-социални услуги. Разкриването на нови болници или нови дейности в обхвата на активното лечение в тези градове не се подкрепя.

На базата на представената концепция е изготвена **Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в болничната медицинска помощ по видове** (Табл.3)

Чрез прилагане на посочените принципи за териториално развитие на системата за болнична помощ се цели оптимизиране на болничната мрежа при гарантиран и равнопоставен достъп на всички български граждани до медицинска помощ на съответните нива на болнично обслужване и оптимално ефективно разходване на ресурсите, както материално технически, така и човешки ресурси. Освен това развитието на болничната система се адаптира спрямо общото урбанистично развитие на страната, с което се гарантира, че капацитетът ѝ в най-голяма степен е съответен на нуждите на населението на съответната територия.

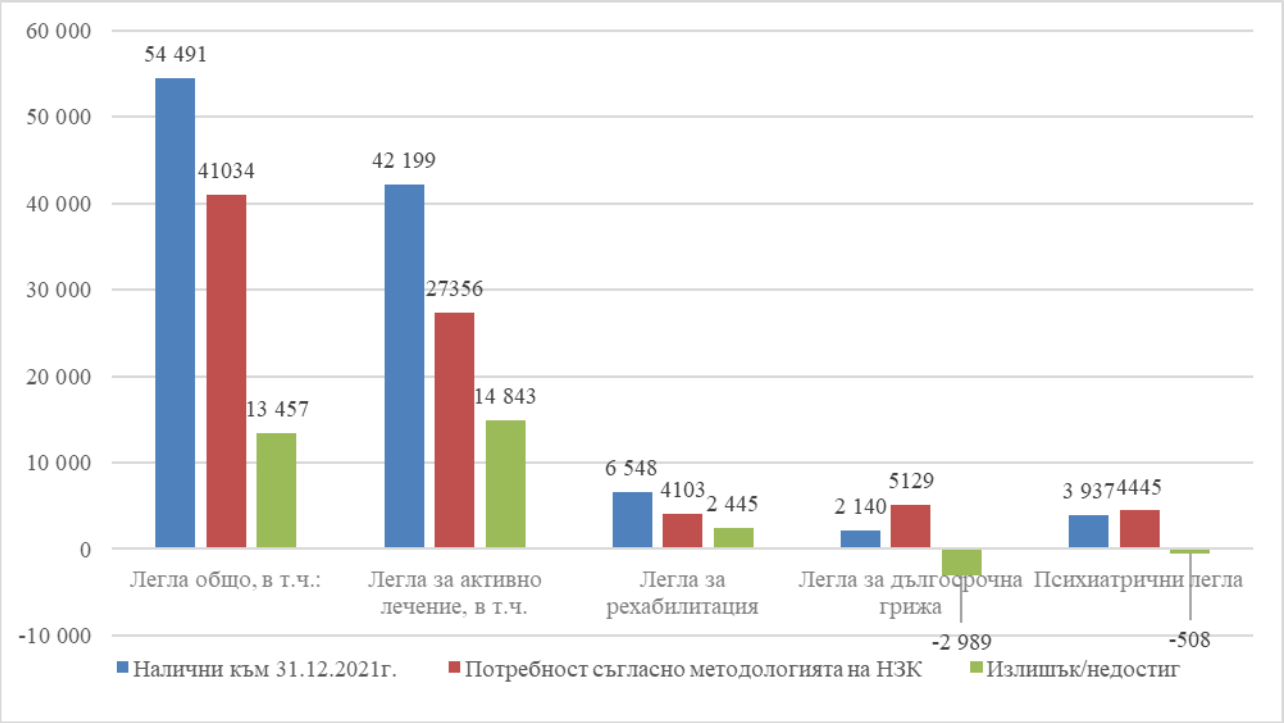
Тази концепция за максимално концентриране на болничните ресурси в населените места, в които живеят най-много хора е пряко свързана и зависима от реализацията на концепцията за максимално разширяване на достъпа и качеството на базовите медицински грижи в извънболничната помощ, с акцент върху отдалечените и труднодостъпни населени места, както и с усилията за развитие на системата за спешна медицинска помощ, в т.ч. по въздух. По този начин ще се гарантира своевременния достъп до медицинска помощ, в т.ч. болнични услуги на всички граждани, независимо от тяхното местоживеене.

Систематичното и съвкупно прилагане на описаните подходи към настоящото състояние на системата за болнична помощ и произтичащите от това дългосрочни нужди от болнични услуги, дават възможност за тяхното картиране по области (NUTS 3), региони (NUTS 2) и национално ниво (NUTS 1).

Анализът на данните показва, че на национално ниво (NUTS 1) е налице излишен общ леглови фонд от 13 457 легла, което е 25 % от всички разкрити легла.

При преглед на леглата по видове се установява, че най-голям е излишъкът по отношение на леглата за активно лечение(ЛАЛ) – 14 843 (35 % от наличните ЛАЛ) и леглата за рехабилитация (ЛФТР) – 2 445 легла (37% от наличните ЛФТР), докато е налице значителен дефицит на леглата за дългосрочна грижа, осигурявана в болнични условия – недостиг от 2 989 легла, т.е. 58 % от установените потребности. Известен недостиг е наличен при леглата за психиатрична грижа – 508 легла или 11 % от установените потребности.

Фигура 6. Налични и необходими болнични легла по видове, България рев. 2021 г.

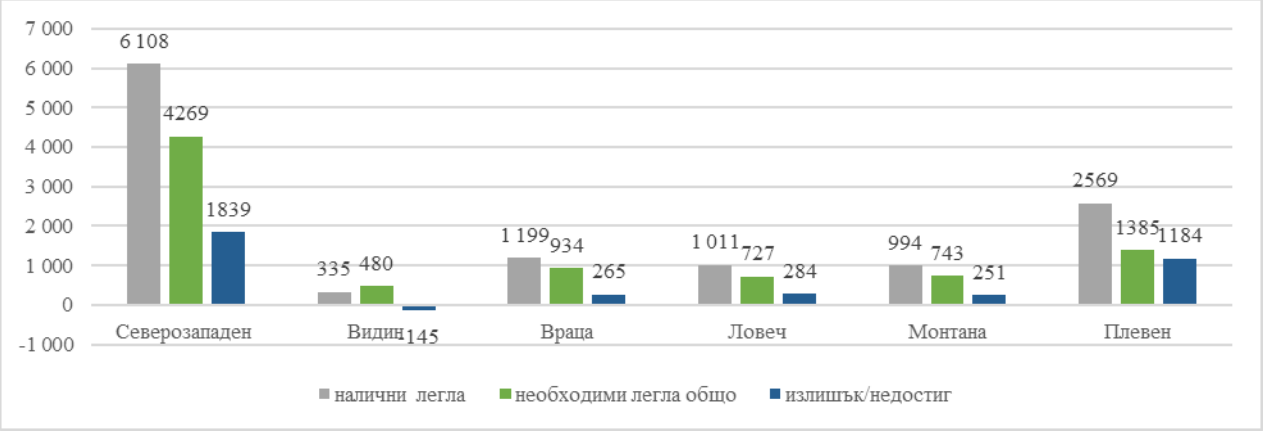


Анализът на данните за осигуреността с болнични легла на ниво региони за икономическо планиране (NUTS 2) и области (NUTS 3), събрани в рамките на Въпросниците за оценка на здравните нужди и инвестиции България — Хърватия — Словения ЕС-27 (Приложения от 2-7) показва известни регионални различия, но в рамките на общата тенденция на национално ниво:

Северозападен регион (СЗР) – включва областите Видин, Враца, Ловеч, Монтана и Плевен с общо население 711 473 души

Общият брой на болничните легла във всички области от региона е 6 108, което формира осигуреност с болнични легла 8,59 на 1 000 души при национален индикативен показател за осигуреност 6 на 1 000 души. Налице е излишък на ниво регион от 1 839 болнични легла, което е 30 % от всички разкрити болнични легла. (фиг. 7) Основна причина е, че на територията на района се намират твърде голям брой (37) болнични заведения, в т.ч. 28 многопрофилни болници, 7 специализирани болници и 2 държавни психиатрични болници.

Фигура 7. Налични и необходими болнични легла по области, Северозападен регион, 2021 г.

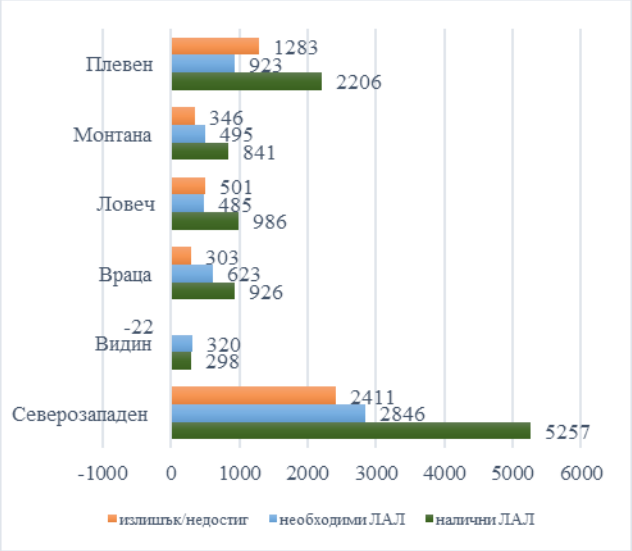


При преглед на леглата по видове се установява, че най-голям е излишъкът по отношение на леглата за активно лечение – 2 411 (45 % от наличните ЛАЛ), докато леглата за

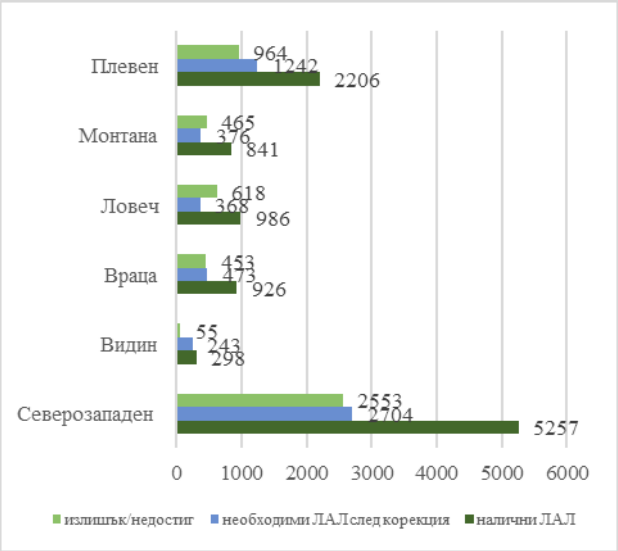
рехабилитация са по-малко с 50 (13% от установените потребности), както и известен дефицит на леглата за дългосрочна грижа, осигурявана в болнични условия – недостиг от 60 легла, т.е. 12 % от установените потребности (фиг. 8-11).

Анализът на наличните активни легла спрямо определените унифицирани потребности (4 на 1 000 души население) на ниво област (NUTS 3) показва, че с изключение на област Видин, където се установява известен недостиг на ЛАЛ (-22 ЛАЛ), в останалите 4 области е налице значителен излишък, който е най-голям в Област Плевен (+1 283 ЛАЛ) - (фиг. 8).

Фигура 8. Налични и необходими легла за АЛ, СЗР



Фигура 9. Налични и необходими легла за АЛ, с корекция за легла на регионално ниво, СЗР



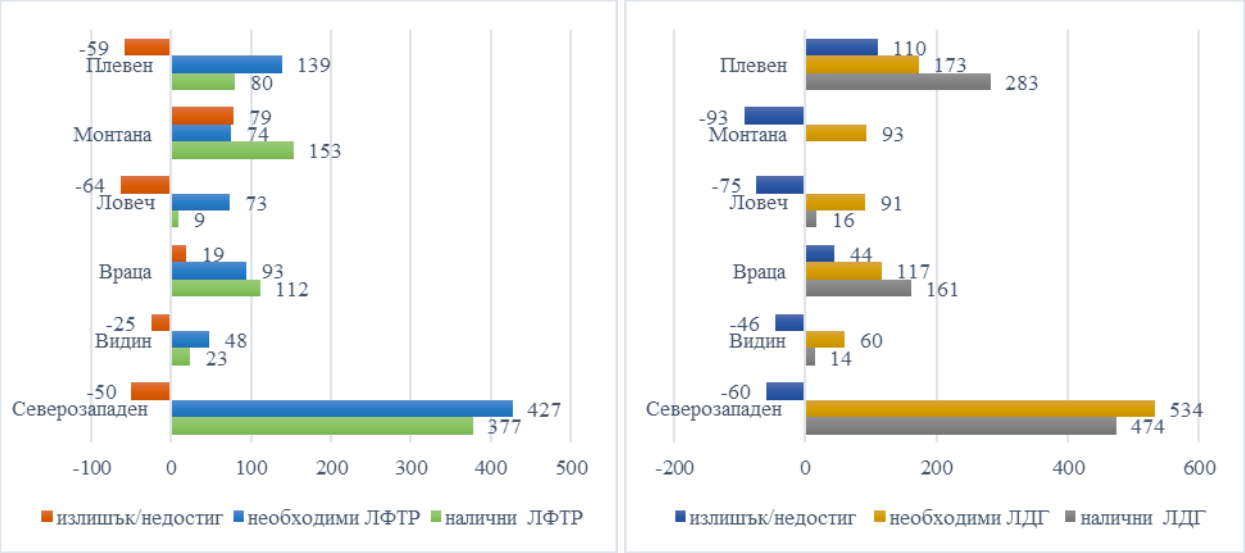
При блокиране на 5 % от леглата за нужди на национално ниво (високоспециализирана болнична помощ – 3-то ниво на болнично обслужване) и локиране на 20% от ЛАЛ за осигуряване на нужди от специализирана болнична помощ (2-ро ниво болнично обслужване) към област Плевен, в която е гр. Плевен (град 2 ниво съгласно НКПР и университетски медицински център), се установява, че дори и в област Видин не е налице недостиг на ЛАЛ, а в област Плевен излишъкът от ЛАЛ намалява, но остава значителен – 964 легла, или 40% от наличния леглови фонд (фиг. 9).

Общият извод е, че в отделните области, както и на регионално ниво, има достатъчен болничен капацитет за покриване на нуждите от населението от активно болнично лечение, в т.ч. базова болнична помощ (3-то ниво) и специализирана болнична помощ (2-ро ниво). **В тези области инвестициите следва да са насочени към подкрепа за приоритетни болнични дейности, свързани с актуални проблеми за здравето на населението, без разкриване на допълнителни болнични легла за активно лечение в рамките на наличните легла и тяхното преструктуриране при необходимост, базирано на оперативен анализ на нуждите. (Виж подраздели IV.2.1-IV.2.4)**

Анализът на данните за другите видове легла показва, че е налице недостатъчен капацитет за осъществяване на болнични дейности по рехабилитация и дългосрочни грижи (фиг. 10 и 11).

Фигура 10. Налични и необходими легла за ФТР, СЗР

Фигура 11. Налични и необходими легла за ДГ, СЗР



За преодоляването на тези дефицити, особено в частта за дългосрочни грижи, следва да се подкрепят инвестиции/интервенции, като приоритетно се подкрепят такива, свързани с трансформиране на съществуващите излишни болнични легла за активно лечение в легла за продължително лечение и палиативни грижи. Могат да се подкрепят и инвестиции в развитие на дейности по рехабилитация на болни с определени заболявания, с приоритет на ранната рехабилитация на болни с инсулт, онкологични заболявания и др.

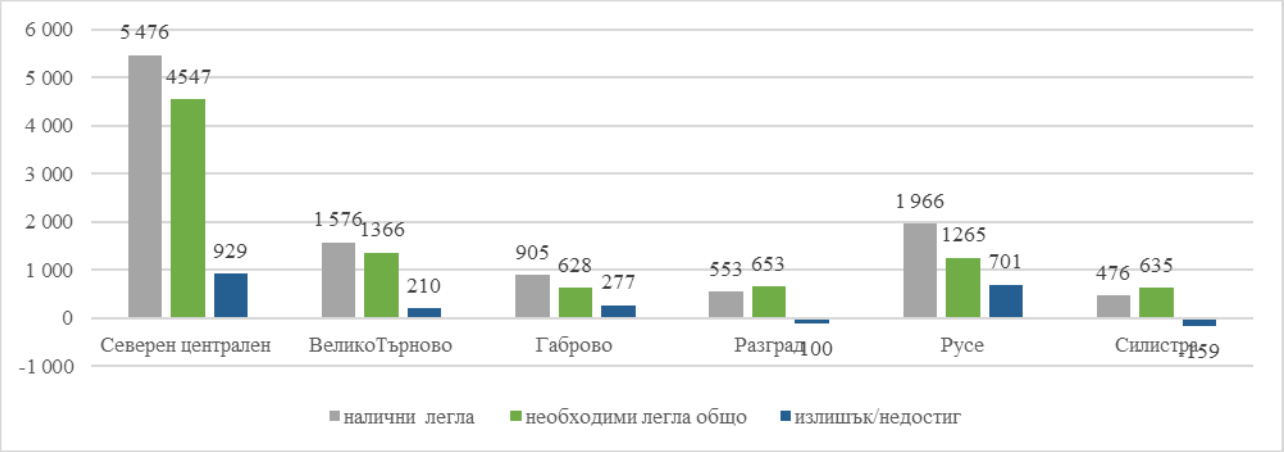
Гр. Плевен със съществуващата университетска болница следва да се развива като естествен регионален център за болнична грижа. Основна препоръка за развитието на регионалната здравна мрежа е балансирано преструктуриране на болничната мрежа чрез редуциране както на леглата за активно лечение, така и на броя на болничните заведения и трансформирането на част от тях в легла и структури за дългосрочни грижи, амбулаторни дейности и грижи в общността.

Подробна информация за специфичните здравно-демографски характеристики, състоянието на здравната система и свързаните с тях нужди от здравни услуги и инвестиции в Северозападен регион и областите в него се съдържа в Приложение 2.

Северен централен район (СЦР) – включва областите Велико Търново, Габрово, Разград, Русе и Силистра с общ брой население 757 846 души

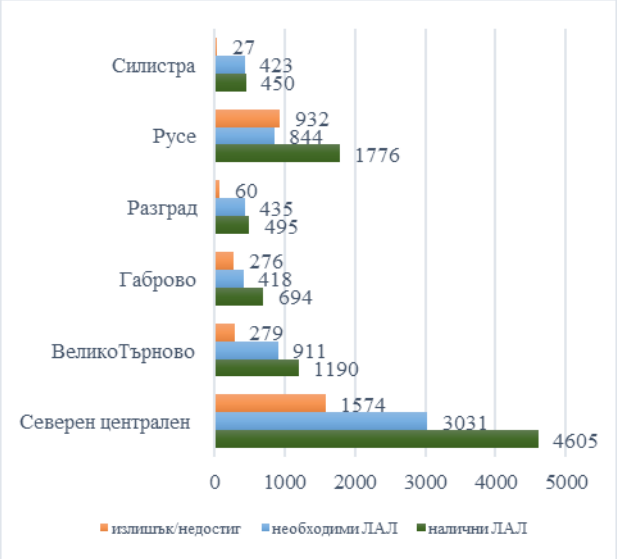
Общият брой на болничните легла във всички области от региона е 5476, което формира осигуреност с болнични легла 7,23 на 1 000 души, което значително надвишава националния индикативен показател за осигуреност 6 на 1 000 души. На ниво регион е налице излишък от 1725 болнични легла, което е 37 % от всички разкрити легла (фиг. 12). На територията на района функционират 17 многопрофилни болници, 12 специализирани болници, 2 ДПБ, 2 центъра за психично здраве и 2 комплексни онкологични центъра.

Фигура 12. Налични и необходими болнични легла по области, Северен централен район 2021 г.

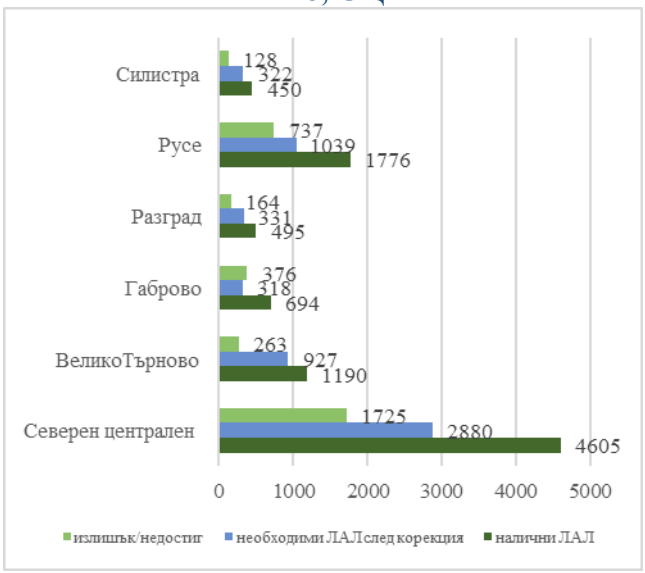


При прегледа на леглата по видове се установява, че най-голям е излишъкът по отношение на леглата за активно лечение – 1574 (34 % от наличните ЛАЛ), докато при леглата за дългосрочна грижа, осигурявана в болнични условия е налице недостиг от 158 легла, т.е. 28 % от установените потребности (фиг. 13-16).

Фигура 13. Налични и необходими легла за АЛ, СЦР



Фигура 14. Налични и необходими легла за АЛ, с корекция за легла на регионално ниво, СЦР



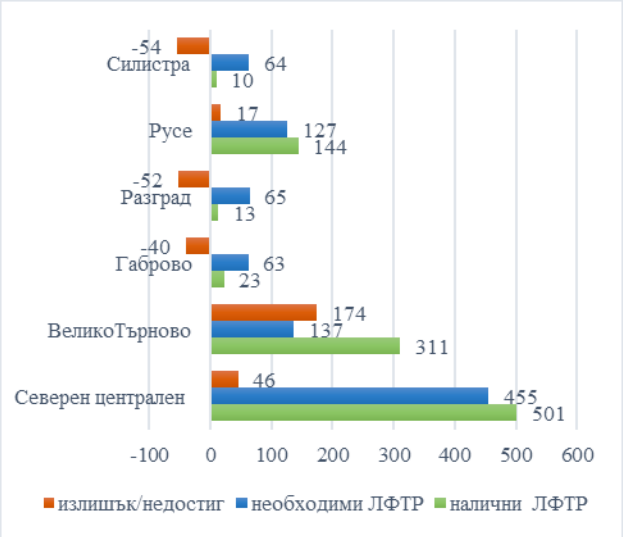
След блокиране на 5 % от необходимите легла за активно лечение за дейности на национално ниво (високоспециализирана болнична помощ - 3-то ниво на болнично обслужване) и локиране на 20 % за дейности с регионално значение (специализирана болнична помощ - 2-ро ниво на болнично обслужване) към 2 та града Русе (град 2 ниво съгласно НКПР) и Велико Търново (град с потенциал за 2 ниво съгласно НКПР), които ще бъдат подкрепяни като регионални центрове, общият брой на необходимите легла за активно лечение в региона остават 2880 с формиран излишък от 1725 легла. С най-голям излишък от легла за активно лечение са областите Русе и Габрово, но такъв е налице във всички други области от региона.

Общият извод е, че в отделните области, както и на регионално ниво има достатъчен болничен капацитет за покриване на нуждите от населението от активно болнично лечение, в т.ч. базова болнична помощ (1-во ниво) и специализирана болнична помощ (2-ро ниво). **В тези области инвестициите следва да са насочени към подкрепа за приоритетни болнични дейности, свързани с актуални проблеми за здравето на населението и провеждане на национални здравни политики, в рамките на наличните легла и тяхното**

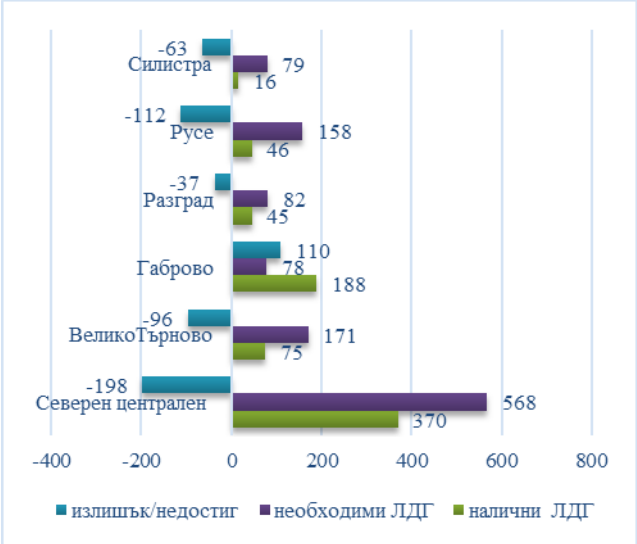
преструктуриране при необходимост, базирано на оперативен анализ на нуждите. (Виж подраздели IV.2.1-IV.2.4)

Анализът на данните за другите видове легла показват, че е във всички области е налице недостатъчен капацитет за осъществяване на болнични дейности по дългосрочни грижи (фиг. 16). Капацитетът за дейности по рехабилитация е достатъчен на регионално ниво и в областите, в които се намират двата регионални центъра Русе и Велико Търново.

Фигура 15. Налични и необходими легла за ФТР, СЦР



Фигура 16. Налични и необходими легла за ДГ, СЦР



За преодоляването на тези дефицити, особено в частта за дългосрочни грижи, следва да се подкрепят инвестиции, като приоритетно се подкрепят такива, свързани с трансформиране на съществуващите излишни болнични легла за активно лечение в легла за продължително лечение и палиативни грижи. Могат да се подкрепят и инвестиции в развитие на дейности по ранна рехабилитация на болни с определени заболявания, с приоритет на ранната рехабилитация на болни с инсулт, онкологични заболявания и др.

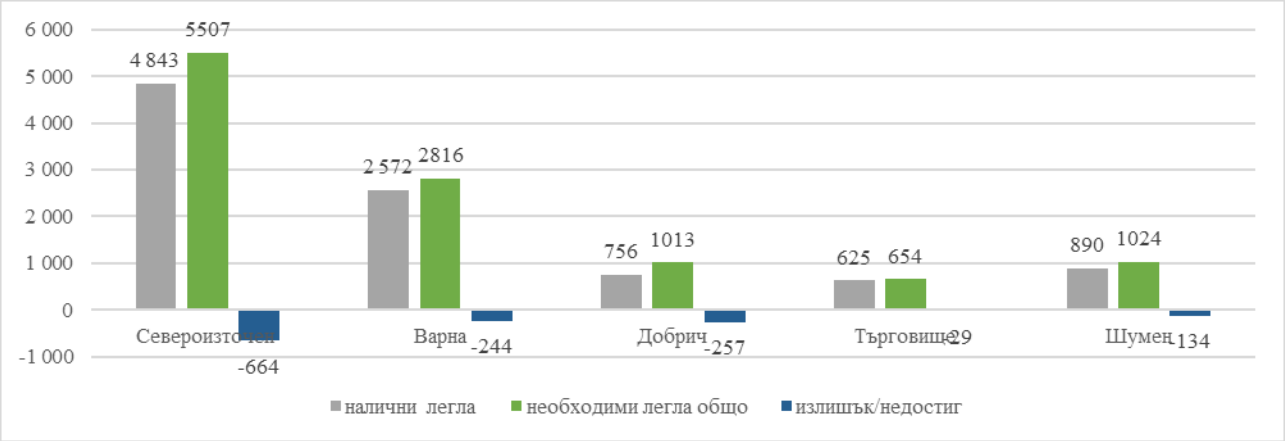
Специфика на региона е липсата на утвърден регионален център за болнична грижа, като специализирания болничен капацитет е разделен в двата основни града – Русе и Велико Търново, но те все още не са в състояние да достигнат необходимия капацитет на болничната мрежа като другите регионални центрове – Плевен, Варна, Пловдив. Предвид географските и социални характеристики на региона и принципите на полицентричния модел на развитие, ще се търсят възможности за равнопоставено развитие на специализирани болнични дейности на територията на 2-та града, при най-ефективно използване на ресурсите.

Подробна информация за специфичните здравно-демографски характеристики, състоянието на здравната система и свързаните с тях нужди от здравни услуги и инвестиции в Северен централен регион и областите в него се съдържа в Приложение 3.

Североизточен район (СИР) - включва областите Шумен, Търговище, Добрич и Варна с общо население 917 849 души

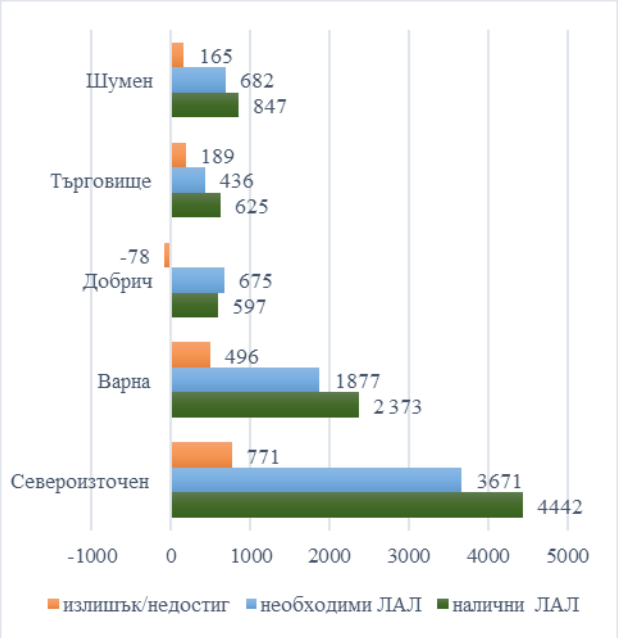
Общият брой на болничните легла във всички области от региона е 4843, което формира осигуреност с болнични легла 5,28 на 1 000 души, което е под националния индикативен показател за осигуреност 6 на 1 000 души. На ниво регион е налице недостиг от 664 болнични легла, което е 12 % от всички необходими легла. (фиг. 17) На територията на района се намират 30 заведения за болнична помощ, в т.ч. 14 многопрофилни болници, 14 специализирани болници и 2 държавни психиатрични болници.

Фигура 17. Налични и необходими болнични легла по области, Североизточен регион, 2021 г.

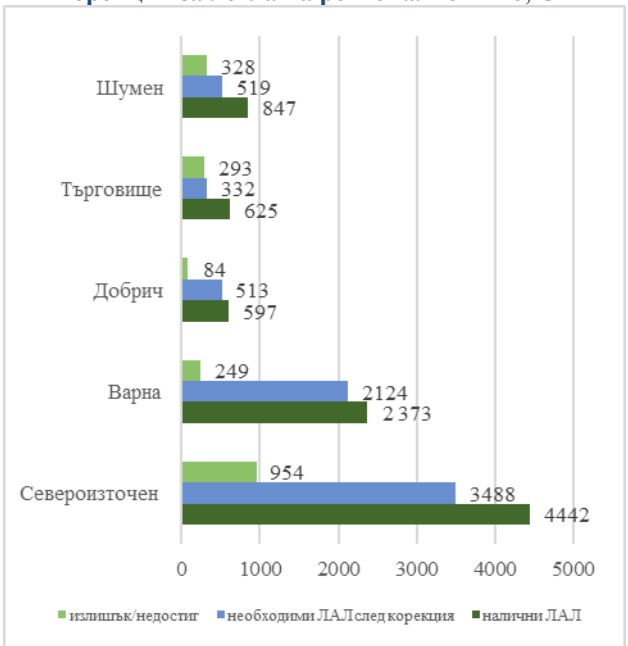


При преглед на леглата по видове се установява, че е налице неголям излишък само на леглата за активно лечение – 771 (17 % от наличните ЛАЛ), докато при леглата за рехабилитация и за дългосрочна грижа, осигурявана в болнични условия е налице значителен недостиг - 200 легла за рехабилитация (36% от всички необходими легла) и 638 легла за дългосрочни грижи, което е 93 % от установените потребности. (фиг. 18-21)

Фигура 18. Налични и необходими легла за АЛ, СИР



Фигура 19. Налични и необходими легла за АЛ, с корекция за легла на регионално ниво, СИР



След блокиране на 5 % от необходимите легла за активно лечение за дейности на национално ниво (високоспециализирана болнична помощ - 3-то ниво на болнично обслужване) и локиране на 20 % за дейности с регионално значение (специализирана болнична помощ - 2-ро ниво на болнично обслужване) към град Варна (град 2 ниво съгласно НКПР – регионален и университетски център), общият брой на необходимите легла за активно лечение в региона остават 3488 с формиран излишък от 954 легла. С най-голям излишък от легла за активно лечение са областите Шумен и Търговище.

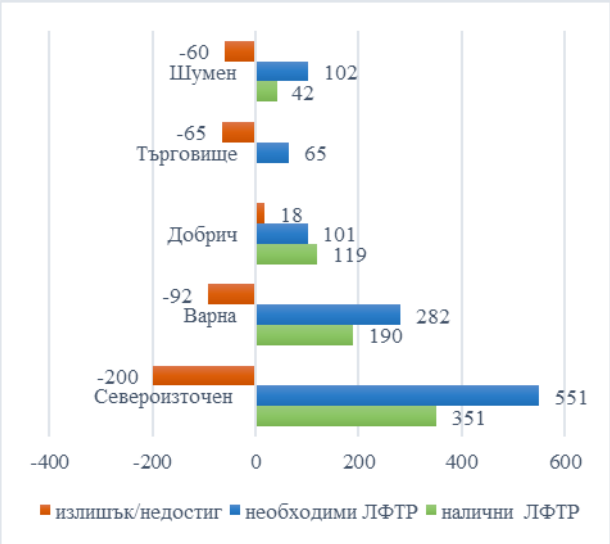
Общият извод е, че в отделните области, както и на регионално ниво има достатъчен болничен капацитет за покриване на нуждите от населението от активно болнично лечение, в т.ч. базова болнична помощ (1-во ниво) и специализирана болнична помощ (2-ро ниво). **В тези области инвестициите следва да са насочени към подкрепа за приоритетни болнични дейности, свързани с актуални проблеми за здравето на населението и провеждане на национални здравни политики, без разкриване на допълнителни**

болнични легла за активно лечение в рамките на наличните легла и тяхното преструктуриране при необходимост, базирано на оперативен анализ на нуждите. (Виж подраздели IV.2.1-IV.2.4)

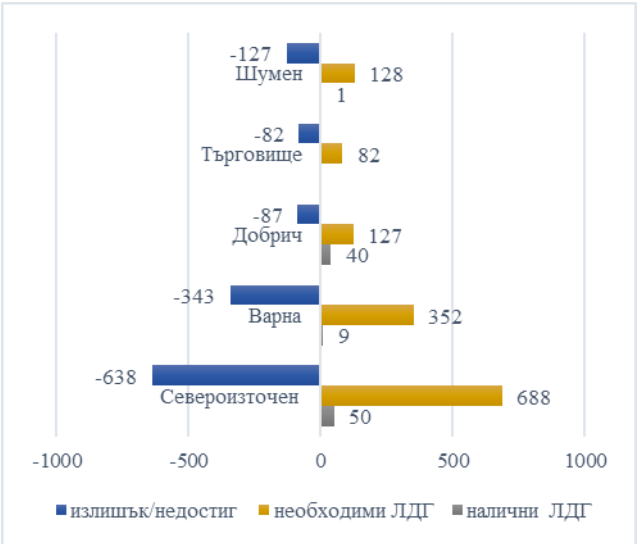
В това отношение е приоритетно инвестирането в болничния капацитет на гр. Варна, в т.ч. за развитие на дейности в областта на високоспециализираната болнична помощ, особено като се има предвид обстоятелството, че Варна се явява естествен център на Източна България и в полицентричната система следва да има водеща роля като балансьор на София.

Анализът на осигуреността на нуждите на населението от легла за рехабилитация и дългосрочни грижи в региона и отделните области показва сериозен дефицит, който обаче частично може да бъде покрит в рамките на излишния болничен капацитет от активни легла.

Фигура 20. Налични и необходими легла за ФТР, СИР



Фигура 21. Налични и необходими легла за ДГ, СИР



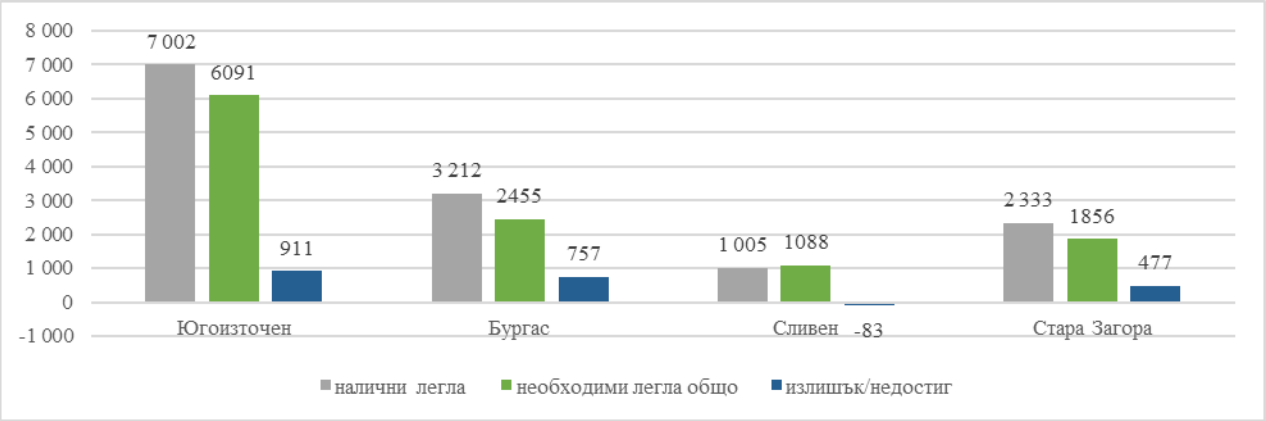
За преодоляването на тези дефицити, особено в частта за дългосрочни грижи, следва да се подкрепят инвестиции, като приоритетно се подкрепят такива, свързани с трансформиране на съществуващите излишни болнични легла за активно лечение в легла за продължително лечение и палиативни грижи. Могат да се подкрепят и инвестиции в развитие на дейности по ранна рехабилитация на болни с определени заболявания, с приоритет на ранната рехабилитация на болни с инсулт, онкологични заболявания и др.

Подробна информация за специфичните здравно-демографски характеристики, състоянието на здравната система и свързаните с тях нужди от здравни услуги и инвестиции в Североизточен регион и областите в него се съдържа в Приложение 4.

Югоизточен регион (ЮИР) – включва областите Бургас, Сливен, Стара Загора и Ямбол с общо население 1 015 225 души

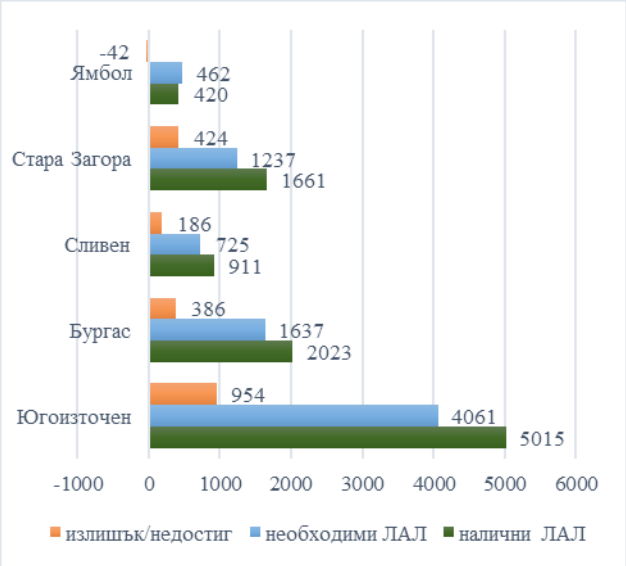
Общият брой на болничните легла във всички области от региона е 7002, което формира осигуреност с болнични легла 6,9 на 1 000 души, което е малко над националния индикативен показател за осигуреност 6 на 1 000 души. На ниво регион е налице излишък от 991 болнични легла, което е 14 % от всички разкрити легла. (фиг. 22) На територията на района се намират много голям брой - 56 заведения за болнична помощ, в т.ч. 25 многопрофилни болници, 14 специализирани болници и 1 държавна психиатрична болница.

Фигура 22. Налични и необходими болнични легла по области, Югоизточен регион, 2021 г.

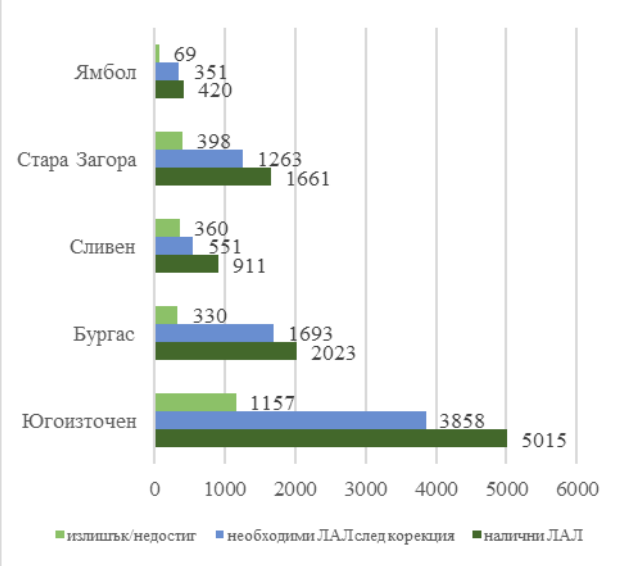


При преглед на леглата по видове се установява, че най-голям е излишъкът по отношение на леглата за активно лечение – 954 (19 % от наличните ЛАЛ), както и при леглата за рехабилитация – 864 (59% от наличните легла за рехабилитация) докато при леглата за за дългосрочна грижа, осигурявана в болнични условия е налице недостиг от 247 легла, т.е. 32 % от установените потребности. (фиг. 23-26)

Фигура 23. Налични и необходими легла за АЛ, ЮИР



Фигура 24. Налични и необходими легла за АЛ, с корекция за легла на регионално ниво, ЮИР



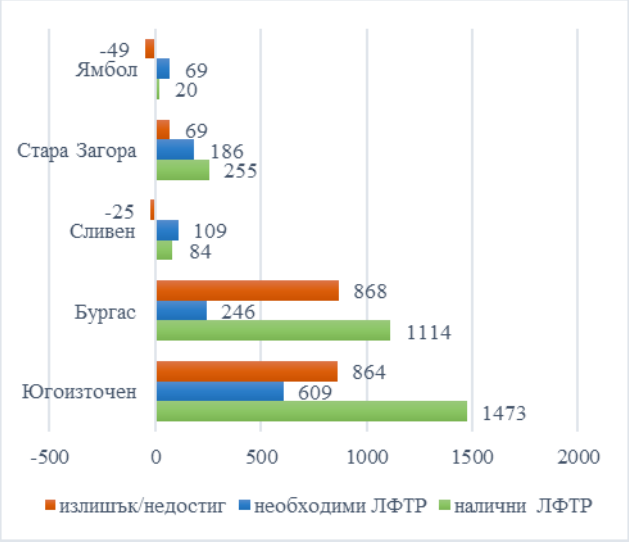
След блокиране на 5 % от необходимите легла за активно лечение за дейности на национално ниво (високоспециализирана болнична помощ - 3-то ниво на болнично обслужване) и локиране на 20 % за дейности с регионално значение (специализирана болнична помощ - 2-ро ниво на болнично обслужване) към 2 та града Бургас и Стара Загора (градове 2 ниво съгласно НКПР), които ще бъдат подкрепяни като регионални центрове,

общият брой на необходимите легла за активно лечение в региона остават 3858 с формиран излишък от 1157 легла. С най-голям излишък от легла за активно лечение спрямо определените потребности е област Сливен.

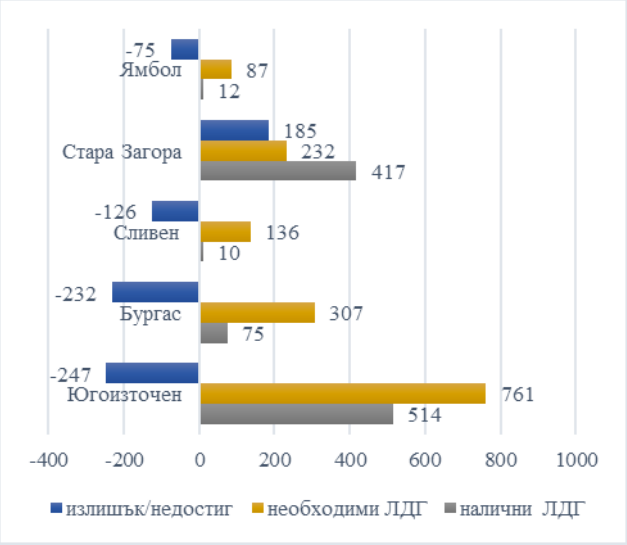
Общият извод е, че в отделните области, както и на регионално ниво има достатъчен болничен капацитет за покриване на нуждите от населението от активно болнично лечение, в т.ч. базова болнична помощ (1-во ниво) и специализирана болнична помощ (2-ро ниво). **В тези области инвестициите следва да са насочени към подкрепа за приоритетни болнични дейности, свързани с актуални проблеми за здравето на населението и провеждане на национални здравни политики, без разкриване на допълнителни болнични легла за активно лечение в рамките на наличните легла и тяхното преструктуриране при необходимост, базирано на оперативен анализ на нуждите. (Виж подраздели IV.2.1-IV.2.4)**

Анализът на осигуреността на нуждите на населението от легла за дългосрочни грижи в региона и отделните области показва сериозен дефицит, който обаче може да бъде покрит в рамките на излишния болничен капацитет от активни легла. По отношение на Област Стара Загора следва да се отбележи, че съществуващия значителен леглови фонд за дългосрочни грижи е формиран от леглата в ДПБ-Раднево, които са за специализирани психиатрични грижи и не следва да се вземат предвид при общата оценка на нуждите от дългосрочни грижи.

Фигура 25. Налични и необходими легла за ФТР, ЮИР



Фигура 26. Налични и необходими легла за ДГ, ЮИР



За преодоляването на тези дефицити, особено в частта за дългосрочни грижи, следва да се подкрепят инвестиции, като приоритетно се подкрепят такива, свързани с трансформиране на съществуващите излишни болнични легла за активно лечение в легла за продължително лечение и палиативни грижи. Могат да се подкрепят и инвестиции в развитие на дейности по ранна рехабилитация на болни с определени заболявания, с приоритет на ранната рехабилитация на болни с инсулт, онкологични заболявания и др.

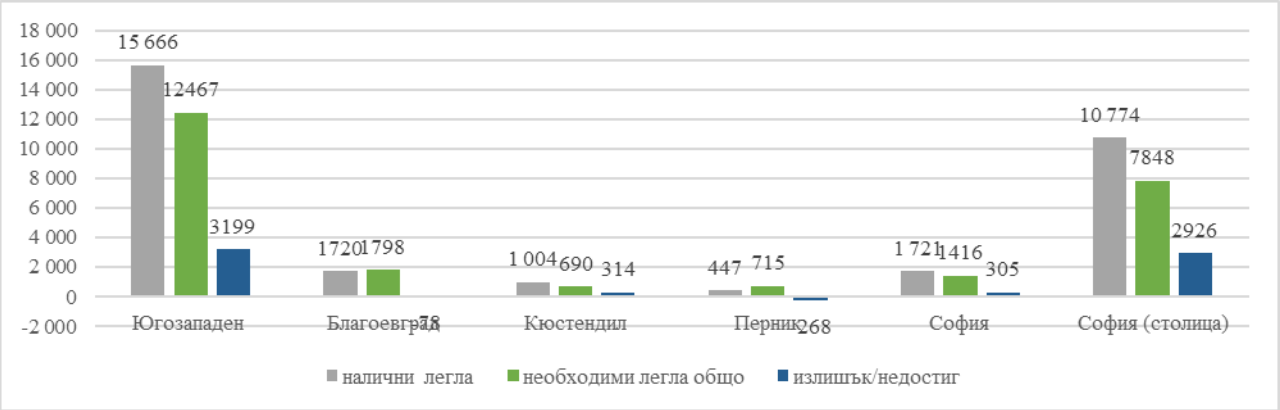
И в този регион е налице полицентризъм по отношение на регионалното ниво на болнична грижа, като специализирания болничен капацитет е концентриран в двата основни града – Бургас и Стара Загора, като и те все още не са в състояние да достигнат необходимия капацитет на болничната мрежа като другите регионални центрове – Плевен, Варна, Пловдив. И тук ще се търсят възможности за равнопоставено развитие на специализирани болнични дейности на територията на 2-та града, при най-ефективно използване на ресурсите.

Подробна информация за специфичните здравно-демографски характеристики, състоянието на здравната система и свързаните с тях нужди от здравни услуги и инвестиции в Югоизточен регион и областите в него се съдържа в Приложение 5.

Югозападен район (ЮЗР) – включва областите София (столица), София област, Перник, Кюстендил и Благоевград с общо население 2 077 916.

Общият брой на болничните легла във всички области от региона е 15 666, формиращ осигуреност с болнични легла 7,54 на 1 000 души, което е малко над националния индикативен показател за осигуреност 6 на 1 000 души. На ниво регион е налице излишък от 3199 болнични легла, което е 20 % от всички разкрити легла. (фиг. 27) На територията на района към 31.12.2021 г. функционират 101 лечебни заведения за болнична помощ, в т.ч. 46 многопрофилни болници, 52 специализирани болници, 3 центрове за психично здраве, 2 комплексни онкологични центрове. На територията на региона се намира град София Столица, в който са концентрирани болнични структури, осигуряващи високоспециализирани болнични дейности с национално значение, което определя важността на региона за националната система на здравеопазване.

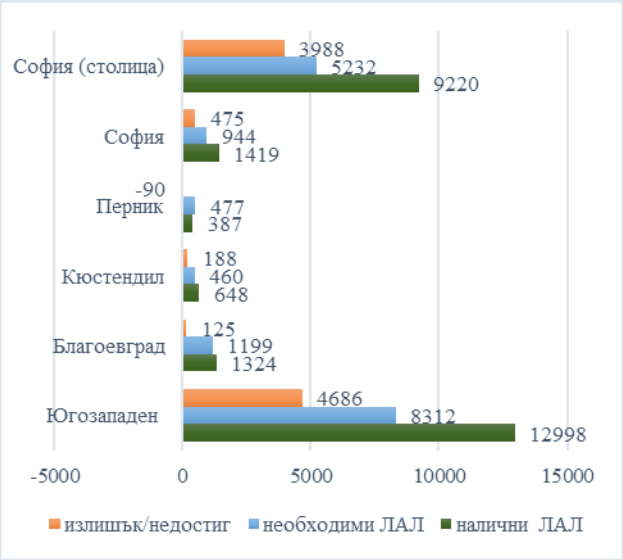
Фигура 27. Налични и необходими болнични легла по области, Югозападен регион, 2021 г.

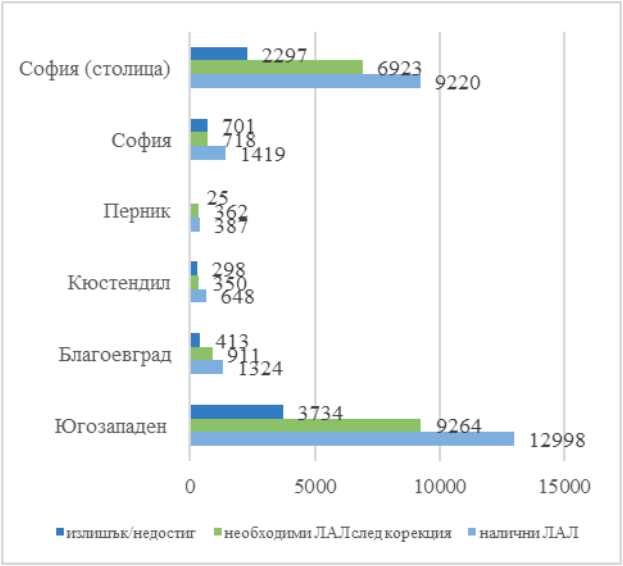


При прегледа на леглата по видове се установява, че най-голям е излишъкът по отношение на леглата за активно лечение – 4686 (36 % от наличните ЛАЛ), както и при леглата за рехабилитация – 972 (44% от наличните легла за рехабилитация) докато при леглата за дългосрочна грижа, осигурявана в болнични условия е налице недостиг от 1109 легла, т.е. 71 % от установените потребности. Осигуреността с легла на това ниво следва да се разглежда диференцирано, предвид необходимостта от осигуряване на болничен капацитет на национално ниво.

Фигура 28. Налични и необходими легла за АЛ, ЮЗР

Фигура 29. Налични и необходими легла за АЛ, с корекция за легла на регионално и национално ниво, ЮЗР





След локиране на 5 % от необходимите легла за активно лечение за дейности на национално ниво (високоспециализирана болнична помощ - 3-то ниво на болнично обслужване) и 20 % за дейности с регионално значение (специализирана болнична помощ - 2-ро ниво на болнично обслужване) към гр. София (град 1 ниво съгласно НКПР) с национално значение, общият брой на необходимите легла за активно лечение в региона остават 9 264 с формиран излишък от 3 734 легла. С най-голям излишък от легла за активно лечение спрямо определените потребности са София (столица) и София област.

Общият извод е, че в отделните области, както и на регионално ниво има достатъчен болничен капацитет за покриване на нуждите от населението от активно болнично лечение, в т.ч. базова болнична помощ (1-во ниво) и специализирана болнична помощ (2-ро ниво).

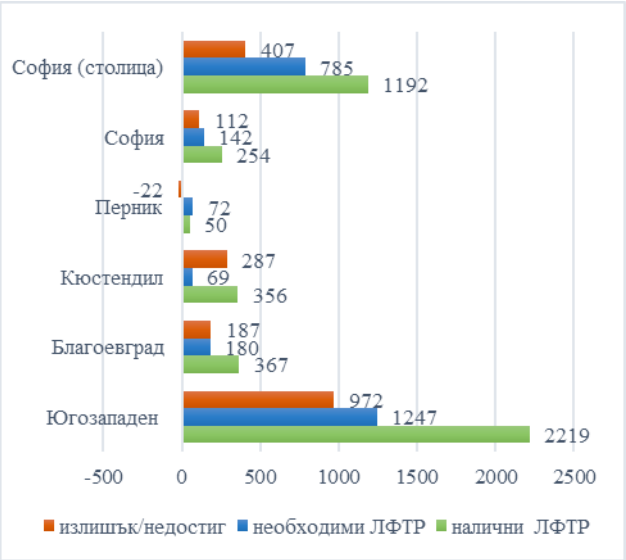
В гр. София (1 ниво град съгласно НКПР) е осигурен достатъчен капацитет за осигуряване на високоспециализирана болнична помощ с национално значение (3-то ниво болнично обслужване).

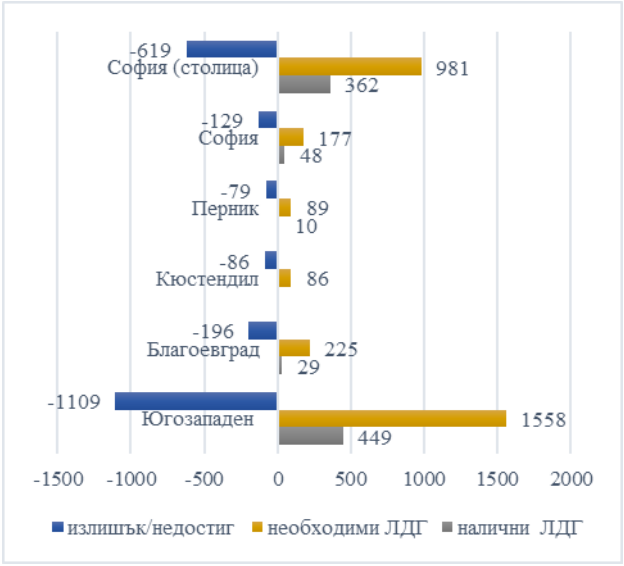
В тези области и особено в гр. София инвестициите следва да са насочени към подкрепа за приоритетни болнични дейности, свързани с актуални проблеми за здравето на населението и провеждане на национални здравни политики, без разкриване на допълнителни болнични легла за активно лечение в рамките на наличните легла и тяхното преструктуриране при необходимост, базирано на оперативен анализ на нуждите. (Виж подраздели IV.2.1-IV.2.4)

Анализът на осигуреността на нуждите на населението от легла за дългосрочни грижи в региона и отделните области показва сериозен дефицит, който обаче може да бъде покрит в рамките на излишния болничен капацитет от активни легла.

Фигура 30. Налични и необходими легла за ФТР, ЮЗР

Фигура 31. Налични и необходими легла за ДГ, ЮЗР





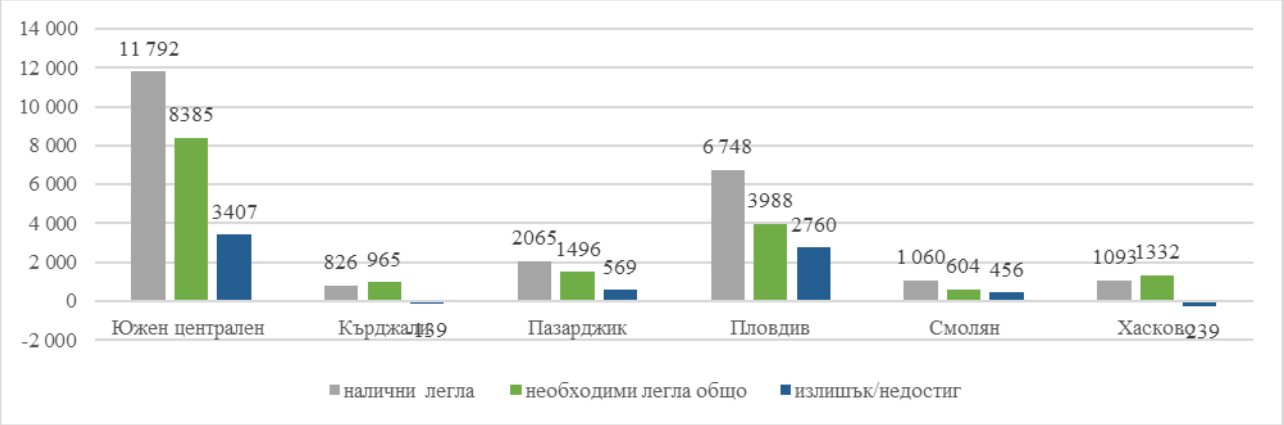
За преодоляването на тези дефицити, особено в частта за дългосрочни грижи, следва да се подкрепят инвестиции, като приоритетно се подкрепят такива, свързани с трансформиране на съществуващите излишни болнични легла за активно лечение в легла за продължително лечение и палиативни грижи. Могат да се подкрепят и инвестиции в развитие на дейности по ранна рехабилитация на болни с определени заболявания, с приоритет на ранната рехабилитация на болни с инсулт, онкологични заболявания и др.

Подробна информация за специфичните здравно-демографски характеристики, състоянието на здравната система и свързаните с тях нужди от здравни услуги и инвестиции в Югозападен регион и областите в него се съдържа в Приложение 6.

Южен централен район (ЮЦР) – включва областите Кърджали, Пазарджик, Пловдив, Смолян и Хасково с общо население 1 397 435 души.

Общият брой на болничните легла във всички области от региона е 11 792, формиращ осигуреност с болнични легла 8,44 на 1 000 души, което е значително над националния индикативен показател за осигуреност 6 на 1 000 души. На ниво регион е налице излишък от 3407 болнични легла, което е 29 % от всички разкрити легла (фиг. 32). На територията на района към функционират 71 лечебни заведения за болнична помощ, в т.ч. 44 многопрофилни болници, 22 специализирани болници, 3 центрове за психично здраве, 1 комплексен онкологичен център.

Фигура 32. Налични и необходими болнични легла по области, Южен централен регион, 2021 г.



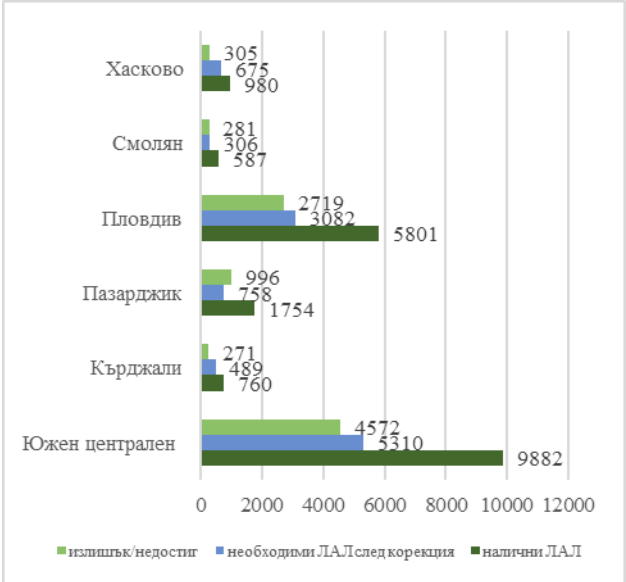
При преглед на леглата по видове се установява, че най-голям е излишъкът по отношение на леглата за активно лечение – 4292 (44 % от наличните ЛАЛ), както и при

леглата за рехабилитация – 789 (49% от наличните легла за рехабилитация) докато при леглата за за дългосрочна грижа, осигурявана в болнични условия е налице недостиг от 765 легла, т.е. 73 % от установените потребности.

Фигура 33. Налични и необходими легла за АЛ, ЮЦР



Фигура 34. Налични и необходими легла за АЛ, с корекция за легла на регионално и национално ниво, ЮЦР



След блокиране на 5 % от необходимите легла за активно лечение за дейности на национално ниво (високоспециализирана болнична помощ - 3-то ниво на болнично обслужване) и локиране на 20 % за дейности с регионално значение (специализирана болнична помощ - 2-ро ниво на болнично обслужване) към град Пловдив (град 2 ниво съгласно НКПР), които ще бъдат подкрепяни като регионални центрове, общият брой на необходимите легла за активно лечение в региона остават 5310 с формиран излишък от 4572 легла. С най-голям излишък от легла за активно лечение спрямо определените потребности са област Пловдив и област Пазарджик.

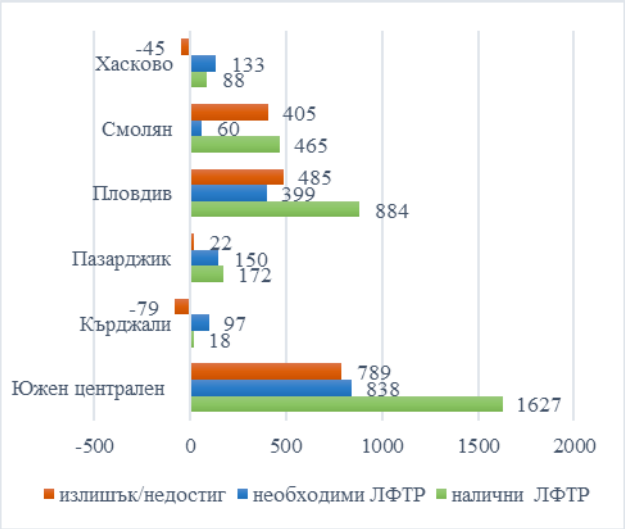
Общият извод е, че в отделните области, както и на регионално ниво има достатъчен болничен капацитет за покриване на нуждите от населението от активно болнично лечение, в т.ч. базова болнична помощ (1-во ниво) и специализирана болнична помощ (2-ро ниво). **В тези области инвестициите следва да са насочени към подкрепа за приоритетни болнични дейности, свързани с актуални проблеми за здравето на населението и провеждане на национални здравни политики, без разкриване на допълнителни болнични легла за активно лечение в рамките на наличните легла и тяхното преструктуриране при необходимост, базирано на оперативен анализ на нуждите. (Виж подраздели IV.2.1-IV.2.4)**

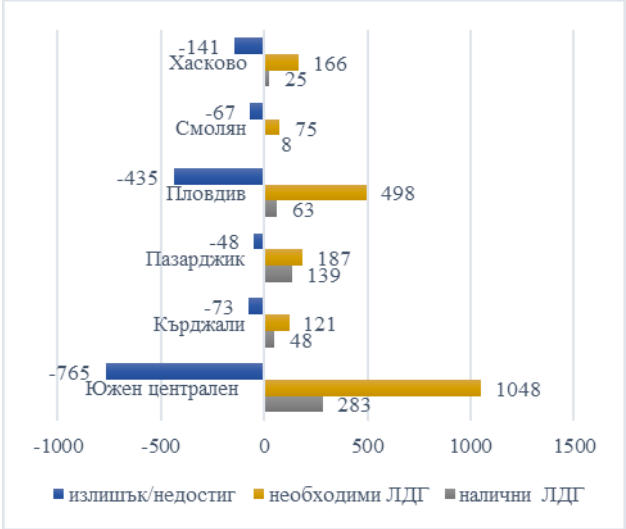
В това отношение е приоритетно инвестирането в болничния капацитет на гр. Пловдив, в т.ч. за развитие на дейности в областта на високоспециализираната болнична помощ, особено като се има предвид обстоятелството, че гр. Пловдив, заедно е гр. Варна, в полицентричната система следва да има водеща роля като балансьор на София.

Анализът на осигуреността на нуждите на населението от легла за дългосрочни грижи в региона и отделните области показва сериозен дефицит, който обаче може да бъде покрит в рамките на излишния болничен капацитет от активни легла.

Фигура 35. Налични и необходими легла за ФТР, ЮЦР

Фигура 36. Налични и необходими легла за ДГ, ЮЦР





За преодоляването на тези дефицити, особено в частта за дългосрочни грижи, следва да се подкрепят инвестиции, като приоритетно се подкрепят такива, свързани с трансформиране на съществуващите излишни болнични легла за активно лечение в легла за продължително лечение и палиативни грижи. Могат да се подкрепят и инвестиции в развитие на дейности по ранна рехабилитация на болни с определени заболявания, с приоритет на ранната рехабилитация на болни с инсулт, онкологични заболявания и др.

Основна препоръка за развитието на регионалната здравна мрежа е балансирано преструктуриране на болничната мрежа чрез редуциране както на леглата за активно лечение, така и на броя на болничните заведения и трансформирането на част от тях в легла и структури за дългосрочни грижи, амбулаторни дейности и грижи в общността.

Подробна информация за специфичните здравно-демографски характеристики, състоянието на здравната система и свързаните с тях нужди от здравни услуги и инвестиции в Южен централен регион и областите в него се съдържа в Приложение 7.

Общите изводи в резултат на картирането на дългосрочните нужди от болнична помощ на национално, регионално и областно ниво показват, че страната разполага с достатъчно болнични легла, които да задоволят потребностите на населението от болнична помощ, но структурата на леглата не отговаря на тези нужди в частта за дългосрочни грижи, където са налице значителни дефицити.

В тази връзка инвестициите в системата за болнична помощ следва да са насочени към:

➢ поддържане на болничния капацитет за активно лечение в рамките на определените нужди, като с приоритет се развива капацитета на структурите, имащи отношение към:

- диагностика и лечение на заболявания в детската възраст
- диагностика и лечение на онкологични заболявания;
- диагностика и лечение на сърдечно-съдови заболявания, с акцент върху диагностиката и лечението на инсулта и другите мозъчно-съдови болести
- диагностика и лечение на психични заболявания
- диагностика и за лечение на инфекциозни заболявания с фокус върху COVID-19 болните[6]

[6] Направено картиране на нуждите при изготвяне на проектно предложение „Укрепване капацитета на болничната мрежа за реакция при кризи“ на Министерството на здравеопазването като конкретен бенефициент по процедура BG16RFOP001-9.001 „Мерки за справяне с пандемията“, която се реализира в рамките на приоритетна ос 9 „Подкрепа за здравната система за справяне с кризи” на Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014-2020.

Такива инвестиции се подкрепят на територията на градовете от 1-во, 2-ро и 3-то ниво и градовете от 4 ниво с над 15 000 жители съгласно НКПР, съгласно **Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в болничната медицинска помощ по видове** (табл.3) и картиране на специфичните нужди (Виж раздел IV.2.1- IV.4.)

➢ подкрепа за преструктуриране на болничния капацитет за покриване на болнични дейности, за които има установена потребност:

- дългосрочни грижи, в т.ч. продължително лечение и палиативни грижи за деца, възрастни пациенти, болни с онкологични заболявания и др.
- структури за рехабилитация с приоритет на рехабилитацията на болните със сърдечно-съдови заболявания, в т.ч. инсулт;

Такива инвестиции се подкрепят на територията на градовете от 1-во, 2-ро, 3-то и 4-то ниво съгласно НКПР, съгласно картиране на специфичните нужди (Виж раздел IV.2.5)

➢ подкрепа за преструктуриране на болничния капацитет в структури за извънболнична помощ и медико-социални услуги в общността, мобилни и телемедицински услуги и др.

Такива инвестиции се подкрепят приоритетно на територията на градовете от 3-то и 4-то ниво съгласно НКПР, съгласно картиране на специфичните нужди (Виж раздел IV.1)

За подбор на конкретните обекти на инвестиции се използват данните от НЗИС от мониториране на болничните заведения за използваемостта на болничния капацитет и обхвата на предоставяните болнични услуги.

Интервенциите в системата за болнична помощ следва да се извършват синхронизирано както в рамките на изградените болнични мрежи на съответните нива на болнично обслужване, така и с интервенциите в другите части на здравната система – извънболнична помощ и спешна медицинска помощ, с цел запазване на интегритета на системата и гарантиране на достъпа на пациентите до здравни услуги.

Таблица 4. Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в болничната медицинска помощ по видове

Ниво град по НКПР	Област	Населено място	Нива на болнично обслужване				
			1-во ниво		2-ро ниво регионално	3-то ниво национално	ФТР
			АЛ	ДГ			
1-во	София град	София	√	√	√	√	√ РН
2-ро	Бургас	Бургас	√	√	√		√ РН
	Варна	Варна	√	√	√	ПР	√ РН
	Плевен	Плевен	√	√	√		√ РН
	Пловдив	Пловдив	√	√	√	ПР	√ РН
	Русе	Русе	√	√	√		√ РН
	Стара Загора	Стара Загора	√	√	√		√ РН
3-то	Благоевград	Благоевград	√	√	ПР		√ ОН
		Петрич	√	√			√
	Велико Търново	Велико Търново	√	√	√		√ ОН
		Горна Оряховица	√	√			√
		Свищов	√	√			√
	Видин	Видин	√	√	ПР		√ ОН

АЛ – дейности по активно лечение
ДГ – дейности по дългосрочни грижи
РН – Регионално ниво БП
ОН – Областно ниво БП
ПР – Потенциал за развитие – възможност за развитие на съответните дейности при подходящо социално-икономическо развитие на територията и инвестиции в човешки ресурси и материално-техническа база при установени потребности

Ниво град по НКПР	Област	Населено място	Нива на болнично обслужване				
			1-во ниво		2-ро ниво регионално	3-то ниво национално	ФТР
			АЛ	ДГ			
	Враца	Враца	√	√			√ ОН
	Габрово	Габрово	√	√			√ ОН
	Добрич	Добрич	√	√			√ ОН
	Кърджали	Кърджали	√	√			√ ОН
	Кюстендил	Дупница	√	√			√
		Кюстендил	√	√			√ ОН
	Ловеч	Ловеч	√	√			√ ОН
	Монтана	Монтана	√	√			√ ОН
	Пазарджик	Пазарджик	√	√			√ ОН
	Перник	Перник	√	√			√ ОН
	Пловдив	Асеновград	√	√			√
		Карлово	√	√			√
	Разград	Разград	√	√			√ ОН
	Силистра	Силистра	√	√			√ ОН
	Сливен	Сливен	√	√			√ ОН
	Смолян	Смолян	√	√			√ ОН
	Стара Загора	Казанлък	√	√			√
	Търговище	Търговище	√	√			√ ОН
	Хасково	Димитровград	√	√			√
		Хасково	√	√			√ ОН
	Шумен	Шумен	√	√			√ ОН
	Ямбол	Ямбол	√	√			√ ОН
4-то	Благоевград	Банско					
		Гоце Делчев	√	√			√
		Разлог	ПР	√			ПР
		Сандански	√	√			√
	Бургас	Айтос	√	√			√
		Карнобат	√	√			ПР
		Малко Търново					
		Несебър					
		Поморие	ПР	√			√ОН
		Созопол					
		Средец					
		Царево					
	Варна	Девня					
		Провадия	ПР	√			ПР
	Велико Търново	Елена					
		Павликени	ПР	√			ПР
		Лясковец					
	Видин	Белоградчик	ПР	√			ПР
		Кула					
	Враца	Бяла Слатина	ПР	√			ПР
		Козлодуй	ПР	√			ПР
		Мездра	ПР	√			ПР
		Оряхово					
	Габрово	Дряново					
		Севлиево	√	√			√
		Трявна	ПР	√			ПР
	Добрич	Балчик	ПР	√			ПР
		Генерал Тошево					
		Каварна	ПР	√			ПР
		Тервел					
	Кърджали	Ардино	ПР	√			ПР
		Крумовград		√			
		Момчилград		√			ПР
	Ловеч	Луковит	ПР	√			ПР

Ниво град по НКПР	Област	Населено място	Нива на болнично обслужване				
			1-во ниво		2-ро ниво регионално	3-то ниво национално	ФТР
			АЛ	ДГ			
		Тетевен	ПР	√			ПР
		Троян	√	√			√
	Монтана	Берковица		√			ПР
		Лом	√	√			√
	Пазарджик	Велинград	√	√			√
		Панагюрище	√	√			√
		Пещера	√	√			√
		Ракитово					
		Септември					
	Перник	Брезник					
		Радомир					
		Трън					
	Плевен	Белене	ПР	√			ПР
		Кнежа	ПР	√			ПР
		Левски	ПР	√			ПР
		Никопол	ПР	√			ПР
		Червен бряг	ПР	√			ПР
	Пловдив	Първомай	ПР	√			ПР
		Раковски	ПР	√			ПР
		Стамболийски	ПР	√			ПР
		Хисаря		√			
		Сопот		√			
	Разград	Исперих	ПР	√			ПР
		Кубрат	ПР	√			ПР
	Русе	Бяла	ПР	√			ПР
	Силистра	Дулово		√			
		Тутракан	ПР	√			ПР
	Сливен	Котел		√			ПР
		Нова Загора	√	√			√
		Твърдица					
	Смолян	Чепеларе					
		Девин	ПР	√			ПР
		Златоград	ПР	√			ПР
		Мадан	ПР	√			ПР
	София област	Ботевград	√	√			√
		Елин Пелин		√			
		Етрополе	ПР	√			ПР
		Ихтиман	ПР	√			ПР
		Костенец		√			
		Костинброд					
		Пирдоп	ПР	√			ПР
		Самоков	√	√			√
		Своге	ПР	√			ПР
		Сливница					
		Златица					
	Стара Загора	Гълъбово		√			
		Раднево					
		Чирпан	ПР	√			ПР
	Търговище	Омуртаг	ПР	√			ПР
		Попово	ПР	√			ПР
	Хасково	Ивайловград					

Ниво град по НКПР	Област	Населено място	Нива на болнично обслужване				
			1-во ниво		2-ро ниво регионално	3-то ниво национално	ФТР
			АЛ	ДГ			
		Свиленград	√	√			√
		Тополовград		√			
		Харманли	√	√			√
	Шумен	Велики Преслав		√			
		Нови пазар		√			
	Ямбол	Елхово	ПР	√			ПР

IV.2.1. КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ БОЛНИЧНИ УСЛУГИ ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ НА ОРГАНИТЕ НА КРЪВООБРЪЩЕНИЕТО

Болестите на органите на кръвообръщението са водещата причина за смърт в България. Стандартизираният коефициент за смъртност от болести на органите на кръвообръщението в България е 1 115,8 на 100 000 души, докато средно за ЕС той е 356,6 на 100 000 души[7], т.е. почти 3 пъти по висок. Две са основните причини в тази група болести – исхемична болест на сърцето (ИБС) и мозъчно-съдова болест (инсулт).

За периода 2002-2020 г. смъртността от ИБС намалява от 367,6 на 100 000 души до 194,8 на 100 000 души, при 118.3 на 100 000 души средно за ЕС. За разлика от постигнатите, макар и недостатъчни, резултати по отношение на смъртността от ИБС, поради липса на аналогична политика, стимулираща развитието на възможностите за съвременно интервенционално лечение на инсулта и другите мозъчно-съдови болести, смъртността от тях се задържа на много високи нива, които са над 3 пъти по-високи от средните европейски показатели - от 377,9 на 100 000 души през 2002 до 313.6 на 100 000 души, при средно за ЕС 79,5 на 100 000 души.

