

D5.7.1: Design of the local health policy plan

Association of Rhodope Municipalities

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

Disclaimer:

The contents of this Design of the local health policy plan are sole responsibility of Association of Rhodope Municipalities and can in no way be taken to reflect the views of the European Union, the participating countries, the Managing Authority and the Joint Secretariat.

<https://www.healthymunicipality.com>

Subcontractor: Trakia University– Stara Zagora

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

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

Subsidy Contract

№ B2.9a.09/01.11.2017

HEALTH POLICY PLAN FOR DISEASE PREVENTION AT LOCAL LEVEL (for Municipality Krumovgrad and Municipality Momchilgrad, Republic Bulgaria) Deliverable 5.7.1

EXECUTIVE SUMMARY

2

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



Disclaimer:

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



The report aims to formulate a viable health policy and health plan, based on an assessment of the health and demographic status of the population and the socio-economic situation in the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad.

The main goal of the regional health policy is to achieve better health of the population and to implement effective counteractions for its deterioration by:

- *Reduction of morbidity and premature mortality;*
- *Promoting a healthy lifestyle and reducing health risk factors arising from environmental, economic, social and behavioral reasons;*
- *Development of a socially just health care system that responds to the expected health needs of the population for treatment and prevention activities in accordance with the resources.*

The social systems - education, environmental protection and food control, transport, industry, agriculture, energy, tourism, discussed in this document are important and contribute to strengthening of the health of the population and participate in the formation of the so-called healthy health policy.



1. Conclusions and recommendations from the analysis of demographic, socio-economic and health indicators

The region can be characterized by its relatively low industrialization and low wages, which create preconditions for the emergence of health inequalities. Unemployment is relatively high in some settlements, due to which there is a drop out of the national health insurance system. Especially in the villages large part of the population does not have health insurance (from 30 to 80% in some settlements).

The territory of the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad is characterized by low mountainous terrain, with a pleasant temperate continental to Mediterranean climate, with predominantly forest areas. These natural resources, combined with the richness of cultural and historical landmarks, can create conditions for strengthening of a sector such as tourism, which is important for the well-being and quality of life of the population of these municipalities.

The presence of minerals, the extraction of perlite in Momchilgrad and the new gold deposit in Krumovgrad are related to the employment of the population, with an impact on the health insurance status of people in active age.

The two municipalities are medium-sized, with a scattered settlement structure formed by a small town and numerous small villages, some of which have a very small population with a high risk of extinction. During the analyzed period 2006-2019, 2 villages in Krumovgrad and 3 in Momchilgrad were closed. About 10 villages in both municipalities are likely to be closed this decade. This dispersion of the settlements and the small number of inhabitants in each of them, combined with their unclear health insurance status, are increasingly unfavorable preconditions in motivating general practitioners (GPs) to open primary health care clinics.

2. Conclusions and recommendations from the medical analysis

2.1. To ensure access to medical care in the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad, urgent medical care and preventive activities should be developed in remote areas given the specific geographical location of both municipalities and the presence of a large number of scattered villages in both municipalities. The activities are concentrated in the municipal center or absent altogether. Therefore, the following should be done:

Development of a system for outpatient medical care on the basis of a municipal medical institution. It is important in the implementation of this task not to duplicate activities that are legally imposed on GPs, but to supplement and expand the capacity to provide medical care at times when the GPs cannot provide an assistance to the needy, due to objective reasons. The introduction of such a system will allow access to emergency medical care on a 24/7 basis even in the most remote settlements, including in adverse weather conditions during the winter. This system of medical care will also ensure the transportation of needy, difficult-to-move patients to the municipal medical institutions in need of additional examinations, tests, and diagnostic clarification of an existing health problem.

Improvement of the transport medical infrastructure. For the realization of this task, it is necessary for the needs of each of the municipalities to be provided with at least two specialized medical vehicles together with the necessary equipment. It is recommended that one specialized vehicle be off-road. On the one hand, this is the organization in providing emergency medical care. On the other hand, is the provision of emergency medical care, preventive activities (including dental), maternal and child health care and the supply of medicines. This applies to both medical and dental care and the supply of medicines.

2.2 To improve the staffing of municipalities with medical specialists, through the following: To develop long-term programs to ensure motivated attraction of medical staff. Within these programs it is possible to provide vocational guidance and financial support to young people from the municipalities by granting scholarships for training, providing municipal housing on preferential terms or other forms of support that motivate these people after graduation to return to their native places as established medical specialists. The application of this approach on one hand will ensure a better functioning of the health system in the municipalities of Krumovgrad and Momchilgrad, and on the other it will lead to the preservation of more young people in the settlements of the municipalities.

2.3 Providing access through the possibilities of telemedicine.

For the realization of this task in the first place it is necessary to organize and conduct training of medical specialists from both municipalities regarding the possibilities for application of telemedicine in medical practice. At the next stage it is necessary to develop a program for pilot introduction of elements of telemedicine in the control of persons with chronic diseases living in settlements far from the municipal center.

2.4 Strengthening the hospital structure through public-private partnerships and participation of local businesses.

One of the possible areas of cooperation is the purchase of technologies and equipment for municipal hospitals for telemedicine methods. Thus, it will be possible to carry out timely consultations with national consultants if necessary.

Another possibility is the opening of new structural units as a sector and/or ward for missing but necessary specialties - neurology ward and diagnostic imaging ward for the Hospital in Krumovgrad. Alongside, introduction of telemedicine in the municipal establishments for hospital medical care is needed.

This task can be accomplished through a cooperation of the municipalities with the non-governmental sector in the field of health promotion. For example, this can be participation in health projects of non-governmental organizations with established experience in activities in child and maternal health.

Furthermore, another significant step is the provision of municipal health offices in schools and development of programs for health promotion.

3. Conclusion

Good social policy, financial support and good social relations can make an important contribution to health. That is why an integrated multidisciplinary and cross-sectoral approach to health development, which does not depend only on the national health sector, is more effective. Important benefits for municipal health care can be made through a well-developed policy for education, employment, industrial structure, and social policy, both in the field of healthcare and in the economic field. Health policies and programs must be clearly based on available resources. Communication and cooperation between the scientific community and those responsible for decision-making and action for the health of the population must be established and continuous. National and local health information systems are a prerequisite for the development of monitoring the effectiveness and fairness of health policy. Evaluation and monitoring systems will determine whether the objectives have been met and which of them require additional attention.

Резултат 5.7.1: Изработване на план за здравни политики

Асоциация на родопски общини

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

Забележка:

Цялата отговорност за съдържанието на този План за здравни политики се носи единствено от Асоциацията на родопски общини и при никакви обстоятелства не може да се счита, че отразява възгледите на Европейския съюз, участващите държави, Управляващия орган и Съвместния секретариат.

<https://www.healthymunicipality.com>

Подизпълнител: ТРАКИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СТАРА ЗАГОРА

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

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

Договор за субсидия Subsidy Contract

№ В2.9а.09/01.11.2017

**ПЛАН ЗА ЗДРАВНИ ПОЛИТИКИ
ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА БОЛЕСТИТЕ НА МЕСТНО НИВО
(за община Крумовград и община Момчилград,
Република България)
Deliverable 5.7.1**

2

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



Съдържание

1. Обща характеристика на общините.....	5
2. Социално - икономическо развитие	8
3. Здравно -демографско състояние.....	14
3.1. Брой население	15
3.2. Естествен и механичен прираст	15
3.3. Възрастова структура на населението.....	17
3.4. Коефициенти за оценка на общественото здраве – раждаемост, смъртност, заболяемост	20
4. Здравна система	26
4.1 Лечебни заведения и медицински кадри на територията на общините.....	26
4.2 Здравно-промотивни програми на общините.....	34
5. План за здравни политики.....	35
5.1 Превенция на болестите чрез промоция на здраве	35
5.2 Превенция на болестите чрез укрепване на здравната мрежа и медицинските дейности.....	38
5.3. Здравно обслужване на приоритетни групи.....	42
5.4 Синтез на основните изводи и предложения от плана за здравни политики.....	47

Този документ е изработен с финансовата подкрепа на Европейския съюз.

Цялата отговорност за съдържанието на План за здравни политики за превенция на болестите на местно ниво (за община Крумовград и община Момчилград, Република България) се носи единствено от Асоциацията на родопски общини и при никакви обстоятелства не може да се счита, че отразява възгледите на Европейския съюз, участващите държави, Управляващия орган и Съвместния секретариат.

Настоящият доклад има за цел да формулира жизнеспособна здравна политика и здравен план, базирайки се на оценка на здравно-демографското състояние на населението и на социално-икономическото положение в общините Момчилград и Крумовград.

Главната цел на регионалната здравна политика е достигане на по-добро здраве на населението и осъществяване на ефективни противодействия за неговото влошаване чрез:

- *Намаляване на заболяемостта и преждевременната смъртност;*
- *Промотиране на здравословен стил на живот и редуциране на рисковите за здравето фактори, възникващи поради екологични, икономически, социални и поведенчески причини;*
- *Развитие на социално-справедлива здравеопазна система, която да дава отговор на очакваните здравни потребности на населението за лечебна и профилактична дейност, съобразена с ресурсите.*

Обществените системи – образование, опазване на околната среда и контрол на храните, транспорт, промишленост, селско стопанство, енергетика, туризъм, разгледани в настоящия документ са от значение и способстват за укрепване на здравето на населението и участват във формирането на т.нар. здравословна здравна политика.

1. Обща характеристика на общините¹

Община Крумовград и община Момчилград са административни единици от област Кърджали, като и двете попадат изцяло в района на Източните Родопи.

Община Крумовград е с територия 843705 декара. Посоченото е повече от два пъти повече от територията на община Момчилград, която е 360299 декара. Как се използва територията на всяка една от общините е видно от таблица 1.

Таблица 1. Баланс на територията, 31.12.2011 г.

	България	Крумовгра Д	Момчилгра Д
Земеделска	58.20%	45.49%	44.33%
Горска	34.69%	51.01%	49.68%
Населени места и други урбанизирани територии	4.49%	1.91%	3.19%
Водни течения и водни площи	1.79%	1.20%	2.18%
За добив на полезни изкопаеми	0.23%	0.009%	0.002%
За транспорт и инфраструктура	0.60%	0.38%	0.62%

Източник: по данни на НСИ

И в двете общини над 90% от територията е земеделска или горска, което съответства на дела в България като цяло. В структурно отношение обаче, делът на горската територия преобладава в двете общини за сметка на земеделската. Частта от територията, използвана за добив на полезни изкопаеми е значително по-малка от дела ѝ за страната. Както обаче се посочва в доклада на РЗИ-Кърджали, изготвен в рамките на настоящия проект, наблюдава се тенденция за увеличаване броя на получените разрешения за търсене и проучване на полезни изкопаеми.

