

**„АНАЛИЗ НА ТЕКУЩОТО СЪСТОЯНИЕ НА НЕРАВНОПОСТАВЕНОСТТА В
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ЗА СОЦИАЛНО ЗНАЧИМИ ЗАБОЛЯВАНИЯ В
ТРАНСГРАНИЧНАТА ОБЛАСТ”**

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

Другите детерминанти включват по-широкия политически, икономически и социален контекст, както и междинни фактори, като социалната стратификация, включеност и сплотеност на обществото, или експозиции, които могат да повлияят степента на уязвимост на населението.

Национална здравна стратегия 2020

ПРОЕКТ EQUAL2HEALTH

„АНАЛИЗ НА ТЕКУЩОТО СЪСТОЯНИЕ НА НЕРАВНОПОСТАВЕНОСТТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ЗА СОЦИАЛНО ЗНАЧИМИ ЗАБОЛЯВАНИЯ В ТРАНСГРАНИЧНАТА ОБЛАСТ”

Работен пакет №	3
Дейност №	3.4.1
Име на проекта:	„Намаляване на неравнопоставеността при достъпа в първичната здравна помощ относно социално значими болести сред нуждаещите се общности от трансграничните зони“
Акроним на проекта:	EQUAL2HEALTH
Продължителност:	15.12.2017 – 14.12.2019
Партньори в проекта:	Солунска Болница „Г. Папаниколау“, Психиатрично отделение, Р. Гърция – Водеща организация Сдружение на кардиолозите в Северна Гърция, Р. Гърция Междубщинската агенция на Западна провинция на Солун „Нефели“, Р. Гърция Районна Здравно-осигурителна Каса – Смолян, Р. България Многопрофилна болница за активно лечение Девин ЕАД, Р. България Диагностично – консултативен център „Александровска” ЕООД, Р. България

Съдържание

1. Увод	3
2. Приоритети за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването за периода 2016-2020 г.	4
3. Осигуряването на универсален достъп до здравно обслужване	8
3.1. Повишаване на гъвкавостта, ефективността и устойчивостта на здравните системи	8
3.2. Основни проблеми на здравеопазването в страната	10
4. Роля на НЗОК по управление и разходване на средствата за здравеопазване ..	12
5. Правна рамка и законодателство	14
5.1. Международно законодателство	14
5.2. Законодателство на Република България	15
5.3. Промени в правната среда	16
6. Демографско и социално-икономическо положение в област Смолян	20
7. Здравен статус	54
8. Определящи здравето фактори	71
9. Структура на здравно обслужване	73
9.1. Анализ на състоянието на системата на здравеопазването в област Смолян и изводи	73
9.1.1. Първична извънболнична медицинска помощ	73
9.1.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ	77
9.1.3. Болнична медицинска помощ	80
9.1.4. Спешна медицинска помощ	88
9.1.5. Осигуреност на регионалната здравна мрежа с човешки ресурси	91
9.1.6. Финансиране на здравеопазването в Област Смолян	96
9.1.7. SWOT анализ на състоянието на системата на здравеопазване в област Смолян	98
10. Основни недостатъци и проблеми на регионалната система за здравеопазване ..	101
11. Рискови фактори, влияещи върху здравето на населението в област Смолян	102
12. Заключение. Предложения за решаване на проблемите	104

1. УВОД

Страните от ЕС носят основната отговорност за организирането и предоставянето на здравно обслужване и медицински грижи. Затова здравната политика на ЕС служи за допълване на националните политики и за включване на свързаните със здравето въпроси във всички политики на Съюза.

Политиките и действията на ЕС в областта на общественото здраве имат за цел:

- ✓ Да се опазва и подобрява здравето на гражданите на ЕС.
- ✓ Да се подкрепя модернизирането на здравната инфраструктура.
- ✓ Да се повишава ефективността на европейските здравни системи.

Стратегическите здравни въпроси се обсъждат от висши служители на националните органи и на Европейската комисия в рамките на работна група по въпросите на общественото здраве. Институциите на ЕС, страните членки, регионалните и местните органи и други заинтересовани групи допринасят за изпълнението на здравната стратегия на Съюза

Ролята на Европейската комисия е да подкрепя усилията на страните членки за защита и подобряване на здравето на техните граждани и за гарантиране на достъпността, ефективността и устойчивостта на техните здравни системи. Това се прави с помощта на различни средства, някои от които са:

- ✓ Предлагане на законодателство
- ✓ Предоставяне на финансова подкрепа
- ✓ Координиране и улесняване на обмена на добри практики между страните от ЕС и здравните експерти
- ✓ Дейности за промоция на здравето.

Инвестиции в здравеопазването

Комисията стимулира инвестициите в здравеопазването като средство за постигане на интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж. Това става под формата на:

- ✓ Насърчаване на ефективни, достъпни и устойчиви здравни системи
- ✓ Инвестиции в здравеопазването чрез профилактика на болестите и промоция на здравето
- ✓ Насърчаване на здравното осигуряване като начин за намаляване на неравенствата и справяне със социалното изключване.

Инструменти за съфинансиране

- ✓ По здравната програма се предоставя финансиране за проекти в областта на промоцията на здравето, здравната сигурност и здравната информация
- ✓ По програмата за научни изследвания „Хоризонт 2020“ се подкрепят проекти в области като биотехнологии и медицински технологии
- ✓ В рамките на политиката на ЕС за сближаване се подкрепят инвестиции в здравеопазването в страните и регионите в ЕС
- ✓ Европейския фонд за стратегически инвестиции.

Приоритети за периода 2016 - 2020 година

Действията на ЕС в областта на общественото здраве са свързани основно със стимули и мерки за сътрудничество. Европейската комисия играе важна спомагателна роля, като предоставя насоки и инструменти за насърчаване на сътрудничеството и подпомагане на по-ефективното функциониране на националните системи. Действията са насочени към следните предизвикателства:

- ✓ Постигане на по-голяма икономическа ефективност
- ✓ Конкуренетоспособност и безопасност
- ✓ Справяне с нововъзникващите глобални заплахи, като антимикробната резистентност
- ✓ Формулиране на основана на факти политика
- ✓ Оценяване на рисковите фактори за незаразни болести
- ✓ Подкрепа за ваксинациите.

Съществуват значителни различия в общественото здравеопазване между държавите от Съюза и отделните групи от населението в тези държави. Социалните фактори играят важна роля за тях, като оказват влияние върху продължителността на живота и здравето като цяло. Сред тях са въпроси като заетост, доходи, образование, етническа принадлежност.

В опит за преодоляване на неравнопоставеността в здравеопазването ЕС насърчава определени политики и оказва съдействие на националните органи и на заинтересованите страни да предприемат мерки за нейното намаляване. В съобщението на Европейската комисия от 2009 г. "Солидарност в здравеопазването - намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС" бе изложена първоначална стратегия в областта, която включва:

- ✓ Оценка на въздействието на политиките на ЕС върху неравнопоставеността в здравеопазването
- ✓ Актуализиране на данните за неравнопоставеността в здравеопазването и за успешните стратегии за нейното намаляване
- ✓ Информация за финансирането от ЕС с цел да се помогне на националните власти и други органи да се справят с неравнопоставеността.

2. ПРИОРИТЕТИ ЗА НАМАЛЯВАНЕ НА НЕРАВНОПОСТАВЕНОСТТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ЗА ПЕРИОДА 2016-2020 Г.

През 2013 г. бе изготвен работен документ на службите на Комисията - Доклад относно неравнопоставеността в здравеопазването в Европейския съюз. Той съдържа:

- ✓ Актуализирани факти и цифри за неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС
- ✓ Оценка на напредъка в изпълнението на стратегията от 2009 г.

В него се прави заключение, че въпреки постигнатия известен напредък, са необходими повече действия на местно, национално и европейско равнище. Политиките на ЕС предоставят възможности, които държавите от ЕС и заинтересованите групи трябва да използват пълноценно, за да постигнат по-добро здравеопазване и по-голямо сближаване в тази сфера.

Инвестиции за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването

Инвестициите за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването продължават да допринасят за социалното сближаване и помагат да се излезе от порочния кръг, в който лошото здраве е едновременно следствие от бедността и изключването и причина за тях.

Комисията изпълнява пилотни проекти, свързани с конкретни аспекти на намаляването на неравнопоставеността в здравеопазването, с финансиране от Европейския парламент.

В процес на подготовка е и съвместно действие относно неравнопоставеността в здравеопазването в рамките на здравната програма на ЕС и то ще стартира през 2018 г. То ще бъде в основата на сътрудничеството между страните от ЕС за увеличаване на равнопоставеността в здравеопазването.

Националните правителства носят отговорност за организацията на здравеопазването и за гарантиране на достъпа до здравни услуги. Ролята на ЕС е да допълва националните политики, като:

- ✓ им помага да постигат общи цели;
- ✓ генерира икономии от мащаба чрез обединяване на ресурси;
- ✓ помага на страните членки да се справят с общи предизвикателства - пандемии, хронични болести или въздействието на увеличената продължителност на живота върху здравните системи.

Здравната политика на ЕС - изпълнявана чрез неговата здравна стратегия - е насочена към:

- ✓ профилактика - най-вече чрез насърчаване на по-здравословен начин на живот;
- ✓ равни възможности за добро здраве и качествени здравни грижи за всички (независимо от доходи, пол, етническа принадлежност и др.);
- ✓ борба със сериозни заплахи за здравето, засягащи няколко страни от ЕС;
- ✓ запазване на доброто здраве на хората и в напреднала възраст;
- ✓ подпомагане на развитието на динамични здравни системи и нови технологии.

Здравето влияе също така върху икономическия просперитет - вижте политическия документ „Инвестиции в здравеопазването“.

Конкретни действия на ЕС

- ✓ Общи за целия ЕС закони и стандарти за здравните продукти и услуги (например лекарства, медицински изделия и електронно здравеопазване) и за пациентите (например безопасност и трансгранични здравни услуги с участието на няколко страни от ЕС).

- ✓ Предоставяне на страните от ЕС на инструменти, които да им помогнат да си сътрудничат и да откриват добри практики (например дейности за промоция на здравето, справяне с рискови фактори, управление на болести и здравни системи).

- ✓ Финансиране на проекти в областта на здравеопазването чрез здравната програма на ЕС.

Болести - профилактика

ЕС подкрепя профилактиката срещу заболявания, например чрез:

- ✓ отговорно етикетирание на храните, така че потребителите да знаят какво консумират;
- ✓ мерки срещу рака на гърдата, рака на матката и рака на дебелото черво - програми за скрининг в целия ЕС, предоставяне на насоки за гарантиране на качествено лечение, обединяване на знания и ресурси;
- ✓ мерки за насърчаване на здравословното хранене и физическата активност - стимулиране на правителствата, НПО и индустрията да работят заедно с цел да се улесни промяната на начина на живот на потребителите;
- ✓ борба с тютюнопушенето чрез законодателство за тютюневите изделия, повишаване на осведомеността, правила за рекламата и спонсорството.

Болести - реакция

ЕС помага на националните правителства да се подготвят по-ефективно за сериозни заплахи за здравето, които засягат няколко страни, и да координират по-добре реакцията на тези заплахи, например като дава възможност за съвместно закупуване на ваксини и други медицински консумативи.

Европейският център за профилактика и контрол върху заболяванията в Стокхолм оценява нововъзникващите заплахи за здравето, за да може ЕС да реагира бързо. Центърът събира информация за текущи и възникващи заплахи за здравето и работи със своите еквивалентни органи на национално равнище за развитие на общоевропейски надзор на болестите.

Фармацевтични продукти

Преди да бъдат пуснати на пазара, всички лекарства в ЕС трябва да бъдат одобрени на национално равнище или на равнище ЕС. Безопасността на лекарствата, продавани в ЕС, се контролира през целия им жизнен цикъл. Ако те представляват опасност, се предприемат бързи действия - продажбите се преустановяват или разрешителното за продажба се отнема.

Комисията, националните органи и Европейската агенция по лекарствата (ЕМА) в Лондон играят определена роля в тази система. ЕМА помага на националните регулаторни органи, като координира научната оценка на качеството, безопасността и ефикасността на медикаментите.

Научни изследвания и иновации

Очаква се в периода 2014 - 2020 г. чрез своята програма за научни изследвания „Хоризонт 2020“ ЕС да похарчи 7,5 млрд. евро за изследвания, целящи подобряване на европейското здравеопазване.

Лечение в чужбина

ЕС помага, когато е необходимо или просто по-лесно да се отиде на лечение в чужбина: например, ако най-близката болница е точно отвъд границата или ако някакво специализирано лечение е достъпно само в чужбина.

Правата на гражданите на ЕС във връзка с лечението в чужбина са посочени в закон на ЕС относно правата на пациентите на здравно обслужване с участието на няколко страни от ЕС (трансгранични здравни грижи), което също така:

- ✓ улеснява националните здравни органи да си сътрудничат и обменят информация за стандартите за качество и безопасност в здравеопазването,
- ✓ гарантира признаването на рецептите в други страни от ЕС,
- ✓ полага основите на европейски референтни мрежи от специализирани експертни центрове, за да могат специалисти от цяла Европа да обменят добри практики в областта на здравеопазването.

За да се подобри здравето на населението и да се намалят неравенствата по отношение на здравето между държавите от ЕС са необходими по-ефективна превенция и по-качествено здравно обслужване.

От 1990 г. насам очакваната продължителност на живота в различните държави-членки на ЕС, се е увеличила с повече от шест години - от 74,2 години през 1990 г. до 80,9 години през 2014 г., но все още са налице неравенства както между отделните държави, така и в рамките на една и съща държава. Хората в страните от Западна Европа с най-висока очаквана продължителност на живота, продължават да живеят средно над осем години повече от хората в държавите от Централна и Източна Европа с най-ниска очаквана продължителност на живота. В рамките на отделните държави също все още се наблюдават големи неравенства по отношение на здравето и на очакваната продължителност на живота между хората с по-висока образователна степен и по-високи доходи и тези в по-неравностойно положение. Това се дължи до голяма степен на различното равнище на излагане на рискове за здравето, но и на разликите при достъпа до висококачествено здравно обслужване.

През 2013 г. в държавите от ЕС над 1,2 милиона души са починали от болести и увреждания, които биха могли да бъдат избегнати чрез по-ефективно обществено здравеопазване и политики на превенция или по-навременно и ефективно здравно обслужване. За преодоляването на многобройните рискови фактори, свързани с обкръжаващата среда, и поведенческите рискови фактори, водещи до преждевременна смърт - от заболявания като остър инфаркт на миокарда (сърдечен удар), рак на белия дроб, инсулт, смъртни случаи, свързани със злоупотребата с алкохол, и други потенциално предотвратими смъртни случаи - са необходими широк набор от действия. В повечето държави от ЕС беше постигнат забележителен напредък при намаляването на употребата на тютюневи изделия чрез съчетаването на публични кампании за повишаване на осведомеността, законодателни и данъчни мерки. Въпреки това в държавите от ЕС всеки пети възрастен продължава да пуши ежедневно. Също така е важно да се активизират усилията за борба със злоупотребата с алкохол и със затлъстяването - все по-мощни проблеми за общественото здравеопазване в много държави от ЕС. През 2014 г. в страните от ЕС повече от един на всеки петима възрастни са признали, че злоупотребяват сериозно с алкохол поне веднъж месечно. Всеки шести възрастен от държавите - членки на ЕС, пък е страдал от затлъстяване през 2014 г., докато през 2000 г. проблем със затлъстяването е имал всеки девети.

Като цяло в повечето държави от ЕС качеството на здравното обслужване се е подобрило, но все още съществуват различия. По-доброто лечение на

животозастрашаващите заболявания, като инфаркт, инсулт и някои видове ракови заболявания, е довело до по-висока преживяемост, но все още в много държави е необходимо да се подобри прилагането на най-добри практики при интензивните грижи и обслужването на хронично болни.