Значимите подобрения в здравните резултати, свързани със смъртността и инвалидността от сърдечно-съдови заболявания се дължат на приетата през 2002 г. „Национална програма за развитие на инвазивната кардиология в Р. България 2002-2008 г.“ и осигуреното адекватно финансиране на дейностите, свързани с инвазивна диагностика и лечение на тези заболявания . В резултат на тази устойчива политика в страната се формира сравнително гъста мрежа от центрове по инвазивна кардиология, разполагащи с обучени кадри и достъпни в рамките на т.н. „златен час“.

Данните от анализа показват, че в частта за болнично лечение на сърдечно-съдовите заболявания страната разполага с достатъчен капацитет за провеждане на съвременна, в т.ч. инвазивна диагностика и лечение.

При **индикативен национален показател 1 ЦИК на 200 000 души население**, минималният брой необходими „центрове за инвазивна кардиология“ към настоящият момент следва да е 34.

Анализът на данните показва, че броят на разкритите „центрове за инвазивна кардиология“ (ЦИК) са 68, което дава осигуреност от 1 ЦИК на 100 000 население общо за страната (табл. 4.1.).

Таблица 4.1. Осигуреност на населението с центрове по инвазивна кардиология, България 2021 г.

Райони/Области	Население	Брой ЦИК	Осигуреност на 100 000 души	Локация, град-ниво съгласно НКПР
България	6838937	68	**1,0**	
Северозападен	**711473**	**7**	**1,0**	
Видин	80013	1	0,8	Гр. Видин – 3 ниво

[7] Последни данни Евростат, 2017 г.

Враца	155669	1	1,6	Гр. Враца – 3 ниво
Ловеч	121135	1	1,2	Гр. Ловеч - 3 ниво
Монтана	123787	1	1,2	Гр. Монтана – 3 ниво
Плевен	230869	3	0,8	Гр. Плевен – 2 ниво
Северен централен	**757846**	**7**	**1,1**	
Велико Търново	227696	2	1,1	Гр. В. Търново – 3/2 ниво
Габрово	104596	2	0,5	Гр. Габрово – 3 ниво
Разград	108787	-	-	
Русе	210907	2	1,1	Гр. Русе – 2 ниво
Силистра	105861	1	1,1	Гр. Силистра – 3 ниво
Североизточен	**917849**	**5**	**1,8**	
Варна	469369	3	1,6	Гр. Варна – 2 ниво
Добрич	168806	1	1,7	Гр. Добрич – 3 ниво
Търговище	109072	-	-	
Шумен	170602	1	1,7	Гр. Шумен – 3 ниво
Югоизточен	**1015225**	**9**	**1,1**	
Бургас	409227	4	1,0	Гр. Бургас – 2 ниво
Сливен	181305	1	1,8	Гр. Сливен – 3 ниво
Стара Загора	309270	3	1,0	Гр. Ст. Загора – 2 ниво
Ямбол	115424	1	1,2	Гр. Ямбол – 3 ниво
Югозападен	**2077916**	**20**	**1,0**	
Благоевград	299695	4	0,7	Гр. Благоевград – 3 ниво
Кюстендил	115030	2	0,6	Гр. Кюстендил – 3 ниво
Перник	119225	1	1,2	Гр. Перник – 3 ниво
София	236042	1	2,4	Гр. София – 1 ниво
София (столица)	1307926	12	1,1	Гр. София – 1 ниво
Южен централен	**1397435**	**10**	**1,4**	
Кърджали	160903	1	1,6	Гр. Кърджали – 3 ниво
Пазарджик	249330	2	1,2	Гр. Пазарджик – 3 ниво
Пловдив	664653	5	1,3	Гр. Пловдив – 2 ниво
Смолян	100603	1	1,0	Гр. Смолян – 3 ниво
Хасково	221947	1	2,2	Гр. Хасково – 3 ниво

Малко по-ниска осигуреност е налице в Североизточен район и Южен централен, но е под 1 ЦИК на 200 000 души.

Във всички области на страната има разкрит най-малко 1 ЦИК, като изключение правят само област Разград и област Търговище, но населението в тях се обслужва от ЦИК в съседни области.

Изводът, който може да се направи на база на анализа на данните е, че на настоящият етап не са необходими инвестиции в областта на активното болнично лечение на тези заболявания, като усилията ще бъдат насочени основно към превенция, профилактика, скрининг и рехабилитация на болните. С оглед на максимална равнопоставеност на достъпа на населението в отделните области и при наличие на инвестиционен интерес, би могло да се подкрепи създаване на ЦИК и на територията на гр. Търговище и гр. Разград.

Основен проблем, налагащ активна държавна политика и инвестиции, остава осигуряването на капацитет за съвременно лечение на болни с мозъчно-съдови заболявания, в т.ч. инсулт.

По данни на годишния доклад на Националния статистически институт, през 2021 година от “мозъчно-съдови болести” са починали 20 663 души. За сравнение, по данни на същия статистически документ, през 2021 г. починалите по повод други заболявания са: Новообразувания 18298 души; Исхемична болест на сърцето 13120 души; Хипертонични болести 6964; Остър инфаркт на миокарда 4756 души, и т.н. От изнесените данни става ясно,

че групата „мозъчно-съдови болести“ води значително по смъртност, а несъмнено в тази група исхемичния мозъчен инсулт е основното заболяване.

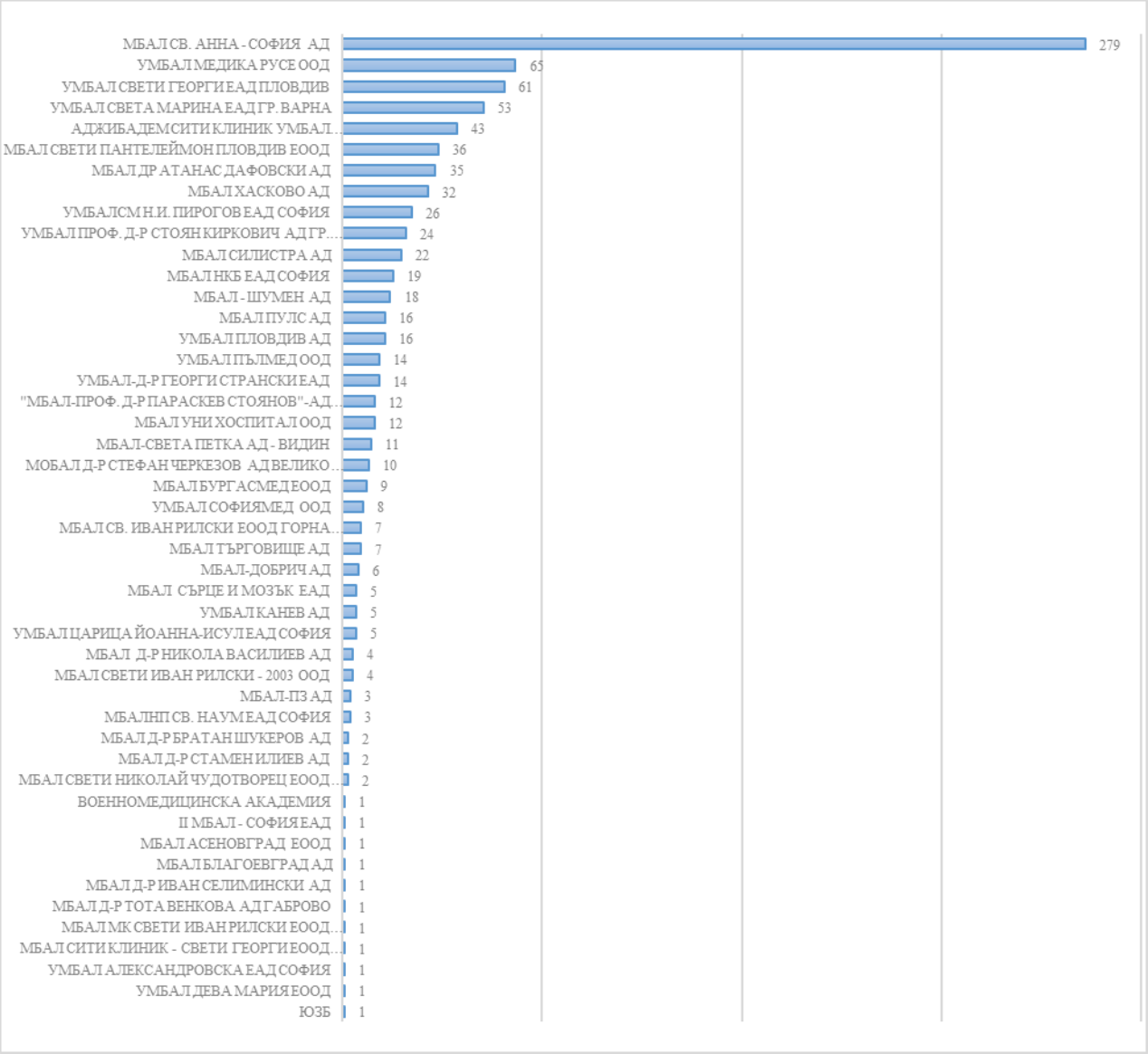
По данни на НЦОЗА над 50 000 души в страната ежегодно получават инсулт. Според експертни прогнози към 2035 г. се очаква инсултите да се увеличат с 34% основно поради застаряващото население.

Преживелите инсулт са с различна степен на инвалидност, която при 10 % от тях е тежко изразена и изисква допълнителни грижи и помощ от семейството, близките и обществото. От преживелите инсулти 25-50 % са с говорно-речеви нарушения (афазия), като при половината от тях тези инвалидизиращи нарушения остават трайни. Инсултите са втората по честота причина за развитие на деменция, най-честата причина за епилепсия в напреднала възраст и много честа причина за депресия.

Анализът на данните показва, че България разполага с добре развита болнична мрежа с капацитет за прием на болни с мозъчно-съдови заболявания в структури по нервни болести и неврохирургия. През 2021 г. използваемостта на леглата в структурите по нервни болести е била 56,5%, а в неврохирургичните структури – 63,4%.

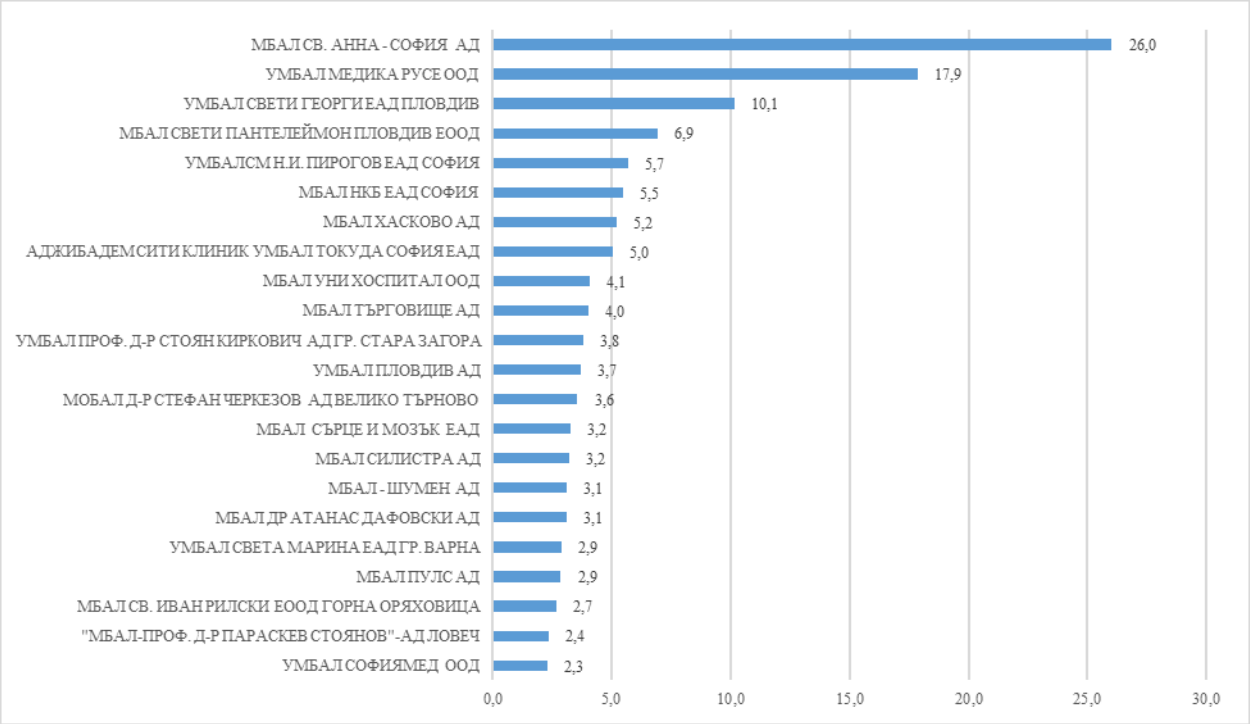
По данни на НЗОК през 2021 г. 132 лечебни заведения в страната са имали съответните структури и договор с НЗОК за лечение на болни с инсулт. От всички болни с исхемичен инсулт, приети за болнично лечение при 2,28% е приложено съвременно лечение с тромболиза (901 болни), а при 0,10% интервенционално лечение (тромбектомия). Тромболиза е осъществявана в 47 болници, което е 36% от всички лечебни заведения, осъществяващи лечение на болни с инсулт. В останалите 85 болници за годината не е проведена нито 1 тромболиза. (фиг. 37)

Фигура 37. Брой извършени тромболизи при болни с инсулт по лечебни заведения, България 2021 г.



Над средния за страната показател „% болни с инсулт, лекувани с тромболиза“ (2,28) са само 22 лечебни заведения, от които над средните стойности на показателя за ЕС (7,3%) са само 3 – 1 в гр. София (УМБАЛ „Света Анна“ София), 1 болница в гр. Пловдив (УМБАЛ „Свети Георги“ Пловдив) и 1 болница в гр. Русе (МБАЛ „Медика“ Русе).

Фигура 38. Относителен дял на лекуваните с тромболиза от общия брой болни, лекувани с инсулт, България 2021 г.



Интервенционално лечение на болни с инсулт е приложено само в 3 болници – 2 в гр. София (УМБАЛ „Света Анна“ София и УМБАСМ „Н.И. Пирогов“) и 1 болница в гр. Варна (УМБАЛ „Света Марина“ Варна).

Основните изводи, които могат да се направят са, че на фона на достатъчния болничен капацитет, липсват условия за обхващане на оптимален брой болни със съвременно тромболитично и интервенционално лечение. Това налага в рамките на съществуващия болничен капацитет да се създадат условия за провеждане на оптимална реперфузионна терапия (в рамките на времевия прозорец) чрез приложението в ежедневната клинична практика на съвременните диференцирани методи на лечение при пациенти с остър мозъчен инсулт с оглед намаляване на смъртността и тежката инвалидизация на пациентите с остър инсулт чрез изграждане на високоспециализирани центрове за лечение на инсулти и други мозъчно-съдови заболявания („строук център“).

Високоспециализираните строук центрове разполагат с възможности както за акуратна диагноза и консервативно лечение на болни с МИ, а така също и с високотехнологични методи за интервенционално и хирургично лечение и рехабилитация на болни с инсулт и други мозъчно-съдови заболявания.

Под „високоспециализиран строук център“ се разбира функционално обединение от болнични структури с необходимата организация, материално-техническа база в възможности за провеждане на диференцирано (интравенозно тромболитично и/или ендоваскуларно) и недиференцирано лечение, както и с наличие на високоспециализирана медицинска и хирургична помощ за всички болни с остър инсулт и други мозъчно-съдови заболявания. Болничните структури включват структури по спешна медицина, образна диагностика, клинична лаборатория, нервни болести, неврохирургия и анестезиология и интензивно лечение с III ниво на компетентност в рамките на Спешен болничен комплекс. Задължителен структурен елемент е структура по физикална терапия и рехабилитационна медицина с най-малко II ниво на компетентност.

Строук центърът се осигурява с необходимата медицинска апаратура, работеща в режим 24/7, в т.ч.:

- Ангиографска апаратура;
- КТ, КТ мулти-слайс; възможност за дуплекс сканиране;
- МРТ с възможност за дифузия, перфузия, МРА;

- Ултразвукова (УЗ) диагностика на екстракраниални съдове посредством дуплекс сонограф; транскраниален доплер; ехограф с възможност за трансторакална и трансезофагеална ехокардиография;

При определяне на нуждите от високоспециализирани строук центрове, се използва методология на определяне на дългосрочните нужди от болничен капацитет (центрове) за съвременна диагностика и лечение на мозъчно-съдови заболявания, базирана на следните национални индикативни стандарти за осигуреност и капацитет:

- 1 „строук“ център на население 700 000 души
- 1 „строук“ център на 10 000 кв. км. площ
- 750 процедури по реканализационно лечение на 1 СЦ годишно

Метод за определяне на стандартите: В България ежегодно се регистрират 50-51 000 исхемични мозъчни инсулта, което формира заболеваемост от 7,4 на 1 000 души население. Препоръчителният стандарт към който се стремим е до 2030 г. достигане на заложените в Европейския план за борба с инсулта нива на лечение с интравенозна тромболиза (IVT) над 15%, и ниво на ендоваскуларна терапия (EVT) над 5%. Това предполага на годишна база да се осигури капацитет за реваскуларизационно лечение на 7500-8000 души.

Приемаме в стартовия период оптимална средна натовареност на 1 център от най-малко 750 процедури по реканализационно лечение годишно, като се има предвид, че тези центрове развиват капацитет за поемане на цялата патология от мозъчно-съдовите заболявания и други заболявания на нервната система, подходящи за ендоваскуларно лечение, в т.ч. на мозъчни аневризми, мозъчни артерио-венозни малформации, артерио-венозни фистули и др.

При настоящата честота на заболяването този обем предполага обслужван контингент от 1 „строук“ център най-много 700 000 души.

Приемаме в стартовия период да се стремим към намаляване на времето за започване на реканализационни терапии (при максимален терапевтичен прозорец от 4,5 часа за ИВТ, 6 часа за ендоваскуларно лечение), като дългосрочната ни цел до 2030 г. е да се доближим до целевите показатели, заложени в Европейския план за борба с инсулта - намаляване на средното време на започване на процедура под 120 минути за венозна тромболиза и време на начало на реперфузия до по-малко от 200 минути при ендоваскуларно лечение.

Анализите на времевия достъп при спешни случаи на Информационната система на ЦСМП показва, че при настоящите структура и плътност на населението, транспортни комуникации и др. постигането на такова време е възможно при максимален обхват (площ на обслужване) не повече от 10 000 км.

Комплексното прилагане на стандартите за осигуреност на населението и капацитет показват, че оптималния брой „строук“ центрове до 2030 г. е 10 „строук“ центъра, разпределени във всеки регион на територията на цялата страна (табл.4).

Таблица 4.2. Потребности от „строук“ центрове в България на база брой население и площ на обслужваната територия, България 2021 г.

Статистически райони/Области	Население	Площ в кв. км	Брой необходими СЦ при НС - 1 СЦ на площ 1 0000 кв. м.	Брой необходими СЦ при НС - 1 СЦ на 700 000 души	Брой планирани СЦ
Общо за страната	**6877743**	**102137**	**10,2**	**9,8**	**10**
Северна и Югоизточна България	**3402393**	**59466**	**5,9**	**4,9**	**5**
Северозападен	711473	19070	1,9	1,0	1
Северен централен	757846	14815	1,5	1,1	2
Североизточен	917849	14782	1,5	1,3	1
Югоизточен	1015225	10799	1,1	1,5	2
Югозападна и Южна централна България	**3475350**	**42671**	**4,3**	**5,0**	**5**
Югозападен	2077916	20306	2,0	3,0	3
Южен централен	1397435	22365	2,2	2,0	1

Териториалното разпределение на „строук“ центровете с конкретната локализация в населени места, предвид специфичните изисквания за логистика и време за провеждане на съответните лечебно-диагностични дейности, се съобразява със следните критерии:

- средно разстояние от всяка точка на обслужваната територия до лечебно заведение с възможности за образна диагностика на инсулт и/или лечебно заведение с разкрит „строук“ център – 100-150 км., което позволява лечение в рамките на терапевтичния прозорец;
- наличен болничен капацитет на 3-во или 2-ниво болнично обслужване;
- възможности за най-бърз наземен и въздушен спешен медицински транспорт, като се отчитат локациите на ЦСМП и Оперативните бази за въздушен оперативен транспорт.
- потенциал за развитие на съответния градски център, в съответствие с концепцията за полицентрично развитие на страната – 1 и 2 ниво град по НКПР.

Всички „строук“ центрове ще имат препоръчителен обхват на обслужване, съобразен с транспортната инфраструктура и предполагаемото време за достъп с наземен и въздушен транспорт и ще бъдат включени в болничните транспортни планове на Центровете за спешна медицинска помощ като специализиран транспортен план при съмнение за инсулт. При планирането на болничните транспортни планове се има предвид, че според експертни проучвания наземния транспорт с линейка е най-ефективен при разстояния до 70-100 км., докато при по-големи разстояния въздушният транспорт се оказва по-бърз[8].

За гарантиране на необходимата логистика и организация на дейността на строук центровете ще се подкрепя мрежа от „първични центрове за лечение на инсулт“. Подходящо е такива центрове да се организират първоначално във всички МБАЛ с разкрито СО с най-малко II ниво на компетентност, които ще осигуряват своевременна образна диагностика, провеждане на тромболитично лечение и насочване на болните с показания за интервенционално лечение към най-близко-разположения „строук център“, като при възможност и необходимост започват провеждане на тромболиза, която продължава по време на транспорта.

Индикативният стандарт за осигуреност в подкрепящи структури е до 1 на 200 000 души с местоположение в град от 1-во, 2-ро или 3-то ниво.

[8] Thomas SH, Kociszewski C, Schwamm LH, Wedel SK: The evolving role of helicopter emergency medical services in the transfer of stroke patients to specialized centers. Prehosp Emerg Care 2002;6:210-214.

Потребностите от капацитет и териториално разположение на структурите от т.н. „мрежа от първични центрове за лечение на инсулт“ се определят в рамките на общите потребности от брой болнични легла по Нервни болести от II ниво на компетентност на областно ниво, съгласно Националната здравна карта, със съответните съпътстващи медико-диагностични и клинични болнични структури, съгласно изискванията на Медицински стандарт „Нервни болести“.

В бъдеще тази мрежа може да се разширява с цел включване в нея на максимално голям брой лечебни заведения, гарантиращ своевременен достъп до ранна диагностика и консервативно лечение (в т.ч. тромболитично при наличие на показания), респективно насочване за интервенционално лечение на инсултите.

Доколкото на настоящият етап на развитие на системата, в много лечебни заведения за болнична помощ има разкрити неврологични структури, които осъществяват консервативно лечение на болни с инсулт, но не разполагат с потенциал (човешки, технологични и организационни) за провеждане на тромболитично лечение, на този етап те следва да подкрепят процеса по развитие на мрежата от строук центрове като създадат организация за своевременна диагностика, преценка на възможностите за провеждане на реканализационно лечение и бърз трансфер до лечебно заведение със строук център по утвърден алгоритъм. Тук използването на възможностите на телемедицината също ще бъдат от ключово значение за реализацията на концепцията.

От особено важно значение е организирането на болничните заведения в телемедицински мрежи, което ще позволи прилагането на лечение с тромболиза в първичните центрове за лечение на инсулти в резултат от телемедицинска консултация, както и своевременно насочване на болните за специализирано лечение в „строук център“. Телемедицината е реален, валиден и надежден метод за осигуряване на достъп до тромболиза на болни от отдалечени райони, в които въздушен транспорт не е възможен. Според проучванията качеството на лечение, честотата на усложненията, краткосрочната и дългосрочната прогноза на болни, тромболизирани след телемедицинска консултация не се различават съществено от тези на пациенти, лекувани в специализираните центрове.9

Всичко това трябва да е обвързано със активни интервенции, насочени към осигуряване на компетентен персонал както за дейността на строук центровете, и специализираните структури в лечебните заведения от т.н. подкрепяща мрежа, така и на персонала в Центровете за спешна медицинска помощ, Спешните отделения.

Това налага част от строук центровете, покриващи целият спектър от високоспециализирани дейности, да развият и капацитет за обучение на нужните за системата кадри.

Крайната цел на интервенциите е да се формира следната стратификация на структурата на болничната мрежа за лечение на инсулт:

IIIА ниво – комплексни високоспециализирани мозъчно-съдови (строук) центрове – осигуряващи диагностика и лечение, в т.ч. интервенционално на инсулт и другите мозъчно-съдови болести, както и обучение на медицински специалисти за работа в строук центровете

IIIБ ниво – високоспециализирани мозъчно-съдови (строук) центрове – осигуряваща комплексна диагностика и лечение, в т.ч. интервенционално на инсулт (тромбектомия).

Конкретните лечебни заведения, на територията на посочените в Приложения 1 локации, които да се подкрепят с инвестиции за изграждане на високоспециализиран строук център се определят при прилагане на следните задължителни критерии:

- местонахождение в 1 и 2 ниво град по Националната концепция за пространствено планиране НКПР;

---

[9] Wiborg A, Widder B: Teleneurology to improve stroke care in rural areas: The Telemedicine in Stroke in Swabia (TESS) Project. Stroke 2003;34:2951- 2956.
Wang S, Lee SB, Pardue C, Ramsingh D, Waller J, Gross H, Nichols FT, 3rd, Hess DC, Adams RJ: Remote evaluation of acute ischemic stroke: reliability of National Institutes of Health Stroke Scale via telestroke. Stroke 2003;34:188-191.
Audebert HJ, Kukla C, Clarmann von Claranau S, Kuhn J, Vatankhah B, Schenkel J, Ickenstein GW, Haberl RL, Horn M: Telemedicine for safe and extended use of thrombolysis in stroke: the Telemedical Pilot Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS) in Bavaria. Stroke 2005;36:287-291.

- университетски многопрофилни болници за активно лечение;
- наличие на Спешно отделение/специализиран Мозъчно-съдов център с III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Спешна медицина“;
- наличие на структури по образна диагностика III ниво на компетентност;
- наличие на Клинична лаборатория с III ниво на компетентност;
- наличие на структури по нервни болести и анестезиология и интензивно лечение с III ниво на компетентност;
- наличие на структура по неврохирургия с III ниво на компетентност;
- наличие на структура по физикална терапия и рехабилитационна медицина;
- наличие на положителна оценка като база за обучение на студенти и специализанти

Като допълнителни критерии*, добавящи стойност при подбора се прилагат:

- наличие на структура по кардиология с III ниво на компетентност, в т.ч. инвазивна кардиология;
- наличие на структура по Съдова хирургия/Кардиохирургия с III ниво на компетентност
- наличие на структура по структура по хемодиализа
- наличие на структура по трансфузионна хематология;
- наличие на обучен персонал и практически опит в диагностиката и лечението на инсулт със съвременни методи (най-голям брой направени тромболизи и/или тромбектомии)

Доколкото естеството на дейностите по обучение изисква както теоретично, така и практическо обучение, тези центрове следва да отговарят на задължителните и допълнително критерии за високоспециализиран „строук“ център III ниво по т.1, както и:

- да имат обучен персонал и натрупан значителен опит в прилагането на съвременните методи за лечение на инсулт:
  - % на болните с инсулт, лекувани със съвременно лечение над 5%.
  - честотата на осъществяваните дейности да позволява с голяма вероятност възможност на обучаемите да получат практическо обучение: не по-малко от 10 тромболизи и 1 тромбектомия месечно

- да имат обучен персонал и натрупан значителен опит в прилагането на интервенционални методи за лечение на други мозъчно-съдови болести (мозъчни аневризми, мозъчни артерио-венозни малформации, артерио-венозни фистули и др.)

II ниво – първични мозъчно-съдови центрове за консервативно лечение на инсулт с възможност за извършване на тромболиза и трансфер към центрове от III ниво при нужда от интервенционално лечение (подкрепяща мрежа от центрове)

Конкретните лечебни заведения от т.н. „подкрепящата мрежа“, които да се подкрепят с инвестиции за обучение на персонала за създаване на първични строук центрове се определят при прилагане на следните критерии:

- многопрофилни болници за активно лечение
- наличие на Спешно отделение с най-малко II ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Спешна медицина“.
- наличие на структури по образна диагностика и Клинична лаборатория с с най-малко II ниво на компетентност
- наличие на Структури по нервни болести и анестезиология и интензивно лечение с най-малко II ниво на компетентност.
- наличие на структура по трансфузионна хематология;
- наличие на структура по физикална терапия и рехабилитационна медицина;
- наличие на положителна оценка като база за обучение на студенти и специализанти

I ниво – съществуващи неврологични структури с възможност за диагностика и консервативно лечение на инсулт, осъществяващи бърз трансфер на пациенти към центрове

от по-високо ниво при показания за извършване на тромболиза или интервенционално лечение. (обща здравна мрежа).

Важен елемент от лечението на болните с инсулт и други мозъчно-съдови болести е рехабилитацията, която трябва да започне възможно най-рано - като координирана мултидисциплинарна рехабилитация в първите няколко дни на болничния престой и да продължи и след изписване, през първата година след инсулта. С цел гарантиране на качеството на проведеното лечение и в съответствие с препоръките в Европейския план за борба с инсулта, 90% от болните, преживели инсулт да получат ранна рехабилитация, във всички лечебни заведения с изградени „строук“ центрове, както и лечебните заведения от „подкрепящата мрежа“ се осигуряват възможности за ранна рехабилитация по време на болничния престой и своевременно насочване след дехоспитализацията към структури за продължително лечение и/или рехабилитация при наличие на остатъчни дефицити.

Анализът на така установените потребности и насоките на националната политика за развитие на капацитета на болничната мрежа за съвременна диагностика и лечение на мозъчно-съдовите болести, като основна причина за смърт и инвалидизация на българските граждани, показва, че до 2030 г. страната трябва да концентрира усилията си и да осигури целеви инвестиции за подобряване на превенцията, съвременната диагностика и лечение, както и рехабилитацията на болни с инсулт и други мозъчно-съдови болести чрез:

- национално финансиране (чрез средства от държавния бюджет и бюджета на НЗОК) на дейности по промоция на здраве, превенция на заболяванията, скрининг, диагностика, лечение и рехабилитация;
- национално финансиране на дейности по обучение, осъществявани от Националния център за обучение и квалификация в системата на здравеопазване;
- инвестиции по Плана за възстановяване и устойчивост, Проект „Центрове за интервенционална диагностика и ендоваскуларно лечение на мозъчно-съдови заболявания“;
- инвестиции по ПРР 2021- 2027 г., насочени както към обновяване и ремонт на съществуваща материална база на лечебни заведения за продължително лечение и рехабилитация;
- инвестиции по ПРЧР 2021- 2027 г., насочени повишаване на компетенциите и уменията на медицински и немедицински специалисти от сферата на здравеопазването чрез обучения.

Таблица 5. Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции, свързани с осигуряване на съвременна диагностика и лечение на МСБ

Статистически райони/Области	Население	Брой необходими „строук“ центрове	Брой ЛЗ от подкрепящата мрежа МБАЛ със СО II ниво	Локация, град-ниво съгласно НКПР
Северозападен	**711473**	**1**	**4**	
Видин	80013		1	Гр. Видин – 3 ниво
Враца	155669		1	Гр. Враца – 3 ниво
Ловеч	121135		1	Гр. Ловеч - 3 ниво
Монтана	123787		1	Гр. Монтана – 3 ниво
Плевен	230869	1		Гр. Плевен – 2 ниво
Северен централен	**757846**	**2**	**3**	
Велико Търново	227696	1		Гр. В. Търново – 3 ниво с потенциал за 2

Габрово	104596		1	Гр. Габрово – 3 ниво
Разград	108787		1	Гр. Разград – 3 ниво
Русе	210907	1		Гр. Русе – 2 ниво
Силистра	105861		1	Гр. Силистра – 3 ниво
Североизточен	**917849**	**1**	**4**	
Варна	469369	1	1	Гр. Варна – 2 ниво
Добрич	168806		1	Гр. Добрич – 3 ниво
Търговище	109072		1	Гр. Търговище – 3 ниво
Шумен	170602		1	Гр. Шумен – 3 ниво
Югоизточен	**1015225**	**2**	**2**	
Бургас	409227	1		Гр. Бургас – 2 ниво
Сливен	181305		1	Гр. Сливен – 3 ниво
Стара Загора	309270	1		Гр. Ст. Загора – 2 ниво
Ямбол	115424		1	Гр. Ямбол – 3 ниво
Югозападен	**2077916**	**3**	**7**	
Благоевград	299695		1	Гр. Благоевград – 3 ниво
Кюстендил	115030		1	Гр. Кюстендил – 3 ниво
Перник	119225		1	Гр. Перник – 3 ниво
София	236042	1		Гр. София – 1 ниво
София (столица)	1307926	2	4	Гр. София – 1 ниво
Южен централен	**1397435**	**1**	**6**	
Кърджали	160903		1	Гр. Кърджали – 3 ниво
Пазарджик	249330		1	Гр. Пазарджик – 3 ниво
Пловдив	664653	1	2	Гр. Пловдив – 2 ниво
Смолян	100603		1	Гр. Смолян – 3 ниво
Хасково	221947		1	Гр. Хасково – 3 ниво

**Забележка: ПБР - потенциал за бъдещо развитие – гр. Велико Търново има потенциал за развитие като втори регионален център за медицинско обслужване на територията на Северен централен район, както и подходящо териториално местоположение, което ще се има предвид при бъдещо разширяване на мрежата от „строук“ центрове в страната.*

IV.2.2. КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ИНВЕСТИЦИИ В БОЛНИЧНИ ПЕДИАТРИЧНИ ГРИЖИ

НЗС 2030 отчита като един от „най-тревожните изводи и основно предизвикателство пред бъдещата здравна политика е, че детската смъртност в България е сред най-високите в ЕС“.

През 2021 г. в България са починали 326 деца на възраст до 1 г. (301 за 2020 г.), като коефициентът на детската смъртност е 5.6‰ за 2021 г. при 5.1‰ за 2020 г. Анализът на умиранията при децата до 1-годишна възраст по причини показва, че най-голям е броят на починалите поради някои състояния, възникващи през перинаталния период – 134 (41.1%). Следват вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации – 59 (18.1%), болести на органите на кръвообращението (10.7%) и болести на дихателната система (10.4%). Тези 4 класа обуславят 80.3% от всички умирания на деца до 1-годишна възраст.

Перинаталната детска смъртност тази година се увеличава и е 8.8 на 1 000 родени деца, при средния показател за ЕС (6.2‰).

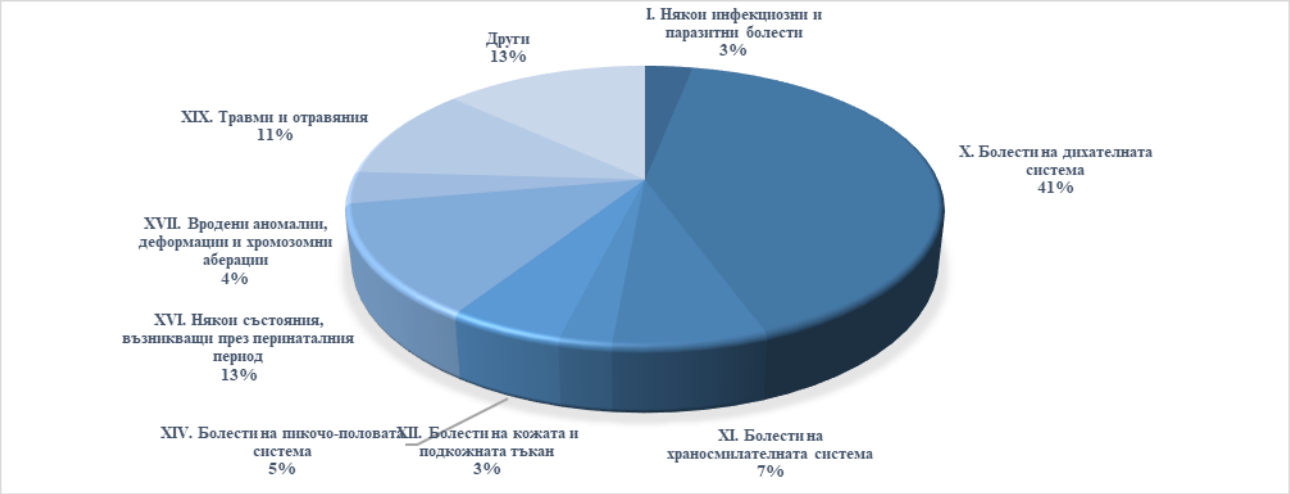
Неонаталната детска смъртност след 2000 г. показва ежегодна тенденция за намаляване, но през 2021 г. се увеличава и достига 3.1‰ като се доближава до средната стойност в ЕС на този показател (2.4‰).

Постнеонаталната детска смъртност също показва тенденция на намаляване и през 2021 г. достига 2.4 на 1 000 живородени без умрелите до 28-ия ден. Средната стойност за ЕС е 1.1‰ – над 2 пъти по-ниска от тази за България.

Интегралният показател, характеризиращ вероятността за умиране на децата преди достигане на 5-годишна възраст, е с два пъти по-високо ниво от средното за ЕС. Тези показатели са основни индикатори за нивото на здравната грижа, макар че върху тях голямо влияние оказва и нивото на социално благополучие и начин на живот. Въпреки провеждането на частични интервенции в областта на майчиното и детско здраве, в България все още липсва цялостна и интегрирана национална политика, която да гарантира необходимата структура, ресурси и организация на педиатричната помощ, адаптирана към нуждите на българските деца.

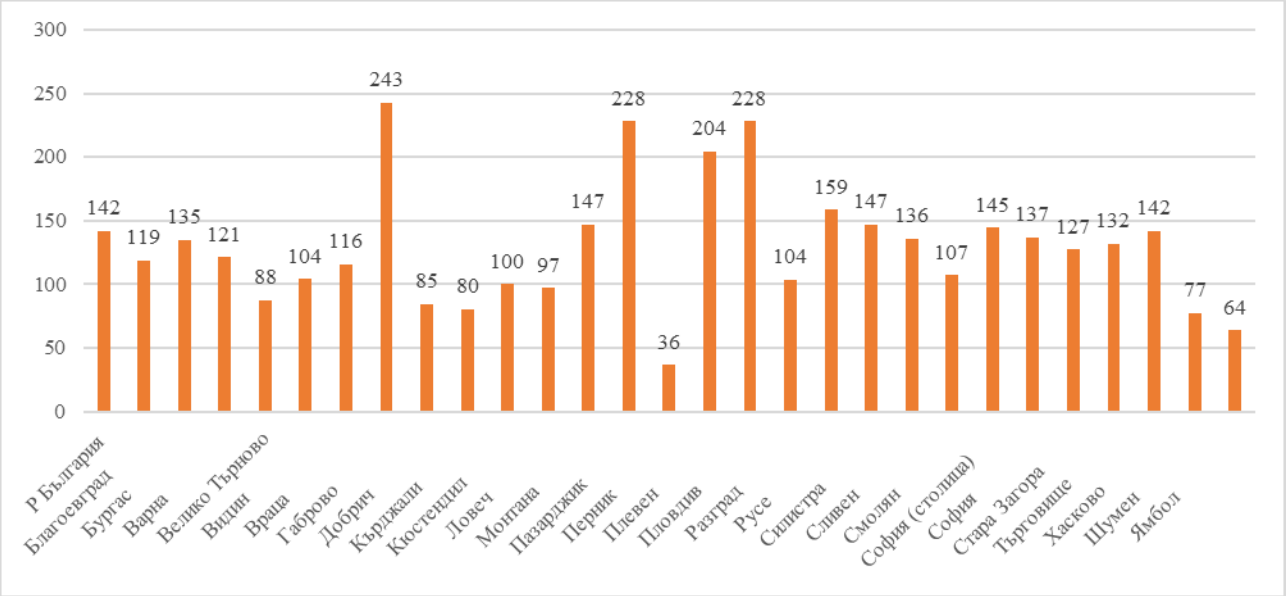
Данните за хоспитализираната заболеваемост при децата до 18 години показват, че през 2021 г. в болнични заведения са лекувани 168 675 деца или 142 хоспитализации на 1 000 деца. В структурата на хоспитализираната заболеваемост по класове болести по МКБ водещи са Клас X Болести на дихателната система (28.9%), на второ място са Клас XVI. Някои състояния, възникващи през перинаталния период (11%), следвани от Клас XIX. Травми и отравяния (9,8%). (фиг.39)

Фигура 39. Структура на хоспитализираната заболеваемост при деца до 18 г., България, 2021 г.



В отделните области на страната се наблюдават значителни различия в честотата на хоспитализациите, които се обуславят както от структурата и капацитета на съответната педиатрична мрежа, така и от социалния статус на живеещите в съответната област.

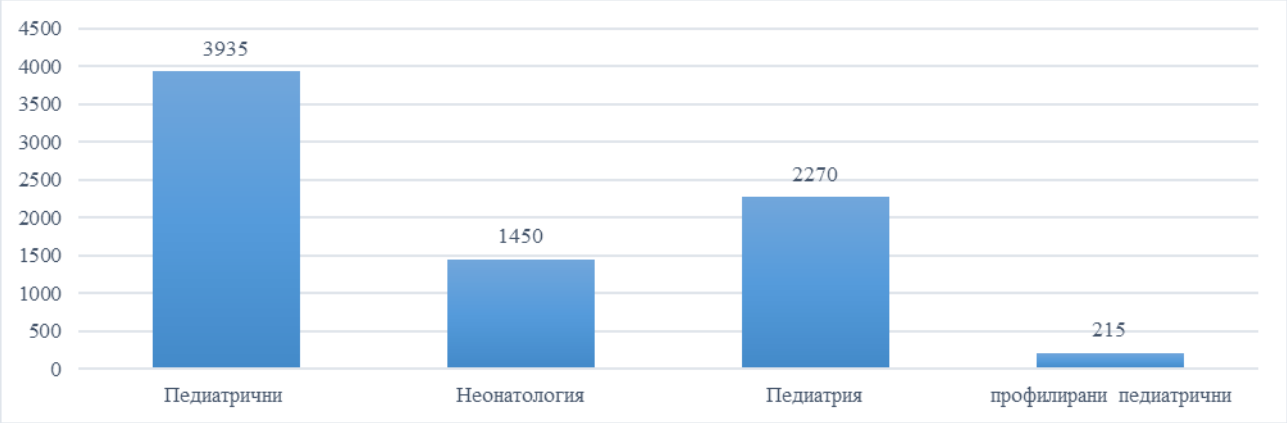
Фигура 40. Честота на хоспитализациите на 1 000 деца до 18 години по области, 2021 г.



Болничната педиатрична помощ се осъществява в болници за активно лечение с разкрити структури по педиатрия, както и структури по други медицински специалности, в които се осъществява лечение на деца до 18 години по профила на заболяването.

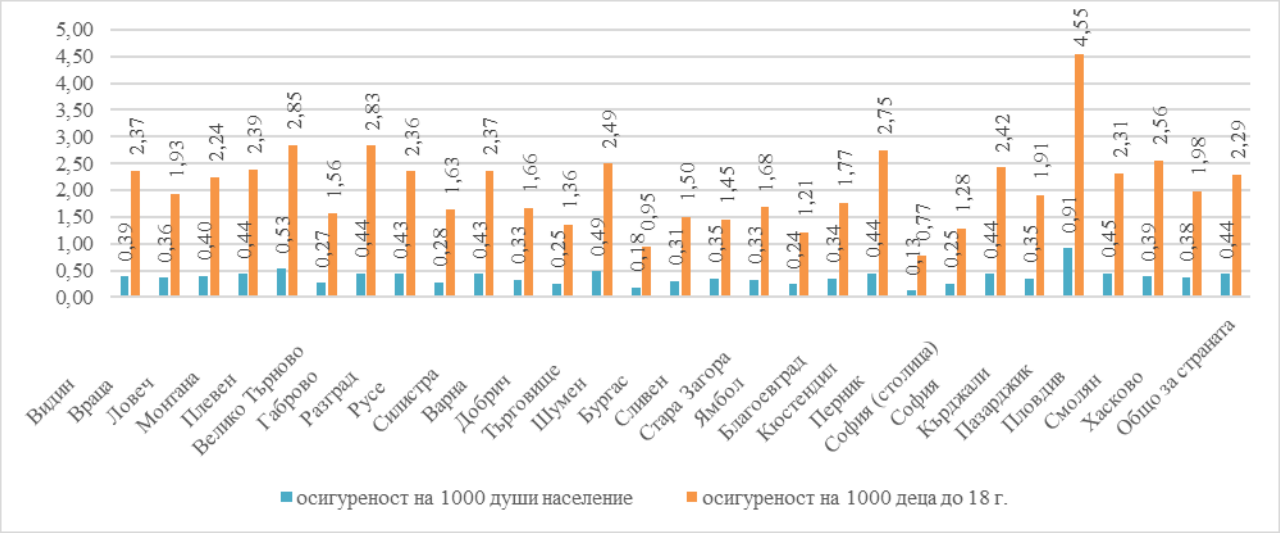
Разкритите специализирани педиатрични легла в страната са 3935, от които 1450 легла по неонатология и 2485 легла по педиатрия. От леглата по педиатрия само 215 са специализирани по профилните детски специалности и са разкрити в лечебни заведения в градовете София, Варна и Плевен. В тази връзка следва да се има предвид, че съгласно медицинския стандарт „Педиатрия“ високоспециализирани дейности в целия обхват на детската патология могат да се извършват и в общопрофилни педиатрични структури с III ниво на компетентност, т.е. липсата на разкрити специализирани легла не е единствен критерий за липса на капацитет за оказване на високоспециализирана педиатрична грижа.

Фигура 41. Налични педиатрични легла по видове, България, 2021 г.



Осигуреността с легла в областите варира значително – от 0,77 на 1 000 деца в област Перник до 4,55 на 1 000 деца в Област Пазарджик, което трудно би могло да бъде обяснено с вариации в здравни статус на децата.(фиг. 42)

Фигура 42. Осигуреност с педиатрични легла на 1 000 души население/на 1 000 деца до 18 г. по области, България 2021 г.



Тези диспропорции се намаляват на регионално ниво, но остават значими.

Фигура 42. Осигуреност с педиатрични легла на 1 000 души население/на 1 000 деца до 18 г. по региони, България 2021 г.



Съгласно методологията, използвана при разработването на Националната здравна карта на Република България, потребностите от педиатрични легла се определят за всяка област в съответствие с конкретните здравно-демографски показатели за областта и спецификата на регионалната здравна мрежа, при придържане към следните индикативни стандарти за осигуреност по отделните видове легла:

- педиатрични легла по Евростат[10] – 2,45 на 1 000 деца (0,45 на 1 000 души население), в т.ч.:
- по педиатрия – 1,63 на 1 000 деца (приравнено към 0,30 на 1 000 души население)
- по неонатология - 0,82 на 1 000 деца (приравнено към 0,15 на 1 000 души население)

От така определените легла по педиатрия за базова педиатрична помощ (1-во ниво болнично обслужване) с местно/областно значение, 10 % се преразпределят за осъществяване на специализирана педиатрична помощ (2-ро ниво болнично обслужване) с регионално значение и 5% за високоспециализирана педиатрична помощ (3-то ниво болнично обслужване) с национално значение, в т.ч. по профилните детски специалности:

[10] Включват и леглата по неонатология

- детска гастроентерология;
- детска ендокринология и болести на обмяната;
- детска кардиология;
- детска клинична хематология и онкология;
- детска неврология;
- детска нефрология и хемодиализа;
- детска пневмология и фтизиатрия;
- детска психиатрия;
- детска ревматология.

От определените легла по неонатология за базова педиатрична помощ (1-во ниво болнично обслужване) с местно/областно значение, 20 % се преразпределят за осъществяване на специализирана неонатологична помощ (2-ро ниво болнично обслужване) с регионално значение и 10% за високоспециализирана неонатологична помощ (3-то ниво болнично обслужване) с национално значение.

При прилагане на тази методология в страната се установява потребност 2063 легла в структури по педиатрия, от които 1754 легла за базова педиатрична помощ на местно/областно ниво, 206 легла за покриване на потребностите от специализирана педиатрична помощ на регионално ниво и 103 легла за покриване на потребностите от високоспециализирана педиатрична помощ.

Необходимите легла по неонатология са 1032 неонатологични легла, от които 723 легла за базова неонатологична помощ на местно/областно ниво, 206 легла за покриване на потребностите от специализирана педиатрична помощ на регионално ниво и 103 легла за покриване на потребностите от високоспециализирана педиатрична помощ.

За териториалното разпределение на така определения капацитет, необходим за задоволяване на дългосрочните нужди от болнични педиатрични грижи, се следва общата концепция за териториално разпределение на структурите и определянето на техния капацитет, чрез прилагане на пространствено ориентирания подход на НКПР и медицински обосновани подход на НЗК на определените нива на болнично обслужване:

➢ 1-во ниво (базови болнични услуги) в обхвата на специалностите педиатрия и неонатология от II ниво на компетентност се осигуряват на територията на всяка област в градовете от 1-во, 2-ро и 3-то ниво съгласно НКПР. На това ниво се осигурява и здравно-консултативна помощ в рамките на разкритите Здравно-консултативни центрове към областни МБАЛ по Националната програма за подобряване на детското и майчино здраве.

➢ 2-ро ниво (специализирани болнични услуги) в обхвата на специалностите педиатрия и неонатология от III ниво на компетентност, в т.ч. профилни детски специалности се осигуряват на територията на всеки регион в градовете от 1-во и 2-ро ниво съгласно НКПР. Дейностите се осъществяват в университетски многопрофилни болници за активно лечение. На това ниво се осигуряват и дейности по комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания, в т.ч. продължително лечение и палиативни грижи в Центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания или структури към МБАЛ в съответствие с чл.20, ал.3 от ЗЛЗ.

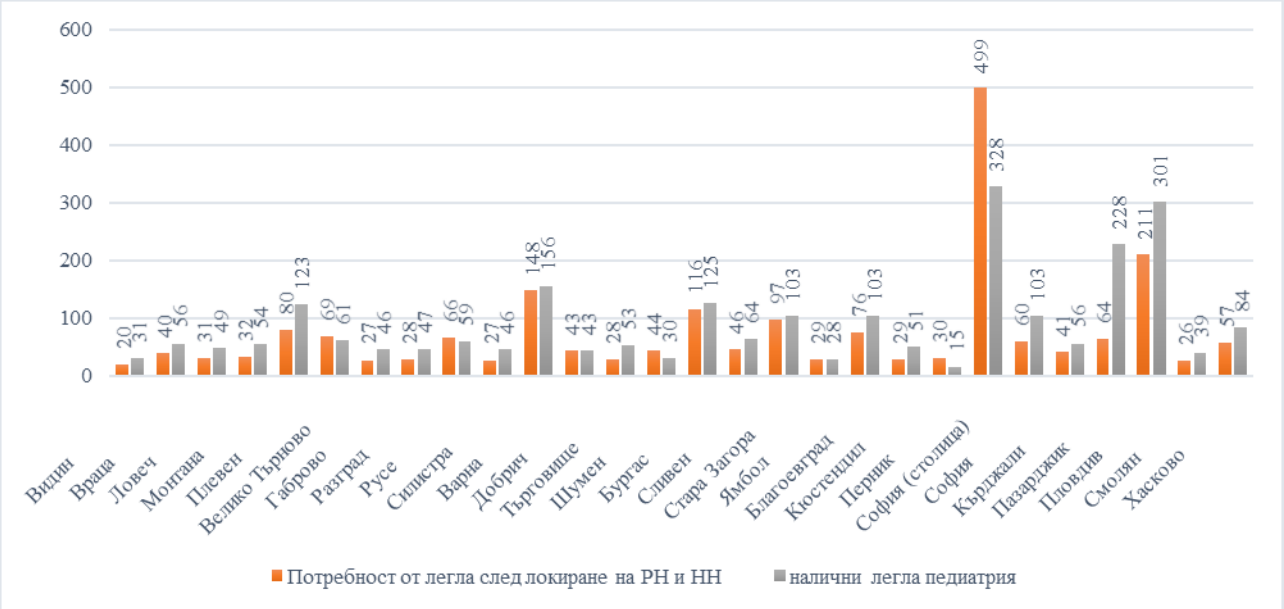
➢ 3-то ниво (високоспециализирани болнични услуги) с национално значение се осигуряват с гр. София – град от 1-во ниво съгласно НКПР. Това включва осигуряване на болничен капацитет и функционални връзки между лечебните заведения, осигуряващи в пълен обем всички видове болнични услуги за деца с най-високото възможно ниво на компетентност. Това е пряко свързано и с поддържането на бази за обучение по всички медицински специалности в рамките на университетските болници, чрез което да се гарантира качественото обучение на студенти и специализанти по всички медицински направления, както и условия за провеждане на медицински научни изследвания и разработване, проучване и внедряване на нови медицински технологии.

Особено значение се отдава на осигуряването на национален център за комплексно лечение на деца, интегриращ болнични и амбулаторни услуги в областта на диагностиката,

лечението и наблюдението на деца със заболявания в обхвата на всички медицински специалности.

Анализът на данните за настоящото състояние на педиатричната помощ в страната показва, че на областно ниво (NUTS 3) е осигурен достатъчен капацитет за покриване на 3-то ниво на болнично обслужване (базови болнични услуги) в обхвата на специалността педиатрия, който надвишава определените потребности при настоящият брой на детското население на страната.

Фигура 44. Необходими и налични педиатрични легла по области, България 2021 г.



По данни на НЦОЗА годишната използваемост на педиатричните легла през 2021 г. е 52%, т.е. фактически използваните легла[11] са 1292. Доколкото, дори и според оптимистичните демографските прогнози, този брой няма да се увеличава, то този капацитет е в състояние да покрие и дългосрочните нужди от педиатрични грижи в болнични условия.

По-детайлния анализ на ситуацията по области обаче показва, че част от този болничен капацитет е осигурен в малки болници с местно значение, които осигуряват добър достъп до болнични услуги, но са с изчерпващи се възможности по отношение на предоставянето на качествени и комплексни педиатрични грижи на място. Често тези болници осъществяват трансфер на пациенти до по-големите болници с областно значение.

Необходимо е да се намери добър баланс между възможностите за добър достъп и предоставяне на услуги в общността и гарантирането на подходящото ниво на болнично лечение. В тази връзка от ключово значение е подкрепата за педиатричните структури на ниво област, които могат да осигурят необходимия обем и качество на грижата за малките пациенти. Това са структури в лечебни заведения за болнична помощ - многопрофилни болници за активно лечение, отговарящи на следните критерии:

- разполагащи с възможности за осъществяване на дейност по основните медицински специалности, посочени в 3-то ниво на болнично обслужване, гарантиращо комплексност на диагностиката и лечението. Следва да се има предвид, че децата се нуждаят от лечение не само в педиатрични структури, но и в структури по другите медицински специалности(напр. хирургия, ортопедия и травматология, инфекциозни болести и др.), в зависимост от естеството на заболяването;

[11] Фактически използвани легла, съгласно т. 19 от Допълнителните разпоредби на Наредба № 49 от 18 октомври 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи, са болнични легла, които са разкрити, осигурени и заети 365 дни в годината.

➢ с гарантиран непрекъснат спешен прием в режим 24/7, организиран в Спешно отделение с най-малко II ниво на компетентност;

➢ разположени в градове с 3-то или 4-то ниво с потенциал за преминаване на 3-то ниво, съгласно НКПР, както и в столицата и градовете от 2-ро ниво, когато капацитета на структурите с регионално значение не е достатъчен;

➢ разположени в градове с най-висока концентрация на социални и медико-социални услуги за деца и учебни заведения, които могат да бъдат подкрепени с капацитета на педиатричната структура;

➢ разположени в градове с най-благоприятно демографско развитие – възрастова структура, коефициент на възрастова зависимост, темп на динамика на детското население и др.

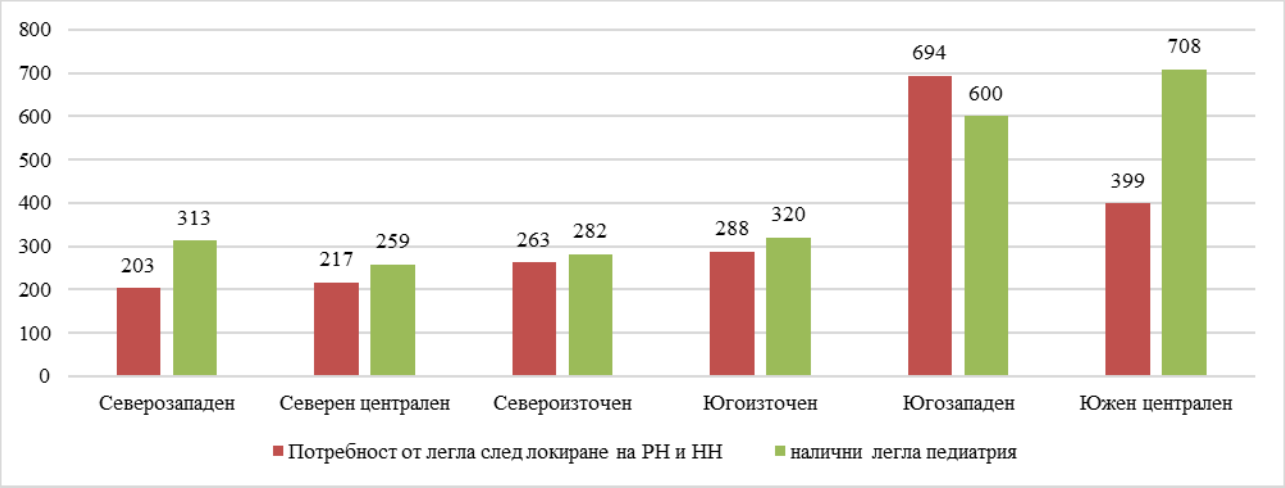
На територията на всяка област се осигурява поне една такава педиатрична структура, която се явява областен център за координирана педиатрична грижа, осъществява интеграция на услугите и връзка между педиатричните структури с местно значение и тези с регионално и национално значение. Тази структура следва да има необходимия капацитет за предоставяне на болнични услуги в рамките на определените потребности от легла на ниво област.

Останалите педиатрични структури в съществуващи лечебни заведения на територията на съответната област, могат да бъдат подкрепяни до установените местни потребности при наличие на местен капацитет и подкрепа от местната власт и общността.

В областите, в които има значително надвишаване на броя на разкритите педиатрични легла, спрямо определените дългосрочни нужди, се осъществява ежегоден мониторинг на заетостта на тези легла и се препоръчват мерки за оптимизиране и преструктуриране на излишния леглови фонд.

На регионално ниво, в някои региони се наблюдава известен недостиг от болнични легла за специализирани болнични услуги за деца. Особено изразен е този недостиг в гр. София, като регионален център на Югозападен регион, който се явява и център за предоставяне на високоспециализирани болнични услуги за деца от цялата страна.

Фигура 45. Необходими и налични педиатрични легла по региони, България 2021 г.



Предвид значимостта на тези услуги, основните усилия следва да се насочат към развитието на този капацитет, с цел осигуряване на равнопоставеност на населението в различните региони на страната по отношение на достъпа до специализирани педиатрични грижи (2-ро ниво на болнично обслужване) и гарантиране на достъп на българските деца до високоспециализирани педиатрични грижи на национално ниво.

На регионално ниво следва да подкрепя развитието на педиатрични структури от III ниво (с дейности по профилните медицински специалности - детска гастроентерология,

детска ендокринология и болести на обмяната, детска кардиология, детска клинична хематология и онкология, детска неврология, детска нефрология и хемодиализа, детска пневмология и фтизиатрия, детска ревматология) и структури по други медицински специалности, и опит и специализация в диагностиката и лечението на деца. Това са структури в лечебни заведения за болнична помощ – университетски многопрофилни болници за активно лечение, отговарящи на следните критерии:

- разполагащи с възможности за осъществяване на специализирани болнични дейности по медицински специалности, посочени в 2-ро ниво на болнично обслужване, гарантиращо комплексност на диагностиката и лечението;
- с гарантиран непрекъснат спешен прием в режим 24/7, организиран в Спешно отделение с III ниво на компетентност;
- разположени в градове с 1-то или 2-ро ниво, съгласно НКПР.

На национално ниво се подкрепя създаването на национален център за комплексно лечение на деца (Национална детска болница), интегриращ болнични и амбулаторни услуги в областта на диагностиката, лечението и наблюдението на деца със заболявания в обхвата на всички медицински специалности.

Основна характеристика на центъра ще е осигуряването на комплексност на диагностика и лечението и прилагане на високоспециализирани медицински дейности, осигурени с високотехнологична апаратура и компетентен медицински персонал, като всичко това ще се предоставя в приветлива и адаптирана към детската психика среда.

Центърът ще е водещо звено за консултативна помощ по отношение на останалите структури от националната педиатрична мрежа и за обучение на медицински специалисти.

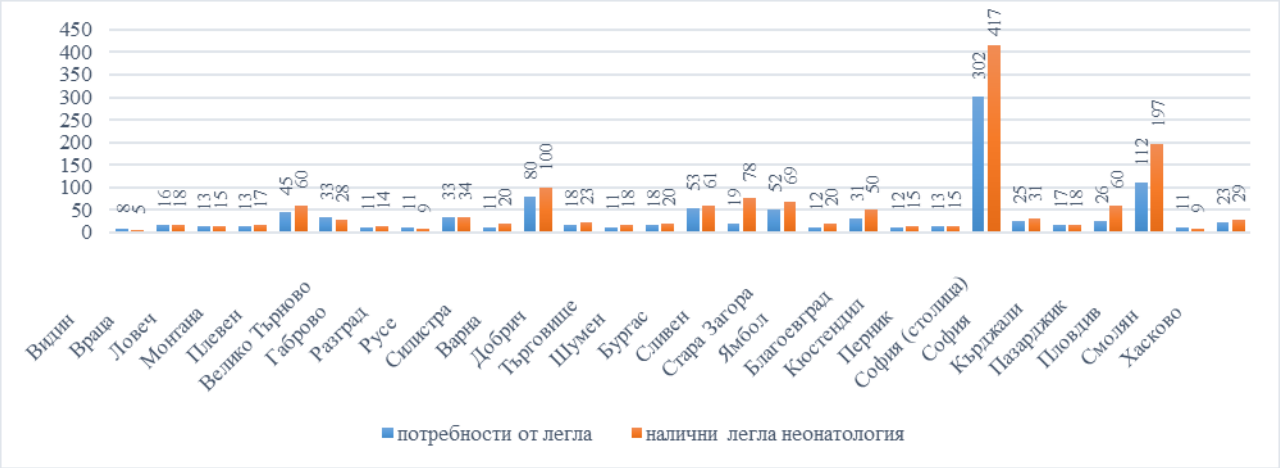
Като специфична част на педиатричната мрежа на регионално и национално ниво ще се подкрепят изградените в процеса на деинституционализацията на децата в България нов тип лечебни заведения – центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ). Към момента в страната има изградени 10 такива центъра, в които през 2021 г. са предоставени грижи на 1383 деца с увреждания и хронични заболявания. Към един от центровете (ЦКОДУХЗ –Бургас са разкрити 46 легла за специални грижи за деца до 1 г., 24 легла за продължително лечение до 3 м., 38 легла за рехабилитация до 6 м. и 6 легла за палиативни грижи. Предстои разкриването на още 4 центъра след затварянето на последните 4 дома за медико-социални грижи за деца в гр. Варна, Стара Загора, Кърджали и Плевен с общ капацитет над 400 легла.

Тези центрове следва да развиват своя капацитет като доставчици на интегрирани здравно-социални услуги за деца, включващи подкрепа на семействата на деца с увреждания и хронични заболявания за назначаване и провеждане на ранна диагностика, лечение и медицинска и психосоциална рехабилитация и оказване на специфични грижи за деца, отглеждани в семейна среда или в услуги за резидентна грижа.

В някои от тях ще се развиват и дейности по продължително лечение и рехабилитация на деца с увреждания и тежки хронични заболявания и обучение на родителите им за поемане на грижата в семейна среда, както и осигуряване на специализирани палиативни грижи за деца. Такива дейности ще се развиват и в педиатричните структури от 2-ро и 3-то ниво на педиатрична грижа. (Виж Раздел IV.2.5)

Анализът на данните за осигуреността с легла по неонатология показва, че на национално, регионално и областно ниво е налице необходимия капацитет за посрещане на нуждите от неонатологична помощ.

Фигура 46. Необходими и налични неонатологични легла по области, България 2021 г.



Във всички области на страната (с изключение на област Видин) има функциониращи структури по неонатология с най-малко II ниво на компетентност, осигуряваща базово ниво болнична неонатологична помощ – в градовете областни центрове от 1-во, 2-ро и 3-то ниво. Във всички региони на страната – в градове от 1-во и 2-ро ниво има функциониращи структури по неонатология с III ниво на компетентност, осигуряващи специализирана болнична неонатологична помощ. На територията на гр. София има функциониращи 3 структури по неонатология, осигуряващи високоспециализирана неонатологична помощ за новородени деца от цялата страна. По данни на РЗИ структурите по неонатология са добре осигурени с материално-техническа база и ресурси, в резултат на дългосрочна политика за подкрепа на неонатологичната помощ в страната, в т.ч. чрез средства от ЕС. На настоящият етап оценката е, че не са необходими целеви инвестиции в тази сфера.

Анализът дава убедителни доказателства, че основните интервенции и инвестиции следва да са насочени към структурите по педиатрия в страната, осигуряващи базова, специализирана и високоспециализирана педиатрична помощ:

- национално финансиране (чрез средства от държавния бюджет и бюджета на НЗОК) на дейности по промоция на здраве, превенция на заболяванията, скрининг, диагностика, лечение и грижи за деца, Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве и др.
- инвестиции по Плана за възстановяване и устойчивост, Проект „Модернизиране на лечебни заведения за болнична помощ“, Компонент 1 "Модернизиране на системата за педиатрични грижи в страната" и Компонент 2 „Изграждане на капацитет за прилагане на най-съвременни методи за лечение на онкологични заболявания в България чрез създаване в гр. София на Национален център за лъчелечение с протонна терапия, с фокус върху лечението на деца.“
- инвестиции по ПРР 2021- 2027 г., насочени както към обновяване и ремонт на съществуваща материална база на лечебни заведения за продължително лечение и рехабилитация, така и към закупуване на нова медицинска апаратура и осигуряването на възможност за изграждане и оборудване на центрове за палиативни грижи.
- инвестиции по ОРЧР 2021- 2027 г., насочени към насочени повишаване на компетенциите и уменията на медицински и немедицински специалисти от сферата на здравеопазването чрез обучения

Таблица 6. Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции, свързани с диагностика и лечение на деца до 18 г.

Статистически райони/Области	Население до 18 години	Структури по педиатрия с областно значение	Структури по педиатрия с регионално значение	Структура по педиатрия с национално значение	ЦКОДУХЗ с между областно значение	Локация, град-ниво съгласно НКПР	Локация на структури по педиатрия с местно значение**
СЗР	129807	5	1				
Видин	13095	1			1	Гр. Видин – 3 ниво	
Враца	29023	1				Гр. Враца – 3 ниво	
Ловеч	21876	1				Гр. Ловеч - 3 ниво	Гр. Троян
Монтана	22622	1				Гр. Монтана – 3 ниво	
Плевен	43191	1	1		1*	Гр. Плевен – 2 ниво	
СЦР	130956	5	1/2				
Велико Търново	39132	1	ПР		1	Гр. В. Търново – 3 ниво с потенциал за 2 ниво	Гр. Свищов Гр. Горна Оряховица
Габрово	16266	1				Гр. Габрово – 3 ниво	Гр. Севлиево
Разград	19952	1				Гр. Разград – 3 ниво	
Русе	36161	1	1			Гр. Русе – 2 ниво	
Силистра	19445	1			1	Гр. Силистра – 3 ниво	
СИР	178142	4	1				
Варна	93756	1	1		1*	Гр. Варна – 2 ниво	
Добрич	31700	1			1	Гр. Добрич – 3 ниво	
Търговище	21246	1				Гр. Търговище – 3 ниво	
Шумен	31440	1				Гр. Шумен – 3 ниво	
ЮИР	211828	4	1/2				
Бургас	83132	1	ПР		1	Гр. Бургас – 2 ниво	
Сливен	44248	1			1	Гр. Сливен – 3 ниво	
Стара Загора	61320	1	1		1*	Гр. Ст. Загора – 2 ниво	Гр. Казанлък
Ямбол	23128	1				Гр. Ямбол – 3 ниво	
ЮЗР	394075	8	2	1			
Благоевград	58126	1				Гр. Благоевгра	Гр. Гоце Делчев,

						д – 3 ниво	Гр. Сандански Петрич
Кюстендил	18541	1				Гр. Кюстендил – 3 ниво	Гр. Дупница,
Перник	19481	1				Гр. Перник – 3 ниво	
София	42484	1					
София (столица)	255443	4	2	1	1	Гр. София – 1 ниво	Гр. Ботевград, гр. Самоков
ЮЦР	267365	5	1				
Кърджали	29337	1			1*	Гр. Кърджали – 3 ниво	
Пазарджик	50116	1				Гр. Пазарджик – 3 ниво	Гр. Панагюрище
Пловдив	130237	1	1			Гр. Пловдив – 2 ниво	Гр. Асеновград, гр. Карлово
Смолян	15260	1				Гр. Смолян – 3 ниво	
Хасково	42415	1			1	Гр. Хасково – 3 ниво	Гр. Димитровград

* Предстои преобразуване на ДМСГД в ЦКОДУХЗ

** В градовете от 3-то ниво, които не са областни центрове (Свищов, Горна Оряховица, Казанлък, Димитровград, Асеновград, Карлово, Дупница, Петрич, като и в градовете от 4-то ниво, които показват известни възможности при подходящо бъдещо развитие и евентуално стимулиране да преминат в 3-то ниво (Сандански, Гоце Делчев, Ботевград, Самоков, Троян, Севлиево, Панагюрище) могат да се подкрепят инвестиции в структури по педиатрия след задоволяване на нуждите на ниво областен център.

IV.2.3. КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ИНВЕСТИЦИИ ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

НЗС 2030 определя високата тежест на онкологичните заболявания за болните, техните семейства и обществото, като едно от основните предизвикателства за здравето на българите и основание за провеждане на активна целенасочена политика за борба с тежестта на рака (Политика 3.2. Борба с бремето на рака от НЗС)

През 2020 г. броят на новодиагностицирани случаи на онкологични заболявания в България е 36 451, а броят на смъртните случаи се равнява на 19 460 или 20 % от всички починали през годината.

Въпреки че заболяемостта от рак в България е по-ниска от тази в ЕС, общата смъртност от рак (258 смъртни случая на 100 000 души от населението) е близка до средната за ЕС (264 смъртни случая на 100 000 души от населението). По-ниската заболяемост в съчетание със средните стойности на преживяемостта при ракови заболявания и ниската степен на използване на профилактични и скринингови прегледи, според анализите[12] показват, че е налице равнище на недостатъчно диагностициране или съществуват проблеми при осигуряването на ефективно лечение. Основните видове рак при мъжете са рак на простатата (25 %), рак на белите дробове (17 %) и колоректален рак (14 %), докато при

[12] България Здравен профил на страната 2021

жените на първо място е ракът на гърдата (27 %), след който са колоректалният рак (13 %) и ракът на матката (9 %).

Хоспитализираните случаи (изписани и умрели) в стационарите на лечебните заведения по клас II Новообразувания през 2021 г. са 155 030, което формира хоспитализирана заболеваемост 2 254.1/100 000 души и 7.7% от всички хоспитализирани случаи за годината

Данните от проучване от 2018 г., публикувано в European Journal of Cancer, показват, че общите разходи за рак в България са 587 милиона евро.

България има наследени традиции в организацията на онкологичната помощ в страната, като за онкологична помощ в истински смисъл на думата може да се говори от 1950 г., когато в София се разкрива Национален онкологичен институт (сега СБАЛО София), а през 1951 г. се разкриват 13 окръжни онкологични диспансера, в които се концентрира основната дейност, свързана с профилактиката, диагностиката, лечението и проследяването на болните с онкологични заболявания. След настъпилите реформи в системата на здравеопазване след 1999г. системата от лечебни заведения, които предоставят здравни услуги, свързани с диагностиката и лечението на тези болни се разшири, както и възможностите за избор на пациентите, но загуби своята интеграция и комплексност.

Диагностиката на онкологични заболявания се извършва във всички лечебни заведения в страната като част от общия диагностичен процес. Оперативното лечение на диагностично-установени или съмнителни случаи се извършва в оперативните структури на над 200 болници за активно лечение, в т.ч. частни, и комплексните онкологични центрове (в които бяха преобразувани бившите диспансери). Въпреки въведеното чрез НЗОК изискване към тези лечебни заведения да планират нуждите и да насочват болните с онкологични заболявания за последващо специфично и друго лечение, координацията между тази обща част на болничната система и специализираната онкологична мрежа не е добра, а пациентите следва сами да търсят възможности за продължаване на своето лечение.

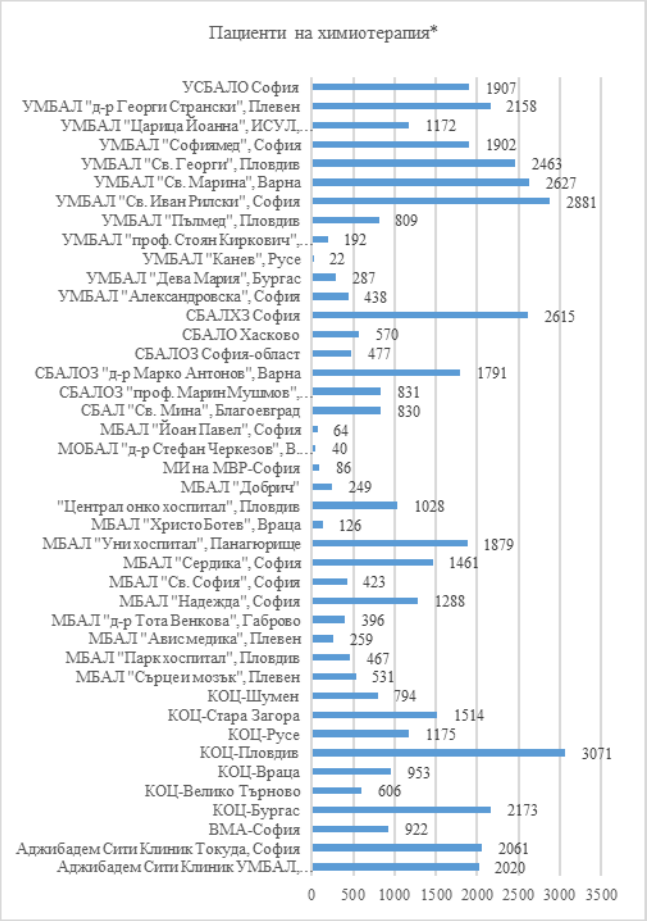
Специфичното лечение на болните с доказано онкологично заболяване в обхвата на медицинската онкология и лъчелечението, както и диспансерното наблюдение на болните остана да се осъществява в по-малък брой лечебни заведения, предимно публична собственост (държавна и общинска). С развитието на новите медицински технологии в областта на диагностиката, лъчелечението, нуклеарната медицина и др., въпреки осигурените значителни инвестиции през последните 10 години, голяма част от тези лечебните заведения изостават в технологичното си оборудване, а достъпът на българските граждани до съвременни високотехнологични терапии е затруднен. В последните години няколко частни болнични заведения инвестираха в изграждане на структури, които осигуряват комплексни онкологични грижи. По-голям брой частни структури развиват само дейности, свързани с лекарствена терапия в обхвата на медицинската онкология. В почти всички лечебни заведения от специализирана онкологична помощ ще се осъществяват дейности по предоставяне на палиативни грижи:

По данни на НЗОК през 2021 г. 42 лечебни заведения (болници и комплексни онкологични центрове) са извършвали някаква дейност, свързана със специфично активно лечение (лекарствена терапия и лъчетерапия) на пациенти с онкологични заболявания.

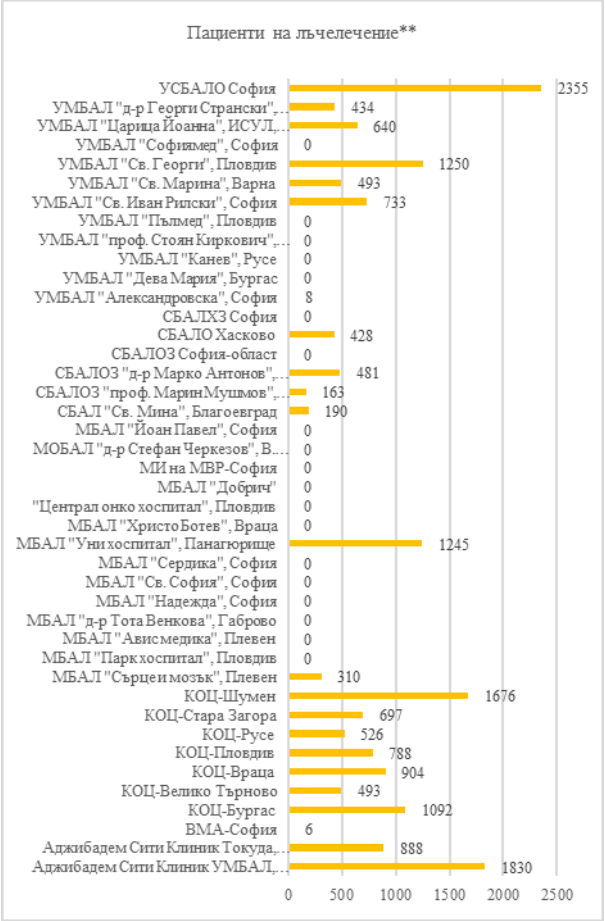
Лекарствена терапия се предлага във всички 42 лечебни заведения. В повечето от тях се извършва и лечение с по-иновативни и скъпи таргетни и имунотерапии. Обемът на пациентите и диагнозите обаче варират значително в отделените болници.