На територията на община Момчилград са локализирани няколко находища на естествено разпространени полускъпоценни камъни – опали, ясписи, ахати и др. Районът е богат на минерали и скали, като особено важни са

¹ Използвани са данни от доклад, изготвен от РЗИ- Хасково в рамките на настоящия проект

залежите на перлити, които със своите топло и звукоизолационни качества са база за развитие на нови технологии. В района има и залежи от оловно-цинкови руди край с. Звездел.

На територията на община Крумовград са установени минерално-суровинни ресурси, без да са разработени, като: азбест, вермикулит, серпентизирани ултрабазити и дунити, талкошисти и скално-облицовъчни материали. При направени геоложки проучвания от “Болкан Минерал енд Майнинг” АД, в района на общината са открити находища на злато. Общото количество на запасите е 28 тона с високо процентно съдържание. След концесиониране на находището се предвижда да започне промишлен добив на злато по открит способ. Установени са, но не са разработени находища на минерално-суровинни ресурси, като азбест, трас и перлит в землищата на селата Аврен и Голямо Каменяне.

Двете общини имат много близък брой население. През 2019 г. населението на община Крумовград е 17428 души, а в община Момчилград – 16050. И в двете общини има само по един град, а именно общинския център. В община Крумовград селата са 76, а община Момчилград – 45.

Както бе споменато по-горе община Момчилград е част от административната област Кърджали. Територията ѝ е 360.3 кв.км. (360299 дка), а населението наброява 16 314 д. (към 31.12.2019 г.). общината е съставена от 46 населени места, от които град Момчилград има 7921 жители, а останалите 45 – са малки села, с население под 1000 ж. най-голямото е с. Груево (730 ж.), следвано от с. Соколино (506 ж.). В същото време, населението на 17 села е под 100 ж., като най-малките са с. Друмче 18 ж. и с. Обичник 16 ж.

Населението на община Крумовград наброява 17775 души. Град Крумовград е с 4903 жители, а общината включва още 76 села, всички с население под 1000 жители. Най-големи са с. Вранско 774 ж., Полковник Желязово 652 ж., с. Звънарка 598 ж., а 4 села са с население под 10 души.

Територията на община Крумовград попада в северната периферия на средиземноморското климатично влияние и се характеризира с преходно-

средиземноморски климат. Нископланинският релеф, отвореността през долината на река Крумовица на север, позволяват безпрепятственото нахлуване както на средиземноморски, така и на студени континентални въздушни маси, в резултат на това се получава твърде голямо разнообразие на климата.

Релефът в община Момчилград е предимно планински, като общината попада в силно разчленения дял на Източнородопския Стръмни рид, който е с дължина около 40 км и ширина между 15-22 км. От средно планински части на Източните Родопи водят началото си много от притоците на р. Върбица и р. Крумовица, като Стръмни рид се явява и водораздел между двете реки. Като цяло долините в долните им течения се различават рязко от долините в Западните Родопи. Ниските части на склоновете им са полегати с постепенен преход към широки алувиални долинни дъна, които на места се стесняват от къси, сравнително слабо всечени проломи. Заемайки източните части на Родопите, климатът в община Момчилград попада в преходно-средиземноморската климатична област и се характеризира като умереноконтинентален до средиземноморски. Областта се намира под преобладаващо средиземноморско климатично влияние – особено по отношение на средиземноморските циклони. Освен това, благодарение на по-голямата си откритост на север през зимното полугодие, осезаемо се усеща влиянието на студените континентални въздушни маси, които нахлуват откъм север. Изтъкнатите климатични условия са благоприятни за виреенето на редица топлолюбиви едногодишни култури и особено за висококачествените тютюневи сортове.

Туристическото предлагане в община Крумовград не е сериозно застъпено и туризмът формира незначителна част от приходите. Не се използва потенциалът за развитие на селския и екологичния туризъм. Наличието на антропогенни и природни ресурси не кореспондира с изградена туристическа инфраструктура и настанителна база, наблюдава се остър недостиг на квалифициран персонал. Потенциалът за развитие на туризма на територията на общината е свързан предимно със създаване и промоция на екотуристически продукти и културни маршрути. Перспективите за развитие на туристическия бизнес са свързани предимно с разработването

на наличните културно-исторически и антропогенни ресурси и предлагане на регионален туристически продукт в рамките на сътрудничество с останалите общини от района на Източни Родопи.

Община Момчилград притежава висок природен потенциал и богата културна история, които са предпоставка за развитие на туризма, както и свързаните с него икономически дейности. Наличието на природни феномени и забележителности, съчетанието на различни релефни форми с благоприятни климатични условия, разнообразна горска растителност и срещани животни, са отлични условия за развитието на отдиха и туризма. Районът е достъпен и е с добри условия за почти всички видове и форми на алтернативен туризъм. Отварянето на прохода Маказа увеличи пътуванията и посещенията на туристи от Гърция. Това са допълнителни предпоставки Момчилград да се окаже удобен изходен пункт за организиране на туристически посещения до културно-исторически паметници, походи, излети и разходки до природните забележителности в региона, но засега техният принос е едва 3,4% към нетните приходи.

В района на община Момчилград са обособени общо два защитени обекта: единият е със статут на поддържан резерват – „Боровец“, а другият е природна забележителност – „Вкаменената гора“.

Културно-историческото наследство е представено от Светилището на Орфей” при с. Татул. Мегалитен паметник от преди 6000 години със световно научно значение. Единствен надземен тракийски храм, който е бил и мавзолей. Освен светилище за пренасяне на жертви на древните тракийски божества, съвсем сигурно е бил и средище за наблюдение на изгрева и залеза на Слънцето в определени дни от годината.

2. Социално - икономическо развитие

Обект на анализ са равнището и динамиката на производството, секторната структура на икономиката и ДМА. Представени са основни показатели за развитието на туризма.

Таблица 2. Изменение в произведената продукция, 2014 и 2018, хил. лева

	2014	2018	Изменение	ПП 2018 лв/1 ж.
общ. Крумовград	19220	39620	2.06	2319
общ. Момчилград	60088	92378	1.54	5851
обл. Кърджали	900476	1380140	1.53	9028
България	136271917	174089030	1.28	24870

Източник: по данни на НСИ

Сравняването на нетните приходи от продажбите на един нает, т.е. производителността на труда за 2018 г. също показва голямо изоставане – 4.5 пъти за община Крумовград и 2.8 пъти за община Момчилград, спрямо средното равнище за страната. По-високият прираст на производителността за един по-дълъг период 2005-2018 показва известно намаление² на различията, но както се вижда недостатъчно те да се преодолеят. (табл. 3)

Таблица 3. Нетни приходи от продажби на един нает, 2005 и 2018, хил. лева

	2005	2018	Изменение
общ. Крумовград	7.93	27.77	3.50
общ. Момчилград	14.45	45.02	3.12
обл. Кърджали	-	-	-
България	55.99	125.07	2.23

Източник: по данни на НСИ

През разглеждания период ръст се наблюдава и по отношение нетните приходи от продажби и дълготрайните материални активи, както на национално ниво, така и по отношение на област Кърджали и двете разглеждани общини. Когато разгледаме секторната структура обаче става ясно, че в община Крумовград изменението от 1,71 в нетните приходи от продажби се дължи най-вече на ръст в аграрния сектор (селско, рибно и горско стопанство), който за периода е 2,26. Що се касае за увеличението в

² Нетните приходи от продажби на един нает през 2005 г. за община Крумовград са по-малки 7 пъти, а за община Момчилград – 4 пъти, от средната стойност на показателя за страната.

дълготрайните материални активи то се дължи най-вече на услугите, докато ДМА в селско, рибно и горско стопанство бележат спад. (таблица 4).

Нетните приходи от продажби в община Момчилград също са нараснали през 2018 спрямо 2014. Там увеличението в най-голяма степен се дължи на услугите (изменението е 1,70), но с близка степен на увеличението при индустрията (1,52). По отношение на ръста в ДМА, видно от данните най-съществен принос има аграрния сектор, както и сектора на услугите. (табл. 5)

Таблица 4 Секторна структура по нетни приходи от продажби, 2014 и 2018, хил. лева

	Равнище в хил.лв.		Секторна структура 2018 г.		
	2018		аграрен	индустрия	услуги
Община Крумовград	56012		3155	25054	27803
Структура в%	100.0		5.6	44.7	49.6
Изм. 2018/2014	1.71		2.26	1.88	1.54
Община Момчилград	127489		9293	66000	52196
Структура в%	100.0		7.3	51.8	40.9
Изм. 2018/2014	1.56		1.21	1.52	1.7
Област Кърджали	1958205		36912	996603	664863
Структура в%	100.0		1.9	50.9	34.0
Изм. 2018/2014	1.65		1.42	1.47	1.38
България	282601910		7060065	92207122	178706709
Структура в%	100.0		2.5	32.6	63.2
Изм. 2018/2014	1.22		1.12	1.05	1.29

Източник: по данни на НСИ

Таблица 5. Секторна структура на ДМА, 2014 и 2018, хил. лева

	Равнище в		Секторна структура 2018 г.	
	хил.лв.			
	2018	аграрен	индустрия	услуги
Община Крумовград	34785	505	3728	30552
<i>Структура в%</i>	100.0	1.5	10.7	87.8
Изм. 2018/2014	2.34	0.73	1.67	2.56
Община Момчилград	68735	12177	40092	16466
<i>Структура в%</i>	100.0	17.7	58.3	24.0
Изм. 2018/2014	2.03	2.48	1.82	2.39
Област Кърджали	730163	24571	481770	212850
<i>Структура в%</i>	100.0	3.4	66.0	29.2
Изм. 2018/2014	1.22	1.34	1.11	1.46
България	123668005	8288358	54622490	59592472
<i>Структура в%</i>	100.0	6.7	44.2	48.2
Изм. 2018/2014	1.06	1.27	1.00	1.06

*Част от данните за 2018 за конфиденциални и поради това сборът от секторите е по-малък от общата стойност за областта и/или България, Източник: по данни на НСИ Социалният статус на населението е следствие преди всичко от равнището на икономическо развитие. Основни показатели в това отношение са безработицата и доходите.