3. ОСИГУРЯВАНЕТО НА УНИВЕРСАЛЕН ДОСТЪП ДО ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ

Трайното подобрене на здравето на населението и намаляването на неравенствата по отношение на здравето могат да се постигнат и чрез осигуряването на универсален достъп до висококачествено здравно обслужване. Повечето страни от ЕС са постигнали универсално (или почти универсално) покриване на разходите за здравно обслужване за основен набор от услуги. През 2014 г. обаче над 10 % от населението в четири държави - членки на ЕС (Кипър, Гърция, България и Румъния), все още не са били редовно осигурявани във връзка с разходите за здравеопазване.

Гарантирането на публично (или частно) здравно осигуряване за цялото население е важен показател за достъпа до здравно обслужване, но то не е достатъчно. Наборът от обхванатите услуги и степента на поделение на разходите, прилагана за тези услуги, също могат да окажат важно въздействие върху преките разходи, поемани директно от пациентите, и финансовата достъпност. В повечето държави - членки на ЕС, делът на хората, съобшили за неудовлетворени потребности от здравно обслужване поради финансови причини, е сравнително нисък, като през годините преди икономическата криза е намалявал, но от 2009 г. насам той е нараснал в редица държави, особено сред домакинствата с най-ниски доходи.

3.1. Повишаване на гъвкавостта, ефективността и устойчивостта на здравните системи. Мерки за подобряване на достъпа до първично здравно обслужване за цялото население

Застаряването на населението, съчетано със сериозните бюджетни ограничения, ще изисква дълбоки промени в здравните системи на държавите - членки на ЕС, така че да се насърчи остаряването в добро здраве и да се даде по-интегриран и насочен към пациента отговор на все по-големите и променящи се потребности в сферата на здравното обслужване.

През 2015 г. разходите за здравеопазване възлизат на 9,9 % от БВП в ЕС като цяло - увеличение в сравнение с 8,7 % през 2005 г. Във всички държави се очаква делът от БВП за разходи за здравеопазване да се увеличи през идните години главно поради застаряването на населението и разпространението на нови диагностични и терапевтични технологии, и съответно ще има и все по-голям натиск върху правителствата, които ще трябва да отговорят на нарастващите потребности от дългосрочно обслужване.

Здравните системи ще трябва да запазят и своята финансова устойчивост. Постигането на по-висока ефективност при разходите за болнично обслужване, фармацевтични продукти, административни и други здравни услуги ще бъде от решаващо значение, за да може да се отговори на нарастващото търсене с ограничени налични ресурси.

Здраве за всички до 2030 г. Такава цел си поставят от Европейския пациентски форум (ЕПФ) на старта на новата година. Цифрите от последния им доклад за 2016 г. обаче са тревожни – неравенството в Европа е сериозно, когато става дума за достъп

до здравеопазване. А България се оказва в „сивата зона” – със своите над 10 % без здравни вноски.

Неравенството в Европейския съюз остава огромно, отбелязват експертите в Брюксел. През 2014 г. вероятността бедните жители на ЕС да получат незадоволителни медицински услуги по финансови причини е 10 пъти по-голяма.

Тревожно е още, че макар лекарите да са се увеличили средно с 20 % от 2000 г. насам, в много отдалечени кътчета на ЕС няма достъп до доктор. Този ръст, оказва се, е предимно при специалистите. И днес в по-голямата част от европейските страни те са двойно повече от джипитата.

Докладът на Организацията за икономическо сътрудничество (ОИСР) и Европейската комисия „Здравето накратко: Европа 2016“ сочи, че с политиките за предотвратяване на болести, както и чрез по-ефективно здравно обслужване, могат да бъдат спасени много животи. От друга страна това може и да спести милиарди евро за ЕС.

Влагане на повече средства за запознаване на европейците с превенция на заболявания и тяхната профилактика може да спаси много животи. В тази посока ще се развива здравеопазването на най-стария континент и ако се подобри качеството на лечението на хронични болести.

Докладът сочи, че 27% от болните постъпват в центрове за спешна медицинска помощ заради липса на първична такава. Пациентите плащат средно 15 % от здравните услуги директно от джоба си. Увеличава се и вероятността за влошаване на здравето (с 10%) заради финансови затруднения при населението на бедните европейски държави.

Страните от ЕС трябва да се съсредоточат върху подобряването на достъпа до първична медицинска помощ, намаляването на финансовите пречки пред получаването на здравни услуги и съкращаването на прекомерното чакане.

Докладът за здравословното състояние в ЕС цели да се подкрепят усилията на държавите членки за подобряване на запознатостта сред гражданите и създаване и спазване на ефективни здравни политики.

Следващата стъпка в тази посока е изготвянето до ноември 2017 г. на здравни профили на всички 28 държави от ЕС. По този начин ще се посочат конкретните предизвикателства пред всяка страна.

Здравната система не е в състояние да се справи сама със социалните и екологичните детерминанти на здравето, както и с факторите на индивидуалния начин на живот. Необходимо е прилагане на политики, които преодоляват границите на здравния сектор и позволяват осъществяването на интегрирани програми и насочване на ресурси от други сектори. Това засилва значението на развитието на междусекторни стратегии, които избягват подхода за еднократни или изолирани кампании и вместо това се стремят да мобилизират действия в редица области, за да се постигне комбиниран синергичен ефект за здравето. Отговорността на държавата за здравето изисква управляващите на всички нива да оценяват и предвиждат въздействията върху здравето при разработването на всички екологични, социални и икономически политики.

Основен проблем на здравеопазването в световен мащаб е конфликтът между ограничените ресурси и постоянно увеличаващите се разходи (в резултат на демографски промени, нарастващи потребности и непрекъснато въвеждане на нови,

все по-скъпи методи на лечение). Във всяка държава политиците са изправени пред дилемата, как по възможно най-добрия начин да използват ограничените средства и да повишат качеството на здравните услуги, да подобрят взаимоотношенията между отделните нива на здравната система и между различните участници в процеса на предлагане и ползване на здравните услуги и да осигурят финансова и структурна устойчивост на здравната система.

Здравната стратегия на ЕС „Заедно за здраве“, подкрепя цялостната стратегия „Европа 2020“.

През последните години много държави от ЕС са предприели мерки за подобряване на достъпа до първично здравно обслужване за цялото население, независимо от местожителството, намаляване на неравенството при достъпа до него и избягване на ненужните хоспитализации.

В последно време, се заговори за препоръките на Европейската комисия (ЕК), касаещи Европейския семестър за 2017 г. и докладът за напредъка на структурните реформи в България. В частта „Здравно обслужване“ докладът набляга на следните основни проблеми на здравеопазването в страната: ограничен достъп, недостатъчно финансиране и слаба ефективност.

3.2. Основни проблеми на здравеопазването в страната

1. Недостатъчно финансиране:

Темата с недостатъчното финансиране може да се разгледа по три начина:

Не всички плащат

Според последни данни от НАП през 2016 г. здравно неосигурените лица в България наброяват 1,39 млн. души, увеличение с 5,6 % спрямо 2015 г. Другата група, която влиза в тази графа са представителите на държавната администрация, в това число – военни и полиция. По данни от 2016 г. администрацията наброява приблизително 136 хил. души. Държавата покрива здравните осигуровки на тези лица, но дали това е точно така? В случая се оказва, че държавата взима от парите на всички, за да внесе осигуровките на тези 136 хил., което само по себе си е ефектът на преместване „от пусто в празно.“

Здравната осигуровка е ниска

Повишаването на здравните осигуровки от 6 на 8 % през 2009 г. вкара още пари в хазната на НЗОК. Целта на тези 2 % резерв бе плавното преминаване от монополен single-payer модел към публично-частен модел на здравно осигуряване (каквото има в Швейцария, Холандия и други държави в Европа). Тази така очаквана и нужна реформа не се случи поради слабата политическа воля и факта, че държавата предпочете да остави ръката си върху този ресурс. Същият ресурс на по-късно време бе използван, за да се „запълнят дупки“ в бюджета на НОИ.

Парите не се разходват по оптимален начин

Бюджетът за здравеопазване расте неимоверно от създаването на НЗОК през 2001 г. до ден днешен. От 2009 г. насам бюджетът е нараснал с 39 % или с приблизително 1 млрд. лева, за да достигне 3,45 млрд днес. Въпреки ежегодното увеличаване на бюджета, ефективността на здравното осигуряване не се е повишила. Липсва оптимизация и контрол върху разходите за болнична помощ и разходите за

лекарства, както и липсата на работещ механизъм за разкриване и предотвратяване на измамите с направления в системата и скъпите лекарства, за които има евтини заместители, са в основата на растящия бюджет.

2. Ограничен достъп и слаба ефективност.

Тревожно е още, че макар лекарите да са се увеличили средно с 20 % от 2000 г. насам, в много отдалечени райони на ЕС няма достъп до доктор. Този ръст, оказва се, е предимно при специалистите. И днес в по-голямата част от европейските страни те са двойно повече от личните лекари.

Докладът сочи, че 27% от болните постъпват в центрове за спешна медицинска помощ заради липса на първична такава. Пациентите плащат средно 15 % от здравните услуги директно от джоба си. Увеличава се и вероятността за влошаване на здравето (с 10%) заради финансови затруднения при населението на бедните европейски държави.

Страните от ЕС трябва да се съсредоточат върху подобряването на достъпа до първична медицинска помощ, намаляването на финансовите пречки пред получаването на здравни услуги и съкращаването на прекомерното чакане.

България е на второ място в Европа след Кипър по процент доплащане от страна на домакинства, според данни на Евростат. Доплащането за медицински дейности в страната е около 46 %, като в това се включва и доплащането за лекарствени продукти и медицински изделия. Доплащането има и положителна страна: има възпитателен ефект върху пациента, за да се знае колко реално струва грижата за неговото здраве, както и цели да осъществява контрол върху разходите за здраве от страна на доставчика. Проблемът с достъпа обаче се корени в:

Лекарствената политика

Не е вярно, че цените на лекарствата в България са високи, те реално са най-ниските в Европа. Проблемът е при процента (%) доплащане от страна на пациента, както и фактът, че системата на подбор на лекарства за ПЛС не е оптимизирана. Допускат се еднакви по действие лекарства на диаметрално противоположни ценови диапазони.

Болничната помощ

Свръхфинансирането на болничната помощ в България създава порочната практика всеки пациент да бъде хоспитализиран за заболявания, за които няма нужда или от които не е болен. Хоспитализациите в повечето случаи са „на хартия“, а пациентът дори не предполага.

Бюджетът за болничната помощ нараства ежегодно, като през 2017 г. наброява 1,5 млрд. лева. Българския лекарски съюз и НЗОК поискаха актуализация на бюджета през месец май отново в частта болнична помощ. За сравнение, извънболничната помощ през 2017 г. е с бюджет от 630 млн. За 2018 определеният бюджет за болнична помощ беше 1 842561,а за 2019 – над 2 млрд. лв.

Важна цел за развитието на българското общество и приобщаването му към европейските и световните ценности и норми е осигуряването на равен достъп до качествена здравна помощ.

В здравеопазването и във въведената система за здравно осигуряване в дългосрочен период се очаква радикалните промени да доведат до регулиране и повишаване на социалната, здравната и икономическата ефективност на здравните разходи, до подобряване качеството на предоставените услуги и осигуряване на равнопоставеност при тяхното използване, както и до въвеждане на механизми за достойно заплащане на медицинските специалисти и по-висока удовлетвореност на потребителите от оказаната им медицинска помощ.

4. РОЛЯ НА НЗОК ПО УПРАВЛЕНИЕ И РАЗХОДВАНЕ НА СРЕДСТВАТА ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

В качеството си на национален здравноосигурителен фонд, НЗОК осъществява дейността си по управление и изразходване на средствата от задължителни здравноосигурителни вноски за заплащане на основен пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета ѝ, при спазване на следните основни принципи:

- ✓ публичност в дейността на НЗОК и публичен контрол върху извършваните от нея разходи;
- ✓ солидарност на осигурените при ползването на акумулираните здравноосигурителни средства;
- ✓ отговорност на осигурените за собственото им здраве;
- ✓ равнопоставеност при ползването на медицинска и дентална помощ, на лекарствените продукти, медицинските изделия и диетичните храни за специални медицински цели;
- ✓ свободен избор на осигурените лица на изпълнители на медицинска дентална помощ;
- ✓ договаряне на взаимоотношенията между НЗОК и изпълнителите на медицинска помощ; участие на държавата, ЗЗОЛ и работодателите в управлението на НЗОК.

Според действащата нормативна уредба, РЗОК – Смолян, закупува от изпълнителите на медицинска помощ и всички видове лечебни и здравни заведения медицински услуги, дейности и стоки с постоянно повишаващо се качество, за да осигури висококвалифицирано обслужване на пациентите. Целта е подобряване на основните медицински индикатори за здраве.

Основен приоритет е ефективното управление и разходване на средствата от здравноосигурителни вноски за закупуване на здравни дейности, както и гарантиране на качеството на получаваната медицинска помощ е да осигурява максимално качествено и достатъчно по вид, обхват и обем задължително здравно осигуряване на населението в област Смолян и с минимален разход на финансови и човешки ресурси да обслужва обществен интерес от подобряване на:

- ✓ здравните резултати и качеството на живот;
- ✓ регулирането и повишаването на социалната, здравната и икономическа ефективност на здравните разходи;

- ✓ усъвършенстване на механизмите за заплащане на оказаната медицинска и дентална помощ и лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, за които НЗОК заплаща;
- ✓ осигуряване на своевременно и качествено информационно обслужване на всички нива на комуникации;
- ✓ провеждане на конструктивни и резултатни диалози, запазване на договорното начало с пациентските и съсловните организации на територията на областта, както и с договорните си партньори в полза на обществото;
- ✓ наблюдение, оценяване и непрекъснато подобряване качеството на медицинските услуги, с което да се осигури равенство в достъпа при тяхното използване и повишаване удовлетвореността на пациентите;
- ✓ положителна промяна в отношенията между лекар и пациент.

Основна цел и задачи, пред РЗОК – Смолян е да осигурява и гарантира свободен и равнопоставен достъп на осигурените лица до медицинска и дентална помощ, до лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности-гарантиран от бюджета на НЗОК, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравноосигурителна каса.

Прилагане на местно ниво политиката на НЗОК и управление на регионалните приоритети в рамките на определените финансови ресурси, като своевременно идентифицира, точно анализира, оценява и третира рисковете, свързани с това управление.

Управлението на регионалните приоритети в РЗОК – Смолян се изразява в следните основни насоки на работа:

Анализиране потребностите от доболнична и болнична медицинска помощ на територията на РЗОК. Сключване на договори с изпълнители на медицинска и дентална помощ, изхождайки от потребностите на населението и необходимостта от достъпна дентална, първична и специализирана медицинска помощ. В процеса на изпълнение на сключените договори се извършваше анексиране на същите във връзка с настъпили промени в обстоятелствата и регистрацията на лечебните заведения в РЗИ.

Издаване на документи по Наредба № 14/19.04.2007 г., необходими за упражняване на здравноосигурителни права, съгласно правилата на системите за социалноосигуряване.

Непрекъснат, качествен и високоефективен контрол по предоставяне и заплащане на медицински и дентални услуги на здравно-осигурените лица.

5. ПРАВНА РАМКА И ЗАКОНОДАТЕЛСТВО

Правната рамка на дейността на РЗОК-Смолян, се определя от действащото национално законодателство, нормативните актове действащи в системата на НЗОК и РЗОК и международни нормативни актове.

Правната рамка на здравеопазването може да бъде определена като обширна и твърде сложна. Основните закони, пряко регулиращи здравеопазването, са 12 на брой, а косвено свързаните са 9, подзаконовите нормативни актове (наредби, инструкции и др., вкл. и тези на НЗОК) са над 300. От 2000 г. здравното законодателство е било

„ремонтирано“ над 250 пъти (или средно 20 пъти годишно), като повечето от тези промени са се случили в последните 5 години . По-голяма част от тези „промени“ са приети и прилагани в една и съща година, което поражда съмнения за лобиране вместо фокусиране върху стратегически решения.