Над 1500 пациента за годината са имали само 14 структури по медицинска онкология – УСБАЛО-София, УМБАЛ „Аджибадем Сити клиник“ – София, УМБАЛ Аджибадем Сити клиник Токуда“ – София, УМБАЛ „Софиямед“-София, СБАЛХЗ-София, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“-София, КОЦ-Бургас, КОЦ-Пловдив, УМБАЛ „Свети Георги“-Пловдив, УМБАЛ „Унихоспитал“-Панагюрище, УМБАЛ „Света Марина“-Варна, СБАЛОЗ „Д-р Марко Антонов“-Варна, УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен, КОЦ-Стара Загора. В 6 от лечебните заведения, пациентите, преминали през годината, са били под 200.

Фигура 48. Брой пациенти на химиотерапия по ЛЗ, 2021 г.



Фигура 49. Брой пациенти на лъчелечение по ЛЗ, 2021 г.



Едва 10 от всички лечебните заведения са предоставяли едновременно лечение на солидни тумори, хематологични заболявания, левкемии и лимфоми и са осигурявали и парентерално лечение – ВМА-София, УМБАЛ Аджибадем Сити клиник Токуда“ – София, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“-София, УМБАЛ „Софиямед“-София, МБАЛ „Света София“ – София, МБАЛ „Сердика“-София, УМБАЛ „Свети Георги“-Пловдив, МБАЛ „Централ Онко хоспитал“ – Пловдив, УМБАЛ „Света Марина“-Варна, УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен.

От всички 42 лечебни заведения, само в 22 се осъществява и лъчелечение, като дейността им също варира в обема на преминалите болни и в обхвата на терапиите. Общо 17630 души са получили лъчелечение през 2021 г., като броят им е нараснал значително спрямо 2020 г. – с 2188 души. С най-голям брой пациенти – над 1 000 са 6 лечебни заведения в страната УСБАЛО-София, УМБАЛ „Аджибадем Сити клиник“ – София, КОЦ-Бургас, КОЦ-Шумен, УМБАЛ „Свети Георги“-Пловдив, УМБАЛ „Унихоспитал“-Панагюрище. Между 400 и 1 000 пациенти са преминали през още 12 лечебни заведения, т.е. в 16 структури по лъчелечение е покрит националния показател за минимална използваемост на линеен ускорител – 400 пациента годишно.

Радиохирургия е осъществявана в 11 лечебни заведения УСБАЛО-София, УМБАЛ „Аджибадем Сити клиник“ – София, УМБАЛ Аджибадем Сити клиник Токуда“ – София, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“-София, КОЦ-Бургас, КОЦ-Русе, УМБАЛ „Свети Георги“-Пловдив, УМБАЛ „Унихоспитал“-Панагюрище, УМБАЛ „Света Марина“-Варна, УМБАЛ „Сърце и мозък“-Плевен, КОЦ-Шумен. Стереотактична радиохирургия (с кибернож) е осъществявана само в 3 от тях „Аджибадем Сити клиник“ – София, УМБАЛ „Свети Георги“-Пловдив и УМБАЛ „Сърце и мозък“-Плевен.

Нискодозова брахитерапия е имало само в 4 лечебни заведения – ВМА-София, УМБАЛ „Александровска“-София, КОЦ-Шумен и УМБАЛ „Свети Георги“-Пловдив, а стандартна брахитерапия в 16. Конвенционална телегаматерапия е осъществявана само в КОЦ-Русе.

През 2021 г. има 69 хил. диспансеризирани пациенти с онкологични заболявания в 32 лечебни заведения. С това нивата на тази дейност започват да се възвръщат към стойностите отпреди пандемията, когато в страната имаше 87 хил. диспансеризирани пациенти. Дори и този брой обаче, по мнението на специалистите, е далеч от реалните потребности, тъй като хората с открити и лекувани онкологични заболявания през изминалите 5 години са много повече.

Палиативните грижи са най-неразвитата дейност в областта на онкологичната помощ. През 2021 г. НЗОК е заплатила за лечението на 1657 души в 16 лечебни заведения. От тях и активна форма на лечение предоставят 11, като в тях са преминали 1450 души. Най-много – 357 са обгрижени в КОЦ-Враца и в УМБАЛ „Света Марина“ – Варна.

Анализът на данните за дейността на лечебните заведения, осъществяващи лечение на болни с онкологични заболявания, показва, че основен проблем се явява липсата на интегритет и комплексност на грижите, като цялостно обслужване на болните е налице само в няколко лечебни заведения.

Това налага усилията да бъдат насочени към гарантиране на достъпа на българските граждани до здравни услуги в обхвата на онкологичната помощ, в т.ч. скрининг, диагностика, оперативно лечение (онкохирургия), планиране на нуждите (онкокомитет), лекарствена терапия, лъчелечение, диспансерно наблюдение и палиативни грижи.

Тези усилия следва да включват подкрепа на лечебни заведения, които имат капацитет или потенциал за развитие да предоставят комплексни и качествени онкологични грижи на всички нива на следните нива на болнично обслужване:

- На 1-во ниво болнично обслужване (областно) се осъществява базова онкологична помощ - включва всички дейности, свързани с диагностика и оперативно лечение на болни с онкологични заболявания, като част от общия лечебно-диагностичен процес. Задължителен елемент на дейностите на това ниво е планирането на последващите грижи от Онкологична комисия и насочването на пациентите в зависимост от определените нужди към структури, провеждащи специфично лечение (лекарствена терапия, лъчелечение), продължително лечение и палиативни грижи.

Дейностите се осъществяват в лечебни заведения за болнична помощ и комплексни онкологични центрове с действащи онкологични комисии.

- На 2-ро ниво болнично обслужване (регионално) се осъществява специализирана онкологична помощ – включва комплексни медицински грижи за болни с онкологични заболявания в амбулаторни и стационарни условия, като освен дейностите на 1-во ниво се извършва:
  - промоция, превенция и скрининг на онкологичните заболявания;
  - периодично наблюдение, консултации и проследяване на болните с онкологични заболявания и преканцерози;
  - прилагане на всички методи от комплексното лечение, в т.ч. медицинска онкология, лъчелечение, нуклеарна медицина;
  - продължително лечение, рехабилитация и палиативни грижи на болни с онкологични заболявания.

Дейностите се осъществяват в университетски многопрофилни болници за активно лечение със структури за комплексни медицински грижи за болни с онкологични заболявания по чл.20, ал.3 от ЗЛЗ и КОЦ.

- На 3-то ниво болнично обслужване (национално) се осъществява високоспециализирана онкологична помощ - включва осигуряване на болничен капацитет и функционални връзки между лечебните заведения, позволяващи в пълен обем всички видове

болнични услуги за диагностика и лечение на болни с онкологични и онкохематологични заболявания с най-високо ниво на компетентност.

Дейностите се осъществяват от едно или повече лечебни заведения – университетски болници за активно лечение, които работят в активна колаборация с други структури както на местно, така и на регионално и национално ниво с цел максимално оползотворяване на натрупания опит и добри практики по най-ефективния начин.

Основната цел на политиката е онкологичните дейности да се организират в Национална онкологична мрежа, която да комбинира онкологичните центрове с високи постижения в цялата страна и да подкрепя структурите на областно и регионално ниво.

В тази връзка е необходимо да бъде подкрепено обособяването на поне един всеобхватен национален онкологичен център, който осигурява широка гама от методи за висококачествена диагностика, лечение и грижи (както медицински, така и немедицински), съобразени с индивидуалните нужди на пациента и покриващи най-малко всички основни видове рак; наличие на достатъчен брой висококвалифицирани специалисти спрямо пациентския поток; високо ниво на инфраструктура, опит и приложение на иновативни подходи; научна, изследователска и медицинска експертиза; утвърдени партньорски взаимоотношения с университетски структури; наличие на образователни програми; технически възможности за управление на голям обем от данни.

Това е в съответствие с целта на Европейската комисия до 2030 г. 90% от пациентите да имат достъп до всеобхватни онкологични центрове чрез създаване на европейска мрежа от такива на територията на Европейския съюз. Трансграничното сътрудничеството на центровете ще подобри достъпа на българските пациенти до висококачествена диагностика и грижи, и иновативно лечение.

Приетата концепция за развитие на онкологичната помощ в страната и насоките, заложени в Националния план за борба с рака 2030 предполага внимателно планиране и управление на капацитета, материално-техническата и кадрова осигуреност и териториалното разпределение на онкологичните структури в страната по съответните нива на болнично обслужване.

Оценката на потребностите от болничен капацитет за осигуряване на дейностите на 1-во ниво (базова онкологична помощ), в т.ч. палиативни грижи, се осъществява в рамките на планирането на общите нужди на населението от болнична помощ в Националната здравна карта.

Оценката на потребностите от болничен капацитет за осигуряване на дейностите на 2-ро ниво (специализирана онкологична помощ) се осъществява на регионално ниво и включва:

- определяне на потребностите от болнични легла за дейностите по медицинска онкология и лъчелечение, структури по оперативни специалности със съответното ниво на компетентност чрез прилагане на методологията на НЗК.

Приетите национални показатели за осигуреност с легла за специфично лечение на болни с онкологични заболявания са:

- медицинска онкология 0,13 на 1 000 души население
- лъчелечение 0,14 на 1 000 души население

като 80% от леглата се планират на регионално ниво и 20 % се локират за дейности на национално ниво.

- определяне на броя на структурите, в които да бъде концентриран този капацитет, като се използва индикативен национален показател за осигуреност с „центрове за комплексни медицински грижи за болни с онкологични заболявания“ 1 ЦКМГ – на 300 000 души.
- определяне на нуждите от високотехнологична апаратура, като се използват препоръчителни показатели за осигуреност:
  - 1 линеен ускорител на 150 000 души (при изискване за най-малко 2 ЛУ в 1 център)

- 1 линеен ускорител за радиохирургия на 1 млн. души
- 1 SPECT на 300 000 души
- 1 PET-CT на 750 000 души

Таблица 7. Необходима високотехнологична апаратура по видове онкологични центрове

Онкологична структура (център)	Високотехнологична апаратура по видове центрове									
	ПА ИХХ	МД	КТ	ЯМР	PET CT	СПЕК Т СТ	ЛУ	ЛУРХ	ПТ	БрТ
с междуобластно значение			✓			✓	✓			✓
с регионално значение	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
с национално значение	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Териториалното разпределение, локализацията, функциите и капацитета на структурите за онкологичната помощ се съобразяват с насоките на Националния план за борба с рака на Република България и Концепцията за пространствено развитие и се планират приоритетно на регионално и национално ниво, като се отчита и местния капацитет на областно ниво:

На територията на гр. София -1-во ниво град съгласно НКПР, се осигурява онкологична помощ на 3-те нива на болнично обслужване:

- базова онкологична помощ, с достатъчен капацитет за покриване на нуждите на населението в област София град и София област.
- специализирана онкологична помощ, с достатъчен капацитет за покриване на нуждите на населението в обслужвания регион – Югозападен район.
- високоспециализирана онкологична помощ с капацитет, позволяващ покриване на нуждите на населението на цялата страна.

С цел осигуряване на високоспециализирана онкологична помощ, в т.ч. комплексна диагностика, лечение и наблюдение на болните с онкологични и онкохематологични заболявания, на ниво София се търсят възможности за създаване на „национален център за комплексни грижи за болни с онкологични заболявания“ чрез интеграция/функционално обединение на лечебни заведения/структури с най-високо ниво на компетентност във всички направления на диагностиката и лечението на онкологичните заболявания, гарантираща комплексност и интегритет на обслужването. Центърът ще участва в европейската мрежа от такива национални центрове на територията на Европейския съюз и ще играе роля на координиращо звено между онкологичните центрове в страната.

Останалите ключови интервенции и инвестиции включват:

- изграждане на „център за протонтерапия“ на територията на лечебно заведение, включено в националната онкологична мрежа
- организиране на Национален център за широкообхватен скрининг на заболяванията, координиращ скрининговите дейности на регионално и местно ниво;
- изграждане Националната платформа за медицинска диагностика, която ще осигурява пряк достъп на медицинските специалисти до най-актуалната клинично значима информация за онкологичните заболявания и възможности за комуникация на отдалечените амбулаторни звена с лекари-специалисти и болнични заведения;

На територията на всеки район за икономическо планиране във 2-ро ниво градове, съгласно НКПР – Пловдив, Варна, Плевен, Бургас, Стара Загора, Русе) и гр. Велико Търново, притежаващ потенциални възможности да премине във 2-ро ниво при подходящо бъдещо развитие и евентуално стимулиране) се развиват в пълен обем базова (1-во ниво) и специализирана онкологична помощ (2-ро ниво), като се търси възможност за

осигуряване на поне 1 лечебно заведение, което да изпълнява функциите на регионален онкологичен център.

Концепцията за развитие на онкологичната помощ в тези градове е сходна с общата концепция за развитие на болничното обслужване на регионално ниво, в контекста на полицентричното развитие и необходимостта градовете от това ниво да балансират доминиращата роля на онкологичната мрежа в гр. София.

При наличие на капацитет и установени незадоволени потребности се подкрепя и развитието на високоспециализирани онкологични услуги (3-то ниво), особено на територията на градовете Пловдив, Варна и Плевен. Специално внимание следва да се отдели на осигуряването на болнични бази за обучение и студенти и специализанти, предвид наличието на висши учебни заведения, обучаващи медицински кадри.

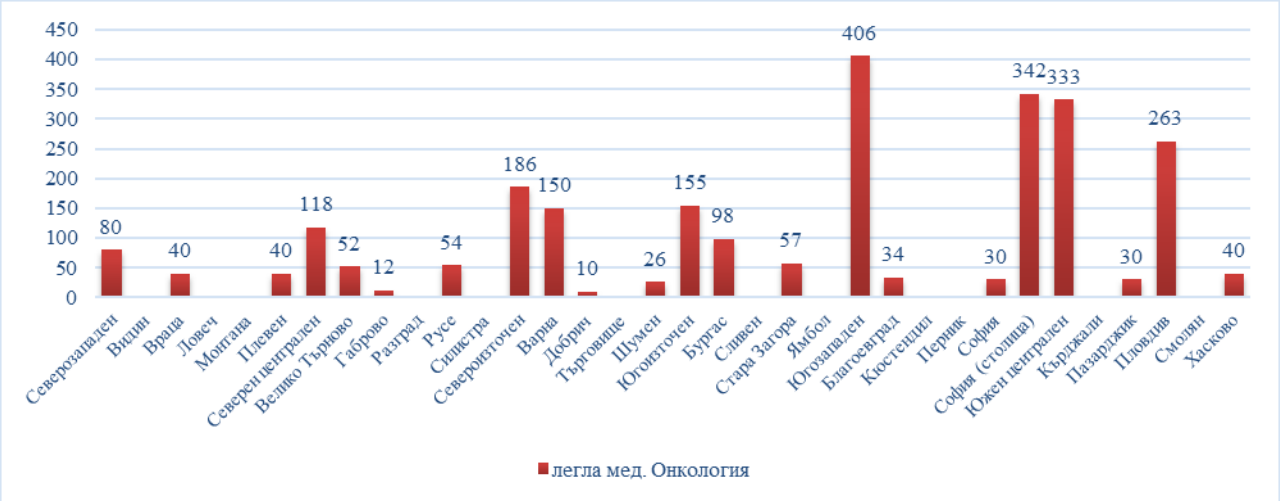
В градовете 3-то ниво съгласно НКПР, които са областни центрове – Видин, Монтана, Враца, Ловеч, Габрово, Търговище, Разград, Шумен, Силистра, Добрич, Сливен, Ямбол, Хасково, Кърджали, Смолян, Пазарджик, Перник, Кюстендил, Благоевград се осигурява диагностика и оперативно лечение на болни с онкологични заболявания като част от болничното обслужване от 3-то ниво (базови болнична услуги). Подкрепят се лечебни заведения, които, които разкриват структури за рехабилитация и палиативни грижи за пациенти с онкологични заболявания.

Съществуващите в тези градове лечебни заведения (болници и комплексни онкологични центрове), специализирани в активното лечение и наблюдение на онкологичните заболявания, в т.ч. с развити структури по медицинска онкология и лъчелечение, се подкрепят и развиват като структури с междуобластно/регионално значение. Задължително условие за подкрепата е осигуряването на активно диспансерно наблюдение и палиативни грижи за пациенти с онкологични заболявания.

В останалите градове от 3, 4 и 5 ниво се препоръчва, при установени местни потребности, развитие на дейности, свързани с предоставяне на медико-социални услуги, домашни и палиативни грижи за болни с онкологични заболявания.

При прилагане на настоящата методология необходимият брой легла по медицинска онкология на национално ниво е 894 легла, от които 717 са за дейности на регионално ниво и 178 за дейности на национално ниво. Броят на разкритите в страната легла е 1278, като на фиг.50 е показано разпределението по области. Анализът на данните за настоящото състояние на болничния капацитет за оказване на специализирана онкологична помощ показва, че различните области на страната имат различна осигуреност с легла по медицинска онкология, като такива са разкрити в 22 области на страната.

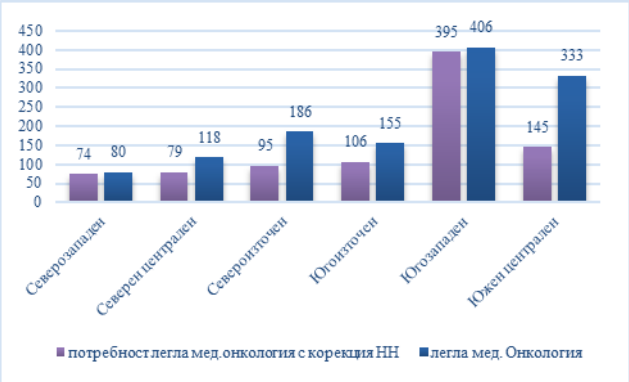
Фигура 50. Разкрити легла по медицинска онкология в България по области, 2021 г.



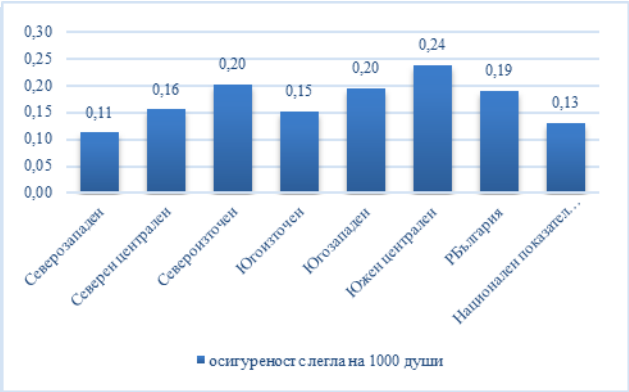
Доколкото леглата по медицинска онкология се планират на регионално ниво, по-важен е сравнителният анализ по региони, при който се вижда, че и осигуреността с легла по

медицинска онкология на 1 000 души население значително се различава в различните региони, като по-висока е в Североизточния регион (с център гр. Варна), Югозападен (с център гр. София) и Южен централен (с център гр. Пловдив), в които са най-високоразвитите центрове за лечение на онкологични заболявания.

Фигура 51. Необходими и налични легла по онкология



Фигура 52. Осигуреност с онкологични легла на 1 000 души



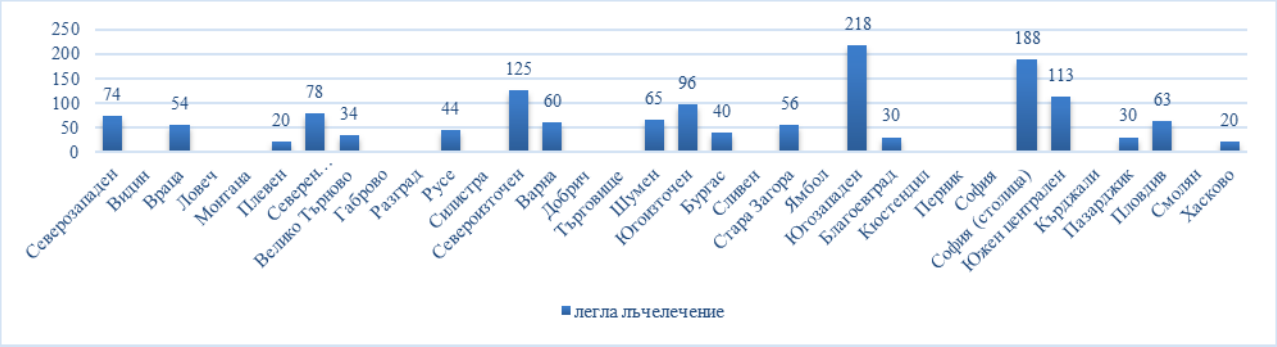
Въпреки това данните показват, че във всички региони на страната наличният капацитет надхвърля определените потребности. Следва да се отбележи и обстоятелството, че част от лекарствената терапия може да се прилага в амбулаторни условия на т.нар. „места за краткотраен престой“, опция, която засега не се използва пълноценно от лечебните заведения.

Освен това, както бе посочено и по-горе, тези легла са разкрити в много голям брой лечебни заведения – 42. Това формира среден брой легла 40 в 1 структура по медицинска онкология, което е сравнително малък брой за постигане на необходимата ефективност. Прави впечатление, че в 20 от тези лечебни заведения (предимно частна собственост) не се осъществяват дейности по лъчелечение, като задължителен елемент на комплексното лечение на болните. Това обикновено са структури, които осигуряват лекарствена терапия само като отделен, в повечето случаи изолиран, епизод от лечението на пациента, без да се ангажират с цялостното лечение, наблюдение и грижи за болните. В същото време тези структури разходват значим публичен ресурс от НЗОК (над 350 млн. лв. за 2021 г.), което налага преоценка на изискванията към лечебните заведения при договаряне с НЗОК на т.нар. пакет „комплексно лечение на онкологичните заболявания“, съгласно Приложение № 12 на Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса. В наредбата изрично се посочва, че за онкологичните заболявания се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение).

Във връзка с горното при определянето на дългосрочните нужди от онкологични грижи, леглата по медицинска онкология се планират в рамките на лечебни заведения или като устойчиви и дългосрочни функционални обединения на такива, осигуряващи всички основни методи на онкологичното лечение. Препоръчително е онкологичните структури да са с капацитет над 100 пациента дневно, при ефективно използване на базата за провеждане на амбулаторни процедури без продължителен болничен престой.

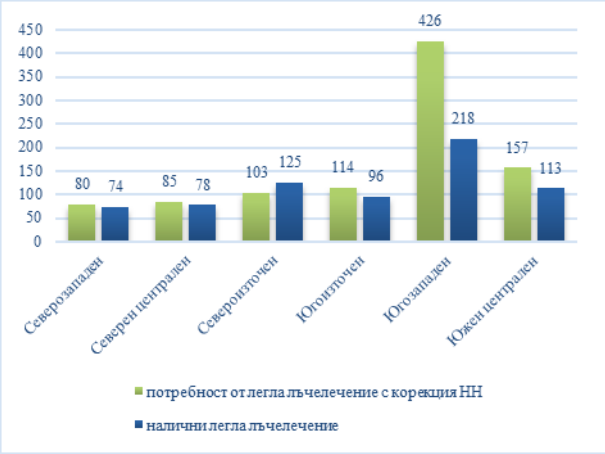
Данните за осигуреността с легла по лъчелечение показват, че те са концентрирани в по-малък брой области – 19.

Фигура 53. Разкрити легла по лъчелечение по области, България 2021 г.

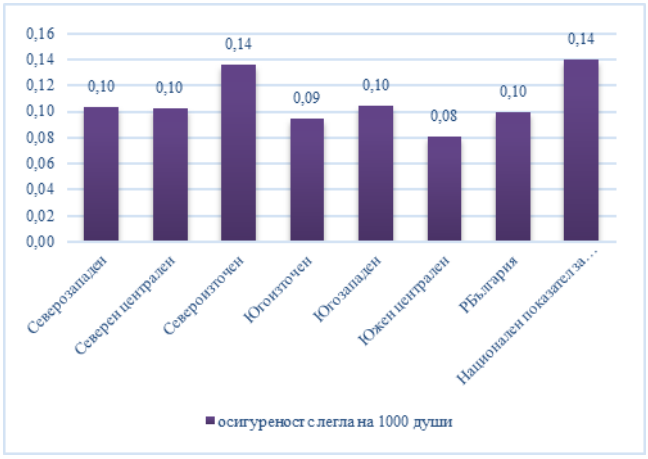


На регионално ниво се наблюдава недостиг на наличните легла за лъчетерапия, спрямо установените потребности, който е най-изразен в Югозападен район, където са планирани легла по лъчетерапия в структури с национално значение. При определена необходимост на национално ниво от 962 легла, от които 770 за дейности на регионално ниво и 192 легла за дейности на национално ниво, наличните към момента легла са 704.

Фигура 54. Необходими и налични легла по лъчелечение



Фигура 55. Осигуреност с легла по лъчелечение на 1 000 души



Основната причина за недостига на легла по лъчелечение е малкият капацитет на лъчетерапевтичната апаратура в лечебните заведения, която не позволява своевременно обхващане на всички пациенти и съответно не предполага разкриване на допълнителен брой легла. Допълнително, следва да се има предвид възможността за провеждане на лъчетерапевтично лечение като амбулаторни процедури без постоянно пролежаване на болнично легло. Лъчетерапевтичните легла са концентрирани в 22 лечебни заведения, от които 18 публична собственост (държавна и общинска) и 4 частна собственост.

При прилагане на методологията за определяне на броя на структурите, в които да бъде концентрирана онкологичната помощ, чрез използване на индикативен национален показател за осигуреност с „центрове за комплексни медицински грижи за болни с онкологични заболявания“ 1 ЦКМГ – на 300 000 души, се установява, че на територията на страната е необходимо да функционират 20-21 ЦКМГ, осигуряващи дейности на регионално ниво – специализирана онкологична помощ, като най-малко 1 от тях следва да покрие изискванията и да функционира като на национален център и координатор на Националната онкологична мрежа (Табл.8). Необходимата високотехнологична апаратура за диагностика и лечение на онкологични заболявания е определена при спазване на определените национални индикативни показатели за осигуреност и съобразяване с необходимостта от пълно апаратурно обезпечаване на всеки от необходимите центрове за комплексни медицински грижи за болни с онкологични заболявания.

Таблица 8. Необходим брой онкологични центрове и високоспециализирана апаратура

Район	Население	Необходим брой онкологични центрове и високоспециализирана апаратура								
		ОЦ	КТ	ЯМР	РЕТ	СПЕК	ЛУ	ЛУРХ	ПТ	БрТ

					CT	T CT				
Северозападен	711473	2	2	1	1	2	4	1		1
Северен централен	757846	2	2	1	1	2	4	1		1
Североизточен	917849	3	3	1	1	3	6	2		1
Югоизточен	1015225	3	3	1	1	3	6	1		1
Югозападен	2077916	7	7	3	3	7	14	3	1	3
Южен централен	1397435	4	4	1	1	4	8	2		1
Общо		21	21	8	8	21	42	7	1	8

Към настоящия момент само 22 лечебни заведения в страната осъществяват дейности, свързани с комплексно лечение на болни с онкологични заболявания – 18 публични и 4 частни. Осигуреността на публичните лечебни заведения с високотехнологична апаратура значително се подобри през последните 10 години, като през периода 2014-2016 година с европейски средства по Оперативна програма „Регионално развитие“ на ЕСФ бе закупена диагностична и лъчетерапевтична апаратура за специализираните онкологични структури, като и диагностична апаратура за големи лечебни заведения, осъществяващи дейности по диагностика и оперативно лечение на болните с онкологични заболявания. Всъщност, благодарение на тези средства, се постави началото на съвременната лъчетерапия в страната. Доставената в този период апаратура е използвана с максимално натоварване, предвид недостига й, и предстои да излезе от експлоатация до 2025-2027 год.

Но дори и да не е вземе предвид напредналата степен на амортизация, наличната апаратура, с която разполагат онкологичните структури към настоящият момент не съответства на определените потребности (сравни табл.8 и табл.9).

Таблица 9. Наличен брой онкологични центрове и високоспециализирана апаратура, България 2021 г.

Район	Население	Наличен брой онкологични центрове и високоспециализирана апаратура								
		ОЦ	КТ	ЯМР	РЕТ СТ	СПЕКТ СТ	ЛУ	ЛУРХ	ПТ	БрТ
Северозападен	711473	2	1	1			2			
Северен централен	757846	2					3	1		1
Североизточен	917849	3	4	1	1		6	3		1
Югоизточен	1015225	2	2	2	1	1	3	1		
Югозападен	2077916	6	7	4	2	2	7	4		4
Южен централен	1397435	3	6	1	1		5	1		1
Общо		18	20	9	5	3	26	10	0	7

И докато на регионално ниво различията в осигуреността не са много демонстративни, предвид наличието във всеки регион на поне 1 високотехнологично лечебно заведение, то по отношение на отделните онкологични структури трябва да се отбележи, че в някои от тях има сериозен недостиг от следна точка на апаратурната осигуреност.

Този недостиг е по-изразен при лечебните заведения с междуобластно значение (КОЦ и СБАЛОЗ в които се преобразуваха бившите онкодиспансери). По отношение на диагностичната апаратура (КТ, ЯМР) обаче трябва да се отбележи, че повечето от тях към момента ползват технологичния капацитет на областната болница в съответния областен център.

Такова взаимодействие следва да се подкрепя и развива, не само по отношение на рационалното използване на технологичните ресурси, но и по отношение на интеграцията на дейностите от първоначалната диагностика, оперативно лечение, химиотерапия, лъчетерапия

до рехабилитация, продължително лечение, палиативни грижи, както и диспансерно наблюдение, медицинска експертиза и др.

Функционалното обединение на дейностите и капацитета на КОЦ и голяма многопрофилна болница за активно лечение би гарантирало в пълен обем осигуряването на комплексност и качество на грижата за болните с онкологични заболявания, както по отношение на основното заболяване, така и на придружаващите заболявания и усложнения.

Както бе посочено в общият анализ на болничния легло фонд, в страната е налице сериозен дефицит по отношение на леглата за дългосрочни грижи, в т.ч. палиативни грижи за болни с онкологични заболявания. Такива легла липсват не само в общата болнична мрежа, но дори и в специализираните онкологични заведения. Това създава огромни проблеми за болните и техните семейства, натоварва системата за спешна медицинска помощ и публичните болници, които в повечето случаи поемат тези болни и ги обгрижват в рамките на структурите за активно и интензивно лечение. До голяма степен проблемът е генериран не от недостатъчна нормативна регламентация , а от липсата на адекватно финансиране за изпълнението на тази дейност.

Общите изводи, които могат да се направят от анализа на данните са, че:

- България е осигурена с болничен капацитет (структури за диагностика и лечение на онкологични заболявания), който е сравнително равномерно разпределен на областно и регионално ниво, е в състояние да покрие определените нужди от специализирана онкологична помощ, с изключение на нуждите от палиативни грижи, при които е налице огромен системен дефицит.
- По-съществен проблем се явява неравномерното разпределение и недостатъчното технологично обновяване на медицинската апаратура и оборудване на специализираните онкологични структури.
- На национално ниво липсва структуриран високотехнологичен и всеобхватен национален онкологичен център, който да предоставя пълната гама от услуги в областта на диагностиката и лечението на всички видове онкологични заболявания, да консултира и подпомага останалите структури от онкологичната мрежа и да участва в референтна мрежа с други европейски центрове.
- Основен проблем е липсата на интеграция между отделните онкологични структури и най-вече между отделните етапи на диагностично-лечебния процес, в т.ч. скрининг, диагностика и осигуряване на комплексни грижи за болните с онкологични заболявания под един покрив.

Това налага да бъдат планирани и реализирани в синхронен порядък множество интервенции, насочени към интеграция на структурите и процесите, свързани с диагностиката и лечението на онкологичните заболявания в национална мрежа с функционална и информационна свързаност на всички етапи от осъществяване на дейността.

Реализацията на интервенциите ще се осигури чрез инвестиции от:

- национално финансиране (чрез средства от държавния бюджет и бюджета на НЗОК) на дейности по промоция на здраве, превенция на заболяванията, скрининг, диагностика, лечение и палиативни грижи за болни с онкологични заболявания;
- инвестиции по Плана за възстановяване и устойчивост, Проект „Развитие на извънболничната помощ“ Компонент 1. „Създаване на единен Национален интердисциплинарен център за скрининг“. Инвестицията предвижда изграждане на национална мрежа от структури (национален център в гр. София и регионални структури) за разгръщане на широко-обхватен пренатален и неонатален скрининг и скрининг на социално-значимите заболявания, в т.ч. и рак.
- инвестиции по Плана за възстановяване и устойчивост, Проект „Модернизиране на лечебни заведения за болнична помощ“:
  - По Компонент 2 от проекта „Изграждане на капацитет за прилагане на най-съвременни методи за лечение на онкологични заболявания в България чрез създаване в гр. София на Национален център за лъчелечение с протонна терапия, с фокус върху лечението

на деца“, ще се реализира цялостно изграждане на центъра с необходимата инфраструктура и апаратура.

- По Компонент 3 „Модернизиране на системата за диагностика и лечение на онкологични заболявания в страната“, чрез който ще се осигури високотехнологична медицинска апаратура за диагностика и/или лечение на онкологични заболявания в лечебни заведения за болнична помощ в цялата страна (с национално, регионално и местно значение).

➢ инвестиции по Плана за възстановяване и устойчивост, Проект „Национална дигитална платформа за медицинска диагностика“, по който като пилотен сценарий, включващ всички основни възможности на платформата, ще бъде избрана онкологията и лечебните заведения за онкологична помощ.

➢ инвестиции по ПРР 2021- 2027 г., насочени както към обновяване и ремонт на съществуваща материална база на лечебни заведения за продължително лечение и рехабилитация, така и към закупуване на нова медицинска апаратура и осигуряването на възможност за изграждане и оборудване на центрове за палиативни грижи.

С особено внимание следва да се подходи към интервенциите и свързаните с тях инвестиции, свързани с технологичното развитие на лечебните заведения. Те трябва да бъдат фокусирани така, че да гарантират в дългосрочен план функционирането на публична, достъпна и интегрирана мрежа от онкологични структури, предоставяща пълната гама от дейности по диагностика и активно лечение и наблюдение на болни с онкологични заболявания (комплексни онкологични грижи) и гарантираща равнопоставен достъп на всички български граждани, независимо от местоживеенето и социалния статус.

При подбора на структурите, които да бъдат подкрепени с инвестиции в медицинска апаратура за диагностика и активно лечение на болни с онкологични заболявания са подходящи следните критерии:

➢ За центрове за комплексни онкологични грижи с национално значение: болници за активно лечение (обединения от ЛЗ):

- Разположени в град 1-во ниво съгласно НКПР;
- Разкрити структури по:
  - Образна диагностика III ниво на компетентност
  - Клинична лаборатория III ниво на компетентност
  - Обща и клинична патология с възможност за имунохистохимия или молекулярна диагностика
  - клинични/хирургични специалности с III ниво на компетентност
  - Клинична хематология с III ниво на компетентност с над 1 000 преминали болни годишно
  - Медицинска онкология III ниво на компетентност с над 2000 преминали болни годишно, над 20% таргетна терапия, над 5% имунотерапия
  - Детска онкохематология III ниво на компетентност
  - Лъчелечение с възможности за стереотактична роботизирана хирургия с над 2000 преминали болни годишно
  - Структура по нуклеарна медицина с PET-CT и SPECT-CT
  - Структура за палиативни грижи

➢ За центрове за комплексни онкологични грижи с регионално значение: многопрофилни болници за активно лечение, отговарящи на следните критерии:

- Разположени в градове от 1 и 2 ниво, съгласно НКПР
- Разкрити структури по:
  - Образна диагностика III ниво на компетентност
  - Клинична лаборатория III ниво на компетентност
  - Обща и клинична патология
  - Терапевтични/хирургични специалност с III ниво на компетентност
  - Клинична хематология с III ниво на компетентност
  - Медицинска онкология с над 2000 преминали болни годишно

- Детска онкохематология или опит с лечение на деца с онкологични заболявания
- Лъчелечение с над 400 преминали болни годишно
- Нуклеарна медицина - предимство
- Палиативни грижи

➢ За центрове за комплексни онкологични грижи с местно (междуобластно значение): болници за активно лечение, комплексни онкологични центрове, отговарящи на следните критерии:

- Разположени в градове от 1, 2 или 3 ниво, съгласно НКПР
- Разкрити структури по:
  - Образна диагностика II ниво на компетентност – собствена или по договор
  - Клинична лаборатория II ниво на компетентност– собствена или по договор
  - Обща и клинична патология– собствена или по договор
  - хирургични специалност с II ниво на компетентност
  - Медицинска онкология с над 500 преминали болни годишно
  - Лъчелечение с над 400 преминали болни годишно
  - Палиативни грижи

При прилагане на подходящ подбор се формира мрежа от лечебни заведения, разполагащи с капацитет и потенциал за развитие, които следва да бъдат подкрепени с цел осигуряване на дългосрочните нужди от онкологична помощ (Табл.10).

Таблица 10. Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в диагностика и лечение на онкологичните заболявания

Статистически райони/области	Брой необходими центрове *	ЛЗ с потенциал развитие на центрове за болни с онкологични заболявания**				Лечебни заведения с областно значение	Локация, град-ниво съгласно НКПР
		Брой	с национално значение	с регионално значение	с междуобластно значение		
СЗР	2	2		1	1	4	
Видин						МБАЛ	Гр. Видин – 3 ниво
Враца		1			КОЦ-Враца	МБАЛ	Гр. Враца – 3 ниво
Ловеч						МБАЛ	Гр. Ловеч - 3 ниво
Монтана						МБАЛ	Гр. Монтана – 3 ниво
Плевен		1		УМБАЛ “Д-р Г. Странски” Плевен			Гр. Плевен – 2 ниво
СЦР	2	2					
Велико Търново		1			КОЦ-В. Търново	МБАЛ	Гр. В. Търново – 3 ниво с потенциал за 2 ниво
Габрово						МБАЛ	Гр. Габрово – 3 ниво
Разград						МБАЛ	Гр. Разград – 3 ниво
Русе		1			КОЦ-Русе	МБАЛ	Гр. Русе – 2 ниво
Силистра						МБАЛ	Гр. Силистра – 3 ниво
СИР	3	3					
Варна		2		УМБАЛ „Света Марина“ Варна	СБАЛОЗ Варна	МБАЛ	Гр. Варна – 2 ниво
Добрич						МБАЛ	Гр. Добрич – 3 ниво
Търговище						МБАЛ	Гр. Търговище – 3 ниво
Шумен		1			КОЦ-Шумен	МБАЛ	Гр. Шумен – 3 ниво

ЮИР	3	2					
Бургас		1		ПР[13] –	КОЦ - Бургас	МБАЛ	Гр. Бургас – 2 ниво
Сливен						МБАЛ	Гр. Сливен – 3 ниво
Стара Загора		1		ПР[14] –	КОЦ-Стара Загора	УМБАЛ	Гр. Ст. Загора – 2 ниво
Ямбол						МБАЛ	Гр. Ямбол – 3 ниво
ЮЗР	7+НЦН	7					
Благоевград		1			СБАЛО Благоевград	МБАЛ	Гр. Благоевград – 3 ниво
Кюстендил						МБАЛ	Гр. Кюстендил – 3 ниво
Перник						МБАЛ	Гр. Перник – 3 ниво
София област		1		ПР[15]	СБАЛОЗ Софийска област	УМБАЛ	
София (столица)		5	ПР[16] СБАЛО с други ЛЗ, център за протонтерапия и НЦС	СБАЛО СБАЛХЗ УМБАЛ „Св. Ив. Рилски“ УМБАЛ „Царица Йонна-ИСУЛ“	СБАЛОЗ София		Гр. София – 1 ниво
ЮЦР	4	3					
Кърджали							Гр. Кърджали – 3 ниво
Пазарджик							Гр. Пазарджик – 3 ниво
Пловдив		2		УМБАЛ „Свети Георги“ Пловдив	КОЦ-Пловдив		Гр. Пловдив – 2 ниво
Смолян							Гр. Смолян – 3 ниво
Хасково		1			СБАЛО Хасково		Гр. Хасково – 3 ниво

*при прилагане на индикативен показател за осигуреност – 1 ЦКМГ на 300 000 души

** Доскоро дейностите, свързани с лечението на болните с онкологични заболявания се извършваше само в публични лечебни заведения, наследници на страната онкологична мрежа в страната (СБАЛО и бивши онкологични диспансери). С разрастването на частната болнична мрежа и нарастващото публично финансиране на онкологичните дейности, редица частни лечебни заведения развиваха значителен капацитет в тази област. Като се оценява благоприятно техния принос за подобряване на качеството на онкологичните грижи, усилията на националната политика ще бъдат насочени към подкрепата на публичните заведения, чрез които може да се гарантира устойчивост на тази политика.

Лечебните заведения изпълняват и подкрепяща роля на регионалните структури на Националния интердисциплинарен център за широко-обхватен скрининг по отношение на скрининга на онкологичните заболявания.

Препоръчителни критерии за подкрепа чрез инвестиции в медицинска апаратура за продължително лечение и палиативни грижи:

- Всички лечебни заведения, посочени в **Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в диагностика и лечение на онкологичните заболявания** (табл.10)

[13] Обединение на потенциала на УМБАЛ-Бургас и КОЦ-Бургас
[14] УМБАЛ “Д-р С.Киркович” Стара Загора и КОЦ-Стара Загора
[15] Потенциал за развитие - СБАЛОЗ София област и УМБАЛ “Света Анна” София
[16] Потенциал за развитие - СБАЛО с други ЛЗ, център за протонтерапия и НЦС

➢ Болници за активно лечение, желаещи да трансформират налични болнични легла за активно лечение в легла за продължително лечение и палиативни грижи и Болници за продължително лечение, желаещи са разкрият структури за палиативни грижи,

отговарящи съвкупно на следните критерии:

- в области, в които броят на разкритите легла за продължително лечение и палиативни грижи са недостатъчни;
- с местоположение в населени места от 1-во до 4-то ниво съгласно НКПР;
- с наличен медицински персонал, за осигуряване на дейностите по продължително лечение и палиативни грижи

IV.2.4. КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ИНВЕСТИЦИИ В ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С ПСИХИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Според глобалните здравни оценки за Европа през 2019 г., броят на хората с психични състояния (включително чести психични разстройства като депресия, тревожни разстройства и психози при възрастни, както и нарушения в развитието и поведението при деца и юноши) се равнява на 13% от населението[8]. Данните за България показват, че 14,5 % от хората в България в някакъв етап от живота си са страдали от психични разстройства9 . Това означава, че в едно от четири семейства има поне един член с психично разстройство. Едно на всеки пет деца изпитва психично разстройство всяка година. Всяко второ дете в България е било жертва на психическо насилие10. 11% от момичетата и момчетата на възраст 10-19 години са с диагностицирано психично разстройство[11]. Рискът да се развие тревожност или депресия при възрастовата група 18-36 години е около 3 пъти по-голям в сравнение с хората над 65- годишна възраст. Застаряването на населението на България извежда на преден план патологията на напредналата възраст, като депресиите и тревожните разстройства, следвани от нарушения в интелектуалната сфера, свързани с атеросклеротични промени в мозъчната кора.

Психичните разстройства причиняват 15% от всички години, прекарани с увреждане, четири от тях (депресия, разстройства при употреба на алкохол, шизофрения и биполярни разстройства) са сред шестте водещи причини за годините, прекарани с увреждания. В държавите-членки на Европейския съюз разходите за психични проблеми се оценяват на между 3% и 4% от Брутния вътрешен продукт (БВП). От тях разходите за психиатрична помощ представляват средно 2% от БВП. Проучванията показват също, че относителните и абсолютните разходи за лечение и рехабилитация на психичните болести, са значително по-високи в сравнение с разходите за лечение на соматичните заболявания.

България доскоро нямаше цялостна политика в областта на психичното здраве, която да позволява интегриран подход по отношение на промоцията 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 и с акцентиране върху медицинските интервенции и грижи в системата на здравеопазването. Налице е институционализиране на грижата за болните с тежки психични разстройства, липсва развита система за психосоциална рехабилитация.

В България дългосрочната психиатрична грижа все още е разделена между социалната и здравна системи и често е некоординирана и недостатъчно ефективна, тъй като системата на здравеопазването им предоставя единствено медицинска диагноза и медикаментозно лечение, а в системата на социалните услуги липсва клиничен опит за разбиране на проблемното поведение.

По данни на НЦОЗА психиатричните легла в лечебните заведения в страната към 31.012.2021 г. са 3 937, което съставлява 7,7% от общия болничен фонд и осигуреност от 0,58 на 1 000 население. От тях за активно лечение са 2 480 и за дългосрочни грижи 484

легла. Налични са и 458 места за краткотраен престой за предоставяне на услуги в условията на дневен стационар.

В страната има 12 държавни психиатрични болници (ДПБ), 12 центрове за психично здраве (ЦПЗ), 5 психиатрични клиники (в университетски болници) и 17 психиатрични отделения към многопрофилни болници. Съществуват и психиатрични легла в структурата на други лечебните заведения на отделни ведомства – Психиатрична клиника във ВМА и психиатрично отделение в МВР-болница. Най-много са леглата в ДПБ - 2122, следвани от ЦПЗ - 1022, клиниките и психиатричните отделения в многопрофилните болници – 793. Териториалното разпределение на психиатричните стационари е крайно неравномерно – има области (Видин, Перник, Монтана, Силистра, Сливен, Ямбол), където има само по едно психиатрично отделение към МБАЛ.

Психиатричните заведения нямат очертан клиничен профил, но като практика болните с тежка психична болест като шизофрения, афективни разстройства и зависимост към алкохол и психоактивни вещества се хоспитализират в ДПБ; болните със соматична коморбидност и тежки психични заболявания в университетските клиники, острите психотични разстройства, вкл. и екзацербация на хронични психози – предимно в ЦПЗ. По-голяма част от хоспитализираните болни се самонасочват, т. е. повечето психично болни постъпват доброволно самостоятелно или придружени от близки хора.

Държавни психиатрични болници (ДПБ) са от институционално-приютен тип. Териториалното разпределение на тези структури е неравномерно в страната и не отчита миграционни процеси, настъпили през последното десетилетие, както и променените обществено-икономически отношения. Повечето от болниците са построени при използване на изолационния принцип, характерен за средата на миналото столетие. Разполагането им извън населените места не е съобразено с административното деление на страната и не следва естествено създалите се здравни райони за обслужване. В резултат на това болните, настанявани и лекувани в тези заведения, често пъти са на значително разстояние от местоживеенето им, което нарушава връзката с техните близки и пречи на тяхната ресоциализация. Болниците обслужват по няколко района, което затруднява ефективното им управление и финансиране.

Много голям проблем в ДПБ е липсата на възможности за комплексна диагностика и лечение на коморбидни състояния.

Центровете за психично здраве (ЦПЗ) са правоприемници на бившите психиатрични диспансери. Преди всичко, те са структурирани така, че да осигуряват прехода от институционална към амбулаторната форма на лечение на психично болните. До края на миналия век тяхната дейност се изчерпваше с разпределение на болните от общността към институцията, поддържане на информационна база за обслужваните лица от определен район и извършване на амбулаторна дейност. Психиатричните диспансери бяха част от комплекса диспансер – болница, който представляваше основна структурна единица на институционалния модел. Реформата в здравеопазването даде юридически статут на лечебните заведения в страната, различни форми на собственост и финансиране, което доведе до разпадане на модела диспансер – болница. След децентрализацията на извънболничната помощ, голяма част от амбулаторните функции на диспансерите бяха поети от частни психиатрични кабинети. През последните 10 години функцията на ЦПЗ е изместена в посока предимно на стационарно обслужване чрез разкриване на нови легла поради спецификата на финансиране на дейността. По този начин основната функция на ЦПЗ за проследяване и амбулаторно обслужване на психично болните не се изпълнява адекватно.

Системата за лечение на зависимости в България се състои от разнообразни стационарни и извънболнични лечебни и рехабилитационни заведения. Стационарното лечение на зависимости се осъществява в една специализирана болница (ДПЛБНА – София) и наркологични или психиатрични отделения към ДПБ, ЦПЗ, МБАЛ, психиатрични клиники към УМБАЛ с общо 169 легла за лечение на зависимости (115 в ДПБ, 22 в ЦПЗ и 32 в

психиатрични клиники). Заедно с това, в страната функционират няколко резиденциални терапевтични общности, управлявани от различни неправителствени организации (НПО), както и 7 дневни центрове (разкрити към ДПЛБНА, 2 НПО и 4 ЦПЗ) са преминали 291 човека. В страната функционират 30 програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди, разположени на територията на 16 града в страната. В момента, в страната няма пациенти на лечение с бупренорфин. Амбулаторното лечение на пациентите със зависимост към алкохол и други наркотични вещества се осъществява в различни извънболнични структури на ДПЛБНА, ДПБ и ЦПЗ, както и от системата на частно практикуващите психиатри по места.

България няма развит капацитет и профилирани услуги по отношение на психиатрията на напредналата възраст, въпреки застаряването на населението, което извежда на преден план патологията на напредналата възраст, свързана най-често с развитие на психични заболявания предимно от афективния кръг – депресии и тревожните разстройства, нарушения в интелектуалната сфера, свързани с атеросклеротични промени в мозъчната кора и др. Необходимо е разработване на стандарти за работа с възрастни хора и т.нар. структурирани грижи, които да излязат от институционалното ниво и да интервенират в личното пространство на тези хора. Важен аспект в развитието на програмите за предоставяне на грижи е те да не се ограничават в институциите като домове за стари хора, хосписи и пр., но и да изследват възможностите за активно издирване на хора, нуждаещи се от тяхната помощ, в частност старите хора и особено след психотравмени събития в техния живот.

Сериозен дефицит е налице и по отношение на капацитета за предоставяне на профилирани услуги в областта на детско-юношеската психиатрия. През 2020 г. по данни от Националния център по обществено здраве и анализи/НЦОЗА/, упражняващи придобита медицинска специалност „Детска психиатрия“ в България са 21. Стационарните психиатрични отделения за детска психиатрия са понастоящем две. В ЦПЗ Русе и ЦПЗ „Н. Шипковенски“, София, е възможна консултацията на деца, без леглови престой. С оглед на крайно недостатъчния брой на детските психиатри, работещи в публичния сектор, е необходимо регламентирането на сътрудничеството и координацията с общите психиатри при юношите над 14 г. и особено във възрастта 16-18 г. и най-вече при тези с психотични разстройства. Препоръчително е детски психиатри да осигуряват консултативна помощ или да бъдат включени в щата на определени наркологични структури, работещи с юноши и деца, както и на специализирани за хранителни разстройства структури.

Дейността в областта на детската психиатрия ще бъде насочена към стимулиране на развитието на континуум от форми на обслужване – консултации на родители; дневна форма; стационарна форма, разположени в една структура или в действащи координирано отделни структури. Разкриването на дневни психиатрични отделения (центрове) за деца и юноши с психични разстройства е необходимо да се осъществи като крайна цел във всяка област на страната. Тези отделения (центрове) ще осигуряват консултиране и дневни психиатрични грижи без откъсване на децата от обичайната среда на живот и ще работят координирано с регионалните системи на здравеопазването, образованието и социалните грижи. Необходимо е да се разкрият повече стационарни легла за юноши и деца от сега съществуващите, като тези за юноши могат да бъдат обособени към отделения за възрастни. Структурите по детска психиатрия могат да бъдат разкривани в многопрофилни болници, специализирани болници или ЦПЗ.

Дейността в областта на детската психиатрия ще бъде насочена към стимулиране на развитието на комплекс от взаимосвързани и допълващи се форми на обслужване – извънболнично, стационарно и дневна форма. Дневните отделения, като част от болница или ЦПЗ, могат да бъдат разположени директно в общността. Местоположението е от значение за редуциране на стигмата и увеличаване на достъпността. Децата се нуждаят от грижи близо до дома при най-малко рестриктивни и стигматизиращи условия. Следователно, за да се осигури по-голям обхват и приемственост на грижите, следва да се доразвие и подкрепи

извънболничната помощ. Това значително ще повиши достъпността и ефикасността на грижите на детска психиатрия в страната.

По отношение на съдебната психиатрия също са налице дефицити, както по отношение на структурите, така и по отношение на осигуреността с лекари специалисти. Понастоящем отделение по съдебна психиатрия има в УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД, Варна, ЦПЗ Русе и ДПБ Ловеч, както и психиатричен стационар към болницата на затвора в гр. Ловеч. Капацитетът на стационара на психиатричната болница към затвора в Ловеч не може да приеме всички пациенти, признати за невменяеми в наказателния процес. Поради това немалка част от хората, извършили престъпление и признати за невменяеми, се лекуват в обща психиатрична болница. Престоят на тези пациенти обикновено е голям, а и те представляват по-голяма опасност за другите пациенти и персонала. В местата за лишаване от свобода няма психиатри.

Във връзка с това и в съответствие с концепцията за развитие на психиатричната помощ в Националната стратегия за психичното здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030г. се планира капацитета на националната психиатрична мрежа за осигуряване на здравните нужди на съответните нива на обслужване:

- 1-во ниво болнично обслужване - Базова психиатрична помощ с областно значение.

Осигурява се на територията на всяка област и включва комплексни медицински грижи за болни с психични заболявания в амбулаторни и стационарни условия, в т.ч.:

- спешна психиатрична помощ;
- диагностика и лечение на лица с психични разстройства, в т.ч. в болнични условия, включващо овладяване на спешни психиатрични състояния, лечение на пациенти с изявен психотичен и/или психомоторен срив, които се нуждаят от постоянно наблюдение и/или изолация, лечение на пациенти, подлежащи на задължително настаняване и лечение;
- амбулаторно наблюдение и консултации на лица с психични разстройства и домашен патронаж;
- психотерапия и психо-социална рехабилитация;
- психиатрична и психологична експертна дейност;
- промоция, превенция и подобряване психичното здраве на населението;
- социални услуги при условията и по реда на Закона за социалните услуги.

Осъществява се в ЦПЗ, ДПБ или МБАЛ, с организирани комплексни медицински грижи за болни с психични заболявания, съгласно изискванията на чл.20, ал.3 от ЗЛЗ. Всички те развиват капацитет за функционирането на такива „центрове за комплексни психиатрични грижи“, като се осигурява и взаимодействие със структури, осъществяващи диагностика и лечение на соматични заболявания.

Локацията на структурите е в населени места от 1-во, 2-ро или 3-то ниво съгласно НКПР, като такива структури се осигуряват във всеки областен център на територията на страната при индикативен показател за осигуреност 1 център за КМГПЗ на 300 000 души население.

На това ниво се осигурява и продължително лечение на болни с психични заболявания – осъществява се в специализирани психиатрични болници или болници за активно лечение, с разкрити структури по психиатрия. Локацията на структурите се съобразява със съществуващия капацитет, с дългосрочна тенденция за ограничаване на капацитета като част от процеса на „деинституционализация“.

- 2-ро ниво болнично обслужване – специализирана психиатрична помощ с регионално и междурегионално значение

На това ниво, освен дейностите по болнично лечение, осъществявано на 1-во ниво, се осъществява и лечение на психични заболявания, усложнени със соматични състояния, лечение на терапевтично резистентни пациенти, които не могат да бъдат овладени в структурите на 1-во ниво, както и при възможност дейности по детска психиатрия и съдебна психиатрия. Осъществяват се в структури на УМБАЛ и ДПБ с психиатрични структури с

най-малко II ниво на компетентност и акредитация като база за обучение на студенти и специализанти с локация в населени места от 1-во и 2-ро ниво съгласно НКПР.

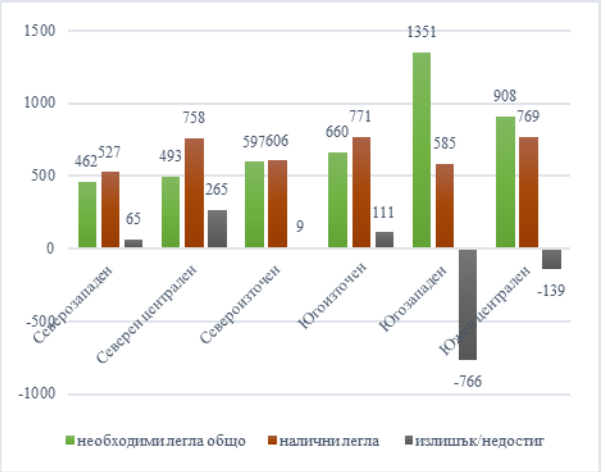
- 3-то ниво болнично обслужване – високоспециализирана психиатрична помощ с национално значение,

На това ниво се осигурява комплексна оценка при трудни за диагностициране и неясни случаи в областта на общата, детската и съдебна психиатрия, лечение на зависимости, лечение на пациенти, подлежащи на задължително настаняване и лечение, при първи психотичен епизод и др. Осъществява се в структури на УМБАЛ и специализирани психиатрични болници с психиатрични структури с III ниво на компетентност.

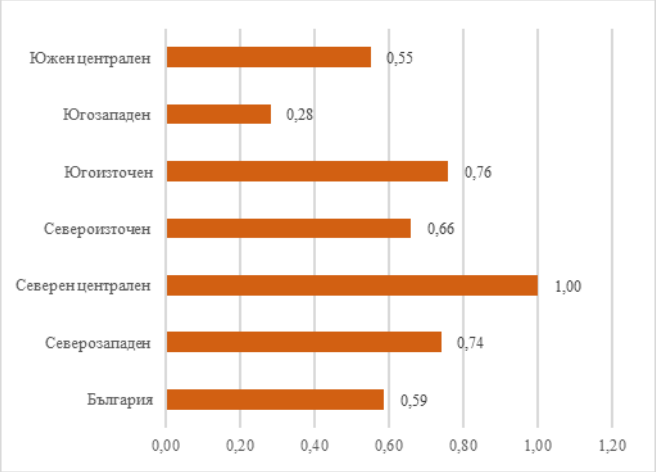
Потребностите от необходимия болничен капацитет (брой болнични легла) на национално ниво се определя при прилагане на национален индикативен показател за осигуреност психиатрични легла – 0,65 на 1 000 души население. Това формира необходимост от 4445 легла общо за страната.

Наличните легла към 31.12.2021. са 4016, което формира осигуреност от 0,59 на 1 000 души. Ако се вземат предвид разкритите 458 места за краткотраен престой в психиатричните стационари, общата осигуреност към момента е в рамките на желаната.

Фигура 56. Необходими и налични психиатрични легла



Фигура 57. Осигуреност с психиатрични легла по региони



Анализът на данните за осигуреността с психиатрични легла спрямо определените потребности показват, че в България има известен недостиг на психиатрични легла, както значителен дисбаланс по отношение на териториалното разпределение на регионално и особено на областно ниво (фиг.56-59).

Фигура 58.

Фигура 59.



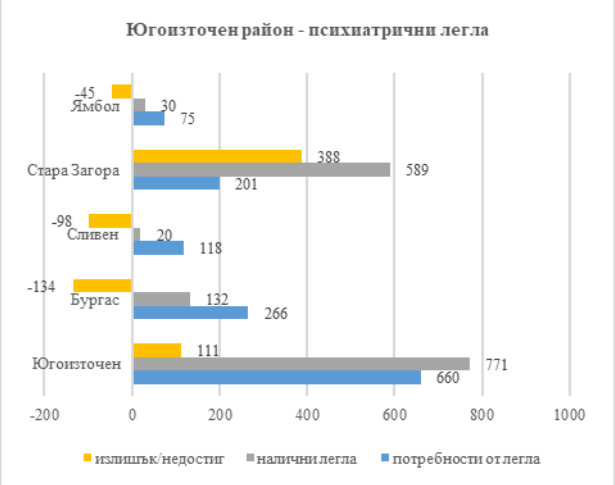


Тези неравенства се дължат на концентрацията на психиатричните легла все още основно в ДПБ, които са ситуирани на територията на 10 области и имат междуобластно и регионално значение.

Фигура 60.

Фигура 61.

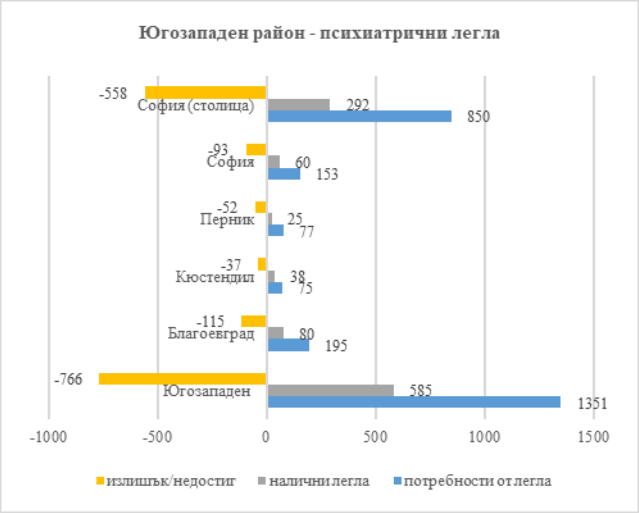




На регионално ниво е налице достатъчна осигуреност с психиатрични легла, с изключение на Южен централен район (където има известен дефицит) и основно в Югозападен район, където се намира гр. София – център с национално значение. Всъщност дефицитът на легла в столичния град формира общият дефицит от психиатрични легла в страната.

Фигура 62.

Фигура 63.





В дългосрочен план е препоръчително усилията да бъдат насочени към преструктуриране на легловия фонд и преминаване към „институционалния“ тип лечебни заведения към интегрирана в общата лечебна мрежа психиатрична грижа, при която болните с психични заболявания получават комплексно лечение и грижи близо до дома и в общността. На базовото ниво на болнично обслужване силно се препоръчва функционална интеграция и колаборация на психиатричните структури с другите болнични структури за лечение на соматични заболявания в рамките на областните болници за активно лечение, както и със структурите от системата за социални грижи. Важен приоритет е развитието на услуги за възрастни хора с психични и соматични заболявания.

На регионално и национално ниво следва да се създадат условия за ускоряване на процеса на деинституционализация на болните с тежки психични заболявания чрез осигуряване на възможност за ефективно лечение, рехабилитация и дългосрочни грижи. С приоритет ще бъдат развивани услуги за деца и юноши с психични заболявания, зависимости, хранителни разстройства и др.

Преглед на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в системата за психиатрични грижи е направен при разработването на Националната стратегия за психичното здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030г., като са препоръчани следните интервенции и инвестиции:

- осигуряване на възможност за комплексни медицински грижи за болни с психични заболявания в областните градове, където липсва ЦПЗ за обхващане на всички 28 областни градове в страната (за 7 областни градове);
- разкриване на отделения по детско-юношеска психиатрия в 3 университетски клиники Плевен, Стара Загора, Пловдив както и на отделение по детска психиатрия към Националната детска болница Разкриване на клиника по хранителни разстройства;
- създаване на специализирана клиника за съдебна психиатрия независима от пенициарната система с достатъчен капацитет, която да осигури оценка и лечение на съдебно-психиатрични случаи;
- пребазиране на ЦПЗ София и ДПБ „Нови Искър“ на територията на гр. София;
- пребазиране на стационарната услуга на ЦПЗ Пловдив на територията на УМБАЛ Св. Георги и преобразуване в изцяло амбулаторна служба;
- пребазиране на отделението в Хърсово в ЦПЗ Благоевград;
- повишаване и поддържане на квалификацията и компетентността на работещите в системата;
- подобряване на условията във всички психиатрични отделения към МБАЛ и УМБАЛ медицинско оборудване и обзавеждане;
- извършване на строително-ремонтни дейности, оборудване и обзавеждане в ДПБ;
- извършване на строително-ремонтни дейности, оборудване и обзавеждане в ЦПЗ.

Следва да се отбележи, че до момента този сектор от здравеопазването не е подкрепен нито с национално, нито с международно финансиране, поради което материално-техническата база е в голяма степен силно амортизирана и морално остаряла. С оглед на това, обновяването на медицинската апаратура, оборудване и обзавеждане освен полза за пациентите, пряко ще повиши мотивацията на медицинските специалисти и ще е предпоставка за привличане на млади лекари и специалисти по здравни грижи.

Реализацията на интервенциите ще се осигури чрез инвестиции от:

- национално финансиране (чрез средства от държавния бюджет и бюджета на НЗОК) на дейности по промоция на здраве, превенция на заболяванията, скрининг, диагностика, лечение и дългосрочни грижи за болни с психични заболявания;
- инвестиции по Плана за възстановяване и устойчивост, Проект „Модернизация на психиатричната помощ в България, който предвижда да бъде обновена и модернизирана цялата материална база на структурите от системата на психиатричната помощ в страната (поне 18 обекта).
- инвестиции по ПРЧР 2021- 2027 г., насочени повишаване на компетенциите и уменията на медицински и немедицински специалисти от сферата на здравеопазването чрез обучения.

Таблица 11. Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в диагностиката и лечението на психичните заболявания

Статистически райони/Области	Психиатрични структури за активно лечение, които следва да бъдат подкрепени				Локация, град-ниво съгласно НКПР	Структури, предоставящи дългосрочни грижи	Локации на психиатрични структури с местно значение
	Брой ЛЗ с психиатрични	1-во ниво Базова психиатрична помощ	2-ро ниво специализирана психиатрична помощ	3-то ниво високоспециализирана психиатрична помощ			
СЗР	**5**						
Видин	1	ПР*- МБАЛ Видин			Гр. Видин – 3 ниво		
Враца	1	ЦПЗ-Враца			Гр. Враца – 3 ниво		
Ловеч	1	ДПБ Ловеч			Гр. Ловеч - 3 ниво	ДПБ Ловеч ДПБ с. Карлуково	
Монтана	1	ПР*- МБАЛ Монтана			Гр. Монтана – 3 ниво		Гр. Лом
Плевен	1	УМБАЛ „Д-р Г. Странски“	УМБАЛ „Д-р Г. Странски“	УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ детска психиатрия	Гр. Плевен – 2 ниво		Гр. Левски Гр. Белене
СЦР	**5**						
Велико Търново	1	ЦПЗ-Велико Търново	ПР*- ЦПЗ, МБАЛ, ДПБ-Церова кория		Гр. В. Търново – 3 ниво с потенциал за 2 ниво	ДПБ с. Церова кория	
Габрово	1	ПР* МБАЛ Габрово и ДПБ Севлиево			Гр. Габрово – 3 ниво	ДПБ Севлиево	
Разград	1	ПР*- МБАЛ Разград			Гр. Разград – 3 ниво		
Русе	1	ЦПЗ Русе	ПР* ЦПЗ,		Гр. Русе – 2	ДПЦ Бяла	

			МБАЛ и ДПБ Бяла		ниво		
Силистра	1	МБАЛ Силистра			Гр. Силистра – 3 ниво		
СИР	**4**						
Варна	1	УМБАЛ „Света Марина“	УМБАЛ „Света Марина“	УМБАЛ „Света Марина“ детска психиатрия	Гр. Варна – 2 ниво		
Добрич	1	ЦПЗ-Добрич			Гр. Добрич – 3 ниво	ДПБ с. Карвуна	
Търговище	1	ПР МБАЛ - Търговище			Гр. Търговище – 3 ниво		Гр. Омуртаг
Шумен	1	ПР*-МБАЛ Шумен ДПБ Царев брод			Гр. Шумен – 3 ниво	ДПБ Царев брод	Гр. В. Преслав
ЮИР	**4**						
Бургас	1	ЦПЗ Бургас			Гр. Бургас – 2 ниво		
Сливен	1	ПР*- МБАЛ Сливен			Гр. Сливен – 3 ниво		
Стара Загора		ЦПЗ Стара Загора	ПР* УМБАЛ „Д-р Ст. Киркович“ ЦПЗ, ДПБ Бяла		Гр. Ст. Загора – 2 ниво	ДПБ Раднево	Гр. Казанлък
Ямбол		ПР*- МБАЛ Ямбол			Гр. Ямбол – 3 ниво		
ЮЗР	**9**						
Благоевград	1	ЦПЗ-Благоевград			Гр. Благоевград – 3 ниво		
Кюстендил	1	ПР*- МБАЛ Кюстендил			Гр. Кюстендил – 3 ниво		Гр. Дупница
Перник	1	ПР*- МБАЛ Перник			Гр. Перник – 3 ниво		
София	1	ЦПЗ София област					
София (столица)	5	ЦПЗ София град …	ДПБ Нови Искър УМБАЛ „Свети Наум“ УМБАЛ „Александровска“	УМБАЛ „Свети Наум“ УМБАЛ „Александровска“ ДПБЛНА-Суходол ПР НДБ	Гр. София – 1 ниво	ДПБ Нови Искър	
ЮЦР							
Кърджали	1	ДПБ Кърджали			Гр. Кърджали – 3 ниво	ДПБ Кърджали	
Пазарджик	1	ДПБ Пазарджик			Гр. Пазарджик – 3 ниво	ДПБ Пазарджик	
Пловдив	2	ЦПЗ Пловдив	УМБАЛ „Свети Георги“	УМБАЛ „Свети Георги“ детска	Гр. Пловдив – 2 ниво		

				психиатрия			
Смолян	1	ЦПЗ Смолян			Гр. Смолян – 3 ниво		
Хасково	1	ЦПЗ Хасково			Гр. Хасково – 3 ниво		

IV.2.5 КАРТИРАНЕ НА НУЖДИТЕ ОТ ДЪЛГОСРОЧНИ ГРИЖИ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ, ОСЪЩЕСТВЯВАНИ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

През последното десетилетие здравеопазването в световен мащаб е изправено пред засилващи се общи предизвикателства, едно от най-сериозните от които е застаряването на населението и свързаното с това нарастващо значение на дългосрочните грижи. Обща тенденция в европейските страни, членки на Европейския съюз, е все повече ресурси да бъдат насочвани към тази система.

Дългосрочната грижа е дефинирана по различен начин в страните-членки на ЕС. Тя отразява различията в продължителността на грижите, обхванатите ползватели на услугите и често трудната за определяне граница между предлаганите медицински (здравни) и не-медицински (социални) услуги.

Според Европейска комисия „Дългосрочните грижи съчетават широк набор от медицински и социални услуги за хора, нуждаещи се от помощ при основни ежедневни дейности поради хронични физически или психически увреждания. Тези грижи често се извършват поне отчасти от непрофесионалисти, като например роднини или приятели. Дългосрочните грижи са на границата между медицинските и социалните грижи и обикновено се предоставят на хора с физически или психически заболявания, на възрастни хора и на определени групи хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности".

Съгласно дефиницията на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) дългосрочните грижи представляват „междусекторен политически въпрос, който обединява гама от услуги за лица, които имат нужда от помощ в ежедневните си дейности за продължителен период от време".

В България законодателно не е дефинирано понятието „дългосрочни грижи" (в Националната стратегия по въпроса от 2014 г. се използва терминът „дългосрочна грижа"). Някои елементи са включени в квалификацията на „социални услуги", дадено в Закона за социално подпомагане и Правилника към него, като дейности в подкрепа на лицата за социално включване и самостоятелен начин на живот, които се основават на социална работа и се предоставят в общността и в специализирани институции" (Закон за социалното подпомагане, Чл. 16). Липсва систематично идентифициране на бенефициентите на дългосрочните грижи, както и на кръга от услуги, обхващани от дългосрочните грижи. Официалното разбиране за ползвателите на дългосрочни грижи се отнася до възрастните хора и хората с увреждания (физически увреждания, психически разстройства и нуждаещите се от палиативни грижи) (Национална стратегия, 2014). Системите, задоволяващи тези нужди, са системата на социалните услуги и системата на здравеопазване.

Законът за социално подпомагане и Правилникът за неговото прилагане дефинират и уреждат правно дейностите по предоставяне на социални услуги от общността, като по същество ги структурират чрез изброените специализирани институции – домове за лица с увреждания, за стари хора, защитени жилища, приюти, дневни центрове, социални услуги от резидентен тип, центрове за социална рехабилитация и интеграция, както и социални услуги в домашна среда (личен асистент; социален асистент; домашен помощник; домашен социален патронаж) (ППЗСП, чл. 36).

От друга страна, дългосрочните здравни услуги се регламентират от в Закона за здравето и Закона за лечебните заведения. В съответствие с това институционални здравни грижи се оказват в болници за продължително лечение, за рехабилитация, за продължително

лечение и рехабилитация, домове за медико-социални грижи, центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания, държавни психиатрични болници, както и в центрове за психично здраве и хосписи.

Настоящият анализ обхваща само оценка на дългосрочните нужди от здравни услуги, включващи продължително лечение и палиативни грижи, осъществявани в лечебни заведения в националната система на здравеопазване.

За целите на този анализ се приема, че обект на дългосрочна грижа в системата на здравеопазване са:

- възрастните хора, нуждаещи се от гериатрични грижи;
- деца и възрастни с тежко протичащи заболявания, физически увреждания и/или психически разстройства, нуждаещи се от продължително лечение;
- деца и възрастни, нуждаещи се от палиативни грижи в лечебно заведение.

По данни на Евростат, през 2020 г. почти една пета от населението на ЕС е било на възраст 65 или повече години, като трайно ниската раждаемост и по-високата средна продължителност на живота променят формата на възрастовата пирамида. За периода 2008 - 2020 г. относителният дял на лицата на възраст 65 и повече години в ЕС се е увеличил (от 17,1% на 20%). Динамиката на същия показател в България е по-неблагоприятна, като увеличението на дела на тази възрастова група е от 17,8 на 21,6%. Друг важен елемент от застаряването на населението е прогресивното остаряване на по-възрастното население, като относителният дял на много старите хора се увеличава с по-бързи темпове от който и да е друг възрастов сегмент на населението на ЕС. Очаква се между 2020 и 2030 г. делът от населението на лицата на възраст 80 или повече години в ЕС да нарасне повече от два пъти - от 5,6 % на 14,6 %. Докладът на Европейската комисия за застаряването от 2015 г. представя прогнози, които сочат устойчиво увеличение на очакваната продължителност на живота при раждане във всички държави от ЕС. В България към 2060 г. възрастното население на 65 и повече години, като процент от общото население, се очаква да се увеличи с 12,3 процентни пункта и да достигне 32 %.

От услуги за дългосрочна грижа се нуждаят не само възрастни хора, но и хора с увреждания, както и тези, които не могат самостоятелно да изпълняват ежедневни дейности. Съгласно изследвания на ЕК, в Европейския съюз един на всеки шест души е с увреждане, вариращо от леко до тежко, като това прави общо около 80 милиона души. Повече от една трета от хората на възраст над 75 години имат увреждания. В редица страни в ЕС възрастното население над 65 годишна възраст е засегнато от 5 до 10% от Болестта на Алцхаймер. В Европа над 7 милиона страдат от форма на деменция. За България се приема, че болните с деменция са 100 000, като поне 50 000 са с болест на Алцхаймер.

По данни от Информационната система за трайна неработоспособност на населението над 16 години на Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА), базирана на ежегодната обработка на експертните решения, издадени от ТЕЛК и НЕЛК, се наблюдава увеличаване на броя на лицата с определена трайно намалена работоспособност пожизнено, като през 2021 г. той достига 39 738 лица. Броят на освидетелстваните и преосвидетелствани лица с трайно намалена работоспособност е значителен – през 2021 г. е 172 555 души, почти по равно разпределени между мъже и жени. Най-висок е относителният дял на тези лица от възрастовата група 50-59 години (37.5%), следвани от възрастта 60 и повече години (36.2%). Относителният дял на първично освидетелстваните лица с призната трайно намалена работоспособност (71-90%) е висок – 32.4%. Следват лицата с 50-70% трайно намалена работоспособност – 31.8%. Всяко четвърто лице с трайно намалена работоспособност над 16 годишна възраст е с над 90% трайно намалена работоспособност.

Броят на психично болните под наблюдение намалява и през 2021 година показателят възлиза на 1 982 на 100 000 души население. Данните по заболявания показват, че това са предимно лица с умствена изостаналост, шизофрения и афективно разстройство. Най-разпространеното психично разстройство е тревожното разстройство, като най-засегната от него е групата на хората на възраст между 50 и 64 години. Разстройствата на настроението са

на второ място, като най-често се срещат при хората над 65 години. Разстройствата, дължащи се на употреба на психоактивни вещества, са третата по разпространение група разстройства.