Видно от долната таблица б равнището на безработица в двете изследвани общини е по-високо от това на страната, съответно с 50% за Момчилград и два пъти за Крумовград. За периода 2005-2018 г. безработицата в страната и в изследваните общини намалява. Най-значим е спадът на национално ниво, като изменението е 0,57. Близки са стойностите на двете разгледани общини, като в община Крумовград намалението е с 23%, а в община Момчилград с 18%.

Таблица 6. Равнище на безработица към 31.12, 2005 и 2018 г., %

	2005	2018	Изменение (2018/2005)
--	------	------	--------------------------

общ. Крумовград	15.3	11.8	0.77
общ. Момчилград	11.1	9.1	0.82
обл. Кърджали	-	-	-
България	10.7	6.1	0.57

Източник: по данни на НСИ

Доходите на населението се формират основно от средната годишна работна заплата. Както се вижда от данните в таблица 7 нейното равнище в двете общини е значително по-ниско от това на страната, а реализирания темп за периода 2005-2018 г. не е достатъчен да се намали съществуващата разлика.

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

	2005	2018	Изменение (2018/2005)
общ. Крумовград	3057	11472	3.75
общ. Момчилград	2939	9874	3.36
обл. Кърджали	-	-	-
България	3885	13755	3.54

Източник: по данни на НСИ

Осигуреността с жилища е важен показател за социалния статус на населението. Интересно е, че представените данни за жилищната площ на едно жилище не е в съответствие с другите социално-икономически резултати. За съжаление нямаме необходимата информация, но позовавайки се на други изследвания, това най-вероятно се дължи на предимно селското население в двете общини, живеещо предимно в къщи с ниско качество на строителството. (табл. 8)

Таблица 8. Жилищна площ на един жител, кв. м., 2018

	Жилищна площ/1 жител (кв.м.)
общ. Крумовград	37.65

общ. Момчилград	33.04
обл. Кърджали	32.92
България	31.28

Източник: по данни на НСИ

Социалното развитие на териториалните единици се определя в значителна степен от състоянието на образователната и здравната системи.

Основните показатели, характеризиращи образованието в изследваните общини са че в тях са локализирани само общообразователни и професионални училища (две в Момчилград и две в Крумовград). На практика няма специални, спортни, училища по изкуствата, колежи, разбира се и висши училища. Това е фактор, стимулиращ изселването на населението. Резултатите от анализа на съществуващите училища са два: първо, в сравнителен план училищата са по-малки и второ, по-ниско равнище на показателя брой деца на един учител. И двата показателя говорят за по-ниска ефективност на използване на публичните средства и по-ниско качество на образованието. (табл. 9)

Таблица 9. Образование, 2018

	Среден брой ученици/1 училище			Брой ученици/1 учител		
	Общо	ООУ	ПГ	Общо	ООУ	ПГ
Община Крумовград	150	139	277	9.9	9.9	13.2
Община Момчилград	166	171	152	8.9	9.2	9.8

Област Кърджали	218	206	226	9.2	9.9	13.0
България	384	297	352	10.9	11.4	12.8

Източник: по данни на НСИ

На територията на община Момчилград се предоставят социални услуги в общността: Дневен център за деца с увреждания; Център за обществена подкрепа (ЦОП); Социална услуга „Приемна грижа“; Обучение и подкрепа на семействата на роднини и близки, при които има настанени деца; Домашен социален патронаж; Социални услуги в семейна среда: „Личен асистент“, „Социален асистент“ и „Домашен помощник“.

За подобряване благосъстоянието, се работи по следните програми: Програма „Предоставяне на социални помощи при прилагане на диференциран подход“; Програма „Целева социална защита за отопление“; Програма „Закрила на детето.“; Общинска мярка за социална закрила за подпомагане на лица в тежка социално и/или здравословно състояние.

По данни на община Крумовград на нейната територия се предоставят социални услуги в общността: Дом за стари хора; Център за обществена подкрепа (ЦОП); Два Центъра за настаняване от семеен тип за деца без увреждания; Социална услуга „Приемна грижа“; Център за временно настаняване на хора в нужда; Домашен социален патронаж; Социални услуги в семейна среда: „Личен асистент“, „Социален асистент“ и „Домашен помощник“. За подобряване благосъстоянието, се работи по следните програми: Програма „Предоставяне на социални помощи при прилагане на диференциран подход“; Програма „Целева социална защита за отопление“; Програма „Закрила на детето.“; Общинска мярка за социална закрила за подпомагане на лица в тежка социално и/или здравословно състояние.

3. Здравно-демографско състояние

Разглеждат се няколко основни демографски характеристики, които представляват основа за последващия анализ и дават възможност да се направят изводи за динамиката на населението в изследваните общини, като се направят и релевантни препоръки за необходимите мерки. Обект на анализ са промяната в броя на населението, включително по възрастови

14

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



групи, касаещи тяхната трудоспособност; анализирани са естественият и механичният прираст, както и промяната в броя на населените места в двете общини.

3.1. Брой население

Данните за динамиката в броя на населението за 25 годишен период показват, че тенденциите на национално, областно и общинско ниво са различни. В страната като цяло се наблюдава спад в броя на населението със 17.5%, докато спадът в област Кърджали и в двете общини е значително по-голям. (Табл. 10). След този спад в края на 20 век настъпва стабилизация на населението в двете общини, като се наблюдава относително леко нарастване през последните години, но без повече да се достигнат предишните популационните нива.

Таблица 10. Изменение в броя на населението за периода 1994-2019 г,

	1994	2019	Изменение
общ. Крумовград	30745	17775	0.5781
общ. Момчилград	21101	16314	0.7731
обл. Кърджали	203510	158204	0.7774
България	8427418	6951482	0.8249

Източник: по данни на НСИ

3.2. Естествен и механичен прираст

Промяната в броя на населението е резултат от съвкупното действие на два фактора – естествения и механичния прираст. През 2019 г. естественият прираст на двете общини е отрицателен, но е все пак е с по-добри стойности, отколкото на национално ниво. Естественият прираст в община Крумовград дори е два пъти по-благоприятен (- 2.9‰), отколкото националният (-6.7‰). (табл. 11)

Таблица 11. Естествен прираст, 2005 и 2019, ‰

	2005	2019	Изменение (2019-2005)
Община Крумовград	-1.0	-2.9	-1.9
Община Момчилград	1.2	-4.5	-5.7
Област Кърджали	-0.8	-3.5	-2.7
България	-5.5	-6.7	-1.2

Източник: по данни на НСИ

Причината за тези относително по-добри показатели в двете общини се дължи на характеристиките на репродуктивното поведение на населението. По-високата раждаемост не може да компенсира негативния коефициент на смъртността в региона. Това едновременно с миграцията и родилните контингенти (брой жени в репродуктивна възраст) предизвиква отрицателния естествен прираст в двете общини.

Изследването на механичния прираст показва, че през 2005 г. са налице негативни тенденции, които водят до оттегляне на населението от проучваните общини. През 2019 г. се наблюдава промяна в посочената тенденция и в общините Крумовград и Момчилград, а и в област Кърджали като цяло, има увеличаване на населението по механичен път. Най-значимо е нарастването в община Крумовград, а именно с 56.3‰. (табл. 12)

Таблица 12. Механичен прираст, 2005 и 2019 ‰

	2005	2019	Изменение (2019-2005)
Община Крумовград	-14.4	41.9	56.3
Община Момчилград	-10.1	36.8	46.9
Област Кърджали	-5.9	37.2	43.1
България	0.0	-0.3	-

Източник: по данни на НСИ

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

3.3. Възрастова структура на населението

Възрастовата структура на населението дава представа за разпределението на населението по възрастови групи.

По отношение на възрастовата структура в изследваните общини се наблюдава висока степен на сходство. Забелязва се, че лицата над 65 години съставлява около 21% от населението. В тази възрастова група почти няма разлика между страната като цяло, област Кърджали и общините Момчилград и Крумовград. Населението между 15 и 64 години е с най-малък дял в община Крумовград – 63.2%, съизмеримо с това в цялата страна. С най-голям дял е община Момчилград - 66,9%, като надвишава леко това в страната. Обратна зависимост е налице при най-младото население, а именно до 14 години. В община Крумовград то съставлява 15,8% от населението, а в община Момчилград – 12,3%. (таблица 13)

Таблица 13. Възрастова структура на населението, 2019 г.

	0-14 години	15-64 години	65+ години
общ. Крумовград	15.8%	63.2%	21.0%
общ. Момчилград	12.3%	66.9%	20.8%
обл. Кърджали	14.3%	65.0%	20.7%
България	14.4%	63.9%	21.6%

Източник: по данни на НСИ

Видно от таблица 14 през 2019 г. спрямо 2010 г. има силно нарастване на населението надтрудолюбна възраст в област Кърджали и двете общини – Крумовград и Момчилград. Най-съществен ръст в този възрастов сегмент се наблюдава в общ. Момчилград, където изменението е 1.33. Като цяло тази

община търпи сравнително най-негативна демографска трансформация, включваща и най-голям относителен спад на населението под трудоспособна възраст, което определя бъдещите тенденции на трудовите ресурси. Демографското остаряване на населението, поставя допълнителни изисквания пред структурата на здравните потребности, поради обстоятелството че възрастните хора са носители на повече от едно хронично заболяване, което води и до по-големи разходи за здравно обслужване.

Таблица 14. Изменение в броя на населението, към 31.12.2010 и 31.12.2019 г. по възрастови групи

	2010	2019	Изменение (2019/2010)
общ. Крумовград	17574	17775	1.0114
Под трудоспособна възраст	2980	2985	1.0017
В трудоспособна възраст	10866	10378	0.9551
Над трудоспособна възраст	3728	4412	1.1835
общ. Момчилград	15956	16314	1.0224
Под трудоспособна възраст	2499	2156	0.8627
В трудоспособна възраст	10442	10149	0.9719
Над трудоспособна възраст	3015	4009	1.3297
обл. Кърджали	153571	158204	1.0302
Под трудоспособна възраст	24121	24057	0.9973
В трудоспособна възраст	98811	95060	0.9620
Над трудоспособна възраст	30639	39087	1.2757
България	7504868	6951482	0.9263
Под трудоспособна възраст	1098240	1066554	0.9711

<i>В трудоспособна възраст</i>	4700606	4156198	0.8842
<i>Над трудоспособна възраст</i>	1706022	1728730	1.0133

Източник: по данни на НСИ

Съпоставянето на данните показва ясно изразена тенденция към застаряване на населението, която ще има негативно отражение в бъдеще. В този смисъл, промените в населението на община Момчилград и община Крумовград не се отличават съществено от общата тенденция на изменение във възрастовата структура на населението в България. Промените във възрастовата структура оказват съществено влияние върху редица индикатори за здравното състояние на населението, особено върху общите коефициенти за честота на раждаемостта, общата смъртност, заболяемостта и болестността, върху структурата на причините за смъртност и върху здравните потребности на населението. От съотношението между числеността на възрастовите групи се формират три типа възрастова структура – прогресивен, регресивен и стационарен, като типа може да се променя динамично в зависимост от тенденциите на раждаемостта и смъртността. На таблица 13 е представен подхода за определяне на възрастовата структура на община Момчилград и община Крумовград, чрез съпоставяне на относителните дялове на лицата до 14 г. , 15-65 г. и над 65г. Видно е, че общините имат регресивен тип възрастова структура, поради преобладаване на дела на лицата над 65 г. спрямо тези под 15 г. Регресивен тип възрастова структура имат региони с трайна тенденция към ниска раждаемост и смъртност, и висока продължителност на предстоящия живот. Трябва да се отбележи, че в България и съответните региони, регресивният тип възрастова структура, показващ застаряващо население, може би се дължи на тенденции в механичния и естествен прираст, а не толкова на висока средна продължителност на живот.