5.1. Международно законодателство

Съгласно Договора за функционирането на Европейския съюз ЕС може да приема законодателство в областта на здравеопазването: член 168 (защита на общественото здраве), член 114 (сближаване на законите) и член 153 (социална политика). Сред областите, в които ЕС е приел законодателство, са:

- ✓ Права на пациентите при трансгранично здравно обслужване
- ✓ Лекарствени продукти и медицински изделия (фармакологичен надзор, фалшифицирани лекарства, клинични изпитвания)
- ✓ Сериозни трансгранични заплахи за здравето
- ✓ Тютюневи изделия
- ✓ Органи, кръв, тъкани и клетки.

Европейският съвет също може да отправя препоръки към страните членки във връзка с общественото здраве.

Конвенция за защита правата на човека и основните свободи; Конвенция за защита на правата на човека и човешкото достойнство и във връзка с прилагането на постиженията на биологията и медицината: Конвенция за правата на човека и биомедицината (ратифицирана със закон, обн., ДВ, бр.21 от 2003 г.); Европейска Социална Харта (ратифицирана със закон, обн., ДВ, бр.30 от 2000 г., ревизирана – ДВ, бр.43 от 2001 г.); Регламент (ЕО) № 883).2004 на Европейския парламент и на Съвета от 29.04 2004 г. за координация на системите за социална сигурност; Регламент (ЕО) № 987/2009 на Европейския парламент и на Съвета от 16.09 2009 г. за установяване на процедурата за прилагане на Регламент (ЕО) № 883).2004; Регламент (ЕИО) №1408/71 на СЪВЕТА от 14 юни 1971 г. за прилагането на схеми за социално осигуряване на наети лица, самостоятелно заети лица и членове на техните семейства, които се движат в рамките на Общността; Регламент (ЕИО) №574/74 на СЪВЕТА от 21 март 1972 г. за определяне на реда за прилагане на Регламент (ЕИО) № 1408/71 на СЪВЕТА от 14 юни 1971 г. за прилагането на схеми за социално осигуряване на наети лица, самостоятелно заети лица и членове на техните семейства, които се движат в рамките на Общността; Регламент (ЕИО) №1408/71 и Регламент (ЕИО) №574/74 запазват своето действие по отношение на държавите от споразумението за Европейско икономическо пространство (ЕИП) – Исландия, Норвегия, Лихтенщайн, за Швейцария и за граждани от трети страни, които са или са били подчинени на законодателството на поне една държава членка. Спогодби в областта на социалното осигуряване, по които Република България е страна: КОНВЕНЦИЯ по социалното осигуряване между Народна република България и Федеративна народна република Югославия (Прилага се в отношенията с Република Сърбия). СПОГОДБА между Република България и Република Хърватия за социално осигуряване. ДОГОВОР между Република България и Република Македония за социално осигуряване и др.

5.2. Законодателство на Република България

Конституция на Република България; Административнопроцесуален кодекс; Граждански процесуален кодекс; Кодекс на труда; Кодекс за социално осигуряване; Кодекс на професионалната етика; Кодекс за професионална етика на стоматолозите; Закон за лечебните заведения; Закон за здравето; Закон за здравното осигуряване; Закон за бюджета на Националната здравноосигурителна каса; Закон за задълженията и договорите; Търговски закон; Закон за търговския регистър; Закон за административните нарушения и наказания; Закон за защита на конкуренцията; Закон за защита на личните данни; Закон за достъп до обществена информация; Закон за защита от дискриминация; Закон за здравословни и безопасни условия на труд; Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина; Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите; Закон за медицинските изделия; Закон за обществените поръчки; Закон за счетоводството; Закон за предотвратяване и разкриване на конфликт на интереси; Закон за съсловната организация на магистър-фармацевтите; Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина; Закон за признаване на професионални квалификации; Закон за електронния документ и електронния подпис; Закон за финансово управление и контрол в публичния сектор; Закон за държавната собственост и Правилник за прилагане на Закона за държавната собственост; НРД за медицинските дейности за 2015 г.; Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. по чл.54, ал.9 и чл.59а, ал.6 от ЗЗО на НС на НЗОК; НРД за денталните дейности за 2016 г.; НРД за денталните дейности за 2017 г.; Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ; Наредба № 10 от 2 декември 2015 г. за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупвани от НЗОК; Наредба за медицинската експертиза; Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията; Наредба № 2 от 25 март 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК; Наредба № 42 от 08.12.2004 г. за въвеждане на класификационни статистически системи за кодиране на болестите и проблемите, свързани със здравето, и на медицинските процедури; Наредба № 38 от 16.11.2004 г. за определяне на списъка на заболяванията, за чието домашно лечение НЗОК заплаща лекарства, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели, напълно или частично; Наредба № 10 от 24.03.2009 г. за условията и реда за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 и т. 2 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, както и на лекарствени продукти за здравни дейности по чл. 82, ал. 2, т. 3 от Закона за здравето; Наредба № 4 от 4.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти; Наредба № 28 от 9.12.2008 г. за устройството, реда и организацията на работата на аптеките и номенклатурата на лекарствените продукти; Наредба за изискванията към диетичните храни за специални медицински цели; Наредба № 26 от 14.06.2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравнонеосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени; Наредба № 15 от 12.05.2005 г. за имунизациите в Република България; Наредба № 2 от 10.01.2005 г. за организацията на профилактиката и контрола на вътреболничните инфекции; Наредба № 18 от 20.06.2005 г. за критериите, показателите и методиката за

акредитация на лечебните заведения; Наредба № 49 от 18.10.2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи; Наредба за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които НЗОК сключва договори; Наредба № 1 от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването; Правилник за устройството и дейността на НЗОК; Наредби на министъра на здравеопазването, с които се утвърждават медицински стандарти.

5.3. Промени в правната среда

Съществените промени, в правната среда, създадоха предпоставка за повишаване качеството и обема на предоставяната медицинската помощ, повишаване ефективността от контрола и гарантиране на законосъобразното разходване на публичния финансов ресурс от една страна и от друга защитаване правата на здравно осигурените лица.

С изменение и допълнение на ЗЗО Д.В.бр.48/2015 г., е отменен режима на налагане на санкции от контролните органи на НЗОК/РЗОК, чрез издаване на НП.

С Решение № РД-НС-04-24-1, от 29.03.2016 г. на НС на НЗОК, издадено на основание на чл.54 ал.9 от ЗЗО се регламентира нов ред за осъществяване на контрол върху изпълнителните на медицинска и дентална помощ, а именно чрез издаване на заповеди за налагане на санкции. Последните подлежат на обжалване по реда на АПК.

Старият ред за издаване на НП се прилага само за два вида нарушения, а именно:

В случай на възпрепятстване от ИМП извършване на проверка от контролните органи на НЗОК/РЗОК и при липса на информация по чл.64 а от ЗЗО, която задължително се предоставя от ИМП.

Остава режимът, който урежда възстановяването на суми получени без правно основание без извършено нарушение по ЗЗО и в резултат на извършено нарушение по ЗЗО.

Първият е предвиден в чл.76а от ЗЗО, когато изпълнителят на медицинска и/или дентална помощ е получил суми без правно основание, които не са свързани с извършване на нарушение по ЗЗО и НРД, директорът на РЗОК удържа неоснователно платените суми въз основа на издадена писмена покана.

Вторият случай е предвиден в чл.76б от ЗЗО, когато изпълнителят на медицинска и/или дентална помощ е получил суми без правно основание в резултат на извършено нарушение по този закон, директорът на РЗОК удържа неоснователно платените суми след влизане в сила на издадената заповед за санкции. Поканата подлежи на обжалване по реда на АПК пред съответния административен съд.

В ЗЗО, се въвеждат и критерии за достъпност и качество на медицинската помощ. При установяване на несъответствие с критериите по чл.59в, се променя финансирането на дейността на изпълнителите на медицинска помощ - ЛЗБП, чрез изменение и допълнение на договора за БМП. Въвежда се и съвместна работа на контролните органи на РЗОК и на МЗ, която цели извършване на проверки за съответствие на дейността на изпълнителите на медицинска помощ - ЛЗБП, с

критериите за достъпност и качество на медицинската помощ по чл.59в от ЗЗО най-малко веднъж годишно.

Тези промени целят подобряване качеството на медицинската помощ от изпълнителите на болнична медицинска помощ, както и осъществяване на 24-часово изпълнение на медицинска помощ при спешни състояния.

В чл. 64а, ал. 1 от ЗЗО е вменено задължение на ЛЗ - изпълнители на медицинска и дентална помощ, да обявяват на общодостъпни места в сградата си информацията относно:

1. здравните дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК;
2. стойността, която НЗОК заплаща за здравните дейности по ал. 1;
3. безплатно предоставяните медицински услуги по чл. 82 от Закона за здравето;
4. (изм. - ДВ, бр. 15 от 2013 г., в сила от 01.01.2014 г.) случаите, когато лицата имат право на целеви средства от държавния бюджет и начина на отпускането им;
5. случаите, когато лицата заплащат медицинска помощ, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване;
6. (изм. - ДВ, бр. 60 от 2012 г., в сила от 07.08.2012 г.) информацията за застрахователите по чл. 83, ал. 1, с които имат сключен договор;
7. списък на заболяванията, при които задължително здравноосигурените лица са освободени от заплащане на сумите по чл. 37, ал. 1.

(2) Информацията по ал. 1 се обявява и на интернет страницата на лечебните заведения или се оповестява по друг обичаен начин.

През 2012 г. се направиха промени в ЗЗО, с които се регламентира, че служителите в ЦУ на НЗОК, РЗОК и поделенията им, и заемат длъжности по служебно или по трудово правоотношение в държавната администрация. След тези промени, Управителят на НЗОК упражнява функциите на орган по назначаването по отношение на държавните служители и работодател по отношение на служителите, работещи по трудово правоотношение в администрацията на НЗОК. Промяната води автоматично до отпадане на правомощието на Директора на РЗОК да сключва, изменя и прекратява договорите с работещите в съответната РЗОК.

Предвид на промяната на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, определен с Наредба № 2 от 25 март 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. и на непостигнатото съгласие между НЗОК и БЛС за приемане на НРД 2016, се прие решение на надзорния съвет на НЗОК по предложение на Управителя на НЗОК. С Решение № РД-НС-04-24-1, от 29.03.2016 г. на НС на НЗОК, са уредени условията, реда и сроковете за сключване на договори или допълнителни споразумения.

В случаите на неподписан НРД за съответната година и когато в закона за бюджета на НЗОК за следващата година се предвижда финансиране на нови медицински дейности, съответно дентални дейности, лекарствени продукти и медицински изделия, за които в действащите до момента НРД не се съдържат съответните изисквания, те се определят с решение на надзорния съвет на НЗОК по предложение на управителя на НЗОК.

Отново с решение на НС на НЗОК, при неподписан НРД, се определят и изискванията и в случаите на промени в основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Измененията в ЗЗО уреждат и въпроса с индивидуалните договори с НЗОК. Досегашните разпоредби на ЗЗО гласяха, че индивидуалните договори с НЗОК се сключват в писмена форма за срока на действие на НРД и са в сила до приемането на нов или при промяна на действащия НРД. След измененията на ЗЗО, при неподписан НРД (т.е. действащ НРД от предходна година и решение на НС на НЗОК), както и при промени в действащото законодателство, към договорите с лечебните заведения се сключват допълнителни споразумения.

Основно правило в ЗЗО, е че в 30-дневен срок от влизането в сила на НРД лечебните заведения подават заявления в РЗОК за сключване на договор.

Законът предвижда, че когато не са подадени заявления и/или не са сключени допълнителни споразумения в сроковете по чл. 59а и 59б, договорите с лечебните заведения се прекратяват.

Нови моменти в НРД за дентални дейности през 2016 г. и 2017 г.:

- От 01.09.2016 г. здравноосигурените лица над 18 г. имат право на до три лечебни дейности.

- Разширяването на пакета от дентални дейности е вече факт. В ДВ от 9 май 2017 е обнародвано изменение на Наредба № 2 от 2016 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

В пакета Дентална извънболнична медицинска помощ се включват дейности по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при частично или цялостно обеззъбени възрастни над 65 години. С обнародването в ДВ, обсъжданите промени са факт. Измененията влизат в сила както следва:

1. от 1 юли 2017 г. – за дейностите по отношение на възрастни над 75 години.

2. от 1 януари 2018 г. – за дейностите по отношение на възрастни от 70 до 74 години включително

3. от 1 юни 2018 г. – за дейностите по отношение на възрастни от 65 до 69 години включително.

След измененията на наредбата, следва промяна в НРД за денталните дейности, указания на НЗОК за извършване, отчитане и заплащане на новата дейност, отразяване на промените в индивидуалните договори с изпълнителите на дентална помощ.

Поради ограничения финансов ресурс, все още това не е реализирано.

Някои от новите моменти в Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016 г. (Решението) и НРД за медицинските дейности за 2017 г.:

Обемите, цените и методиките за остойносттаване и закупуване на видовете медицинска помощ по чл. 45 ЗЗО, както условията и редът за контрол по изпълнението на договорите и санкции при неизпълнение на договорите, станаха част от Решението и НРД за МД за 2017 г.;

Медицинските дейности са съобразени с промяната в пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК с Наредба № 2 от 25 март 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Договорите с ЛЗБП се сключваха след извършване на проверки по Наредбата за критериите и реда за избор на лечебни заведения за болнична помощ, с които НЗОК сключва договори;

Дадена е възможност на Директора на РЗОК за приемане на документи и сключване на договори с лечебни заведения, които отговарят на изискванията на

закона и НРД, и след изтичане на 30-дневения срок от влизане в сила на НРД, когато въз основа на оценка на потребностите и установена недостатъчност съгласно Националната здравна карта (НЗК) е налице потребност от медицинска помощ

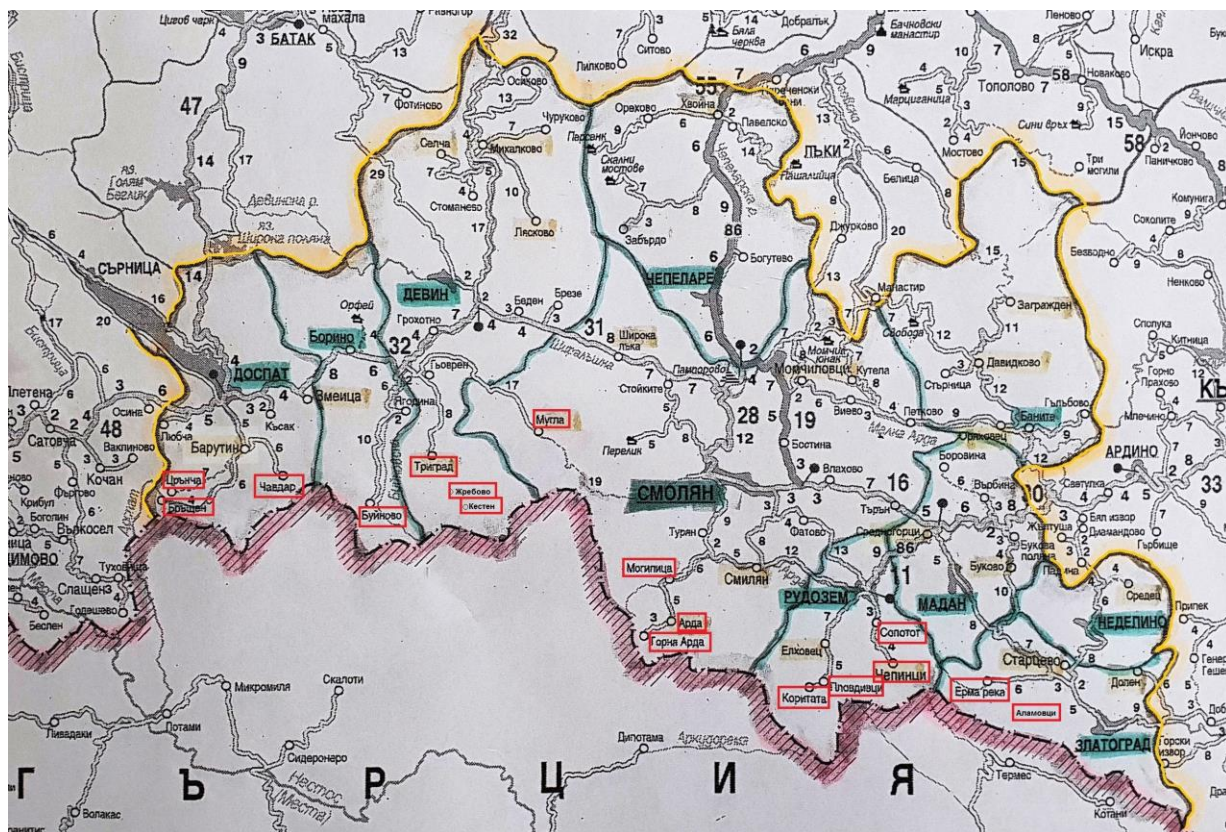
През 2016 г. се промени номерацията на клиничните пътеки, някои КП бяха разделени на повече (онкологичните КП), някои бяха обединени в една. Добавени са седем нови КП, като клиничната пътека „Наблюдение до 48 часа в стационарни условия след проведена амбулаторна процедура“ се договаря с всички ЛЗ за БП, които имат сключен договор за извършване на Амбулаторни процедури.