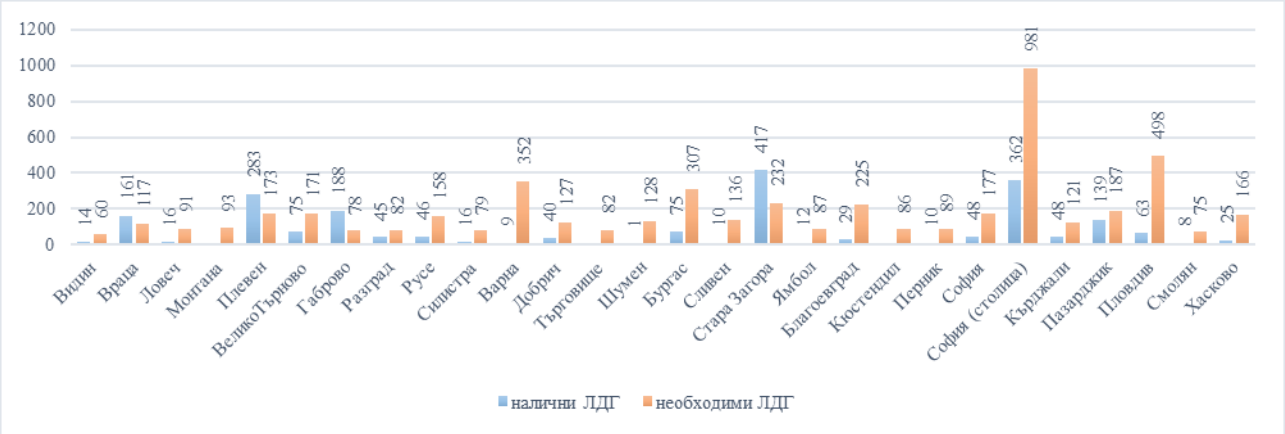
Броят на болните с онкологични заболявания също нараства (виж раздел IV.2.3) и въпреки постигания напредък в диагностиката и лечението на рака, се увеличават о пациентите, нуждаещи се от палиативни грижи след изчерпване на терапевтичните възможности.

Макар и неголяма като брой, категорията на децата, които имат нужда от дългосрочни грижи поради хронични заболявания или физически и психични увреждания, също формира потребности от здравни услуги, свързани с предоставяне на специфични дългосрочни грижи.

Представените по-горе данни и анализ на състоянието ясно показват, че на България ще бъде необходим все по-голям капацитет за дългосрочни грижи и развитие на здравни и интегрирани здравно-социални услуги и мрежи за солидарност и грижи.

Както е видно от анализа на данните за осигуреността на страната с болнични легла (Виж Раздел IV.2) във всички области на страната е налице сериозен дефицит на разкрити легла за дългосрочни грижи. (фиг.64) Анализът показва, че дори в областите като Враца, Плевен, Стара Загора, в които има регистрирана достатъчна осигуреност с легла за дългосрочни грижи, тя се дължи на наличието на специализирани болници за продължително лечение на определен тип заболявания (белодробни, психиатрични и др.), което не покрива общите нужди от дългосрочни грижи на населението.

Фигура 64. Налични и необходими легла[17] за дългосрочни грижи по области, България 2021 г.



Част от причините за това е липсата на адекватно регламентиране и финансиране на дейностите по предоставяне на продължително лечение и палиативни грижи. НЗОК заплаща за продължително лечение на болни с определени заболявания след епизод на активно лечение само по 4 клинични пътеки. Въведените изисквания за изпълнението на тези пътеки се доближават до изискванията за активно лечение, при значително по-ниски нива на финансиране. Това не мотивира лечебните заведения да разкриват легла за продължително лечение, поради което голяма част от болните с нужда от такова лечение продължават да се лекуват в структури за активно лечение, което не само натоварва този леглови фонд, но е свързано и със значително по-високи разходи за болнично лечение.

[17] Броят на леглата за дългосрочна грижа (продължително лечение и палиативни грижи) е определен на база брой население в областта (Н) и **единен национален параметър за осигуреност с** 0,75 на 1 000 души население;

Подобна е ситуацията и с леглата за палиативни грижи. Финансирането на палиативните грижи към настоящия момент може да се извършва само по линия на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) чрез клинична пътека „Палиативни грижи при онкологично болни". Освен ниската цена, в утвърдения алгоритъм на клинична пътека съществува ограничение за болничен престой до 20 дни в рамките на терминален стадий на онкологично заболяване в рамките на 6 месеца. Освен това, независимо, че от 2012 г. се позволява изпълнението на тази пътека и в хосписи, на практика изпълнението ѝ там е трудно, тъй като са заложени ненужно високи медицински изисквания към изпълнителите (понастоящем клинична пътека „Палиативни грижи при онкологично болни" се изпълнява само в 25 лечебни заведения за активно лечение). Липсата на достатъчно ефективно финансиране на дейността на хосписите засега води до натоварване на болниците за активно лечение с несвойствени дейности, за да компенсират дефицита на системата.

Общият извод, които може да се направи, е че при настоящото състояние на системата на здравеопазване голяма част от нуждите на населението от дългосрочни грижи се покриват частично от болничните структури за активно лечение, което води до неефективно разходване на публичните средства. Останалата част от потребностите остават незадоволени, което влошава качеството на живот на болните и създава затруднения на семействата на тези болни, които разходват лични средства за осигуряване на грижи в частни структури като хосписи, старчески домове и др. или поемат сами основната част от грижите.

Това налага да се планират комплекс от интервенции и инвестиции в изграждане на адекватна система за продължително лечение и палиативни грижи, която да бъде интегрирана като с останалите части на здравната система – извънболнична и болнична помощ, така и със социалната система, осигурявайки необходимата приемственост и качество на грижите. Политиките в тази насока са залегнали и в Националната програма за развитие БЪЛГАРИЯ 2030 и НЗС 2030, които предвиждат мерки за стимулиране развитието на предоставяните в лечебните заведения здравни услуги, свързани с продължително лечение и палиативни грижи.

Преструктурирането на болничния сектор ще се реализира чрез активна политика за гарантиране на достъпа на населението до болнична помощ при максимално ефективно използване на болничната инфраструктура и ресурси. Ключова мярка за това е реалното прилагане на Националната здравна карта като механизъм за ефективна регулация на капацитета на болничната мрежа. Чрез периодичното актуализиране и прилагане на Националната здравна карта ще бъде оптимизиран броят на болничните легла, в съответствие с потребностите на населението, в т.ч. чрез трансформация на болнични структури и легла за активно лечение в такива за продължително лечение и палиативни грижи. В районите, в които има излишък на болнични ресурси, Националната здравноосигурителна каса ще сключва селективно договори с лечебните заведения, който осигуряват най-квалифицирана и комплексна грижа най-близо до хората. По този начин публичните средства ще бъдат насочени изцяло към гарантиране на базовата структура на болничната система, осигуряваща здравните потребности на населението по места, в т.ч. дългосрочни грижи. Усилията ще бъдат насочени основно към намаляване на броя на леглата за активно лечение на остри заболявания, развитие на високотехнологични диагностични и лечебни услуги и развитие на структури за рехабилитация, за продължително лечение и палиативни грижи. Много малки и неефективни болници за активно лечение биха могли да бъдат преустроени в медицински центрове с легла за наблюдение и лечение до 48 часа и в структури за дългосрочни грижи, които да осигуряват цяла гама от социални и медицински грижи: амбулаторни услуги, включително мобилни медицински грижи, физиотерапия, услуги за дневни грижи и в известна степен грижи за отдих и палиативни грижи, предоставяни както на място, така и в домашна среда.

Потребностите на хората, нуждаещи се от дългосрочни грижи в настоящите демографски и социално-икономически реалности изискват обединените и координирани усилия на всички ангажирани институции. В тази връзка са необходими допълнителни

усилия в посока подобряване на координацията между социалната и здравната системи с оглед постигането на практически резултати в предоставянето на качествени и достъпни интегрирани услуги.

Увеличаването на броя на леглата 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.

Общите потребности от легла за осигуряване на необходимия капацитет за дългосрочни грижи в системата за здравеопазване са представени в **Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в дългосрочни грижи** (табл. 12.).

При планиране на интервенциите следва да се имат предвид специфичните характеристики и потребностите на различните категории пациенти, нуждаещи се от дългосрочни грижи.

➢ **Дългосрочни грижи за деца**

Дългосрочни грижи за деца с хронични заболявания и увреждания в системата за здравеопазване в момента се предоставят в специализирани педиатрични структури (в основната си част в рамките на структури и болници за активно лечение) и все още съществуващите домове за медико-социални грижи за деца (ДМСГД), които са в процес на закриване в хода на процеса на деинституционализация. Извън това грижи се предоставят и в разкритите различни видове социални услуги – центрове за настаняване на деца в рамките на социалната система.

С цел осигуряване на условия за качествени дългосрочни грижи за деца, от 2015 г. с промяна в Закона за лечебните заведения бе създаден нов вид лечебно заведения - център за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (ЦКОДУХЗ), в който се осъществяват дейности по:

- подкрепа на семействата на деца с увреждания и хронични заболявания за назначаване и провеждане на ранна диагностика, диагностика, лечение и медицинска и психосоциална рехабилитация;
- продължително лечение и рехабилитация на деца с увреждания и тежки хронични заболявания и обучение на родителите им за поемане на грижата в семейна среда;
- осигуряване на посещения от медицински специалисти за оказване на специфични грижи за деца с увреждания и тежки хронични заболявания, отглеждани в семейна среда и в социална или интегрирана здравно-социална услуга за резидентна грижа;
- осигуряване на специализирани палиативни грижи за деца.

До момента в страната са разкрити 10 такива центъра като резултат от процеса на деинституционализация и преобразуване на домовете за медико-социални грижи за деца, намиращи се в градовете от 1-во, 2-ро и 3-то ниво съгласно НКПР (табл...). Предстои преобразуването в ЦКО на последните 4 ДМСГД с капацитет над 500 легла.

Бъдещите интервенции в осигуряване на потребностите от дългосрочни грижи за деца следва да са насочени към развитие на самостоятелни структури за дългосрочни грижи за деца в рамките на педиатричните структури на 2-ро и 3-то ниво на педиатрична помощ (Виж **Карта на нуждите от здравни услуги и инвестиции, свързани с диагностика и лечение на деца до 18 г.** (табл. 6)).

Те трябва да бъдат осигурени с инфраструктура (помещения и оборудване) изцяло адаптирана към нуждите на децата, както и с персонал с подходяща компетентност. В тях следва да се осигурят условия както за стационарно лечение и грижа, така и за продължителни амбулаторни грижи и рехабилитация.

Подкрепа трябва да бъде осигурена и за разкритите центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания, които да работят в тясна колаборация с лечебните заведения за активно лечение в съответните населени места. Част

от тях, разположени в градове от 2-ро ниво по НКПР (Бургас, Варна, Стара Загора) следва да се развиват като центрове с регионално значение.

➢ **Дългосрочни грижи за възрастни с психични разстройства**

Към момента психиатрична помощ се осъществява в 12 държавни психиатрични болници (ДПБ), 12 центъра за психично здраве (ЦПЗ) и психиатрични отделения към многопрофилните болници за активно лечение (МБАЛ). (Виж Раздел IV.2.4.) Разкритите легла за продължително лечение са 480, което е 12 % от общия брой психиатрични легла - 3914.

Въпреки, че психиатричните заведения нямат очертан клиничен профил, в центровете за психично здраве и психиатричните отделения към МБАЛ се лекуват основно острите психотични разстройства, вкл. и екзацербация на хронични психози, докато болните, които имат нужда от продължително лечение поради тежка психична болест като шизофрения, афективни разстройства и зависимост към алкохол и психоактивни вещества се хоспитализират в ДПБ. Често това продължително лечение прераства в институционална грижа, поради липса на алтернатива за поемане на лечението в общността.

В контекста на концепцията за развитие на психиатричната грижа в България, заложена в Националната стратегия за психичното здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030, специализираното лечение и наблюдение на острите случаи на психичната болест ще се осъществява от специалистите психиатри в извънболничната помощ, психиатрични стационари към многопрофилни болници или като част от мултифункционални екипи в психиатрични структури (ЦПЗ), осигуряващи комплексно обслужване на хората с психични разстройства. Усилията ще са насочени към максимално задържане на пациента в контакт с психично здравната служба в общността, предотвратяване и овладяване на кризи, изискващи хоспитализация, чрез мобилни екипи за кризисни интервенции и при необходимост – краткосрочно лечение в стационарни условия.

Във връзка с това се предвижда съществуващата мрежа от държавни психиатрични болници да бъде оптимизирана и постепенно да намалява своя капацитет за осигуряване на продължително стационарно лечение на болни с тежки психични болести. Тя ще бъде 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.

Важно условие за това е да се ускори процесът на разкриване на подходящи социални услуги за осигуряването на психосоциална рехабилитация в общността - дневни центрове, защитени жилища за хора с психични разстройства и други. Тези услуги ще осигуряват възможности за пълно възстановяване на социалните функции на пациента, а в тежките случаи на болестта – ограничени способности за самообслужване. Процесът на изграждане на капацитет за грижи в общността ще се планира на база на установените потребности в процеса на деинституционализация и ресоциализация на болните с психични разстройства. Деинституционализацията и насочването към психично здравни услуги в общността ще бъде основано на спазването на правата на пациентите, оценка на техните индивидуални нужди и осигуряване на правото им на избор.

Системата на здравеопазване ще подкрепи всички интервенции за разкриване на подходящи социални услуги в общността чрез инвестиции в системата са социални грижи. Ще бъдат използвани нормативно установените възможности за разкриване на социални услуги към лечебните заведения с разкрити психиатрични структури – ЦПЗ, ДПБ и МБАЛ.

Целевите инвестиции в осигуряването на нуждите на населението от продължително лечение на болните с психични заболявания, осъществявано в здравната система, ще бъдат насочени към подобряване на условията за диагностика, лечение и грижа за тези болни в държавните психиатрични болници, както и в психиатричните структури от 2-ро и 3-то ниво, осигуряващи продължително лечение на болни с тежки психични и соматични заболявания.

(Виж **Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в диагностиката и лечението на психичните заболявания** (табл.11)).

- **Палиативни грижи с фокус върху болните с онкологични заболявания**

СЗО определя палиативните грижи като активни и всеобхватни грижи, оказвани от мултипрофесионални екипи за болни с хронични и прогресиращи заболявания и техните семейства тогава, когато патологичният процес не отговаря на опитите за активно лечение. Палиативните грижи могат при необходимост да се приложат и в по-ранните етапи на боледуването, като основната цел на палиативните грижи е да бъде постигнато най-доброто възможно качество на живот на болния и неговото семейство (в контекста на неговото заболяване), чрез удовлетворяване в максимално възможна степен на физическите, духовните, социалните и психологически нужди на болния.

Палиативните медицински грижи включват: медицинско наблюдение, здравни грижи, насочени към обгрижване, премахване на болката и психоемоционалните ефекти на болестта, морална подкрепа на пациента и неговите близки.

Обект на палиативни грижи са болни с активно, прогресиращо (авансирало) заболяване или заболяване в терминален стадий, най често метастазирало онкологично заболяване, рефрактерна на лечение сърдечна недостатъчност, пълна зависимост от околните при неврологични заболявания и др.

Палиативната терапия при онкологичните заболявания се провежда едновременно с другите лечения на рак още от момента на диагностициране на заболяването, по време на лечението, при рецидивиращо или напреднало заболяване и продължава до края на живота. Палиативните грижи се прилагат за облекчаване на различни симптоми и състояния както свързани със самото заболяване (типичните за болестта симптоми, различни усложнения), така и свързани с нежеланите странични ефекти от прилаганото лечение (нежелани ефекти вследствие на химиотерапия, лъчелечение, високи дози от определени лекарства). При много пациенти са необходими комплексни грижи за копиране на депресивните епизоди, тревожността и паническите атаки, често резултат от емоционалното възприемане на поставената диагноза. Осигуряването на достъпни и висококачествени услуги за дългосрочни, продължителни и палиативни грижи има съществена роля за подобряване качеството на живот на тези пациенти от момента на поставяне на диагнозата до края на живота.

Следва да се има предвид, че от хронични, нелечими заболявания могат да страдат не само възрастните, но и децата. Без съмнение всички те се нуждаят от продължителни или палиативни грижи, получаването на които реализира правото им на здраве и съхранено достойнство.

У нас в Закона за здравето е регламентирано правото на всеки български гражданин на палиативни грижи. Достъпът до такива грижи обаче е значително затруднен и ограничен.

В момента палиативни грижи при онкологично болни пациенти се предоставят само в 25 лечебни заведения на територията на цялата страна, включили договор с НЗОК. Общият брой на разкритите легла в тях е 124, от които 23 в публични болници, 41 в частни болници и 60 в КОЦ. В страната са регистрирани и 47 хосписа с общ брой легла 1325, които предоставят грижа срещу лични плащания от пациентите, а качеството на предоставяните грижи често е обект на обществено недоволство. Широко разпространена е и практиката в много от болниците за активно лечение да се провежда лечение пациенти в терминално състояние, което противоречи принципно на философията за палиативни грижи въобще.

Това налага да се осигурят регулативни механизми и инвестиции в осигуряване на структури за палиативни грижи във всички лечебни заведения, осъществяващи комплексни онкологични грижи на 1-во, 2-ро и 3-то ниво (Виж **Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в диагностика и лечение на онкологичните заболявания** (табл. 10)). Ще се подкрепят и всички инициативи за разкриване на структури за палиативни

грижи в други лечебни заведения, в рамките на определените потребности на областно и регионално ниво.

За осигуряване на установените дългосрочни нужди от здравни услуги за хората с потребност от дългосрочни грижи ще бъдат реализирани инвестиции чрез:

- национално финансиране със средства от държавния бюджет, НЗОК, местна власт на дейности по продължително лечение и палиативни грижи за деца и възрастни, осъществявани в лечебни заведения;
- по ОПРР 2021- 2027 г., насочени както към обновяване и ремонт на съществуваща материална база на лечебни заведения за продължително лечение и рехабилитация, така и към закупуване на нова медицинска апаратура, оборудване и обзавеждане за структурите, чрез което да се гарантира достъпът на възрастните хора до общопрактикуващ лекар, специализирана извънболнична и болничната помощ и да се осигури възможност за пълноценна рехабилитация и връщане в активния живот. В това направление е включено и осигуряването на възможност за изграждане и оборудване на центрове за гериатрия и за палиативни грижи;
- в рамките на ПРЧР 2021-2027 г. и в съответствие с Националната стратегия за дългосрочна грижа ще се работи по създаване на условия за независим и достоен живот на възрастните хора и хората с увреждания. Ще се осигури равен достъп до услуги, вкл. за дългосрочна грижа, повишаване на качеството и разширяване на обхвата на предоставяните социални услуги, въвеждане на интегрирани подходи при предоставянето на социални услуги, както и развитие на интегрираните здравно-социални услуги. Ще се подкрепят дейности за достъп до социални и интегрирани здравно-социални услуги в общността и в домашна среда за хора с увреждания и техните семейства, възрастни хора в невъзможност за самообслужване и други уязвими групи. ПРЧР ще финансира също краткосрочни обучения за повишаване на знанията и компетенциите на персонала, предоставящ дългосрочни здравни грижи за възрастни;
- инвестиции по Плана за възстановяване и устойчивост, Проект „Модернизиране на лечебни заведения за болнична помощ“, Компонент 1 „Модернизиране на системата за педиатрични грижи в страната“;
- инвестиции по Плана за възстановяване и устойчивост, Проект „Модернизиране на лечебни заведения за болнична помощ“ Компонент 3 „Модернизиране на системата за диагностика и лечение на онкологични заболявания в страната“;
- инвестиции по Плана за възстановяване и устойчивост, Проект „Модернизация на психиатричната помощ в България.

Таблица 12. Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в дългосрочни грижи за възрастни

Район/Област	Минимален брой необходими легла за дългосрочни грижи		в т.ч. легла за палиативни грижи	
	2022г.	2030г.	2022г.	2030г.
България[1]	5129	5745	1282	1436
Северозападен	534	598	133	149
Видин	60	67	15	17
Враца	117	131	29	33
Ловеч	91	102	23	25
Монтана	93	104	23	26
Плевен	173	194	43	48
Северен централен	568	637	142	159
ВеликоТърново	171	191	43	48
Габрово	78	88	20	22
Разград	82	91	20	23

Русе	158	177	40	44
Силистра	79	89	20	22
Североизточен	688	771	172	193
Варна	352	394	88	99
Добрич	127	142	32	35
Търговище	82	92	20	23
Шумен	128	143	32	36
Югоизточен	761	853	190	213
Бургас	307	344	77	86
Сливен	136	152	34	38
Стара Загора	232	260	58	65
Ямбол	87	97	22	24
Югозападен	1558	1745	390	436
Благоевград	225	252	56	63
Кюстендил	86	97	22	24
Перник	89	100	22	25
София	177	198	44	50
София (столица)	981	1099	245	275
Южен централен	1048	1174	262	293
Кърджали	121	135	30	34
Пазарджик	187	209	47	52
Пловдив	498	558	125	140
Смолян	75	85	19	21
Хасково	166	186	42	47

IV.3. КАРТИРАНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИТЕ НУЖДИ ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ И ИНВЕСТИЦИИ В СПЕШНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Спешната медицинска помощ се определя като приоритетна базова медицинска грижа и се осигурява равномерно на територията на цялата страна, така че да се гарантира равнопоставен и своевременен достъп на всички граждани, в установените национални индикативни показатели за своевременност и достъпност.

Осигуряването на нуждите на населението от спешна медицинска помощ е задължение на държавата, което се реализира чрез организирането, финансирането и управлението на националната система за спешна медицинска помощ.

Настоящата структура на системата е изградена в съответствие с Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ 2014 - 2020 г., която определя визия, приоритети и план за развитие на системата за спешна помощ, дефинирани на базата на извършените анализи и на получените становища в рамките на публични дебати. Въпреки, че концепцията е с хоризонт за действие 2020 г., до нейната актуализация се приема, че документът отразява стратегическото правителствено решение за структуриране и функциониране на система на СМП в страната на база на дефинираните нужди, търсене и стратегическите цели за предоставяне на качествена и навременна спешна медицинска помощ на всеки гражданин, пребиваващ на територията на страната.

Основен принос на Концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ е, че тя наложи интегриран модел за обслужване на спешните пациенти чрез функционално взаимодействие на извънболничната и болничната част на системата:

Извънболничната спешна медицинска помощ се осъществява от Центрове за спешна медицинска помощ, към които се разкриват филиали за спешна медицинска помощ (ФСМП), които осъществяват непрекъсната денонощна дейност по осигуряване на спешна медицинска помощ посредством използването на мобилни спешни екипи, санитарни транспортни средства и стационарни спешни екипи.

Болнична част включва развити структури за спешна медицинска помощ в лечебни заведения за болнична помощ:

- спешни отделения и Спешни болнични комплекси към болници за активно лечение с капацитет да покрият до 60 % от спешните случаи (II ниво);
- спешни отделения и Спешни болнични комплекси към болници за активно лечение с капацитет да покрият до 90% от спешните случаи (III ниво);
- специализирани центрове за оказване на спешна медицинска помощ по определени направления и специалности.

Изискванията към устройството и дейността на структурите за спешна медицинска помощ са определени в Медицински стандарт „Спешна медицина“. Важно е да се отбележи, че съгласно медицинския стандарт нивото на компетентност на спешно отделение (II или III) е обвързано с наличието в болничното заведение на медико-диагностични структури и лечебни звена (терапевтични и хирургични), които да осигуряват както диагностичния процес, така и своевременното последващо болнично лечение на спешния пациент. Това гарантира, че болнично заведение, което разполага със Спешно отделение, има капацитет да осъществи определен обем от спешни диагностични и лечебни дейности, не само в спешното отделение, но и в болничния стационар.

Към момента системата за спешна медицинска помощ включва 27 ЦСМП с 200 ФСМП и 34 Спешни отделения към публични лечебни заведения за болнична помощ във всички областни центрове на страната, като организация за спешен прием на пациенти е осигурена и в другите лечебни заведения за болнична помощ.

Съгласно концепцията за развитие на системата за спешна медицинска помощ здравните услуги в обхвата на спешната медицинска помощ се структурират в 3 нива на обслужване, както следва:

➢ **1-во ниво спешна медицинска помощ с универсален достъп на територията на цялата страна (базова), което включва:**

- спешна медицинска помощ (BLS) на мястото на местопроизшествието и по време на транспорт (наземен и авиомедицински).
- спешна медицинска помощ (ALS), оказвана в стационарни структури на филиали за спешна медицинска помощ;

Дейността се осъществява от Центрове за спешна медицинска помощ чрез техните филиали за спешна медицинска помощ (ФСМП), разполагащи с наземни мобилни екипи с определен район на обслужване, позволяващ оказване на спешна помощ на населението в определената територия в рамките на определените национални стандарти за обслужване. При необходимост се включват и авиомедицински екипи, локирани в оперативни бази, обслужващи населението на територията на цялата страна.

➢ **2-ро ниво спешна медицинска помощ - специализирана спешна помощ с областно значение**

Дейността се осъществява в Спешни отделения с най-малко II ниво на компетентност към многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ, които разполагат с оптимален организационен и медицински капацитет за медицински триаж, диагностика и лечение на основните видове спешни състояния в условията на краткосрочен престой до 48 часа и последващата им хоспитализация при необходимост в същото или друго лечебно заведение. Тези структури обслужват населението на територията на съответната област (NUTS 3).

➢ **3-то ниво спешна медицинска помощ - високоспециализирана спешна помощ с регионално и национално значение**

Дейността се осъществява в Спешни отделения от III ниво на компетентност към многопрофилни лечебни заведения за болнична помощ, които разполагат с максимален организационен и медицински капацитет за диагностика и лечение на всички видове спешни състояния и последваща хоспитализация при необходимост, т.ч. специализирани спешни центрове, съгласно медицински стандарт „Спешна медицина“ – сърдечно-съдов център, „строук“ център, травмацентър, детски спешен център и др. Тези структури обслужват населението на територията на съответната област (NUTS 3), както и спешни случаи на територията на съответния регион (NUTS 2), за които не е налична компетентност в лечебните заведения от прилежащите области.

Цялостен анализ на дългосрочните нужди от спешна медицинска помощ и инвестиции е изготвен през 2017 г. като предварително условие за изпълнение на одобрения от ЕК Голям инвестиционен проект BG16RFOP001-4.001-0001 "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ", по процедура за директно предоставяне на безвъзмездна финансова помощ BG16RFOP001-4.001 „Регионална здравна инфраструктура“ в рамките на Приоритетна ос 4 „Регионална здравна инфраструктура“, финансиран по Оперативна програма „Региони в растеж” 2014-2020 г.

На базата на извършеното картиране са одобрени инвестиции със средства от ОПРР 2014-2020 г. в:

➢ строителни интервенции в 235 обекта от системата на спешната медицинска помощ, от които:

➢ 27 центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП), разположени във всеки областен град;

➢ 174 филиала към центровете за спешна медицинска помощ;

➢ 34 спешни отделения, разположени в 34 лечебни заведения за болнична помощ, във всички областни градове на страната;

➢ специализирано медицинско оборудване и обзавеждане с общо предназначение за всички обекти от системата на спешна медицинска помощ.

➢ 400 бр. нови, оборудвани медицински превозни средства (линейки), предназначени за поетапна подмяна на съществуващия автопарк на ЦСМП и ФСМП.

Настоящият анализ има за цел да установи актуалните нужди от спешна медицинска помощ и инвестиции, в т.ч. допълнителни нужди от инвестиции, извън планираните по Голям инвестиционен проект BG16RFOP001-4.001-0001 "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ".

При анализа е използвана методика за картиране на нуждите от спешна медицинска помощ, при която е определено местоположението на спешните отделения, центровете и филиалите за спешна медицинска помощ и техния район на обслужване, както и вида и броят на наземните мобилните екипи.

При картирането са взети предвид:

- демографските характеристики (брой, състав и гъстота) и здравните показатели (заболеваемост, обръщаемост) на популацията в обслужвания регион;
- въведените времеви рамки за пристигане спешния екип на мястото на инцидента: за код червено А1 – до 8 минути, за код жълто В2 – до 20 минути, за код зелено С3 – до 120 минути в 90% от повикванията.
- аналитичните резултати от налагането на времевите рамки за изпълнение на повикванията от съответния регион на обслужване;
- географски особености на региона на обслужване, отдаленост от лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ, достъпност на пациентите до извънболнични лечебни заведения;
- концентрация на повиквания в обслужвания регион, структурата на повикванията в обслужвания регион по триажна категория;
- наличието на лечебни заведения за болнична помощ с разкрити структури за оказване на спешна медицинска помощ;
- сезонни и други миграционни промени в популационните характеристики;
- разстоянието до най-близък съседен ФСМП и възможност за покриване на района от повече от 1 екип (припокриване на районите).

Методиката включва система от индикативни стандарти и критерии за определяне на броя на спешните екипи при ефективно натоварване и гарантиране на времето за достъп.

➢ **Индикативни стандарти за определяне на броя на наземните спешни екипи**

- **Индикативен стандарт за натовареност на наземните спешните екипи**

Наименование на стандарта: **Оптимална Единица Почасова Използваемост (ЕПИ)[18]**

Стойност на стандарта: 0,5 случая на час

Метод за определяне на стандарта: Индикативният стандарт Единица почасова използваемост се определя като частно от броя на обслужените спешни случая от 1 екип и часовете на работа на този екип:

ЕПИ = брой обслужени случаи от 1 спешен екип/брой часове работа на екипа

За оптимална средна производителност на един екип се приема 1 обслужен на 2 часа (6 случая на 12 часово дежурство), което формира оптимална стойност на Единица Почасова Използваемост - 0,5[19]

Самостоятелно този индикативен стандарт се използва за определяне на броя на спешните екипите на база данни за дейността по отношение на обръщаемостта на населението към спешна помощ - брой на повикванията и/или брой на обслужените лица.

- **Индикативен стандарт за осигуреност с екипи на база обслужвано население**

[18] J.R. Henry Consulting Inc., Calculating Your EMS Service's "Average Cost of Service and Unit Hour Analysis", Pittsburg, 2011.
[19] J.R. Henry Consulting Inc., Calculating Your EMS Service's "Average Cost of Service and Unit Hour Analysis", Pittsburg, 2011.

Наименование на стандарта: **Брой население, обслужвано от 1 спешен медицински екип**

Стойност на стандарта: 1 спешен екип на 25 000 души

Метод за определяне на стандарта: Средно годишно в спешна помощ се обслужват около 1 200 000 – 1 300 000 лица.

При Единица Почасова Използваемост (ЕПИ) - 0,5 един екип може да обслужи 4380 обърнали се за спешна помощ лица, които при обръщаемост 1/5.6 души формира население от 24 590 души. За по-лесно прилагане броят на населението е определен на 25 000 души.

При промяна в броя на обслужваното население или данните за обръщаемостта на населението е възможно преизчисляване на стойностите на индикативния стандарт по следната формула:

Население, обслужвано от 1 спешен екип = (брой обслужвано население/брой обърнали се към спешна помощ от обслужвания район) Х (ЕПИ Х брой 12 - часови дежурства за годината).

Индикативният стандарт за осигуреност със спешни екипи на база брой обслужвано население е най-обективен при определяне на нуждите от спешни екипи за обслужване на компактно население с гъстота между 70 и 200 души на кв. км. При прилагане на индикативния стандарт за осигуреност със спешни екипи за обслужвани райони с по-ниска гъстота на населението под 70 души на кв. км., се прилага коригиращ коефициент (К1), пропорционален на гъстотата на населението в конкретния район спрямо средната гъстота на населението на страната – (към момента на изготвяне на анализа -70 души на квадратен километър).

Изчислението на коефициента става по следната формула:

К1 = средна гъстота на населението за страната/гъстотата на населението на съответната територия.

При прилагане на индикативния стандарт в обслужвани райони с гъстота над 200 души на кв. км. за оптимална ЕПИ се препоръчва стандартът за брой население, обслужвано от един екип, да се преизчисли при оптимално ЕПИ 0,55 случая на час (1 спешен екип на 27 000 души), а при гъстота над 500 души на кв. км за оптимална ЕПИ да се приема 0,65 случая на час (1 екип на 32 000 души). Това се аргументира с факта, че в гъстонаселените градски агломерати времето за изпълнение на 1 повикване (транспортна фаза) е значително скъсено, което дава възможност за изпълнение на по-голям брой повиквания в рамките на 1 дежурство, без това да се отрази на качеството на осъществяваната дейност.

- **Индикативен стандарт за осигуреност с екипи на база площ на обслужване**

Наименование на индикативния стандарт: **Площ на територия, обслужвана от 1 спешен екип**

Стойност на стандарта: 350 кв. км.

Метод за определяне на стандарта: За постигане на времевата рамка за изпълнение на повикване при код червен от 8 минути е необходимо спешният екип да обслужва територия с радиус на обслужване 10-11 км, което позволява при оптимална пътна инфраструктура разстоянието да бъде преодоляно в рамките на до 8 минути от възлагане на екипа. Това формира площ на обслужваната територия около 350 кв. км. при идеален случай на кръгова структура.

Индикативният стандарт се прилага самостоятелно за определяне на броя на спешните екипи само за територии с гъстота на населението под 70 души на кв. км.

Методът за определяне на индикативния стандарт се прилага по същество за определяне на площта на районите на обслужване на спешните екипи при други времеви рамки за достъп до спешна помощ (20 мин., 30 мин.) на населението по следната формула:

Площта на обслужвания район от 1 спешен екип = 3,14 х (разстояние в км. даващо възможност за пристигане на спешния екип от изходната си точка до мястото на произшествието за определено време в мин. при оптимална скорост в зависимост от транспортната инфраструктура)^2.

Например за постигане на времева рамка за достъп до 20 минути, в зависимост от транспортната инфраструктура, разстоянието може да варира от 20 до 25 км., което формира площ на обслужвания район между 1300 и 2000 кв. км.

Анализът на резултатите, получени при самостоятелното прилагане на тези стандартизирани показатели, показва че нито един от тях сам по себе си не е достатъчно обективен и не може да отрази спецификите на отделните райони на обслужване и свързаните с тях потребности на населението. Комплексното прилагане на тези три показателя и анализиране на резултатите от тях за всеки един обект на структурата за спешна медицинска помощ (ЦСМП и ФСМП) води до наистина обективно оценяване на потребностите от спешни екипи и тяхното местоположение. При анализа на данните се установява, че най-адаптиран към спецификите на системата е броят на екипите, определен на база население с приложени коригиращи коефициенти за гъстота на населението в обслужвания регион под или над средната за страната.

Така определеният необходим брой мобилни екипи на национално ниво е 352 екипа, само с 5 по-малък от наличния брой екипи в системата за спешна медицинска помощ и може да се приеме, че настоящият брой на екипите в страната е относително достатъчен и съобразен с потребностите на населението (табл.13).

Таблица 13. Брой необходими екипи при прилагане на различните индикативни стандарти

ЦСМП	Брой налични екипи	Брой обслужени лица средно-годишно за 3-годишен период	ЕПИ	Площ ($км^2$)	Население (души)	Гъстота (души/ km^2)	Брой екипи на база дейност при ЕПИ 0,5	Брой екипи на база население 1 екип на 25 000 души	Брой екипи на база площ 1 екип на 350 кв. км	Брой екипи на база население с коеф. за гъстота	Необходим брой наземни и спешни екипи
ЦСМП – Благоевград	16	65388	0,47	6449	298251	50,17	15	12	18	17	18
ЦСМП – Бургас	20	76543	0,44	7748	408704	53,67	17	17	22	22	24
ЦСМП – Варна	20	60496	0,35	3818	468614	124,43	14	19	11	19	21
ЦСМП – В. Търново	12	57680	0,55	4662	225674	55,45	13	9	13	12	13
ЦСМП – Видин	8	18842	0,27	3033	78814	33,31	4	4	9	7	8
ЦСМП – Враца	11	35182	0,37	3620	153700	51,62	8	6	10	9	10
ЦСМП – Габрово	7	24987	0,41	2023	103404	60,65	6	4	6	5	6
ЦСМП – Добрич	9	32989	0,42	4720	167314	40,19	8	7	13	12	13
ЦСМП – Кърджали	12	48225	0,46	3209	161024	47,62	11	7	9	9	10
ЦСМП – Кюстендил	11	39569	0,41	3084	113440	44,32	9	5	9	8	9
ЦСМП – Ловеч	12	42457	0,40	4129	119780	34,25	10	5	12	11	12
ЦСМП – Монтана	8	31181	0,44	3636	122179	40,73	7	5	10	9	10
ЦСМП – Пазарджик	13	49651	0,44	4459	247360	61,80	11	10	13	12	13
ЦСМП – Перник	8	34558	0,49	2392	118023	55,82	8	5	7	6	7
ЦСМП – Плевен	16	51948	0,37	4337	228300	62,20	12	10	12	11	12
ЦСМП – Пловдив	23	66811	0,33	5962	662907	114,56	15	27	17	27	29
ЦСМП – Разград	7	22759	0,37	2637	107764	47,47	5	5	8	7	8
ЦСМП – Русе	10	30730	0,35	2803	209084	83,93	7	8	8	9	10
ЦСМП – Силистра	7	26811	0,44	2846	104869	41,98	6	5	8	7	8
ЦСМП – Сливен	8	26013	0,37	3544	180058	55,72	6	8	10	10	11
ЦСМП – Смолян	12	23268	0,22	3193	99318	38,13	5	4	9	8	9
ЦСМП – София ФСМП-София град	33	116575	0,40	1345	1307439	960,29	27	53	4	41	46
ЦСМП – София ост. ФСМП	19	70434	0,42	7059	233607	35,06	16	10	20	19	19
ЦСМП – Стара Загора	16	56334	0,40	5152	307140	64,69	13	13	15	14	15
ЦСМП – Търговище	6	15766	0,30	2716	108117	44,48	4	5	8	7	8
ЦСМП – Хасково	12	81456	0,77	5470	220269	45,02	19	9	16	15	16
ЦСМП – Шумен	10	37933	0,43	3390	169423	53,25	9	7	10	9	10
ЦСМП – Ямбол	11	35709	0,37	3336	114361	39,40	8	5	10	9	10
27 ЦСМП	**357**	**1280295**	**0,41**	**110772**	**6 838 937**	**70,00**	**292**	**282**	**316**	**352**	**385**

Предвид факта, че при определяне на неговия брой не е взет предвид броят на обслужваните чужди граждани в страната, която продължава да се развива като туристическа дестинация, не е предвиден резерв от екипи за реакция при катастрофи, бедствия и тежки аварии с много пострадали, както и предвид необходимостта от гарантиране на достъпа на населението в някои слабо населени и труднодостъпни райони, този брой следва да бъде увеличен.

За целта се планират общо 33 резервни екипа - по 1 резервен екип за всички ЦСМП, с изключение на ЦСМП-Пловдив и ЦСМП-Варна – по 2 екипа и за ЦСМП-София, обслужващ 2 административни области – 5 екипа.

Предвижда се това да стане за сметка на наличните в момента в системата на ЦСМП спешни екипи, в т.ч. 28 транспортни екипи, които не са обезпечени с медицински персонал. Те следва да бъдат трансформирани в парамедицински екипи, които да бъдат използвани както за чисто транспортни дейности в обхвата на функциите на ЦСМП (транспортиране на кръв и кръвни продукти, трансплантационни и други специализирани екипи и др.), така и за оказване на спешна медицинска помощ при необходимост.

Така общият брой мобилни спешни екипи, необходим за функционирането на системата, в т.ч. осигуряване на капацитет за реакция при катастрофи, бедствия и тежки аварии с много пострадали е 385 – 352 за покриване на обичайните потребности от спешна помощ и 33 резервни екипа в случай на необходимост. Този брой екипи съответства на наличните в момента в системата на ЦСМП 385 екипа, в т.ч. 357 спешни медицински и 28 транспортни екипа.

За осигуряване на дейността на мобилните екипи са необходими оборудвани санитарни автомобили, като броят на наличните автомобили следва да гарантира резерв от 30 %. При определеният брой мобилни екипи, системата следва да разполага със 500 санитарни автомобила, оборудвани с необходимото медицинско и помощно оборудване, съгласно изискванията на медицински стандарт „Спешна медицина“.

Критерии и индикативни стандарти за определяне на местоположението, вида и броя на структурите за спешна помощ на база време за достъп чрез наземен спешен транспорт

Метод за определяне на критериите: Критериите са определени по аналитичен път в резултат от комплексно отчитане на определени обстоятелства с приоритет на възможностите за осигуряване на максимален брой население с достъп до спешна помощ в определените в Медицинския стандарт „Спешна медицина“ времеви рамки.

За целта при прилагане на критериите за местоположението на структурите за спешна помощ се спазват следните принципи:

- осигуряване на максимален достъп до спешна медицинска помощ чрез мрежа от извънболнични структури за спешна медицинска помощ, разполагани приоритетно в населени места с най-голям брой население;
- осигуряване на територията на всяка област на интегриран комплекс от извънболнични и болнични структури, гарантиращ време за достъп:
- - на местопроизшествието от спешен мобилен екип - с покритие до 8 мин. – не по-малко от 75% от и покритие до 20 мин. – не по-малко от 90% от обслужваното население
- - във филиал за спешна медицинска помощ – до 30 минути
- - във спешно отделение на територията на многопрофилна болница – до 60 минути
- осигуряване на територията на всеки регион на своевременен достъп до високоспециализирана спешна диагностика и лечение на спешните състояния чрез използване на капацитета на университетските многопрофилни болници за активно лечение;
- максимално ефективно използване на капацитета и недопускане на дублиране на функции между ФСМП и лечебни заведения за болнична помощ.

При прилагането на тези принципи, видът и броят на извънболнични структури на СМП се определя, както следва:

В населените места с население над 25 000 души население задължително се изгражда извънболнична структура за спешна медицинска помощ с определен брой спешни екипи при стандарт за осигуреност на база обръщаемост на населението - 1 наземен спешен екип на 25 000 души в района на обслужване.

Извън горните случаи, структури за спешна медицинска помощ се разполагат в:

- населени места с население от 25 000 до 10 000 души при условие, че е невъзможно осигуряване на достъп до населеното място в рамките на 8 мин. от друга алтернативна локация и може да бъде определен район на обслужване при съобразяване на времето за достъп до спешна помощ (в минути) с покритие до 8 мин. – не по-малко от 70% и покритие до 20 минути – не по-малко от 85%.
- населени места с население от 10 000 до 4 000 души при условие, че е невъзможно осигуряване на достъп до населеното място в рамките на до 8 мин. от друга алтернативна локация и може да бъде определен район на обслужване, при съобразяване на времето за достъп до спешна помощ (в минути) с покритие до 8 мин – не по-малко от 60% и покритие до 20 минути – не по-малко от 80%.
- Извънболнични структури за спешна медицинска помощ (филиали и изнесени екипи) може да се разполагат в населени места с население под 4000 души при условие, че е невъзможно осигуряване на достъп до населените места в района на обслужване от друга алтернативна локация в рамките на до 20 минути в не по-малко от 80% от населените места и до 8 минути в не по-малко от 50 % от населените места.
- филиали за спешна медицинска помощ е целесъобразно да се разкриват в тези населени места само в случаите, когато над 90% от населението в обслужвания район няма осигурен достъп до спешна медицинска помощ на място в друга алтернативна локация във времевата рамка до 30 мин.
- извън тези случаи достъпът на населението се осигурява чрез промяна на локацията на медицинските екипи в най-близко разположения филиал.

При определяне на местоположението на извънболничните структури на СМП се вземат предвид допълнителни обстоятелства като наличие на медицински структури – първична медицинска помощ, медико-диагностични структури, лечебни заведения за болнична помощ; особености на пътната инфраструктура и географските особености, специфични характеристики на обслужвания район, свързани с потенциални рискове - промишленост, големи транспортни артерии, курортни селища и др.

Видът и броят за болничните структури на СМП, се определя, както следва:

- в населени места над 25 000 души – областни центрове се осигурява функционирането на най-малко едно спешно отделение с II на компетентност към многопрофилна болница за активно лечение. При население на обслужваната област над 200 000 души, броят на функциониращите спешни отделения е едно спешно отделение средно на 200 000 души.
- в населените места над 25 000 души – областни центрове с разкрити университетски многопрофилни болници, при възможност се осигурява функциониране на най-малко едно Спешно отделение с III ниво на компетентност на територията на един регион за икономическо планиране.
- в населени места, в които има МБАЛ с разкрито СО II или III ниво, функционира ФСМП без стационарна част, разполагащи само с мобилни екипи.
- в населени места, в които има МБАЛ без разкрито СО, но с достатъчен капацитет за диагностика и консервативно и оперативно лечение на определени видове спешни състояния, функционира ФСМП със стационарна част (с помещение за краткотраен престой и зала за ресусцитация) и мобилни екипи – ФСМПС I тип.
- в останалите населени места функционират ФСМП със стационарна част (с кабинети и манипулационна; с апаратура за ALS) и мобилни екипи – ФСМПС II тип.

Така определените показатели и критерии за териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ са базирани единствено на медицинската

целесъобразност, даваща възможност най-голям брой население на територията на страната да бъде осигурено със спешна медицинска помощ в определените времеви рамки.

Към тях се налага и пространствено ориентирания модел на планиране на здравните услуги по нива на население места, съгласно НКПР:

1-во ниво - На територията на гр. София като център с европейско значение за националната територия се осигуряват:

- функциониращи Спешни отделения с III ниво на компетентност, разположение на територията на университетски многопрофилни болници за активно лечение, разполагащи с медико-диагностични и стационарни структури от III ниво на компетентност, с възможности да осигурят всички необходими диагностични и лечебни дейности при спешни пациенти в пълен обем, в т.ч. високоспециализирани медицински дейности (100%).
- Център за спешна медицинска помощ с Районна координационна централа, осигуряващ чрез мобилни екипи и филиали спешна медицинска помощ на територията на двете области София Област и София град. Центърът осигурява дейността по предоставяне на спешна консултативна помощ на национално и регионално ниво.
- структура за управление и координация на системата за спешна медицинска помощ на национално ниво към Министерство на здравеопазването.

2-ро ниво – на територията на успешно развиващите центрове от второ йерархично ниво с национално значение като Варна, Пловдив, Бургас, Русе, Стара Загора и Плевен се осигуряват:

- функциониращи Спешни отделения с III ниво на компетентност, разположение на територията на университетски многопрофилни болници за активно лечение, разполагащи с медико-диагностични и стационарни структури от III ниво на компетентност, с възможности да осигурят необходимите диагностични и лечебни дейности при спешни пациенти в пълен обем, с изключение на високоспециализирани медицински дейности (90%);
- Центрове за спешна медицинска помощ с Районна координационна централа, осигуряващи чрез мобилни екипи и филиали спешна медицинска помощ на територията на съответната област. Центровете осигуряват дейността по предоставяне на спешна консултативна помощ на регионално ниво.

3-то ниво: на територията на средните градове, които са областни центрове - Видин, Монтана, Враца, Ловеч, Габрово, Велико Търново, Търговище, Разград, Шумен, Силистра, Добрич, Сливен, Ямбол, Хасково, Кърджали, Смолян, Пазарджик, Перник, Кюстендил, Благоевград, се осигуряват:

- функциониращи Спешни отделения с II ниво на компетентност на територията на областните многопрофилни болници за активно лечение, разполагащи с медико-диагностични и стационарни структури с най-малко II ниво на компетентност с възможности да осигурят необходимите диагностични и лечебни дейности при спешни пациенти в оптимален обем (60%);
- Центрове за спешна медицинска помощ с Районна координационна централа, осигуряващи чрез мобилни екипи и филиали спешна медицинска помощ на територията на съответната област.

На територията на останалите средни градове от 3-то ниво – Петрич, Горна Оряховица, Свищов, Дупница, Асеновград, Карлово, Казанлък, Димитровград се осигуряват филиали към съответния ЦСМП с мобилни екипи и със „стационарна“ част с възможности за краткотраен престой и наблюдение и зала за ресусцитация (I тип), функциониращи на територията на многопрофилни болници за активно лечение без спешно отделение, но разполагащи с медико-диагностични и терапевтични и хирургични стационарни структури от най-малко I ниво на компетентност, с възможности да осигурят необходимите диагностични и лечебни дейности при спешни пациенти с определени спешни състояния.

4-то ниво - на територията на малките градове - Белоградчик, Кула, Берковица, Лом, Бяла Слатина, Козлодуй, Мездра, Оряхово, Белене, Кнежа, Левски, Червен бряг, Никопол, Луковит, Тетевен, Дряново, Севлиево, Трявна, Елена, Лясковец, Павликени, Бяла, Исперих,

Кубрат, Дулово, Тутракан, Балчик, Генерал Тошево, Тервел, Каварна, Девня, Провадия, Велики Преслав, Нови Пазар, Омуртаг, Попово; Айтос, Карнобат, Несебър, Поморие, Созопол, Средец, Царево, Малко Търново, Елхово, Котел, Нова Загора, Твърдица, Гълъбово, Раднево, Чирпан, Първомай, Раковски, Сопот, Стамболийски, Хисаря, Свиленград, Харманли, Тополовград, Крумовград, Момчилград, Ивайловград, Златоград, Мадан, Девин, Чепеларе, Велинград, Пещера, Ракитово, Септември, Своге, Ихтиман, Костенец, Елин Пелин, Пирдоп, Златица, Етрополе, Костинброд, Сливница, Брезник, Радомир, Банско, Разлог, Трън се осигуряват филиали към съответния областен ЦСМП с мобилни екипи и със стационарна част, осигурена с кабинети, манипулационна (с възможности за Advanced Life Support - ALS) (II тип).

Изключение са предвидените в НКПР градове-центрове от 4 ниво с потенциал за развитие и преминаване на 3-то ниво, където се изграждат ФСМП със стационарна част I тип - Сандански, Гоце Делчев, Ботевград, Самоков, Троян, Севлиево, Панагюрище.

5-то ниво - на територията на всички малки градове и села (5-то ниво) се осигуряват филиали към съответния областен ЦСМП с мобилни екипи и със стационарна част II тип или изнесени екипи, като приоритетно се осигуряват центровете, които са разположени близост до важни обекти на транспортната инфраструктура, в туристически територии, територии със специфични характеристики - крайбрежните територии (Черноморски и Дунавски), планинските територии, граничните територии, териториите в риск и други територии в категория „проблемни”, съгласно НКПР.

Предложеният модел е изцяло съобразен с принципите за пространствено развитие на страната и ще осигури изграждане на полицентрична мрежа от йерархизирани центрове за здравни услуги, свързани с предоставяне на спешна медицинска помощ на населението.

Настоящият анализ се фокусира върху съпоставка на резултатите при прилагане на посочените в представената по-горе методология критерии за определяне на местоположението и вида на структурите за спешна медицинска помощ и съществуващата система за спешна помощ, като основен приоритет е даден на показателите, свързани с достъпа до спешна помощ.

В населени места с население над 25 000 души

По данни на НСИ населените места в България с население над 25 000 души са 36 с общо население 3760144 души, в т.ч. гр. София. В тях се включват всички 27 градове – областни центрове, съгласно териториалното деление на страната, както и 9 населени места – центрове на големи общини, т.е. в тази категория попадат всички градове от 1-во, 2-ро и 3-то ниво по НКПР.

При прилагане на критериите за определяне на видовете структури на системата за спешна медицинска помощ, гарантиращи достъпа на населението до своевременна и качествена спешна помощ се установява, че:

1. Във всички 27 областни градове е изпълнено изискването да се осигурят функциониращи многопрофилни болници за активно лечение с разкрити спешни отделения с II или III ниво на компетентност, при капацитет 1 СО на до 200 000 души. Това са по 1 СО в 24 областни градове, 2 СО в гр. Варна, 2 СО в гр. Пловдив и 6 СО в гр. София, т.е. 34 СО.
2. На територията на тези населени места функционират 27 Центрове за спешна медицинска помощ, които осъществяват административното управление на намиращите се на територията на съответната област филиали (тъй като град София е административен център на 2 области – София (столица) и София област , управлението на филиалите на територията на областите София (столица) и София област се поема от 1 ЦСМП –с местоположение в гр. София).
3. Във всяко от тези 27 населени места, в които има разкрити спешни отделения, към ЦСМП функционира ФСМП за обслужване на населението от населеното място и прилежащия към него район, състоящо се само от мобилни екипи, без стационарна част (ФСМП МЕ).

4. Във всички останали 9 града с население над 25 000 души спешната медицинска помощ се осигурява от функционални обединения на:

- съществуващите многопрофилни болници за активно лечение, които нямат капацитет за разкриване на спешно отделение, но разполагат с медико-диагностичен капацитет (клинична лаборатория, образна диагностика, в т.ч. КАТ) и терапевтични и хирургични структури за диагностика и лечение на пациенти с определени спешни състояния);

- функциониращи на територията на болниците ФСМП със стационарна част (с помещение за краткотраен престой и зала за ресусцитация) и мобилни екипи - ФСМПС I тип.

5. За всеки ФСМП е определен район на обслужване, който трябва да гарантира достъп до спешна помощ (в минути) с покритие до 8 мин. – не по-малко от 75% и покритие до 20 минути – не по-малко от 90% от населението в района на обслужване.

В настоящия момент общият брой на населението в районите на обслужване на структурите за спешна медицинска помощ, локализирани в тези 36 града, е 4432752 души, което е 65% от цялото население на страната.

Анализът на данните за времето на достъп на мобилните екипи до всяко населено място в определените райони на обслужване, показва, че настоящото местоположение на структурите осигурява на населението достъп:

на мобилен екип във времевата рамка до 8 минути – 87,39 %,

на мобилен екип във времевата рамка до 20 минути – 96,96 %,

до стационарна структура за спешна помощ във времевата рамка до 30 минути – 99,01%.

Само в 3 областни града – Хасково, Кърджали и Монтана, обслужваното население с осигурен достъп от мобилен екип във времевата рамка от 8 минути е между 72 и 75%, което предполага в тези области да бъде извършен последващ анализ за възможностите за определяне на допълнителни локации на мобилните екипи с цел подобряване на достъпа, без изграждане на нови структури.

Извън обхвата на системата за спешна помощ във времевата рамка от 30 минути остават 0,09% от обслужваното население.

От данните може да се направи изводът, че такава мрежа от извънболнични и болнични структури за спешна помощ в 36-те най-големи града на страната осигурява на максимално голям брой население териториална възможност за достъп до спешна помощ във времевите рамки, гарантиращи своевременност и качество.

Развитието на капацитета на спешните отделения на държавните университетски и областни болници, както и използването на диагностичния капацитет на общинските болници без спешно отделение, е важен фактор не само за подобряване на достъпа на населението до спешна медицинска помощ, но и за ефективно използване на високотехнологична апаратура (КАТ, ЯМР, лабораторна апаратура и др.), значителна част от която е придобита по Средносрочната Рамкова Инвестиционна Програма на ОП “Регионално развитие“ (2007-2013).

Предвидените инвестиции в модернизирането на спешните отделения и осигуряването в тях на оптимални условия за спешна диагностика, краткотраен престой и наблюдение ще позволи по-своевременно диагностициране на спешните състояния и предприемане на мерки за тяхното овладяване, в т.ч. и в амбулаторни условия и ще намали натиска от хоспитализации в същото или друго лечебно заведение.

В населени места от 10 000 до 25 000 души

По данни на НСИ населените места в България с население между 10 000 и 25 000 души са 36 с общо население 542 998 души. Общият брой на населението в районите на обслужване на структурите за спешна медицинска помощ, локализирани в тях е 1 001 799, което е 14 % от цялото население на страната. Средната численост на населението в един район на обслужване е 25 000 души. В тази категория попадат градовете от 4-то ниво съгласно НКПР.

Настоящото състояние показва, че в 32 от всички 37 населени места (с кв. Ботунец) има функциониращи многопрофилни болници за активно лечение. Това са малки общински лечебни заведения, които не разполагат със спешно отделение и имат ограничен капацитет за последващо лечение на пациенти със спешни състояния (изключение е МБАЛ-Панагюрище, която има разкрито СО). В останалите 5 населени места липсват разкрити лечебни заведения за болнична помощ, но има лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ (медицински центрове; диагностично-консултативни центрове, медико-диагностични лаборатории) с добър медико-диагностичен капацитет.

Анализът показва, че поради незадоволителния капацитет на тези лечебни заведения за болнична помощ да приемат за лечение пациенти със спешни състояния или липсата на такива, не е целесъобразно в конкретните населени места поддържане на ФСМПС I тип, т.е. с помещения за краткотраен престой и зала за ресусцитация. Достатъчно е филиалите за спешна помощ да разполагат със стационарна част, която включва кабинети и манипулационна (с апаратура за ALS) – ФСМПС II тип.

По отношение на адекватността на разположението на филиалите в тези населени места бе направен анализ на данните за осигурения достъп на населението до спешна медицинска помощ спрямо определените в медицинския стандарт „Спешна медицина“ времеви рамки, при което се установи следното:

Анализът на данните за времето на достъп на мобилните екипи до всяко населено място в определения район на обслужване показва, че това местоположение на структурите осигурява на населението достъп:

- на мобилен екип във времевата рамка до 8 минути – 73 %,
- на мобилен екип във времевата рамка до 20 минути – 93,6 %,
- до стационарна структура за спешна медицинска помощ във времевата рамка до 30 минути – 98,7%.

В сравнение с осигуреността на населението, обслужвано от филиалите, разположени в големите градове с над 25 000 души, се наблюдава по-незадоволителна осигуреност с достъп до спешна помощ във времевата рамка до 8 минути за критични спешни пациенти, което се обяснява с по-малкия относителен дял на компактното население и по-големия дял обслужвано население в определения район на обслужване извън населеното място-център на филиала. Допълнителни фактори се явяват наличната незадоволителна пътна инфраструктура, географски особености на много от районите на обслужване и др.

От данните може да се направи извода, че наличната мрежа от филиали за спешна помощ в 37-те средни по големина града на страната осигурява на оптимално голям брой население териториална възможност за достъп до спешна помощ във времевите рамки, гарантиращи своевременност и качество.

Последващите възможности за подобрение на достъпа **следва да се основават не на екстензивното развитие на нови филиали, а на подобряване на организацията на дейността, в т.ч. определяне на локации на мобилните екипи, различни от постоянното местоположение, както и на осигуряването на авиомедицински екипи, който да осигурят своевременна спешна медицинска помощ по въздух, когато това не може да бъде постигнато с наземен мобилен екип**.

В населени места от 4000 до 10 000 души

По данни на НСИ населените места в България с население от 4000 до 10 000 са 82 с общ брой население 516 611 души. Общият брой на населението в районите на обслужване на структурите за спешна медицинска помощ, локализирани в тях е 946 215 души, което е 13 % от цялото население на страната. Средната численост на населението в един район на обслужване е 14 000 души.

Съгласно приетите критерии във всички населени места с население между 4 000 и 10 000 души следва да се функционират филиали на ЦСМП с мобилни екипи и стационарна

част за оказване на спешна помощ на място при условие, че е невъзможно осигуряване на достъп до населените места в рамките на до 8 минути от друга алтернативна локация.

Анализът се съсредоточава върху преценката кои населени места в тази категория отговарят на посочения критерий и на тяхна територия е необходимо да функционира филиал за спешна медицинска помощ.

От предоставените данни се установява, че в 14 от посочените населени места е възможен достъп на мобилен екип във времевата рамка до 8 минути от друга алтернативна локация в съществуващ в момента филиал за спешна медицинска помощ.

В останалите 68 населени места липсва възможен достъп от друга локация в посочената времева рамка до 8 минути. В 63 от тях в момента функционира филиал за спешна медицинска помощ. В 1 населено място – с. Камено, обл. Бургас, достъпът е осигурен чрез локация на мобилен екип от ФСМП-Бургас.

На базата на анализа се установява, че съществуващите филиали и изнесени екипи не осигуряват достъп на населението във времевата рамка до 8 минути само 4 населени места - гр. Кричим, гр. Перущица, гр. Суворово и с. Розино. При тях оказването на спешна медицинска помощ в момента се осигурява от съществуващи филиали за спешна медицинска помощ, осигуряващи достъп за повече от 8, но под 30 минути. Това обосновава извода, че в тези населени места не е необходимо разкриване на нови ФСМП, предвид гарантирания достъп до стационарна структура във времевата рамка от 30 минути. Достъпът на населението във времевата рамка до 8 минути може да бъде осигурен чрез допълнителна локация на мобилен екип от съществуващ филиал.

Анализът на данните за времето на достъп на мобилните екипи до всяко населено място в определения район на обслужване (Таблица 8), показва, че това местоположение на структурите осигурява на населението достъп:

- на мобилен екип във времевата рамка до 8 минути – 61 %;
- на мобилен екип във времевата рамка до 20 минути – 90 %;
- до стационарна структура за спешна медицинска помощ във времевата рамка до 30 минути – 98 %.

Данните показват, че в тези райони осигуреността на населението, с достъп до спешна помощ във времевата рамка до 8 минути за критични спешни пациенти е значително по-малка (61%) в сравнение с по-горните категории, докато в останалите времеви рамки до 20 и 30 минути остава в желаните граници.

В рамките на анализа е оценена възможността за подобряване на достъпа на населението чрез осигуряване на допълнителни локации на мобилни екипи в посочените по-горе 4 населени места и определяне на техните райони на обслужване. Данните показват, че в тази хипотеза относителният дял на населението с достъп до 8 минути бил се увеличил до 66 %. **Единствената възможност за подобряване на времето за достъп до спешна медицинска помощ в желаните времеви рамки е чрез осигуряване на спешен медицински транспорт по въздуха.**

Изводите, които могат да бъдат направени при анализа на данните в тази категория, са особено показателни за приложимостта на критериите за определяне на местоположението на спешните екипи в зависимост от определените времеви рамки за оказване на спешна помощ, които следва да се използват приоритетно при определяне на структурата на системата за спешна медицинска помощ.

Видно от представената ситуация, големината на населеното място е важен критерий при планиране на структурата на системата за спешна медицинска помощ, но той следва да бъде интерпретиран от гледна точка на алтернативните възможности за постигане на желания резултат и ефективното използване на съществуващите ресурси.

Анализът показва обективно възможностите за бъдещо оптимизиране на системата в нейната най-критична точка (осигуряване на достъп във времевата рамка до 8 минути за критични спешни пациенти) не на база на екстензивно развитие на структури (ФСМП), а

чрез по-функционално използване на мобилните екипи и тяхното временно или постоянно местоположение, както и развитието на система за спешна медицинска помощ по въздуха.

Разбира се и в тази категория се отчита влиянието на другите фактори на външната среда, свързани най-вече с транспортната инфраструктура и географските особености на обслужваните територии, които влошават достъпа на населението и не могат да бъдат компенсирани с възможностите на системата за спешна помощ.

В населени места под 4000 души

По данни на НСИ населените места в България с население между 4 000 и 1 000 души са 594 населени места. В 69 населени места от тази категория има разкрити структури за извънболнична спешна медицинска помощ – филиали или изнесени екипи. Общият брой на населението в района на обслужване на тези филиали е 552 207 души, което съставлява 8% от населението на страната.

Съгласно приетите критерии структури за спешна медицинска помощ може да се разкриват в населени места с население под 4000 души при условие, че е невъзможно осигуряване на достъп до населените места в района на обслужване от друга алтернативна локация в рамките на до 20 минути в не по-малко от 80% от населението в обслужваните населени места и до 8 минути в не по-малко от 50 % от населението в обслужваните населени места.

Анализът на данните за времето на достъп на мобилните екипи до всяко населено място в определения район на обслужване, показва, че това местоположение на структурите осигурява на населението достъп:

- на мобилен екип във времевата рамка до 8 минути – 50,9 %;
- на мобилен екип във времевата рамка до 20 минути – 87,7 %;
- до стационарна структура за спешна медицинска помощ във времевата рамка до 30 минути – 95,5%.

Данните показват, че относителният дял на населението в тези райони с осигурен достъп до спешна медицинска помощ в съответствие с изискванията за своевременност и качество покрива само минималните критерии за достъп от не по-малко от 80% в рамките на 20 минути и не по-малко от 50 % в рамките на 8 минути.

Анализът на времето за достъп на населението от посочените райони от други алтернативни локации показва, че не е възможно осигуряване на достъп във времевата рамка до 8 минути. Във времевата рамка до 20 минути е възможно да бъде осигурен достъп на 283 116 души, или 51 %. Останалите 49% от населението са извън времевата рамка за обслужване при спешни случаи с триажни категории код червен и код жълт. **Осигуряването на спешна помощ в тези региони чрез алтернативен авиомедицински транспорт е единственото действащо решение за гарантиране на здравната сигурност на населението.**

Оценката на местоположението на съществуващите структури в конкретните населени места, показва, че то е подходящо и съобразено както със съществуващия капацитет на останалите структури на лечебната мрежа в районите, така и с множество фактори на външната среда като особености на пътната инфраструктура и географските особености, специфични характеристики на обслужвания район, свързани с потенциални рискове - промишленост, големи транспортни артерии, курортни селища и др. Липсата на тези структури в тези райони на обслужване, които се характеризират с ниска гъстота на населението, разпокъсаност на населението в много на брой и отдалечени по между си населени места (често с население под 100 души), трудна достъпност поради неразвита пътна инфраструктура и/или особености на релефа и др., би отнела напълно достъпа на населението, живеещи в тези населени места до спешна помощ във времевите рамки, гарантиращи нейната своевременност и качество.

Предвид данните за високата честота на посещения на място във филиалите от това ниво, в тях е целесъобразно да функционира ФСМП със стационарна част (с кабинети и манипулационна; с апаратура за ALS) и мобилни екипи – ФСМПС II тип. При установена

необходимост към филиалите могат да се разкриват изнесени екипи (ИЕ) с местоположение (временни или постоянни изходни точки), различно от това на филиала.

Общата оценка на резултатите от анализа показват, че съществуващата структура на системата за спешна медицинска помощ с наземни спешни екипи в страната и по области и региони е оптимална при настоящото състояние урбанистичната, транспортна и здравна инфраструктура. Във всички структури са планирани необходимите интервенции, които да бъдат осигурени с инвестиции със средства от националния бюджет и Голям инвестиционен проект BG16RFOP001-4.001-0001 „Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ“ (Табл. 14 и Табл. 15).

Анализът по категоричен начин показва необходимостта от изграждане на система за предоставяне на спешна медицинска помощ по въздуха с последващо транспортиране на пострадалите до специализирани медицински заведения (Helicopter Emergency Medical Service (HEMS)), което да осигури своевременен достъп на населението до спешна медицинска помощ, в случаите, когато това не може да бъде осигурено с наземен спешен транспорт.

Системата за оказване на спешна медицинска помощ по въздуха - HEMS следва да функционира по модел, сходен с моделите на страните членки на ЕС, отчитайки световния опит и особеностите на националните ни ограничения и изисквания.

Това наложи анализът да бъде разширен с оглед картиране на нуждите от авиомедицински спешен транспорт, базирано на следните показатели:

- **Индикативен стандарт за осигуреност с авиомедицински спешни екипи**

Наименование на индикативния стандарт: Население в млн., обслужвано от 1 авиомедицински екип с оперативна база

1 авиомедицински екип се състои от 1 или повече медицински/парамедицински лица и летец. За осигуряване на 24/7 режим на работа за всяка длъжност се осигуряват 6 физически лица със съответна правоспособност и транспортно средство: хеликоптер

Стойност на стандарта: **1 авиомедицински екип с оперативна база на 1 млн. население**

Метод за определяне на стандарта: Поради липса на национален опит, показателят е определен по аналитичен път въз основа на анализирания опит в страни от Източна и Централна Европа като Полша, Румъния, Унгария, Словакия и Чехия и комплексно отчитане на определени обстоятелства с приоритет на възможностите за осигуряване на максимален брой население с достъп до спешна помощ в определените в Медицинския стандарт „Спешна медицина“ времеви рамки. Например Полша разполага с 22 бази за HEMS или средно на 1 млн. население са изградени 0,7 бази. За Чехия наличните бази са 10 или 1 база на 1 млн. население. В Словакия базите са 5 или 0.9 на 1 млн. население, а в Унгария са 7 бази или 1,2 бази на 1 млн. население. По-слабо развита е системата на HEMS в Румъния където на 1 млн. население се падат 0,36 бази.

Критерии за определяне на местоположението на структурите за въздушна спешна помощ в България:

- На територията на страната се осигуряват оперативни бази за авиомедицински спешни екипи със съответни въздушни транспортни средства при стандартна осигуреност 1 оперативна база с авиомедицински спешен екип на 1 млн. души население при равномерно разпределение на оперативните бази, като се препоръчва при възможност осигуряване на 1 авиомедицински екип за всеки регион на страната.
- Местоположението на оперативните бази се определя по начин, така че да покрива максимална част от територията на страната при осигуряване на златния час за оказване на медицинска помощ.

- При определяне на местоположението на оперативните бази се взема предвид съществуващата автотранспортна инфраструктура на страната с цел максимално ефективно използване на ресурса.
- На национално ниво се изгражда основна оперативна база със структура за управление и логистика на автотранспортните дейности, субординирана на управлението на Националната система за спешни повиквания ЕЕН 112 като част от националната система за спешна медицинска помощ.

При прилагане на посочените показатели и критерии се установява, че на първоначалния етап на развитие на системата за спешна медицинска помощ по въздух е необходимо и достатъчно системата за оказване на спешна медицинска помощ по въздуха HEMS да бъде разгърната поетапно в 6 (шест) оперативни бази (ОБ1, ОБ2, ОБ3, ОБ4, ОБ5 и ОБ6), една от които основна, чиято локация позволява да се покрие максимална част от територията на Република България, позволяваща оказването на необходимата помощ в рамките на „златния час“. Подходящи локации за разположение на оперативните бази по територията на страната са:

- София – основна оперативна база където ще е разположено и ръководството на логистичната структура,
- Пловдив (летище Крумово)
- Варна (летище Балчик)
- Бургас (летище Сарафово)
- Плевен (летище Долна Митрополия)
- Ямбол (летище Безмер)

Всяка ОБ ще разполага с по един брой хеликоптер (категория А, клас 1 или клас 2), отговарящи на изискванията на Регламент 965/2012 (За оперирane с хеликоптери (HEMS) са приложими правилата Part-ORO, Part-CAT и Part-SPA от Регламент 965/2012) за изпълнение на операциите по HEMS, оборудвани с животоспасяваща и животоподдържаща апаратура съгласно изискванията на медицински стандарт БДС EN-13718-2:2015 + A1:2020 „Медицински превозни средства и техните съоръжения Въздушни линейки, Част 2: Експлоатационни и технически изисквания за въздушни ленейки“. В изпълнение на проект по ПВУ ще бъдат закупени 5 бр. Медицински хеликоптери, а шестият ще бъде осигурен чрез реализирането на проект BG16RFOP001-4.002-0001-C01 “Осигуряване на въздушни превозни средства за реакция при спешни медицински състояния”, финансиран по Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014 – 2020 г., който се изпълнява към момента.

Пет от ОБ е необходимо да бъдат способни да оперират в светлата част на деня, а шестата – денем и нощем. След придобиването на необходимата подготовка на летателните екипажи, базите които ще оперират денем и нощем следва да бъдат две (една в северната и една в южната част на България).

В състава на един екипаж за изпълнение на операции за HEMS в светлата част от денонощието ще се включва летец - той и командир на екипажа, втори пилот, лекар, парамедик или медицинска сестра. В екипажа, определен за изпълнение на операции за HEMS в тъмната част от денонощието ще се включва пилот - той и командир на екипажа, втори пилот, лекар, и парамедик или медицинска сестра. Пилотите, които ще осигуряват денонощно дежурство, ще са снабдени с оборудване за осъществяване на полети през тъмната част от денонощието (NVG – night vision goggles).

Повикването на екипажите ще се осъществява през диспечерски пункт, разположен в основната оперативна база, чрез Националната система 112. Финансирането на HEMS ще се осъществява чрез бюджета на Министерството на здравеопазването.

За функционирането на системата за спешна медицинска помощ по въздуха ще бъдат осигурени хеликоптерни площадки за кацане на авиомедицинските екипи в близост до всички големи лечебни заведения за болнична помощ, разполагащи със Спешни отделения и/или специализирани спешни центрове – кардиоцентър, „строук“ център, травмацентър и др.

При анализа на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в системата за спешна медицинска помощ е отчетена и необходимостта от подобряване на информационното осигуряване на дейността на системата и нейната свързаност както със структурите от националната здравна мрежа чрез възможностите на Националната здравно-информационна система, така и с Националната система за спешни повиквания ЕЕН 112. Второто е от ключово значение за ефективното ѝ участие в Единната спасителна система на страната, осигуряваща координирана реакция при бедствия, аварии, катастрофи и другия събития, свързани със заплаха за здравната сигурност на населението.

В рамките на Националната здравноинформационна система е необходимо изграждане на свързаност между ЦСМП и болничните заведения, осъществяващи спешен прием на пациенти с цел осигуряване на информация за наличния болничен капацитет и своевременно насочване на мобилните екипи към подходящо лечебно заведение.

Като ключов обект на интервенции и инвестиции, в контекста на осигуряване на дългосрочните нужди на населението от спешна медицинска помощ, отново се откроява осигуреността на системата с компетентни медицински и парамедицински специалисти. Въпреки провежданата дългосрочна политика за развитие на човешките ресурси, в т.ч. чрез създаването на Национален център за обучение и квалификация на работещите в системата за спешна медицинска помощ, липсата на кадри с подходяща квалификация продължава да е основен проблем на системата. Това налага допълнителни интервенции и инвестиции, в т.ч. осигуряване на условия за обучение на парамедицински кадри, които да спомогнат за увеличаване на броя на спешните екипи.

Реализацията на интервенциите в системата за спешна медицинска помощ ще се осигури чрез:

- национално финансиране (чрез средства от държавния бюджет за финансиране на спешната медицинска помощ, в т.ч. дейността на ЦСМП и спешните отделения, Националния център за обучение и квалификация в системата за спешна медицинска помощ, както и целеви инвестиции за капиталови разходи);
- инвестиции по Голям инвестиционен проект BG16RFOP001-4.001-0001 "Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ", по процедура за директно предоставяне на безвъзмездна финансова помощ BG16RFOP001-4.001 „Регионална здравна инфраструктура“, финансиран по Оперативна програма „Региони в растеж” 2014-2020 г.
- инвестиции по Проект BG16RFOP001-4.002-0001-C01 “Осигуряване на въздушни превозни средства за реакция при спешни медицински състояния”, финансиран по Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014 – 2020, който предвижда закупуване и оборудване на 1 медицински хеликоптер за транспорт по въздух и осигуряване на съпътстваща инфраструктура за неговото функциониране;
- инвестиции по Плана за възстановяване и устойчивост, Проект „Изграждане на система за оказване на спешна медицинска помощ по въздуха“, който предвижда доставка на 5 медицински хеликоптера, оборудвани с животоподдържаща и животоспасяваща медицинска апаратура, наземно оборудване, контролно-измервателна, контролно-проверовъчна апаратура и обучение на летателен, технически състав, лекари и парамедици/медицински сестри.
- инвестиции по Плана за възстановяване и устойчивост, Проект „Подобряване на националната система за спешни комуникации 112“, който предвижда изграждане на изцяло нова система за приемане на спешните комуникации и управление на ресурсите към службите за спешно реагиране, базирана на единна комуникационно-информационна платформа;
- инвестиции по Проект BG05M9OP001-3.007-0001 „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“, финансиран от Европейския социален фонд чрез Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” 2014-2020 г., чрез който се осигурява

подкрепа на работещите в системата за спешна медицинска помощ за придобиване на специфични знания, умения и ключови компетентности.

- инвестиции по ПРЧР 2021- 2027 г., насочени повишаване на компетенциите и уменията на медицински и немедицински специалисти от сферата на здравеопазването чрез обучения.