Характеризирането на възрастова структура може да стане и чрез индекса на стареене и индекса на зависимите контингенти. Съгласно методологията за изследване на населението на Националния статистически институт коефициентът на възрастова зависимост показва броя на лицата от населението в „зависимите“ възрасти (населението под 15 и на 65 и повече

години) на 100 лица от населението в „независимите“ възрасти (от 15 до 64 години). Коефициентът се изчислява в проценти. Коефициентът на възрастова зависимост за 2019 г. за община Момчилград е близо 60.74 % за населението над 65 години, за община Крумовград е подобна (71.28%). Това означава, че регионите са застрашени от депопулация и недостиг на трудови ресурси, които да обезпечават достойното съществуване на възрастното население, което се нуждае от много и различни социални и здравни услуги.

Ръководството и планирането на здравната и социална помощ, трябва да бъде съобразено със сегашните и бъдещи тенденции в здравния и социален статус на възрастните и стари хора. Анализът показва демографско застаряване, и че всеки трети е над 65 години. Нарастването на този брой и на броя на стари хора (това са лица над 80 г, според класификацията на СЗО) означава по-висока честота на редица хронични заболявания – сърдечно-съдови, мозъчно-съдови, деменция, рак, артритни заболявания и др. И повдига въпроси за възможности за осигуряването на този тип здравна помощ в общините. Възрастните хора са значителни консуматори на здравните услуги. През следващите години, ще има значителен брой стари хора, зависещи от малък брой хора в трудоспособна възраст като източник на финансиране на тяхната здравна помощ. Това ще изостря проблема за осигуряването на възможност на възрастните хора да водят достоен и сигурен живот.

3.4. Коефициенти за оценка на общественото здраве – раждаемост, смъртност, заболяемост

През 2019 г. коефициентът на раждаемостта на населението за община Крумовград е 10.2‰ и е по-висок от този за страната (8.5‰) и от този на област Кърджали (9‰), като това е тенденция за последните 5 години. Докато раждаемостта в община Момчилград е 7,4‰ за 2019 г., което е по-ниско в сравнение с областта и страната и също се запазва в последните пет години. Негативната тенденция в Момчилград следва да бъде анализирана и причините да се потърсят в насока на изселванията на младо население, намаляващ брой на жените във фертилна възраст или предпочитанията ражданията да се извършват в болници в по-големите градове.

Общата смъртност за област Кърджали през 2019 г. е 13.4‰, а в общините Крумовград е 13.05‰ и Момчилград – 11.95‰ т.е. тези коефициенти и за областта и общините са по-ниски от този за страната – 15,5‰. Тенденцията през последните 5 години обаче е с неблагоприятна посока на покачване, а не на задържане, каквото задържане на нивото наблюдаваме при коефициента на раждаемост. Това обяснява отрицателния естествен прираст в тези общини. Причините за нарастване на смъртността могат да се потърсят в:

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

Структурата на смъртност за общините до скоро се формираше главно от умирания от хронични неинфекциозни заболявания – инсулти, инфаркти, ракови заболявания. Водещите класове болести, от които умира населението до 2018 г. са болестите на органите на кръвообращението (миокарден инфаркт, мозъчен инсулт и др.) на първо място, следвани от онкологични заболявания. За следващият период на оценка, може да се очаква водещ да е класа на инфекциозните болести, заради новата коронавирусна инфекция. Този клас болести – клас I по Международната класификация на болести, ревизия X досега заемаше малък дял. Смъртността по класове болести за двете общини е със сходна резултати.

Таблица 15. Смъртност по МКБ-10 на 100000 за периода 2015-2017

Община Момчилград		2015	2016	2017
клас по МКБ	Смъртност по причини на 100000 души от населението	1210,96	1003,02	1199,41
I	Някои инфекциозни и паразитни болести	12,75	6,43	12,83
II	Новообразувания	178,46	160,74	173,18
III	Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм			

IV	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата		19,29	19,24
V	Психични и поведенчески разстройства			
VI	Болести на нервната система	12,75		
VII	Болести на окото и придатъците му			
VIII	Болести на ухото и мастоидния израстък			
IX	Болести на органите на кръвообращението	605,48	495,08	622,15
X	Болести на дихателната система	25,49	25,72	76,97
XI	Болести на храносмилателната система	44,61	25,72	12,83
XII	Болести на кожата и подкожната тъкан			
XIII	Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	6,37		
XIV	Болести на пикочо-половата система	19,12	6,43	25,66
XV	Бременност, раждане и послеродов период			
XVI	Някои състояния, възникващи през перинаталния период	6,37		
XVII	Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации			
XVIII	Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде	235,82	244,33	211,66
XIX	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	63,73	19,29	44,90
Община Крумовград		2015	2016	2017
клас	Смъртност по причини на 100000 души от населението	1557,85	1369,78	1512,02
I	Някои инфекциозни и паразитни болести		5,90	5,91
II	Новообразувания	210,05	177,13	224,44
III	Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм			
IV	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата			5,91
V	Психични и поведенчески разстройства			
VI	Болести на нервната система	5,83	5,90	
VII	Болести на окото и придатъците му			
VIII	Болести на ухото и мастоидния израстък			
IX	Болести на органите на кръвообращението	904,37	903,35	897,76
X	Болести на дихателната система	99,19	5,90	70,88
XI	Болести на храносмилателната система		47,23	59,06
XII	Болести на кожата и подкожната тъкан			

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

XIII	Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан			
XIV	Болести на пикочо-половата система	11,67	17,71	11,81
XV	Бременност, раждане и послеродов период			
XVI	Някои състояния, възникващи през перинаталния период		11,81	
XVII	Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации			
XVIII	Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде	262,56	165,32	218,53
XIX	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	29,17	23,62	17,72

Източник: РЗИ - Кърджали

Анализът на новорегистрирани заболявания и болестност на населението показва, че определящи в патологията на населението са хроничните неинфекциозни заболявания – основно от сърдечно-съдови и мозъчно-съдови заболявания. Наблюдава се известно намалена болестност, която вероятно е свързана с търсенето на медицински услуги извън общинската здравна система.

В структурата на хоспитализирана заболяемост в община Момчилград през последните години водещи заболявания са: Болести на органите на кръвообращението, следвани от Болести на дихателната система и на трето място Бременност, раждане и послеродов период и Болести на костно-мускулната система .

Таблица 16. Изписани по болести МБАЛ "Д-р Сергей Ростовцев" ЕООД-гр. Момчилград

НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ-10	Изписани		
	2015	2016	2017
<i>a</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
ОБЩО	2316	2359	2198
I. Някои инфекциозни и паразитни болести A00-B99			
II. Новообразувания C00-D48	6	5	5
III. Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм D50-D89	1		

IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата E00-E90		1	
V. Психични и поведенчески разстройства F00-F99			
VI. Болести на нервната система G00-G99	30	22	20
VII. Болести на окото и придатъците му H00-H59			
VIII. Болести на ухото и мастоидния израстък H60-H95			
IX. Болести на органите на кръвообращението I00-I99	801	756	698
X. Болести на дихателната система J00-J99	482	447	545
XI. Болести на храносмилателната система K00-K93	1		0
XII. Болести на кожата и подкожната тъкан L00-L99			
XIII. Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан M00-M99	388	371	364
XIV. Болести на пикочо-половата система N00-N99	123	95	91
XV. Бременност, раждане и послеродов период O00-O99	416	414	326
XVI. Някои състояния, възникващи през перинаталния период P00-P96	8	4	5
XVII. Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации Q00-Q99	0	1	1
XVIII. Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде R00-R99	60	94	18
XIX. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини S00-T98			
XXI. Фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби Z00-Z99	126	149	125

Източник: РЗИ - Кърджали

Интересен аспект в хоспитализациите е клас XV Бременност, раждане и послеродов период, което означава че има предпочитание за раждане в общинската болница, близо до дома, различно от тенденциите в други малки общини – насочване за раждане в големите градове. Наблюдава се тенденция към намаление на хоспитализираните поради инфаркт на миокарда и мозъчен инсулт. МБАЛ „Д-р Сергей Ростовцев“ ЕООД Момчилград, не може да предложи на тези болни следболнично възстановяване чрез прилагане на рехабилитация и физиотерапия. Това показва, че трябва да се вложат ресурси - човешки и финансови, за

възстановяване на кабинета по физиотерапия и рехабилитация, който е жизнено необходим за тази рискова група

На следващата таблица са представени данни за изписани пациенти по клас болести по Международната класификация на болести в МБАЛ "Живот+" ЕООД- гр. Крумовград за периода 2015-2017. Тук има същият аспект по отношение на ражданията в общинската болница. Буди интерес обаче малкият брой хоспитализирани пациенти по клас IX Болести на органите на кръвообращението. Това е класът болести, който е водещ за смъртността в общината, като има съществена разлика с общинската болница в Момчилград, където броят на хоспитализираните по този клас пациенти е над 100 пъти по-висок. Най-вероятно посоченото се дължи на липсата на неврологично отделение и пациентите с инсулти не се хоспитализират в болницата. При обсъждането на хоспитализирана заболяемост в Крумовград се повдигат слените въпроси: Има ли затруднения при лечението и транспортирането на пациенти с инсулт? Къде се хоспитализират пациентите със сърдечно-съдови заболявания, тъй като в структурата на болницата е отбелязано вътрешно отделение със сектор кардиология?