Единадесет КП се преобразуваха в Амбулаторни процедури и се въведоха 31 нови.

Регламентират се правилата за работа на възстановените в ЗЗО арбитражни комисии, които ще разглеждат становищата на проверените лица - изпълнители на медицинска помощ, в случай на констатирани нарушения на договорите, сключени с НЗОК.

Противотуморните лекарствени продукти, които се назначават съобразно телесното тегло и/или телесната повърхност на пациента, ще се заплащат от НЗОК на база средна стойност на среднотатистическото телесно тегло на мъж (НРД чл. 326-327). Пациентите трябва да се приемат във времеви график, който гарантира най-малък излишък на формите за инфузия. Този график се утвърждава от завеждащия клиниката/отделението.

6. ДЕМОГРАФСКО И СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКО ПОЛОЖЕНИЕ В ОБЛАСТ СМОЛЯН



Смолянска област, е характерна с високо планинската си характеристика (от 600-2191 м.), лоша инфраструктура, отдалеченост на населените места от общинските центрове и областния град.

Средната гъстота на населението е 37 жители на кв.км. при средна гъстота в страната 65,7 жители на кв.км. Заема площ от 3193 km² или 2,9% от тази на страната. Население 121 752 души (по експресни данни от преброяване 2011 г.

Населени места с различен брой жители, от шест общини на областта, са с характеристика на погранични райони с ограничен достъп до медицинска помощ. Подобен сатут имат и голяма част от населени места но по-голямо разстояние от границата.

Населени места в област Смолян (градовете са с удебелен шрифт), с червено крайграничните села.

Общини (10 на брой)	Населени места (240 на брой – 8 града и 232 села)	Брой и вид		
		Градове	Села	Общо
БАНИТЕ	Баните , Босилково, Вишнево, Вълчан дол, Глогино, Гълъбово, Давидково, Две тополи, Дебеляново, Дрянка, Загражден, Кръстатича, Малка Арда, Малко Крушево, Оряховец, Планинско, Рибен дол, Сливка, Стърница, Траве	0	20	20
БОРИНО Границите ѝ са следните: <ul style="list-style-type: none"> • на запад – община Доспат; • на север – община Батак, област Пазарджик; • на изток – община Девин; • на юг – Гърция Най-високата ѝ точка, връх Хамамбунар (1688,1 m), се намира също на границата с община Девин, на 3 km северозападно от 	Борино , <i>Буйново</i> - то е само на 3 километра от границата с Гърция. Спада към община Борино, област Смолян. Пътят за селото минава през Буйновското ждрело. Кожари-малко, отдалечено село на община Борино. Разположено е на 1360 метра надморска височина и само на 2 километра от гръцката граница. На около 10 км е от село Ягодина. <i>Чала</i> - се намира в община Борино, 8 километра го делят от общинския център и 56 километра от областния град.	0	5	5

село Грохотно (община Девин). Минималната височина на община Борино от 846 m н.в.	Ягодина			
ДЕВИН е разположена в югозападната част на планината Родопи по течението на р.Въча и граничи с общините Смолян, Борино, Батак, Кричим, Перушица и Чепеларе, а на юг – с Република Гърция. с площ от 575 кв.км. Отстои на 45 км. северозападно от гр.Смолян и на 220 км. от гр.София.	Девин Триград, Жребево, Кестен, Лясково, Михалково, Осиково, Селча, Стоманево, Тешел, Чуруково Беден, Брезе, Водни пад, Грохотно, Гьоврен,	1	15	16
ДОСПАТ <ul style="list-style-type: none"> • на изток – община Борино; • на юг – Гърция; • на запад – община Сатовча, област Благоевград; • на северозапад – община Сърница, област Пазарджик; • на север – община Батак, 	Барутин- <i>Бръщен</i> - се намира в планински район. То попада в историко-географската област Чеч. Бръщен се намира на 1,5 км. от границата с Гърция. Най-високата точка в землището на селото е връхът (1368 м.), на който се намира гранична пирамида номер 186. Доспат , Змеица, Късак, Любча - се намира в югозападната част на Родопите. От селото може да се видят северните планински върхове на Гърция, както и Пирин.-, Црънча, Чавдар	1	7	8
Златоград	Аламовци, Долен, Ерма река, Златоград , Кушла, Пресока, Старцево, Страшимир, Фабрика,	1	9	10

	Цацаровци			
Мадан	Арпаджик, Борика, Бориново, Боровина, Букова поляна, Буково, Вехтино, Високите, Вранинци, Върба, Върбина, Въргов дол, Габрина, Галище, Дирало, Долие, Касапско, Кориите, Крайна, Крушев дол, Купен, Леска, Лещак, Ливаде, Ловци, Мадан , Миле, Митовска, Мъглища, Петров дол, Печинска, Планинци, Равнил, Равнища, Равно нивище, Рустан, Средногорци, Стайчин дол, Студена, Тънкото, Уручовци, Цирка, Чурка, Шаренска	1	43	44
Неделино	Бурево, Върли дол, Върлино, Гърнати, Диманово, Дуня, Изгрев, Козарка, Кочани, Кундево, Еленка, Крайна, Неделино , Оградна, Средец, Тънка бара	1	15	16
<p style="text-align: center;">РУДОЗЕМ</p> <p>се намира в южната част на област Смолян. С площт от 182,919 km². Границите ѝ са следните:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на северозапад – община Смолян; • на североизток – община Мадан; • на изток – община Златоград; • на юг – Гърция. 	<p>Боево, Борие, Бърчево, Бяла река, Витина, Войкова лъка, Грамаде, Добрева череша, Дъбова, Елховец, Иваново, Кокорци, Коритата, Мочуре, Оглед, Пловдивци, Поляна, Равнината, Рибница, Рудозем, Сопотот,</p> <p>Чепинци- Разположено е в Средните Родопи, по протежение на р. Чепинска, която е приток на река Арда. Средната надморска височина е около 850 метра, със силно пресечен планински релеф и среднопланински климат, характеризиращ се с по-хладно лято и мека зима. Чепинци е най-голямото село в община Рудозем и четвъртото по големина в област Смолян. Селото граничи с общините Мадан и Златоград, както и с Република Гърция. То се</p>	1	21	22

	<p>намира на международния път Смолян-Рудозем-Чепинци-ГКПП Елидже-Ксанти, минаващ през прохода „Елидже“.</p>			
СМОЛЯН	<p>Арда, Алиговска, Горна Арда, Баблон, Букаците, Белев дол, Билянска, Бориково, Бостина, Буката, Виєво, Влахово, Вълчан, Върбово, Габрица, Гела, Гоздевица, Горово, Градът, Гудевица, Димово, Дунево, Еленска, Ельово, Заевите, Змиєво, Исъовци, Катранци, Киселчово, Кокорково, Кошница, Кремене, Кукувица, Кутела, Левочево, Липец, Лъка, Люлка, Ляска, Милково, Могилица, Мочуре, Момчиловци, Надарци, Орешница, Остри пазлак, Петково, Пещера, Писаница, Подвис, Полковник Серафимово, Попрелка, Потока, Река, Речани, Ровина, Селище, Селища, Сивино, Славейно, Смилян, СМОЛЯН, Соколовци, Солища, Средок, Стикъл, Стойките, Стража, Студена, Сърнино, Тикале, Требище, Турян, Търън, Ухловица, Фатово, Хасовица, Чамла, Чеплетен, Черешките, Черешово, Черешовска река, Чокманово, Чучур, Широка лъка Мугла- се намира в планински район. Надморска височина-1354 м. На 25 км от град Смолян и на 36 км от Девин, в близост до връх Голям Перелик .От 1990 година съществуващият път – Мугла-Тешел-Девин е прекъснат поради пропадане на бетоновия мост Мугла-Тешел, който е с дължина около 25 метра. Сезонно е проходим, има около 10 – 12 дървени моста, някои от които са в</p>	1	85	86

	лошо състояние или отнесени от реката.			
Чепеларе	Богутево, Дряновец, Забърдо, Зорница, Лилеково, Малево, Орехово, Острица, Павелско, Проглед, Студенец, Хвойна, Чепеларе	1	12	13

Численост на населението в населените места на днешните общини в област Смолян, според преброяванията през годините:

Общини	Площ (в км ²)	1934 (31.12.)	1946 (31.12.)	1956 (1.12.)	1965 (1.12.)	1975 (2.12.)	1985 (4.12.)	1992 (4.12.)	2001 (1.3.)	2011 (1.2.)
Общо	3 192,846	90 634	103 484	135 949	149 537	155 719	156 990	154 553	140 066	121 752
Баните	301,165	10 562	12 300	13 550	12 196	10 064	9 127	8 200	7 765	4 923
Борино	173,204	2 286	2 784	3 253	4 192	3 899	4 325	4 329	4 109	3 641
Девин	573,684	9 404	12 029	14 696	15 986	16 364	17 067	16 575	15 010	13 013
Доспат	282,697	4 140	5 372	6 370	8 696	8 845	9 754	10 489	10 276	9 116
Златоград	171,537	6 344	8 164	13 015	15 636	14 824	15 737	15 592	14 042	12 321
Мадан	174,951	6 011	7 409	21 508	22 956	20 634	18 871	16 834	13 812	12 276
Неделино	102,252	2 438	3 137	3 941	5 083	8 592	9 489	9 273	8 715	7 221
Рудозем	182,919	4 501	5 404	12 300	13 354	12 135	12 320	12 001	10 875	10 069
Смолян	864,997	33 505	34 959	35 531	40 331	48 561	49 227	50 705	47 230	41 452
Чепеларе	365,440	11 443	11 926	11 785	11 107	11 801	11 073	10 555	9 232	7 720

Брой ЗОЛ и прегледи при ОПЛ и специалист на избрани труднодостъпни населени места през 2017 г.

Община	Населено мято	Брой рег. ЗОЛ в пациен тската листа	Брой прегледи при лекар със специалност				Новорегистрирани диспансерни при лекар със специалност			
			ОПЛ	кардио логия	Очни болести	пулмо логия	ОПЛ	кардио логия	Очни болести	пулмо логия
Общо:		7798	29766	2035	997	204	261	14	11	13
Борино	Буйново	341	1141	89	50	13	7	1	0	1
Девин	Жребево	102	345	29	7	4	6	0	0	0
Девин	Кестен	82	358	27	12	1	8	1	0	1
Девин	Триград	529	2832	169	87	31	83	0	0	0
Доспат	Бръщен	826	2338	53	41	2	8	1	0	0
Доспат	Црънча	620	1909	44	10	4	15	4	1	0
Доспат	Чавдар	313	950	41	15	0	9	0	0	0
Златоград	Аламовци	349	1427	73	43	9	9	1	0	0
Златоград	Ерма река	930	3857	269	176	33	17	0	2	5
Рудозем	Коритата	200	730	52	15	7	3	2	0	0
Рудозем	Пловдивци	258	921	75	27	6	6	0	2	1
Рудозем	Сопотот	336	1247	80	30	6	7	1	0	0
Рудозем	Чепинци	2147	9040	608	287	47	68	1	1	4
Смолян	Арда	463	1546	181	77	10	13	1	2	0
Смолян	Горна Арда	12	27	0	2	0	0	0	1	0
Смолян	Могилица	415	1456	154	82	19	9	1	0	0
Смолян	Мугла	224	1069	164	79	21	2	1	2	1

Брой ЗОЛ и прегледи при ОПЛ и специалист по общини за 2017 г.

Община	Брой рег. ЗОЛ в ПЛ	Брой прегледи при лекар със специалност				Новорегистрирани диспансерни при лекар със специалност				
		ОПЛ	кардио логия	Очни болести	пулмо логия	ОПЛ	кардио логия	Очни болести	пулмо логия	
Общо:		117504	435326	29944	16762	3102	2131	125	175	147
Баните	4229	16978	516	389	82	88	4	1	6	
Борино	3589	11918	908	537	150	55	5	3	4	
Девин	11564	41259	1708	1300	555	264	9	7	8	
Доспат	9133	30233	802	499	59	123	10	2	3	
Златоград	12600	50210	2302	1558	139	200	12	14	9	
Мадан	12412	53754	4294	2213	597	147	16	33	32	
Неделино	6733	26163	1400	642	98	188	9	12	3	
Рудозем	10284	40318	3162	1436	281	232	10	13	19	

Смолян	40087	138927	13543	7666	1068	674	42	86	54
Чепеларе	6873	25566	1309	522	73	160	8	4	9

Изключително неблагоприятни са тенденциите в развитието на демографските процеси както за страната така и за област Смолян. Трайна и устойчива е тенденция към намаляване и застаряване на населението съпроводена от ниска раждаемост и нарастваща смъртност.

Съобразено със „Скалата на Едуарт Россет” населението се намира във фазата на „**демографската старост**” със засилени белези на депопулация, по-силно проявени в селата.

Механичният прираст в областта е 9 пъти по-малък спрямо този в страната.

Година/ Стойност	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Област Смолян	-4,4	-3,7	-4,3	-6,5	-6,7	-6,6	-7,8	-8,2	-8
Р.България	-4,3	-3,5	-4,6	-5,1	-5,5	-5,2	-5,7	-6,2	-6

Стойността на коефициента на естествения прираст (разлика между ражданията и умираанията на 1 000 души от средногодишния брой на населението) за 2016 г. е минус 8,0 ‰ при минус 6,0 ‰ за страната и е с трайна по-неблагоприятна тенденция от страната след 2008 г.

Тенденциите в развитието на демографските процеси както за страната така и за област Смолян са **изключително неблагоприятни. Трайно и устойчиво** е намаляването и застаряването на населението съпроводено от много ниска раждаемост и нарастваща смъртност.