Таблица 14. Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и интервенции в системата за спешна помощ – извънболнична част

Ниво на населено място по НКПР	Област	Населено място	Център за спешна медицинска помощ				Съществуваща структура	Планирана интервенция в ОПРР
			РКЦ и ФСМП с МЕ	ФСМПС I тип	ФСМПС II тип	ИЕ		
1-во	София град	София					**1**	1
2-ро	Бургас	Бургас					**1**	1
	Варна	Варна					**1**	1
	Плевен	Плевен					**1**	1
	Пловдив	Пловдив					**1**	1
	Русе	Русе					**1**	1
	Стара Загора	Стара Загора					**1**	1
3-то	Благоевград	Благоевград					**1**	1
		Петрич					**1**	1
	Велико Търново	Велико Търново					**1**	1
		Горна Оряховица					**1**	1
		Свищов					**1**	1
	Видин	Видин					**1**	1
	Враца	Враца					**1**	1
	Габрово	Габрово					**1**	1
	Добрич	Добрич					**1**	1
	Кърджали	Кърджали					**1**	1
	Кюстендил	Дупница					**1**	1
		Кюстендил					**1**	1
	Ловеч	Ловеч					**1**	1
	Монтана	Монтана					**1**	1
	Пазарджик	Пазарджик					**1**	1
	Перник	Перник					**1**	1
	Пловдив	Асеновград					**1**	1
		Карлово					**1**	1
	Разград	Разград					**1**	1
	Силистра	Силистра					**1**	1
	Сливен	Сливен					**1**	1
	Смолян	Смолян					**1**	1
	Стара Загора	Казанлък					**1**	1
	Търговище	Търговище					**1**	1
	Хасково	Димитровград					**1**	1
		Хасково					**1**	1
	Шумен	Шумен					**1**	1
	Ямбол	Ямбол					**1**	1
4-то	Благоевград	Банско					1	1
		Гоце Делчев					1	1
		Разлог					1	1
		Сандански					1	1
	Бургас	Айтос					1	1
		Карнобат					1	1
		Малко Търново					1	1
		Несебър					1	1
		Поморие					1	1
		Созопол					1	1
		Средец					1	1
		Царево					1	1
	Варна	Девня					1	1
		Провадия					1	1
	Велико Търново	Елена					1	1
		Павликени					1	1
		Лясковец						
	Видин	Белоградчик					1	1
		Кула					1	1
	Враца	Бяла Слатина					1	1
		Козлодуй					1	1
		Мездра					1	1
		Оряхово					1	1
	Габрово	Дряново					1	1

Ниво на населено място по НКПР	Област	Населено място	Център за спешна медицинска помощ				Съществуваща структура	Планирана интервенция в ОПРР
			РКЦ и ФСМП с МЕ	ФСМПС I тип	ФСМПС II тип	ИЕ		
		Севлиево					1	1
		Трявна					1	1
	Добрич	Балчик					1	1
		Генерал Тошево					1	1
		Каварна					1	1
		Тервел					1	1
	Кърджали	Ардино					1	1
		Крумовград					1	1
		Момчилград					1	1
	Ловеч	Луковит					1	1
		Тетевен					1	1
		Троян					1	1
	Монтана	Берковица					1	1
		Лом					1	1
	Пазарджик	Велинград					**1**	1
		Панагюрище					**1**	1
		Пещера					**1**	1
		Ракитово					**1 ИЕ**	1
		Септември					**1**	1
	Перник	Брезник					**1**	1
		Радомир					**1**	1
		Трън					**1**	1
	Плевен	Белене					**1**	1
		Кнежа					**1**	1
		Левски					**1**	1
		Никопол					**1**	1
		Червен бряг					**1**	1
	Пловдив	Първомай					**1**	1
		Раковски					**1**	1
		Стамболийски					**1**	1
		Хисаря					**1**	1
		Сопот						
	Разград	Исперих					1	1
		Кубрат					1	1
	Русе	Бяла					1	1
	Силистра	Дулово					1	1
		Тутракан					1	1
	Сливен	Котел					1	1
		Нова Загора					1	1
		Твърдица					1	1
	Смолян	Чепеларе					1	1
		Девин					1	1
		Златоград					1	1
		Мадан					1	1
	София област[2]	Ботевград					1	1
		Елин Пелин					1	1
		Етрополе					1	1
		Ихтиман					1	1
		Костенец					1	1
		Костинброд					1	1
		Пирдоп					1	1
		Самоков					1	1
		Своге					1	1
		Сливница					1	1
		Златица						
	Стара Загора	Гълъбово					1	1
		Раднево					1	1
		Чирпан					1	1
	Търговище	Омуртаг					1	1
		Попово					1	1
	Хасково	Ивайловград					1	1
		Свиленград					1	1
		Тополовград					1	1
		Харманли					1	1
	Шумен	Велики Преслав					1	1

Ниво на населено място по НКПР	Област	Населено място	Център за спешна медицинска помощ				Съществуваща структура	Планирана интервенция в ОПРР
			РКЦ и ФСМП с МЕ	ФСМПС I тип	ФСМПС II тип	ИЕ		
		Нови пазар					1	1
	Ямбол	Елхово					1	1
5-то ниво	Благоевград	Сатовча					1	1
		Белица						
		Симитли					1	1
		Гърмен						
		Якоруда					1	1
		Кресна					1	1
		Хаджидимово						
		Струмяни						
	Бургас	Руен					1	1
		Сунгурларе					1	1
	Варна	Аксаково					1	1
		Белослав					1	1
		Бяла					1	1
		Вълчи дол					1	1
		Аврен						
		Долни чифлик					1	1
		Ветрино						
		Дългопол					1	1
		Суворово						
	Велико Търново	Полски Тръмбеш					1	1
		Стражица					**1**	1
		Сухиндол						
	Видин	Брегово					1	1
		Бойница						
		Димово					1	1
		Грамада						
		Ново село						
		Макреш						
		Ружинци						
		Чупрене						
	Враца	Криводол					1	1
		Роман					1	1
		Борован						
		Мизия						
	Добрич	Шабла					**1 ИЕ**	1
		Добрич-селска						
	Кърджали	Джебел					1	1
		Кирково					1	1
		Черноочене					1	1
	Кюстендил	Бобов дол					1	1
		Рила					1	1
		Кочериново						
		Сапарева баня					1	1
		Невестино					1	1
		Трекляно						
	Ловеч	Летница					1	1
		Угърчин					1	1
		Ябланица					1	1
	Монтана	Вълчедръм					1	1
		Вършец					1	1
		Чипровци					1	1
		Бойчиновци						
		Георги Дамяново						
		Метковец						
		Якимово						
	Пазарджик	Батак					1	1
		Белово					1	1
		Лесичово						
		Брацигово					1ИЕ	1
		Стрелча						
	Перник	Земен					1	1
		Ковачевци						
	Плевен	Гулянци					1	1
		Долна Митрополия					1	1
		Искър					1	1
		Долни дъбник						
		Пордим						
	Пловдив	Брезово					1	1
		Калояново					1	1

Ниво на населено място по НКПР	Област	Населено място	Център за спешна медицинска помощ				Същест-вуваща структура	Планирана интер-венция в ОПРР
			РКЦ и ФСМП с МЕ	ФСМПС I тип	ФСМПС II тип	ИЕ		
		Перущица						
		Родопи						
		Садово						
		Куклен					**1**	1
		Лъки					**1ИЕ**	1
		Кричим						
		Съединение					1	1
	Разград	Лозница					1	1
		Завет						
		Самуил						
		Цар Калоян					1	1
	Русе	Ветово					1	1
		Две могили					1	1
		Ценово						
		Сливо поле					1	1
		Борово						
		Иваново						
	Силистра	Главиница					1	1
		Ситово						
		Кайнарджа					1	1
		Алфатар						
	Смолян	Баните					1	1
		Доспат					1	1
		Неделино					1	1
		Рудозем					1	1
	София[3]	Банкя					1	1
		Нови Искър					1	1
		Годеч					1	1
		Марица						
		Драгоман					1	1
		Антон						
		Божурище						
		Горна малина						
		Долна баня						
		Копривщица						
		Мирково						
		Челопеч						
		Чавдар						
		Правец					1	1
	Стара Загора	Братя Даскалови					1	1
		Гурково					1	1
		Мъглиж					1	1
		Николаево						
		Павел баня					1	1
	Търговище	Антоново					1	1
		Опака						
	Хасково	Любимец					1	1
		Маджарово					1	1
		Минерални бани						
		Стамболово						
		Лясковец						
		Симеоновград					1	1
	Шумен	Венец					1	1
		Върбица					1	1
		Каолиново					1	1
		Хитрино						
		Смядово					1	1
		Каспичан						
	Ямбол	Болярово					1	1
		Тунджа					*	
		Стралджа					1	1
извън йерархичните нива	Кърджали	Общ. Кирково Чорбаджийско					1	1
		Общ. Кирково екип Фотиново					1	1

Ниво на населено място по НКПР	Област	Населено място	Център за спешна медицинска помощ				Съществуваща структура	Планирана интервенция в ОПРР
			РКЦ и ФСМП с МЕ	ФСМПС I тип	ФСМПС II тип	ИЕ		
		Общ. Кирково екип Бенковски					1	1
	Пловдив	с. Розино						
	Ямбол	Общ. Тунджа Скалица					1	1
		Общ. Тунджа Тенево					1	1
		Общ. Стралджа Войника					1	1

Забележка: В сиво са маркирани структурите по населени места, които е подходящо да бъдат разкрити при прилагане на пространствено ориентирания модел за равнопоставено планиране на здравните услуги в СМП

Таблица 15. Карта на дългосрочните нужди от здравни услуги и инвестиции в системата за спешна медицинска помощ – болнична част

Ниво на населено място по НКПР	Област	Населено място	МБАЛ със СО III ниво (регионално ниво)	МБАЛ със СО II ниво (областно ниво)	МБАЛ без СО	Планирана интервенция по ОПРР (брой структури)
			(съществуващи структури)			
1-во	София град	София	**7**			**6**
2-ро	Бургас	Бургас	**1**			**1**
	Варна	Варна	**2**			**2**
	Плевен	Плевен	**1**			**1**
	Пловдив	Пловдив	**2**			**2**
	Русе	Русе	**1**			**1**
	Стара Загора	Стара Загора	**1**			**1**
3-то	Благоевград	Благоевград		**1**		**1**
		Петрич			√	*
	Велико Търново	В. Търново		**1**		**1**
		Г. Оряховица			√	*
		Свищов			√	*
	Видин	Видин		**1**		**1**
	Враца	Враца		**1**		**1**
	Габрово	Габрово		**1**		**1**
	Добрич	Добрич		**1**		**1**
	Кърджали	Кърджали		**1**		**1**
	Кюстендил	Дупница			√	*
		Кюстендил		**1**		**1**
	Ловеч	Ловеч		**1**		**1**
	Монтана	Монтана		**1**		**1**
	Пазарджик	Пазарджик		**1**		**1**
	Перник	Перник		**1**		**1**
	Пловдив	Асеновград			√	*
		Карлово			√	*
	Разград	Разград		**1**		**1**
	Силистра	Силистра		**1**		**1**
	Сливен	Сливен		**1**		**1**
	Смолян	Смолян		**1**		**1**
	Стара Загора	Казанлък			√	*
	Търговище	Търговище		**1**		**1**
	Хасково	Димитровград			√	*
		Хасково		**1**		**1**
	Шумен	Шумен		**1**		**1**
	Ямбол	Ямбол		**1**		**1**
4-то с потенциал за преминаване в 3-то	Благоевград	Гоце Делчев			√	*
		Сандански			√	*
	Габрово	Севлиево			√	*
	Ловеч	Троян			√	*
	Пазарджик	Панагюрище			√	*
	София област	Ботевград			√	*

Ниво на населено място по НКПР	Област	Населено място	МБАЛ със СО III ниво (регионално ниво)	МБАЛ със СО II ниво (областно ниво)	МБАЛ без СО	Планирана интервенция по ОПРР (брой
		Самоков			√	*

Забележка: В сиво са маркирани структурите по населени места, които е подходящо да бъдат разкрити при прилагане на пространствено ориентирания модел за равнопоставено планиране на здравните услуги в СМП

***** *Интервенциите, планирани на ниво големи общини с МБАЛ без СО, включват изграждане на извънболнична структура - Филиал на център за спешна медицинска помощ със стационарна част с възможности за краткотраен престой, наблюдение и ресусцитация при необходимост. МБАЛ осигурява медико-диагностични изследвания и специализирани консултации по договор с МЗ.*

Приложение № 1

СПИСЪК НА ПРИЛОЖИМИТЕ СТРАТЕГИЧЕСКИ ДОКУМЕНТИ

1. Националната програма за развитие: България 2030
   http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?Id=765

2. Национален план за възстановяване и устойчивост
   https://www.nextgeneration.bg/14

3. Националната здравна стратегия 2030
   http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=989

4. Национална концепция за пространствено развитие 2013-2023 г. Актуализация 2019 г.
   https://www.eufunds.bg/sites/default/files/uploads/oprd/docs/2020-05/0_ANKPR_CORRECTED_30.04.2020%20final.pdf

5. Национална стратегия за регионално развитие (2012-2022)
   http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=772

6. Национална здравна карта
   http://www.mh.government.bg/bg/politiki/nacionalna-zdravna-karta/

7. Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012 – 2030)
   http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=778

Приложение № 2

СЕВЕРОЗАПАДЕН РАЙОН НА ПЛАНИРАНЕ

Общ преглед на район:

Северозападният район за планиране има площ от 19 070 km² (20% от общата площ на Република България), в която според данни от 2020 г. има 720 172 жители, като се отчита намаление спрямо преброяването от 2011 г., когато в района са живели 836 601 човека.

Районът е с най-ниска гъстота на населението на територията на страната (39,6 жители на km²). Най-голям брой жители живеят в област Плевен – около 17% от населението на района, а област Видин отчита най-малък брой – 81 212, спрямо данни от 2020 г.

Структурата на населението според преброяването от 2021 г. показва, че населението на Северозападния район за планиране е в тенденция на прогресивно застаряване, като делът над 65-годишна възраст достига 26.3% от общото население – по високо от средното за страната 21% – като тази тенденция е още по-забележима в селата, където населението над 65 е 31.8%. Тези данни показват ясна тенденция към застаряване, както и частично обясняват причините за обезлюдяване на малките населени места и селата.

Относителният дял на бедните спрямо линията на бедност в Северозападния район е 22.3 – малко по висок от средния за страната 22.1 Населението в риск от бедност или социално изключване[20] е 256 хиляди души – 35.5% от съвкупността, което е по-високо от националното ниво, където процентът е 31.7 % (по данни от НСИ). По-подробни данни за демографските характеристики на района могат да бъдат намерение в Приложение № 10 и № 11.

1. Картографиране на областите в рамките на Северозападния район за планиране:

В рамките на района попадат 5 области.

1. Област Видин
2. Област Враца
3. Област Ловеч
4. Област Монтана
5. Област Плевен

На територията на всяка област има областна болница, разположена в областния град, като в гр. Плевен болницата е със статут на университетска болница, предоставяща най-високото ниво на медицински услуги. Съобразно териториалния, демографски и географския характер на отделните области, в по-големите общини има действащи общински лечебни заведения за болнична помощ. Разкрити са и частни лечебни заведения за болнична помощ. На територията на района се намират 37 заведения за болнична помощ, в т.ч. 28 многопрофилни болници, 7 специализирани болници и 2 държавни психиатрични болници. Извън болничната помощ разполага с 193 заведения, в т.ч. 82 диагностично-консултативни центрове и медицински центрове, 5 дентални центрове и медико-дентални центрове и 106 медико-диагностични и медико-технически лаборатории.

2. Картографиране на целевите групи от населението и техните специфични нужди:

2.1. Възрастното население и хората с нисък социално-икономически статус;

2.2. Деца:

- от 0-18 години;

[20] Индикаторът включва три показателя: риск от бедност; нисък интензитет на икономическа активност; нова дефиниция; материални и социални лишения.

- деца с физически и умствени увреждания и невро-рискови деца;

2.3. Палиативни пациенти;
2.4. Пациенти, нуждаещи се от продължително лечение и рехабилитация;
2.5. Лица с физически и умствени увреждания;
2.6. Лица с психически заболявания.

3. Картографиране на критични процеси в грижата за индивидуални здравни и социални проблеми

3.1. Интеграция и координация на грижите в общността:
a. Медицинска помощ (хоризонтална и вертикална)
b. Здравеопазване и социални грижи
c. Дългосрочни грижи

Ако не е посочено друго, установените нужди и проблеми са свързани с избрани процеси съгласно ВЪПРОСНИК ВЪРХУ ЗДРАВНИТЕ НУЖДИ И ИНВЕСТИЦИИ България — Хърватия — Словения ЕС-27: сърдечно-съдови заболявания и диабет, психично здраве, злокачествени заболявания, грижи за деца и младежи, спешна медицина, избираеми процедури, дентална медицина, интервенция във физическата медицина и рехабилитация.

Съгласно събраната информация от областите, влизащи в Северозападния район за планиране, като обща слабост се констатира трудният достъп до медицинска помощ на населението в отдалечените и труднодостъпни места, произтичащо от недоброто състояние на второкласните и третокласните пътища.

Понастоящем здравните и социалните грижи на национално равнище са отделни и социалните и здравните работници нямат разработени процедури за комуникация помежду си. Поради недостатъчния брой и тежестта на амбулаторната работа, общопрактикуващите лекари не успяват да извършват редовно домашни посещения, а част от населението в района няма избран личен лекар. Друг идентифициран проблем е голямото текучество на кадри към райони и области с по-благоприятни социални условия, основно към югозападния и гр. София.

Обща слабост в района е и липсата на осигурени възможности за продължително лечение и рехабилитация за обслужване на пациенти, изписани след преодоляване на острото състояние в болниците за активно лечение.

Като се има предвид увеличеният дял на възрастните хора в района, необходимостта от гериатрични и палиативни грижи, а става все по-значима. От друга страна, дефицитът на такива услуги е тенденциозен за целия Северозападен район, като в области Видин, Ловеч и Плевен няма разкрити структури за палиативни грижи.

На територията на района са регистрирани 281 аптеки, като най-голяма обезпеченост има в област Плевен – 91. Най-ограничен достъп до аптеки има в област Видин, където са 36 на брой. Селища без аптека са Грамада, Макреш, Бойница, Чупрене (обл. Видин), Георги Дамяново, Медковец и Якимово (обл. Монтана). Това се равнява на 14 305 души без директен достъп до аптеки.

По отношение на причините за смърт в региона, на първо място са Болести на органите на кръвообращението, следвани от Новообразувания и Болести на дихателната система. Водещите причини за смърт в Северозападния район за планиране са характери за цялата страната, като следва да се отбележи, че показателите за района са значително по-високи от средните за страната, както и най-високи спрямо другите райони. Средният брой починали на 100 000 от Болести на органите на кръвообращението в района е 1425,4 спрямо 1 090,1 за страната, от Новообразувания в региона е 342,2 спрямо 267,2 за страната, от Болести на дихателната система е 118,3 спрямо 86,6 за страната (данни за 2020 г.). По-подробна информация може да бъде открита в Приложение № 12.

Друг съществен проблем, характерен за целия регион е липсата на психиатри, както и старата и амортизирана материално-техническа база на психиатричните структури.

Медицинският персонал в тях има необходимост от осигуряване на възможности за повишаване на квалификацията и уменията си.

За решаване на така идентифицираните проблеми могат да се предложат следните мерки:

- развитие на електронното здравеопазване, чрез интеграция на отделните информационни системи;
- модернизация и разширяване на възможностите на болничната и извънболничната медицинска помощ за ранна диагностика и лечение на пациенти със заболявания, по основните причини за смърт;
- изграждане и развитие на структури и центрове за гериатрични и палиативни грижи;
- създаване на стимули за разкриване на практики на общопрактикуващите лекари и на структури от извънболничната помощ в отдалечени и труднодостъпни места;
- развитие и модернизиране на психиатричната помощ, чрез целенасочени инвестиции в материално-техническата база на съществуващите структури и осигуряване на обучение и възможности за повишаване на квалификацията на медицинския персонал в тях;
- създаване на нови услуги, в съответствие с Национална стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030 г.;
- осигуряване на ново оборудване за предоставяне на съвременна диагностика и профилактика;
- въвеждане на първи стъпки в телемедицина и теледиагностика.

4. Програми, проекти и дейности, които оказват значително въздействие върху установените проблеми:

Министерството на здравеопазването на Република България изпълнява редица национални проекти, финансирани по оперативните програми на страната и насочени към подобряване на достъпа и качеството на медицинското обслужване в страната и Северозападния район за планиране. Такива са:

По Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014 – 2020 г.:

Проект „Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ“:

Основна цел на проекта: обновяване и модернизация на сградния фонд и оборудването в системата на спешната помощ на територията на цялата страна - спешните отделения на 34 лечебни заведения за болнична помощ, 27 Центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и разкритите към тях 170 филиали (ФСМП) и 6 изнесени екипа.

В изпълнение на проекта, ще бъдат обхванати 5 центъра за спешна медицинска помощ, 29 филиала за спешна медицинска помощ и 5 спешни отделения на територията на Северозападния район.

Проект „Изграждане на инфраструктура за предоставяне на специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания“:

Основната цел на проекта е да се подобри регионалната социална инфраструктура, свързана с процеса на деинституционализация на деца чрез изграждането на инфраструктурата за резидентните интегрирани здравно-социални услуги в общността, които ще осигурят условия за замяна на институционалната грижа за децата с увреждания с отглеждане в среда близка до семейната, съобразена със специфичните им потребности.

Предвижда се изграждането на 26 центъра, предлагащи резидентни здравно-социални услуги за деца с увреждания и високо-рисково поведение, от които 3 ще бъдат разположени на територията на Северозападния район за планиране.

По Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014 – 2020 г.:

Проект „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“:

Основната цел на проекта е подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ, чрез инвестиции в човешкия капитал и подобряване знанията и уменията на персонала от системата за спешна медицинска помощ чрез продължаващо

обучение.

В Северозападния район за планиране проектът ще се реализира чрез провеждане на обучение на всички медицински специалисти от структурите на ЦСМП, ФСМП и спешните отделения в лечебните заведения за болнична помощ, разкрити на територията му.

Проект „Специализация в здравеопазването”:

Основна цел на проекта е подпомогне повишаването на професионалния капацитет на обучаващите се специализанти и осигуряването на по-качествени здравни услуги, чрез подобряване достъпа на специализанти за придобиване на специалност в системата на здравеопазването (лекари-специализанти, лекари по дентална медицина - специализанти, специализиращи медицински сестри и акушерки) и разширяване възможностите за повишаване на знанията и уменията им.

5. Анализ на осигуреността с болнични легла по ключови медицински специалности в отделните областни на Северозападния район за планиране

СЕВЕРОЗАПАДЕН РАЙОН (NUTS 2)			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) / недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	174	167	-7
Гастроентерология	172	158	-14
Ендокринология и болести на обмяната	131	98	-33
Инфекциозни болести	73	80	7
Кардиология	469	339	-130
Лъчелечение	74	74	0
Нервни болести	517	373	-144
Пневмология и фтизиатрия	411	477	38
Кардиохирургия	20	20	0
Неврохирургия	20	15	-5
Съдова хирургия	88	45	-43
Неонатология	126	130	4
Педиатрия	304	383	79
Продължително лечение	471	588	117
Палиативни грижи	25	96	71
Психиатрия	527	527	0
Клинична хематология	76	102	26

Данни: Национална здравна карта 2018 г.

От наличните данни е видно, че нуждите от болничен капацитет за осъществяване на част от ключовите медицински дейности не са покрити, спрямо потребностите заложени в НЗК. Недостиг се констатира по отношение на леглата за инфекциозни болести, пневмология и фтизиатрия, неонатология, педиатрия, продължително лечение, палиативни грижи и клинична хематология. Наличните болнични легла за лъчелечение, кардиохирургия и психиатрия съвпадат с необходимия им брой. Наблюдава се по-значителен излишък в структурите за кардиология и нервни болести. Така посочените данни са обобщени и не дават детайлна информация за ситуацията в отделните области, включени в състава на района.

5.1. Област Видин

ОБЛАСТ ВИДИН			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	6	10	4
Гастроентерология	21	14	-7

Ендокринология и болести на обмяната	7	6	-1
Инфекциозни болести	0	6	6
Кардиология	33	28	-5
Лъчелечение	0	0	0
Нервни болести	30	24	-6
Пневмология и фтизиатрия	28	24	-4
Кардиохирургия	0	0	0
Неврохирургия	0	0	0
Съдова хирургия	0	0	0
Неонатология	8	8	0
Педиатрия	45	43	-2
Продължително лечение	16	54	38
Палиативни грижи	0	11	11
Психиатрия	30	30	0
Физикална и рехабилитационна медицина	25	50	25
Клинична хематология	2	2	0

Данни: Национална здравна карта 2018г.

Данните показват някои ключови разлики в структурата на излишъка и недостига на болнични легла в сравнение с данните за района. Недостиг се идентифицира по отношение на болнични легла за анестезиология и интензивно лечение, и продължително лечение. В областта е идентифицирана и традиционната нужда от болнични легла за инфекциозни болести и палиативни грижи, като няма разкрити такива структури. В областта се наблюдава специално и дефицит на болнични легла за физикална и рехабилитационна медицина. Леглата за неонатология и психиатрия съответстват на потребностите. Няма разкрити структури по лъчелечение, кардиохирургия, неврохирургия и съдова хирургия, като не са идентифицирани и нужди от такива в областта, тъй като дейностите се планират на регионално ниво.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.2. Област Враца

ОБЛАСТ ВРАЦА			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	44	35	-9
Гастроентерология	27	38	11
Ендокринология и болести на обмяната	15	23	8
Инфекциозни болести	10	8	-2
Кардиология	50	60	10
Лъчелечение	54	54	0
Нервни болести	108	87	-21
Пневмология и фтизиатрия	80	109	29
Кардиохирургия	0	0	0
Неврохирургия	0	0	0
Съдова хирургия	15	11	-4
Неонатология	25	20	-5
Педиатрия	60	52	-8
Продължително лечение	183	133	-51
Палиативни грижи	15	21	6
Психиатрия	40	40	0
Клинична хематология	15	21	6

Данни: Национална здравна карта 2018г.

Структурата по отношение на излишъка и недостига на болничните легла по ключови медицински специалности в област Враца отчита известни разлики спрямо данните за

Северозападния район за планиране. Наблюдава се дефицит на болничните легла за гастроентерология, кардиология, ендокринология и болести на обмяната, както и при характерните за района пневмология и фтизиатрия, клинична хематология и палиативни грижи. Наблюдава се излишък на болнични легла за продължително лечение, които са в недостиг в другите области на Северозападния район. Нуждите от структури за лъчелечение и психиатрия съвпадат с нуждите в областта. Няма разкрити структури за кардиохирургия и неврохирургия, като не е отчетена нужда за такива, тъй като дейностите се планират на регионално ниво.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.3. Област Ловеч

ОБЛАСТ ЛОВЕЧ			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	13	20	7
Гастроентерология	18	13	-5
Ендокринология и болести на обмяната	26	18	-8
Инфекциозни болести	10	9	-1
Кардиология	83	58	-25
Лъчелечение	0	0	0
Нервни болести	73	61	-12
Пневмология и фтизиатрия	129	150	21
Кардиохирургия	0	0	0
Неврохирургия	0	0	0
Съдова хирургия	10	4	-6
Неонатология	22	23	1
Педиатрия	70	66	-4
Продължително лечение	16	79	63
Палиативни грижи	0	16	16
Психиатрия	307	307	0
Физикална и рехабилитационна медицина	22	24	2
Клинична хематология	1	1	0

Данни: Национална здравна карта 2018г.

Данните показват, че в област Ловеч се наблюдава същата структура по отношение на излишъкът и недостигът на легла по ключови медицински специалности, както на ниво район за планиране. Недостиг се идентифицира по отношение на болнични легла за пневмология и фтизиатрия, неонатология, продължително лечение и палиативни грижи, като няма разкрити структури за палиативни грижи. В областта се наблюдава и дефицит на леглата за физикална и рехабилитационна медицина, но по-незначителен от този в област Видин. Леглата за психиатрия съответстват на потребностите. Няма разкрити структури по лъчелечение, кардиохирургия и неврохирургия като не са идентифицирани и нужди от такива в областта тъй като дейностите се планират на регионално ниво.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.4. Област Монтана

ОБЛАСТ МОНТАНА			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	22	25	3
Гастроентерология	18	11	-7
Ендокринология и болести на обмяната	18	11	-7

Инфекциозни болести	33	37	4
Кардиология	103	64	-39
Лъчелечение	0	0	0
Нервни болести	114	88	-26
Пневмология и фтизиатрия	84	79	-5
Кардиохирургия	0	0	0
Неврохирургия	0	0	0
Съдова хирургия	15	8	-7
Неонатология	16	22	6
Педиатрия	59	52	-7
Продължително лечение	17	82	65
Палиативни грижи	10	17	7
Психиатрия	43	43	0
Клинична хематология	3	3	0

Данни: Национална здравна карта 2018г.

Структурата на болничните легла по ключови медицински специалности в област Монтана не се различава съществено от данните на ниво район за планиране. Недостатъчно спрямо нуждите са болничните легла за анестезиология и интензивно лечение, и характерните за района дефицити при инфекциозни болести, неонатология, продължително лечение и палиативни грижи. В областта няма разкрити и не е идентифицирана нужда от структури по лъчелечение, кардиохирургия и неврохирургия. Броят на съществуващите психиатрични болнични легла и легла за клинична хематология съответства на идентифицираната потребност от тях.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.5. Област Плевен

ОБЛАСТ ПЛЕВЕН			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	89	77	-12
Гастроентерология	88	82	-6
Ендокринология и болести на обмяната	65	40	-25
Инфекциозни болести	20	20	0
Кардиология	200	129	-71
Лъчелечение	20	20	0
Нервни болести	192	113	-79
Пневмология и фтизиатрия	90	85	-5
Кардиохирургия	20	20	0
Неврохирургия	20	15	-5
Съдова хирургия	48	22	-26
Неонатология	55	57	2
Педиатрия	70	170	100
Продължително лечение	238	240	2
Палиативни грижи	0	31	31
Психиатрия	30	30	0
Физикална и рехабилитационна медицина	88	110	22
Клинична хематология	55	75	20

Данни: Национална здравна карта 2018г.

Данните за болнични легла в област Плевен също не се различават значително от тези на ниво район за планиране. Наблюдава се необходимост на болнични легла за неонатология, педиатрия, продължително лечение, палиативни грижи и клинична хематология не е покрита, като за палиативни грижи няма разкрити структури. Освен това има недостиг на легла за физикална и рехабилитационна медицина. Нуждите за инфекциозни болести,

лъчелечение, кардиохирургия и психиатрия са покрити.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд, като и осигуреността с легла за покриване на потребностите на регионално ниво.

Въз основа на събраните данни относно реалната ситуация и необходимостта от болнични легла в Северозападния район, може да се направят следните изводи:

1. Нуждите за повечето ключови медицински специалности са покрити, но се наблюдава сериозен дефицит на болнични легла за продължително лечение и палиативни грижи, като някои области нямат разкрити структури за палиативни грижи. Изключение прави област Враца.
2. Отчетен е недостиг на разкритите легла за клинична хематология21, неонатология и педиатрия22 на ниво район, като има значителна неравномерност на разпределението им по области.
3. Болничните легла за кардиология са в излишък на ниво район и във всички области с изключение на Враца, което предполага неравномерно разпределение на тези структури.
4. В някои области се наблюдава недостиг на легла в съществуващите структури за физикална и рехабилитационна медицина.
5. Текущата осигуреност на хирургични легла покрива нуждата им, като се наблюдава известен излишък на такива за невро- и съдова хирургия.
6. Нуждата за болнични легла за психиатрия и лъчелечение, където има такава, е напълно осигурена, но материално-тхническото осигуряване на тези структури е незадоволително.

6. Анализ на осигуреността с медицински специалисти в Северозападен район за планиране

Осигуреността с медицински персонал в района е добра спрямо населението. На територията са регистрирани общо 3265 лекари, 533 лекари по дентална медицина и 5031 медицински специалисти по здравни грижи. Това се потвърждава и от статистическите данни за броя жители, които се обслужват от един лекар и от един лекар по дентална медицина. При среден показател за страната 1 лекар за 233 човека, в Северозападния район се отчита по-добра цялостна осигуреност с по-ниското съотношение 1 лекар към 221 човека.

Кадровата обезпеченост на лекари на ниво области е неравномерна, но в съответствие с популационното им разпределение. Най-висока концентрация на лекари и медицински специалисти по здравни грижи се отчита в област Плевен – над 1/3 от всички регистрирани за района, като 1 лекар отговаря за 158 души – значително по-ниско съотношение от средния показател за България.

Разпределение на медицински специалисти в Северозападния район по области (към 31.12.2020 г.)

Район на планиране	Лекари	Лекари по дентална медицина	Медицински специалисти по здравни грижи
Общо за България	**29717**	**7312**	**44676**
Северозападен	**3265**	**533**	**5031**
Видин	284	86	394
Враца	598	116	1045
Ловеч	464	94	708
Монтана	438	80	802

[21] Потребностите се покриват от разкритите легла по вътрешни болести, на които се осъществяват дейности по клинична хематология

[22] Използваемостта на разкритите неонатологични и педиатрични легла в много лечебни заведения е сравнително ниска, поради което дефицита се приема за условен.

Плевен	1481	157	2082

Данни: НСИ

В резултат от това, осигуреността на населението с медицински специалисти в различните области от района е неравномерно и се изразява по следния начин:

Брой население, обслужвано от 1 лекар по области в Северозападния район на планиране (към 31.12.2020 г.):

Район на планиране	Лекари	Лекари по дентална медицина
България	**233**	**946**
Северозападен	**221**	**1351**
Видин	286	944
Враца	264	1359
Ловеч	264	1303
Монтана	286	1567
Плевен	158	1487

Данни: НСИ

По отношение на осигуреността на населението с лекари по дентална медицина, в районът се забелязва дефицит, със съществено по-високи показатели на ниво район и области от средния за страната (1:946). Единствено Видин, като област със значително по-малко жители от останалите в района (под 100 000), отчита по-ниско съотношение (1:944). В области Монтана и Плевен се наблюдава по-ниска кадрова обезпеченост от средната за Северозападния район (1:1351), като в Монтана са регистрирани и най-малко лекари по дентална медицина – 80 на брой.

В структурно отношение, по отделните медицински специалности също се наблюдава сериозен общ дефицит на специалисти и неравномерна кадрова обезпеченост както като общ брой лекари, така и по разпределението им в отделните области на района. Най-голяма необходимост за осигуреност от лекари се отчита при специалностите „Акушерство и гинекология“, „Ендокринология и болести на обмяната“, „Кардиология“, „Ортопедия и травматология“, „Ушно-носно-гърлени болести“ и „Педиатрия“.

Основни медицински специалности, за които има дефицит на лекари

Статистически райони	Общо	Акушерство и гинекология	Ендокри-нология и болести на обмяната	Кардиология	Ортопедия и травма-тология	Ушно-носно-гърлени болести	Педиатрия
Северозападен	**3265**	**170**	**76**	**208**	**99**	**68**	**152**
Видин	284	13	7	16	8	7	25
Враца	598	35	12	26	19	13	31
Ловеч	464	17	13	20	15	11	27
Монтана	438	23	8	36	14	11	25
Плевен	1481	82	36	110	43	26	44

Данни: НЦОЗА и НСИ

По отношение на извънболничната медицинска помощ в Северозападния район за планиране са разкрити 499 бр. индивидуални или групови практики, с покритие 6,9 на 10 000 души, което надвишава средното за страната ниво от 5,8 бр.

Индивидуални и групови практики за първична медицинска помощ по области към 31.12. 2020 година:

Области	Брой	На 10 000 население
България	**4 015**	**5,8**
Северозападен район	**499**	**6,9**

Видин	56	6,9
Враца	90	5,7
Ловеч	80	6,5
Монтана	84	6,7
Плевен	189	8,1

Данни: НЦОЗА

Данните показват, че най-добра осигуреност на населението се наблюдава в Плевен – 8,1 бр. на 10 000 души. Всички области надвишават средния за страната показател, с изключение на Враца, където са отчетени 5,7 бр.

За качеството на предоставяните медицински услуги основно значение има и осигуреността със специалисти по здравни грижи в болничната и извънболничната здравна система. Данните за тези показатели в Северозападния район за планиране са следните:

Осигуреност с медицински специалисти по здравни грижи на 10 000 души население

Области	Медицински специалисти по здравни грижи в ЛЗБП	Медицински специалисти по здравни грижи в ЛЗИБП
България	**38,4**	**9,2**
Северозападен район	**42,6**	**7,4**
Видин	20,7	8,7
Враца	41,9	5,8
Ловеч	35,3	5,0
Монтана	41,1	4,2
Плевен	55,4	10,9

Данни: НЦОЗА

Данните показват, че по отношение на специалисти по здравни грижи в лечебни заведения за болнична помощ на ниво район е осигурена добра кадрова обезпеченост (42,6 специалисти на 10 000 души) в сравнение със средния за страната показател (38,4). Въпреки това се отчита неравномерност при разпределението им по области. Област Плевен е с най-добра осигуреност от 55,4 бр., а по-ниска от средната се забелязват в Ловеч (35,3) и Видин (20, 7 – два пъти по ниска от средния за района показател). Наблюдава се неравномерно разпределение и на специалисти по здравни грижи в лечебни заведения за извънболнична помощ. На ниво район и области показателите са значително по-ниски от средния за страната (9,2), с изключение на Плевен, където осигуреността е 10,9 бр. на 10 000 души. Най-ниските показатели спрямо България са в Ловеч (5,0) и Монтана (4,2) – около два пъти по-ниски.

7. Изводи и заключения

Така представените данни ясно показват основните дефицити на медицински специалисти в района и в отделните области, като към тях следва да се добавят и медицински специалисти по Онкология и Анестезиология и интензивно лечение. Общопрактикуващите лекари в областта са общо 499, като тяхното разпределение също е неравномерно и концентрирано в област Плевен. Поради неблагоприятното географско положение, липсата на работни места и тенденциозното обезлюдяване на селските райони, разпределението на лекари е неравномерно и концентрирано в градовете. Някои малки и труднодостъпни населени места нямат разкрити практики, а в други съотношението лекар към населението, което обслужва, значително надвишава 1:1 000.

Основните общи проблеми на Северозападния район в здравното обслужване в болничната помощ и стационарните социални заведения са:

- Остаряла материална база и оборудване, която изисква последователни инвестиции, за да гарантира относително съвременни условия за болнично обслужване. В много от лечебните заведения трудно са покриват изискванията на медицинските стандарти,

има недостиг на медицински специалисти и липсват съвременни, модерни медицински апарати.

- Липсва финансова устойчивост на дружествата. Това е като цяло национален проблем, но като един от най-бедните статистически райони, е още по-виден в Северозапада. Основните причини са недофинансиране на клиничните пътеки, голям брой здравно неосигурени лица, които получават медицински обслужване за сметка на дружествата, невъзможност поради ограничените човешки и технически ресурси за въвеждане на високоспециализирана и високоплатена дейност в лечебните заведения.

Водещи причини за смърт в района са на първо място болести на органите на кръвообращението (61% от всички починали), следвани от новообразувания (14% от всички починали) и болести на дихателната система (5% от всички починали).

С оглед на това и съобразно спецификите на отделните области, включени в състава на Северозападния район за планиране, се идентифицират и различни локални проблеми, които на ниво регион могат да бъдат обобщени по следния начин:

1. Сърдечно- и мозъчно-съдовите заболявания:
   a. Недостатъчни, в напреднала възраст и неравномерно разпределени в региона медицински специалисти;
   b. Липса на програми за промоция на здравето и профилактика на сърдечно-съдовите заболявания;
   c. Недостатъчна апаратурна обезпеченост за реакция при възникване на спешни и животозастрашаващи състояния на гражданите.
2. Онкологични заболявания:
   a. Остаряла материално-техническа база и недостатъчно развити центрове за ранна онкологична диагностика и лечение;
   b. Недостатъчен брой медицински специалисти с профилна специалност „Медицинска онкология“ и други профилни специалности;
   c. Липса на програми за промоция на здравето, скрининг и профилактика на онкологичните заболявания и за подкрепа на пациенти с онкологични заболявания и техните семейства.
3. Психично здраве:
   a. Остаряла и амортизирана материално-техническа база;
   b. Необходимост от ускоряване на процеса по деинституционализация на психиатричната помощ в страната и създаване на нов тип биопсихосоциални услуги;
   c. Недостатъчен брой медицински специалисти;
4. Извънболнична медицинска помощ и общопрактикуващи лекари:
   a. Неравномерно разпределение на структурите и лекарите в региона и по области. Необходимост от подобряване на връзките между общопрактикуващите лекари, извънболничните и болничните лечебни заведения;
   b. Необходимост от осигуряване на възможности за повишаване на квалификацията;
   c. Недостатъчно добра обезпеченост с медицинска апаратура;

В допълнение, на територията на района има значителен недостиг на структури за оказване на палиативни грижи за деца и възрастни, както и за продължително лечение и рехабилитация.

8. Възможности за подобряване на здравното обслужване и преодоляване на идентифицираните дефицити

За решаване на така идентифицираните слабости и проблеми на здравната система е необходимо провеждане на целенасочени, конкретни и ясни политики и реформи както на

национално, така и на регионално ниво. За осигуряване на необходимото финансиране ще бъдат използвани европейските структурни и инвестиционни фондове и националния бюджет. С оглед на възможности за европейско финансиране, съгласно допустимите дейности и правила на отделните програми, се предвижда реализирането на следните инвестиции:

8.1. План за възстановяване и устойчивост – с подготвените инвестиционни проекти от страна на Министерството на здравеопазването, ще бъдат реализирани проекти, насочени към подобряване на достъпа на населението до медицински услуги и повишаване на възможностите на лечебните заведения за диагностика и лечение на социално значими заболявания, както и ще бъдат извършени инвестиции в малки населени места в областите, чрез които ще се подкрепи и осигури извънболнична медицинска помощ на европейско ниво. По-конкретно, предвидените интервенции в Северозападния район на планиране са насочени към:

a. Подобряване на диагностиката и лечението на съдови заболяване чрез изграждане на мозъчно-съдови центрове за ендоваскуларно лечение;
b. Изграждане на основна оперативна база и осигуряване на медицински хеликоптер за оказване на своевременна спешна медицинска помощ на територията на целия регион;
c. Изграждане на регионална структура на Националния мултидисциплинарен скринингов център за провеждането на масов скрининг, както и дейности по превенция и профилактика на социално-значими болести;
d. Осигуряване на възможност за техническо обновяване и осигуряване на нова, съвременна медицинска апаратура за комплексно лечение на пациенти с онкологични заболявания;
e. Обновяване на медицинската апаратура в системата на педиатричните грижи и осигуряване на съвременни условия за диагностика и лечение на деца;
f. Обновяване на материално-техническата база на всички структури от психиатричната помощ на територията на Северозападния район на планиране;
g. Изграждане на амбулатории в малки населени места, чрез обновяване на материалната база и осигуряване на необходимата медицинска апаратура;

8.2. Програма REACT - с цел осигуряване на достъп до болнично лечение на населението от Северозападния район на страната и привеждането на здравната ни система в готовност, в случай на задълбочаване на епидемичната криза, ще бъдат структурирани и поддържани в готовност специализирани звена за лечение и наблюдение на пациенти с COVID-19. Чрез извършване на целенасочени инвестиции ще бъдат осигурени качество и безопасност на дарената кръв и кръвните продукти. По-конкретно, предвидените интервенции в Северозападния район на планиране са насочени към:

a. укрепване на капацитета на структурите за лечение на инфекциозни заболявания с фокус върху COVID-19 болните, чрез извършване на инвестиции в материалната база на лечебните заведения в региона и закупуване на медицинска апаратура;
b. подкрепа за извънболничната помощ за създаване на ковид зони и осигуряване на по-добър достъп до специализирана медицинска помощ на пациенти с ковид и други инфекциозни заболявания, чрез предоставяне на медицинска апаратура за нуждите разкритите ковид зони;

8.3. Програмата „Развитие на регионите“ 2021-2027. Приоритетите, които ще се реализират в сектор „Здравеопазване“ с финансовата подкрепа на програмата са насочени към изграждане на стабилни и ясни връзки между извънболничната и болничната помощ, засилване на мерките за профилактика и превенция и осигуряване на възможности за долекуване и рехабилитация. Предвижда се увеличаване на възможностите за профилактика, ранна диагностика и лечение на социално-значими заболявания в отдалечени райони, чрез

подкрепа на общопрактикуващи лекари в Северозападния район и провеждане на целенасочени информационни кампании за промоция на здравословния начин на живот и за профилактика на заболяванията. В областта на онкологичните заболявания основно вниманието ще бъде насочено към ранна диагностика, лечение и проследяване на колоректалния рак, рак на стомаха, простатата, гърдата и шийката на матката. За целта ще бъдат реализирани интервенции в държавни и общински лечебни заведения, притежаващи съответното ниво на компетентност на структурите и осигуреност с медицински специалисти. С осигуреното финансиране по програмата, ще бъдат изградени центрове за палиативни грижи и гериатрия, с което ще се подобри в значителна степен нивото на оказваните здравно-социални услуги в региона.

8.4. Програма „Развитие на човешките ресурси“ 2021 – 2027. С финансовата подкрепа на програмата, ще бъдат реализирани политиката за осигуряване и развитие на човешките ресурси в здравеопазването изисква инвестиции в човешките ресурси в 3 основни направления:

c. Инвестиции в медицинското образование и професионалното обучение в здравеопазването;
d. Инвестиции в следдипломното обучение в системата на здравеопазването;
e. Инвестиции в създаването на мотивация на медицинските специалисти за работа в България и за стимулиране на професионалната им реализация в труднодостъпни и отдалечени райони на страната.

Обучението на медицинските специалисти следва да е обвързано със здравните потребности на населението и необходимостта от осигуряване на оптимално съотношение между отделните категории медицински персонал. В тази връзка е необходимо полагане на целенасочени усилия и инвестиране в създаването на условия за увеличаване броя на приеманите студенти по специалност „медицинска сестра“ и повишаване интереса на младите хора към придобиване на тази професионална квалификация, за да може образователната система в средносрочен и дългосрочен план да започне да отговаря на идентифицираните потребности на здравната система от този вид медицински специалисти. Съществена част от професионалното развитие на медицинските специалисти е следдипломното обучение, което включва 1) обучение за придобиване на специалност и 2) продължаващо медицинско обучение. С цел преодоляване на наличния териториален дисбаланс на медицинските специалисти е необходимо създаване на стимули за работа в определени райони на страната, включително чрез използване на фондовете на ЕС и национално финансиране. Мерките за стимулиране на професионална реализация на медицинските специалисти в определени райони на страната могат да бъдат разделени на 2 групи – стимулиране на медицински специалисти с базова квалификация (без специалност) и стимулиране на лица с придобита конкретна специалност (Педиатрия, Инфекциозни болести, Обща и клинична патология, Обща медицина и пр.).

8.5. Програми с национално финансиране. Основен приоритет ще бъде изграждането на Националната здравно-информационна система. Това ще изведе до ново ниво предлаганите здравни услуги на населението, както и ще позволи въвеждането на нови такива, за които е от основно значение наличието и функционирането на модерна здравна информационна система. НЗИС следва да бъде гръбнакът на информационните системи в сектор „Здравеопазване“, който ще бъде основата за интеграцията с всички системи, обслужващи здравните и административните процеси, като ще бъде осигурена възможност за постигане на прозрачност в управлението на финансовите разходи, както и дейностите по организация, контрол, планиране и прогнозиране в системата на здравеопазването, възможност за оценка на качеството и безопасността на медицинското обслужване.

Приложение № 3

СЕВЕРЕН ЦЕНТРАЛЕН РЕГИОН

Общ преглед на региона:

Северният централен регион се формира от областите Велико Търново, Габрово, Русе, Разград и Силистра (ниво NUTS 3). В района има 36 общини.

Площта на района е 14 974 кв. км, съставляваща 13.49 % от територията на страната. Районът граничи на север с Република Румъния, на изток със Североизточния район, на юг с Югоизточния район и на запад със Северозападния район.

Към 31.12.2021 г. броят на населението на района е 861 112 души или 11 % от населението на страната. Най-висока гъстота на населението района се отчита в област Русе, а най-ниска в област Силистра.

Райони и области	Брой на населението
БЪЛГАРИЯ	**6 838 937**
Северен централен район	750 795
Велико Търново	225 674
Габрово	103 404
Разград	107 764
Русе	209 084
Силистра	104 869

Структурата на населението според преброяването от 2021 г. показва, че населението на Северния централен район за планиране е в тенденция на прогресивно застаряване, като делът над 65-годишна възраст достига 24,52 % от общото население. Тези данни показват ясна тенденция към застаряване, както и частично обясняват причините за обезлюдяване на малките населени места и селата.

Относителен дял на бедните спрямо линията на бедността е 18,5 %, което е значително по-ниско от националното ниво, където процентът е 22,1 % (по данни от НСИ за 2021 г.).

Структура на населението в Северен централен район:

Район	Отношение на населението на възраст под 15 и на 65 и повече години към населението на възраст от 15 до 64 години	Отношение на населението на възраст 65 и повече години към населението на възраст от 15 до 64 години
Северен централен	**60.0**	**39.2**
Велико Търново	58.7	38.2
Габрово	68.8	49.2
Разград	56.4	35.0
Русе	57.9	37.5
Силистра	62.6	40.1

Относителен дял на бедните спрямо линията на бедността в Северен централен район:

Район / област	Относителен дял от населението
Средно за страната	22.1
Северен централен	18.5
Велико Търново	20.4
Габрово	11.1
Разград	15.1
Русе	25.0
Силистра	10.2

По-подробни данни за демографските характеристики на района могат да бъдат намерение в Приложение № 10 и № 11.

1. Картографиране на областите в рамките на Северния централен район за планиране

В рамките на района попадат 5 области.

1. Област Велико Търново
2. Област Габрово
3. Област Разград
4. Област Русе
5. Област Силистра

Системата на здравеопазването в СЦР е сравнително добре изградена, с развита мрежа от здравни заведения. На територията на района към 31.12.2021 г. функционират 35 лечебни заведения за болнична помощ с 5 476 легла, 237 лечебни заведения за извънболнична помощ с 99 легла и 18 други лечебни и здравни заведения с 59 легла. В района има 17 многопрофилни болници, 13 специализирани болници, 2 центрове за психично здраве, 2 комплексни онкологични центрове, 11 диагностично-консултативни центрове, 66 медицински центрове, 6 дентални центрове, 153 самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории, 5 центрове за спешна медицинска помощ и 23 филиали за спешна медицинска помощ.

Заведения	**Велико Търново**		**Габрово**		**Разград**		**Русе**		**Силистра**	
	Брой	**Легла**	**Брой**	**Легла**	**Брой**	**Легла**	**Брой**	**Легла**	**Брой**	**Легла**
Лечебни заведения за болнична помощ	**13**	**1 576**	**7**	**905**	**3**	**553**	**9**	**1 966**	**3**	**476**
Многопрофилни болници	4	769	4	542	3	553	3	1 192	3	476
Специализирани болници	6	531	3	363	-	-	4	508	-	-
Лечебни заведения за извънболнична помощ	**69**	**45**	**42**	**14**	**25**	**11**	**70**	**20**	**31**	**9**
Диагностично-консултативни центрове	3	13	3	10	1	-	3	15	1	5
Медицински центрове	28	32	13	4	7	11	15	4	3	4
Дентални центрове	2	-	1	-	-	-	3	-	-	-
Медико-дентални центрове	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории	36	-	25	-	17	-	48	-	27	-
Други лечебни и здравни заведения	**5**	**25**	**3**	**24**	**3**	**6**	**4**	**4**	**3**	**-**

На територията на района са регистрирани 281 аптеки, като най-голяма обезпеченост има в област Русе – 101. Най-ограничен е достъпът до аптеки в област Разград, където са разкрити само 25. В област Русе има значителна неравномерност на разпределението им – от 101 аптеки, 79 се намират на територията на гр. Русе. Общините в региона без разкрити аптека са Сухиндол (обл. Велико Търново), Самуил (обл. Разград), Иваново (обл. Русе), Кайнарджа и Ситово (обл. Силистра). Сборно, това се равнява на 26 355 души без директен достъп до аптека – най-високия спрямо всички райони в страната.

2. Картографиране на целевите групи от населението и техните специфични нужди:

2.1. Възрастното население и хората с нисък социално-икономически статус;

2.2. Деца:
- от 0-18 години;
- деца с физически и умствени увреждания и невро-рискови деца;

2.3. Палиативни пациенти;
2.4. Пациенти, нуждаещи се от продължително лечение и рехабилитация;
2.5. Лица с физически и умствени увреждания;
2.6. Лица с психически заболявания.

3. Картографиране на критични процеси в грижата за индивидуални здравни и социални проблеми

3.1. Интеграция и координация на грижите в общността:
a. Медицинска помощ (хоризонтална и вертикална)
b. Здравеопазване и социални грижи
c. Дългосрочни грижи

Ако не е посочено друго, установените нужди и проблеми са свързани с избрани процеси съгласно ВЪПРОСНИК ВЪРХУ ЗДРАВНИТЕ НУЖДИ И ИНВЕСТИЦИИ България — Хърватия — Словения ЕС-27: сърдечно-съдови заболявания и диабет, психично здраве, злокачествени заболявания, грижи за деца и младежи, спешна медицина, избираеми процедури, дентална медицина, интервенция във физическата медицина и рехабилитация.

Съгласно събраната информация от областите, влизащи в Северен централен район за планиране, като обща слабост се констатира трудният достъп до медицинска помощ на населението в отдалечените и труднодостъпни места, произтичащо от планинския релеф на региона, недоброто състояние на второкласните и третокласните пътища.
Понастоящем здравните и социалните грижи на национално равнище са отделни и социалните и здравните работници нямат разработени процедури за комуникация помежду си.

В Северен централен регион се наблюдава хронична липса на лекари, недостатъчен капацитет на болниците, както и липса на съвременно медицинско оборудване. Това е особено отчетливо в областите Силистра, Разград, Русе, Велико Търново. Област Русе продължава да е сред областите с най-голям недостиг на общопрактикуващи лекари. Един лекар в областта отговаря за над 2 100 човека, при средно за страната от малко над 1 600 души на лекар. Броят на специалистите спрямо населението също е по-нисък от този в останалите области. Подобна е ситуацията в област Велико Търново, където здравеопазването продължава да страда от недостиг на лекари, както общопрактикуващи, така и специалисти. През последните две години в област Силистра се отчитат едни от най-високите коефициенти на детска смъртност. При общо починали 35 деца до една годишна възраст в района, в област Силистра броят е 10. Трудности има със здравеопазването сред част от ромския етнос, където все още се наблюдават силно негативни процеси, свързани с високия процент на неосигурените лица, честата липса на личен лекар, висок процент на заразните заболявания, висока степен на инвалидност, честа липса на регистрации за бременност, недостатъчния брой имунизации, невъзможност да се ползва стоматолог и др. Например ако самоопределящите се като роми в област Силистра са 5,1% от населението на областта, то при регистрираните болни от заразни заболявания относителният дял на ромите е 22,4%.

В Северния централен район липсват специалисти и структури, които да се грижат психичното здраве на децата. Подкрепата на деца и млади хора с проблеми с психичното здраве е застрашено поради лошото географско разпространение на детски психиатри и клинични психолози. Друга слабост е липсата на програми за превенция на рисковото поведение сред младите хора. Училищната програма не предполага развитие на житейски умения свързани с превенция на рисковото поведение, включващо теми от съзряването, партньорските отношения, ранните бременности и аборти, последиците от сексуално предавани инфекции.

По отношение на причините за смърт в региона, на първо място са Болести на органите на кръвообращението, следвани от Новообразувания и Болести на дихателната система. Водещите причини за смърт в Северен централен район за планиране са характери за цялата страната, като следва да се отбележи, че стойностите са по-високи от средните за страната. Например, средният брой починали на 100 000 от Болести на органите на кръвообращението в региона е 1 341.2 спрямо 1 163.2 за страната, от Новообразувания в региона е 271.4 спрямо 250,4 за страната, от Болести на дихателната система е 168.6 спрямо 99,0 за страната. По-подробна информация може да бъде открита в Приложение № 12.

Друг съществен проблем, характерен за целия регион е липсата на детски психиатри, както и старата и амортизирана материално-техническа база на психиатричните структури. Медицинският персонал в тях има необходимост от осигуряване на възможности за повишаване на квалификацията и уменията си.

За решаване на така идентифицираните проблеми могат да се предложат следните мерки:

- развитие на електронното здравеопазване, чрез интеграция на отделните информационни системи;
- модернизация и разширяване на възможностите на болничната и извънболничната медицинска помощ за ранна диагностика и лечение на пациенти със заболявания, по основните причини за смърт;
- изграждане и развитие на структури и центрове за гериатрични и палиативни грижи;
- създаване на стимули за разкриване на практики на общопрактикуващите лекари и на структури от извънболничната помощ в отдалечени и труднодостъпни места;
- развитие и модернизиране на психиатричната помощ, чрез целенасочени инвестиции в материално-техническата база на съществуващите структури и осигуряване на обучение и възможности за повишаване на квалификацията на медицинския персонал в тях;
- създаване на нови услуги, в съответствие с Национална стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030 г.;
- осигуряване на ново оборудване за предоставяне на съвременна диагностика и профилактика;
- въвеждане на първи стъпки в телемедицина и теледиагностика.

4. Програми, проекти и дейности, които оказват значително въздействие върху установените проблеми:

Министерството на здравеопазването на Република България изпълнява редица национални проекти, финансирани по оперативните програми на страната и насочени към подобряване на достъпа и качеството на медицинското обслужване в страната и Северен централен район за планиране. Такива са:

По Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014 – 2020 г.:

Проект „Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ“:

Основна цел на проекта: обновяване и модернизация на сградния фонд и оборудването в системата на спешната помощ на територията на цялата страна - спешните отделения на 34 лечебни заведения за болнична помощ, 27 Центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и разкритите към тях 170 филиали (ФСМП) и 6 изнесени екипа.

В изпълнение на проекта, ще бъдат обхванати 5 центъра за спешна медицинска помощ, 26 филиала за спешна медицинска помощ и 5 спешни отделения на територията на Северен централен район.

Проект „Изграждане на инфраструктура за предоставяне на специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания“:

Основната цел на проекта е да се подобри регионалната социална инфраструктура, свързана с процеса на деинституционализация на деца чрез изграждането на инфраструктурата за резидентните интегрирани здравно-социални услуги в общността, които

ще осигурят условия за замяна на институционалната грижа за децата с увреждания с отглеждане в среда близка до семейната, съобразена със специфичните им потребности.

Предвижда се изграждането на 26 центъра, предлагащи резидентни здравно-социални услуги за деца с увреждания и високо-рисково поведение, от които 6 ще бъдат разположени на територията на Северен централен район за планиране.

По Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014 – 2020 г.:

Проект „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“:

Основната цел на проекта е подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ, чрез инвестиции в човешкия капитал и подобряване знанията и уменията на персонала от системата за спешна медицинска помощ чрез продължаващо обучение.

В Северния централен район за планиране проектът ще се реализира чрез провеждане на обучение на всички медицински специалисти от структурите на ЦСМП, ФСМП и спешните отделения в лечебните заведения за болнична помощ, разкрити на територията му.

Проект „Специализация в здравеопазването”:

Основна цел на проекта е подпомогне повишаването на професионалния капацитет на обучаващите се специализанти и осигуряването на по-качествени здравни услуги, чрез подобряване достъпа на специализанти за придобиване на специалност в системата на здравеопазването (лекари-специализанти, лекари по дентална медицина - специализанти, специализиращи медицински сестри и акушерки) и разширяване възможностите за повишаване на знанията и уменията им.

5. Анализ на осигуреността с болнични легла по ключови медицински специалности в отделните областни на Северния централен район за планиране

СЕВЕРЕН ЦЕНТРАЛЕН РАЙОН (NUTS 2)			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) / недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	167	167	0
Гастроентерология	127	142	15
Ендокринология и болести на обмяната	82	74	-8
Инфекциозни болести	105	85	-20
Кардиология	424	476	52
Лъчелечение	78	74	-4
Нервни болести	385	387	2
Пневмология и фтизиатрия	392	497	105
Неврохирургия	39	32	-7
Съдова хирургия	54	48	-6
Педиатрия	381	392	11
Продължително лечение	383	501	118
Палиативни грижи	30	100	70
Психиатрия	758	750	-8
Детска психиатрия	0	0	0

От наличните данни е видно, че по ключовите медицински дейности в Северния централен район на планиране има повече разкрити болнични легла от необходимия брой по инфекциозни болести, ендокринология и болести на обмяната. Недостиг се констатира по отношение на леглата за пневмология и фтизиатрия, педиатрия, продължително лечение и палиативни грижи. Така посочените данни са обобщени и не дават детайлна информация за ситуацията в отделните области, включени в състава на района.

По-конкретно, в отделните области от Северния централен район на планиране, данните са:

5.1. Област Велико Търново

СЕВЕРЕН ЦЕНТРАЛЕН РАЙОН (NUTS 2)

Медицински дейности по видове:	Брой разкрити легла	Необходим брой легла	Излишък (-) / недостиг (+) на разкрити легла
Анестезиология и интензивно лечение	55	61	6
Гастроентерология	58	57	-1
Ендокринология и болести на обмяната	33	30	-3
Инфекциозни болести	43	36	-7
Кардиология	170	175	5
Лъчелечение	34	34	0
Нервни болести	142	140	-2
Пневмология и фтизиатрия	90	109	19
Неврохирургия	14	11	-3
Съдова хирургия	12	13	1
Педиатрия	80	106	26
Продължително лечение	66	147	81
Палиативни грижи	8	30	22
Психиатрия	200	200	0
Детска психиатрия	0	0	0

Данните показват ясно недостигът на разкрити легла по отношение на пенвмология и фтизиатрия, педиатрия, продължително лечение и палиативни грижи. Излишъкът от легла е минимален и може да се приеме, че за останалите водещи медицински специалности, броят отговаря на нуждите. В цялата област няма разкрити легла за детска психиатрия, а поради липсата на действащата такава структура, към момента не може да се определи и конкретната нужда от тях[23].

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.2. Област Габрово

СЕВЕРЕН ЦЕНТРАЛЕН РАЙОН (NUTS 2)			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) / недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	18	21	3
Гастроентерология	19	18	-1
Ендокринология и болести на обмяната	11	7	-4
Инфекциозни болести	20	16	-4
Кардиология	50	59	9
Лъчелечение	0	0	0
Нервни болести	51	51	0
Пневмология и фтизиатрия	123	145	22
Неврохирургия	0	0	0
Съдова хирургия	2	2	0
Педиатрия	66	67	1
Продължително лечение	199	68	-131
Палиативни грижи	12	14	2
Психиатрия	118	110	-8
Детска психиатрия	0	0	0

От събраната информация може да се заключи, че в област Габрово броят на болничните легла по водещите медицински специалности е почти напълно оптимизиран. Не се наблюдават значително отклонения между броя на разкритите и идентифицираната нужда от болнични легла, с изключение на пневмологията и фтизиатрията, където има по-значим недостиг и на леглата за продължително лечение, където се наблюдава голям излишък. Това се дължи на действащите специализирани лечебни заведения - Многопрофилна болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация - Дряново" ЕООД, гр. Дряново и

[23] Дейностите по детска психиатрия се планират и изпълняват на регионално ниво

Детска специализирана болница за продължително лечение и рехабилитация на белодробни болести "Царица Йоанна" ЕООД, гр. Трявна. Друга важна особеност е липсата на структури за лъчелечение, неврохирургия и детска психиатрия в областта, което налага населението да търси такъв тип специализирани медицински услуги в съседни области[24]. В цялата област няма разкрити легла за детска психиатрия, а поради липсата на действащата такава структура, към момента не може да се определи и конкретната нужда от тях.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.3. Област Разград

СЕВЕРЕН ЦЕНТРАЛЕН РАЙОН (NUTS 2)			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) / недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	22	15	-7
Гастроентерология	14	18	4
Ендокринология и болести на обмяната	6	4	-2
Инфекциозни болести	10	5	-5
Кардиология	45	48	3
Лъчелечение	0	0	0
Нервни болести	64	52	-12
Пневмология и фтизиатрия	48	53	5
Неврохирургия	0	0	0
Съдова хирургия	0	0	0
Педиатрия	62	52	-10
Продължително лечение	70	82	12
Палиативни грижи	0	14	14
Психиатрия	40	40	0
Детска психиатрия	0	0	0

В област Разград се наблюдава минимален излишък на разкрити болнични легла в по-голямата част от водещите медицински специалности. Основният недостиг е по отношение на леглата за продължително лечение и палиативни грижи, като от последните няма разкрито нито едно легло на територията на областта. Липсват разкрити структури и по лъчелечение, неврохирургия, съдова хирургия и детска психиатрия, като поради това, към момента не може да се определи и конкретната нужда от тях[25].

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.4. Област Русе

СЕВЕРЕН ЦЕНТРАЛЕН РАЙОН (NUTS 2)			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) / недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	58	51	-7
Гастроентерология	26	32	6
Ендокринология и болести на обмяната	22	26	4
Инфекциозни болести	17	18	1
Кардиология	122	144	22

[24] Дейностите по лъчелечение, неврохирургия и детска психиатрия се планират и изпълняват на регионално ниво

[25] Дейностите по лъчелечение, неврохирургия, съдова хирургия и детска психиатрия се планират и изпълняват на регионално ниво

Лъчелечение	44	40	-4
Нервни болести	77	86	9
Пневмология и фтизиатрия	95	147	52
Неврохирургия	25	21	-4
Съдова хирургия	40	33	-7
Педиатрия	101	105	4
Продължително лечение	18	136	118
Палиативни грижи	10	28	18
Психиатрия	385	385	0
Детска психиатрия	0	0	0

За разлика от област Разград, в област Русе има разкрити структури и болнични легла от всички водещи медицински специалности, с изключение на детската психиатрия. Основно недостиг на леглата се наблюдава по отношение на кардиологията, пневмологията и фтизиатрията, продължителното лечение и палиативните грижи. Известен излишък се отчита при леглата за анестезиология и интензивно лечение и съдова хирургия[26].

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.5. Област Силистра

СЕВЕРЕН ЦЕНТРАЛЕН РАЙОН (NUTS 2)			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) / недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	14	19	5
Гастроентерология	10	17	7
Ендокринология и болести на обмяната	10	7	-3
Инфекциозни болести	15	10	-5
Кардиология	37	50	13
Лъчелечение	0	0	0
Нервни болести	51	58	7
Пневмология и фтизиатрия	36	43	7
Неврохирургия	0	0	0
Съдова хирургия	0	0	0
Педиатрия	72	62	-10
Продължително лечение	30	68	38
Палиативни грижи	0	14	14
Психиатрия	15	15	0
Детска психиатрия	0	0	0

В област Силистра се идентифицира най-значим недостиг на легла по кардиология, продължително лечение и палиативни грижи. Недостатъчен брой са и по анестезия и интензивно лечение, гастроентерология, нервни болести и пневмология и фтизиатрия. Излишък се отчита на леглата по съдова хирургия, инфекциозни болести и ендокринология и болести на обмяната. В цялата област няма разкрити легла за детска психиатрия, а поради липсата на действащата такава структура, към момента не може да се определи и конкретната нужда от тях.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

[26] Област Русе осигурява дейности по анестезиология и интензивно лечение и съдова хирургия за покриване на потребностите на населението на целия регион

На база реалната ситуация в отделните области и обобщените данни за целия Северен централен район на планиране, може да се направят следните изводи:

1. Районът е осигурен с необходимия брой болнични легла по ключови медицински специалности, с изключение на пневмологията и фтизиатрията[27], както и на продължителното лечение, където се отчита значителен недостиг;
2. Във всички области от Северния централен район на планиране се наблюдава недостиг на легла за продължително лечение и за палиативни грижи, а в някои области и за педиатрия и пневмология и психиатрия;
3. Броят на психиатричните легла отговаря на идентифицираните нужди във всички области от района, с изключение на област Габрово;
4. Въпреки че се констатира излишък на болнични легла по инфекциозни болести, следва да се вземат предвид от една страна общата липса на такива услуги в страната, а от друга все още вирулващата пандемия от коронавирусна инфекция, което доведе до изключително изпитание цялата здравна системата.

6. Анализ на осигуреността с медицински специалисти в Северен централен район за планиране

На територията са регистрирани общо 2 518 лекари, 607 лекари по дентална медицина и 4 413 медицински специалисти по здравни грижи. На ниво район, един лекар обслужва 298 човека при среден показател за страната на един лекар от 231 човека, един лекар по дентална медицина обслужва 1 237 човека, при среден показател за страната на един лекар по дентална медицина от 912 човека.

Разпределението на медицинските специалисти по области в Северния централен район е сравнително равномерно, с по-голяма концентрация в областите Русе и Велико Търново и по-малка в областите Силистра и Разград. Изключение може да се посочи по отношение на лекарите по дентална медицина, където се наблюдава по-висока концентрация в област Велико Търново – над 34 % от всички специалисти в района, спрямо област Разград, където са по-малко от 10 % от всички специалисти в района.

Разпределение на медицински специалисти в Северен централен район по области

Регион на планиране	Лекари	Относителен дял от общия брой	Лекари по дентална медицина	Относителен дял от общия брой	Медицински специалисти по здравни грижи	Относителен дял от общия брой
Северен централен	**2 518**		**607**		**4 413**	
Велико Търново	742	29,47%	211	34,76%	1192	27,01%
Габрово	389	15,45%	89	14,66%	721	16,34%
Разград	297	11,80%	60	9,88%	539	12,21%
Русе	803	31,89%	181	29,82%	1439	32,61%
Силистра	287	11,40%	66	10,87%	522	11,83%

Както бе идентифицирано вече, в Северния централен район се отчита недостиг на всички категории медицински специалисти основно в областите Разград и Силистра. Същевременно, основно те са съсредоточени в областите Русе и Велико Търново, като в тези две области работят над 60 % от медицинските специалисти от района. Тези данни показват нагледно и неравномерното разпределение на лекарите, лекарите по дентална медицина и медицинските специалисти по здравни грижи, като това е и основна предпоставка за неравенството в достъпа до медицински услуги. В резултат от това, осигуреността на

[27] Потребностите се покриват от разкритите легла по вътрешни болести, на които се осъществяват дейности по пневмология и фтизиатрия

населението с медицински специалисти в различните области от региона е неравномерно и се изразява по следния начин:

Брой население, обслужвано от 1 лекар по области в Северен централен район на планиране:

Регион на планиране	Лекари	Лекари по дентална медицина
Северен централен	**298**	**1 237**
Велико Търново	304	1 070
Габрово	266	1 162
Разград	363	1 796
Русе	260	1 155
Силистра	365	1 589

При среден показател за страната от 1 лекар на 233 човека население, е видно, че стойността за целия Северен централен район от 298 човека население на 1 лекар е значително по-лошо. Единствено в област Габрово и област Русе този показател се доближава до средния за страната и е по-добър от средния за района. От друга страна, в областите Разград и Силистра, съотношението е с над 50 % по-лошо от средното за страната, съответно 1:363 и 1:365.

По отношение на осигуреността на населението с лекари по дентална медицина, отново показателят за Северния централен район (1 237) е по-лош от средния за страната (1:946). Най-добро съотношение се наблюдава в област Велико Търново, където е 1: 1070. Най-лошо е съотношението на лекарите по дентална медицина в област Разград и област Силистра, съответно 1:1 796 и 1:1589.

В структурно отношение, по отделните медицински специалности също се наблюдава неравномерна кадрова обезпеченост както като общ брой лекари, така и по разпределението им в отделните области на региона. Най-много лекари-специалисти има по медицинските специалности „Педиатрия“, „Акушерство и гинекология“ и „Кардиология“, а най-малко са лекарите със специалности „Лъчелечение“, „Нуклеарна медицина“, „Обща медицина“, „Съдебна медицина и деонтология“ и „Спешна медицина“.

Основни медицински специалности, за които няма дефицит на лекари (общо болнична и извънболнична помощ)

Област	Специалност		
	Акушерство и гинекология	Кардиология	Педиатрия
Велико Търново	39	55	47
Габрово	17	20	27
Разград	19	19	22
Русе	45	69	29
Силистра	21	18	19
Общо:	**141**	**181**	**144**

Основни медицински специалности, за които има дефицит на лекари (общо болнична и извънболнична помощ)

Област	Специалност				
	Лъчелечение	Нуклеарна медицина	Обща медицина	Спешна медицина	Съдебна медицина и деонтология
Велико Търново	3	1	0	3	1
Габрово	0	0	0	5	1
Разград	0	0	0	2	1
Русе	4	2	7	1	2
Силистра	0	0	0	4	1
Общо:	**7**	**3**	**7**	**15**	**6**

Броят на индивидуалните и груповите практики за първична медицинска помощ и осигуреността на 10 000 души населени по области в Северен централен район към 31.12. 2020 година са следните:

Области	Брой	На 10 000 население
България		**5,8**
Северен централен район	391	5,1
В. Търново	133	5,8
Габрово	66	6,2
Разград	48	4,4
Русе	95	4,5
Силистра	49	4,6

Видно от данните, се наблюдава значителна разлика в броя на разкритите индивидуални и групови практики за първична медицинска помощ в областите, влизащи в състава на Северния централен район. Като само в област Велико Търново, регистрираните такива структури формират 34 % от общия брой за целия район. Най-малко са в област Разград – около 12,5 % от общия брой в района. Въпреки тези значителни разлики като брой, относно осигуреността на населението до индивидуални и групови практики за първична медицинска помощ най-добра е ситуацията в област Габрово, а най-лоша в област Разград. Въпреки двойно по-малкия брой разкрити такива практики в област Габрово спрямо област Велико Търново, осигуреността на населението е по-добра, което се дължи на повече от два пъти по-малкото жители на габровска област.

Данните показват, че и средният брой на разкритите индивидуални и групови практики за първична медицинска помощ в Северния централен район е по-нисък от средният такъв брой за страната. Единствено в област Габрово осигуреността е по-висока от средната за страната, а в област Велико Търново е същата. За качеството на предоставяните медицински услуги основно значение има и осигуреността със специалисти по здравни грижи в болничната и извънболничната здравна система. Данните за тези показатели в Северния централен район за планиране са следните:

Осигуреност с медицински специалисти по здравни грижи на 10 000 души населени

Области	Лечебни и здравни заведения за болнична помощ	Лечебни заведения за извънболнична помощ
България	**38,4**	**9,2**
В. Търново	29,3	7,3
Габрово	39,2	11,1
Разград	28,1	4,9
Русе	44,2	9,2
Силистра	29,2	4,4

Видно от събраните данни, ситуацията с осигуреността с медицински специалисти по здравни грижи в лечебните и здравни заведения за болнична помощ спрямо населението в отделните области на Северния централен район за планиране е изключително разнородно. От една страна са областите Русе и Габрово, в които показателят е по-добър дори от средния за страната, съответно 44,2 на 10 000 човека население и 39,2 на 10 000 човека население, спрямо средно 38,4 на 10 000 човека население за страната. От друга страна са областите Разград, Силистра и Велико Търново, където показателят е значително по-нисък от средния за страната, като е под 30 на 10 000 човека население.

Аналогично е положението и по отношение на медицинските специалисти по здравни грижи в извънболничната помощ, където отново в област Габрово показателят е по-добър от средния за страната, а в област Русе е точно, колкото средният за страната. На обратният полюс са областите Силистра и Разград, където показателят е два пъти по-нисък от средния за страната.

7. Изводи и заключения

Така представените данни ясно показват основните дефицити на медицински специалисти в региона и в отделните области, като към тях следва да се добавят и медицински специалисти и по Инфекциозни болести, неврохирургия и съдова хирургия.

Основните общи проблеми на Северния централен район за планиране в сферата на здравеопазването са:

- Остаряла материална база и оборудване, която изисква последователни инвестиции, за да гарантира относително съвременни условия за болнично обслужване. В много от лечебните заведения трудно са покриват изискванията на медицинските стандарти, има недостиг на медицински специалисти и липсват съвременни, модерни медицински апарати.
- Липсва финансова устойчивост на дружествата. Това е като цяло национален проблем, но се идентифицира и лечебните заведения в Северния централен район. Основните причини са недофинансиране на клиничните пътеки, голям брой здравно неосигурени лица, които получават медицински обслужване за сметка на дружествата, невъзможност поради ограничените човешки и технически ресурси за въвеждане на високоспециализирана и високоплатена дейност в лечебните заведения.
- Недостиг на всички категории медицински персонал. Съотношението лекар-медицински професионалисти по здравни грижи за региона е 1:1,75, при минимално изискване 1:2 и оптимално 1:3. В отделните области ситуацията е дори още по-лоша, например във Велико Търново е 1:1,6.
- Водещи причини за смърт в региона са на първо място болести на органите на кръвообращението (61 % от всички починали), следвани от новообразувания (14 % от всички починали) и болести на дихателната система (5 % от всички починали).