Таблица 17. Изписани по болести МБАЛ "Живот+" ЕООД-гр. Крумовград

БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ-10	Изписани		
	2015	2016	2017
ОБЩО	1586	1617	1463
I. Някои инфекциозни и паразитни болести A00-B99	1		
II. Новообразувания C00-D48	1	1	5
III. Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм D50-D89			
IV. Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата E00-E90			
V. Психични и поведенчески разстройства F00-F99			
VI. Болести на нервната система G00-G99			
VII. Болести на окото и придатъците му H00-H59			
VIII. Болести на ухото и мастоидния израстък H60-H95			
IX. Болести на органите на кръвообращението I00-I99		30	4
X. Болести на дихателната система J00-J99	804	766	713

XI. Болести на храносмилателната система K00-K93			
XIII. Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан M00-M99			
XIV. Болести на пикочо-половата система N00-N99	50	69	89
XV. Бременност, раждане и послеродов период O00-O99	598	611	554
XVI. Някои състояния, възникващи през перинаталния период P00-P96	4	1	
XVII. Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации Q00-Q99			
XVIII. Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклаифицирани другаде R00-R99	6	13	1
XIX. Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини S00-T98			
XX. Топлинен и слънчев удар T67.0			
XXI. Фактори, влияещи върху здравното състояние на населението и контакта със здравните служби Z00-Z99	122	126	97

Източник: МБАЛ "Живот+" ЕООД-гр. Крумовград

4. Здравна система

Здравната система представлява широк комплекс от медицински дейности и здравни грижи, ориентирани към опазване и възстановяване на здравето на населението, с включването на всички организации, институции и ресурси, които формират мрежата от лечебни заведения. Здравната система е част от социалната политика на страната, която осигурява възпроизводството на човешките ресурс (в неговия количествен и качествен аспект).

4.1 Лечебни заведения и медицински кадри на територията на общините

По отношение на болничната помощ данните от таблица 18 показват, че осигуреността с болнични заведения в общините Момчилград и Крумовград като цяло е сходна с тази на национално ниво и в област Кърджали и. Що се отнася обаче до леглата в съществуващите болничните заведения налице са съществени различия. Ако на национално ниво на 1000 души се падат по 7,57 легла, то в област Кърджали те са 5,43. Още по-малка е осигуреността в община Момчилград, а именно 5,04. Най-ниско ниво на осигуреност с

болнични легла през 2018 г. е налице в община Крумовград, където на 1000 жители се падат едва 3,18 легла. (табл. 18)

Таблица 18. Осигуреност с болнични легла, 2018 г.

	общ. Крумовград	общ. Момчилград	обл. Кърджали	България
Болнични заведения (общо) на 1000 жители	0.06	0.06	0.04	0.05
Легла в болнични заведения на 1000 жители	3.18	5.04	5.43	7.57
Многопрофилни болници на 1000 жители	0.06	0.06	0.03	0.03
Легла в многопрофилни болници на 1000 жители	3.18	5.04	3.66	5.34

Източник: по данни на НСИ

Всяка една община разполага с общинска болница. В община Крумовград има една многопрофилна болница за активно лечение - МБАЛ „Живот +“ ЕООД . Тя е учредена на 04.09.2000 г. с капитал в размер на 248 595 лева. Едноличен собственик на капитала на дружеството е Община Крумовград, като правата на собственост се упражняват от Общински съвет гр. Крумовград. В лечебното заведение медицински специалисти, съвместно с друг персонал, извършват лечение на лица с остри заболявания, изострени хронични болести и състояния, изискващи оперативно лечение в болнични условия. Структурата на болницата е следната:

1) Диагностично-консултативен блок - състои се от приемни кабинети, клинична лаборатория, отделение по образна диагностика, микробиологична лаборатория, лаборатория по обща клинична патология и

отделения без легла – анестезиологично отделение и физиотерапевтично отделение, което в момента не функционира.

2) Стационарен блок с 54 активни легла с: отделение по Вътрешни болести, в което се осъществява дейност и по медицинските специалности пневмология и кардиология; отделение по педиатрия; отделение по акушерство и гинекология; отделение за продължително лечение по вътрешни болести. Към болницата функционира Дежурен кабинет, като се оказва медицинска помощ на здравноосигурени и неосигурени лица между 20.00 ч. вечерта и 08.00 ч. сутринта през работните дни и денонощно през почивните и празничните дни. В структурата на болницата е включена и болнична аптека.

В община Момчилград има една многопрофилна болница за лечение - МБАЛ „Д-р Сергей Ростовцев“. Здравното заведение е създадено през 1952 г. Заема важно място в системата на здравеопазването в област Кърджали. Пряко обслужва населението на общините Момчилград и Кирково. Лечебното заведение е ситуирано в самостоятелен парцел в североизточната част на Момчилград и се състои от масивна сграда на три етажа и две самостоятелни едноетажни постройките. Общият брой на персонала в лечебното заведение е 65 физически лица (лекари, медицински сестри, акушерки, лаборанти, обслужващ персонал). Структурата е изградена в съответствие с конкретните нужди на обслужваното население и включва 2 функционално обособени блока:

I. Консултативно – диагностичен блок с:

1. Консултативни кабинети по: Вътрешни болести, Детски болести, Нервни болести, Акушерство и гинекология.

2. Образна диагностика – отделение без легла: отделението разполага със следната апаратура- рентгенов апарат, скенер, доплер, ехокардиограф, абдоминален ехограф.

3. Клинична лаборатория.

4. Манипулационна.

5. Дежурен кабинет.

II. Стационарен блок – 69 легла както следва: Вътрешно отделение – 24 легла със следните сектори: кардиология; пневмология и фтизиатрия; вътрешни

болести; Детско отделение – 10 легла; Нервно отделение – 13 легла; Акушеро – гинекологично отделение – 10 легла, Анестезиологично отделение без легла; Отделение за продължително лечение по вътрешни болести – 10 легла, което функционира като рехабилитационно и разполага с добра апаратура. Отделение по образна диагностика.

Във връзка с изпълнение на дейности по националната програма за майчино и детско здраве в МБАЛ „Д-р Сергей Ростовцев“ ЕООД, гр. Момчилград, се извършва неонатален слухов скрининг на новородени. Болницата разполага с апарат за отоакустични емисии, който се намира в Родилно отделение.

Първичната здравна помощ е базов елемент в системата на здравеопазване, която осигурява на населението достъпна и качествена медицинска помощ и позволява да се намалят потребностите от по-скъпата болнична помощ чрез активна профилактика, ранна диагностика и лечение в амбулаторни условия. По отношение на първичната здравна помощ двете общини са изправени пред един много сериозен проблем – незаети практиките за първична медицинска помощ в двете общини.

Първичната здравна помощ, която трябва да е универсална и общодостъпна, за цялото население - в Момчилград се осигурява само от 4 общопрактикуващи лекари (ОПЛ), а в Крумовград от 7 ОПЛ. Отнесено към броя на населението това означава сериозна заплаха в близко бъдеще, след пенсионирането на тези ОПЛ, населението на двете общини да остане от най-важната базова здравна помощ. В настоящата пандемична ситуация например, общопрактикуващите лекари от двете общини нямат практическата възможност да извършат ефективна имунизация на населението, ако бъдат доставени наведнъж достатъчно ваксини за населението. А това е само един малък елемент от техния широк спектър дейности от профилактика (имунизации) и промоция на здравето до лечение и диагностика, и палиативна помощ.

Липсата на достатъчен брой ОПЛ, които да обезпечават тази всеобхватна здравна грижа е голям проблем за двете общини. За съжаление съществуващото здравно законодателство не дава възможност за общинска

инициатива в тази насока. Поради тези нормативни особености, характеристики на общините – разпръснатост на малки населени места, най-вече голям дял здравно-неосигурено население в тези региони, недостиг на лекари, се оформя един проблем за общинското здравеопазване, който ще се задълбочава в бъдеще – липса на достъп до първична здравна помощ. Това противоречи на основното в концепцията на една социално-справедлива здравна система и здравната стратегия на една страна. Първичната здравна помощ трябва да е достъпна за всеки член на обществото, като тя е първото ниво на контакт на индивида, семейството и общността със здравната система и приближава здравната помощ до местоживеенето и местоработата на хората.

По отношение на извънболничната медицинска помощ в двете общини има регистрирани индивидуални практики на лекари-специалисти - кардиолози, педиатри, акушер-гинеколози и др. Специализирана медицинска дейност на лекари, обединени в центрове е слабо застъпена - в двете общини има само по един медицински център.

Лекарите-специалисти и общопрактикуващите лекари не са подпомогнати в лечебно-диагностичната си дейност от лаборатории, извършващи на място високоспециализирани лабораторни изследвания. Това означава пътуване на пациентите за всяко лабораторно изследване и образна диагностика до областния град и/или отлагане на лечението от извънболничната помощ, насочване към болницата като към един комплекс, в който да получи нужното обслужване. Поради неравномерността на доболничната помощ, броят на хоспитализациите в областта в много от болничните заведения се увеличава.

Въпреки, че специализираната медицинска помощ е обезпечена от сравнително добър брой лекари-специалисти на индивидуална практика – 12 лекари с такива практики ИПСИМП (индивидуална практика за специализирана медицинска помощ) в Момчилград и 8 с ИПСИМП в Крумовград, то в отдалечените места от общинския център консултациите със специалист са невъзможни.

Обобщено, и в двете общини е налице недостиг на лекари в сравнение със стойностите на национално ниво за 1000 жители. И в община Крумовград и в община Момчилград те са повече от 2,5 пъти по-малко отколкото на национално ниво. Общопрактикуващите лекари са много малко в община Момчилград. Община Крумовград има по-добра осигуреност с ОПЛ на 1000 жители, отколкото община Момчилград.