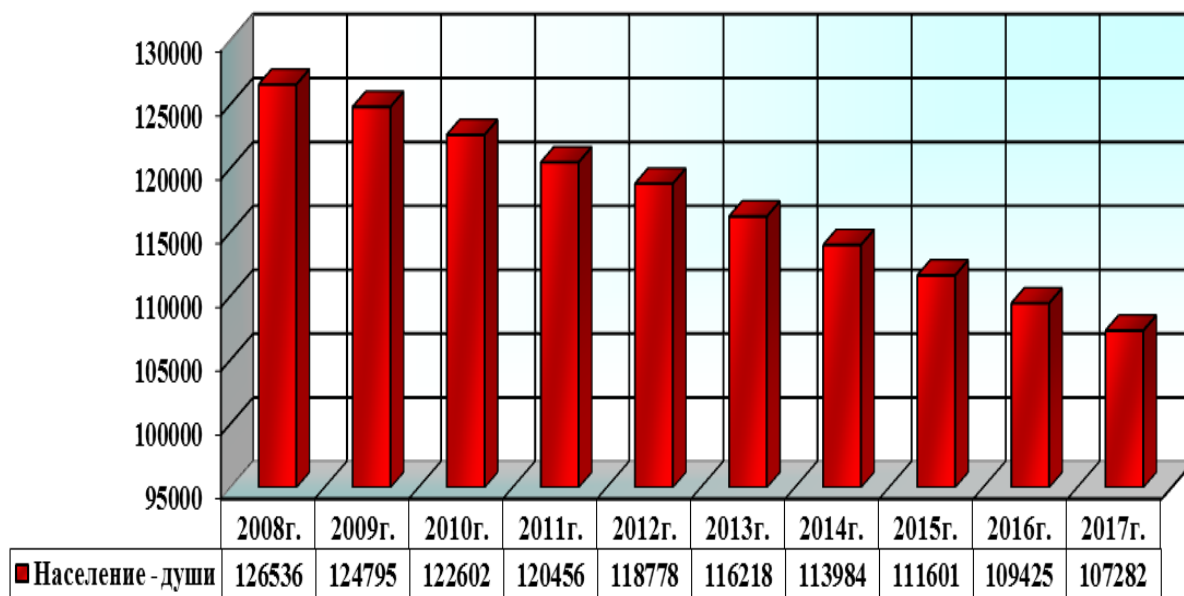
Намаляване числеността на населението е утвърдена тенденция – от 126536 души през 2008 г. на **107 282** души през 2017 г. - за 10 години с 19254 души - 15,2% при 7,32.% за страната (**2 пъти повече** от това за страната). Спрямо 2016 г. е намаляло с 2143 човека – 1,96% при 0,7 % за страната (**2,8 пъти повече**), спрямо 2015 г. - с 4319 души – 3,87 % при 2,1% за страната (**1,8 пъти повече**). За 2017 г. населението ни е едва 1,52% от населението на страната (1,54% за 2016 г., 1,54% за 2016 г. и 1,56% за 2015 г.)

Явна тенденция от ежегодно 0,2% намаление.

През последните години областта **трайно** се намира на предпоследно място по брой население в страната. По-малка е само област Видин.

Основните демографски индикатори – раждаемост, смъртност и естествен прираст определят недоброто състояние на демографските процеси в областта.

Численост на населението в област Смолян за периода 2008г.-2017г.



Причините за това са:

- ✓ по-голям брой умирация отколкото раждания;
- ✓ външна и вътрешна миграция на населението.

През 2017 г. спрямо 2016 г. населението във всички общини на областта **намалява**:

Години	2016 г. (2015 г.		2017 г. (2016 г.	
	души	%	души	%
Община/Намаление				
Баните	175	4	140	3,3
Борино	47	1,4	95	2,9
Девин	234	2	240	2,1
Доспат	168	2	213	2,6
Златоград	164	1,5	186	1,7
Мадан	176	1,5	205	1,8
Неделино	186	2,9	178	2,9
Рудозем	173	1,8	157	1,7
Смолян	665	1,7	550	1,5
Чепеларе	188	2,6	179	2,6

Най-голямо е намалението по относителен дял в община Баните с 3,3% с ясно обособена **негативна** тенденция в последните години, следвана от общини Неделино и Борино с 2,9% и общини Чепеларе и Доспат - 2,6% .

Най-малко е намалението в община Смолян с 1,5%.

Най-голямо е намалението по относителен дял от градовете в гр. Доспат с 2,5%, следван от гр. Чепеларе с 2,1% и гр. Девин с 2%. Най-малко е намалението в гр. Смолян с 1,1 %.

Намалението на населението в градовете спрямо 2016 г. е с 894 души (**1,5%**).

Най-голямо е намалението на населението в селата на община Неделино – 5,1%, следват селата от община Чепеларе с 3,7% и селата в община Баните – 3,3%. Най-малко е намалението в селата на община Рудозем с 1,6%.

Намаленето на населението в селата спрямо 2016 г. е с 1 249 души (**2,6%**).

Намалението на населението в селата е с 355 души (39,7%) повече от намалението на населението в градовете.

Трайна тенденция за преобладаване на градското население в областта – **60 033** души – **55,96%** при 60 927 души – 55,67% за 2016 г.

Трайна тенденция за преобладаване на женското население в областта – 55 322 жени – 51,57% над мъжкото население – 51 960 мъже (48,43%). През 2016 г. жените са **56 256 (51,41%)**, а мъжете – **53 169 (48,59%)**.

Женското население в градовете на областта е 51,85% при 51,72% за 2016 г.

Женското население в селата на областта е 51,2% при 51,01% за 2016 г.

На **1000 мъже** се падат **1 065 жени** (1058 - 2016 г., 1056 -2015 г./ За страната - 1060 жени (1059 - 2016г). С 5 жени на 1000 мъже повече от страната.

На **1000 мъже в градовете** се падат **1 077 жени** при 1071 за 2016 г. и 2015 г. За страната е 1078, т. е. 1 жена **по-малко** от тези в страната.

На **1000 мъже в селата** се падат **1 049 жени**, при 1042 през 2016 г. (1037 за 2015 г. (. За страната е **1012**, т. е с 37 жени повечо- ъ е от страната.

Относителният дял на **младото** население (0-17 год. възраст/ е **13,9%** при 14% за предходните 2 години (спад от 0,1% пункта).

Трайна е тенденция за намаляване на младото население на областта по абсолютен брой и относителен дял. През 2001 г. са били 19,7% от цялото население в областта. В края на 2010 г. са 14,9% , а в края на 2017 г. са 13,9% (намаление от 5,8 процентни пункта спрямо 2001 г.)

Трайна е тенденцията за намаляване на населението от 18 до 60 г. възраст в областта с 1-2 пункта годишно. То е **54,2%** при 55,1% за 2016 г. и 56,3 % за 2015 г.

Трайна е тенденцията за увеличението на населението след 60 годишна възраст с 1 пункт годишно. В края на 2017 г. е 31,9 % (30,8% -2016 г., 29,7% - 2015 г.)

Остаряването на населението е по-силно изразено в селата отколкото в градовете. На 1000 души в градовете се падат **1021** души в селата. Относителният дял на възрастното население в селата е **3,05** пъти по-голям от това на младото население в селата.

В края на 2017 г.:

✓ На 1000 жители на селата в областта до 17 г. възраст се падат 1633 жители в градовете (1589 -2016 г., 1587 - 2015 г.).

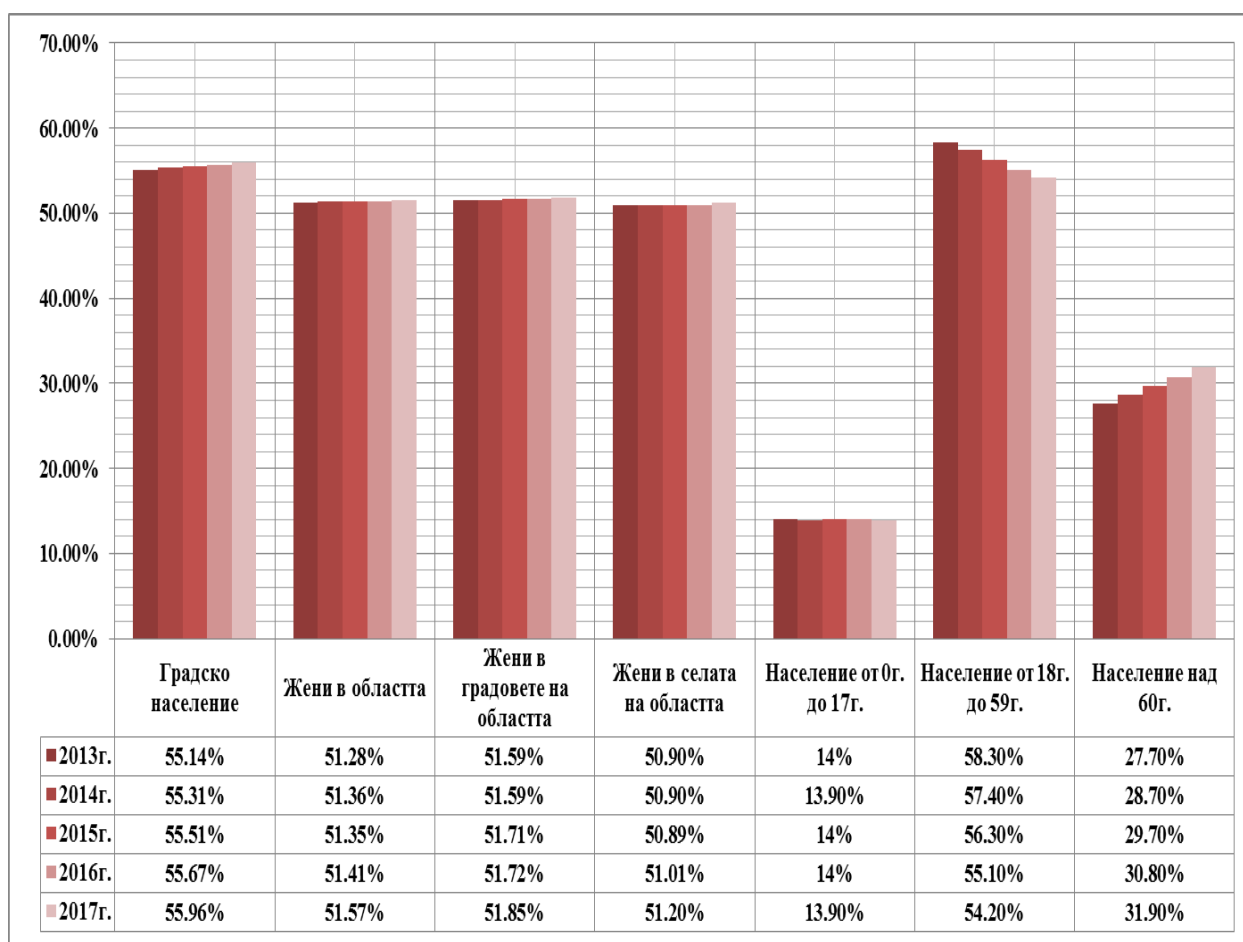
✓ На 1000 жители на селата в областта на възраст 18-59 години се падат 1393 жители в градовете (1380-2016 г., 1366 - 2015 г.).

✓ На 1000 жители на селата в областта на възраст 60 + години се падат 979 жители в градовете (959-2016 г., 945 - 2015 г.)

✓ На 1000 души население във възрастова група 18-59 години се падат **257** души във възрастова група до 17 г. възраст и **588** души във възрастова група 60+ години. През 2016г те са съответно – 254 и 559, през 2015 г. - 248 и 528.

Към 31.12.2017 г. в областта има 5 столетници - 2 мъже и 3 жени, 2 мъже и 1 жена в община Смолян и по 1 жена в общини Мадан, Рудозем.

Навършилите 99 години са 4 (2 мъже и 2 жени).



Разпределение по възрастови групи:

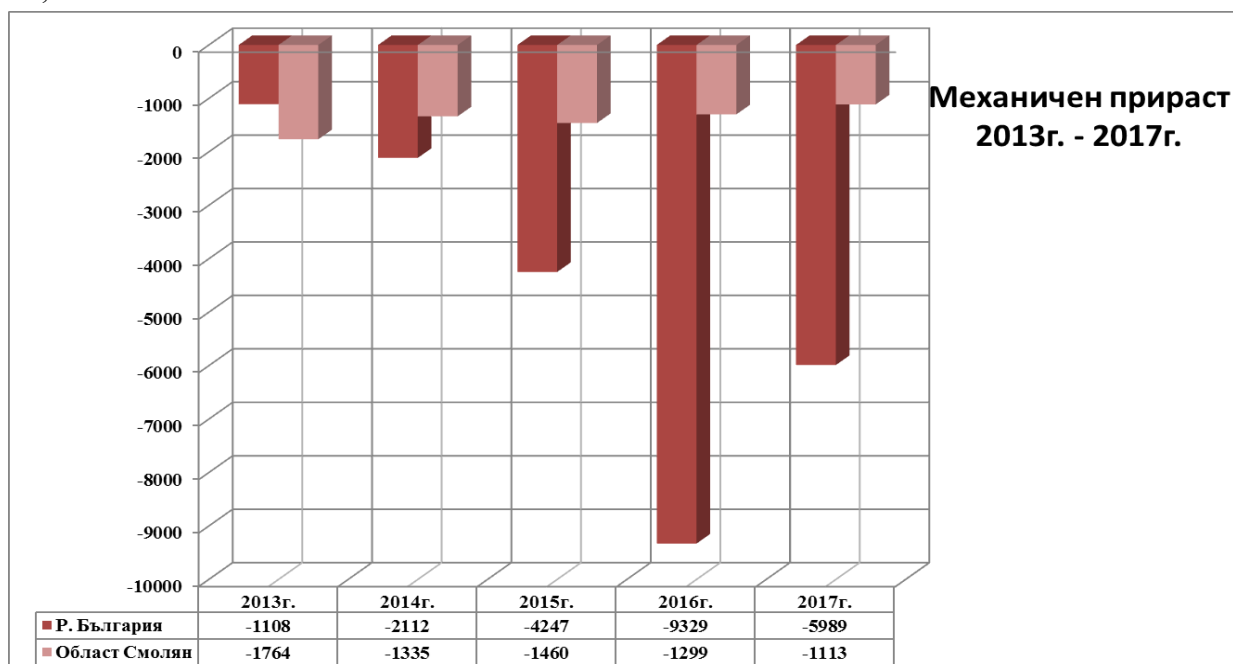
	2015 г.	2016 г.	2017 г.	Разпределение на населението по възрастови групи в градовете за 2017 г.	Разпределение на населението по възрастови групи в селата за 2017 г.
0 – 17 години	14%	14%	13,9%	15,4%	12%
18-59 години	56,3%	55,2%	54,2%	56,4%	51,4%
над 60 години	29,7%	30,8%	31,9%	28,2%	36,6%

Съобразено със „Скалата на Едуарт Россет” населението се намира във фазата на „демографската старост” със засилени белези на депопулация, по-силно проявени в селата.

Механичният прираст за областта (разликата между заселванията и изселванията) е **минус 1113 души (618 мъже и 495 жени)**, за страната - **минус 5 989 души (3 575 мъже и 2414 жени)**.

Механичният прираст за областта е **1,04%** от населението на областта в края на 2017 г., за страната е **минус 0,085 % - 12 пъти по-малко от този за областта.**

През 2017 год. **изселените** от област Смолян са **2766**, с 6,7% повече от 2016 г. и с 1,4% повече от 2016 г. **Заселените** в областта са **1653**, с 17,1% по-малко от 2016 г. и 30,5 повече от 2015 г.