С оглед на това и съобразно спецификите на отделните области, включени в състава на Северен централен район за планиране, се идентифицират и различни локални проблеми, които на ниво регион могат да бъдат обобщени по следния начин:

1. Сърдечносъдовите заболявания:
    a. Недостатъчни, в напреднала възраст и неравномерно разпределени в региона медицински специалисти;
    b. Липса на програми за промоция на здравето и профилактика на сърдечно-съдовите заболявания;
    c. Недостатъчна апаратурна обезпеченост за реакция при възникване на спешни и животозастрашаващи състояния на гражданите.
2. Онкологични заболявания:
    a. Остаряла материално-техническа база и недостатъчно развити центрове за ранна онкологична диагностика и лечение;
    b. Недостатъчен брой медицински специалисти с профилна специалност „Медицинска онкология“ и други профилни специалности;
    c. Липса на достатъчно разкрити структури за съвременно лъчелечение;
    d. Липса на програми за промоция на здравето, профилактика на онкологичните заболявания и за подкрепа на пациенти с онкологични заболявания и техните семейства.
3. Психично здраве:
    a. Остаряла и амортизирана материално-техническа база;
    b. Необходимост от ускоряване на процеса по деинституционализация на психиатричната помощ в страната и създаване на нов тип услуги;
    c. Недостатъчен брой медицински специалисти;
4. Извънболнична медицинска помощ и общопрактикуващи лекари:

a. Неравномерно разпределение на структурите и лекарите в региона и по области. Необходимост от подобряване на връзките между общопрактикуващите лекари, извънболничните и болничните лечебни заведения;
b. Необходимост от осигуряване на възможности за повишаване на квалификацията;
c. Недостатъчно добра обезпеченост с медицинска апаратура;

В допълнение, на територията на региона има значителен недостиг на структури за оказване на палиативни грижи за деца и възрастни, както и за продължително лечение и рехабилитация.

8. Възможности за подобряване на здравното обслужване и преодоляване на идентифицираните дефицити

За решаване на така идентифицираните слабости и проблеми на здравната система е необходимо провеждане на целенасочени, конкретни и ясни политики и реформи както на национално, така и на регионално ниво. За осигуряване на необходимото финансиране ще бъдат използвани европейските структурни и инвестиционни фондове и националния бюджет. С оглед на възможности за европейско финансиране, съгласно допустимите дейности и правила на отделните програми, се предвижда реализирането на следните инвестиции:

8.1. План за възстановяване и устойчивост – с подготвените инвестиционни проекти от страна на Министерството на здравеопазването, ще бъдат реализирани проекти, насочени към подобряване на достъпа на населението до медицински услуги и повишаване на възможностите на лечебните заведения за диагностика и лечение на социално значими заболявания, както и ще бъдат извършени инвестиции в малки населени места в областите, чрез които ще се подкрепи и осигури извънболнична медицинска помощ на европейско ниво. По-конкретно, предвидените интервенции в Северен централен район на планиране са насочени към:

a. Подобряване на диагностиката и лечението на ССЗ чрез изграждане на мозъчно-съдови центрове за ендоваскуларно лечение;
b. Изграждане на основна оперативна база и осигуряване на медицински хеликоптер за оказване на своевременна спешна медицинска помощ на територията на целия регион;
c. Изграждане на регионална структура на Националния мултидисциплинарен скринингов център за провеждането на масов скрининг, както и дейности по превенция и профилактика на социално-значими болести;
d. Осигуряване на възможност за техническо обновяване и осигуряване на нова, съвременна медицинска апаратура за комплексно лечение на пациенти с онкологични заболявания;
e. Обновяване на медицинската апаратура в системата на педиатричните грижи и осигуряване на съвременни условия за диагностика и лечение на деца;
f. Обновяване на материално-техническата база на всички структури от психиатричната помощ на територията на Северен централен район на планиране;
g. Изграждане на амбулатории в малки населени места, чрез обновяване на материалната база и осигуряване на необходимата медицинска апаратура;

8.2. Програма REACT - с цел осигуряване на достъп до болнично лечение на населението от Северен централен район на страната и привеждането на здравната **ни** система в готовност, в случай на задълбочаване на епидемичната криза, ще бъдат структурирани и поддържани в готовност специализирани звена за лечение и наблюдение на пациенти с COVID-19. Чрез извършване на целенасочени инвестиции ще бъдат осигурени качество и безопасност на дарената кръв и кръвните продукти. По-конкретно, предвидените интервенции в Северен централен район на планиране са насочени към:

a. укрепване на капацитета на структурите за лечение на инфекциозни заболявания с фокус върху COVID-19 болните, чрез извършване на инвестиции в материалната база на лечебните заведения в региона и закупуване на медицинска апаратура;
b. подкрепа за извънболничната помощ за създаване на ковид зони и осигуряване на по-добър достъп до специализирана медицинска помощ на пациенти с ковид и други инфекциозни заболявания, чрез предоставяне на медицинска апаратура за нуждите разкритите ковид зони;

8.3. Програмата „Развитие на регионите“ 2021-2027. Приоритетите, които ще се реализират в сектор „Здравеопазване“ с финансовата подкрепа на програмата са **насочени** към изграждане на стабилни и ясни връзки между извънболничната и болничната помощ, засилване на мерките за профилактика и превенция и осигуряване на възможности за долекуване и рехабилитация. Предвижда се увеличаване на възможностите за профилактика, ранна диагностика и лечение на социално-значими заболявания в отдалечени райони, чрез подкрепа на общопрактикуващи лекари в Северен централен район и провеждане на целенасочени информационни кампании за промоция на здравословния начин на живот и за профилактика на заболяванията. В областта на онкологичните заболявания основно вниманието ще бъде насочено към ранна диагностика, лечение и проследяване на колоректалния рак, рак на стомаха, простатата, гърдата и шийката на матката. За целта ще бъдат реализирани интервенции в държавни и общински лечебни заведения, притежаващи съответното ниво на компетентност на структурите и осигуреност с медицински специалисти. С осигуреното финансиране по програмата, ще бъдат изградени центрове за палиативни грижи и гериатрия, с което ще се подобри в значителна степен нивото на оказваните здравно-социални услуги в региона.

8.4. Програма „Развитие на човешките ресурси“ 2021 – 2027. С финансовата подкрепа на програмата, ще бъдат реализирани политиката за осигуряване и **развитие** на човешките ресурси в здравеопазването изисква инвестиции в човешките ресурси в 3 основни направления:

a. Инвестиции в медицинското образование и професионалното обучение в здравеопазването;
b. Инвестиции в следдипломното обучение в системата на здравеопазването;
c. Инвестиции в създаването на мотивация на медицинските специалисти за работа в България и за стимулиране на професионалната им реализация в определени райони на страната.

Обучението на медицинските специалисти следва да е обвързано със здравните потребности на населението и необходимостта от осигуряване на оптимално съотношение между отделните категории медицински персонал. В тази връзка е необходимо полагане на целенасочени усилия и инвестиране в създаването на условия за увеличаване броя на приеманите студенти по специалност „медицинска сестра“ и повишаване интереса на младите хора към придобиване на тази професионална квалификация, за да може образователната система в средносрочен и дългосрочен план да започне да отговаря на идентифицираните потребности на здравната система от този вид медицински специалисти. Съществена част от професионалното развитие на медицинските специалисти е следдипломното обучение, което включва 1) обучение за придобиване на специалност и 2) продължаващо медицинско обучение. С цел преодоляване на наличния териториален дисбаланс на медицинските специалисти е необходимо създаване на стимули за работа в определени райони на страната, включително чрез използване на фондовете на ЕС и национално финансиране. Мерките за стимулиране на професионална реализация на медицинските специалисти в определени райони на страната могат да бъдат разделени на 2 групи – стимулиране на медицински специалисти с базова квалификация (без специалност) и стимулиране на лица с придобита конкретна специалност (Педиатрия, Инфекциозни болести, Обща и клинична патология, Обща медицина и пр.).

8.5. Програми с национално финансиране. Основен приоритет ще бъде изграждането на Националната здравно-информационна система. Това ще изведе до ново ниво предлаганите здравни услуги на населението, както и ще позволи въвеждането на нови такива, за които е от основно значение наличието и функционирането на модерна здравна информационна система. НЗИС следва да бъде гръбнакът на информационните системи в сектор „Здравеопазване“, който ще бъде основата за интеграцията с всички системи, обслужващи здравните и административните процеси, като ще бъде осигурена възможност за постигане на прозрачност в управлението на финансовите разходи, както и дейностите по организация, контрол, планиране и прогнозиране в системата на здравеопазването, възможност за оценка на качеството и безопасността на медицинското обслужване.

Приложение № 4

СЕВЕРОИЗТОЧЕН РАЙОН НА ПЛАНИРАНЕ

Общ преглед на район:

Североизточния район за планиране има площ от 14 487 кв. км (13% от общата площ на Република България), в която според данни от 2020 г. има 922 230 жители, като се отчита намаление спрямо преброяването от 2011 г., когато в района са живели 961 965 човека.
Най-голям брой жители живеят в област Варна – 470 124, 48% от населението на целия район – а област Търговище отчита най-малък брой – 110 027, спрямо данни от 2020 г. Тази неравномерност в разпределението на района по области се отразява и на структурната и кадровата обезпеченост на Североизточния район.

Структурата на населението според преброяването от 2021 г. показва, че населението на Североизточния район за планиране е има по-нисък дял на население над 65г. – 20.6% за района спрямо 21% за България.

Относителният дял на бедните спрямо линията на бедност в Североизточния район е 17.9 – най-ниския спрямо всички райони и по нисък от средния за страната 22.1 Населението в риск от бедност или социално изключване[28] е 268.4 хиляди души – 29.1% от съвкупността, спрямо 31.7% на национално ниво (по данни от НСИ). По-подробни данни за демографските характеристики на района могат да бъдат намерение в Приложение № 10 и № 11.

1. Картографиране на областите в рамките на Североизточния район за планиране:

В рамките на района попадат 5 области:

1. Област Варна
2. Област Добрич
3. Област Търговище
4. Област Шумен

На територията на всяка област има областна болница, разположена в областния град, а на територията на гр. Варна функционира голяма университетска болница, предоставяща най-високото ниво на медицински услуги. Съобразно териториалния, демографски и географския характер на отделните области, в по-големите общини има действащи общински лечебни заведения за болнична помощ. Разкрити са и частни лечебни заведения за болнична помощ. На територията на района се намират 30 заведения за болнична помощ, в т.ч. 14 многопрофилни болници, 14 специализирани болници и 2 държавни психиатрични болници. Извън болничната помощ разполага с 274 заведения, в т.ч. 115 диагностично-консултативни центрове и медицински центрове, 16 дентални центрове и медико-дентални центрове и 143 медико-диагностични и медико-технически лаборатории.

2. Картографиране на целевите групи от населението и техните специфични нужди:

2.1. Възрастното население и хората с нисък социално-икономически статус;
2.2. Деца:
- от 0-18 години;
- деца с физически и умствени увреждания и невро-рискови деца;

2.3. Палиативни пациенти;
2.4. Пациенти, нуждаещи се от продължително лечение и рехабилитация;

[28] Индикаторът включва три показателя: риск от бедност; нисък интензитет на икономическа активност; нова дефиниция; материални и социални лишения.

2.5. Лица с физически и умствени увреждания;
2.6. Лица с психически заболявания.

3. Картографиране на критични процеси в грижата за индивидуални здравни и социални проблеми

3.1. Интеграция и координация на грижите в общността:
a. Медицинска помощ (хоризонтална и вертикална)
b. Здравеопазване и социални грижи
c. Дългосрочни грижи

Ако не е посочено друго, установените нужди и проблеми са свързани с избрани процеси съгласно ВЪПРОСНИК ВЪРХУ ЗДРАВНИТЕ НУЖДИ И ИНВЕСТИЦИИ България — Хърватия — Словения ЕС-27: сърдечно-съдови заболявания и диабет, психично здраве, злокачествени заболявания, грижи за деца и младежи, спешна медицина, избираеми процедури, дентална медицина, интервенция във физическата медицина и рехабилитация.

Съгласно събраната информация от областите, влизащи в Североизточния район за планиране, като обща слабост се констатира трудният достъп до медицинска помощ на населението в по-малките отдалечените места, произтичаща от неблагоприятни социални фактори и условия за работа и следователно текучеството на кадри в по-големите областни градове.

Понастоящем здравните и социалните грижи на национално равнище са отделни и социалните и здравните работници нямат разработени процедури за комуникация помежду си. Поради недостатъчния брой и тежестта на амбулаторната работа, общопрактикуващите лекари не успяват да извършват редовно домашни посещения, а част от населението в района няма избран личен лекар. Друг идентифициран проблем е голямото текучество на кадри към райони и области с по-благоприятни социални условия, основно към югозападния и гр. София.

Обща слабост в района е и липсата на осигурени възможности за продължително лечение и рехабилитация за обслужване на пациенти, изписани след преодоляване на острото състояние в болниците за активно лечение.

Като се има предвид увеличеният дял на възрастните хора в района, необходимостта от гериатрични и палиативни грижи, а става все по-значима. От друга страна, дефицитът на такива услуги е тенденциозен за целия Североизточния район, като в области Видин, Ловеч и Плевен няма разкрити структури за палиативни грижи.

На територията на района са регистрирани 345 аптеки, като най-голяма обезпеченост има в област Варна – 211. Най-ограничен достъп до аптеки има в област Търговище, където са 30 на брой. Селища без аптека са с. Ветрино (обл. Варна), с. Крушари (обл. Добрич) и с. Смядово (обл. Шумен). Това прави 14 700 души без директен достъп до аптека.

По отношение на причините за смърт в региона, на първо място са Болести на органите на кръвообращението, следвани от Новообразувания и Болести на дихателната система. Водещите причини за смърт в Североизточния район за планиране са характери за цялата страната. Средният брой починали на 100 000 от Болести на органите на кръвообращението в района е 914,5 спрямо 1 090,1 за страната, от Новообразувания в района е 272,8 спрямо 267,2 за страната, от Болести на дихателната система е 86,2 спрямо 86,6 за страната (данни за 2020 г.). По-подробна информация може да бъде открита в Приложение № 12.

Друг съществен проблем, характерен за целия регион е липсата на психиатри, както и старата и амортизирана материално-техническа база на психиатричните структури. Медицинският персонал в тях има необходимост от осигуряване на възможности за повишаване на квалификацията и уменията си.

За решаване на така идентифицираните проблеми могат да се предложат следните мерки:

- развитие на електронното здравеопазване, чрез интеграция на отделните

информационни системи;

- модернизация и разширяване на възможностите на болничната и извънболничната медицинска помощ за ранна диагностика и лечение на пациенти със заболявания, по основните причини за смърт;
- изграждане и развитие на структури и центрове за гериатрични и палиативни грижи;
- създаване на стимули за разкриване на практики на общопрактикуващите лекари и на структури от извънболничната помощ в отдалечени и труднодостъпни места;
- развитие и модернизиране на психиатричната помощ, чрез целенасочени инвестиции в материално-техническата база на съществуващите структури и осигуряване на обучение и възможности за повишаване на квалификацията на медицинския персонал в тях;
- създаване на нови услуги, в съответствие с Национална стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030 г.;
- осигуряване на ново оборудване за предоставяне на съвременна диагностика и профилактика;
- въвеждане на първи стъпки в телемедицина и теледиагностика.

4. Програми, проекти и дейности, които оказват значително въздействие върху установените проблеми:

Министерството на здравеопазването на Република България изпълнява редица национални проекти, финансирани по оперативните програми на страната и насочени към подобряване на достъпа и качеството на медицинското обслужване в страната и Североизточния район за планиране. Такива са:

По Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014 – 2020 г.:

Проект „Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ“:

Основна цел на проекта: обновяване и модернизация на сградния фонд и оборудването в системата на спешната помощ на територията на цялата страна - спешните отделения на 34 лечебни заведения за болнична помощ, 27 Центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и разкритите към тях 170 филиали (ФСМП) и 6 изнесени екипа.

В изпълнение на проекта, ще бъдат обхванати 4 центъра за спешна медицинска помощ, 18 филиала за спешна медицинска помощ и 5 спешни отделения на територията на Североизточния район.

Проект „Изграждане на инфраструктура за предоставяне на специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания“:

Основната цел на проекта е да се подобри регионалната социална инфраструктура, свързана с процеса на деинституционализация на деца чрез изграждането на инфраструктурата за резидентните интегрирани здравно-социални услуги в общността, които ще осигурят условия за замяна на институционалната грижа за децата с увреждания с отглеждане в среда близка до семейната, съобразена със специфичните им потребности.

Предвижда се изграждането на 26 центъра, предлагащи резидентни здравно-социални услуги за деца с увреждания и високо-рисково поведение, от които 3 ще бъдат разположени на територията на Североизточния район за планиране.

По Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014 – 2020 г.:

Проект „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“:

Основната цел на проекта е подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ, чрез инвестиции в човешкия капитал и подобряване знанията и уменията на персонала от системата за спешна медицинска помощ чрез продължаващо обучение.

В Североизточния район за планиране проектът ще се реализира чрез провеждане на обучение на всички медицински специалисти от структурите на ЦСМП, ФСМП и спешните отделения в лечебните заведения за болнична помощ, разкрити на територията му.

Проект „Специализация в здравеопазването”:

Основна цел на проекта е подпомогне повишаването на професионалния капацитет на обучаващите се специализанти и осигуряването на по-качествени здравни услуги, чрез подобряване достъпа на специализанти за придобиване на специалност в системата на здравеопазването (лекари-специализанти, лекари по дентална медицина - специализанти, специализиращи медицински сестри и акушерки) и разширяване възможностите за повишаване на знанията и уменията им.

5. Анализ на осигуреността с болнични легла по ключови медицински специалности в отделните областни на Североизточния район за планиране

СЕВЕРОИЗТОЧЕН РАЙОН (NUTS 2)			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) / недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	179	188	9
Гастроентерология	162	200	38
Ендокринология и болести на обмяната	83	76	-7
Инфекциозни болести	92	86	-6
Кардиология	293	295	2
Лъчелечение	125	165	40
Нервни болести	325	303	-22
Пневмология и фтизиатрия	180	231	51
Кардиохирургия	44	25	-19
Неврохирургия	55	48	-7
Съдова хирургия	44	40	-4
Неонатология	159	160	1
Педиатрия	269	303	34
Продължително лечение	62	590	528
Палиативни грижи	14	172	158
Психиатрия	606	643	37
Физикална и рехабилитационна медицина	504	539	35

Данните за болничните структури в Североизточния район за планиране показват значителни дефицити на легла в повечето от ключовите медицински области, включително за анестезиология и интензивно лечение, гастроентерология, кардиология, лъчелечение, пневмология и фтизиатрия, педиатрия, психиатрия и физикална и рехабилитационна медицина. Особено големи нужди се отчитат за легла за продължително лечение и палиативни грижи. Хирургичните легла като цяло надвишават определената необходимост за осигуреност, както и леглата за ендокринология и болести на обмяната, инфекциозни болести и нервни болести.

5.1. Област Варна

ОБЛАСТ ВАРНА			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	126	121	-5
Гастроентерология	111	138	27
Ендокринология и болести на обмяната	40	35	-5
Инфекциозни болести	53	52	-1
Кардиология	159	150	-9
Лъчелечение	60	60	0
Нервни болести	158	125	-33
Пневмология и фтизиатрия	103	111	8
Кардиохирургия	44	25	-19

Неврохирургия	45	38	-7
Съдова хирургия	44	40	-4
Лицево-челюстна хирургия	10	12	2
Неонатология	95	95	0
Педиатрия	109	159	50
Продължително лечение	17	288	271
Палиативни грижи	0	59	59
Психиатрия	165	180	15
Детска психиатрия	0	30	30
Физикална и рехабилитационна медицина	383	302	-81

Данните сочат, че област Варна има значително по-добра структурна обезпеченост в сравнение с цялостните дефицити на Североизточния район. Наблюдава се необходимост на легла при посочените за района гастроентерология, пневмология и фтизиатрия, педиатрия, продължително лечение, палиативни грижи и психиатрия. Специфично за областта се отчита и нужда за легла за детска психиатрия, но няма такива разкрити структури. В излишък са структурите за анестезиология и интензивно лечение, ендокринология и болести на обмяната, инфекциозни болести, кардиология и нервни болести. Леглата за физикална и рехабилитационна медицина също са в излишък, като са идентифициране като дефицит във всички други области в района. Варна е единствената област в района с нужда и разкрити структури за кардиохирургия, неврохирургия и съдова хирургия (с изключение на Добрич, където има легла за съдова хирургия), като леглата и за трите хирургични дейности са в излишък.[29] Разкритите легла за лъчелечение и неонатология точно покриват нуждата от такива.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд, както и капацитет, необходим за покриване на дейности на регионално ниво.

5.2. Област Добрич

ОБЛАСТ ДОБРИЧ			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	8	19	11
Гастроентерология	20	23	32
Ендокринология и болести на обмяната	21	13	-8
Инфекциозни болести	11	11	0
Кардиология	37	49	12
Лъчелечение	7	9	2
Нервни болести	50	53	3
Нефрология	15	25	10
Пневмология и фтизиатрия	34	34	0
Кардиохирургия	0	0	0
Неврохирургия	10	10	0
Съдова хирургия	0	0	0
Неонатология	23	23	0
Педиатрия	54	41	-13
Продължително лечение	20	127	107
Палиативни грижи	4	22	18
Психиатрия	180	200	20
Физикална и рехабилитационна медицина	82	111	29

[29] Лечебната мрежа на територията на гр. Варна осигурява болнични дейности на регионално ниво (2-ро ниво болнично обслужване) с обхват населението на целия район, а за определени специалности и с междурегионално и национално значение. Леглата по кардиохирургия, съдова хирургия, неврохирургия и др., съгласно НЗК, се планират само на регионално ниво.

Според данните, структурата на дефицит в област Добрич не се различава значително от тази на ниво район. Наблюдава се характерната липса на легла за анестезиология и интензивно лечение, гастроентерология, кардиология, лъчелечение, продължително лечение, палиативни грижи, психиатрия и физикална и рехабилитационна медицина. Освен това е идентифицирана нужда от легла за нервни болести и нефрология. Няма разкрити структури за кардиохирургия и съдова хирургия, но и не е отчетена нужда от такива. Необходимостта в структурите за инфекциозни болести, пневмология и фтизиатрия, неврохирургия и неонатология е покрита точно. Излишък на легла е идентифициран само в областите на ендокринология и болести на обмяната и педиатрия.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.3. Област Търговище

ОБЛАСТ ТЪРГОВИЩЕ			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	23	20	-3
Гастроентерология	16	18	2
Ендокринология и болести на обмяната	17	14	-3
Инфекциозни болести	13	8	-5
Кардиология	33	42	9
Лъчелечение	0	0	0
Нервни болести	63	64	1
Пневмология и фтизиатрия	23	34	11
Кардиохирургия	0	0	0
Неврохирургия	0	0	0
Съдова хирургия	0	0	0
Урология	13	14	1
Неонатология	16	14	-2
Педиатрия	66	53	-13
Продължително лечение	9	69	60
Палиативни грижи	0	14	14
Психиатрия	79	83	4
Клинична хематология	4	5	1
Физикална и рехабилитационна медицина	0	60	60

В област Търговище се отчитат известни разлики при дефицитите и излишъка на болнични легла в сравнение със Североизточния район. Наблюдава се необходимост от легла за гастроентерология, кардиология, нервни болести, пневмология и фтизиатрия, продължително лечение и психиатрия, както и за палиативни грижи и физикална и рехабилитационна медицина, за които няма разкрити структури. Специфично за областта се наблюдава и дефицит на леглата за урология и клинична хематология. Няма идентифицирани нужди за лъчелечение, кардиохирургия, неврохирургия и съдова хирургия. Леглата за анестезиология и интензивно лечение, ендокринология и болести на обмяната, инфекциозни болести, неонатология и педиатрия надхвърлят отчетената необходимост от такива.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.4. Област Шумен

ОБЛАСТ ШУМЕН			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	22	28	6

Гастроентерология	15	21	6
Ендокринология и болести на обмяната	5	14	9
Инфекциозни болести	15	15	0
Кардиология	64	54	-10
Лъчелечение	65	105	40
Нервни болести	54	61	7
Нефрология	5	6	1
Пневмология и фтизиатрия	20	52	32
Кардиохирургия	0	0	0
Неврохирургия	0	0	0
Съдова хирургия	0	0	0
Ушно-носно-гърлени болести	10	11	1
Хирургия	51	55	4
Неонатология	25	28	3
Педиатрия	40	50	10
Акушеро-гинекологични легла	52	56	4
Продължително лечение	16	106	90
Палиативни грижи	10	77	67
Психиатрия	182	180	-2
Клинична хематология	3	6	3
Физикална и рехабилитационна медицина	39	66	27

Шумен е областта с най-много идентифицирани дефицити на легла в целия Североизточен район. Наблюдава се необходимост от болнични легла за повечето ключови медицински дейности: анестезиология и интензивно лечение, гастроентерология, ендокринология и болести на обмяната, лъчелечение, нервни болести, пневмология и фтизиатрия, неонатология, педиатрия, продължително лечение, палиативни грижи, физикална и рехабилитационна медицина. Специално за областта е идентифицирана липса на легла за нефрология, ушно-носно-гърлени болести, акушеро-гинекологични легла и клинична хематология; няма идентифицирана нужда от структури за кардиохирургия, неврохирургия и съдова хирургия, но има такава за болнични легла за хирургия. Необходимостта от легла за инфекциозни болести е покрита точно. Леглата за кардиология и психиатрия са в излишък, като областта е единствената в района, която осигурява и надхвърля нуждата от психиатрични легла.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

Въз основа на събраните данни относно реалната ситуация

1. В Североизточния район се наблюдава известен дефицит на болнични легла в сравнение с осигуреността в другите райони за планиране на страната. И тук се откроява недостига на легла за продължително лечение и палиативни грижи.
2. Характерен за повечето области е и недостигът на легла за физикална и рехабилитационна медицина.
3. Сравнително по-ниска е осигуреността с легла за педиатрия и неонатология във всички области.
4. Отчита се неравномерно разпределение на леглата за кардиология и анестезиология и интензивно лечение на ниво области.
5. Леглата за инфекциозни болести цялостно покриват или надхвърлят идентифицираните нужди в целия район.
6. Варна е областта с най-добра осигуреност на болнични структури, като следва да се има предвид, че в лечебната мрежа в тази област осигурява регионалното ниво на болнично обслужване за целия регион, а с най-ниско ниво на осигуреност с болнични легла е област Шумен.

6. Анализ на осигуреността с медицински специалисти в Североизточен район за планиране

Данните показват известен недостиг в кадровата обезпеченост на медицински специалисти в Североизточния район, както и неравномерното им разпределение по области. На територията са регистрирани 3673 лекари, 906 дентални лекари и 5209 медицински специалисти по здравни грижи. На ниво район, 1 лекар обслужва 257 жители – по-високо от средното за страната съотношение 1:233.

Като административен център, във Варна се наблюдава най-голяма концентрация на всички кадри. Вследствие, областта има и значително по-добро съотношение между лекар и брой население, което обслужва – 1:196, в сравнение с останалите области, където 1 лекар обслужва над 300 души. Най-ниска обезпеченост на лекарски кадри се наблюдава в Добрич – 1:374.

Разпределение на медицински специалисти в Североизточния район по области (към 31.12.2020 г.)

Район на планиране	Лекари	Лекари по дентална медицина	Медицински специалисти по здравни грижи
Общо за България	**29717**	**7312**	**44676**
Североизточен	**3673**	**906**	**5209**
Варна	2395	615	2926
Добрич	455	117	709
Търговище	314	61	647
Шумен	509	113	927

Медицинските специалисти по здравни грижи също са най-силно концентрирани в област Варна, за сметка на останалите области. Там са регистрирани повече от половината такива специалисти – 2926. Най-малък брой са отчетени в област Търговище – 647.

Същата структура на кадрова обезпеченост се наблюдава и по отношение на денталната медицина. Във Варна са регистрирани 56% от денталните лекари в Североизтока, което създава дисбаланс в района и води до дефицит на специалисти в останалите области. Най-ниска осигуреност има в Търговище, където 1 лекар по дентална медицина обслужва 1803 души – значително по-високо съотношение от средните за страната (1:946) и за района (1:1018).

Брой население, обслужвано от 1 лекар по области в Североизточния район на планиране (към 31.12.2020 г.):

Район на планиране	Лекари	Лекари по дентална медицина
България	**233**	**946**
Североизточен	**251**	**1018**
Варна	196	764
Добрич	374	1456
Търговище	350	1804
Шумен	337	1520

Отчетени са дефицити и неравномерност и в структурата на разпределение на медицински специалисти по отделни специалности. Най-висока концентрация на всички специалисти отново има в област Варна – 2395 от общо 3673 в района – което влияе отрицателно на осигуреността в по-малките области на района. Специалистите по „Инфекциозни болести“ са най-малко, а други области, в които е отчетен значителен дефицит спрямо необходимостта от такива са „Анестезиология и интензивно лечение“, „Ендокринология и болести на обмяната“, „Кардиология“, „Инфекциозни болести“, „Психиатрия“ и „Педиатрия“.

Основни медицински специалности, за които има дефицит на лекари

Статистически райони	Общо	Анестези-ология и	Ендокри-нология и	Кардио-логия	Инфек-циозни	Психиатрия	Педиатрия

		интензивно лечение	болести на обмяната		болести		
Североизточен	**3673**	160	74	**216**	**30**	**105**	**215**
Варна	2395	121	45	141	21	52	138
Добрич	455	10	17	24	1	24	22
Търговище	314	13	6	10	5	13	29
Шумен	509	16	6	41	3	16	26

По отношение на първичната медицинска помощ, данните за кадрова обезпеченост отново показват неравномерно разпределение. С 529 общо регистрирани индивидуални и групови практики, осигуреността на 10 000 души на ниво район е 5,7 – малко по-ниска от средната за страната 5,8. Най-високо покритие от лекари има в област Добрич (6,7), а по-ниско от средните за страната и района има в области Шумен (5,2) и Търговище (4,2).

Индивидуални и групови практики за първична медицинска помощ по области към 31.12. 2020 година:

Области	Брой	На 10 000 население
България	**4 015**	**5,8**
Североизточен район	**529**	**5,7**
Варна	279	5,9
Добрич	114	6,7
Търговище	46	4,2
Шумен	90	5,2

За качеството на предоставяните медицински услуги основно значение има и осигуреността със специалисти по здравни грижи в болничната и извънболничната здравна система. Данните за тези показатели в Североизточния район за планиране са следните:

Осигуреност с медицински специалисти по здравни грижи на 10 000 души население

Области	Медицински специалисти по здравни грижи в ЛЗБП	Медицински специалисти по здравни грижи в ЛЗИБП
България	**38,4**	**9,2**
Североизточен район	**29,1**	**11,1**
Варна	31,6	15,1
Добрич	17,3	7,6
Търговище	35,0	7,1
Шумен	29,9	6,4

Данните показват, че в Североизточния район има значително по-ниско ниво на осигуреност от медицински специалисти по здравни грижи в лечебните заведения за болнична помощ – 29,1 специалисти на 10 000 души население – спрямо средното ниво за страната (38,4). На ниво области, данните отново показват неравномерна карта на разпределението в района. Най-добра осигуреност има в Търговище (35,0) и Варна (31,6), а най-ниската е в Добрич (17,3). Кадровата обезпеченост в болничната помощ не достига националното ниво в нито една от областите.

По отношение на медицинските специалисти по здравни грижи в извънболничната помощ, показателят за осигуреност е 11,1 специалисти на 10 000 души, по-висок от средния за страната 9,2. На областно ниво се наблюдава значителна неравномерност – в област Варна са отчетени 15,1 специалисти, докато всички други области отново имат по-ниска осигуреност както от средното за страната, така и за района.

7. Изводи и заключения

Така представените данни ясно показват основните дефицити на медицински специалисти в района и в отделните области, като към тях следва да се добавят и медицински специалисти по Онкология, Гастроентерология и Нервни болести. Общопрактикуващите лекари в областта са общо 529, като тяхното разпределение също е неравномерно и

концентрирано в област Варна. Поради неблагоприятни социални фактори, като липсата на работни места и тенденциозното обезлюдяване на селските райони, разпределението на лекари е неравномерно и концентрирано в градовете. Някои малки и труднодостъпни населени места нямат разкрити практики, а в други съотношението лекар към населението, което обслужва, значително надвишава 1:1 000.

Основните общи проблеми на Североизточния район в здравното обслужване в болничната помощ и стационарните социални заведения са:

- Остаряла материална база и оборудване, която изисква последователни инвестиции, за да гарантира относително съвременни условия за болнично обслужване. В много от лечебните заведения трудно са покриват изискванията на медицинските стандарти, има недостиг на медицински специалисти и липсват съвременни, модерни медицински апарати.

- Липсва финансова устойчивост на дружествата. Основните причини са недофинансиране на клиничните пътеки, голям брой здравно неосигурени лица, които получават медицински обслужване за сметка на дружествата, невъзможност поради ограничените човешки и технически ресурси за въвеждане на високоспециализирана и високоплатена дейност в лечебните заведения.

- Недостиг на всички категории медицински персонал. Съотношението лекар-медицински професионалисти по здравни грижи за района е 1:1,4, при минимално изискване 1:2 или 1:3.

Водещи причини за смърт в района са на първо място болести на органите на кръвообращението (54% от всички починали), следвани от новообразувания (16% от всички починали) и болести на дихателната система (5% от всички починали).

С оглед на това и съобразно спецификите на отделните области, включени в състава на Североизточния район за планиране, се идентифицират и различни локални проблеми, които на ниво регион могат да бъдат обобщени по следния начин:

1. Сърдечно- и мозъчно-съдовите заболявания:
    a. Недостатъчни, в напреднала възраст и неравномерно разпределени в региона медицински специалисти;
    b. Липса на програми за промоция на здравето и профилактика на сърдечно-съдовите заболявания;
    c. Недостатъчна апаратурна обезпеченост за реакция при възникване на спешни и животозастрашаващи състояния на гражданите.
2. Онкологични заболявания:
    a. Остаряла материално-техническа база и недостатъчно развити центрове за ранна онкологична диагностика и лечение;
    b. Недостатъчен брой медицински специалисти с профилна специалност „Медицинска онкология“ и други профилни специалности;
    c. Липса на програми за промоция на здравето, скрининг и профилактика на онкологичните заболявания и за подкрепа на пациенти с онкологични заболявания и техните семейства.
3. Психично здраве:
    a. Остаряла и амортизирана материално-техническа база;
    b. Необходимост от ускоряване на процеса по деинституционализация на психиатричната помощ в страната и създаване на нов тип биопсихосоциални услуги;
    c. Недостатъчен брой медицински специалисти;
4. Извънболнична медицинска помощ и общопрактикуващи лекари:
    a. Неравномерно разпределение на структурите и лекарите в региона и по области. Необходимост от подобряване на връзките между общопрактикуващите лекари, извънболничните и болничните лечебни заведения;

b. Необходимост от осигуряване на възможности за повишаване на квалификацията;
c. Недостатъчно добра обезпеченост с медицинска апаратура;

В допълнение, на територията на района има значителен недостиг на структури за оказване на палиативни грижи за деца и възрастни, както и за продължително лечение и рехабилитация.

8. Възможности за подобряване на здравното обслужване и преодоляване на идентифицираните дефицити

За решаване на така идентифицираните слабости и проблеми на здравната система е необходимо провеждане на целенасочени, конкретни и ясни политики и реформи както на национално, така и на регионално ниво. За осигуряване на необходимото финансиране ще бъдат използвани европейските структурни и инвестиционни фондове и националния бюджет. С оглед на възможности за европейско финансиране, съгласно допустимите дейности и правила на отделните програми, се предвижда реализирането на следните инвестиции:

8.1 План за възстановяване и устойчивост – с подготвените инвестиционни проекти от страна на Министерството на здравеопазването, ще бъдат реализирани проекти, насочени към подобряване на достъпа на населението до медицински услуги и повишаване на възможностите на лечебните заведения за диагностика и лечение на социално значими заболявания, както и ще бъдат извършени инвестиции в малки населени места в областите, чрез които ще се подкрепи и осигури извънболнична медицинска помощ на европейско ниво. По-конкретно, предвидените интервенции в Североизточния район на планиране са насочени към:

a. Подобряване на диагностиката и лечението на съдови заболяване чрез изграждане на мозъчно-съдови центрове за ендоваскуларно лечение;

b. Изграждане на основна оперативна база и осигуряване на медицински хеликоптер за оказване на своевременна спешна медицинска помощ на територията на целия регион;

c. Изграждане на регионална структура на Национален мултидисциплинарен скринингов център за провеждането на масов скрининг, както и дейности по превенция и профилактика на социално-значими болести;

d. Осигуряване на възможност за техническо обновяване и осигуряване на нова, съвременна медицинска апаратура за лъчетерапия на пациенти с онкологични заболявания;

e. Обновяване на медицинската апаратура в системата на педиатричните грижи и осигуряване на съвременни условия за диагностика и лечение на деца;

f. Обновяване на материално-техническата база на всички структури от психиатричната помощ на територията на Североизточния район на планиране;

g. Изграждане на амбулатории в малки населени места, чрез обновяване на материалната база и осигуряване на необходимата медицинска апаратура;

8.2 Програма REACT - с цел осигуряване на достъп до болнично лечение на населението от Североизточния район на страната и привеждането на здравната ни система в готовност, в случай на задълбочаване на епидемичната криза, ще бъдат структурирани и поддържани в готовност специализирани звена за лечение и наблюдение на пациенти с COVID-19. Чрез извършване на целенасочени инвестиции ще бъдат осигурени качество и безопасност на дарената кръв и кръвните продукти. По-конкретно, предвидените интервенции в Североизточния район на планиране са насочени към:

a. укрепване на капацитета на структурите за лечение на инфекциозни заболявания с фокус върху COVID-19 болните, чрез извършване на инвестиции в материалната база на лечебните заведения в региона и закупуване на медицинска апаратура;

b. подкрепа за извънболничната помощ за създаване на ковид зони и осигуряване на по-добър достъп до специализирана медицинска помощ на пациенти с ковид и други инфекциозни заболявания, чрез предоставяне на медицинска апаратура за нуждите

разкритите ковид зони;

8.3 Програмата „Развитие на регионите“ 2021-2027. Приоритетите, които ще се реализират в сектор „Здравеопазване“ с финансовата подкрепа на програмата са насочени към изграждане на стабилни и ясни връзки между извънболничната и болничната помощ, засилване на мерките за профилактика и превенция и осигуряване на възможности за долекуване и рехабилитация. Предвижда се увеличаване на възможностите за профилактика, ранна диагностика и лечение на социално-значими заболявания в отдалечени райони, чрез подкрепа на общопрактикуващи лекари в Североизточния район и провеждане на целенасочени информационни кампании за промоция на здравословния начин на живот и за профилактика на заболяванията. В областта на онкологичните заболявания основно вниманието ще бъде насочено към ранна диагностика, лечение и проследяване на колоректалния рак, рак на стомаха, простатата, гърдата и шийката на матката. За целта ще бъдат реализирани интервенции в държавни и общински лечебни заведения, притежаващи съответното ниво на компетентност на структурите и осигуреност с медицински специалисти. С осигуреното финансиране по програмата, ще бъдат изградени центрове за палиативни грижи и гериатрия, с което ще се подобри в значителна степен нивото на оказваните здравно-социални услуги в региона.

8.4 Програма „Развитие на човешките ресурси“ 2021 – 2027. С финансовата подкрепа на програмата, ще бъдат реализирани политиката за осигуряване и развитие на човешките ресурси в здравеопазването изисква инвестиции в човешките ресурси в 3 основни направления:

a. Инвестиции в медицинското образование и професионалното обучение в здравеопазването;

b. Инвестиции в следдипломното обучение в системата на здравеопазването;

c. Инвестиции в създаването на мотивация на медицинските специалисти за работа в България и за стимулиране на професионалната им реализация в труднодостъпни и отдалечени райони на страната.

Обучението на медицинските специалисти следва да е обвързано със здравните потребности на населението и необходимостта от осигуряване на оптимално съотношение между отделните категории медицински персонал. В тази връзка е необходимо полагане на целенасочени усилия и инвестиране в създаването на условия за увеличаване броя на приеманите студенти по специалност „медицинска сестра“ и повишаване интереса на младите хора към придобиване на тази професионална квалификация, за да може образователната система в средносрочен и дългосрочен план да започне да отговаря на идентифицираните потребности на здравната система от този вид медицински специалисти. Съществена част от професионалното развитие на медицинските специалисти е следдипломното обучение, което включва 1) обучение за придобиване на специалност и 2) продължаващо медицинско обучение. С цел преодоляване на наличния териториален дисбаланс на медицинските специалисти е необходимо създаване на стимули за работа в определени райони на страната, включително чрез използване на фондовете на ЕС и национално финансиране. Мерките за стимулиране на професионална реализация на медицинските специалисти в определени райони на страната могат да бъдат разделени на 2 групи – стимулиране на медицински специалисти с базова квалификация (без специалност) и стимулиране на лица с придобита конкретна специалност (Педиатрия, Инфекциозни болести, Обща и клинична патология, Обща медицина и пр.).

8.5 Програми с национално финансиране. Основен приоритет ще бъде изграждането на Националната здравно-информационна система. Това ще изведе до ново ниво предлаганите здравни услуги на населението, както и ще позволи въвеждането на нови такива, за които е от основно значение наличието и функционирането на модерна здравна информационна система. НЗИС следва да бъде гръбнакът на информационните системи в сектор „Здравеопазване“, който ще бъде основата за интеграцията с всички системи, обслужващи здравните и административните процеси, като ще бъде осигурена възможност за

постигане на прозрачност в управлението на финансовите разходи, както и дейностите по организация, контрол, планиране и прогнозиране в системата на здравеопазването, възможност за оценка на качеството и безопасността на медицинското обслужване.

Приложение № 5

ЮГОЗАПАДЕН РАЙОН НА ПЛАНИРАНЕ

Общ преглед на региона:

Югозападният район за планиране има площ от 20 306 km² (20% от общата площ на Република България), в която според данни от 2020 г. има 2 070 760 жители, като се отчита намаление спрямо преброяването от 2011 г., когато в региона са живели 2 133 406 човека. Регионът е с най-голяма гъстота на населението на територията на страната (104 жители на km²). Най-голям брой жители живеят в област София-град – над 50 % от населението на региона.

Структурата на населението според преброяването от 2021 г. показва, че населението на югозападния регион за планиране е в тенденция на прогресивно застаряване, като делът над 65-годишна възраст достига 19,44 % от общото население на района. Тези данни показват ясна тенденция към застаряване, както и частично обясняват причините за обезлюдяване на малките населени места и селата.

Относителен дял на бедните спрямо линията на бедността е 23,2 %, което е близко до националното ниво, където процентът е 22,1 % (по данни от НСИ за 2021 г.).

Структура на населението в Югозападен район:

Район	Отношение на населението на възраст под 15 и на 65 и повече години към населението на възраст от 15 до 64 години	Отношение на населението на възраст 65 и повече години към населението на възраст от 15 до 64 години
Югозападен	**51.7**	**29.5**
Благоевград	53.7	31.0
Кюстендил	66.3	46.2
Перник	60.7	40.5
София	58.7	37.0
София (столица)	48.2	25.7

Относителен дял на бедните спрямо линията на бедността в Югозападен район:

Район / област	Относителен дял от населението
Средно за страната	22,1
Югозападен район	23,2
Благоевград	15,1
Кюстендил	19,6
Перник	22,0
София	25,8
София (столица)	23,8

По-подробни данни за демографските характеристики на района могат да бъдат намерение в Приложение № 10 и № 11.

1. Картографиране на областите в рамките на югозападния регион за планиране

В рамките на региона попадат 5 области:

1. Област Благоевград
2. Област Кюстендил
3. Област Перник
4. Област София-град
5. София област

На територията на района към 31.12.2021 г. функционират 101 лечебни заведения за

болнична помощ с 15 666 легла, 711 лечебни заведения за извънболнична помощ с 437 легла и 46 други лечебни и здравни заведения с 595 легла. В района има 46 многопрофилни болници, 52 специализирани болници, 3 центрове за психично здраве, 2 комплексни онкологични центрове, 44 диагностично-консултативни центрове, 271 медицински центрове, 24 дентални центрове, 341 самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории, 4 центрове за спешна медицинска помощ и 37 филиали за спешна медицинска помощ.

Конкретният вид и брой лечебни и здравни заведения, както и разкритите легла към тях по области е следният:

Заведения	Благоевград		Кюстендил		Перник		София-град		София област	
	Брой	Легла	Брой	Легла	Брой	Легла	Брой	Легла	Брой	Легла
Лечебни заведения за болнична помощ	**11**	**1 720**	**5**	**1 004**	**4**	**447**	**67**	**10 774**	**14**	**1 721**
Многопрофилни болници	5	1 129	3	648	1	294	28	7 436	9	1 338
Специализирани болници	5	511	2	356	3	153	38	3 293	4	323
Лечебни заведения за извънболнична помощ	**87**	**40**	**33**	**18**	**28**	**5**	**513**	**357**	**50**	**17**
Диагностично-консултативни центрове	-	-	-	-	1	-	42	102	1	-
Медицински центрове	30	20	16	18	9	5	200	243	16	3
Дентални центрове	-	-	-	-	1	-	22	3	1	1
Медико-дентални центрове	5	20	-	-	-	-	24	9	2	13
Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории	52	-	17	-	17	-	225	-	30	-
Други лечебни и здравни заведения	4	-	3	22	5	37	32	516	2	20

На територията на района са регистрирани 1 023 аптеки, като най-голяма брой от тях са разкрити в област София-град – 676. Най-ограничен достъп до аптеки има в област Кюстендил, където са разкрити едва 47. Общините без разкрити аптека в югозападния район за планиране са Невестино и Трекляно (обл. Кюстендил) с общо 2545 души население без директен достъп до аптека.

2. Картографиране на целевите групи от населението и техните специфични нужди:

2.1. Възрастното население и хората с нисък социално-икономически статус;
2.2. Деца:
- от 0—18 години;
- деца с физически и умствени увреждания и невро-рискови деца;

2.3. Палиативни пациенти;
2.4. Пациенти, нуждаещи се от продължително лечение и рехабилитация;
2.5. Лица с физически и умствени увреждания;
2.6. Лица с психически заболявания.

3. Картографиране на критични процеси в грижата за индивидуални здравни и социални проблеми

3.1. Интеграция и координация на грижите в общността:
a. Медицинска помощ (хоризонтална и вертикална)
b. Здравеопазване и социални грижи
c. Дългосрочни грижи

Ако не е посочено друго, установените нужди и проблеми са свързани с избрани

процеси съгласно ВЪПРОСНИК ВЪРХУ ЗДРАВНИТЕ НУЖДИ И ИНВЕСТИЦИИ България — Хърватия — Словения ЕС-27: сърдечно-съдови заболявания и диабет, психично здраве, злокачествени заболявания, грижи за деца и младежи, спешна медицина, избираеми процедури, дентална медицина, интервенция във физическата медицина и рехабилитация.

Съгласно събраната информация от областите, влизащи в югозападния регион за планиране, като обща слабост се констатира трудният достъп до медицинска помощ на населението в отдалечените и труднодостъпни места, произтичащо от планинския релеф на региона, недоброто състояние на второкласните и третокласните пътища.

Понастоящем здравните и социалните грижи на национално равнище са отделни и социалните и здравните работници нямат разработени процедури за комуникация помежду си. Поради недостатъчния брой и тежестта на амбулаторната работа, общопрактикуващите лекари не успяват да извършват редовно домашни посещения, а част от населението в региона няма избран личен лекар.

Обща слабост в региона е и липсата на осигурени възможности за продължително лечение и рехабилитация за обслужване на пациенти, изписани след преодоляване на острото състояние в болниците за активно лечение.

Констатира се и претоварване на системата за спешни случаи от повиквания и интервенции с по-ниска степен на спешност. Същевременно има и недостиг на медицинските специалисти в системата на спешната медицинска помощ. Друг идентифициран проблем е голямото текучество на кадри.

Като се има предвид увеличеният дял на възрастните хора в региона, необходимостта от гериатрични и палиативни грижи, става все по-значима. От друга страна, се констатира огромен недостиг на такъв тип структури, като в област Перник дори няма разкрити легла за палиативни грижи.

По отношение на причините за смърт в региона, на първо място са Болести на органите на кръвообращението, следвани от Новообразувания и Болести на дихателната система. Водещите причини за смърт в югозападния район за планиране са характери за цялата страната, като следва да се отбележи, че стойностите са по-ниски от средните за страната. Например, средният брой починали на 100 000 от Болести на органите на кръвообращението в региона е 1 021,9 спрямо 1 163.2 за страната, от Новообразувания в региона е 213,7 спрямо 250,4 за страната, от Болести на дихателната система е 95,4 спрямо 99,0 за страната. По-подробна информация може да бъде открита в Приложение № 12.

Друг съществен проблем, характерен за целия регион е липсата на детски психиатри, както и старата и амортизирана материално-техническа база на психиатричните структури. Медицинският персонал в тях има необходимост от осигуряване на възможности за повишаване на квалификацията и уменията си.

За решаване на така идентифицираните проблеми могат да се предложат следните мерки:

- развитие на електронното здравеопазване, чрез интеграция на отделните информационни системи;
- модернизация и разширяване на възможностите на болничната и извънболничната медицинска помощ за ранна диагностика и лечение на пациенти със заболявания, по основните причини за смърт;
- изграждане и развитие на структури и центрове за гериатрични и палиативни грижи;
- създаване на стимули за разкриване на практики на общопрактикуващите лекари и на структури от извънболничната помощ в отдалечени и труднодостъпни места;
- развитие и модернизиране на психиатричната помощ, чрез целенасочени инвестиции в материално-техническата база на съществуващите структури и осигуряване на обучение и възможности за повишаване на квалификацията на медицинския персонал в тях;
- създаване на нови услуги, в съответствие с Национална стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030 г.;

➢ осигуряване на ново оборудване за предоставяне на съвременна диагностика и профилактика;

➢ въвеждане на първи стъпки в телемедицина и теледиагностика.

4. Програми, проекти и дейности, които оказват значително въздействие върху установените проблеми:

Министерството на здравеопазването на Република България изпълнява редица национални проекти, финансирани по оперативните програми на страната и насочени към подобряване на достъпа и качеството на медицинското обслужване в страната и югозападния региона за планиране. Такива са:

По Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014 – 2020 г.:

Проект „Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ“:

Основна цел на проекта: обновяване и модернизация на сградния фонд и оборудването в системата на спешната помощ на територията на цялата страна - спешните отделения на 34 лечебни заведения за болнична помощ, 27 Центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и разкритите към тях 170 филиали (ФСМП) и 6 изнесени екипа.

В изпълнение на проекта, ще бъдат обхванати 4 центъра за спешна медицинска помощ, 38 филиала за спешна медицинска помощ и 9 спешни отделения на територията на югозападния район.

Проект „Изграждане на инфраструктура за предоставяне на специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания“:

Основната цел на проекта е да се подобри регионалната социална инфраструктура, свързана с процеса на деинституционализация на деца чрез изграждането на инфраструктурата за резидентните интегрирани здравно-социални услуги в общността, които ще осигурят условия за замяна на институционалната грижа за децата с увреждания с отглеждане в среда близка до семейната, съобразена със специфичните им потребности.

Предвижда се изграждането на 26 центъра, предлагащи резидентни здравно-социални услуги за деца с увреждания и високо-рисково поведение, от които 6 ще бъдат разположени на територията на югозападния район за планиране.

По Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014 – 2020 г.:

Проект „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“:

Основната цел на проекта е подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ, чрез инвестиции в човешкия капитал и подобряване знанията и уменията на персонала от системата за спешна медицинска помощ чрез продължаващо обучение.

В югозападния район за планиране проектът ще се реализира чрез провеждане на обучение на всички медицински специалисти от структурите на ЦСМП, ФСМП и спешните отделения в лечебните заведения за болнична помощ, разкрити на територията му.

Проект „Специализация в здравеопазването”:

Основна цел на проекта е подпомогне повишаването на професионалния капацитет на обучаващите се специализанти и осигуряването на по-качествени здравни услуги, чрез подобряване достъпа на специализанти за придобиване на специалност в системата на здравеопазването (лекари-специализанти, лекари по дентална медицина - специализанти, специализиращи медицински сестри и акушерки) и разширяване възможностите за повишаване на знанията и уменията им.

5. Анализ на осигуреността с болнични легла по ключови медицински специалности в отделните областни на югозападния район за планиране

ЮГОЗАПАДЕН РАЙОН (NUTS 2)			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) / недостиг**

			(+) на разкрити легла
Анестезиология и интензивно лечение	781	526	-255
Гастроентерология	793	744	-49
Ендокринология и болести на обмяната	356	290	-66
Инфекциозни болести	293	210	-83
Кардиология	982	884	-98
Лъчелечение	218	213	-5
Нервни болести	892	851	-41
Пневмология и фтизиатрия	705	734	29
Неврохирургия	263	223	-40
Съдова хирургия	181	105	-76
Педиатрия	543	632	89
Продължително лечение	540	1288	748
Палиативни грижи	32	435	403
Психиатрия	585	585	0
Детска психиатрия	0	30	30

От наличните данни е видно, че по ключовите медицински дейности в югозападния район на планиране има повече разкрити болнични легла от необходимия брой. Най-значително надвишаване на болничните легла спрямо оценката в Националната здравна карта има по специалностите Анестезия и интензивно лечение, Кардиология и Инфекциозни болести. Недостиг се констатира по отношение на леглата за Пневмология и фтизиатрия[30], Педиатрия, Продължително лечение, Палиативни грижи и Детска психиатрия. При оценката на осигуреността с болнични легла следва да се има предвид, че в гр. София се намират лечебни заведения, които осигуряват специализирана и високоспециализирана болнична помощ с регионално и национално значение.

По-конкретно, в отделните области от югозападния район на планиране, данните са:

5.1. Област Благоевград

ОБЛАСТ БЛАГОЕВГРАД			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	60	44	-16
Гастроентерелогия	51	53	2
Ендокринология и болести на обмяната	15	8	-7
Инфекциозни болести	52	30	-22
Кардиология	120	116	-4
Лъчелечение	30	25	-5
Нервни болести	118	119	1
Пневмология и фтизиатрия	87	120	33
Кардиохирургия	0	0	0
Неврохирургия	0	0	0
Съдова хирургия	0	0	0
Педиатрия	115	106	-9
Продължително лечение	35	189	154
Палиативни грижи	4	211	207
Психиатрия	80	80	0
Детска психиатрия	0	0	0

Данните показват, че в област Благоевград се наблюдава същата структура по отношение на излишъкът и недостигът на легла по ключови медицински специалности, както на ниво регион за планиране. Недостиг се идентифицира по отношение на болнични легла за

[30] Недостигът следва да се разглежда условно предвид високата осигуреност с легла по вътрешни болести, на които се осъществяват дейности по пневмология и фтизиатрия

пневмология и фтизиатрия, продължително лечение и палиативни грижи. Леглата за нервни болести и психиатрия съответстват на потребностите. Няма разкрити структури по неврохирургия, съдова хирургия и детска психиатрия, като не са идентифицирани и нужди от такива в областта, тъй като се планират на регионално ниво.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.2. Област Кюстендил

ОБЛАСТ КЮСТЕНДИЛ			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	24	20	-4
Гастроентерелогия	43	38	-5
Ендокринология и болести на обмяната	4	4	0
Инфекциозни болести	35	16	-19
Кардиология	69	54	-15
Лъчелечение	0	0	0
Нервни болести	64	55	-9
Пневмология и фтизиатрия	67	77	10
Кардиохирургия	0	0	0
Неврохирургия	0	0	0
Съдова хирургия	0	0	0
Педиатрия	63	42	-21
Продължително лечение	3	75	72
Палиативни грижи	3	15	12
Психиатрия	38	38	0
Детска психиатрия	0	0	0

Структурата на болничните легла по ключови медицински специалности в област Кюстендил не се различава съществено от данните на ниво район за планиране. Недостатъчно спрямо нуждите са болничните легла за пневмология и фтизиатрия, продължително лечение и палиативни грижи. В областта няма разкрити и не е идентифицирана нужда от структури по лъчелечение, неврохирургия, съдова хирургия и детска психиатрия. Броят на съществуващите психиатрични болнични легла съответства на идентифицираната потребност от тях.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.3. Област Перник

ОБЛАСТ ПЕРНИК			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	10	14	4
Гастроентерелогия	15	15	0
Ендокринология и болести на обмяната	12	7	-5
Инфекциозни болести	15	14	-1
Кардиология	50	28	-22
Лъчелечение	0	0	0
Нервни болести	25	25	0
Пневмология и фтизиатрия	100	90	-10
Кардиохирургия	0	0	0
Неврохирургия	0	0	0
Съдова хирургия	0	0	0
Педиатрия	15	15	0
Продължително лечение	22	75	53

Палиативни грижи	0	15	15
Психиатрия	25	25	0
Детска психиатрия	0	0	0

Структурата на болничните легла в област Перник съответства на регионалната такава, като констатираните излишъци са значително по-малки отколкото в другите области в югозападния регион за планиране. По отношение на недостига на болнични легла по ключови медицински специалности, в област Перник се констатират такива само за палиативни грижи и за продължително лечение, като няма разкрито нито едно болнично легло за палиативни грижи. Няма и не са идентифицирани нужда от легла за лъчелечение, неврохирургия, съдова хирургия и детска психиатрия, тъй като дейностите се планират на регионално ниво.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.4. София област

СОФИЯ ОБЛАСТ			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	89	70	-19
Гастроентерелогия	44	37	-7
Ендокринология и болести на обмяната	48	26	-22
Инфекциозни болести	30	21	-9
Кардиология	132	136	4
Лъчелечение	0	0	0
Нервни болести	131	125	-6
Пневмология и фтизиатрия	117	119	2
Кардио хирургия	10	8	-2
Неврохирургия	25	23	-2
Съдова хирургия	8	5	-3
Педиатрия	127	117	-10
Продължително лечение	85	143	58
Палиативни грижи	9	29	20
Психиатрия	60	60	0
Детска психиатрия	0	0	0

Структурата по отношение на излишъка и недостига на болничните легла по ключови медицински специалности в София област отчита известни разлики спрямо данните за югозападния район за планиране. Отчита се недостиг на кардиологичните легла, както и традиционният недостиг на легла за продължително лечение и за палиативни грижи. Същевременно има излишък на легла от всички останали ключови медицински специалности, включително по неврохирургия и съдова хирургия, от които в досега разгледаните области нямаше разкрити структури.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд, както и необходимия капацитет за осигуряване на дейности на регионално и национално ниво.

5.5. Област София-град

СОФИЯ-ГРАД			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	598	378	-220
Гастроентерелогия	640	601	-39
Ендокринология и болести на обмяната	277	245	-32

Инфекциозни болести	161	129	-32
Кардиология	611	550	-61
Лъчелечение	188	188	0
Нервни болести	554	527	-27
Пневмология и фтизиатрия	334	328	-6
Кардиохирургия	114	110	-4
Неврохирургия	238	200	-38
Съдова хирургия	173	100	-73
Педиатрия	223	363	140
Продължително лечение	395	806	411
Палиативни грижи	16	165	149
Психиатрия	292	382	90
Детска психиатрия	0	30	30

Най-голяма осигуреност с болнични легла по ключови медицински специалности има в област София-град, като за голяма част от тях се идентифицира излишък. Въпреки това, както и в досега разгледаните области, се констатират и недостиг на болнични легла за педиатрия, продължително лечение, палиативни грижи, психиатрия и детска психиатрия. От всички разгледани области в югозападния район на планиране, единствено в област София-град е идентифицирана нужда от структура и болнични легла за детска психиатрия, като към момента няма разкрито нито едно легло от този тип.

На база реалната ситуация в отделните области и обобщените данни за целия югозападен район на планиране, може да се направят следните изводи:

1. Районът е осигурен с необходимия брой болнични легла по ключови медицински специалности, като реалният брой надвишава необходимия такъв;
2. Във всички области от югозападния район на планиране се наблюдава недостиг на легла за продължително лечение и за палиативни грижи, а в някои области и за педиатрия и пневмология и психиатрия;
3. Броят на психиатричните легла отговаря на идентифицираните нужди във всички области от региона, с изключение на област София-град;
4. Болничните легла за осигуряване на високоспециализирани дейности като кардиохирургия, неврохирургия и съдова хирургия и др, са разкрити на само територията на София-град. Те осигуряват обслужване на населението не само на ЮЗР, но и на цялата страна.

6. Анализ на осигуреността с медицински специалисти в Югозападен регион за планиране

Осигуреността с медицински персонал в района също е добра. На територията са регистрирани общо 9 838 лекари, 2 523 лекари по дентална медицина и 13 689 медицински специалисти по здравни грижи. На ниво район, това се потвърждава и от статистическите данни за броя жители, които се обслужват от един лекар и от един лекар по дентална медицина. Въпреки че югозападният район на планиране обхващащ най-голям брой от населението на страната, 1 лекар обслужва 212 човека, при среден показател за страната 1 лекар за 233 човека.

Същевременно, разпределението на медицинските специалисти по области в югозападния регион е неравномерно, с голяма концентрация в област София-град. Така например, по отношение на медицинските специалисти, разпределението им в отделните области е следното:

Разпределение на медицински специалисти в югозападния регион по области

Регион на планиране	**Лекари**	**Относителен дял**	**Лекари по дентална медицина**	**Относителен дял**	**Медицински специалисти по здравни грижи**	**Относителен дял**
Югозападен	**9 838**		**2 523**		**13 689**	

Благоевград	904	9%	308	12,21%	1 525	11,14%
Кюстендил	410	4%	109	4,32%	579	4,23%
Перник	376	4%	139	5,51%	524	3,83%
София	882	9%	128	5,07%	1 170	8,55%
София (столица)	7 266	74%	1 839	72,89%	9 891	72,26%

Видно от събраната информация, разпределението на медицинския персонал по области е изключително неравномерно. И по трите категории персонал, над 72 % от специалистите са съсредоточени в област София-град, а същевременно, в областите Кюстендил и Перник, броят на медицинските специалисти спрямо общия за района е около и под 4%. Това води до значително неравнопоставеност в достъпа до медицински услуги на населението от района.

В резултат от това, осигуреността на населението с медицински специалисти в различните области от региона е неравномерно и се изразява по следния начин:

Брой население, обслужвано от 1 лекар по области в Югозападния район на планиране:

Регион на планиране	**Лекари**	**Лекари по дентална медицина**
Югозападен	**212**	**826**
Благоевград	333	978
Кюстендил	284	1 070
Перник	320	866
София	270	1 863
София (столица)	180	711

При среден показател за страната от 1 лекар на 233 човека население, е видно, че единствено в област София-град този показател е с по-добри стойности, като същевременно най-ниско е съотношението в област Благоевград и област Перник, съответно 1:333 и 1:320.
По отношение на осигуреността на населението с лекари по дентална медицина, отново показателят за София-град (1:711) е значително по-добър от средния за страната (1:946). В това отношение и област Перник е с по-добри от средните показатели – 1:866. Най-зле като осигуреност на населението със стоматологични услуги е София област, където на един лекар по дентална медицина се падат два пъти над средното за страната брой хора. Този факт може да се обясни и с географските особености на областта и близостта на голяма част от населените места до столицата.

В структурно отношение, по отделните медицински специалности също се наблюдава неравномерна кадрова обезпеченост както като общ брой лекари, така и по разпределението им в отделните области на региона. Най-много лекари-специалисти има по медицинските специалности „Кардиология“, „Акушерство и гинекология“ и „Хирургия“, а най-малко са лекарите със специалности „Инфекциозни болести“, „Урология“, „Психиатрия“, „Кожно-венерически заболявания“ и „Пневмология и фтизиатрия“.

Основни медицински специалности, за които има дефицит на лекари

Статистически райони	**Общо**	**Пневмо-логия и фтизиатрия**	**Урология**	**Инфекциозни болести**	**Психиатри**	**Кожни и венерически болести**
Югозападен	**9 838**	**159**	**177**	**59**	**186**	**165**
Благоевград	904	16	13	10	18	9
Кюстендил	410	12	5	2	12	5
Перник	376	8	8	5	11	4
София	882	26	16	10	10	7
София (столица)	7 266	97	135	32	135	140

Основни медицински специалности, за които не е идентифициран дефицит на лекари

Статистически райони	**Общо**	**Кардиология**	**Хирургия**	**Акушерство и гинекология**

Югозападен	**9 838**	**624**	**463**	**646**
Благоевград	904	54	51	58
Кюстендил	410	22	19	25
Перник	376	19	18	14
София	882	53	57	51
София (столица)	7 266	476	318	498

По отношение на извънболничната медицинска помощ, в югозападния регион за планиране са разкрити 1 218 бр. индивидуални или групови практики, което като покритие отговаря точно на средното за страната ниво на 10 000 човека – 5,8 бр.

По областите, включени в югозападния район за планиране, разпределението е следното:

Области	Брой	На 10 000 население
Благоевград	172	5,7
Кюстендил	79	6,8
Перник	78	6,5
София (столица)	763	5,8
София	126	5,3

Данните показват, че най-добра осигуреност на населението се наблюдава в областите Кюстендил (6,8 на 10 000 души) и Перник (6,5 на 10 000 души), а най-ниска в София област (5,3 на 10 000 души).

За качеството на предоставяните медицински услуги основно значение има и осигуреността със специалисти по здравни грижи в болничната и извънболничната здравна система. Данните за тези показатели в югозападния регион за планиране са следните:

Осигуреност с медицински специалисти по здравни грижи на 10 000 души населени

Области	Медицински специалисти по здравни грижи в ЛЗБП	Медицински специалисти по здравни грижи в ЛЗИБП
България	**38,4**	**9,2**
Благоевград	26,2	4,6
Кюстендил	27,8	3,3
Перник	18,8	5,4
София (столица)	46,1	13,3
София област	34,8	3,7

От данните е видно, че с изключение на област София град, във всички останали области се наблюдава значителен дефицит на медицински специалисти по здравни грижи. Показателите са много под средните за страната, като особено отчетливо това се наблюдава по отношение на болничната помощ в област Перник (18,8 на 10 000 човека) и област Благоевград (26,2 на 10 000 човека) и на извънболничната помощ, където в област Кюстендил (3,3 на 10 000 човека) и София област (3,7 на 10 000 човека), осигуреността е почти 3 пъти по-малка от средната за страната.

7. Изводи и заключения

Така представените данни ясно показват основните дефицити на медицински специалисти в региона и в отделните области, като към тях следва да се добавят и медицински специалисти по патоанатомия, онкология и анестезиология и интензивна медицина. Общопрактикуващите лекари в областта са общо 1 218, като тяхното разпределение също е неравномерно и концентрирано в гр. София. В планинските общини на Благоевградска област например, разпределението е неравномерно и все още има незаети практики, което намалява много качеството на доболничната помощ, която населението може да получи на място.

Основните общи проблеми на югозападния регион в здравното обслужване в

болничната помощ и стационарните социални заведения са:

- Остаряла материална база и оборудване, която изисква последователни инвестиции, за да гарантира относително съвременни условия за болнично обслужване. В много от лечебните заведения трудно са покриват изискванията на медицинските стандарти, има недостиг на медицински специалисти и липсват съвременни, модерни медицински апарати.
- Липсва финансова устойчивост на дружествата. Това е като цяло национален проблем, но се идентифицира и лечебните заведения в югозападния регион. Основните причини са недофинансиране на клиничните пътеки, голям брой здравно неосигурени лица, които получават медицински обслужване за сметка на дружествата, невъзможност поради ограничените човешки и технически ресурси за въвеждане на високоспециализирана и високоплатена дейност в лечебните заведения.
- Недостиг на всички категории медицински персонал. Съотношението лекар-медицински професионалисти по здравни грижи за региона е 1:1,4, при минимално изискване 1:2 или 1:3. В отделните области ситуацията е дори още по-лоша, например в София област е 1:1,3.

Водещи причини за смърт в региона са на първо място болести на органите на кръвообращението (61 % от всички починали), следвани от новообразувания (14 % от всички починали) и болести на дихателната система (5 % от всички починали).

С оглед на това и съобразно спецификите на отделните области, включени в състава на югозападния регион за планиране, се идентифицират и различни локални проблеми, които на ниво регион могат да бъдат обобщени по следния начин:

1. Сърдечносъдовите заболявания:
    a. Недостатъчни, в напреднала възраст и неравномерно разпределени в региона медицински специалисти;
    b. Липса на програми за промоция на здравето и профилактика на сърдечно-съдовите заболявания;
    c. Недостатъчна апаратурна обезпеченост за реакция при възникване на спешни и животозастрашаващи състояния на гражданите.
2. Онкологични заболявания:
    a. Остаряла материално-техническа база и недостатъчно развити центрове за ранна онкологична диагностика и лечение;
    b. Недостатъчен брой медицински специалисти с профилна специалност „Медицинска онкология“ и други профилни специалности;
    c. Липса на програми за промоция на здравето, профилактика на онкологичните заболявания и за подкрепа на пациенти с онкологични заболявания и техните семейства.
3. Психично здраве:
    a. Остаряла и амортизирана материално-техническа база;
    b. Необходимост от ускоряване на процеса по деинституционализация на психиатричната помощ в страната и създаване на нов тип услуги;
    c. Недостатъчен брой медицински специалисти;
4. Извънболнична медицинска помощ и общопрактикуващи лекари:
    a. Неравномерно разпределение на структурите и лекарите в региона и по области. Необходимост от подобряване на връзките между общопрактикуващите лекари, извънболничните и болничните лечебни заведения;
    b. Необходимост от осигуряване на възможности за повишаване на квалификацията;
    c. Недостатъчно добра обезпеченост с медицинска апаратура;

В допълнение, на територията на региона има значителен недостиг на структури за оказване на палиативни грижи за деца и възрастни, както и за продължително лечение и рехабилитация.

8. Възможности за подобряване на здравното обслужване и преодоляване на идентифицираните дефицити

За решаване на така идентифицираните слабости и проблеми на здравната система е необходимо провеждане на целенасочени, конкретни и ясни политики и реформи както на национално, така и на регионално ниво. За осигуряване на необходимото финансиране ще бъдат използвани европейските структурни и инвестиционни фондове и националния бюджет. С оглед на възможности за европейско финансиране, съгласно допустимите дейности и правила на отделните програми, се предвижда реализирането на следните инвестиции:

8.1. План за възстановяване и устойчивост – с подготвените инвестиционни проекти от страна на Министерството на здравеопазването, ще бъдат реализирани проекти, насочени към подобряване на достъпа на населението до медицински услуги и повишаване на възможностите на лечебните заведения за диагностика и лечение на социално значими заболявания, както и ще бъдат извършени инвестиции в малки населени места в областите, чрез които ще се подкрепи и осигури извънболнична медицинска помощ на европейско ниво. По-конкретно, предвидените интервенции в югозападния район на планиране са насочени към:

a. Подобряване на диагностиката и лечението на ССЗ чрез изграждане на 3 мозъчно-съдови центрове за ендоваскуларно лечение;

b. Изграждане на основна оперативна база и осигуряване на медицински хеликоптер за оказване на своевременна спешна медицинска помощ на територията на целия регион;

c. Изграждане на Национален мултидисциплинарен скринингов център за провеждането на масов скрининг, както и дейности по превенция и профилактика на социално-значими болести;

d. Изграждане на първия в страната център за протонна терапия на онкологични заболявания;

e. Осигуряване на възможност за техническо обновяване и осигуряване на нова, съвременна медицинска апаратура за лъчетерапия на пациенти с онкологични заболявания;

f. Обновяване на медицинската апаратура в системата на педиатричните грижи и осигуряване на съвременни условия за диагностика и лечение на деца;

g. Обновяване на материално-техническата база на всички структури от психиатричната помощ на територията на югозападния район на планиране;

h. Изграждане на амбулатории в малки населени места, чрез обновяване на материалната база и осигуряване на необходимата медицинска апаратура;

8.2. Програма REACT - с цел осигуряване на достъп до болнично лечение на населението от югозападния регион на страната и привеждането на здравната ни система в готовност, в случай на задълбочаване на епидемичната криза, ще бъдат структурирани и поддържани в готовност специализирани звена за лечение и наблюдение на пациенти с COVID-19. Чрез извършване на целенасочени инвестиции ще бъдат осигурени качество и безопасност на дарената кръв и кръвните продукти. По-конкретно, предвидените интервенции в югозападния район на планиране са насочени към:

a. укрепване на капацитета на структурите за лечение на инфекциозни заболявания с фокус върху COVID-19 болните, чрез извършване на инвестиции в материалната база на лечебните заведения в региона и закупуване на медицинска апаратура;

b. подкрепа за извънболничната помощ за създаване на ковид зони и осигуряване на по-добър достъп до специализирана медицинска помощ на пациенти с ковид

и други инфекциозни заболявания, чрез предоставяне на медицинска апаратура за нуждите разкритите ковид зони;

c. модернизиране на Националния център по трансфузионна хематология чрез създаване на възможност за тестване на кръвните продукти за наличие на COVID-19.

8.3. Програмата „Развитие на регионите“ 2021-2027. Приоритетите, които ще се реализират в сектор „Здравеопазване“ с финансовата подкрепа на програмата са насочени към изграждане на стабилни и ясни връзки между извънболничната и болничната помощ, засилване на мерките за профилактика и превенция и осигуряване на възможности за долекуване и рехабилитация. Предвижда се увеличаване на възможностите за профилактика, ранна диагностика и лечение на социално-значими заболявания в отдалечени райони, чрез подкрепа на общопрактикуващи лекари в югозападния регион и провеждане на целенасочени информационни кампании за промоция на здравословния начин на живот и за профилактика на заболяванията. В областта на онкологичните заболявания основно вниманието ще бъде насочено към ранна диагностика, лечение и проследяване на колоректалния рак, рак на стомаха, простатата, гърдата и шийката на матката. За целта ще бъдат реализирани интервенции в държавни и общински лечебни заведения, притежаващи съответното ниво на компетентност на структурите и осигуреност с медицински специалисти. С осигуреното финансиране по програмата, ще бъдат изградени центрове за палиативни грижи и гериатрия, с което ще се подобри в значителна степен нивото на оказваните здравно-социални услуги в региона.

8.4. Програма „Развитие на човешките ресурси“ 2021 – 2027. С финансовата подкрепа на програмата, ще бъдат реализирани политиката за осигуряване и развитие на човешките ресурси в здравеопазването изисква инвестиции в човешките ресурси в 3 основни направления:

a. Инвестиции в медицинското образование и професионалното обучение в здравеопазването;

b. Инвестиции в следдипломното обучение в системата на здравеопазването;

c. Инвестиции в създаването на мотивация на медицинските специалисти за работа в България и за стимулиране на професионалната им реализация в определени райони на страната.

Обучението на медицинските специалисти следва да е обвързано със здравните потребности на населението и необходимостта от осигуряване на оптимално съотношение между отделните категории медицински персонал. В тази връзка е необходимо полагане на целенасочени усилия и инвестиране в създаването на условия за увеличаване броя на приеманите студенти по специалност „медицинска сестра“ и повишаване интереса на младите хора към придобиване на тази професионална квалификация, за да може образователната система в средносрочен и дългосрочен план да започне да отговаря на идентифицираните потребности на здравната система от този вид медицински специалисти. Съществена част от професионалното развитие на медицинските специалисти е следдипломното обучение, което включва 1) обучение за придобиване на специалност и 2) продължаващо медицинско обучение. С цел преодоляване на наличния териториален дисбаланс на медицинските специалисти е необходимо създаване на стимули за работа в определени райони на страната, включително чрез използване на фондовете на ЕС и национално финансиране. Мерките за стимулиране на професионална реализация на медицинските специалисти в определени райони на страната могат да бъдат разделени на 2 групи – стимулиране на медицински специалисти с базова квалификация (без специалност) и стимулиране на лица с придобита конкретна специалност (Педиатрия, Инфекциозни болести, Обща и клинична патология, Обща медицина и пр.).

8.5. Програми с национално финансиране. Основен приоритет ще бъде изграждането на Националната здравно-информационна система. Това ще изведе до ново ниво предлаганите здравни услуги на населението, както и ще позволи въвеждането на нови такива, за които е от основно значение наличието и функционирането на модерна здравна

информационна система. НЗИС следва да бъде гръбнакът на информационните системи в сектор „Здравеопазване“, който ще бъде основата за интеграцията с всички системи, обслужващи здравните и административните процеси, като ще бъде осигурена възможност за постигане на прозрачност в управлението на финансовите разходи, както и дейностите по организация, контрол, планиране и прогнозиране в системата на здравеопазването, възможност за оценка на качеството и безопасността на медицинското обслужване.

Приложение № 6

ЮГОИЗТОЧЕН РАЙОН НА ПЛАНИРАНЕ

Общ преглед на район:

Югоизточния район за планиране има площ от 10 799 кв. км (10% от общата площ на Република България), в която според данни от 2020 г. има 1 020 187 жители, като се отчита намаление спрямо преброяването от 2011 г., когато в района са живели 1 072 850 души.
Най-голям брой жители живеят в област Варна – 409 750, 40% от населението на целия район – а област Ямбол отчита най-малък брой – 116 486, спрямо данни от 2020 г.

Структурата на населението според преброяването от 2021 г. показва, че 21.5% от населението е над 65г., спрямо 21% за България. Района спазва тенденцията за по-застаряло население, където то е 24.5% от популацията.

Относителният дял на бедните спрямо линията на бедност в югоизточния район е 26.3 - най-високият спрямо всички райони и по-висок от средния за страната 22.1 Населението в риск от бедност или социално изключване[31] е 382.5 хиляди души – 37.5% от съвкупността, спрямо 31.7% на национално ниво (по данни от НСИ). Това прави югоизтока най-бедния район в страната. По-подробни данни за демографските характеристики на района могат да бъдат намерение в Приложение № 10 и № 11.