Друг сериозен проблем на здравната система в двете общини е изключителен дефицит на специалисти по здравни грижи, най-вече липса на медицински сестри и акушерки: 2.35 са тези специалисти на 1000 души от населението в община Крумовград и 2.80 на 1000 души от населението за община Момчилград, сравнено с обезпечеността от такива специалисти от 5.53 на 1000 за област Кърджали и 6.60 на 1000 на национално ниво. Това означава, че в двете общини те са повече от два пъти по-малко отколкото осигуреността с такъв тип специалисти на национално ниво. (табл. 19)

Таблица 19. *Лекари и специалисти по здравни грижи, 2018 г.*

	общ. Крумовград	общ. Момчилград	обл. Кърджали	България
Общопрактикуващи лекари на 1000 жители	0.35	0.25	0.39	0.60
Общо лекари на 1000 жители	1.59	1.66	2.61	4.22
Медицински специалисти по здравни грижи	2.35	2.80	5.53	6.60

Източник: по данни на НСИ

Що се касае до денталната медицинска помощ в двете общини се наблюдава голям брой стоматолози за община Момчилград – 17 официално регистрирани практики за дентална медицинска помощ според регистъра на Държавна агенция Медицински надзор, а за община Крумовград – 13 такива, което е съизмеримо с брой стоматолози на 1000 души от населението за цялата страна. Това показва един феномен за пограничните общини, характерен и за други региони на страната, т.нар. здравен туризъм. Съществуването на такъв брой стоматологични практики е породено от частната инициатива на лекари по дентална медицина, не заради обезпечаване на стоматологичните им услуги от национални здравен фонд, а заради търсенето като платена услуга - pay by rocket - най-вероятно от граждани на съседните страни, които са по-платежоспособни от местното население.

Друг важен елемент на здравната система е спешната медицинска помощ. Системата за спешна медицинска помощ в България функционира в настоящия си вид от 1996 г., когато са създадени 28 самостоятелни центрове за спешна медицинска помощ (ЦСМП) в областните градове, които имат филиали в общинските центрове. Такива филиали за спешна медицинска помощ (ФСМП) има в Момчилград и Крумовград. Извършената реформа изцяло промени структурата, организацията, управлението и начина на финансиране на спешната помощ, като това се осъществява от Министерство на здравеопазването. Основният проблем на спешната помощ в разглежданите общини е разпръснатата селищна структура, характеризираща се с много и малки населени места и в двете изследвани общини. Например на територията на община Крумовград има 80 населени места с население, в голямата си част под 100 жители. Географската инфраструктура не позволява спешния медицински екип от ФСМП Крумовград да достигне до всички населени места в рамките от 8 до 30 минути. Независимо че селата Аврен, Егрек и Черничево са съответно на 21 км, 35 км и 26 км, достигането на мобилния медицински екип до тях, поради планинския терен, е в рамките на 25 – 40 минути. Спешна медицинска помощ за населението на община Крумовград осигурявана от ФСМП Крумовград има два медицински екипа - един мобилен медицински екип с 18 щата, един

стационарен с 6 щата и двама санитарни с обща численост 26 щата. За осъществяване на дейността си филиалът е оборудван с 3 санитарни автомобили, с които се изпълняват спешните повиквания. Проблемите възникват при спешни повиквания, на които е възможно да не се отзове екип, поради продължителното отсъствие за друг спешен пациент на труднодостъпно населено място. Този проблем е наболял за много филиали, не само за двата в тези общини. Конкретно за община Крумовград във филиала за спешна медицинска помощ е създадена организация за формиране на втори мобилен екип от наличния персонал, който е на разположение в къщи, според докладване на министъра на здравеопазването. Може да се предположи, че във ФСМП, гр. Момчилград съществува същата организация. При необходимост от транспорт на пациент в спешно състояние до областната болница МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ - Кърджали, това предполага отсъствие на мобилния екип за време - от порядъка на 3-4 часа, затова се формира втори мобилен екип от наличния медицински персонал и шофьор, който е оставен на разположение в къщи. По този начин има наличен план за осигуряване на непрекъснато наличие на мобилен медицински екип, отзоваващ се на всички повиквания за спешна медицинска помощ. Дали е възможно това да се осъществи на практика остава под въпрос. Оказването на спешна медицинска помощ в двете общини като цяло е недостатъчно ефективно, поради затруднения достъп до малките села. Това се дължи основно на специфичната инфраструктура – разпокъсаност и отдалеченост на малките селища. Поради тази причина следва да се постави акцент върху превантивната медицина, която принципно е в ръцете на ОПЛ, но те така или иначе липсват.

Извън общинските центрове Момчилград и Крумовград, липсва качествено здравно обслужване, като най-засегнато е населението в отдалечените села. В много от тях няма медицинско обслужване поради концентрирането на ОПЛ и специалисти в градовете Момчилград и Крумовград, така населението от малките села търси медицинска помощ само в краен случай, често късно. Необходимо е да се работи за повишаване на здравната култура и хигиенните навици на част от населението. Отдалечеността от специализирани болници и здравни центрове може да се компенсира чрез

превантивни здравни мерки и провеждане на здравни информационни кампании сред населението, което да увеличи способностите на хората да водят пълноценен и продуктивен живот.

4.2 Здравно-промотивни програми на общините

При описаното състояние на здравната мрежа в двете общини особено важна и една възможност на общините да въздействат благоприятно върху здравето на своето население чрез извършването на здравно-промотивна дейност. Промоцията на здраве е процес на създаване на възможности на хората да контролират и сами да подобряват своето здраве. Това означава развитие на лични умения, знания и възможности за укрепване на здравето; засилване на общественото участие в здравните дейности; създаване на местни политики, укрепващи здравето; контрол на околната среда, укрепваща здравето.

Проект „Предоставяне на интегрирани услуги за ранно детско развитие в община Крумовград“, процедура „Услуги за ранно детско развитие“ по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020 г., съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз допълва и подкрепя дейността на успешно създадения Център за предоставяне на интегрирани социални услуги в общността по Проекта за социално включване, финансиран със Заем 7612BG от Международната банка за възстановяване и развитие в периода 2012-2015 г. Проектът има за цел да предостави подкрепа на деца в ранна детска възраст и техните семейства за подобряване на достъпа до здравна грижа, формиране на родителски умения, подобряване на семейната среда, повишаване на училищната готовност на децата. Проектът обхваща деца на възраст от 0 до 7 години и техните родители, както и бъдещи родители от рискови групи в община Крумовград. Дейностите по проекта, които са насочени към превенция на заболяванията са:

- „Подкрепа за осигуряване на здравна детска консултация и дейности по превенция на заболяванията“ - Целева група на услугата са уязвими семейства и техните деца. За изпълнение на услугата е назначен екип от специалисти, включващ педиатър, медицинска сестра, стоматолог и



медиатор. Разработени са информационни материали и планове свързани с профилактика и промоция на здравето и поддържането на добра устна хигиена и здраве. Проведена е мобилна работа на терен.

- „Ранна интервенция на уврежданията” - Услугата е с капацитет 15 бебета и малки деца с увреждания и 25 родители и се предоставя в Център за предоставяне на интегрирани социални услуги в общността - гр. Крумовград. В центъра има обособени помещения, оборудвани за кинезитерапия, психомоторни дейности, логопедичен и психологичен кабинет, зала за игрови дейности с децата от 0 до 7 години, както и стая за работа с родители. За изпълнение на дейностите по предоставяне на услугата са наети: рехабилитатор, психолог, логопед, педиатър.

Фондация „Направи добро – Александровска” гр. София със съдействието на Община Крумовград всяка година организира безплатни профилактични прегледи за жители на общината на възраст над 60 години. През месец октомври 2017 г. Фондация „Направи добро – Александровска” и Община Крумовград са провели профилактични прегледи за 300 лица над 60 годишна възраст. Прегледите бяха проведени в гр. Крумовград и с. Странджево от следните специалисти: ортопед, кардиолог, офталмолог и ендокринолог.

В общините съществуват добри спортни традиции, което е част от стратегиите за промоция на здравето. В град Момчилград действат целогодишно стадион „Родопи”, плувен басейн и спортна зала, в която се провеждат ежегодни спортни състезания и прояви като тенис на маса и футбол.

5. План за здравни политики.

5.1 Превенция на болестите чрез промоция на здраве

Създаване на устойчиво здраве за населението (промоция на здраве) и превенция на болестите зависи, не само от устойчивостта на здравната мрежа от лечебни заведения, но и от такива здравепредставящи акценти като физически, икономически, социални и културни особености. Здравните резултати се дължат на междусекторните усилия и действия на обществото, и на различните сектори на обществения живот, не само на здравния. Много от основните здравни тежести, се дължат на такива рискови фактори, които



са свързани с поведението на човек и отношението му към личното му здраве, но се дължат на макрофактори от социалната среда като бедност, социално-икономическите лишения и фактори от физическата околна среда – чистота на храни, води, въздух, почви.

От това следва, че добрата икономическа политика, социална подкрепа и добрите социални отношения могат да направят важен принос за здравето. Стремехът на настоящия план да очертае възможности за еднакво качество на здравните грижи и на общества с по-малък доход, като по този начин се премахне социалната кохезия, и да намали тежестта от социално-значимите заболявания и здравните неравенства. Интегрираният мултидисциплинарен и междусекторен подход за утвърждаване здравето на населението е по-ефективен и социално справедлив, защото добри здравни резултати се крият в добре разработена политики за образование, заетост, индустриална структура, както и социална политика.

Резултатите от направения анализ по отношение на демографски, социално-икономически и здравни показатели на изследваните общини дават основание за извеждане на следните основни изводи и препоръки:

Относително ниската индустриализация в региона, ниските работни заплати създават предпоставки за възникване на здравни неравенства. Безработицата е относително висока в някои от населените места, поради което е налице изпадане от националната здравно-осигурителна системата. Лицата без здравно осигуряване, особено в селата, където голяма част от населението не е здравно осигурено (от 30 до 80 % в отделни селища).

Територията на двете общини се характеризира с нископланински релеф, с приятен умерено континентален до средиземноморски климат, с преобладаващо горски площи. Тези природни дадености, съчетани с богатството от културно-исторически забележителности може да създаде условия за укрепване на сектор като туризма, което е от значение за благосъстоянието и качеството на живот на населението от тези общини.

Наличие на полезни изкопаеми, добив на перлити в Момчилград и новото находище на злато в Крумовград има отношение към заетостта на



населението, с повлияване на здравно-осигурителния статус на хората в активна възраст.

Двете общини са средно големи, с разпръсната селищна структура, формирана от малък град и множество малки села, някои от които са с много малък брой жители с голям риск от изчезване. През анализирания период 2006-2019 г. са закрити 2 села в Крумовград и 3 в Момчилград. През настоящото десетилетие най-вероятно ще бъдат закрити около 10 села в двете общини. Тази разпръснатост на населените места и малкият брой жители във всяко от тях, съчетано с неясния им здравно-осигурителен статус са все неблагоприятни предпоставки в мотивирането на ОПЛ да разкриват на амбулатории за първична здравна помощ. По отношение на задоволяване на здравните потребности на населението от такива места една от малкото възможности са мобилни здравни услуги, като се търсят механизми за създаването им чрез колаборация – община и неправителствен сектор. Привличане на неправителствени организации с фокус на работа в областта на здравната профилактика е добра възможност. Като пример може да се посочи опитът на община Крумовград и дейността на НПО „Прави добро – Александровска“, извършващи мобилни здравни услуги за население, което е лишено по различни причини от медицинска помощ.