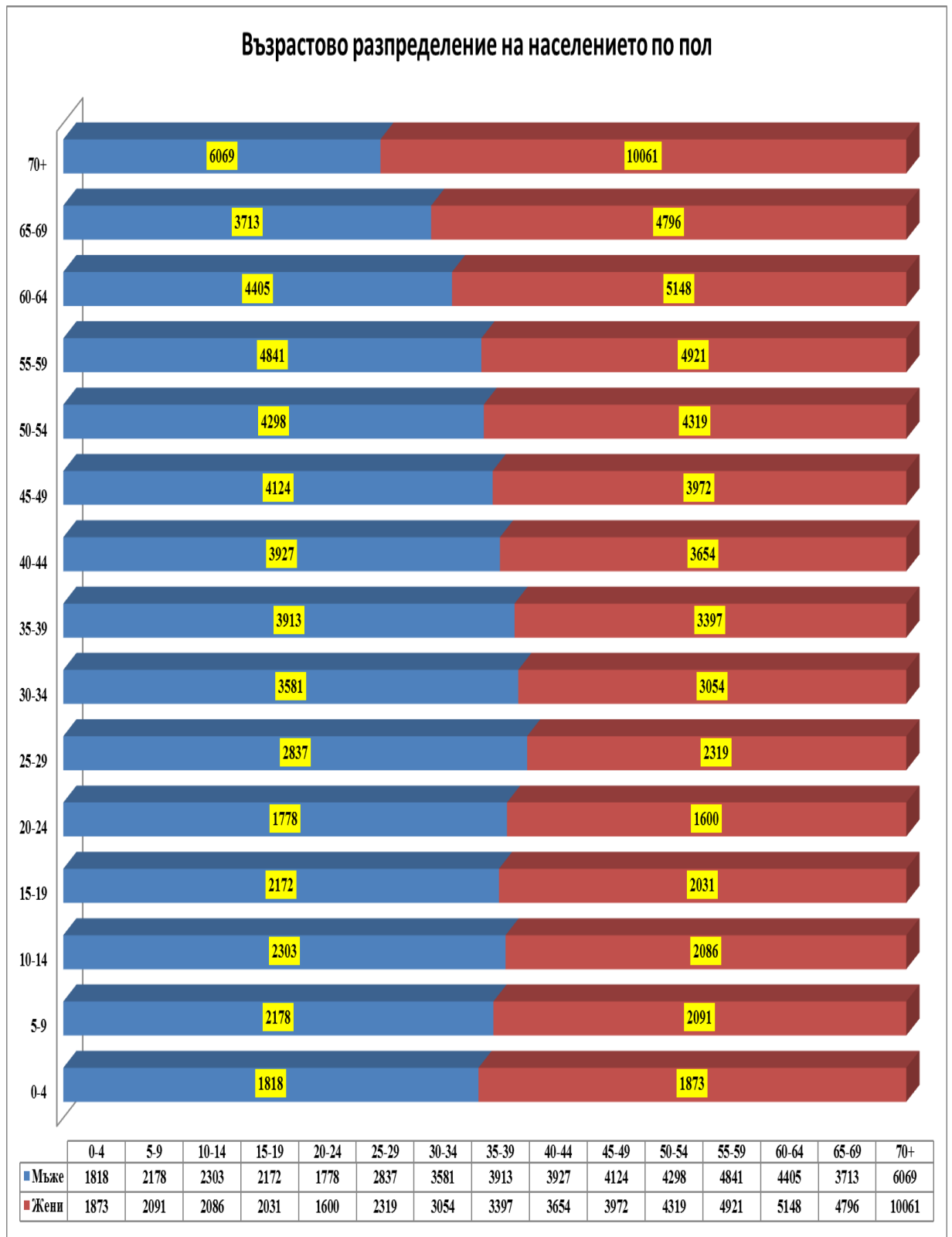
Население на област Смолян към 31.12.2017 г. – (за тригодишен период)

Год.	Население в областта - общо	мъже	Отн. дял %	жени	Отн. дял %	В градовете	Отн. дял %	В селата	Отн. дял %
2015	111 601	54 290	48,6	57 311	51,4	61 953	55,6	49 648	44,4
2016	109 425	53 169	48,6	56256	51,4	60 927	55,7	48 498	44,3
2017	107 282	51 960	48,4	55322	51,6	60 033	56,0	47 249	44,0

Население на област Смолян към 31.12.2017 г. по възраст (брой)

Възраст (в навършени години)	Общо	Мъже	Жени	В градовете	В селата
Общо	107 282	51 960	55 322	60 033	47 249
0-4	3 691	1 818	1 873	2 293	1 398
5-9	4 269	2 178	2 091	2 650	1 619
10-14	4 389	2 303	2 086	2 750	1 639
15-19	4 203	2 172	2 031	2 535	1 668
20-24	3 378	1 778	1 600	1 969	1 409
25-29	5 156	2 837	2 319	2 955	2 201
30-34	6 635	3 581	3 054	4 018	2 617
35-39	7 313	3 913	3 397	4 461	2 852
40-44	7 581	3 927	3 654	4 630	2 951
45-49	8 096	4 124	3 972	4 701	3 395

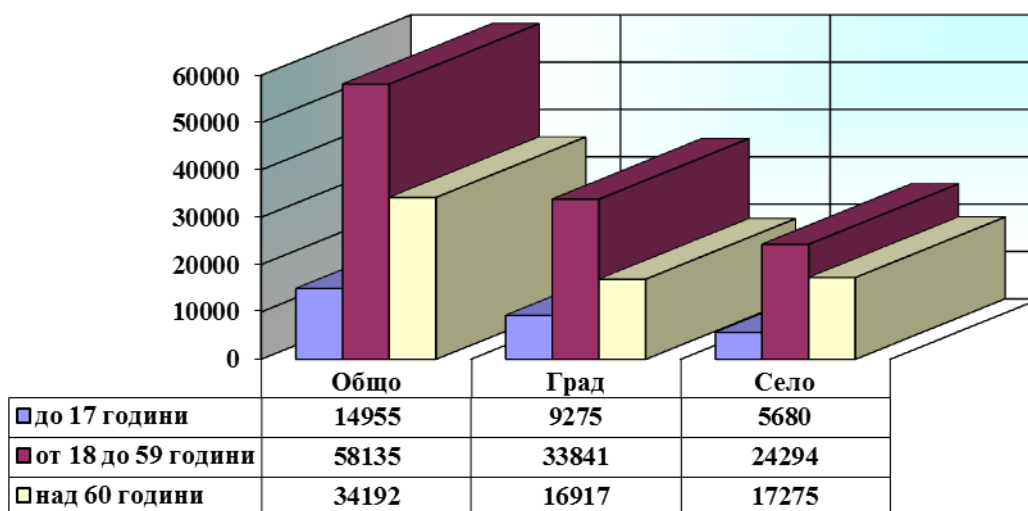
50-54	8 617	4 298	4 319	4 773	3 844
55-59	9 762	4 841	4 921	5 381	4 381
60-64	9 553	4 405	5 148	5 125	4 428
65-69	8 509	3 713	4 796	4 499	4 010
70+	16 130	6 069	10 061	7 293	8 837

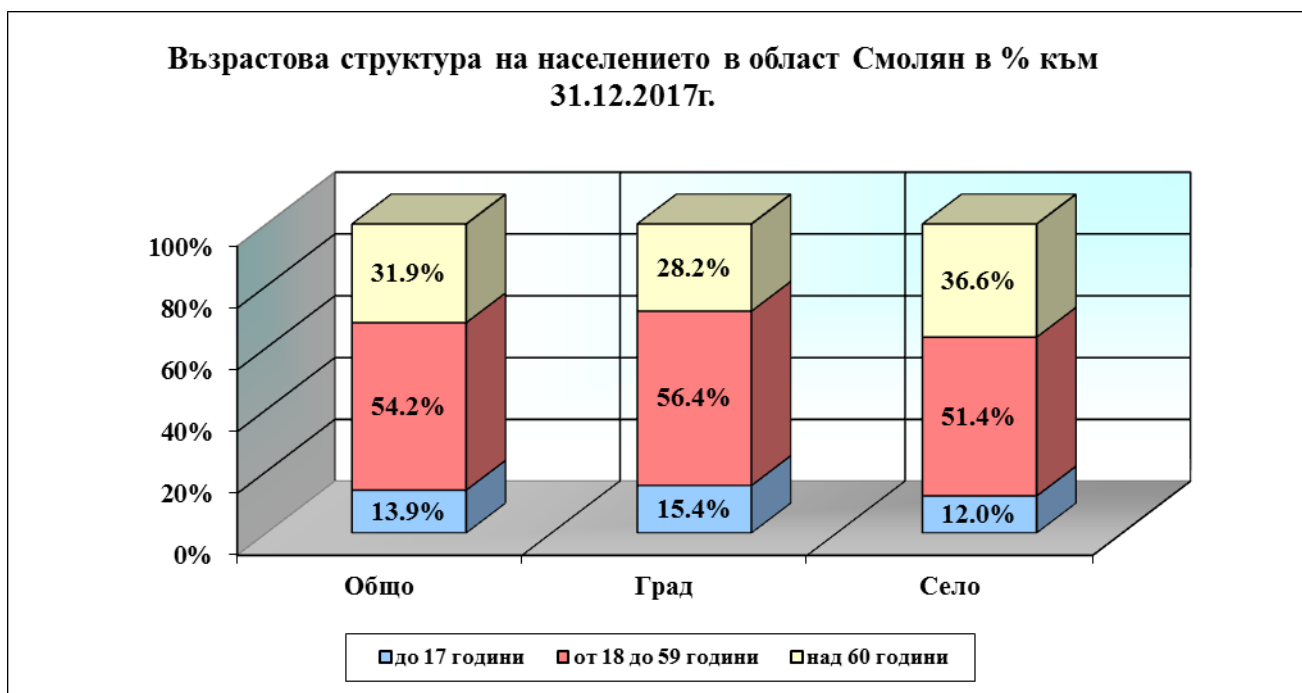


Възrastова структура на населението в Област Смолян към 31.12.2016 г.

Години	Възrastови групи						
	Общо	0-17	% от общия брой	18-59	% от общия брой	60+	% от общия брой
Общо							
2015	111601	15586	14,0	62823	56,3	33192	29,7
2016	109425	15350	14,0	60343	55,2	33732	30,8
2017	107282	14955	13,9	58135	54,2	34192	31,9
В градовете							
2015	61953	9562	15,4	36266	58,5	16125	26,1
2016	60927	9420	15,5	34993	57,4	16514	27,1
2017	60033	9275	15,4	33841	56,4	16917	28,2
В селата							
2015	49648	6024	12,1	26557	53,5	17067	34,4
2016	48498	5930	12,2	25350	52,3	17218	35,5
2017	47249	5680	12,0	24294	51,4	17275	36,6

Възrastова структура на населението по брой в област Смолян към 31.12.2017г.





фиг. 1 Възrastова структура на населението в област Смолян за 2017 г. (в брой и %)

Изводи:

1. Продължава да намалява числеността на населението:
 - ✓ в областта като цяло;
 - ✓ във всички общини;
 - ✓ в градовете на областта;
 - ✓ в селата на областта;
 - ✓ в селата **на областта повече от градовете на областта;**
2. **Процентното намаление** на населението в област **Смолян** е **по-голямо** от това за Република България;
3. Продължава да намалява:
 - ✓ населението **в трудоспособна възраст;**
4. Продължава демографското **застаряване** на населението;
5. Продължава да преобладава:
 - ✓ женското население;
 - ✓ женското население в градовете над женското население в селата;
 - ✓ мъжкото население в градовете над мъжкото население в селата;
 - ✓ градското население;
6. Механичният прираст в областта е **12 пъти по-голям в отрицателна посока** спрямо страната.

Причините за намаляването на населението са:

1. Ниска раждаемост;
2. По-висока смъртност;
3. Емиграция главно на население в трудоспособна и фертилна възраст.

Област Смолян става все по-малобройна и със застаряващо население като това неминуемо дава отражение и върху икономическото и развитие.

1.2 Раждаемост

През 2017 г. са родени **746** деца при 782 за 2016 г. и 737 за 2015 г.;

- ✓ живородени – 741 деца при 778 за 2016 г. и 735 за 2015 г.;
- ✓ мъртвородени – 5 деца, при 4 за 2016 г. и 2 за 2015 г.

С **37** (4,75 %) живородени **по-малко** от 2016 г. и **6** (0,82%) **повече** от 2015 г.

Все още чувствителен **спад** на живородените спрямо 2010 г. от 285 деца – **27,8%**.

Коефициентът на раждаемостта за областта в годините след 2000 г. е в границите 6,4‰ - 8,5 ‰, като е **по-нисък** от този за страната с **1,5 - 3** пункта. За 2017 г. е **6,8** ‰, с **0,2** пункта по-малко от 2016 г. и 0,3 пункта повече от 2015 г. С по-нисък коефициент са само област Видин и Габрово с 6,5‰.

С **2,2‰** е под този за страната - **9‰**.

С **3,3‰** е под този за ЕС-28 (2016 г. по данни на Евростат) – **10,1‰**.

В **градовете** е **7,2‰**, с 0,3 ‰ по-малко от 2016 г. и с 0,1 ‰ по-малко от 2015 г. и е с 2 ‰ по-нисък от този за страната (9,2‰).

В **селата** е 6,3 ‰ със спад от 0,2‰ от 2016 г. и с ръст от 1 ‰ спрямо 2015 г. и е с 2,2‰ по-нисък от този за страната (8,5‰).

Раждаемостта в градовете през 2017 г. е с 0,9 ‰ повече от тази в селата, (за 2016 г. с 1‰, а за 2015 г. е с 1,8‰ повече).

Дължи се на:

- ✓ **по-младата** възрастова структура на населението в градовете;
- ✓ повече **родилни контингенти в градовете**.

Наблюдават се териториални различия в нивото на раждаемостта. Между отделните общини коефициентът на ражданията варира от 3,2 ‰ (4‰ – 2016 г., 3,6‰ - 2015 г.) в община Баните (**най-ниският** в областта) до 8 ‰ (8,7 ‰-2016 г., 7,1‰ - 2015 г.) за община Рудозем (**най-високият** в областта).

Различия се наблюдават в раждаемостта както между градовете и селата на отделните общини, така и между града и селото на всяка отделна община.

Най-висока между градовете в областта е раждаемостта в **Мадан** – **8,1‰** (8,6 ‰ -2016 г., 9,4‰ -2015 г./ и в град **Смолян**– **8,1** ‰ (8‰ -2016 г., 7,2‰ -2015 г.) На второ място е гр. Доспат с 7,4 ‰ (4,1 ‰ -2016 г., 6,2 ‰ -2015 г.). На трето място е гр. Неделино с 6,6‰ (5,7 ‰ -2016 г., 7,3 ‰-2015 г.).

Най-ниска е в гр. Рудозем – **5,5‰** (8,6 ‰ -2016 г., 7‰ -2015 г.) и в гр. Чепеларе - **5,5‰** (7 ‰ -2016 г., 7,5‰ -2015 г.)

Най – висока е раждаемостта в **селата на община Рудозем** – **9,5** ‰ (8,8‰ – 2016 г., 7,2‰ – 2015 г.). На второ място са селата на община Златоград – **9,3** ‰ (8,9‰ -2016 г., 6,2 ‰ – 2015 г.). На трето място са селата на община Мадан – 6,8‰ (6,6‰ – 2016 г., 5,5‰ – 2015 г.).

Най-ниска е в **селата на община Чепеларе** – 3,1 ‰ (2‰ -2016 г., 1,9 ‰ - 2015 г.) като тази тенденция е от десетилетие.

Мъртвородени са 5 деца, при 4 за 2016 г. и 2 за 2015 г. Коефициентът на мъртворождаемост е 6,7 ‰

Тенденцията в развитието на раждаемостта може да бъде проследена и чрез разглеждане на **тоталния коефициент на плодовитост**, който показва средния брой деца, които е родила една жена през целия си детероден период.

Този коефициент за **областта** е **1,47** деца на една жена при **1,56** за **страната** и е доста отдалечен от теоретично необходимия минимум за осигуряване на простото възпроизводство на поколенията – 2,1 живородени деца от една жена. Коефициентът на плодовитост за градовете на областта е 1,41 при 1,47 за страната. В селата на областта е 1,57 при 1,82 за страната.

Стойностите за областта са **значимо по-ниски** от стойностите за **страната** и **тази тенденция се задълбочава**.