1. Картографиране на областите в рамките на югоизточния район за планиране:

В рамките на района попадат 4 области.

1. Област Бургас
2. Област Сливен
3. Област Стара Загора
4. Област Ямбол

На територията на всяка област има областна болница, разположена в областния град и предоставяща най-високото ниво на медицински услуги. Съобразно териториалния, демографски и географския характер на отделните области, в по-големите общини има действащи общински лечебни заведения за болнична помощ. Разкрити са и частни лечебни заведения за болнична помощ. На територията на района се намират 56 заведения за болнична помощ, в т.ч. 25 многопрофилни болници, 14 специализирани болници и 1 държавна психиатрична болница. Извънболничната помощ разполага с 293 заведения, в т.ч. 123 диагностично-консултативни центрове и медицински центрове, 5 дентални центрове и медико-дентални центрове и 165 медико-диагностични и медико-технически лаборатории.

2. Картографиране на целевите групи от населението и техните специфични нужди:

2.1. Възрастното население и хората с нисък социално-икономически статус;
2.2. Деца:
- от 0-18 години;
- деца с физически и умствени увреждания и невро-рискови деца;

2.3. Палиативни пациенти;
2.4. Пациенти, нуждаещи се от продължително лечение и рехабилитация;
2.5. Лица с физически и умствени увреждания;
2.6. Лица с психически заболявания.

[31] Индикаторът включва три показателя: риск от бедност; нисък интензитет на икономическа активност; нова дефиниция; материални и социални лишения.

3. Картографиране на критични процеси в грижата за индивидуални здравни и социални проблеми

3.1. Интеграция и координация на грижите в общността:

a. Медицинска помощ (хоризонтална и вертикална)
b. Здравеопазване и социални грижи
c. Дългосрочни грижи

Ако не е посочено друго, установените нужди и проблеми са свързани с избрани процеси съгласно ВЪПРОСНИК ВЪРХУ ЗДРАВНИТЕ НУЖДИ И ИНВЕСТИЦИИ България — Хърватия — Словения ЕС-27: сърдечно-съдови заболявания и диабет, психично здраве, злокачествени заболявания, грижи за деца и младежи, спешна медицина, избираеми процедури, дентална медицина, интервенция във физическата медицина и рехабилитация.

Съгласно събраната информация от областите, влизащи в югоизточния район за планиране, като обща слабост се констатира трудният достъп до медицинска помощ на населението в по-малките отдалечените места, произтичаща от неблагоприятни социални фактори и условия за работа и следователно текучеството на кадри в по-големите областни градове.

Понастоящем здравните и социалните грижи на национално равнище са отделни и социалните и здравните работници нямат разработени процедури за комуникация помежду си. Поради недостатъчния брой и тежестта на амбулаторната работа, общопрактикуващите лекари не успяват да извършват редовно домашни посещения, а част от населението в района няма избран личен лекар. Друг идентифициран проблем е голямото текучество на кадри към райони и области с по-благоприятни социални условия, основно към югозападния и гр. София.

Обща слабост в района е и липсата на осигурени възможности за продължително лечение и рехабилитация за обслужване на пациенти, изписани след преодоляване на острото състояние в болниците за активно лечение.

На територията на района са регистрирани 528 аптеки, като най-голяма обезпеченост има в област Бургас – 283. Най-ограничен достъп до аптеки има в област Ямбол, където са 43 на брой. Селища без аптека са с. Братя Даскалови и с. Опан (обл. Стара Загора). Това се равнява на 10 470 души без директен достъп до аптека.

По отношение на причините за смърт в района, на първо място са Болести на органите на кръвообращението, следвани от Новообразувания и Болести на дихателната система. Водещите причини за смърт в югоизточния район за планиране са характери за цялата страната, като следва да се отбележи, че показателите за района са значително по-високи от средните за страната, както и най-високи спрямо другите райони. Средният брой починали на 100 000 от Болести на органите на кръвообращението в района е 1 081,7 спрямо 1 090,1 за страната, от Новообразувания в района е 246,1 спрямо 267,2 за страната, от Болести на дихателната система е 106,3 спрямо 86,6 за страната (данни за 2020 г.). По-подробна информация може да бъде открита в Приложение № 12.

Друг съществен проблем, характерен за целия район е липсата на психиатри, както и старата и амортизирана материално-техническа база на психиатричните структури. Медицинският персонал в тях има необходимост от осигуряване на възможности за повишаване на квалификацията и уменията си.

За решаване на така идентифицираните проблеми могат да се предложат следните мерки:

- развитие на електронното здравеопазване, чрез интеграция на отделните информационни системи;
- модернизация и разширяване на възможностите на болничната и извънболничната медицинска помощ за ранна диагностика и лечение на пациенти със заболявания, по основните причини за смърт;
- изграждане и развитие на структури и центрове за гериатрични и палиативни

грижи;

- създаване на стимули за разкриване на практики на общопрактикуващите лекари и на структури от извънболничната помощ в отдалечени и труднодостъпни места;
- развитие и модернизиране на психиатричната помощ, чрез целенасочени инвестиции в материално-техническата база на съществуващите структури и осигуряване на обучение и възможности за повишаване на квалификацията на медицинския персонал в тях;
- създаване на нови услуги, в съответствие с Национална стратегия за психично здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030 г.;
- осигуряване на ново оборудване за предоставяне на съвременна диагностика и профилактика;
- въвеждане на първи стъпки в телемедицина и теледиагностика.

4. Програми, проекти и дейности, които оказват значително въздействие върху установените проблеми:

Министерството на здравеопазването на Република България изпълнява редица национални проекти, финансирани по оперативните програми на страната и насочени към подобряване на достъпа и качеството на медицинското обслужване в страната и югоизточния район за планиране. Такива са:

По Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014 – 2020 г.:

Проект „Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ“:

Основна цел на проекта: обновяване и модернизация на сградния фонд и оборудването в системата на спешната помощ на територията на цялата страна - спешните отделения на 34 лечебни заведения за болнична помощ, 27 Центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и разкритите към тях 170 филиали (ФСМП) и 6 изнесени екипа.

В изпълнение на проекта, ще бъдат обхванати 4 центъра за спешна медицинска помощ, 27 филиала за спешна медицинска помощ и 4 спешни отделения на територията на югоизточния район.

Проект „Изграждане на инфраструктура за предоставяне на специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания“:

Основната цел на проекта е да се подобри регионалната социална инфраструктура, свързана с процеса на деинституционализация на деца чрез изграждането на инфраструктурата за резидентните интегрирани здравно-социални услуги в общността, които ще осигурят условия за замяна на институционалната грижа за децата с увреждания с отглеждане в среда близка до семейната, съобразена със специфичните им потребности.

Предвижда се изграждането на 26 центъра, предлагащи резидентни здравно-социални услуги за деца с увреждания и високо-рисково поведение, от които 6 ще бъдат разположени на територията на югоизточния район за планиране.

По Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014 – 2020 г.:

Проект „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“:

Основната цел на проекта е подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ, чрез инвестиции в човешкия капитал и подобряване знанията и уменията на персонала от системата за спешна медицинска помощ чрез продължаващо обучение.

В югоизточния район за планиране проектът ще се реализира чрез провеждане на обучение на всички медицински специалисти от структурите на ЦСМП, ФСМП и спешните отделения в лечебните заведения за болнична помощ, разкрити на територията му.

Проект „Специализация в здравеопазването”:

Основна цел на проекта е подпомогне повишаването на професионалния капацитет на обучаващите се специализанти и осигуряването на по-качествени здравни услуги, чрез подобряване достъпа на специализанти за придобиване на специалност в системата на здравеопазването (лекари-специализанти, лекари по дентална медицина - специализанти,

специализиращи медицински сестри и акушерки) и разширяване възможностите за повишаване на знанията и уменията им.

5. Анализ на осигуреността с болнични легла по ключови медицински специалности в отделните областни на югоизточния район за планиране

ЮГОИЗТОЧЕН РАЙОН (NUTS 2)			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	168	174	6
Гастроентерология	239	235	-4
Ендокринология и болести на обмяната	114	94	-20
Инфекциозни болести	136	132	-4
Кардиология	381	348	-33
Лъчелечение	96	126	30
Нервни болести	415	389	-26
Нефрология	82	89	7
Пневмология и фтизиатрия	290	368	78
Кардиохирургия	14	14	0
Неврохирургия	55	55	0
Съдова хирургия	95	88	-7
Неонатология	228	221	-7
Педиатрия	413	458	45
Продължително лечение	235	636	401
Палиативни грижи	17	135	118
Психиатрия	771	771	0
Клинична хематология	39	47	8
Физикална и рехабилитационна медицина	1522	1537	15

Данните за югоизточния район показват, че наличните болнични легла покриват или надхвърлят нуждите за повечето медицински дейности. Идентифицирана е липса на легла за анестезиология и интензивно лечение, лъчелечение, нефрология, пневмология и фтизиатрия, педиатрия, клинична хематология, физикална и рехабилитационна медицина, както и характерните за цялата страна значителни нужди за продължително лечение и палиативни грижи. Леглата за кардиохирургия, неврохирургия и психиатрия покриват точно нуждите за такива структури на ниво район.

8.1. Област Бургас

ОБЛАСТ БУРГАС			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	64	70	6
Гастроентерология	53	57	4
Ендокринология и болести на обмяната	22	22	0
Инфекциозни болести	40	40	0
Кардиология	97	96	-1
Лъчелечение	40	70	30
Нервни болести	138	137	-1
Нефрология	24	34	10
Пневмология и фтизиатрия	108	146	38

Кардиохирургия	14	14	0
Неврохирургия	25	28	3
Съдова хирургия	36	34	-2
Неонатология	63	73	10
Педиатрия	172	172	0
Продължително лечение	101	251	150
Палиативни грижи	15	51	36
Психиатрия	132	132	0
Клинична хематология	11	16	5
Физикална и рехабилитационна медицина	1129	1129	0

В област Бургас са идентифицирани повече медицински дейности, за които липсват легла, включително характерните за райони анестезиология и интензивно лечение, лъчелечение, нефрология, пневмология и фтизиатрия, клинична хематология, физикална и рехабилитационна медицина, продължително лечение и палиативни грижи, както и в областите на гастроентерология, неврохирургия и неонатология. Бургас е също така единствената област в района, в която болничните легла за лъчелечение не покриват необходимостта от такива. По отношение на ендокринология и болести на обмяната, инфекциозни болести, кардиохирургия, педиатрия и психиатрия, наличният брой на легла отговаря на нуждите в областта. Единствените дейности, в които се наблюдава минимален излишък на разкрити структури, са кардиология, нервни болести и съдова хирургия.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд, както и осигуряване на капацитет за дейности на регионално ниво.

8.1. Област Сливен

ОБЛАСТ СЛИВЕН			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	35	35	0
Гастроентерология	75	71	-4
Ендокринология и болести на обмяната	31	23	-8
Инфекциозни болести	50	46	-4
Кардиология	94	103	9
Лъчелечение	0	0	0
Нервни болести	68	68	0
Нефрология	18	22	4
Пневмология и фтизиатрия	65	102	37
Кардиохирургия	0	0	0
Неврохирургия	10	7	-3
Съдова хирургия	10	10	0
Неонатология	85	70	-15
Педиатрия	72	66	-6
Продължително лечение	40	115	75
Палиативни грижи	0	24	24
Психиатрия	20	20	0
Клинична хематология	0	3	3
Физикална и рехабилитационна медицина	87	87	0

Данните за област Сливен показват по-добра цялостна осигуреност на болнични структури ниво район. Недостиг на легла се наблюдава при обичайните за района нефрология, пневмология и фтизиатрия, продължително лечение, палиативни грижи и клинична хематология. Сливен е и единствената област в района, където е идентифицирана

липса на легла за кардиология. Точно са покрити нуждите за анестезиология и интензивно лечение, нервни болести, съдова хирургия, психиатрия и рехабилитационна медицина, а за лъчелечение и кардиохирургия няма идентифицирана необходимост и не са разкрити структури, тъй като дейностите се планират на регионално ниво. Излишък на болнични легла е открит в структурите за гастроентерология, ендокринология и болести на обмяната, инфекциозни болести, неврохирургия, неонатология и педиатрия.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

8.1. Област Стара Загора

ОБЛАСТ СТАРА ЗАГОРА			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	57	57	0
Гастроентерология	76	81	5
Ендокринология и болести на обмяната	52	43	-9
Инфекциозни болести	36	36	0
Кардиология	135	99	-36
Лъчелечение	56	56	0
Нервни болести	169	144	-25
Нефрология	30	24	-6
Пневмология и фтизиатрия	83	90	7
Кардиохирургия	0	0	0
Неврохирургия	20	20	0
Съдова хирургия	39	35	-4
Неонатология	73	72	-1
Педиатрия	139	195	56
Продължително лечение	88	196	108
Палиативни грижи	2	40	38
Психиатрия	589	589	0
Клинична хематология	26	27	1
Физикална и рехабилитационна медицина	281	286	5

Данните за област Стара Загора не се различават значително от районната структура на излишък и недостиг. Недостиг на болнични легла има за дейностите по гастроентерология, пневмология и фтизиатрия, педиатрия, продължително лечение, палиативни грижи, клинична хематология и физикална и рехабилитационна медицина. Точно е покрита нуждата за анестезиология и интензивно лечение, инфекциозни болести, лъчелечение, неврохирургия и психиатрия. Няма разкрити структури за кардиохирургия, но и няма идентифицирана нужда от такива. Излишък се наблюдава на легла за ендокринология и болести на обмяната, кардиология, нервни болести, нефрология, съдова хирургия и неонатология.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд, както и капацитет за осъществяване на дейности на регионално ниво.

8.1. Област Ямбол

ОБЛАСТ ЯМБОЛ			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) /недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	12	12	0
Гастроентерология	35	26	-9
Ендокринология и болести на обмяната	9	6	-3
Инфекциозни болести	10	10	0

Кардиология	55	50	-5
Лъчелечение	0	0	0
Нервни болести	40	40	0
Нефрология	10	9	-1
Пневмология и фтизиатрия	34	30	-4
Кардиохирургия	0	0	0
Неврохирургия	0	0	0
Съдова хирургия	10	9	-1
Неонатология	7	6	-1
Педиатрия	30	25	-5
Продължително лечение	6	74	68
Палиативни грижи	0	20	20
Психиатрия	30	30	0
Клинична хематология	2	1	-1
Физикална и рехабилитационна медицина	25	35	10

От наличните данни е видно, че област Ямбол е най-добре осигурена в целия район по отношение на болнични легла. Недостиг се наблюдава единствено на легла за продължително лечение и палиативни грижи – проблем, идентифициран на национално ниво и наличен във всички райони за планиране и почти всички области – както и на физикална и рехабилитационна медицина. Текущия брой на разкрити легла за анестезиология и интензивно лечение, инфекциозни болести, нервни болести и психиатрия точно покрива нуждата на областта. Няма идентифицирана нужда и разкрити структури за лъчелечение, кардиохирургия и неврохирургия. Минимален излишък се наблюдава при легла за гастроентерология, ендокринология и болести на обмяната, кардиология, нефрология, пневмология и фтизиатрия, съдова хирургия, неонатология, педиатрия и клинична хематология.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

Въз основа на събраните данни относно реалната ситуация и необходимостта от болнични легла в югоизточния район, може да се направят следните изводи:

1. Наблюдава се недостиг на болнични легла за някои от ключовите медицински дейности на ниво район, като от данните по области проличава и неравномерното им разпределение.
2. Най-населената област – Бургас – е най-слабо обезпечена по отношение на легла за болнично лечение, с общо 292 легла за различни медицински дейности в дефицит, за разлика от другите райони, където административният център е най-осигурен.
3. Област Ямбол е най-добре осигурена като болнични структури. Възможна причина за това е значително по-малкото население и следователно сравнително ниския брой на необходими легла, които да осигурят пълната им обезпеченост.
4. Хирургичните легла покриват или надхвърлят нуждата във всички области, където се наблюдава такава, освен Бургас, където има недостиг за съдова хирургия.
5. Нужда от легла за лъчелечение е идентифицирана само в области Бургас, където те не достигат, и Стара Загора, където нуждата е покрита.
6. Районът следва националната тенденция за значителен недостиг на легла за продължително лечение и палиативни грижи, като в области Сливен и Ямбол няма разкрити структури за палиативни грижи.
7. Наличните легла за психиатрия покриват точно нуждата от такива във всички области.

6. Анализ на осигуреността с медицински специалисти в Югоизточен район за планиране

Данните за югоизточния район показват сравнително равномерно кадрово разпределение на спрямо населението на областите, но и сериозни цялостни дефицити на медицински специалисти. На територията са регистрирани 3535 лекари, 795 лекари по дентална медицина и 5853 медицински специалисти по здравни грижи. На ниво район, 1 лекар обслужва 289 души – по високо съотношение от средното за страната 1:233. В област са регистрирани най-много специалисти (1367 лекари, 795 лекари по дентална медицина и 2166 специалисти по здравни грижи), но не се наблюдава обичайната за другите райони висока и неравномерна концентрация като административен център; в областта 1 лекар обслужва 300 души. Най-добра осигуреност има в Стара Загора – 1:236, единствената област с по-добра от средната за района, а най-ниска – Ямбол, с 1 лекар на 366 души.

Разпределение на медицински специалисти в югоизточния район по области (към 31.12.2020 г.)

Район на планиране	Лекари	Лекари по дентална медицина	Медицински специалисти по здравни грижи
Общо за България	**29717**	**7312**	**44676**
Югоизточен	**3535**	**795**	**5853**
Бургас	1367	298	2166
Сливен	531	127	1006
Стара Загора	1319	291	2079
Ямбол	318	79	602

По отношение на медицински специалисти по здравни грижи се наблюдава същата структура. Най-много такива регистрирани има отново в Бургас – 2166 и най-малко в Ямбол – 602. Данните отново показват сравнително равномерно разпределение на специалистите спрямо населението на областите.

Структурата на кадрова обезпеченост за денталните лекари също показва известен дефицит и сравнителна равномерност. При средно за района съотношение 1:946, в района 1 лекар по дентална медицина обслужва 1283. Най-обезпечената област отново е Стара Загора със съотношение 1:1070, а най-ниско – в Ямбол, с 1:1475. И в това отношение Бургас регистрира нехарактерното за административен център по-високо съотношение 1:1375.

Брой население, обслужвано от 1 лекар по области в югоизточния район на планиране (към 31.12.2020 г.):

Район на планиране	Лекари	Лекари по дентална медицина
България	**233**	**946**
Югоизточен	**289**	**1283**
Бургас	300	1375
Сливен	344	1437
Стара Загора	236	1070
Ямбол	366	1475

Данните по отделните специалности представят същата карта на кадрова обезпеченост и разпределение. Идентифицирани са дефицити спрямо от необходимостта за осигуреност на специалисти по „Хирургия“, „Кардиология“, „Нервни болести“, „Психиатрия“ и „Педиатрия“. Най-много добра обезпеченост от специалисти има за „Физикална и рехабилитационна медицина“ и „Кожни и венерически болести“. В области Бургас и Стара Загора има най много специалисти – 1367 и 1319 – а в Ямбол най-малко – 318. Тези бройки съответстват с разпределението на населението по съответните области.

Основни медицински специалности, за които има дефицит на лекари

Статистически райони	Общо	Хирургия	Кардио-логия	Нервни болести	Психиатрия	Педиатрия
Югоизточен	**3535**	**179**	**211**	**179**	**93**	**190**
Бургас	1367	83	76	75	34	92
Сливен	531	20	43	22	9	26
Стара Загора	1319	65	65	67	40	59
Ямбол	318	11	27	15	10	13

Основни медицински специалности, за които не е идентифициран дефицит на лекари

Статистически райони	Общо	Физикална и рехабилитационна медицина	Кожни и венерически болести
Югоизточен	**3535**	102	60
Бургас	1367	45	19
Сливен	531	15	11
Стара Загора	1319	37	23
Ямбол	318	5	7

Данните за първичната медицинска помощ са също важни за цялостната карта на здравните услуги. Осигуреността на индивидуални и групови практики за 10 000 души население като цяло е по-ниска от средната за страната 5,8. В Стара Загора са регистрирани най-много такива – 208, а в Ямбол най-малко – 66. Най-добре обезпечена е област Стара Загора с 6,7 практики, а най-ниско – Бургас, където разпределението е 4,9 за 10 000 души.

Индивидуални и групови практики за първична медицинска помощ по области към 31.12. 2020 година:

Области	Брой	На 10 000 население
България	**4 015**	**5,8**
Югоизточен район	**568**	**5,6**
Бургас	199	4,9
Сливен	95	5,2
Стара Загора	208	6,7
Ямбол	66	5,7

За качеството на предоставяните медицински услуги основно значение има и осигуреността със специалисти по здравни грижи в болничната и извънболничната здравна система. Данните за тези показатели в югоизточния район за планиране са следните:

Осигуреност с медицински специалисти по здравни грижи на 10 000 души население

Области	Медицински специалисти по здравни грижи в ЛЗБП	Медицински специалисти по здравни грижи в ЛЗИБП
България	**38,4**	**9,2**
Югоизточен район	**31,1**	**9,1**
Бургас	27,7	9,0
Сливен	31,2	8,4
Стара Загора	37,7	10,1
Ямбол	25,2	8,1

Осигуреността на медицински специалисти по здравни грижи в лечебни заведения за болнична помощ на ниво район е малко по-ниска от средната за страната – 31,1 спрямо 38,4 на национално ниво. Област Стара Загора отново е най-добре обезпечена, с 37,7 специалисти в ЛЗБП на 10 000 души. В Ямбол и Бургас е най-ниска – съответно 25,2 и 27,7. По отношение на специалисти по здравни грижи в извънболничната помощ, обезпечеността е по-добра – 9,1 на ниво район спрямо 9,2 за България. Единствено в Стара Загора показателят е по-висок от средния за страната – 10,1. Най-ниска осигуреност на медицински специалисти по здравни грижи в ЛЗИБП има в област Ямбол, с 8,1 специалисти за 10 000 души.

7. Изводи и заключения

Така представените данни ясно показват основните дефицити на медицински специалисти в района и в отделните области, като към тях следва да се добавят и медицински специалисти по Гастроентерология, Ендокринология и болести на обмяната и Анестезиология и интензивно лечение. Поради неблагоприятни социални фактори, като липсата на работни места и тенденциозното обезлюдяване на селските райони, разпределението на лекари е концентрирано в градовете. Някои малки и отдалечени райони съотношението лекар към населението, което обслужва, значително надвишава 1:1 000.

Основните общи проблеми на югоизточния район в здравното обслужване в болничната помощ и стационарните социални заведения са:

- Остаряла материална база и оборудване, която изисква последователни инвестиции, за да гарантира относително съвременни условия за болнично обслужване. В много от лечебните заведения трудно са покриват изискванията на медицинските стандарти, има недостиг на медицински специалисти и липсват съвременни, модерни медицински апарати.
- Липсва финансова устойчивост на дружествата. Основните причини са недофинансиране на клиничните пътеки, голям брой здравно неосигурени лица, които получават медицински обслужване за сметка на дружествата, невъзможност поради ограничените човешки и технически ресурси за въвеждане на високоспециализирана и високоплатена дейност в лечебните заведения.
- Недостиг на всички категории медицински персонал. Съотношението лекар-медицински професионалисти по здравни грижи за района е 1:1,4, при минимално изискване 1:2 или 1:3.

Водещи причини за смърт в района са на първо място болести на органите на кръвообращението (61% от всички починали), следвани от новообразувания (14% от всички починали) и болести на дихателната система (6% от всички починали).

С оглед на това и съобразно спецификите на отделните области, включени в състава на югоизточния район за планиране, се идентифицират и различни локални проблеми, които на ниво район могат да бъдат обобщени по следния начин:

1. Сърдечно- и мозъчно-съдовите заболявания:
   a. Недостатъчни, в напреднала възраст и неравномерно разпределени в региона медицински специалисти;
   b. Липса на програми за промоция на здравето и профилактика на сърдечно-съдовите заболявания;
   c. Недостатъчна апаратурна обезпеченост за реакция при възникване на спешни и животозастрашаващи състояния на гражданите.
   d. Онкологични заболявания:
   e. Остаряла материално-техническа база и недостатъчно развити центрове за ранна онкологична диагностика и лечение;
   f. Недостатъчен брой медицински специалисти с профилна специалност „Медицинска онкология“ и други профилни специалности;
   g. Липса на програми за промоция на здравето, скрининг и профилактика на онкологичните заболявания и за подкрепа на пациенти с онкологични заболявания и техните семейства.
2. Психично здраве:
   a. Остаряла и амортизирана материално-техническа база;
   b. Необходимост от ускоряване на процеса по деинституционализация на психиатричната помощ в страната и създаване на нов тип биопсихосоциални услуги;
   c. Недостатъчен брой медицински специалисти;
3. Извънболнична медицинска помощ и общопрактикуващи лекари:

a. Неравномерно разпределение на структурите и лекарите в региона и по области. Необходимост от подобряване на връзките между общопрактикуващите лекари, извънболничните и болничните лечебни заведения;

b. Необходимост от осигуряване на възможности за повишаване на квалификацията;

c. Недостатъчно добра обезпеченост с медицинска апаратура;

В допълнение, на територията на района има значителен недостиг на структури за оказване на палиативни грижи за деца и възрастни, както и за продължително лечение и рехабилитация.

8. Възможности за подобряване на здравното обслужване и преодоляване на идентифицираните дефицити

За решаване на така идентифицираните слабости и проблеми на здравната система е необходимо провеждане на целенасочени, конкретни и ясни политики и реформи както на национално, така и на регионално ниво. За осигуряване на необходимото финансиране ще бъдат използвани европейските структурни и инвестиционни фондове и националния бюджет. С оглед на възможности за европейско финансиране, съгласно допустимите дейности и правила на отделните програми, се предвижда реализирането на следните инвестиции:

8.1. План за възстановяване и устойчивост – с подготвените инвестиционни проекти от страна на Министерството на здравеопазването, ще бъдат реализирани проекти, насочени към подобряване на достъпа на населението до медицински услуги и повишаване на възможностите на лечебните заведения за диагностика и лечение на социално значими заболявания, както и ще бъдат извършени инвестиции в малки населени места в областите, чрез които ще се подкрепи и осигури извънболнична медицинска помощ на европейско ниво.

По-конкретно, предвидените интервенции в югоизточния район на планиране са насочени към:

a. Подобряване на диагностиката и лечението на съдови заболяване чрез изграждане на мозъчно-съдови центрове за ендоваскуларно лечение;

b. Изграждане на основна оперативна база и осигуряване на медицински хеликоптер за оказване на своевременна спешна медицинска помощ на територията на целия регион;

c. Изграждане на регионална структура на Национален мултидисциплинарен скринингов център за провеждането на масов скрининг, както и дейности по превенция и профилактика на социално-значими болести;

d. Осигуряване на възможност за техническо обновяване и осигуряване на нова, съвременна медицинска апаратура за лъчетерапия на пациенти с онкологични заболявания;

e. Обновяване на медицинската апаратура в системата на педиатричните грижи и осигуряване на съвременни условия за диагностика и лечение на деца;

f. Обновяване на материално-техническата база на всички структури от психиатричната помощ на територията на югоизточния район на планиране;

g. Изграждане на амбулатории в малки населени места, чрез обновяване на материалната база и осигуряване на необходимата медицинска апаратура;

8.2. Програма REACT - с цел осигуряване на достъп до болнично лечение на населението от югоизточния район на страната и привеждането на здравната ни система в готовност, в случай на задълбочаване на епидемичната криза, ще бъдат **структурирани** и поддържани в готовност специализирани звена за лечение и наблюдение на пациенти с COVID-19. Чрез извършване на целенасочени инвестиции ще бъдат осигурени качество и безопасност на дарената кръв и кръвните продукти. По-конкретно, предвидените интервенции в югоизточния район на планиране са насочени към:

a. укрепване на капацитета на структурите за лечение на инфекциозни заболявания с фокус върху COVID-19 болните, чрез извършване на инвестиции

в материалната база на лечебните заведения в региона и закупуване на медицинска апаратура;

b. подкрепа за извънболничната помощ за създаване на ковид зони и осигуряване на по-добър достъп до специализирана медицинска помощ на пациенти с ковид и други инфекциозни заболявания, чрез предоставяне на медицинска апаратура за нуждите разкритите ковид зони;

8.3. Програмата „Развитие на регионите“ 2021-2027. Приоритетите, които ще се реализират в сектор „Здравеопазване“ с финансовата подкрепа на програмата са насочени към изграждане на стабилни и ясни връзки между извънболничната и болничната помощ, засилване на мерките за профилактика и превенция и осигуряване на възможности за долекуване и рехабилитация. Предвижда се увеличаване на възможностите за профилактика, ранна диагностика и лечение на социално-значими заболявания в отдалечени райони, чрез подкрепа на общопрактикуващи лекари в югоизточния район и провеждане на целенасочени информационни кампании за промоция на здравословния начин на живот и за профилактика на заболяванията. В областта на онкологичните заболявания основно вниманието ще бъде насочено към ранна диагностика, лечение и проследяване на колоректалния рак, рак на стомаха, простатата, гърдата и шийката на матката. За целта ще бъдат реализирани интервенции в държавни и общински лечебни заведения, притежаващи съответното ниво на компетентност на структурите и осигуреност с медицински специалисти. С осигуреното финансиране по програмата, ще бъдат изградени центрове за палиативни грижи и гериатрия, с което ще се подобри в значителна степен нивото на оказваните здравно-социални услуги в региона.

a. Програма „Развитие на човешките ресурси“ 2021 – 2027. С финансовата подкрепа на програмата, ще бъдат реализирани политиката за осигуряване и развитие на човешките ресурси в здравеопазването изисква инвестиции в човешките ресурси в 3 основни направления:

b. Инвестиции в медицинското образование и професионалното обучение в здравеопазването;

c. Инвестиции в следдипломното обучение в системата на здравеопазването;

d. Инвестиции в създаването на мотивация на медицинските специалисти за работа в България и за стимулиране на професионалната им реализация в труднодостъпни и отдалечени райони на страната.

Обучението на медицинските специалисти следва да е обвързано със здравните потребности на населението и необходимостта от осигуряване на оптимално съотношение между отделните категории медицински персонал. В тази връзка е необходимо полагане на целенасочени усилия и инвестиране в създаването на условия за увеличаване броя на приеманите студенти по специалност „медицинска сестра“ и повишаване интереса на младите хора към придобиване на тази професионална квалификация, за да може образователната система в средносрочен и дългосрочен план да започне да отговаря на идентифицираните потребности на здравната система от този вид медицински специалисти. Съществена част от професионалното развитие на медицинските специалисти е следдипломното обучение, което включва 1) обучение за придобиване на специалност и 2) продължаващо медицинско обучение. С цел преодоляване на наличния териториален дисбаланс на медицинските специалисти е необходимо създаване на стимули за работа в определени райони на страната, включително чрез използване на фондовете на ЕС и национално финансиране. Мерките за стимулиране на професионална реализация на медицинските специалисти в определени райони на страната могат да бъдат разделени на 2 групи – стимулиране на медицински специалисти с базова квалификация (без специалност) и стимулиране на лица с придобита конкретна специалност (Педиатрия, Инфекциозни болести, Обща и клинична патология, Обща медицина и пр.).

8.4. Програми с национално финансиране. Основен приоритет ще бъде изграждането на Националната здравно-информационна система. Това ще изведе до ново

ниво предлаганите здравни услуги на населението, както и ще позволи въвеждането на нови такива, за които е от основно значение наличието и функционирането на модерна здравна информационна система. НЗИС следва да бъде гръбнакът на информационните системи в сектор „Здравеопазване“, който ще бъде основата за интеграцията с всички системи, обслужващи здравните и административните процеси, като ще бъде осигурена възможност за постигане на прозрачност в управлението на финансовите разходи, както и дейностите по организация, контрол, планиране и прогнозиране в системата на здравеопазването, възможност за оценка на качеството и безопасността на медицинското обслужване.

Приложение № 7

ЮЖЕН ЦЕНТРАЛЕН РАЙОН

Общ преглед на региона:

Южният централен регион обхваща областите Кърджали, Пазарджик, Пловдив, Смолян и Хасково с общо 58 общини. Той обхваща западната половина на Горнотракийската низина, южната част на Централна Стара планина, част от Средна гора, подбалканските полета и голяма част от Родопите. Площта на региона е 22 306,0 km2 , което представлява 20,2 % от територията на страната, като земеделските територии са 47,6 %, горските – 45,8 %, а урбанизираните територии заемат само 3,8 %. Южният централен регион има предимството през територията му да преминава един от основните коридори на TEN-T мрежата, преминаващи през страната – „Ориент/Източно– Средиземноморски“, като се обслужва от двете автомагистрали „Тракия“ и „Марица“, формиращи двата клона на този коридор.

На територията на ЮЦР има общо 1 298 населени места, от които 54 са градове. По данни на НСИ към 31.12.2021 г. населението на ЮЦР е 1 397 435 души, като е намаляло със 73 672 човека в сравнение с данните от последното преброяване през 2011 г. Населението в региона е 20,4 % от общото за страната и гъстотата му към края на 2021 г. е 62,65 души/km^2, колкото средната стойност за страната (61,62 души/km^2).

Райони и области	Брой на населението
БЪЛГАРИЯ	**6 838 937**
Южен централен	**1 397 435**
Кърджали	160 903
Пазарджик	249 330
Пловдив	664 653
Смолян	100 603
Хасково	221 947

Структурата на населението според преброяването от 2021 г. показва, че населението на южния централен район за планиране е в тенденция на прогресивно застаряване, като делът над 65-годишна възраст достига 21,72 % от общото население. Тези данни показват ясна тенденция към застаряване, като делът на населението над 65-годишна възраст през 2011 г., спрямо общото население на района е бил 18,5 %.

Относителен дял на бедните спрямо линията на бедността е 21,7 %, което е сходно с националното ниво, където процентът е 22,1 % (по данни от НСИ за 2021 г.).

Структура на населението в Южен централен район:

Район	Отношение на населението на възраст под 15 и на 65 и повече години към населението на възраст от 15 до 64 години	Отношение на населението на възраст 65 и повече години към населението на възраст от 15 до 64 години
Южен	**57.0**	**34.1**

централен		
Кърджали	56.0	34.1
Пазарджик	57.0	33.2
Пловдив	55.6	32.2
Смолян	59.8	41.6
Хасково	60.9	37.5

Относителен дял на бедните спрямо линията на бедността в Южен централен район:

Район / област	Относителен дял от населението
Средно за страната	22,1
Южен централен	21.7
Кърджали	22.0
Пазарджик	19.2
Пловдив	23.5
Смолян	18.2
Хасково	19.0

По-подробни данни за демографските характеристики на района могат да бъдат намерение в Приложение № 10 и № 11.

1. Картографиране на областите в рамките на северния централен район за планиране

В рамките на района попадат 5 области.

1. Област Кърджали
2. Област Пазарджик
3. Област Пловдив
4. Област Смолян
5. Област Хасково

Системата на здравеопазването в ЮЦР е сравнително добре изградена, с развита мрежа от здравни заведения. На територията на района към 31.12.2021 г. функционират 71 лечебни заведения за болнична помощ с 11 792 легла, 417 лечебни заведения за извънболнична помощ с 192 легла и 24 други лечебни и здравни заведения с 144 легла. В района има 44 многопрофилни болници, 22 специализирани болници, 3 центрове за психично здраве, 1 комплексен онкологичен център, 19 диагностично-консултативни центрове, 136 медицински центрове, 11 дентални центрове, 243 самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории, 5 центрове за спешна медицинска помощ и 49 филиали за спешна медицинска помощ, в т.ч. 4 изнесени екипа.

Заведения	**Кърджали**		**Пазарджик**		**Пловдив**		**Смолян**		**Хасково**	
	Брой	**Легла**	**Брой**	**Легла**	**Брой**	**Легла**	**Брой**	**Легла**	**Брой**	**Легла**
Лечебни заведения за болнична помощ	**6**	**826**	**12**	**2 065**	**34**	**6 748**	**8**	**1 060**	**11**	**1 093**
Многопрофилни болници	5	556	8	1 653	22	5 386	4	556	5	802
Специализирани болници	1	270	4	412	9	917	3	464	5	211
Лечебни заведения за извънболнична помощ	**22**	**12**	**59**	**27**	**232**	**95**	**43**	**14**	**61**	**44**
Диагностично-консултативни центрове	1	2	5	22	10	13	1	-	2	7
Медицински центрове	5	10	17	5	82	69	14	14	18	37
Дентални центрове	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-
Медико-дентални центрове	-	-	-	-	8	13	-	-	-	-

Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории	16	-	37	-	121	-	28	-	41	-
Други лечебни и здравни заведения	**6**	**107**	**4**	**-**	**6**	**17**	**3**	**-**	**5**	**20**

На територията на района са регистрирани 301 аптеки, като най-голяма обезпеченост има в област Пазарджик – 136. Най-ограничен е достъпът до аптеки в област Смолян, където са разкрити само 43. На територията на района има само една община без регистрирана аптека – Маджарово (обл. Хасково), с 2023 души население.

2. Картографиране на целевите групи от населението и техните специфични нужди:

2.1. Възрастното население и хората с нисък социално-икономически статус;
2.2. Деца:
- от 0—18 години;
- деца с физически и умствени увреждания и невро-рискови деца;

2.3. Палиативни пациенти;
2.4. Пациенти, нуждаещи се от продължително лечение и рехабилитация;
2.5. Лица с физически и умствени увреждания;
2.6. Лица с психически заболявания.

3. Картографиране на критични процеси в грижата за индивидуални здравни и социални проблеми

3.1. Интеграция и координация на грижите в общността:
a. Медицинска помощ (хоризонтална и вертикална)
b. Здравеопазване и социални грижи
c. Дългосрочни грижи

Ако не е посочено друго, установените нужди и проблеми са свързани с избрани процеси съгласно ВЪПРОСНИК ВЪРХУ ЗДРАВНИТЕ НУЖДИ И ИНВЕСТИЦИИ България — Хърватия — Словения ЕС-27: сърдечно-съдови заболявания и диабет, психично здраве, злокачествени заболявания, грижи за деца и младежи, спешна медицина, избираеми процедури, дентална медицина, интервенция във физическата медицина и рехабилитация.
Съгласно събраната информация от областите, влизащи в южния централен район за планиране, като обща слабост се констатира трудният достъп до медицинска помощ на населението в отдалечените и труднодостъпни места, произтичащо от планинския релеф на региона, недоброто състояние на второкласните и третокласните пътища.

Понастоящем здравните и социалните грижи на национално равнище са отделни и социалните и здравните работници нямат разработени процедури за комуникация помежду си.

Системата на здравеопазването в ЮЦР е сравнително добре изградена, с развита мрежа от здравни заведения. На територията на района към 31.12.2021 г. функционират 71 лечебни заведения за болнична помощ с 11 792 легла, 417 лечебни заведения за извънболнична помощ с 192 легла и 24 други лечебни и здравни заведения с 144 легла. В района има 44 многопрофилни болници, 22 специализирани болници, 3 центрове за психично здраве, 1 комплексен онкологичен център, 19 диагностично-консултативни центрове, 136 медицински центрове, 11 дентални центрове, 243 самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории, 5 центрове за спешна медицинска помощ и 49 филиали за спешна медицинска помощ, в т.ч. 4 изнесени екипа.

На ниво област основната част от болничните заведения е концентрирана в област Пловдив. В нея болничните заведения са 34, което представлява 47,88 % от общия брой на болничните заведения на територията на региона. От друга страна, в областите Кърджали са съсредоточени само 6 болнични заведения, което е 8,45 % от общия брой за региона.

Осигуреността на населението с болнични легла в края на 2021 г. е 843 на 100 000 души, които обаче са неравномерно разпределени в отделните области. Така например в област Хасково се падат 492 болнични легла на 100 000 души, а в област Пловдив 1 015 болнични легла на 100 000 души.

Сходна е ситуацията и по отношение на структурите за извънболнична помощ, където разпределението между отделните области също е неравномерно. Така например в област Кърджали има 1 диагностично-консултативен център и 5 медицински центъра, като липсват дентални и медико-дентални центрове, а в област Пловдив са разкрити 10 диагностично-консултативни центрове, 82 медицински центрове, 11 дентални центрове и 8 медико-дентални центрове. Тези разлики обуславят и значително неравнопоставеност в достъпа на населението от района до медицински услуги.

Отчита се и значително разминаване в осигуреността с лекари и с лекари по дентална медицина, като при средно 231 човека за 1 лекар в страната, в област Пловдив се падат 191 човека на 1 лекар, а в област Кърджали 428 човека на 1 лекар. Още по-големи са разликите по отношение на осигуреността на населението с лекари по дентална медицина. При средно за страната от 912 човека на 1 лекар по дентална медицина, в област Пловдив този показател е 563 човека на 1 лекар по дентална медицина, а в област Кърджали 1 239 човека на 1 лекар по дентална медицина.

По отношение на причините за смърт в региона, на първо място са Болести на органите на кръвообращението, следвани от Новообразувания и Болести на дихателната система. Водещите причини за смърт в южен централен район за планиране са характери за цялата страната, като следва да се отбележи, че стойностите са по-високи от средните за страната. Например, средният брой починали на 100 000 от Болести на органите на кръвообращението в региона е 1 188.5 спрямо 1 163.2 за страната, от Новообразувания в региона е 259.9 спрямо 250,4 за страната, от Болести на храносмилателната система е 50.8 спрямо 62.9 за страната. Видно от данните, средният брой починали на 100 000 от трите водещи причини за смърт е сходен със средните показатели за страната, като дори по отношение на болестите на храносмилателната система е по-нисък от средния за страната. По-подробна информация може да бъде открита в Приложение № 12.

Районът се характеризира с добре развита система за психиатрична помощ, на територията на отделните области има 3 центъра за психично здраве и 2 държавни психиатрични болници. Проблемът, който съществува пред тези структури е тяхната остаряла материално-техническа база и необходимостта от развитие на дейности по детска психиатрия.

Дейностите по превенция на заболяванията и ранна диагностика не са добре развити, което често пъти води до сериозни усложнения и смърт от заболявания, които биха могли да бъдат предотвратени при провеждане на редовни и пълни профилактични прегледи.

За решаване на така идентифицираните проблеми могат да се предложат следните мерки:

- развитие на електронното здравеопазване, чрез интеграция на отделните информационни системи;
- модернизация и разширяване на възможностите на болничната и извънболничната медицинска помощ за ранна диагностика и лечение на пациенти със заболявания, по основните причини за смърт;
- изграждане и развитие на структури и центрове за гериатрични и палиативни грижи;
- създаване на стимули за разкриване на практики на общопрактикуващите лекари и на структури от извънболничната помощ в отдалечени и труднодостъпни места;
- развитие и модернизиране на психиатричната помощ, чрез целенасочени инвестиции в материално-техническата база на съществуващите структури и осигуряване на обучение и възможности за повишаване на квалификацията на медицинския персонал в тях;
- създаване на нови услуги, в съответствие с Национална стратегия за психично

здраве на гражданите на Република България 2021 – 2030 г.;

- осигуряване на ново оборудване за предоставяне на съвременна диагностика и профилактика;
- въвеждане на първи стъпки в телемедицина и теледиагностика.

4. Програми, проекти и дейности, които оказват значително въздействие върху установените проблеми:

Министерството на здравеопазването на Република България изпълнява редица национални проекти, финансирани по оперативните програми на страната и насочени към подобряване на достъпа и качеството на медицинското обслужване в страната и южния централен район за планиране. Такива са:

По Оперативна програма „Региони в растеж“ 2014 – 2020 г.:

Проект „Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ“:

Основна цел на проекта: обновяване и модернизация на сградния фонд и оборудването в системата на спешната помощ на територията на цялата страна - спешните отделения на 34 лечебни заведения за болнична помощ, 27 Центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и разкритите към тях 170 филиали (ФСМП) и 6 изнесени екипа.

В изпълнение на проекта, ще бъдат обхванати 5 центъра за спешна медицинска помощ, 49 филиала за спешна медицинска помощ и 6 спешни отделения на територията на южния централен район.

Проект „Изграждане на инфраструктура за предоставяне на специализирана здравно-социална грижа за деца с увреждания“:

Основната цел на проекта е да се подобри регионалната социална инфраструктура, свързана с процеса на деинституционализация на деца чрез изграждането на инфраструктурата за резидентните интегрирани здравно-социални услуги в общността, които ще осигурят условия за замяна на институционалната грижа за децата с увреждания с отглеждане в среда близка до семейната, съобразена със специфичните им потребности.

Предвижда се изграждането на 26 центъра, предлагащи резидентни здравно-социални услуги за деца с увреждания и високо-рисково поведение, от които 6 ще бъдат разположени на територията на южния централен район за планиране.

По Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014 – 2020 г.:

Проект „Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“:

Основната цел на проекта е подобряване качеството на предоставяната спешна медицинска помощ, чрез инвестиции в човешкия капитал и подобряване знанията и уменията на персонала от системата за спешна медицинска помощ чрез продължаващо обучение.

В южния централен район за планиране проектът ще се реализира чрез провеждане на обучение на всички медицински специалисти от структурите на ЦСМП, ФСМП и спешните отделения в лечебните заведения за болнична помощ, разкрити на територията му.

Проект „Специализация в здравеопазването”:

Основна цел на проекта е подпомогне повишаването на професионалния капацитет на обучаващите се специализанти и осигуряването на по-качествени здравни услуги, чрез подобряване достъпа на специализанти за придобиване на специалност в системата на здравеопазването (лекари-специализанти, лекари по дентална медицина - специализанти, специализиращи медицински сестри и акушерки) и разширяване възможностите за повишаване на знанията и уменията им.

5. Анализ на осигуреността с болнични легла по ключови медицински специалности в отделните областни на северния централен район за планиране

ЮЖЕН ЦЕНТРАЛЕН РАЙОН (NUTS 2)			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) / недостиг (+)**

			на разкрити легла
Анестезиология и интензивно лечение	948	929	-19
Гастроентерология	423	366	-57
Ендокринология и болести на обмяната	353	260	-93
Инфекциозни болести	169	144	-25
Кардиология	821	739	-82
Лъчелечение	113	113	0
Нервни болести	765	722	-43
Пневмология и фтизиатрия	445	509	64
Неврохирургия	97	75	-22
Съдова хирургия	95	84	-11
Педиатрия	1136	907	-229
Продължително лечение	664	1024	360
Палиативни грижи	16	301	285
Психиатрия	769	781	12
Детска психиатрия	0	30	30

Легловата обезпеченост в южния централен район по основни медицински специалности е много добра. В съответствие с действащата Национална здравна карта е видно, че в района има излишък от болнични легла по повечето разглеждани специалности, като най-голям е по отношение на педиатрията, кардиологията и ендокринологията и болести на обмяната. От друга страна и в този район има остър дефицит на легла за продължително лечение, палиативни грижи и пневмология и фтизиатрия. Така посочените данни са обобщени, поради което следва да се разгледа конкретната ситуация във всяка една област. Това ще предостави по-ясна представа за осигуреността на населението за достъп до болнична помощ по основни медицински специалности.

5.1. Област Кърджали

ЮЖЕН ЦЕНТРАЛЕН РАЙОН (NUTS 2)			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) / недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	14	16	2
Гастроентерология	20	18	-2
Ендокринология и болести на обмяната	15	20	5
Инфекциозни болести	18	15	-3
Кардиология	52	54	2
Лъчелечение	0	0	0
Нервни болести	60	68	8
Пневмология и фтизиатрия	40	41	1
Неврохирургия	0	0	0
Съдова хирургия	0	0	0
Педиатрия	74	63	-11
Продължително лечение	54	92	38
Палиативни грижи	0	19	19
Психиатрия	270	270	0
Детска психиатрия	0	0	0

Данните показват, че броят на разкритите болнични легла по основни медицински специалности в област Кърджали е близък до нуждите на населението, определени в Националната здравна карта на страната. Констатира се значителен дефицит на леглата за продължително лечение, палиативни грижи и нервни болести. От друга страна се забелязва по-видим излишък на педиатрични легла. В областта няма разкрити и няма идентифицирани нужди от легла за детска психиатрия.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.2. Област Пазарджик

ЮЖЕН ЦЕНТРАЛЕН РАЙОН (NUTS 2)			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) / недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	687	663	-24
Гастроентерология	68	72	4
Ендокринология и болести на обмяната	43	40	-3
Инфекциозни болести	28	27	-1
Кардиология	154	167	13
Лъчелечение	30	30	0
Нервни болести	119	110	-9
Пневмология и фтизиатрия	89	104	15
Неврохирургия	25	23	-2
Съдова хирургия	11	8	-3
Педиатрия	338	247	-91
Продължително лечение	291	159	-132
Палиативни грижи	0	33	33
Психиатрия	100	100	0
Детска психиатрия	0	0	0

От събраните данни е видно, че за по-голямата част от разглежданите основни медицински специалности, броят на разкритите болнични легла съответства на определените нужди, съгласно разчетите от Националната здравна карта на страната. Следва да се отбележи значителен излишък на педиатрични легла и легла за продължително лечение. Причина за констатирания излишък на легла за продължително лечение е наличието на специализирани лечебни заведения от такъв тип на територията на община Велинград, където се предоставят специализирани услуги за продължително лечение и рехабилитация. Същевременно се отчита липса на легла за палиативни грижи, като въпреки идентифицираната нужда, няма разкрити такива, както и недостиг на легла за пневмология и фтизиатрия и кардиология[32].

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.3. Област Пловдив

ЮЖЕН ЦЕНТРАЛЕН РАЙОН (NUTS 2)			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) / недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	204	194	-10
Гастроентерология	294	223	-71
Ендокринология и болести на обмяната	229	140	-89
Инфекциозни болести	86	68	-18
Кардиология	454	359	-95
Лъчелечение	63	63	0
Нервни болести	419	382	-37
Пневмология и фтизиатрия	195	229	34

[32] Този недостиг трябва да се разглежда условно, тъй като има разкрити голям брой легла по вътрешни болести, на който се осъществяват дейности по пневмология и кардиология.

Неврохирургия	62	42	-20
Съдова хирургия	84	76	-8
Педиатрия	542	425	-117
Продължително лечение	238	564	326
Палиативни грижи	11	200	189
Психиатрия	279	279	0
Детска психиатрия	0	30	30

За разлика от разгледаните до момента области, в област Пловдив се отчита ясен излишък на болнични легла по основни медицински специалности, спрямо идентифицираните нужди в Националната здравна стратегия. Най-значителни са излишъците на педиатрични, кардиологични болнични легла, както и на легла за ендокринология и болести на обмяната и гастроентерология. Идентифицираният недостиг е на болнични легла по пневмология и фтизиатрия, продължително лечение и палиативни грижи. В област Пловдив е идентифицирана и нуждата от легла за детска психиатрия.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд, както и осигуряването на болничен капацитет за осъществяване на дейности на регионално ниво.

5.4. Област Смолян

ЮЖЕН ЦЕНТРАЛЕН РАЙОН (NUTS 2)			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) / недостиг (+) на разкрити легла**
Анестезиология и интензивно лечение	7	20	13
Гастроентерология	15	19	4
Ендокринология и болести на обмяната	41	37	-4
Инфекциозни болести	12	9	-3
Кардиология	80	73	-7
Лъчелечение	0	0	0
Нервни болести	72	64	-8
Пневмология и фтизиатрия	30	36	6
Неврохирургия	0	0	0
Съдова хирургия	0	0	0
Педиатрия	63	44	-19
Продължително лечение	41	67	26
Палиативни грижи	0	20	20
Психиатрия	40	52	12
Детска психиатрия	0	0	0

Съобразно събраните данни, е видно, че в област Смолян като цяло има недостиг на разкрити болнични легла по основните медицински специалности, спрямо идентифицираните нужди, посочени в Националната здравна карта на страната. Основно недостиг се наблюдава в леглата за анестезия и интензивно лечение, продължително лечение, палиативни грижи и психиатрия. По-значителен излишък се отчита единствено при педиатричните легла.

При оценката на потребностите обаче следва да се прецизира местоположението и използваемостта на наличния леглови фонд.

5.5. Област Хасково

ЮЖЕН ЦЕНТРАЛЕН РАЙОН (NUTS 2)			
Медицински дейности по видове:	**Брой разкрити легла**	**Необходим брой легла**	**Излишък (-) / недостиг (+) на разкрити**

			легла
Анестезиология и интензивно лечение	36	36	0
Гастроентерология	26	34	8
Ендокринология и болести на обмяната	25	23	-2
Инфекциозни болести	25	25	0
Кардиология	81	86	5
Лъчелечение	20	20	0
Нервни болести	95	98	3
Пневмология и фтизиатрия	91	99	8
Неврохирургия	10	10	0
Съдова хирургия	0	0	0
Педиатрия	119	128	9
Продължително лечение	40	142	102
Палиативни грижи	5	29	24
Психиатрия	80	80	0
Детска психиатрия	0	0	0

Област Хасково се характеризира с брой на разкритите легла по основни медицински специалности, близък или под идентифицирания като необходим в Националната здравна стратегия, без да се отчита превишение, с изключение на леглата по ендокринология и болести на обмяната. Същевременно, най-голям недостиг се констатира при леглата за продължително лечение и за палиативни грижи. И в тази област няма и не е идентифицирана нужда от легла по детска психиатрия.

На база реалната ситуация в отделните области и обобщените данни за целия южен централен район на планиране, може да се направят следните изводи:

1. Районът е осигурен с необходимия брой болнични легла по ключови медицински специалности, с изключение на палиативните грижи и на продължителното лечение, където се отчита значителен недостиг;
2. Във всички области от южния централен район на планиране с изключение на Пловдив се наблюдава недостиг или липса на легла за съдова хирургия и неврохирургия;
3. Броят на психиатричните легла отговаря на идентифицираните нужди във всички области от района, с изключение на област Смолян, където е недостатъчен;
4. Въпреки че се констатира излишък на болнични легла по инфекциозни болести, следва да се вземат предвид от една страна общата липса на такива услуги в страната, а от друга все още вирулващата пандемия от коронавирусна инфекция, което доведе до изключително изпитание цялата здравна системата.

6. Анализ на осигуреността с медицински специалисти в южния централен район за планиране

Осигуреността с медицински персонал в южния централен район на планиране също е добра. На територията са регистрирани общо 5 710 лекари, 1 851 лекари по дентална медицина и 8 619 медицински специалисти по здравни грижи. На ниво район, това се потвърждава и от статистическите данни за броя жители, които се обслужват от един лекар и от един лекар по дентална медицина. В южния централен район на планиране 1 лекар обслужва 244 човека, при среден показател за страната 1 лекар за 233 човека. По отношение на лекарите по дентална медицина, на един лекар в южния централен район на планиране се падат 751 човека, при среден показател за страната на 1 лекар по дентална медицина за 912 човека.

Разпределението на медицинските специалисти от трите разглеждани категории по области в южния централен район е неравномерно, с голяма концентрация в област Пловдив, където се концентрират над 60 % от лекарите, над 63 % от лекарите по дентална медицина и над 54 % от медицинските специалисти по здравни грижи. Същевременно в област Смолян са концентрирани едва 5 % от лекарите, 6,7 % от лекарите по дентална медицина и само 7 %

от медицинските специалисти по здравни грижи от всички в южния централен район за планиране.

Разпределение на медицински специалисти в южния централен район по области

Регион на планиране	Лекари	Относителен дял от общия брой	Лекари по дентална медицина	Относителен дял от общия брой	Медицински специалисти по здравни грижи	Относителен дял от общия брой
Южен централен	**5 710**		**1 851**		**8 619**	
Кърджали	376	6,58	130	7,02%	807	9,36%
Пазарджик	911	15,95%	224	12,10%	1 327	15,40%
Пловдив	3 470	60,77%	1 178	63,64%	4 729	54,87%
Смолян	305	5,34%	124	6,70%	627	7,27%
Хасково	648	11,35%	195	10,53%	1 129	13,10%

Население на един лекар и на един лекар по дентална в южен централен район

Регион на планиране	Лекари	Лекари по дентална медицина
Южен централен	244	751
Кърджали	428	1 239
Пазарджик	272	1 104
Пловдив	191	563
Смолян	326	801
Хасково	340	1 130

В структурно отношение, по отделните медицински специалности също се наблюдава неравномерна кадрова обезпеченост както като общ брой лекари, така и по разпределението им в отделните области на региона. По-висока осигуреност с лекари спрямо средната за страната има по медицинските специалности „Гръдна хирургия“ (в областите, където има разкрита такава дейност), „Лъчелечение“ и „Неврохирургия“, а най-малко спрямо средното за страната в отделните области са лекарите със специалност „Инфекциозни болести“, „Кардиология“ и „Пневмология и фтизиатрия“.

Основни медицински специалности, за които няма дефицит на лекари (общо болнична и извънболнична помощ) спрямо средните за страната показатели

Област	Специалност		
	Гръдна хирургия	Лъчелечение	Неврохирургия
Кърджали	0	0	0
Пазарджик	6	6	4
Пловдив	24	13	16
Смолян	0	0	0
Хасково	0	3	3
Общо:	**30**	**22**	**23**

Основни медицински специалности, за които има дефицит на лекари (общо болнична и извънболнична помощ) спрямо средните за страната показатели

Област	Специалност		
	Инфекциозни болести	Кардиология	Пневмология и фтизиатрия
Кърджали	4	21	8
Пазарджик	8	51	20
Пловдив	33	202	47
Смолян	2	17	8
Хасково	5	44	22
Общо:	**52**	**335**	**105**

Броят на индивидуалните и груповите практики за първична медицинска помощ и осигуреността на 10 000 души населени по области в южен централен район към 31.12. 2020 година са следните:

Области	Брой	На 10 000 население
България		**5,8**
Южен централен район	799	5,7
Кърджали	52	3,2
Пазарджик	151	6,0
Пловдив	412	6,2
Смолян	64	6,3
Хасково	120	5,4

Видно от данните, се наблюдава значителна разлика в броя на разкритите индивидуални и групови практики за първична медицинска помощ в областите, влизащи в състава на южния централен район. Като само в област Велико Търново, регистрираните такива структури формират над 51 % от общия брой за целия район. Най-малко са в област Кърджали – малко над 6,5 % от общия брой в района. Въпреки тези значителни разлики като брой, относно осигуреността на населението до индивидуални и групови практики за първична медицинска помощ най-добра е ситуацията в област Смолян, а най-лоша в област Кърджали. Въпреки че повече от половината разкрити практики са на територията на област Пловдив, с изключение на област Кърджали, в останалите области от южния централен район се наблюдава сходна осигуреност на населението с този тип услуга, като тя е по-добра от средната за страната.

За качеството на предоставяните медицински услуги основно значение има и осигуреността със специалисти по здравни грижи в болничната и извънболничната здравна система. Данните за тези показатели в южен централен район за планиране са следните:

Осигуреност с медицински специалисти по здравни грижи на 10 000 души населени

Области	Лечебни и здравни заведения за болнична помощ	Лечебни заведения за извънболнична помощ
България*	**38,4**	**9,2**
Кърджали	25,8	5,7
Пазарджик	36,1	5,6
Пловдив	42,4	11,4
Смолян	34,7	5,0
Хасково	27,7	6,1

Видно от събраните данни, ситуацията с осигуреността с медицински специалисти по здравни грижи в лечебните и здравни заведения за болнична помощ спрямо населението в отделните области на южния централен район за планиране не е равномерно. Безспорно се откроява област Пловдив, в която показателят е по-добър дори от средния за страната, съответно 42,4 на 10 000 човека население, спрямо средно 38,4 на 10 000 човека население за страната. С най-ниско покритие на населението с медицински специалисти по здравни грижи в болничната помощ са областите Кърджали и Хасково, където показателят е значително по-нисък от средния за страната, като е под 30 на 10 000 човека население, а по отношение на осигуреността с медицински специалисти извънболничната помощ са областите Смолян и Пазарджик.

7. Изводи и заключения

Така представените данни ясно показват основните дефицити на медицински специалисти в региона Основните общи проблеми на северния централен район за планиране в сферата на здравеопазването са:

- Остаряла материална база и оборудване, която изисква последователни инвестиции, за да гарантира относително съвременни условия за болнично обслужване. В много от лечебните заведения трудно са покриват изискванията на медицинските стандарти, има недостиг на медицински специалисти и липсват съвременни, модерни медицински апарати.

- Липсва финансова устойчивост на дружествата. Това е като цяло национален проблем, но се идентифицира и лечебните заведения в северния централен район. Основните причини са недофинансиране на клиничните пътеки, голям брой здравно неосигурени лица, които получават медицински обслужване за сметка на дружествата, невъзможност поради ограничените човешки и технически ресурси за въвеждане на високоспециализирана и високоплатена дейност в лечебните заведения.

- Недостиг на всички категории медицински персонал. Съотношението лекар-медицински професионалисти по здравни грижи за региона е 1:1,5, при минимално изискване 1:2 и оптимално 1:3. В отделните области ситуацията е дори още по-лоша, например в област Пловдив е 1:1,36, а в област Пазарджик е 1:1,46.

Водещи причини за смърт в региона са на първо място болести на органите на кръвообращението (56 % от всички починали на 10 000 човека), следвани от новообразувания (12 % от всички починали на 10 000 човека) и болести на храносмилателната система (2,41 % от всички починали на 10 000 човека). С оглед на това и съобразно спецификите на отделните области, включени в състава на южния централен район за планиране, се идентифицират и различни локални проблеми, които на ниво регион могат да бъдат обобщени по следния начин:

1. Сърдечносъдовите заболявания:
    a. Недостатъчни, в напреднала възраст и неравномерно разпределени в региона медицински специалисти;
    b. Липса на програми за промоция на здравето и профилактика на сърдечно-съдовите заболявания;
    c. Недостатъчна апаратурна обезпеченост за реакция при възникване на спешни и животозастрашаващи състояния на гражданите.
2. Онкологични заболявания:
    a. Остаряла материално-техническа база и недостатъчно развити центрове за ранна онкологична диагностика и лечение;
    b. Недостатъчен брой медицински специалисти с профилна специалност „Медицинска онкология“ и други профилни специалности;
    c. Липса на достатъчно разкрити структури за съвременно лъчелечение;
    d. Липса на програми за промоция на здравето, профилактика на онкологичните заболявания и за подкрепа на пациенти с онкологични заболявания и техните семейства.
3. Психично здраве:
    a. Остаряла и амортизирана материално-техническа база;
    b. Необходимост от ускоряване на процеса по деинституционализация на психиатричната помощ в страната и създаване на нов тип услуги;
    c. Недостатъчен брой медицински специалисти;
4. Извънболнична медицинска помощ и общопрактикуващи лекари:
    a. Неравномерно разпределение на структурите и лекарите в региона и по области. Необходимост от подобряване на връзките между общопрактикуващите лекари, извънболничните и болничните лечебни заведения;
    b. Необходимост от осигуряване на възможности за повишаване на квалификацията;
    c. Недостатъчно добра обезпеченост с медицинска апаратура;

В допълнение, на територията на региона има значителен недостиг на структури за оказване на палиативни грижи за деца и възрастни, както и за продължително лечение и рехабилитация.

8. Възможности за подобряване на здравното обслужване и преодоляване на идентифицираните дефицити

За решаване на така идентифицираните слабости и проблеми на здравната система е необходимо провеждане на целенасочени, конкретни и ясни политики и реформи както на национално, така и на регионално ниво. За осигуряване на необходимото финансиране ще бъдат използвани европейските структурни и инвестиционни фондове и националния бюджет. С оглед на възможности за европейско финансиране, съгласно допустимите дейности и правила на отделните програми, се предвижда реализирането на следните инвестиции:

8.1. План за възстановяване и устойчивост – с подготвените инвестиционни проекти от страна на Министерството на здравеопазването, ще бъдат реализирани проекти, насочени към подобряване на достъпа на населението до медицински услуги и повишаване на възможностите на лечебните заведения за диагностика и лечение на социално значими заболявания, както и ще бъдат извършени инвестиции в малки населени места в областите, чрез които ще се подкрепи и осигури извънболнична медицинска помощ на европейско ниво. По-конкретно, предвидените интервенции в южния централен район на планиране са насочени към:

a. Подобряване на диагностиката и лечението на ССЗ чрез изграждане на мозъчно-съдови центрове за ендоваскуларно лечение;

b. Изграждане на основна оперативна база и осигуряване на медицински хеликоптер за оказване на своевременна спешна медицинска помощ на територията на целия регион;

c. Изграждане на регионална структура на Националния мултидисциплинарен скринингов център за провеждането на масов скрининг, както и дейности по превенция и профилактика на социално-значими болести;

d. Осигуряване на възможност за техническо обновяване и осигуряване на нова, съвременна медицинска апаратура за комплексно лечение на пациенти с онкологични заболявания;

e. Обновяване на медицинската апаратура в системата на педиатричните грижи и осигуряване на съвременни условия за диагностика и лечение на деца;

f. Обновяване на материално-техническата база на всички структури от психиатричната помощ на територията на южния централен район на планиране;

g. Изграждане на амбулатории в малки населени места, чрез обновяване на материалната база и осигуряване на необходимата медицинска апаратура;

8.2. Програма REACT - с цел осигуряване на достъп до болнично лечение на населението от южния централен район на страната и привеждането на здравната ни система в готовност, в случай на задълбочаване на епидемичната криза, ще бъдат структурирани и поддържани в готовност специализирани звена за лечение и наблюдение на пациенти с COVID-19. Чрез извършване на целенасочени инвестиции ще бъдат осигурени качество и безопасност на дарената кръв и кръвните продукти. По-конкретно, предвидените интервенции в южния централен район на планиране са насочени към:

a. укрепване на капацитета на структурите за лечение на инфекциозни заболявания с фокус върху COVID-19 болните, чрез извършване на инвестиции в материалната база на лечебните заведения в региона и закупуване на медицинска апаратура;

b. подкрепа за извънболничната помощ за създаване на ковид зони и осигуряване на по-добър достъп до специализирана медицинска помощ на

пациенти с ковид и други инфекциозни заболявания, чрез предоставяне на медицинска апаратура за нуждите разкритите ковид зони;

8.3. Програмата „Развитие на регионите“ 2021-2027. Приоритетите, които ще се реализират в сектор „Здравеопазване“ с финансовата подкрепа на програмата са насочени към изграждане на стабилни и ясни връзки между извънболничната и болничната помощ, засилване на мерките за профилактика и превенция и осигуряване на възможности за долекуване и рехабилитация. Предвижда се увеличаване на възможностите за профилактика, ранна диагностика и лечение на социално-значими заболявания в отдалечени райони, чрез подкрепа на общопрактикуващи лекари в южния централен район и провеждане на целенасочени информационни кампании за промоция на здравословния начин на живот и за профилактика на заболяванията. В областта на онкологичните заболявания основно вниманието ще бъде насочено към ранна диагностика, лечение и проследяване на колоректалния рак, рак на стомаха, простатата, гърдата и шийката на матката. За целта ще бъдат реализирани интервенции в държавни и общински лечебни заведения, притежаващи съответното ниво на компетентност на структурите и осигуреност с медицински специалисти. С осигуреното финансиране по програмата, ще бъдат изградени центрове за палиативни грижи и гериатрия, с което ще се подобри в значителна степен нивото на оказваните здравно-социални услуги в региона.

8.4. Програма „Развитие на човешките ресурси“ 2021 – 2027. С финансовата подкрепа на програмата, ще бъдат реализирани политиката за осигуряване и развитие на човешките ресурси в здравеопазването изисква инвестиции в човешките ресурси в 3 основни направления:

a. Инвестиции в медицинското образование и професионалното обучение в здравеопазването;

b. Инвестиции в следдипломното обучение в системата на здравеопазването;

c. Инвестиции в създаването на мотивация на медицинските специалисти за работа в България и за стимулиране на професионалната им реализация в определени райони на страната.

Обучението на медицинските специалисти следва да е обвързано със здравните потребности на населението и необходимостта от осигуряване на оптимално съотношение между отделните категории медицински персонал. В тази връзка е необходимо полагане на целенасочени усилия и инвестиране в създаването на условия за увеличаване броя на приеманите студенти по специалност „медицинска сестра“ и повишаване интереса на младите хора към придобиване на тази професионална квалификация, за да може образователната система в средносрочен и дългосрочен план да започне да отговаря на идентифицираните потребности на здравната система от този вид медицински специалисти. Съществена част от професионалното развитие на медицинските специалисти е следдипломното обучение, което включва 1) обучение за придобиване на специалност и 2) продължаващо медицинско обучение. С цел преодоляване на наличния териториален дисбаланс на медицинските специалисти е необходимо създаване на стимули за работа в определени райони на страната, включително чрез използване на фондовете на ЕС и национално финансиране. Мерките за стимулиране на професионална реализация на медицинските специалисти в определени райони на страната могат да бъдат разделени на 2 групи – стимулиране на медицински специалисти с базова квалификация (без специалност) и стимулиране на лица с придобита конкретна специалност (Педиатрия, Инфекциозни болести, Обща и клинична патология, Обща медицина и пр.).

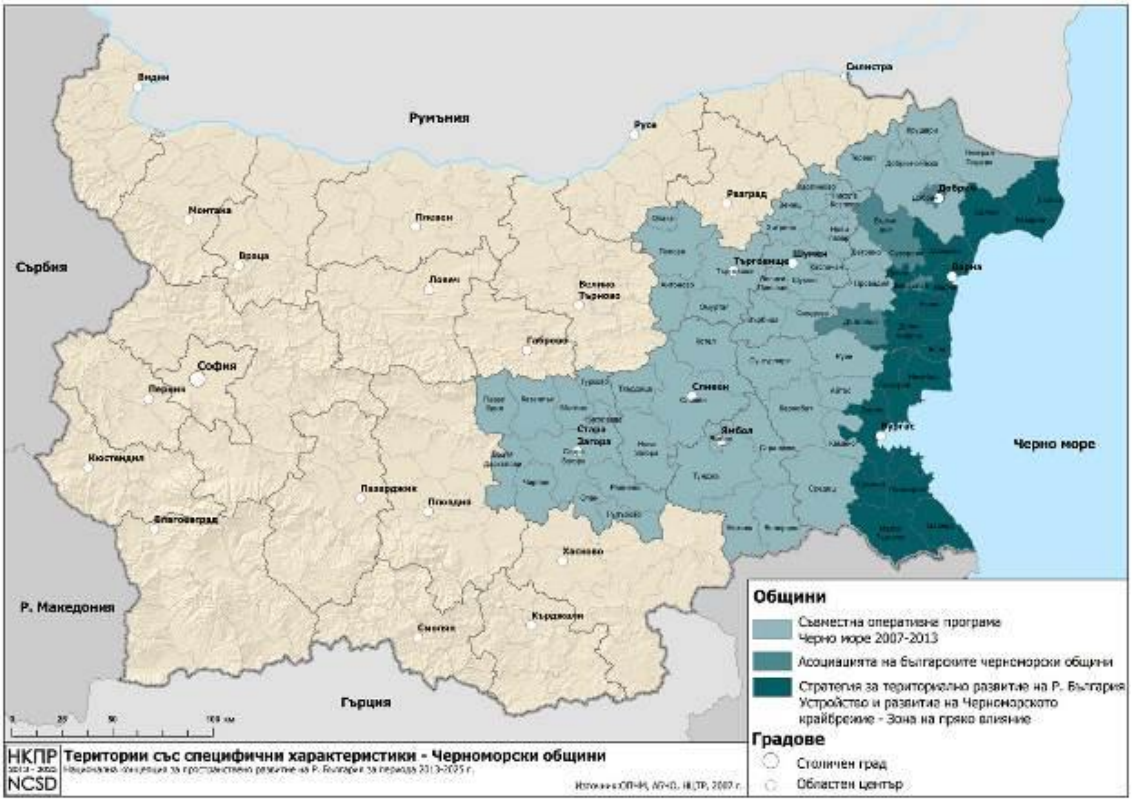
8.5. Програми с национално финансиране. Основен приоритет ще бъде изграждането на Националната здравно-информационна система. Това ще изведе до ново ниво предлаганите здравни услуги на населението, както и ще позволи въвеждането на нови такива, за които е от основно значение наличието и функционирането на модерна здравна информационна система. НЗИС следва да бъде гръбнакът на информационните системи в сектор „Здравеопазване“, който ще бъде основата за интеграцията с всички системи,

обслужващи здравните и административните процеси, като ще бъде осигурена възможност за постигане на прозрачност в управлението на финансовите разходи, както и дейностите по организация, контрол, планиране и прогнозиране в системата на здравеопазването, възможност за оценка на качеството и безопасността на медицинското обслужване.