Здравни дейности в училищата. Те са отново в полето на промоцията на здраве. Училищното образование в общините е от значение за задържане на младото и трудово активно население. Затова е необходимо разнообразие в образователния профил на училищата, за да не се създават условия за миграция на населението към вътрешността на страната. Училищата от друга страна имат голямото предимство да се превърнат в средища за укрепване на здравето чрез програми по здравна промоция. Учениците да бъдат възпитавани от ранна възраст на здравословен стил на живот, така че да избегнат рисковата констелация на предходните поколения, които са натоварени с няколко хронични заболявания. Приучването на младите хора към здравословен модел на поведение означава да отложат разболяването от сърдечно-съдови и мозъчно-съдови заболявания в по-късна възраст. Аспектите на поведение или стил на живот



са с най-силно отрицателно въздействие върху здравето. Здравните кабинети в училищата, които са под общинско ръководство имат голямо значение и е необходимо обезпечаването им с кадри.

От анализа на заболяемостта и смъртността на населението от двете общини проличава тежестта на сърдечно-съдови и мозъчно съдови заболявания като основна причина. Една възможност е за въздействие върху модифицируемите рискови фактори като тютюнопушене, постоянна консумация на алкохол, нерационално хранене, намалена двигателна активност. Ресурсите в тази насока са заложили във възможностите, които има в двете общини за спортни мероприятия: наличие на стадиони и плувни басейни, както и работа с неформални организации на населението като „Клуб на пенсионера“; групи за художествена самодейност; структури на Общината, които работят в посока социална подкрепа като ЦОП (център за обществена подкрепа) и др.; богат опит на общините за работа по проекти, свързани със здравни услуги за уязвими групи.

5.2 Превенция на болестите чрез укрепване на здравната мрежа и медицинските дейности.

Тази част е най-трудна за една общинска здравна политика, заради ограничените нормативни възможности на общините, заложили случайно или не, в нашето здравно законодателство. Здравното законодателство в България почива върху три основни закона – Закона за здравето, Закон за лечебните заведения, Закон за здравното осигуряване. Според закона за лечебните заведения общините нямат възможност за разкриване на общински лечебни заведения за първична медицинска помощ, каквито имат за болничната помощ и специализираната извънболнична помощ. Това веднага изключва възможността за въздействие на една община за разкриването на здравна служба – амбулатория за първична медицинска помощ (АПМП). Възникването на АПМП зависи изцяло от частната инициатива на общопрактикуващите лекари да разкрият практика в даденото населено място. Съчетано с кадровия дефицит на лекари и неблагоприятните фактори за една такава частна инициатива за регистрация на практика – като неосигурено население, за което не се получава заплащане от здравния фонд, некомпактно, а разпръснато, с

необходимост да се поддържат здравни служби в няколко села – са все причините за един сериозен проблем – липса на първична здравна помощ (ПЗП). В най-близко бъдеще се очертава изчезване на амбулаториите за ПЗП поради излизане в пенсия на настоящите ОПЛ и липса на интерес от страна на млади лекари. Една от малкото възможности на общината е финансирането на медицинското обучение на млади хора с интерес към медицинската професия и силно мотивирани след завършване да се завърнат да практикуват като лични лекари в общината. Другата възможност е застъпнически инициативи за законодателни промени, които да дадат възможности на разкриването на самостоятелни практики на лекарски асистенти, финансирани от националния здравно-осигурителния фонд (НЗОК).

По отношение на специализираната извънболнична помощ – тя е сравнително добре представена от добър брой лекари-специалисти, отнесен към брой население. Тук отново обаче се явява проблемът със застаряването на човешкия ресурс. Интересен е фактът, че на територията на двете общини лекарите специалисти практикуват основно в индивидуални практики за специализирана медицинска помощ, а не в медицински центрове. На територията на двете общини има регистриран само по един медицински център. Възможната причина е, че става въпрос за лекари с голям опит и стаж, при които финансирането не е основно от НЗОК, а от частните прегледи на пациенти, които не живеят постоянно в общината.

Но независимо от това, че специализираната помощ е добре обезпечена, проблем остава концентрирането на специалистите в общинските центрове, което оставя голяма част от населението без тази медицинска помощ. Това може да се компенсира, като се използва развитието на информационните и комуникационни технологии през последните десетилетия, които откриват нови хоризонти в посока на превенция на болестите. Възможността за развитие на електронното здравеопазване и телемедицината са предпоставка за въвеждане на тези достижения и в общините Крумовград и Момчилград. Прилагането на тези възможности е от особено значение за повишаване нивото на контрол върху здравното състояние на хронично



болните лица от малките населени места и живеещите в трудно достъпни райони. За реализирането на тази задача на първо място е необходимо организиране и провеждане на обучение на медицинските специалисти от двете общини по отношение възможностите за приложение на телемедицината в медицинската практика. На следващ етап е необходимо разработването на програма за пилотно въвеждане на елементи на телемедицината при контрол на лица с хронични заболявания, живеещи в отдалечени от общинския център населени места.

От друга страна възможностите на телемедицината може да се развиват и в общинските заведения за болнична медицинска помощ. Там чрез способите на телемедицина ще бъде възможно извършването на своевременни консултации с републикански консултанти при наличие на необходимост от това.

Подобно на лекарите специалисти и броят на стоматолозите е много добре представен спрямо броят на населението. Причината е възможен здравен туризъм от съседни страни за стоматологични услуги. Независимо от големия брой стоматолози, това не означава, че населението има достъп до дентална медицинска помощ. Тя е финансирана в много малка степен от националния здравен фонд, което означава, че дори здравно-осигуреното население, което търпи икономически лишения, също не може да си позволи ползването на тази медицинска услуга. Възможностите на общинската здравна политика са в нормативната рамка, определена по Закона за здравето на България, позволяващ разкриването на общински здравни кабинети по училищата. Това е възможност общината да привлича лекар по дентална медицина, който да работи в посока укрепване на зъбното здраве на младите хора, така че влагането в здравето на учениците да отложи необходимостта от сериозни стоматологични интервенции. Това е основен принцип на здравната промоция: „Малките разходи за промоция на здраве в ранна възраст спестяват големите разходи за медицинска помощ в бъдеще.“

По отношение на болничната помощ, двете общини имат общински болници, за които полагат усилия и грижи за обезпечаването им. Тук обаче



отново е поставен проблемът с човешкия ресурс, който е най-труден за обезпечаване. За останалите ресурси има различни възможности, като примерът на „Дънди прешъс“, която доставя техническо оборудване за болницата в Крумовград във връзка с пандемията от КОВИД-19. Посоченото е пример за публично-частното партньорство и подкрепа от бизнеса. Възможностите на двете болници са от изключително значение за справяне с епидемичната обстановка в Кърджалийска област, особено в моменти на запълване на леглата в областната болница – МБАЛ „Д-р Ат. Дафовски“. Необходимо е разкриване на допълнителни болнични структури, като например неврологично отделение в МБАЛ „Живот“, гр. Крумовград, във връзка с високата заболяемост и смъртност от мозъчно-съдови заболявания, както и разкриване на легла за долекуване и рехабилитация. Реализирането на тези следва да бъде предхождано от привличането на специалисти от тези медицински специалности.

Основният проблем с кадровият дефицит на лекари в болничната помощ, както и на специалисти по здравна грижи - медицински сестри, акушерки, лекарски асистенти, рехабилитатори- заплашва от закриване на отделения и леглова база в болницата. Възможности са свързани със стипендиантски договори на млади хора за медицинско обучение и последващо финансиране на специализацията. Привличане на специалисти от страната, чрез предоставяне на жилища и допълнително финансово обезпечаване.

Много сериозен обаче е проблемът със спешната медицинска помощ, която често е ненавременна, поради наличие на един екип, който може да отсъства дълго заради трудностъпност, отдалеченост и разпръснатост на населените места. Тук стои въпросът с кадровата обезпеченост и щатното разписание, което е извън контрола на общината.

Спешната медицинска помощ е приоритет на държавата чрез системата на Спешна медицинска помощ. Тази специфична по своя характер медицинска дейност се извършва по точно определени критерии и стандарти, касаещи единствено спешните случаи. За това са обучени специализирани медицински екипи и са осигурени оборудвани за целта специализирани транспортни средства. Спешната медицинска помощ е организирана така, че

всеки нуждаещ се, независимо от местоположението си трябва да получи медицинска помощ в рамките на точно определен период от време. Поради тази специфика системата на спешна медицинска помощ не може да покрива и нуждите от неотложна такава. Освен това недостигът от общопрактикуващи лекари в двете общини не позволява своевременен достъп до неотложна помощ на всички нуждаещи се.

Поради това обстоятелство и предвид отдалечеността на селата от общинския център е от особена важност в общините Крумовград и Момчилград да се разработи система за подобряване осигуреността от неотложна медицинска помощ и профилактична дейност в отдалечените райони. Целесъобразно е изграждането на тази система да се развие на база на общинско лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ. Важно е при реализирането на тази задача да не се дублират дейности, които по закон са вменени на личните лекари, а да се допълни и разшири капацитета на оказване на медицинска помощ в моменти, когато съответният ОПЛ не може да окаже помощ на нуждаещ се, поради обективни причини. Въвеждането на такава система ще позволи достъп до неотложна медицинска помощ на принципа 24/7 дори в най-отдалечените населени места, включително и при неблагоприятни метеорологични условия през зимния период. Тази система за медицинска помощ ще осигури и транспортирането на нуждаещи се, трудно подвижни пациенти до общинските лечебни заведения при нужда от допълнителни прегледи, изследвания и диагностично уточняване на съществуващ здравен проблем. За реализирането на тази задача е необходимо за нуждите на всяка от общините да бъдат осигурени поне по две специализирани медицински транспортни средства ведно с необходимото за целта оборудване. Препоръчително е единият специализиран автомобил да е високопроходим.

5.3. Здравно обслужване на приоритетни групи.

Майките и децата са приоритетна група за всяка страна и здравна грижа, тъй като:

- те са специфична рискова група – за жените рискът е свързан с бременността и раждането, а за децата – с преживяемостта и развитието;

- голяма част от заболяванията и умиранията сред майките и децата са предотвратими;
- подобряването на майчиното и детско здраве допринася съществено за здравето на цялото население.