Тотален коефициент на плодовитост	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Област Смолян	1,12	1,16	1,19	1,23	1,28	1,45	1,47
Р. България	1,51	1,50	1,48	1,52	1,53	1,54	1,56
Градовете в област Смолян	1,09	1,13	1,23	1,25	1,28	1,45	1,41
Градовете в Р. България	1,43	1,41	1,39	1,44	1,44	1,38	1,47
Селата в област Смолян	1,16	1,19	1,12	1,20	1,27	1,79	1,57
Селата в Р. България	1,74	1,77	1,77	1,78	1,78	1,57	1,82

За намаляване броя на ражданията съществено влияние оказва:

- ✓ непрекъснато намаляващият контингент на жените в детеродна възраст от:
 - по-малко родени момичета в годините преди това;
 - изселването им от областта;
- ✓ застаряването на фертилния контингент;
- ✓ понижена плодовитост;
- ✓ измененията във фертилното поведение и психологическата нагласа за малко деца в семейството;
 - ✓ недостатъчната материална и жилищна осигуреност на семействата;
 - ✓ снижаването на жизнения стандарт;
 - ✓ високото ниво на безработица сред младите възрастови групи.

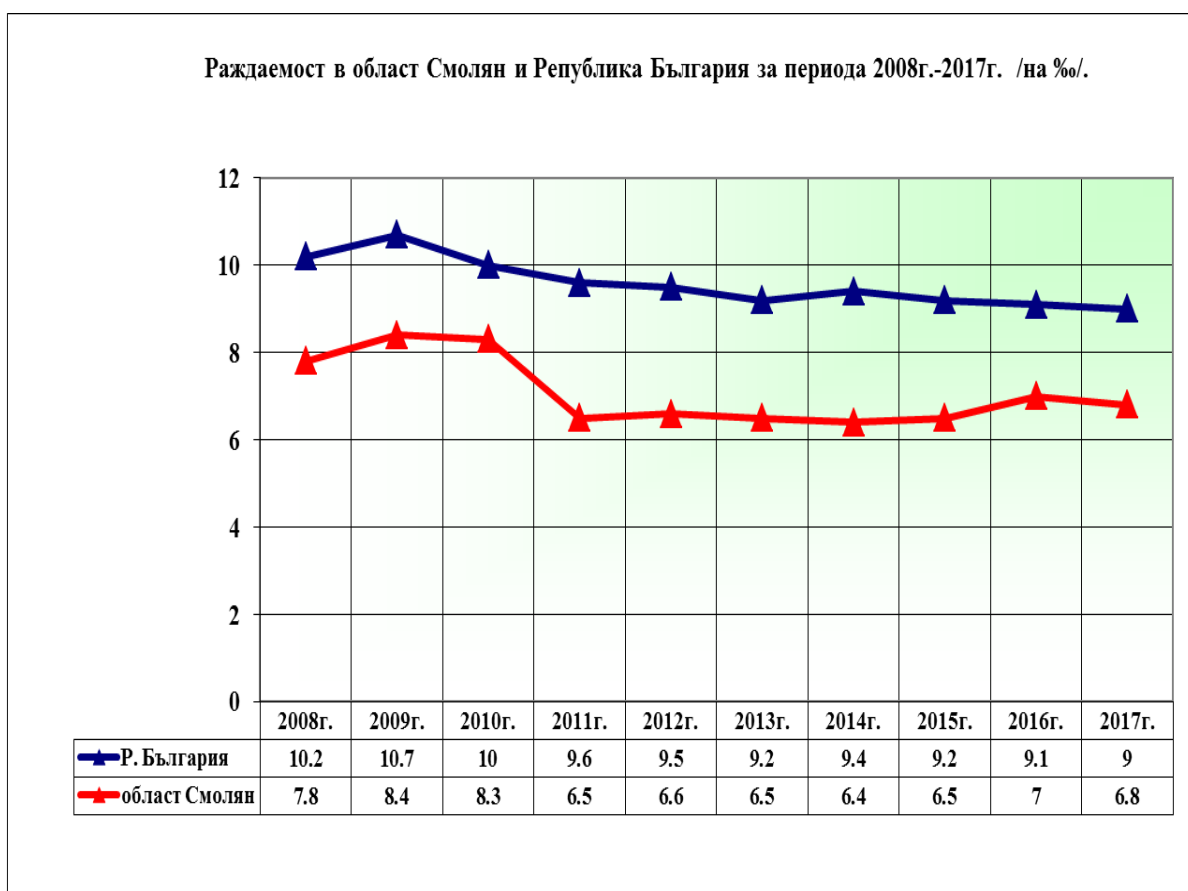
Живородените деца по възраст на майката е следното:

Възраст на майката	2013 година		2014 година		2015 година		2016 година		2017 година	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
под 20 г. възраст	23	3,0	21	2,8	17	2,3	29	3,7	22	3
от 20 до 24 г. възраст	199	25,9	208	28,2	160	21,8	150	19,3	132	17,8
от 25 до 29 г. възраст	262	34,1	252	34,2	264	35,8	290	37,3	257	34,7
от 30 до 34 г. възраст	199	25,9	175	23,7	205	27,9	210	27	214	28,9
от 35 до 39 г. възраст	71	9,2	71	9,6	77	10,5	84	10,8	98	13,2
от 40 до 44 г.	15	1,9	9	1,2	10	1,4	10	1,3	14	1,9

възраст										
над 45 г.			2	0,3	2	0,3	5	0,6	4	0,5

Най-много са родените деца във възраст на майката **25-29** години – 34,7%. С очертаваща се ясна тенденция в годините.

Намалени са ражданията в диапазона до **20** годишна възраст с 0,7% спрямо 2016 г. и увеличени с 0,7% спрямо 2015 г. Настъпилите изменения в показателя трябва да се приемат като положителна тенденция в намаляването на ранната раждаемост.



фиг. 2 Раждаемост в област Смолян и страната (на 1000)

Раждания и аборти в област Смолян

Година	Брой		На 1000 жени от 15 до 49 години	
	Раждания	Аборти	Раждания	Аборти
2015 г.	735	316	34	15
2016 г.	778	258	37	12
2017 г.	741	240	40	13

Регистрираните аборти в лечебните заведения в областта през последните години непрекъснато намаляват - за 2017 г. са **240** броя – **спад** от 18 броя (6,98%) от 2016 г. и от 76 броя/ 24,05%) от 2015 г. От тях:

✓ По желание – 49 броя (относителен дял 20,4%) със спад от 5 броя спрямо 2016 г. (54 броя с относителен дял 20,9%).

✓ По медицински показания - 81 броя (относителен дял 33,8%) със спад от 2 броя (2,4% (83 броя с относителен дял от 32,2% за 2016 г.)

✓ Спонтанни аборти - 110 (относителен дял 45,8% (със спад от 11 броя (9,1%) спрямо 2016 г. (121 броя – 46,9% относителен дял).

Повече от 10 години няма регистрирани криминални аборти.

Оформена е трайна тенденция за **намаляване на** абортите по желание.

До 2010 г. спонтанните аборти се увеличаваха, но след това намаляват.

Изводи:

1. Демографска криза в областта - намаляващо и застаряващо население;

✓ спад в раждаемостта;

✓ запазване високо ниво на смъртност;

✓ засилена миграцията.

Тези процеси водят не само до непрекъснато намаление на населението в областта, но и до обезлюдяване на някои райони, което е пречка за тяхното пълноценно участие в икономическия и социален живот. Особено драстично намалява населението в селските райони, поради невъзможност за препитание. Липсата на правилна политика в тази посока ускорява намаляването и емиграцията на населението.

2. Малодетност в семействата и намаляването на хората в трудоспособна възраст, водещо до необратимо застаряване на населението, увеличаване на пенсионната възраст, увеличаване на данъчната тежест за работещите и трудно попълване на социалните фондове, което от своя страна е сериозна пречка в провеждането на самата социална политика.

За преодоляване на демографската криза в България не са достатъчни само социални помощи на отделни индивиди или семейство. Необходим е качествено нов демографски подход.

1.3 Обща смъртност

Смъртността е един от най-важните показатели за оценка на общественото здраве.

Демографското остаряване е основен фактор, обуславящ динамиката в общата смъртност. Продължава застаряването на населението, което е резултат на дългогодишната тенденция на намалена раждаемост и в по-малка степен на нарастването на продължителността на живота. Децата непрекъснато намаляват както по брой така и като относителен дял от населението. За сметка на това се увеличава броят на пенсионерите.

Тенденциите на смъртността в много голяма степен се определят от:

✓ стила и начина на живот на населението в различните възрастови групи;

✓ от отношението на индивидите към опазване на собственото си здраве ;

✓ от отношение на индивида към опазване на здравето на другите.

Стойностите на **коэффициента обща смъртност в област Смолян, който се запазва** през последните няколко години **по - ниски, в сравнение с тези за страната, но показваха плавна тенденция на покачване през 2017 г. са над средните за страната.**

Нивото на общата смъртност през периода 2008 г. - 2017 г. варира в не толкова широки граници - между 12,2 ‰ (2008 г.) и 16,3 ‰ (2017 г.) на 1000 души от средногодишния брой население, но продължава да е твърде високо.

В Смолянска област през 2017 г. са умрели 1771 души с отчетлив ръст от **116 души (7 %) спрямо 2016 г.** и от **113 души (6,8%) спрямо 2015 г.**

Коефициентът на обща смъртност е от **16,3‰ с ръст от 1,3‰ спрямо 2016 г.** и от 1,6‰ спрямо 2015 г. с **трайна тенденция** на постепенно увеличение и престана да е **по-благоприятен от този за страната - по лош е с 0,8‰ (15,5‰).**

Спрямо ЕС-28 (2016 г. по данни на Евростат/ показателят на областта е **по-лош с 6,3‰ (с 63%).**

Смъртността в градовете е 13,3‰ с **ръст от 0,6‰ спрямо 2016 г.** и 1,6 ‰ спрямо 2015 г. с **колеблива тенденция на увеличение**, престана да е **по-благоприятен от този за страната – с 0,1‰ е по-лош (13,2‰).**

В селата смъртността е 20,2‰ с **ръст от 2,4‰ спрямо 2016 г.** и с 1,8 ‰ спрямо 2015 г. с колебаещата се тенденция на **увеличение и намаление**, но продължава да е **по-благоприятен от този за страната с 1,8‰ (22,0‰).**

Нивото на общата смъртност в селата на областта е значително по-високо от това в градовете – с 6,9‰, но в областта е 1,9‰ по-благоприятно в сравнение със страната (разликата е 8,8‰).

Чувствителната разлика в смъртността на градското и селското население е в резултат на интензивния процес на остаряване на населението в селата със значителна повъзrastова полиморбидност.

Наблюдават се териториални различия в нивото на смъртността в областта през 2017 г. – по общини, между градовете в областта, между селата на областта, между града и селата в отделна община.

С **най-висок** коефициент на обща смъртност е община Баните – 26,5 ‰ с **ръст** от 2,6‰ спрямо 2016 г. и от 0,1 ‰ спрямо 2015 г., с **трайна тенденция за най-неблагоприятни** стойности на показателя **в областта.** На второ място е община Чепеларе с 20,9‰ с **ръст** от 2,7‰ спрямо 2016 г. и от 5,3‰ спрямо 2015 г. На трето място е община Борино с 17,5 ‰ с **ръст** от 3,5‰ спрямо 2016 г. и с 2,5‰ спрямо 2015 г.

С **най-нисък** коефициент е община Рудозем с 12,6 ‰ със **спад** от 3,5 ‰ спрямо 2016 г. и от 1,4 ‰ спрямо 2015 г.

Най-висока сред градовете е смъртността в Чепеларе – 17,6 ‰ с **ръст** от 5 ‰ спрямо 2016 г. и 6,1 ‰ спрямо 2015 г. На второ място е гр. Мадан – 15‰, с **ръст** от 2,1 ‰ спрямо 2016 г. и от 5,3 ‰ спрямо 2015 г. На трето място е гр. Девин – 14,8 ‰, с **ръст** от 0,5‰ спрямо 2016 г. и от 1,6 ‰ спрямо 2015 г.

Най-ниска е в гр. Рудозем – 12 ‰, със **спад** от 2,9 ‰ спрямо 2014 г. и с 3,5 ‰ спрямо 2015г .

Най – висока е смъртността в селата на община Смолян– 29,9 ‰ с **ръст** от 3,7 ‰ спрямо 2016 г. и 3,9 ‰ спрямо 2015 г. Следват селата на община Чепеларе –

29,3 ‰, със **спад** от 2,6 ‰ спрямо 2014 г. и от 3,9 ‰ спрямо 2015 г. На трето място са селата от община Баните -26,5 ‰ с **ръст** от 2,6‰ спрямо 2016 г. и от 0,1 ‰ спрямо 2015 г.

Най-ниска е в селата на община Доспат – 12,6 ‰, с **ръст** от 3,1 ‰ спрямо 2016 г. и 2015 г., с **трайна** тенденция за **най-ниска** селска смъртност през последните години в областта.

В общини Баните, Борино, Девин, Смолян и Чепеларе показателят на обща смъртност е по-висок от средния за областта и средният за страната.

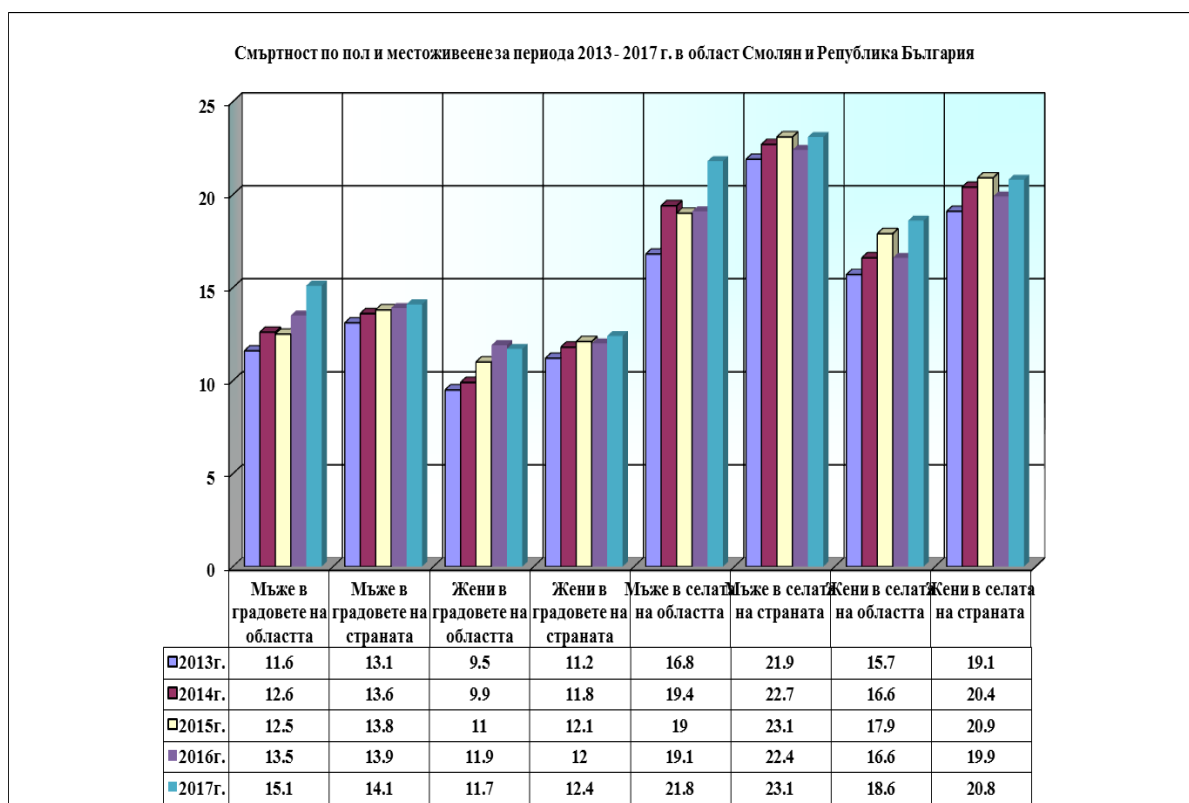
В градовете Доспат, Златоград, Мадан, Неделино и Рудозем показателят е по-нисък от средния за областта, като само в гр. Мадан е по-висок от средния за страната.