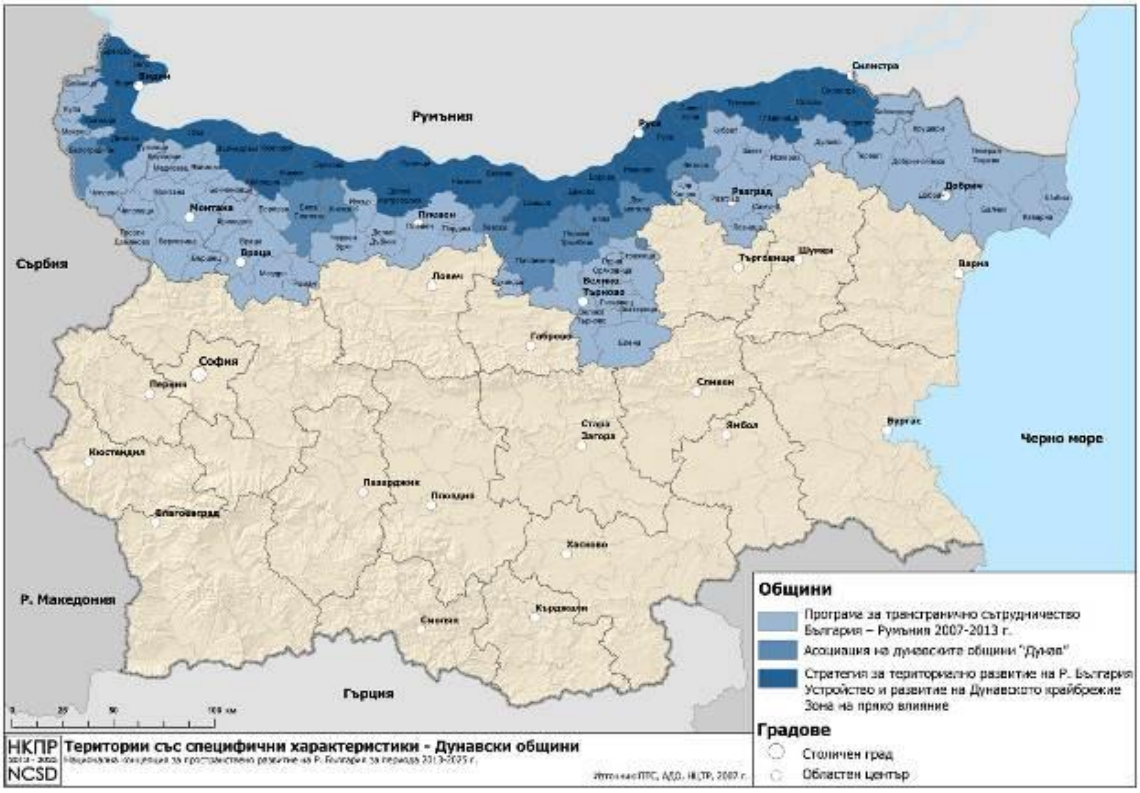
Приложение № 8

Територии със специфични характеристики, съгласно НКПР

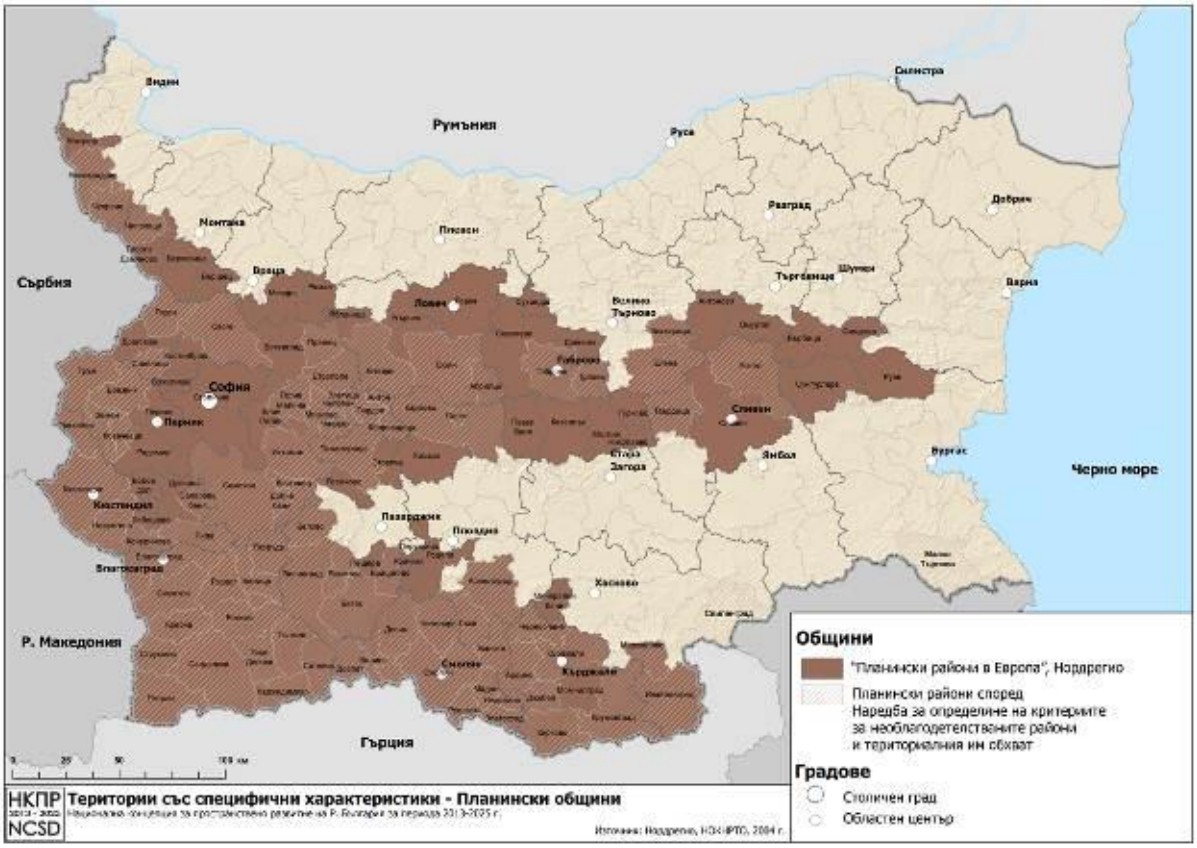
Фигура I. Територии със специфични характеристики – Черноморски общини



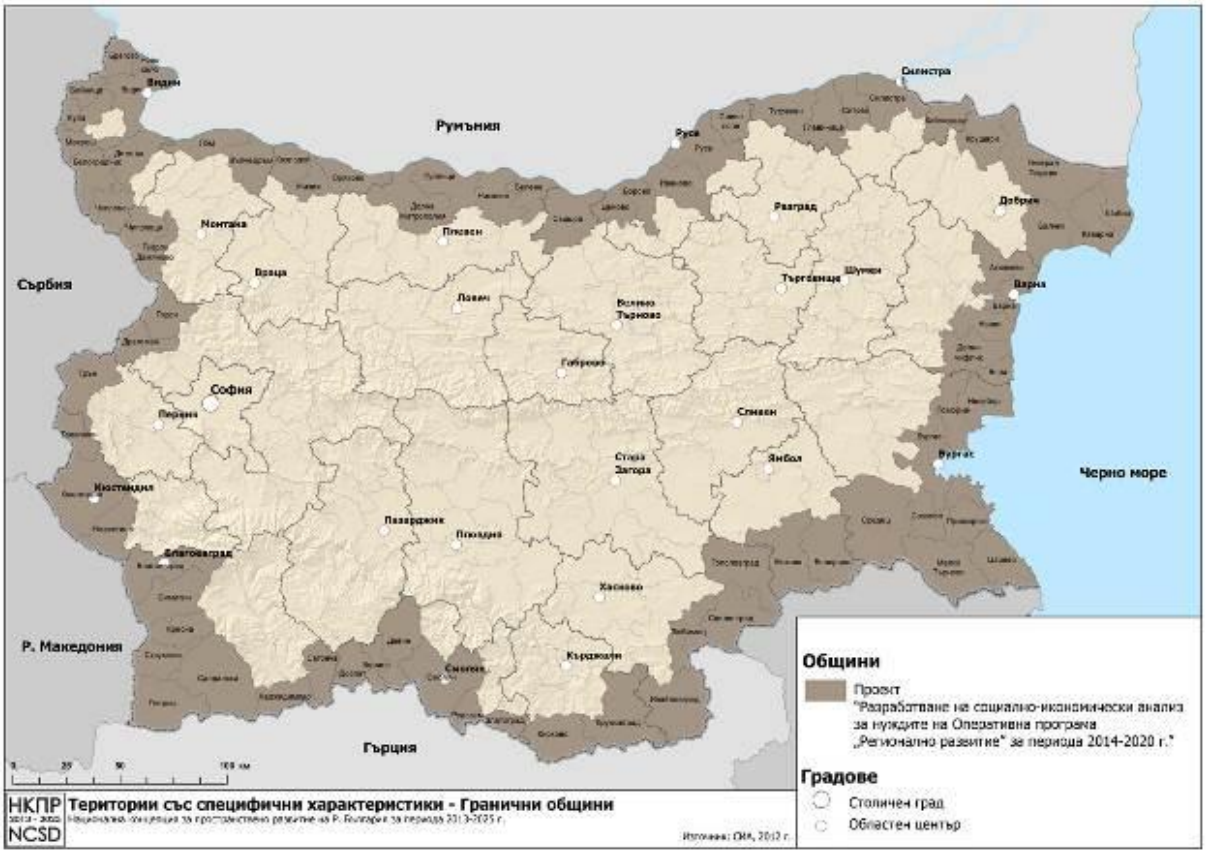
Фигура II. Територии със специфични характеристики – Дунавски общини



Фигура III. Територии със специфични характеристики – планински общини

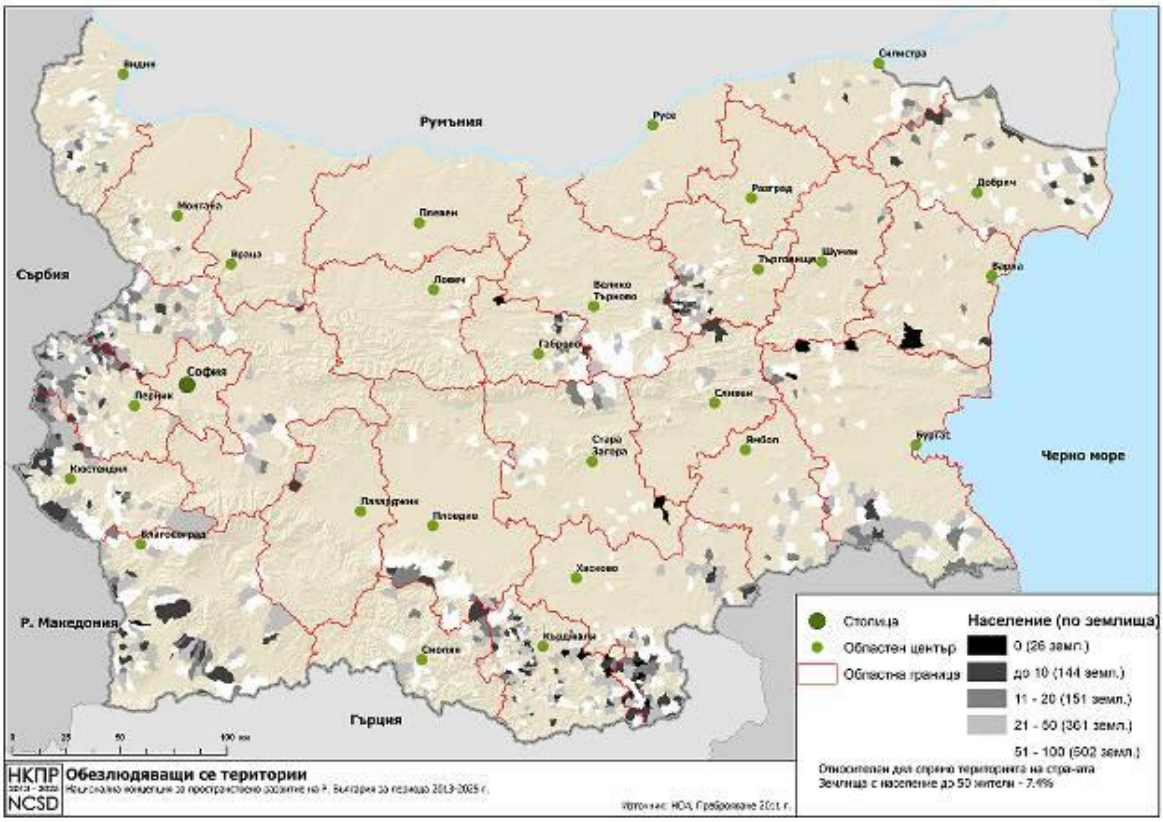


Фигура IV. Територии със специфични характеристики – Гранични общини



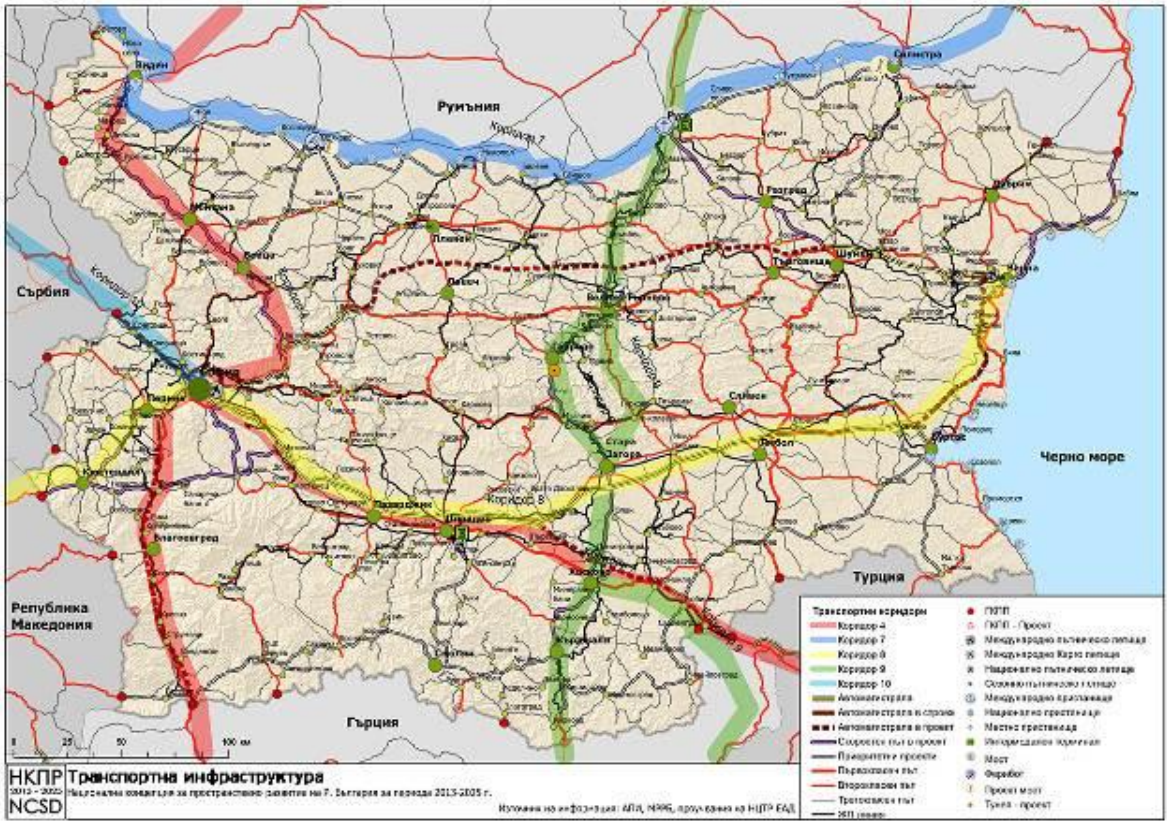
Територии в риск, съгласно НКПР

Фигура V. Обезлюдяващи се територии

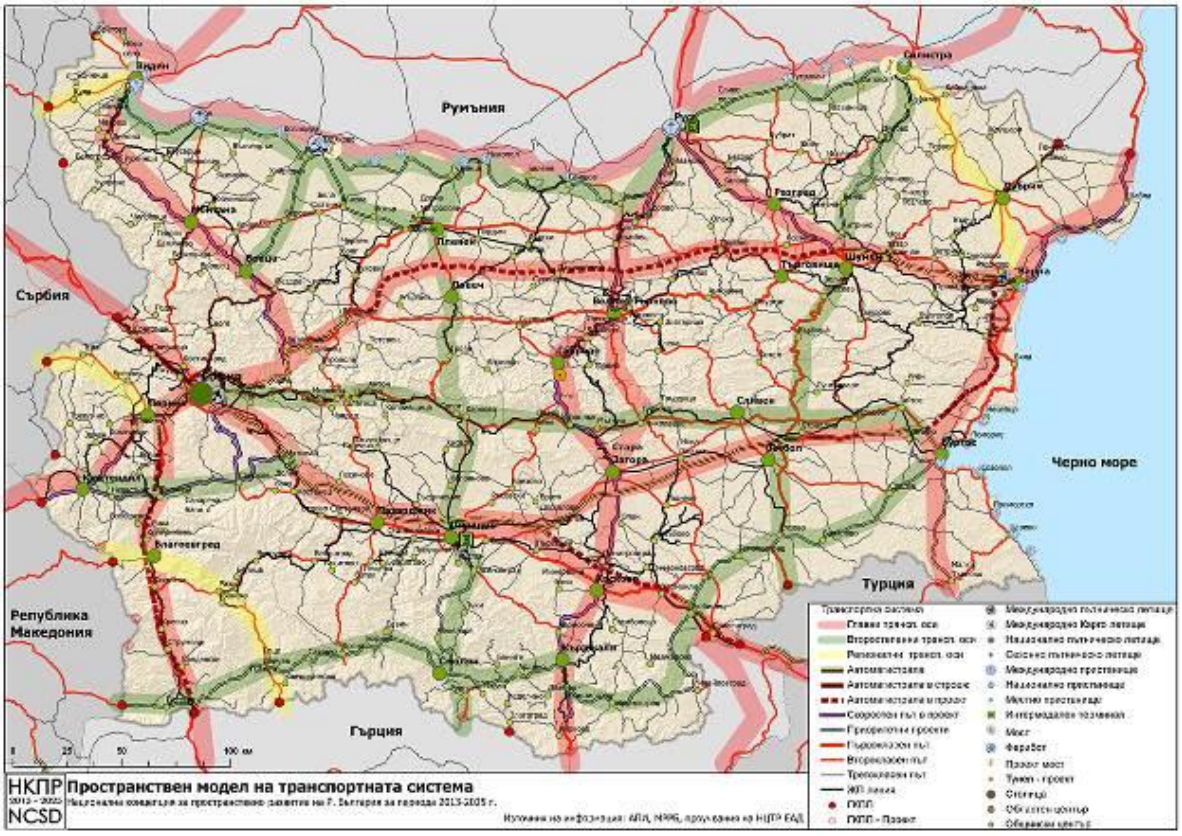


Транспортна инфраструктура – настоящо състояния и пространствено развитие, съгласно НКПР

Фигура VI. Транспортна инфраструктура – настоящо състояние



Фигура VII. Пространствен модел на транспортната инфраструктура



РЗОК	Брой Осигурени
Общо	**5 727 103**
РЗОК – Благоевград	255 322
РЗОК – Бургас	328 914
РЗОК – Варна	383 622
РЗОК – Враца	184 544
РЗОК – Велико Търново	67 486
РЗОК – Видин	136 622
РЗОК – Габрово	95 182
РЗОК – Добрич	129 510
РЗОК – Кюстендил	117 555
РЗОК – Кърджали	102 994
РЗОК – Ловеч	100 063
РЗОК – Монтана	102 995
РЗОК – Пазарджик	205 700
РЗОК – Перник	103 853
РЗОК – Плевен	201 041
РЗОК – Пловдив	566 488
РЗОК – Разград	90 599

Приложение № 9

Данни за здравно осигурени лица по области от Регионалните здравно осигурителни каси

РЗОК – Русе	173 532
РЗОК – Силистра	79 616
РЗОК – Сливен	143 584
РЗОК – Смолян	91 761
Столична РЗОК	1 121 317
РЗОК – София област	190 604
РЗОК – Стара Загора	264 361
РЗОК – Търговище	84 805
РЗОК – Хасково	179 623
РЗОК – Шумен	128 413
РЗОК – Ямбол	96 997

Приложение № 10

НАСЕЛЕНИЕ КЪМ 31.12.2021 Г. ПО ОБЛАСТИ, ОБЩИНИ, МЕСТОЖИВЕЕНЕ И ПОЛ

(Брой)

Области Общини	Общо			В градовете			В селата		
	всичко	мъже	жени	всичко	мъже	жени	всичко	мъже	жени
Общо за страната	**6838937**	**3311311**	**3527626**	**5000496**	**2396362**	**2604134**	**1838441**	**914949**	**923492**
Благоевград	**298251**	**144852**	**153399**	**180448**	**86105**	**94343**	**117803**	**58747**	**59056**
Банско	13064	6327	6737	12009	5823	6186	1055	504	551
Белица	9010	4429	4581	2915	1422	1493	6095	3007	3088
Благоевград	74066	35425	38641	67810	32187	35623	6256	3238	3018
Гоце Делчев	29585	14287	15298	18237	8589	9648	11348	5698	5650
Гърмен	14751	7296	7455	-	-	-	14751	7296	7455
Кресна	4991	2563	2428	3216	1618	1598	1775	945	830
Петрич	47949	23292	24657	26778	12750	14028	21171	10542	10629
Разлог	18822	9110	9712	11243	5398	5845	7579	3712	3867
Сандански	36335	17457	18878	24682	11673	13009	11653	5784	5869
Сатовча	13921	6902	7019	-	-	-	13921	6902	7019
Симитли	12852	6423	6429	6194	3085	3109	6658	3338	3320
Струмяни	4681	2294	2387	-	-	-	4681	2294	2387
Хаджидимово	8746	4398	4348	2348	1168	1180	6398	3230	3168
Якоруда	9478	4649	4829	5016	2392	2624	4462	2257	2205
Бургас	**408704**	**196999**	**211705**	**311099**	**148136**	**162963**	**97605**	**48863**	**48742**
Айтос	27326	13296	14030	18974	9090	9884	8352	4206	4146
Бургас	204804	96832	107972	199571	94223	105348	5233	2609	2624
Камено	10609	5367	5242	4051	1981	2070	6558	3386	3172
Карнобат	22464	10928	11536	16483	7916	8567	5981	3012	2969
Малко Търново	2993	1472	1521	1890	943	947	1103	529	574
Несебър	30721	14923	15798	21493	10355	11138	9228	4568	4660
Поморие	27839	13444	14395	19204	9140	10064	8635	4304	4331
Приморско	6433	3200	3233	4122	2057	2065	2311	1143	1168
Руен	27180	13616	13564	-	-	-	27180	13616	13564

Созопол	13982	6883	7099	7178	3473	3705	6804	3410	3394
Средец	14000	7025	6975	8270	4100	4170	5730	2925	2805
Сунгурларе	11189	5485	5704	2890	1433	1457	8299	4052	4247
Царево	9164	4528	4636	6973	3425	3548	2191	1103	1088
Варна	**468614**	**227990**	**240624**	**390481**	**188820**	**201661**	**78133**	**39170**	**38963**
Аврен	9654	4891	4763	-	-	-	9654	4891	4763
Аксаково	22108	10952	11156	11486	5592	5894	10622	5360	5262
Белослав	10147	5076	5071	7114	3572	3542	3033	1504	1529
Бяла	3420	1730	1690	2227	1110	1117	1193	620	573
Варна	341737	164792	176945	332686	160287	172399	9051	4505	4546
Ветрино	5089	2563	2526	-	-	-	5089	2563	2526
Вълчи дол	8767	4416	4351	2736	1345	1391	6031	3071	2960
Девня	8411	4234	4177	7685	3842	3843	726	392	334
Долни чифлик	18261	8968	9293	6269	3093	3176	11992	5875	6117
Дългопол	12855	6389	6466	4296	2151	2145	8559	4238	4321
Провадия	20461	10151	10310	11557	5637	5920	8904	4514	4390
Суворово	7704	3828	3876	4425	2191	2234	3279	1637	1642
Велико Търново	**225674**	**108747**	**116927**	**157858**	**75333**	**82525**	**67816**	**33414**	**34402**
Велико Търново	84801	40206	44595	71502	33620	37882	13299	6586	6713
Горна Оряховица	39922	19201	20721	29867	14239	15628	10055	4962	5093
Елена	8269	4001	4268	4542	2157	2385	3727	1844	1883
Златарица	3536	1763	1773	2004	992	1012	1532	771	761
Лясковец	11492	5507	5985	7010	3341	3669	4482	2166	2316
Павликени	19950	9653	10297	10589	5090	5499	9361	4563	4798
Полски Тръмбеш	12033	5908	6125	3736	1854	1882	8297	4054	4243
Свищов	32275	15876	16399	22917	11246	11671	9358	4630	4728
Стражица	11277	5587	5690	4131	2033	2098	7146	3554	3592
Сухиндол	2119	1045	1074	1560	761	799	559	284	275
Видин	**78814**	**38216**	**40598**	**51142**	**24607**	**26535**	**27672**	**13609**	**14063**
Белоградчик	5194	2519	2675	4233	2059	2174	961	460	501
Бойница	780	375	405	-	-	-	780	375	405

Брегово	3967	1947	2020	1963	948	1015	2004	999	1005
Видин	50274	24151	26123	40422	19365	21057	9852	4786	5066
Грамада	1587	830	757	1144	599	545	443	231	212
Димово	5258	2632	2626	980	482	498	4278	2150	2128
Кула	3305	1588	1717	2400	1154	1246	905	434	471
Макреш	1176	585	591	-	-	-	1176	585	591
Ново село	2290	1091	1199	-	-	-	2290	1091	1199
Ружинци	3335	1667	1668	-	-	-	3335	1667	1668
Чупрене	1648	831	817	-	-	-	1648	831	817
Враца	**153700**	**75100**	**78600**	**90634**	**43581**	**47053**	**63066**	**31519**	**31547**
Бороване	4930	2482	2448	-	-	-	4930	2482	2448
Бяла Слатина	20206	9962	10244	9277	4465	4812	10929	5497	5432
Враца	61702	29713	31989	50012	23863	26149	11690	5850	5840
Козлодуй	18196	8952	9244	11331	5560	5771	6865	3392	3473
Криводол	7934	3982	3952	2502	1215	1287	5432	2767	2665
Мездра	17297	8446	8851	8678	4134	4544	8619	4312	4307
Мизия	5666	2787	2879	2468	1227	1241	3198	1560	1638
Оряхово	8813	4325	4488	3976	1961	2015	4837	2364	2473
Роман	5068	2540	2528	2390	1156	1234	2678	1384	1294
Хайредин	3888	1911	1977	-	-	-	3888	1911	1977
Габрово	**103404**	**49703**	**53701**	**82576**	**39461**	**43115**	**20828**	**10242**	**10586**
Габрово	54608	26210	28398	48133	22979	25154	6475	3231	3244
Дряново	8313	3987	4326	6107	2934	3173	2206	1053	1153
Севлиево	30957	14946	16011	19363	9274	10089	11594	5672	5922
Трявна	9526	4560	4966	8973	4274	4699	553	286	267
Добрич	**167314**	**80910**	**86404**	**114734**	**54663**	**60071**	**52580**	**26247**	**26333**
Балчик	19022	9349	9673	10870	5248	5622	8152	4101	4051
Генерал Тошево	12165	5916	6249	5830	2835	2995	6335	3081	3254
Добрич	20412	10172	10240	-	-	-	20412	10172	10240
Добрич - град	79269	37471	41798	79269	37471	41798	-	-	-
Каварна	13532	6519	7013	10426	5030	5396	3106	1489	1617

Крушари	3659	1845	1814	-	-	-	3659	1845	1814
Тервел	14941	7510	7431	5385	2640	2745	9556	4870	4686
Шабла	4314	2128	2186	2954	1439	1515	1360	689	671
Кърджали	**161024**	**79623**	**81401**	**64566**	**30895**	**33671**	**96458**	**48728**	**47730**
Ардино	13464	6743	6721	4088	2018	2070	9376	4725	4651
Джебел	9751	4910	4841	3391	1662	1729	6360	3248	3112
Кирково	22990	11369	11621	-	-	-	22990	11369	11621
Крумовград	18112	9133	8979	4868	2310	2558	13244	6823	6421
Кърджали	71404	34747	36657	44071	20901	23170	27333	13846	13487
Момчилград	16635	8353	8282	8148	4004	4144	8487	4349	4138
Черноочене	8668	4368	4300	-	-	-	8668	4368	4300
Кюстендил	**113440**	**55037**	**58403**	**79031**	**37918**	**41113**	**34409**	**17119**	**17290**
Бобов дол	6860	3546	3314	4502	2348	2154	2358	1198	1160
Бобошево	2424	1210	1214	1086	518	568	1338	692	646
Дупница	37633	17877	19756	28333	13347	14986	9300	4530	4770
Кочериново	4129	1966	2163	1957	929	1028	2172	1037	1135
Кюстендил	51044	24752	26292	37799	18133	19666	13245	6619	6626
Невестино	1831	938	893	-	-	-	1831	938	893
Рила	2366	1168	1198	1958	961	997	408	207	201
Сапарева баня	6439	3163	3276	3396	1682	1714	3043	1481	1562
Трекляно	714	417	297	-	-	-	714	417	297
Ловеч	**119780**	**58181**	**61599**	**74042**	**35670**	**38372**	**45738**	**22511**	**23227**
Априлци	2741	1314	1427	2442	1172	1270	299	142	157
Летница	3257	1609	1648	2352	1176	1176	905	433	472
Ловеч	40516	19442	21074	29659	14130	15529	10857	5312	5545
Луковит	16039	7861	8178	8105	3923	4182	7934	3938	3996
Тетевен	18521	9105	9416	8255	4008	4247	10266	5097	5169
Троян	27687	13363	14324	18449	8863	9586	9238	4500	4738
Угърчин	5387	2650	2737	2294	1155	1139	3093	1495	1598
Ябланица	5632	2837	2795	2486	1243	1243	3146	1594	1552
Монтана	**122179**	**59481**	**62698**	**78143**	**37504**	**40639**	**44036**	**21977**	**22059**

Берковица	15520	7497	8023	11372	5498	5874	4148	1999	2149
Бойчиновци	7750	3878	3872	1232	607	625	6518	3271	3247
Брусарци	4029	2002	2027	882	432	450	3147	1570	1577
Вълчедръм	7990	3950	4040	2890	1370	1520	5100	2580	2520
Вършец	6626	3242	3384	5265	2593	2672	1361	649	712
Георги Дамяново	2089	1070	1019	-	-	-	2089	1070	1019
Лом	22916	10994	11922	18593	8926	9667	4323	2068	2255
Медковец	3272	1635	1637	-	-	-	3272	1635	1637
Монтана	45229	21867	23362	36455	17387	19068	8774	4480	4294
Чипровци	3005	1471	1534	1454	691	763	1551	780	771
Якимово	3753	1875	1878	-	-	-	3753	1875	1878
Пазарджик	**247360**	**120697**	**126663**	**155064**	**74761**	**80303**	**92296**	**45936**	**46360**
Батак	5008	2474	2534	2577	1291	1286	2431	1183	1248
Белово	7242	3490	3752	3287	1575	1712	3955	1915	2040
Брацигово	8188	4041	4147	3628	1795	1833	4560	2246	2314
Велинград	33102	15903	17199	20826	9847	10979	12276	6056	6220
Лесичово	5085	2570	2515	-	-	-	5085	2570	2515
Пазарджик	103681	50455	53226	65671	31411	34260	38010	19044	18966
Панагюрище	21430	10478	10952	15275	7417	7858	6155	3061	3094
Пещера	16983	8283	8700	15175	7407	7768	1808	876	932
Ракитово	14280	7035	7245	11802	5821	5981	2478	1214	1264
Септември	23348	11578	11770	9792	4789	5003	13556	6789	6767
Стрелча	4396	2071	2325	3710	1733	1977	686	338	348
Сърница	4617	2319	2298	3321	1675	1646	1296	644	652
Перник	**118023**	**57252**	**60771**	**92158**	**44193**	**47965**	**25865**	**13059**	**12806**
Брезник	5904	2899	3005	3735	1810	1925	2169	1089	1080
Земен	2330	1184	1146	1413	719	694	917	465	452
Ковачевци	1434	755	679	-	-	-	1434	755	679
Перник	86134	41451	44683	72258	34447	37811	13876	7004	6872
Радомир	18408	9035	9373	12462	6064	6398	5946	2971	2975
Трън	3813	1928	1885	2290	1153	1137	1523	775	748

Плевен	**228300**	**110376**	**117924**	**151150**	**72143**	**79007**	**77150**	**38233**	**38917**
Белене	7745	4055	3690	6496	3459	3037	1249	596	653
Гулянци	9614	4704	4910	2759	1327	1432	6855	3377	3478
Долна Митрополия	17050	8402	8648	6596	3222	3374	10454	5180	5274
Долни Дъбник	10390	5068	5322	3725	1777	1948	6665	3291	3374
Искър	5712	2834	2878	2700	1323	1377	3012	1511	1501
Кнежа	11672	5649	6023	9022	4341	4681	2650	1308	1342
Левски	16381	7875	8506	8357	3942	4415	8024	3933	4091
Никопол	7447	3693	3754	2710	1306	1404	4737	2387	2350
Плевен	113464	53895	59569	93214	43828	49386	20250	10067	10183
Пордим	5421	2659	2762	1779	871	908	3642	1788	1854
Червен бряг	23404	11542	11862	13792	6747	7045	9612	4795	4817
Пловдив	**662907**	**318186**	**344721**	**497753**	**236735**	**261018**	**165154**	**81451**	**83703**
Асеновград	59934	28860	31074	47815	22904	24911	12119	5956	6163
Брезово	6300	3100	3200	1604	807	797	4696	2293	2403
Калояново	10791	5365	5426	-	-	-	10791	5365	5426
Карлово	46437	22296	24141	26732	12612	14120	19705	9684	10021
Кричим	7636	3747	3889	7636	3747	3889	-	-	-
Куклен	6682	3301	3381	5787	2852	2935	895	449	446
Лъки	2305	1102	1203	1697	834	863	608	268	340
Марица	31886	15858	16028	-	-	-	31886	15858	16028
Перущица	4735	2323	2412	4735	2323	2412	-	-	-
Пловдив	343070	162536	180534	343070	162536	180534	-	-	-
Първомай	22574	10920	11654	11621	5498	6123	10953	5422	5531
Раковски	25326	12407	12919	14679	7093	7586	10647	5314	5333
Родопи	32215	15761	16454	-	-	-	32215	15761	16454
Садово	14647	7265	7382	2437	1222	1215	12210	6043	6167
Сопот	8921	4270	4651	7935	3792	4143	986	478	508
Стамболийски	19509	9459	10050	10573	5069	5504	8936	4390	4546
Съединение	9504	4655	4849	5290	2573	2717	4214	2082	2132
Хисаря	10435	4961	5474	6142	2873	3269	4293	2088	2205

Разград	**107764**	**52358**	**55406**	**50155**	**23819**	**26336**	**57609**	**28539**	**29070**
Завет	8726	4298	4428	2555	1258	1297	6171	3040	3131
Исперих	19828	9797	10031	7697	3743	3954	12131	6054	6077
Кубрат	15015	7312	7703	6054	2872	3182	8961	4440	4521
Лозница	8128	4035	4093	1929	926	1003	6199	3109	3090
Разград	44894	21392	23502	28931	13581	15350	15963	7811	8152
Самуил	6269	3127	3142	-	-	-	6269	3127	3142
Цар Калоян	4904	2397	2507	2989	1439	1550	1915	958	957
Русе	**209084**	**101745**	**107339**	**160791**	**77875**	**82916**	**48293**	**23870**	**24423**
Борово	4873	2335	2538	1698	840	858	3175	1495	1680
Бяла	11223	5508	5715	6991	3395	3596	4232	2113	2119
Ветово	10950	5459	5491	8216	4133	4083	2734	1326	1408
Две могили	7619	3767	3852	3579	1762	1817	4040	2005	2035
Иваново	8285	4097	4188	-	-	-	8285	4097	4188
Русе	151754	73462	78292	137533	66383	71150	14221	7079	7142
Сливо поле	9776	4812	4964	2774	1362	1412	7002	3450	3552
Ценово	4604	2305	2299	-	-	-	4604	2305	2299
Силистра	**104869**	**51062**	**53807**	**45829**	**21785**	**24044**	**59040**	**29277**	**29763**
Алфатар	2516	1290	1226	1318	655	663	1198	635	563
Главиница	9580	4706	4874	1254	591	663	8326	4115	4211
Дулово	26846	13098	13748	6281	3026	3255	20565	10072	10493
Кайнарджа	4955	2488	2467	-	-	-	4955	2488	2467
Силистра	43265	20743	22522	29498	13925	15573	13767	6818	6949
Ситово	4727	2382	2345	-	-	-	4727	2382	2345
Тутракан	12980	6355	6625	7478	3588	3890	5502	2767	2735
Сливен	**180058**	**87332**	**92726**	**117394**	**56125**	**61269**	**62664**	**31207**	**31457**
Котел	17654	8729	8925	4924	2350	2574	12730	6379	6351
Нова Загора	34041	16563	17478	19562	9423	10139	14479	7140	7339
Сливен	115241	55545	59696	83740	39761	43979	31501	15784	15717
Твърдица	13122	6495	6627	9168	4591	4577	3954	1904	2050
Смолян	**99318**	**47662**	**51656**	**56554**	**26913**	**29641**	**42764**	**20749**	**22015**

Баните	3381	1583	1798	-	-	-	3381	1583	1798
Борино	2968	1474	1494	-	-	-	2968	1474	1494
Девин	10142	4823	5319	5721	2672	3049	4421	2151	2270
Доспат	7564	3696	3868	1986	955	1031	5578	2741	2837
Златоград	10240	4826	5414	6113	2843	3270	4127	1983	2144
Мадан	10340	5016	5324	5129	2500	2629	5211	2516	2695
Неделино	5355	2576	2779	3602	1733	1869	1753	843	910
Рудозем	8614	4240	4374	3302	1610	1692	5312	2630	2682
Смолян	34465	16377	18088	26167	12372	13795	8298	4005	4293
Чепеларе	6249	3051	3198	4534	2228	2306	1715	823	892
София (столица)	**1307439**	**628006**	**679433**	**1248452**	**598854**	**649598**	**58987**	**29152**	**29835**
Столична	1307439	628006	679433	1248452	598854	649598	58987	29152	29835
София	**233607**	**114801**	**118806**	**138547**	**67116**	**71431**	**95060**	**47685**	**47375**
Антон	1442	712	730	-	-	-	1442	712	730
Божурище	9595	4753	4842	5811	2855	2956	3784	1898	1886
Ботевград	30188	14507	15681	18807	8893	9914	11381	5614	5767
Годеч	5031	2522	2509	3991	1958	2033	1040	564	476
Горна Малина	7270	3771	3499	-	-	-	7270	3771	3499
Долна баня	4366	2134	2232	4318	2107	2211	48	27	21
Драгоман	4842	2352	2490	3034	1470	1564	1808	882	926
Елин Пелин	23181	11473	11708	6755	3232	3523	16426	8241	8185
Етрополе	10845	5403	5442	9262	4624	4638	1583	779	804
Златица	4862	2349	2513	4279	2063	2216	583	286	297
Ихтиман	17226	8491	8735	12515	6136	6379	4711	2355	2356
Копривщица	1911	937	974	1911	937	974	-	-	-
Костенец	10859	5274	5585	6999	3347	3652	3860	1927	1933
Костинброд	18331	9055	9276	11824	5786	6038	6507	3269	3238
Мирково	2307	1186	1121	-	-	-	2307	1186	1121
Пирдоп	7075	3378	3697	6403	3047	3356	672	331	341
Правец	7510	3794	3716	3739	1842	1897	3771	1952	1819
Самоков	35384	17152	18232	24629	11807	12822	10755	5345	5410

Своге	19658	9758	9900	7361	3597	3764	12297	6161	6136
Сливница	8924	4412	4512	6909	3415	3494	2015	997	1018
Чавдар	1216	607	609	-	-	-	1216	607	609
Челопеч	1584	781	803	-	-	-	1584	781	803
Стара Загора	**307140**	**148455**	**158685**	**214540**	**102389**	**112151**	**92600**	**46066**	**46534**
Братя Даскалови	7736	3938	3798	-	-	-	7736	3938	3798
Гурково	5275	2662	2613	2807	1417	1390	2468	1245	1223
Гълъбово	10779	5333	5446	6876	3442	3434	3903	1891	2012
Казанлък	66169	31574	34595	47918	22594	25324	18251	8980	9271
Мъглиж	9754	4913	4841	2963	1495	1468	6791	3418	3373
Николаево	4470	2256	2214	2720	1357	1363	1750	899	851
Опан	2734	1367	1367	-	-	-	2734	1367	1367
Павел баня	13075	6369	6706	2482	1178	1304	10593	5191	5402
Раднево	17193	8518	8675	10784	5290	5494	6409	3228	3181
Стара Загора	151096	72337	78759	124599	59112	65487	26497	13225	13272
Чирпан	18859	9188	9671	13391	6504	6887	5468	2684	2784
Търговище	**108117**	**52668**	**55449**	**58690**	**27858**	**30832**	**49427**	**24810**	**24617**
Антоново	5346	2764	2582	1361	660	701	3985	2104	1881
Омуртаг	20346	10104	10242	6871	3242	3629	13475	6862	6613
Опака	5565	2820	2745	2341	1153	1188	3224	1667	1557
Попово	23819	11487	12332	13324	6359	6965	10495	5128	5367
Търговище	53041	25493	27548	34793	16444	18349	18248	9049	9199
Хасково	**220269**	**107562**	**112707**	**157963**	**76382**	**81581**	**62306**	**31180**	**31126**
Димитровград	44649	21500	23149	33280	15958	17322	11369	5542	5827
Ивайловград	5298	2636	2662	2943	1446	1497	2355	1190	1165
Любимец	8890	4422	4468	6751	3333	3418	2139	1089	1050
Маджарово	2023	1051	972	567	294	273	1456	757	699
Минерални бани	6554	3383	3171	-	-	-	6554	3383	3171
Свиленград	20867	10298	10569	16959	8347	8612	3908	1951	1957
Симеоновград	8745	4397	4348	6994	3534	3460	1751	863	888
Стамболово	6383	3199	3184	-	-	-	6383	3199	3184

Тополовград	9115	4513	4602	4553	2204	2349	4562	2309	2253
Харманли	24113	12165	11948	18830	9485	9345	5283	2680	2603
Хасково	83632	39998	43634	67086	31781	35305	16546	8217	8329
Шумен	**169423**	**82477**	**86946**	**101639**	**48579**	**53060**	**67784**	**33898**	**33886**
Велики Преслав	11816	5789	6027	6741	3249	3492	5075	2540	2535
Венец	7082	3517	3565	-	-	-	7082	3517	3565
Върбица	10237	5155	5082	3287	1630	1657	6950	3525	3425
Каолиново	12803	6397	6406	1524	775	749	11279	5622	5657
Каспичан	7320	3607	3713	3473	1696	1777	3847	1911	1936
Никола Козлево	6244	3146	3098	-	-	-	6244	3146	3098
Нови пазар	15486	7552	7934	10707	5227	5480	4779	2325	2454
Смядово	5952	2879	3073	3565	1724	1841	2387	1155	1232
Хитрино	7073	3544	3529	-	-	-	7073	3544	3529
Шумен	85410	40891	44519	72342	34278	38064	13068	6613	6455
Ямбол	**114361**	**55833**	**58528**	**79063**	**38142**	**40921**	**35298**	**17691**	**17607**
Болярово	3435	1724	1711	1063	539	524	2372	1185	1187
Елхово	13530	6687	6843	8947	4320	4627	4583	2367	2216
Стралджа	11331	5712	5619	5397	2739	2658	5934	2973	2961
Тунджа	22409	11166	11243	-	-	-	22409	11166	11243
Ямбол	63656	30544	33112	63656	30544	33112	-	-	-

УМИРАНИЯ ПО ОБЛАСТИ, ОБЩИНИ И ПОЛ

(Брой)

Области Общини	2011			2021		
	Общо	Мъже	Жени	Общо	Мъже	Жени
Общо за страната	**108258**	**56634**	**51624**	**148995**	**77299**	**71696**
Благоевград	**3856**	**2055**	**1801**	**5796**	**3143**	**2653**
Банско	184	89	95	217	109	108
Белица	98	45	53	156	81	75
Благоевград	716	385	331	1201	640	561
Гоце Делчев	352	174	178	515	280	235
Гърмен	152	85	67	195	91	104
Кресна	94	46	48	158	83	75
Петрич	690	382	308	1096	635	461
Разлог	276	146	130	368	192	176
Сандански	561	309	252	809	457	352
Сатовча	167	78	89	219	110	109
Симитли	182	110	72	317	177	140
Струмяни	125	62	63	174	92	82
Хаджидимово	127	74	53	193	109	84
Якоруда	132	70	62	178	87	91
Бургас	**5520**	**2989**	**2531**	**7467**	**3905**	**3562**
Айтос	349	171	178	508	260	248
Бургас	2352	1252	1100	3329	1711	1618
Камено	250	152	98	311	156	155
Карнобат	422	227	195	589	306	283
Малко Търново	79	40	39	110	58	52
Несебър	283	171	112	426	229	197
Поморие	355	204	151	489	268	221
Приморско	112	65	47	138	76	62
Руен	327	190	137	431	227	204
Созопол	213	112	101	302	162	140
Средец	356	196	160	362	205	157
Сунгурларе	291	139	152	294	149	145
Царево	131	70	61	178	98	80
Варна	**5636**	**3001**	**2635**	**8506**	**4374**	**4132**
Аврен	170	86	84	251	140	111
Аксаково	339	184	155	464	252	212
Белослав	131	71	60	219	112	107
Бяла	69	35	34	95	54	41
Варна	3322	1786	1536	5498	2779	2719
Ветрино	164	74	90	175	89	86
Вълчи дол	246	136	110	252	118	134
Девня	131	68	63	194	91	103
Долни чифлик	268	137	131	364	198	166
Дългопол	243	139	104	321	177	144
Провадия	411	213	198	499	274	225

Суворово	142	72	70	174	90	84
Велико Търново	**4326**	**2289**	**2037**	**5636**	**2909**	**2727**
Велико Търново	1164	621	543	1631	886	745
Горна Оряховица	707	364	343	1030	544	486
Елена	170	87	83	199	107	92
Златарица	75	47	28	112	57	55
Лясковец	243	117	126	355	166	189
Павликени	578	317	261	615	329	286
Полски Тръмбеш	333	170	163	400	197	203
Свищов	724	403	321	886	413	473
Стражица	252	131	121	326	173	153
Сухиндол	80	32	48	82	37	45
Видин	**2279**	**1139**	**1140**	**2582**	**1385**	**1197**
Белоградчик	136	60	76	180	100	80
Бойница	72	37	35	54	31	23
Брегово	189	96	93	171	96	75
Видин	1093	564	529	1401	744	657
Грамада	84	42	42	69	42	27
Димово	188	89	99	195	100	95
Кула	132	67	65	131	65	66
Макреш	76	34	42	68	33	35
Ново село	120	64	56	114	68	46
Ружинци	112	55	57	135	69	66
Чупрене	77	31	46	64	37	27
Враца	**3442**	**1782**	**1660**	**4364**	**2301**	**2063**
Бороване	116	57	59	144	76	68
Бяла Слатина	513	281	232	579	310	269
Враца	1047	558	489	1579	815	764
Козлодуй	311	158	153	394	213	181
Криводол	296	142	154	295	167	128
Мездра	423	216	207	544	289	255
Мизия	170	80	90	186	96	90
Оряхово	264	142	122	300	147	153
Роман	143	71	72	179	106	73
Хайредин	159	77	82	164	82	82
Габрово	**2176**	**1103**	**1073**	**2915**	**1419**	**1496**
Габрово	1057	524	533	1441	671	770
Дряново	208	104	104	277	148	129
Севлиево	698	364	334	920	479	441
Трявна	213	111	102	277	121	156
Добрич	**2924**	**1604**	**1320**	**3948**	**2128**	**1820**
Балчик	270	143	127	427	229	198
Генерал Тошево	362	203	159	363	197	166
Добрич	509	281	228	584	327	257
Добрич - град	1066	599	467	1689	894	795
Каварна	235	116	119	335	176	159
Крушари	98	49	49	102	65	37
Тервел	265	146	119	301	161	140

Шабла	119	67	52	147	79	68
Кърджали	**1841**	**977**	**864**	**2817**	**1477**	**1340**
Ардино	163	84	79	258	135	123
Джебел	75	44	31	133	74	59
Кирково	290	151	139	470	248	222
Крумовград	244	123	121	376	198	178
Кърджали	760	419	341	1152	588	564
Момчилград	175	88	87	247	140	107
Черноочене	134	68	66	181	94	87
Кюстендил	**2551**	**1322**	**1229**	**3295**	**1705**	**1590**
Бобов дол	179	95	84	242	129	113
Бобошево	87	48	39	98	40	58
Дупница	705	376	329	973	506	467
Кочериново	156	69	87	160	78	82
Кюстендил	1045	553	492	1392	732	660
Невестино	128	58	70	110	62	48
Рила	62	31	31	96	47	49
Сапарева баня	157	78	79	185	88	97
Трекляно	32	14	18	39	23	16
Ловеч	**2586**	**1331**	**1255**	**3297**	**1721**	**1576**
Априлци	76	36	40	97	49	48
Летница	114	55	59	103	50	53
Ловеч	869	453	416	1132	617	515
Луковит	317	165	152	400	210	190
Тетевен	341	185	156	456	239	217
Троян	565	291	274	792	399	393
Угърчин	204	91	113	167	83	84
Ябланица	100	55	45	150	74	76
Монтана	**3075**	**1617**	**1458**	**3815**	**1991**	**1824**
Берковица	408	203	205	480	254	226
Бойчиновци	251	130	121	276	159	117
Брусарци	134	66	68	171	96	75
Вълчедръм	268	139	129	286	131	155
Вършец	191	104	87	181	92	89
Георги Дамяново	124	68	56	100	50	50
Лом	551	296	255	733	374	359
Медковец	119	60	59	132	66	66
Монтана	775	407	368	1173	627	546
Чипровци	104	59	45	137	68	69
Якимово	150	85	65	146	74	72
Пазарджик	**4018**	**2160**	**1858**	**5557**	**2950**	**2607**
Батак	139	69	70	143	71	72
Белово	197	109	88	212	110	102
Брацигово	184	92	92	228	119	109
Велинград	478	257	221	637	332	305
Лесичово	123	72	51	161	90	71
Пазарджик	1502	782	720	2225	1186	1039
Панагюрище	424	252	172	580	302	278

Пещера	253	136	117	375	210	165
Ракитово	189	101	88	291	151	140
Септември	419	222	197	513	273	240
Стрелча	110	68	42	133	80	53
Сърница	.	.	.	59	26	33
Перник	**2509**	**1316**	**1193**	**3382**	**1784**	**1598**
Брезник	242	130	112	276	133	143
Земен	107	57	50	101	49	52
Ковачевци	62	35	27	96	48	48
Перник	1521	809	712	2207	1179	1028
Радомир	463	235	228	533	297	236
Трън	114	50	64	169	78	91
Плевен	**4970**	**2583**	**2387**	**6146**	**3192**	**2954**
Белене	165	91	74	218	110	108
Гулянци	369	193	176	372	188	184
Долна Митрополия	550	278	272	554	292	262
Долни Дъбник	269	135	134	307	172	135
Искър	154	84	70	158	87	71
Кнежа	295	158	137	310	163	147
Левски	446	243	203	529	268	261
Никопол	245	120	125	252	134	118
Плевен	1788	921	867	2594	1346	1248
Пордим	158	77	81	189	96	93
Червен бряг	531	283	248	663	336	327
Пловдив	**9407**	**4955**	**4452**	**13692**	**6965**	**6727**
Асеновград	895	471	424	1241	653	588
Брезово	182	92	90	231	113	118
Калояново	305	143	162	388	190	198
Карлово	827	449	378	1103	541	562
Кричим	113	56	57	169	91	78
Куклен	83	44	39	157	73	84
Лъки	42	26	16	59	31	28
Марица	489	276	213	701	366	335
Перущица	75	41	34	105	66	39
Пловдив	3615	1918	1697	5970	2979	2991
Първомай	569	278	291	632	325	307
Раковски	428	212	216	510	266	244
Родопи	484	268	216	776	414	362
Садово	296	163	133	346	182	164
Сопот	110	59	51	197	97	100
Стамболийски	328	174	154	455	231	224
Съединение	255	131	124	278	155	123
Хисаря	311	154	157	374	192	182
Разград	**1849**	**965**	**884**	**2685**	**1403**	**1282**
Завет	160	82	78	216	107	109
Исперих	285	156	129	474	252	222
Кубрат	329	181	148	459	238	221
Лозница	117	63	54	190	112	78

Разград	719	369	350	1049	537	512
Самуил	122	58	64	156	88	68
Цар Калоян	117	56	61	141	69	72
Русе	**3758**	**1947**	**1811**	**5248**	**2675**	**2573**
Борово	159	80	79	179	100	79
Бяла	265	147	118	405	202	203
Ветово	192	108	84	284	157	127
Две могили	229	120	109	245	132	113
Иваново	249	125	124	313	157	156
Русе	2284	1157	1127	3391	1712	1679
Сливо поле	220	119	101	255	127	128
Ценово	160	91	69	176	88	88
Силистра	**1968**	**1062**	**906**	**2712**	**1411**	**1301**
Алфатар	64	35	29	83	52	31
Главиница	198	96	102	270	129	141
Дулово	376	197	179	612	329	283
Кайнарджа	93	58	35	77	44	33
Силистра	824	433	391	1176	600	576
Ситово	106	63	43	157	85	72
Тутракан	307	180	127	337	172	165
Сливен	**2857**	**1518**	**1339**	**3788**	**1981**	**1807**
Котел	274	144	130	349	190	159
Нова Загора	647	335	312	790	407	383
Сливен	1730	923	807	2376	1217	1159
Твърдица	206	116	90	273	167	106
Смолян	**1565**	**797**	**768**	**2276**	**1178**	**1098**
Баните	102	52	50	126	65	61
Борино	32	24	8	50	30	20
Девин	183	102	81	308	164	144
Доспат	109	62	47	163	76	87
Златоград	129	65	64	189	96	93
Мадан	144	68	76	232	122	110
Неделино	95	51	44	114	59	55
Рудозем	101	39	62	156	87	69
Смолян	539	275	264	747	386	361
Чепеларе	131	59	72	191	93	98
София (столица)	**15174**	**7578**	**7596**	**21910**	**11137**	**10773**
Столична	15174	7578	7596	21910	11137	10773
София	**4153**	**2208**	**1945**	**5785**	**3082**	**2703**
Антон	32	17	15	43	21	22
Божурище	110	56	54	204	115	89
Ботевград	518	258	260	690	373	317
Годеч	103	59	44	149	76	73
Горна Малина	133	75	58	202	105	97
Долна баня	64	31	33	94	46	48
Драгоман	139	68	71	160	102	58
Елин Пелин	392	225	167	562	295	267
Етрополе	179	99	80	257	126	131

Златица	90	54	36	116	63	53
Ихтиман	257	136	121	342	190	152
Копривщица	44	27	17	50	22	28
Костенец	256	144	112	277	136	141
Костинброд	306	169	137	397	202	195
Мирково	63	27	36	67	35	32
Пирдоп	101	47	54	167	93	74
Правец	124	70	54	158	84	74
Самоков	633	323	310	900	462	438
Своге	402	213	189	613	351	262
Сливница	157	88	69	273	150	123
Чавдар	24	9	15	30	17	13
Челопеч	26	13	13	34	18	16
Стара Загора	**5139**	**2659**	**2480**	**7083**	**3617**	**3466**
Братя Даскалови	234	117	117	265	138	127
Гурково	71	40	31	105	53	52
Гълъбово	298	138	160	330	187	143
Казанлък	1073	552	521	1466	751	715
Мъглиж	182	96	86	264	143	121
Николаево	73	36	37	97	48	49
Опан	114	60	54	113	56	57
Павел баня	235	133	102	366	186	180
Раднево	356	186	170	470	244	226
Стара Загора	2097	1086	1011	3073	1525	1548
Чирпан	406	215	191	534	286	248
Търговище	**1923**	**1008**	**915**	**2626**	**1375**	**1251**
Антоново	112	57	55	137	67	70
Омуртаг	285	157	128	467	262	205
Опака	143	72	71	155	79	76
Попово	572	294	278	720	367	353
Търговище	811	428	383	1147	600	547
Хасково	**3840**	**1983**	**1857**	**5122**	**2656**	**2466**
Димитровград	927	453	474	1153	583	570
Ивайловград	118	72	46	172	108	64
Любимец	196	104	92	227	112	115
Маджарово	39	21	18	43	26	17
Минерални бани	95	48	47	141	66	75
Свиленград	312	171	141	411	209	202
Симеоновград	157	72	85	206	115	91
Стамболово	99	48	51	135	73	62
Тополовград	286	153	133	300	158	142
Харманли	435	204	231	588	310	278
Хасково	1176	637	539	1746	896	850
Шумен	**2694**	**1438**	**1256**	**3799**	**1944**	**1855**
Велики Преслав	258	144	114	340	173	167
Венец	93	51	42	163	85	78
Върбица	117	68	49	216	125	91
Каолиново	146	70	76	219	112	107

Каспичан	162	87	75	195	103	92
Никола Козлево	92	52	40	146	69	77
Нови пазар	308	169	139	388	205	183
Смядово	160	82	78	185	99	86
Хитрино	122	64	58	163	88	75
Шумен	1236	651	585	1784	885	899
Ямбол	**2222**	**1248**	**974**	**2746**	**1491**	**1255**
Болярово	114	58	56	111	59	52
Елхово	313	179	134	353	186	167
Стралджа	259	147	112	346	183	163
Тунджа	663	395	268	694	386	308
Ямбол	873	469	404	1242	677	565

Приложение № 12

УМИРАНИЯ ОБЩО по райони за 2010 и 2020 година

брой

Райони	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
България	**110 165**	**108 258**	**109 281**	**104 345**	**108 952**	**110 117**	**107 580**	**109 791**	**108 526**	**108 083**	**124 735**
Северозападен район	16 990	16 352	16 546	15 046	15 897	15 717	15 315	15 495	15 123	15 107	16 878
Северен централен район	14 424	14 077	14 203	13 482	14 114	14 037	13 651	14 130	14 058	13 725	16 106
Североизточен район	13 655	13 177	13 413	12 961	13 445	13 690	13 295	13 625	13 700	13 482	15 489
Югоизточен район	16 348	15 738	15 768	15 277	16 020	16 114	15 547	16 073	15 910	15 831	17 897
Югозападен район	27 853	28 243	28 607	27 589	28 508	28 933	28 610	28 745	28 654	28 739	33 172
Южен централен район	20 895	20 671	20 744	19 990	20 968	21 626	21 162	21 723	21 081	21 199	25 193

УМИРАНИЯ по причина БОК по райони за периода 2010-2020 година

брой

Райони	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
България	**74 392**	**72 581**	**71 645**	**67 911**	**71 760**	**72 028**	**70 459**	**71 997**	**70 546**	**69 632**	**75 586**
Северозападен район	11 809	11 349	11 089	10 297	10 946	10 718	10 181	10 497	9 928	9 683	10 322
Северен централен район	9 799	9 283	9 550	8 957	9 448	9 255	8 959	9 200	9 309	9 016	9 661

Североизточен район	8 608	8 485	8 441	7 956	8 525	8 545	8 073	8 383	8 348	8 029	8 446
Югоизточен район	11 486	11 120	10 819	10 416	11 071	11 220	10 745	11 232	10 868	10 613	11 057
Югозападен район	18 635	18 488	18 095	17 671	18 467	18 376	18 432	18 549	18 393	18 298	20 149
Южен централен район	14 055	13 856	13 651	12 614	13 303	13 914	14 069	14 136	13 700	13 993	15 951

УМИРАНИЯ по причина Новообразувания по райони за периода 2010-2020 година

брой

Райони	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
България	**16 672**	**16 955**	**18 299**	**18 274**	**18 113**	**18 020**	**17 294**	**17 429**	**17 462**	**18 298**	**18 527**
Северозападен район	2 366	2 278	2 455	2 326	2 432	2 428	2 453	2 283	2 212	2 348	2 478
Северен централен район	2 084	2 136	2 245	2 301	2 156	2 330	2 247	2 330	2 310	2 292	2 298
Североизточен район	2 264	2 148	2 366	2 520	2 376	2 390	2 510	2 399	2 529	2 480	2 519
Югоизточен район	2 284	2 311	2 422	2 470	2 350	2 379	2 266	2 303	2 380	2 480	2 516
Югозападен район	4 237	4 491	5 089	4 871	5 056	4 837	4 187	4 139	4 143	4 772	4 804
Южен централен район	3 437	3 591	3 722	3 786	3 743	3 656	3 631	3 975	3 888	3 926	3 912

УМИРАНИЯ по причина Болести на дихателната система по райони за периода 2010-2020 година

брой

Райони	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
България	**4 069**	**4 012**	**3 973**	**3 512**	**3 935**	**4 045**	**4 428**	**4 561**	**4 866**	**4 193**	**6 006**
Северозападен район	545	593	631	484	509	437	430	581	712	750	857

Северен централен район	455	511	479	416	563	438	480	516	449	456	959
Североизточен район	537	569	478	440	515	480	491	467	506	628	796
Югоизточен район	673	548	552	547	675	584	551	568	558	573	1 087
Югозападен район	1 227	1 209	1 230	946	934	1 358	1 831	1 887	2 117	1 321	1 662
Южен централен район	632	582	603	679	739	748	645	542	524	465	645

УМИРАНИЯ по причина Болести на храносмилателната система по райони за периода 2010-2020 година

брой

Райони	**2010 г.**	**2011 г.**	**2012 г.**	**2013 г.**	**2014 г.**	**2015 г.**	**2016 г.**	**2017 г.**	**2018 г.**	**2019 г.**	**2020 г.**
България	**3 279**	**3 262**	**3 553**	**3 628**	**3 852**	**3 856**	**3 931**	**3 877**	**3 948**	**4 113**	**4 153**
Северозападен район	414	383	448	471	496	469	510	439	516	574	506
Северен централен район	429	473	444	497	487	514	495	537	544	511	583
Североизточен район	443	453	447	461	471	497	510	556	560	605	640
Югоизточен район	517	436	536	499	552	492	556	504	605	617	640
Югозападен район	835	886	1 044	955	1 028	1 046	1 064	1 094	971	1 063	1 029
Южен централен район	641	631	634	745	818	838	796	747	752	743	755

УМИРАНИЯ ОБЩО по райони за 2010 и 2020 година

брой

Райони	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
България	**110 165**	**108 258**	**109 281**	**104 345**	**108 952**	**110 117**	**107 580**	**109 791**	**108 526**	**108 083**	**124 735**
Северозападен район	16 990	16 352	16 546	15 046	15 897	15 717	15 315	15 495	15 123	15 107	16 878
Северен централен район	14 424	14 077	14 203	13 482	14 114	14 037	13 651	14 130	14 058	13 725	16 106
Североизточен район	13 655	13 177	13 413	12 961	13 445	13 690	13 295	13 625	13 700	13 482	15 489
Югоизточен район	16 348	15 738	15 768	15 277	16 020	16 114	15 547	16 073	15 910	15 831	17 897
Югозападен район	27 853	28 243	28 607	27 589	28 508	28 933	28 610	28 745	28 654	28 739	33 172
Южен централен район	20 895	20 671	20 744	19 990	20 968	21 626	21 162	21 723	21 081	21 199	25 193

УМИРАНИЯ по причина БОК по райони за периода 2010-2020 година

брой

Райони	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
България	**74 392**	**72 581**	**71 645**	**67 911**	**71 760**	**72 028**	**70 459**	**71 997**	**70 546**	**69 632**	**75 586**
Северозападен район	11 809	11 349	11 089	10 297	10 946	10 718	10 181	10 497	9 928	9 683	10 322
Северен централен район	9 799	9 283	9 550	8 957	9 448	9 255	8 959	9 200	9 309	9 016	9 661
Североизточен район	8 608	8 485	8 441	7 956	8 525	8 545	8 073	8 383	8 348	8 029	8 446
Югоизточен район	11 486	11 120	10 819	10 416	11 071	11 220	10 745	11 232	10 868	10 613	11 057
Югозападен район	18 635	18 488	18 095	17 671	18 467	18 376	18 432	18 549	18 393	18 298	20 149

Южен централен район	14 055	13 856	13 651	12 614	13 303	13 914	14 069	14 136	13 700	13 993	15 951

УМИРАНИЯ по причина Новообразувания по райони за периода 2010-2020 година

брой

Райони	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
България	**16 672**	**16 955**	**18 299**	**18 274**	**18 113**	**18 020**	**17 294**	**17 429**	**17 462**	**18 298**	**18 527**
Северозападен район	2 366	2 278	2 455	2 326	2 432	2 428	2 453	2 283	2 212	2 348	2 478
Северен централен район	2 084	2 136	2 245	2 301	2 156	2 330	2 247	2 330	2 310	2 292	2 298
Североизточен район	2 264	2 148	2 366	2 520	2 376	2 390	2 510	2 399	2 529	2 480	2 519
Югоизточен район	2 284	2 311	2 422	2 470	2 350	2 379	2 266	2 303	2 380	2 480	2 516
Югозападен район	4 237	4 491	5 089	4 871	5 056	4 837	4 187	4 139	4 143	4 772	4 804
Южен централен район	3 437	3 591	3 722	3 786	3 743	3 656	3 631	3 975	3 888	3 926	3 912

УМИРАНИЯ по причина Болести на дихателната система по райони за периода 2010-2020 година

брой

Райони	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
България	**4 069**	**4 012**	**3 973**	**3 512**	**3 935**	**4 045**	**4 428**	**4 561**	**4 866**	**4 193**	**6 006**
Северозападен район	545	593	631	484	509	437	430	581	712	750	857
Северен централен район	455	511	479	416	563	438	480	516	449	456	959
Североизточен район	537	569	478	440	515	480	491	467	506	628	796

Югоизточен район	673	548	552	547	675	584	551	568	558	573	1 087
Югозападен район	1 227	1 209	1 230	946	934	1 358	1 831	1 887	2 117	1 321	1 662
Южен централен район	632	582	603	679	739	748	645	542	524	465	645

УМИРАНИЯ по причина Болести на храносмилателната система по райони за периода 2010-2020 година

брой

Райони	**2010 г.**	**2011 г.**	**2012 г.**	**2013 г.**	**2014 г.**	**2015 г.**	**2016 г.**	**2017 г.**	**2018 г.**	**2019 г.**	**2020 г.**
България	**3 279**	**3 262**	**3 553**	**3 628**	**3 852**	**3 856**	**3 931**	**3 877**	**3 948**	**4 113**	**4 153**
Северозападен район	414	383	448	471	496	469	510	439	516	574	506
Северен централен район	429	473	444	497	487	514	495	537	544	511	583
Североизточен район	443	453	447	461	471	497	510	556	560	605	640
Югоизточен район	517	436	536	499	552	492	556	504	605	617	640
Югозападен район	835	886	1 044	955	1 028	1 046	1 064	1 094	971	1 063	1 029
Южен централен район	641	631	634	745	818	838	796	747	752	743	755

Умирания ОБЩО по области за периода 2010-2020 година

брой

	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
България	**110 165**	**108 258**	**109 281**	**104 345**	**108 952**	**110 117**	**107 580**	**109 791**	**108 526**	**108 083**	**124 735**
Благоевград	3 931	3 856	3 896	3 740	4 072	4 075	3 937	4 101	4 056	4 054	4 963
Бургас	5 555	5 520	5 557	5 373	5 540	5 531	5 467	5 688	5 503	5 683	6 200
Варна	5 867	5 636	5 728	5 705	5 939	6 030	6 113	6 095	6 201	5 990	6 930
Велико Търново	4 524	4 326	4 303	3 993	4 244	4 150	4 092	4 273	4 142	4 093	4 499
Видин	2 399	2 279	2 287	2 032	2 100	2 105	2 081	1 999	1 992	1 922	2 269
Враца	3 637	3 442	3 561	3 212	3 418	3 375	3 204	3 359	3 241	3 180	3 539
Габрово	2 218	2 176	2 233	2 120	2 135	2 234	2 169	2 327	2 184	2 114	2 544
Добрич	2 998	2 924	2 961	2 858	2 922	3 017	2 784	2 957	2 908	2 912	3 262
Кърджали	1 713	1 841	1 758	1 713	1 810	1 909	1 902	1 959	1 941	1 962	2 290
Кюстендил	2 508	2 551	2 561	2 417	2 459	2 473	2 485	2 533	2 436	2 436	2 807
Ловеч	2 665	2 586	2 611	2 425	2 570	2 542	2 510	2 699	2 482	2 582	2 754
Монтана	3 166	3 075	3 101	2 871	2 988	2 950	2 896	2 812	2 841	2 799	3 216
Пазарджик	3 891	4 018	3 899	3 771	4 011	4 082	3 932	4 151	3 854	4 016	4 807
Перник	2 393	2 509	2 488	2 382	2 366	2 454	2 395	2 445	2 384	2 451	2 755
Плевен	5 123	4 970	4 986	4 506	4 821	4 745	4 624	4 626	4 567	4 624	5 100
Пловдив	9 733	9 407	9 694	9 251	9 563	9 943	9 824	9 885	9 846	9 769	11 569
Разград	1 920	1 849	1 903	1 845	1 951	1 937	1 883	1 950	1 922	1 880	2 367
Русе	3 777	3 758	3 780	3 700	3 813	3 733	3 703	3 675	3 836	3 711	4 394
Силистра	1 985	1 968	1 984	1 824	1 971	1 983	1 804	1 905	1 974	1 927	2 302
Сливен	3 067	2 857	2 799	2 775	2 881	2 930	2 772	2 890	2 917	2 831	3 313
Смолян	1 558	1 565	1 586	1 538	1 637	1 658	1 655	1 771	1 669	1 665	2 107
София (столица)	14 856	15 174	15 486	15 076	15 358	15 686	15 523	15 377	15 532	15 635	17 721
София	4 165	4 153	4 176	3 974	4 253	4 245	4 270	4 289	4 246	4 163	4 926
Стара Загора	5 374	5 139	5 146	5 026	5 396	5 312	5 203	5 331	5 257	5 196	5 935
Търговище	1 984	1 923	1 937	1 786	1 851	1 889	1 850	1 847	1 823	1 888	2 181
Хасково	4 000	3 840	3 807	3 717	3 947	4 034	3 849	3 957	3 771	3 787	4 420
Шумен	2 806	2 694	2 787	2 612	2 733	2 754	2 548	2 726	2 768	2 692	3 116
Ямбол	2 352	2 222	2 266	2 103	2 203	2 341	2 105	2 164	2 233	2 121	2 449

Умирания по причина БОК по области за периода 2010-2020 година

брой

	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
България	**74 392**	**72 582**	**71 644**	**67 911**	**71 760**	**72 028**	**70 459**	**71 997**	**70 546**	**69 632**	**75 586**
Благоевград	2 644	2 721	2 555	2 507	2 762	2 676	2 690	2 540	2 532	2 579	2 873
Бургас	4 161	3 966	3 724	3 674	3 832	3 791	3 747	3 942	3 693	3 772	3 817
Варна	3 712	3 648	3 676	3 571	3 903	3 809	3 787	3 789	3 828	3 612	3 800
Велико Търново	2 926	2 705	2 681	2 569	2 680	2 714	2 630	2 731	2 606	2 527	2 625
Видин	1 902	1 727	1 516	1 265	1 262	1 396	1 354	1 328	1 274	1 194	1 451
Враца	2 409	2 261	2 121	1 963	2 230	2 154	2 065	2 227	1 990	1 980	2 101
Габрово	1 500	1 352	1 567	1 390	1 446	1 494	1 446	1 565	1 437	1 331	1 476
Добрич	1 943	1 884	1 842	1 724	1 880	1 914	1 718	1 826	1 780	1 710	1 805
Кърджали	1 081	1 139	1 081	1 053	1 154	1 175	1 200	1 207	1 225	1 226	1 367
Кюстендил	1 626	1 637	1 708	1 572	1 409	1 420	1 369	1 377	1 216	1 314	1 478
Ловеч	2 106	2 053	2 015	1 891	1 949	1 946	1 875	2 039	1 856	1 823	1 803
Монтана	2 028	2 034	2 101	1 927	2 074	2 098	1 911	1 855	1 795	1 789	1 922
Пазарджик	2 768	3 007	2 872	2 654	2 796	2 794	2 581	2 564	2 376	2 685	3 285
Перник	1 695	1 383	1 376	1 355	1 294	1 398	1 403	1 421	1 408	1 422	1 640
Плевен	3 364	3 275	3 337	3 251	3 431	3 124	2 976	3 048	3 013	2 897	3 045
Пловдив	6 149	6 140	6 362	5 742	5 981	6 311	6 414	6 479	6 399	6 479	7 150
Разград	1 390	1 298	1 303	1 318	1 364	1 300	1 235	1 306	1 402	1 415	1 604
Русе	2 525	2 522	2 551	2 414	2 551	2 439	2 427	2 329	2 518	2 440	2 561
Силистра	1 458	1 406	1 448	1 266	1 407	1 308	1 221	1 269	1 346	1 303	1 395
Сливен	1 958	1 884	1 852	1 773	1 862	1 941	1 838	1 977	1 966	1 880	1 938
Смолян	983	954	935	982	1 025	1 085	1 046	1 120	1 050	1 021	1 211
София (столица)	9 595	9 567	9 322	9 650	10 088	9 994	9 952	10 075	10 184	10 056	10 860
София	3 075	3 180	3 133	2 587	2 914	2 888	3 018	3 136	3 053	2 927	3 298
Стара Загора	3 631	3 597	3 576	3 401	3 696	3 745	3 606	3 648	3 605	3 488	3 670
Търговище	1 189	1 184	1 199	1 058	1 099	1 120	1 073	1 022	1 028	1 075	1 123
Хасково	3 074	2 616	2 401	2 183	2 347	2 549	2 828	2 766	2 650	2 582	2 938
Шумен	1 764	1 769	1 724	1 603	1 643	1 702	1 495	1 746	1 712	1 632	1 718
Ямбол	1 736	1 673	1 666	1 568	1 681	1 743	1 554	1 665	1 604	1 473	1 632

Умирания по причина Новообразувания по области за периода 2010-2020 година

брой

	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
България	**16 672**	**16 955**	**18 299**	**18 274**	**18 110**	**18 020**	**17 294**	**17 429**	**17 462**	**18 298**	**18 527**
Благоевград	699	654	702	692	663	607	459	420	404	668	768
Бургас	743	890	969	949	773	848	854	883	903	1 009	1 008
Варна	1 114	999	1 062	1 229	1 170	1 182	1 253	1 167	1 239	1 189	1 214
Велико Търново	789	773	829	755	738	766	750	793	798	788	776
Видин	175	186	326	306	304	288	297	236	271	272	252
Враца	597	572	547	576	583	568	544	546	527	513	578
Габрово	358	419	369	407	381	413	395	426	433	417	397
Добрич	393	469	504	568	495	515	509	529	535	524	559
Кърджали	287	316	315	279	261	255	274	291	267	273	281
Кюстендил	341	304	321	370	441	374	417	440	386	384	374
Ловеч	256	256	291	253	292	293	311	303	282	325	342
Монтана	430	419	415	417	435	421	464	348	309	330	335
Пазарджик	531	431	505	567	611	658	679	726	686	678	589
Перник	276	470	441	432	449	480	429	448	452	464	415
Плевен	908	845	876	774	817	858	837	850	823	908	971
Пловдив	1 876	1 907	1 984	1 989	1 891	1 825	1 988	2 014	2 030	2 003	2 052
Разград	203	211	252	244	228	277	267	250	243	248	266
Русе	525	522	549	624	564	576	584	603	584	580	587
Силистра	209	211	246	271	244	298	251	258	252	259	272
Сливен	386	400	387	436	450	440	399	368	406	402	378
Смолян	299	328	330	285	314	314	318	334	323	341	362
София (столица)	2 408	2 624	3 101	2 646	2 826	2 753	2 461	2 326	2 321	2 653	2 634
София	513	439	524	731	677	623	421	505	580	603	613
Стара Загора	851	746	787	815	867	794	789	805	769	752	771
Търговище	277	249	276	260	265	279	298	271	284	284	288
Хасково	444	609	588	666	665	604	372	610	582	631	628
Шумен	480	431	524	463	446	414	450	432	471	483	458
Ямбол	304	275	279	270	260	297	224	247	302	317	359

Умирания по причина Болести на дихателната система по области за периода 2010-2020 година

брой

	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
България	**4 069**	**4 012**	**3 974**	**3 512**	**3 935**	**4 045**	**4 428**	**4 561**	**4 866**	**4 193**	**6 006**
Благоевград	98	92	138	131	211	359	396	741	667	233	313
Бургас	138	120	166	206	307	221	216	209	204	222	282
Варна	191	230	196	170	205	174	205	220	241	285	319
Велико Търново	136	135	133	111	182	97	127	118	136	144	289
Видин	40	65	126	93	134	77	82	85	95	76	123
Враца	113	97	123	151	123	145	93	96	128	170	206
Габрово	64	86	53	63	69	57	74	83	62	65	169
Добрич	126	110	103	59	80	80	78	81	101	111	169
Кърджали	92	104	84	73	67	103	61	79	70	77	101
Кюстендил	139	126	106	76	78	103	109	122	151	96	151
Ловеч	76	76	81	66	75	57	77	78	80	97	120
Монтана	62	65	53	44	37	60	60	166	266	182	191
Пазарджик	105	100	120	145	139	118	125	162	132	93	111
Перник	232	195	161	154	138	120	82	94	117	100	83
Плевен	254	290	248	130	140	98	118	156	143	225	217
Пловдив	296	237	232	213	403	355	221	164	190	137	184
Разград	86	84	84	48	101	86	88	108	60	43	114
Русе	116	144	171	151	159	145	136	147	127	143	267
Силистра	53	62	38	43	52	53	55	60	64	61	120
Сливен	204	171	141	122	153	147	113	142	147	106	413
Смолян	62	79	81	48	53	34	49	51	52	60	95
София (столица)	655	690	696	491	419	637	832	714	976	707	846
София	103	106	129	94	88	139	412	216	206	185	269
Стара Загора	266	204	197	180	173	174	178	177	167	205	314
Търговище	76	93	70	90	81	89	67	70	72	96	132
Хасково	77	72	95	100	77	138	189	86	80	98	154
Шумен	144	136	109	121	149	137	141	96	92	136	176
Ямбол	65	53	49	39	42	42	44	40	40	40	78

Умирания по причина Болести на храносмилателната система по области за периода 2010-2020 година

брой

	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
България	**3 279**	**3 263**	**3 553**	**3 628**	**3 852**	**3 856**	**3 931**	**3 877**	**3 948**	**4 113**	**4 153**
Благоевград	126	86	153	127	123	108	96	99	71	145	152
Бургас	146	140	198	139	154	153	162	148	191	190	197
Варна	221	211	215	253	232	239	250	279	253	267	309
Велико Търново	97	125	109	98	110	114	116	122	133	128	150
Видин	28	20	62	79	92	65	66	59	86	82	69
Враца	121	129	125	131	126	127	111	121	157	152	131
Габрово	74	91	64	92	73	95	100	80	82	102	105
Добрич	78	111	109	101	125	127	125	144	132	159	144
Кърджали	51	54	44	55	60	53	67	59	56	41	38
Кюстендил	85	100	90	62	84	86	97	88	99	84	73
Ловеч	54	30	52	47	39	48	51	46	49	62	52
Монтана	85	94	95	104	114	102	104	72	98	103	85
Пазарджик	109	120	112	124	142	148	165	156	145	120	114
Перник	58	88	90	96	109	81	74	93	73	96	92
Плевен	126	110	114	110	125	127	178	141	126	175	169
Пловдив	357	306	329	382	408	474	381	373	364	377	413
Разград	54	61	57	59	67	58	54	73	53	38	54
Русе	134	144	136	155	144	130	146	166	173	145	166
Силистра	70	52	78	93	93	117	79	96	103	98	108
Сливен	105	75	95	127	125	92	134	99	97	122	120
Смолян	54	57	58	63	80	73	92	76	88	79	72
София (столица)	472	513	622	557	566	626	687	679	595	602	585
София	94	99	89	113	146	145	110	135	133	136	127
Стара Загора	191	164	192	181	221	198	207	206	240	232	253
Търговище	53	47	37	28	38	52	59	68	57	74	66
Хасково	70	94	91	121	128	90	91	83	99	126	118
Шумен	91	84	86	79	76	79	76	65	118	105	121
Ямбол	75	58	51	52	52	49	53	51	77	73	70