Тенденциите за предоставяне на интегрирани грижи за майките и децата и семейно планиране са представени засега само в община Крумовград чрез общински структури, които работят с европейско финансиране с майките и децата в посока на правилното отглеждане и грижа за децата. Към момента основно за майки и деца от уязвими групи. Поради ниските показатели на майчината и детската смъртност в двете общини може да се приеме, че грижата за ограничаване на заболяемостта сред децата и майките е добра. Тази грижа е концентрирана в специализираната извънболнична помощ по програмите на майчино здравеопазване и в болничната помощ според Националната здравна стратегия. Прави впечатление, че и в двете болници има провеждани раждания, чийто брой съответства на коефициента на раждаемост, което показва, че жените от двете общини предпочитат раждане близо до дома, в общинската болница, а не се насочват към областната. Родилната помощ в лицето на АГ-медицинската помощ в болниците трябва да бъде подкрепяно чрез привличането на млади лекари и акушерки, и обезпечена с необходимата техника за новородените.

От скоро има нормативни възможности за оказване на определени здравни грижи за жените в извънболничната медицинска помощ от самостоятелно регистрирани практики на акушерки. Използването на акушерките като ресурс за места, където липсват акушер-гинеколози е една много добра възможност за райони с лекарски дефицит. Затова е необходимо запознаване на акушерките от Крумовград и Момчилград с тази възможност на обучителен семинар, където да им се предостави консултативна помощ как да регистрират собствена практика. Недостатък в тази нова нормативна промяна в нашето здравно законодателство е финансирането на тези практики, което към момента е единствено от „джоба на пациента“. Може да се ползва застъпничеството на народни представители, които да застъпят повдигната от Директора на НЗОК въпрос да се реши въпросът за финансирането на акушерските практики, което да става от Здравната каса.



Медико-социални проблеми на децата. Детството е първият и най-важен период от живота на човек, в който се залагат основите на физическото и психическото здраве. В своето израстване и развитие децата, поради физиологичните особености са различно чувствителни на многообразните социални и биологични фактори, което определя специфичните характеристики на медико-социалните проблеми в различните периоди на детството. През първата година от живота на децата основен медико-социален проблем е детската смъртност. Въпреки очерталата се тенденция към намаление, детската смъртност у нас и в изследваните общини остава 2-3 пъти по-висока от другите страни. Това поражда сериозна тревога и поставя намаляването на детската смъртност като стратегическа задача на националното и общинско здравеопазване. Сnižаването ѝ изисква: профилактика на недоносеността; подобряване на качеството на родилната и неонатологична помощ; провеждане на здравно-образователни програми за рационално хранене и отглеждане на децата до 1-годишна възраст; системен контрол на здравето им чрез профилактични консултации. Организирането на педиатричната грижа е по програма Детско здравеопазване и се осъществява от ОПЛ или специалист-педиатър. Тази програма е за здрави деца, свързана е с консултации и имунизации особено през първите години, както и е за деца с хронични заболявания. Затова проблемът отново рефлектира върху дефицитите в първичната здравна помощ в общините. Възможности – мобилни здравни грижи чрез общински структури, подобни на вече разработените добри практики по европейската програма в община Крумовград.

Във възрастта до 6 години медико-социалните проблеми са свързани с повишен здравен риск поради медицински и/или социални причини. Основен източник за рискови фактори за физическо и интелектуално развитие в тази възраст е семейната среда. Това са деца, отглеждани в семейства с ниски доходи, непълни семейства, семейства на безработни родители, на родители с ниска здравна култура и вредни навици. Общината с програмите за семейства може да осигури устойчивост на здравната грижа в тази насока. Водеща причина за заболяемост са болестите на дихателната система. Затова е от значение обезпечаването със специализирана





педиатрична помощ в общината. И в двете общини на този етап има лекари-педиатри, които работят с деца-пациенти в общинските центрове. За отдалечените места – може да се препоръчат възможностите на мобилни услуги, обезпечени от регионалната здравна инспекция и общината. Необходима е подкрепа на педиатричните отделения в двете болници.

Във възрастта 7-9 години – ранна училищна възраст здравето на децата е повлияно от активния процес на социализация и начало на организираното обучение. Децата трябва да се адаптират към условията на училищната среда, която се характеризира с информационно натоварване, ограничаване на двигателната активност и др. Заболяемостта в този период се характеризира с висока честота на гръбначните изкривявания, очни аномалии, затлъстяване, неврози и др. Затова тук е особено важна роля на здравните кабинети по училищата, които се разкриват от общината и работещите там специалисти, които са общински служители. Те имат голяма роля за профилактиката на посочените заболявания. Друг ресурс в тази насока са и самите учители и педагогически съветници, които могат да се включат или да развият здравни-възпитателни и образователни дейности за ограничаване на вредните навици. Една важна възраст е тийнейджърската (юношеската) – когато започва половото съзряване и социална адаптация. Тук излиза проблема със сексуалното и репродуктивно здраве – сексуално развитие, превенция сексуално-трансмисивни инфекции, предпазване от нежелана бременност, злоупотреба с алкохол и наркотични вещества. Тук може да се заложи на общински програми по здравна промоция и да взаимодействат с неправителствени организации. Например Българска асоциация по семейно планиране – НПО с дългогодишен опит в здравното образование на деца и деца от уязвими групи.

Демографското остаряване на населението е друг проблем, който поставя допълнителни изисквания пред структурата на здравните потребности, поради обстоятелството, че възрастните хора са носители на повече от едно хронично заболяване, което води и до по-големи изисквания за здравно обслужване и за повече здравни грижи.



Здравен план за медико-социалните проблеми на старите хора. Стареенето е естествен и непреодолим биологичен феномен, проявяващ се на индивидуално и популационно ниво. В индивидуален аспект, стареенето е непрекъснат процес на ограничаване на жизнеспособността и повишаване на податливостта към болести. Лицата над 65 години се класифицират в подгрупи: лица в напреднала възраст (млади старци 60 -75; лица в старческа възраст 75-89, над 90 г. – дълголетници. На популационно ниво, стареенето се проявява с увеличаване на дела на лица над 60 или над 65 г. България се нарежда сред страните със силно демографско застаряване, посочените общини –също. Това означава, че има голям дял на стари хора с множество и хронични болести. Възрастният човек може да не страда често от остри заболявания, но за сметка на това, те могат сериозно да увредят здравето му и дълго да го прикрепят към леглото. Освен това симптомите са неясни и нетипични, което забавя търсенето на медицинска помощ и затруднява диагностичния процес. Бързото влошаване и висока честота на усложненията също са характеристики на заболяванията при старите хора. Затова е необходимо въвеждането на специалисти по гериатрични грижи на различни нива на здравната помощ, както и в социалните структури за възрастни хора. Медицински колеж на Тракийски университет обучава специалисти по гериатрични грижи, които да могат да бъдат привлечени. Освен това е добре да се развият структурите за долекуване към болниците и да се разкрие отделение за хосписни грижи. Хоспис като лечебно заведение няма регистрирано на територията на двете общини. Отново причината е дълго отлаганото от НЗОК финансиране на такива структури. При оценяването на здравето на старите хора изключително важно е да се определи влиянието на болестта върху функционалния статус и способност за самостоятелно справяне в ежедневието. Голям проблем е наличието на много самотни хора, живеещи в отдалечени и откъснати селища. Те трябва да бъдат подсигурени със социална патронажна грижа и също така и здравна грижа основана на същия принцип. Като възможност, на която може да се заложи, е наличните специалисти, като професионалните бакалаври по гериатрични грижи, които все още търсят своята професионална ниша за реализация в нашата здравна и социална система. Необходимо е привличане на специалисти по гериатрични и здравни грижи от общините

като общински служители, както и на ресурси за създаване на старчески домове за грижа за стари хора, както и домове за стари хора с ментални проблеми.

5.4 Синтез на основните изводи и предложения от плана за здравни политики

- *За осигуряване на достъп до медицинска помощ в общините Крумовград и Момчилград да се разработи система за подобряване осигуреността от неотложна медицинска помощ и профилактична дейност в отдалечените райони предвид специфичното географско разположение на двете общини и наличието на голям брой разпръснати села и в двете общини, тъй като основните доставчици на медицински дейности са концентрирани в общинския център или въобще липсват.*

Предложения:

- Изграждане на система на база на общинско лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ. Важно е при реализирането на тази задача да не се дублират дейности, които по закон са вменени на личните лекари, а да се допълни и разшири капацитета на оказване на медицинска помощ в моменти, когато съответният ОПЛ не може да окаже помощ на нуждаещ се, поради обективни причини. Въвеждането на такава система ще позволи достъп до неотложна медицинска помощ на принципа 24/7 дори в най-отдалечените населени места, включително и при неблагоприятни метеорологични условия през зимния период. Тази система за медицинска помощ ще осигури и транспортирането на нуждаещи се, трудно подвижни пациенти до общинските лечебни заведения при нужда от допълнителни прегледи, изследвания и диагностично уточняване на съществуващ здравен проблем.

- Подобряване на транспортната медицинска инфраструктура. За реализирането на тази задача е необходимо за нуждите на всяка от общините да бъдат осигурени поне по две специализирани медицински транспортни средства ведно с необходимото за целта оборудване. Препоръчително е единият специализиран автомобил да е високопроходим.

От една страна това е организацията при оказването на спешна медицинска помощ. От друга страна е осигуряването на неотложната

медицинска помощ, профилактичната дейност (включително и дентална), майчиното и детско здравеопазване и лекарствоснабдяването. Това се отнася както за медицинската и дентална помощ, така и за лекарствоснабдяването.

- *Кадровото обезпечаване на общините с медицински специалисти.*

Предложения:

- За привличането на такива в двете общини трябва да се разработят дългосрочни програми, с които да се осигури мотивирано привличане на медицински кадри. Възможно е в рамките на тези програми да залегне и професионално ориентиране и финансово подпомагане на младежи от общините чрез отпускане на стипендии за обучение, осигуряване на общинско жилище при преференциални условия или други форми на подпомагане, които да мотивират тези лица след приключване на образованието си да се завърнат по родните места като изградени медицински специалисти. Прилагането на този подход ще осигури на само по-добро функциониране на здравната система в общините Крумовград и Момчилград, но ще доведе до запазване на по-вече млади хора в населените места на общините.

- *Осигуряване на достъп чрез възможностите на телемедицината*

Предложения:

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

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

Предложения:

48

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





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

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

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