В селата на общини Баните, Девин, Смолян и Чепеларе показателят е по-висок от средния за областта, като само в селата на община Девин е по-нисък от средния за страната.

Смъртността в община Баните, която е съставена само от села, е значително по-висока от средната за областта и за страната и тенденцията се запазва през последните 10 години.

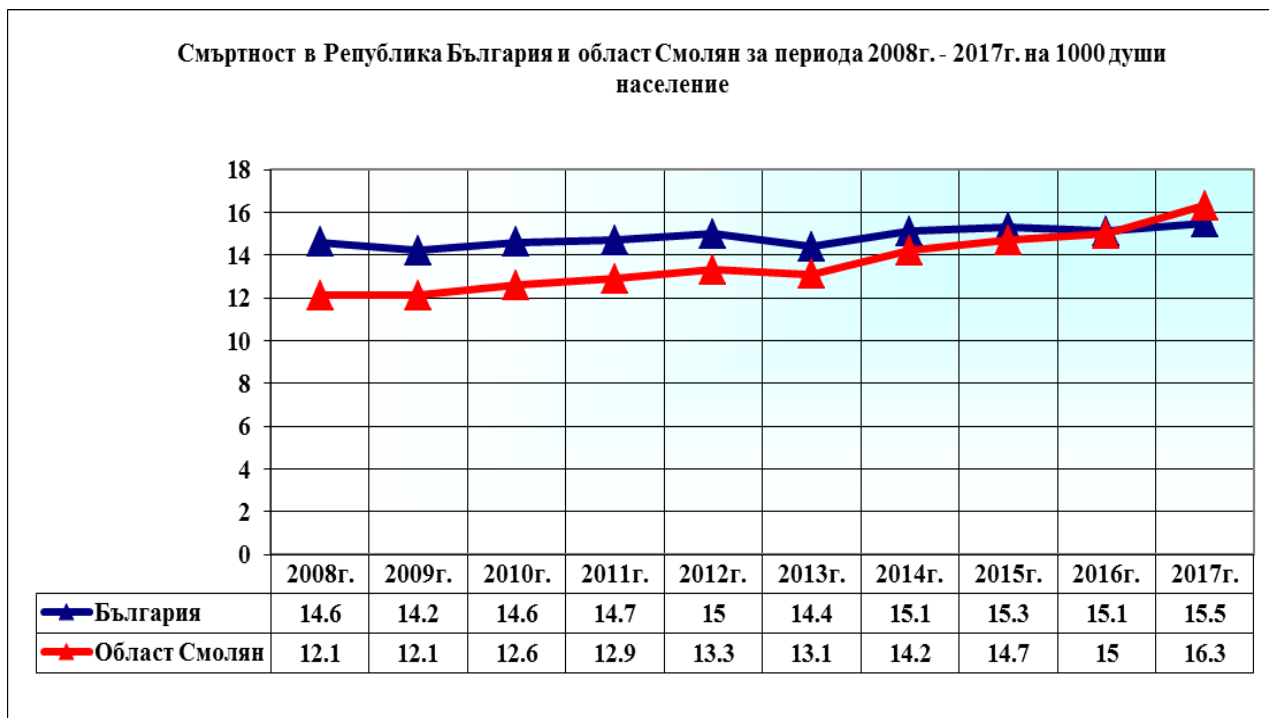
Съществува различие в смъртността и по пол, като за 2017 г. разликата е от 3,4‰ (18,1‰ за мъжете, 14,7‰ за жените). Показателят е **по-лош** от този за страната с 1,6‰, при мъжете и с 0,1‰ при жените. В градовете смъртността при мъжете е 15,1‰ - с 1‰ по-лош от страната. При жените е 11,7‰ – с 0,7‰ по-добър от страната. В селата смъртността при мъжете е 21,8‰ - с 0,7 ‰ по-лош от страната, и 18,6‰ за жените – 2,2‰ по-добър от страната.

До 2016 г. включително и при двата пола показателите за градско и селско население бяха по-добри от тези за страната, но от 2017 г. това важи само за женското население.



Върху нивото на общата смъртност оказва влияние:

- ✓ Задълбочаващото се застаряване на населението, при което нараства делът на старшите възрастови групи, които имат по-висока повъзrastова смъртност;
- ✓ Неблагоприятните промени в повъзrastовата смъртност, изразяващи се в нарастване на смъртността в активна възраст от социално-значими заболявания (сърдечно-съдови, злокачествени и хронични белодробни заболявания, травми и отравяния).



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

Анализът на смъртността по причини за Смолянска област показва, че структурата не се различава от тази за страната.

Водещо място заемат умиранията от Клас IX Болестите на **органиците на кръвообращението** с интензитет от **1033,7** на 100000 души население (0/0000) и относителен дял от **63,2** % със спад от 12,3 0/0000 при идентичен относителен дял спрямо 2016 г. и с ръст от 71,8 0/0000 и спад от 2,2 пункта в относителния дял спрямо 2015 г. С най-голяма честота сред тези болести са умиранията от хипертонична болест, исхемична болест и мозъчно-съдова болест. За 2017 година за Република България умиранията от този клас болести е 1017,5 0/0000 с относителен дял 65,6% и е с 16,2 0/0000 по-добър в сравнение с област Смолян и 2,4% по-лош от областта в относителния дял.

На **второ** място са умиранията от Клас II **Новообразувания** с интензитет от **308,3** 0/0000 и относителен дял **18,9** % и **ръст** в интензитета от 20,6 0/0000 и в относителния дял и 0,3 пункта спрямо 2016 г. **Ръст** в интензитета от 14,9 0/0000 и идентичност в относителния дял спрямо 2014 г. **За 2017 г. за страната интензитетът е от 246,3 0/0000 с относителен дял 15,9% и е с 62 0/0000 и с 3 % по-нисък в**

сравнение с област Смолян. Тази неблагоприятна тенденция за областта продължава.

На трето място са умиранията от Клас XI Болести на храносмилателната система с интензитет **70,1** 0/0000 и относителен дял от **4,3%** със спад в интензитета от 13,1 0/0000 и в относителния дял от 2,3 % спрямо 2016 г. Ръст в интензитета от 5,4 0/0000 и спад в относителния дял от 0,1 % спрямо 2015 г. За 2017 г. за страната интензитетът е от **54,8** 0/0000 с относителен дял **3,5%** и е с **15,3** 0/0000 и с **0,8 %** по-нисък в сравнение с област Смолян. Тази неблагоприятна тенденция се запазва.

На четвърто място са умиранията от Клас X Болестите на дихателната система с интензитет **47,1** 0/0000 и относителен дял от **2,9%** с ръст в интензитета от 2,4 0/0000 при идентичност в относителния дял спрямо 2015 г. Ръст от 17 0/0000 в интензитета и 0,8% в относителния дял спрямо 2015 г. За страната интензитетът на умиранията от този клас болести за 2017 г. е **64,5** 0/0000 с относителен дял **4,2%** и е с **17,4** 0/0000 и с **1,3%** по-висок в сравнение с област Смолян. Тази благоприятна тенденция се запазва.

На пето място са Клас XIX Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини с интензитет от **46,1** 0/0000 и относителен дял от **2,8%** с ръст в интензитета от 8,9 0/0000 и в относителния дял от 0,3% спрямо 2016 г. Спад от **0,9** 0/0000 и в относителния дял от 0,4% спрямо 2015 г. За 2017 г. за страната интензитетът на умиранията е 38,1 0/0000 с относителен дял 2,5 %, който е с 8 0/0000 и с 0,3% в относителния дял е по-висок в сравнение с област Смолян.

Причините за умиранията през 2017 г. в **85%** от случаите се дължат на посочените по-горе три групи социално-значими заболявания – болести на органите на кръвообръщението, онкологични заболявания и болести на дихателната система. През 2016 г. са били 85,6% ,през 2015 г. - 86,4%, с очертана трайна тенденция за ниво над **85%**.

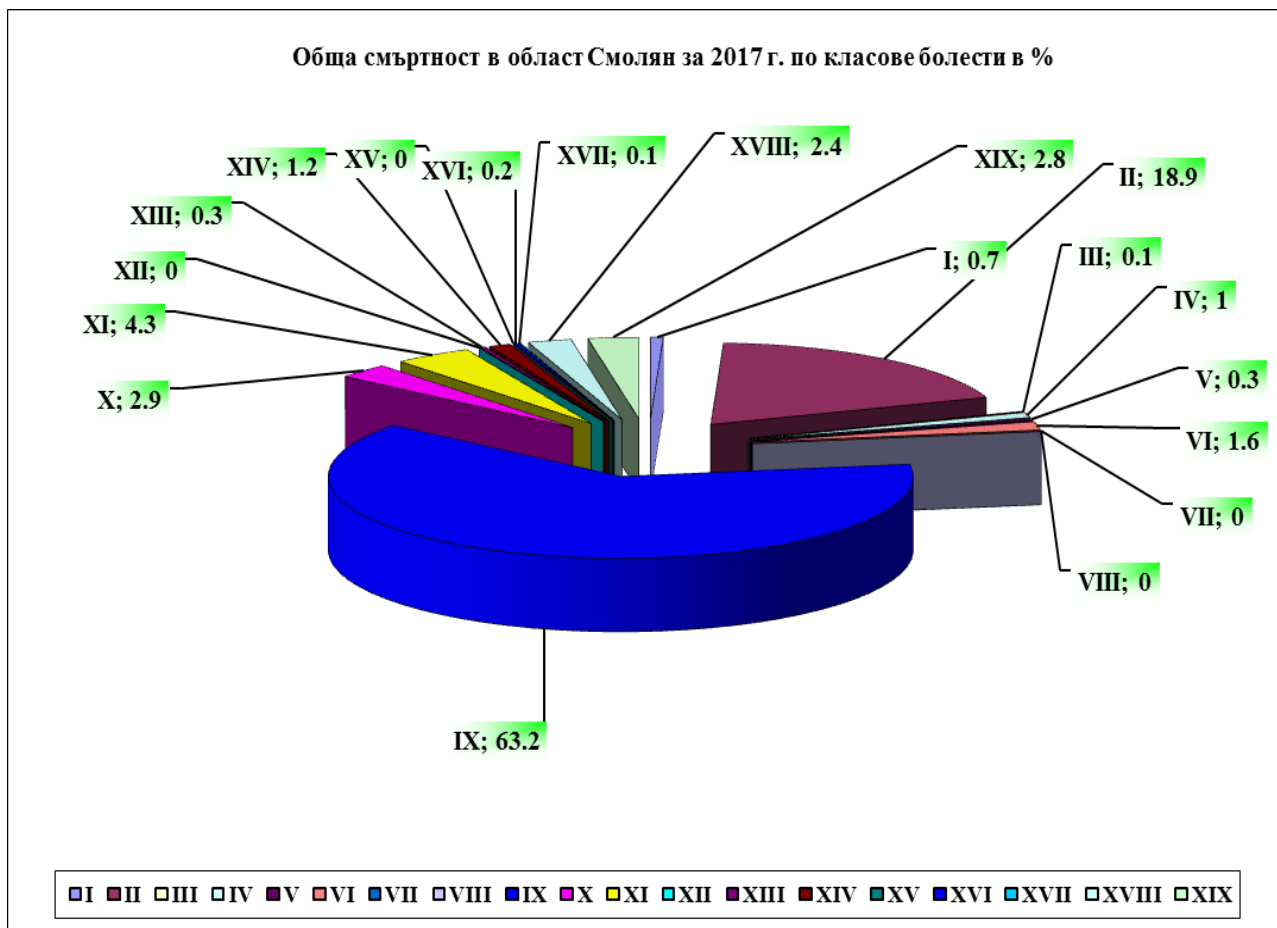
Обща смъртност по причини

№ на класа	НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ-10	2016 г. – област			2017 г. – област		
		брой	на 100000 от населението	Относителен дял (%)	брой	на 100000 от населението	Относителен дял (%)
	ОБЩО I – XIX клас	1655	1497.6	100.0	1771	1634.5	100.0
I	Някои инфекциозни и паразитни болести	8	8.1	0.5	13	12.0	0.7
II	Новообразувания	318	287.7	19.2	334	308.3	18.9
III	Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм				2	1.8	0.1
IV	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	8	7.2	0.5	17	15.7	1.0
V	Психични и поведенчески	1	0.9	0.1	5	4.6	0.3

	разстройства							
VI	Болести на нервната система	21	19.0	1.3	29	26.8	1.6	
VII	Болести на окото и придатъците му							
VIII	Болести на ухото и мастоидния израстък							
IX	Болести на органите на кръвообращението	1046	946.5	63.2	1120	1033.7	63.2	
X	Болести на дихателната система	49	44.4	2.9	51	47.1	2.9	
XI	Болести на храносмилателната система	92	83.2	5.6	76	70.1	4.3	
XII	Болести на кожата и подкожната тъкан	1	0.9	0.1				
XIII	Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	3	2.7	0.2	5	4.6	0.3	
XIV	Болести на пикочо-половата система	29	26.2	1.7	21	19.4	1.2	
XV	Бременност, раждане и послеродов период							
XVI	Някои състояния, възникващи през перинаталния период	2	1.8	0.1	3	2.8	0.2	
XVII	Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберрации	1	0.9	0.1	2	1.8	0.1	
XVIII	Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде	34	30.9	2.0	43	39.7	2.4	
XIX	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	41	37.2	2.5	50	46.1	2.8	

Средногодишен брой население за 2016 г. – 110 513 души

Средногодишен брой население за 2017 г. - 108 354 души



Фиг. 5 Структура на общата смъртност по причини за умирация в област Смолян през 2017 г.

Детска смъртност

Детската смъртност се формира под влияние на редица социални и биологични фактори и отразява в значителна степен както социално – икономическото така и здравното благополучие на дадена област и държава. За това детската смъртност се счита за един от най-информативните показатели за комплексна характеристика на общественото здраве.

Коефициентът на детската смъртност е показател, влияещ се от различни фактори. Чувствителен е към промените в динамика и от сравнително малките величини, от които се изчислява.

През 2017 г. детската смъртност в област Смолян е 5,4‰ живородени деца с 4 починали деца, на 6-7 място в страната по най-ниска детска смъртност, заедно с област Перник. С най –ниски показатели са област Видин с 1,7‰ и София-столична с 2,6‰.

С 1‰ показателят е по-добър от този за страната.

По възраст починалите деца се разпределят:

✓ Две до 6 ден;

Формира ранна неонатална детска смъртност от 2,7‰

✓ Едно от 7 до 27 ден

Формира **късна неонатална** детска смъртност от **1,4%**.

Трите деца формират неонатална детска смъртност от **4,0 %**.

Заедно с 5 мъртвородени деца формират **9,4 %** перинатална детска смъртност.

✓ Едно дете е починало след 28 дневна възраст и формира постнеонатална детска смъртност от 1,4 %.

Четири починалит деца са 3 момчета и 1 момиче, по 1дете с. Грохотно на община Девин и с. Бръщен на община Доспат. В гр. Златоград – 2 деца.

Формират показател детска смъртност от:

- ✓ 4,6% за градовете на областта;
- ✓ 6,6% за селата на областта;
- ✓ 16,1% за община Девин (40,0% за селата на община Девин/;;
- ✓ 18,2% за община Доспат (25,6% за селата на община Доспат/;
- ✓ 24,1% за община Златоград (48,8% за гр. Златоград (;

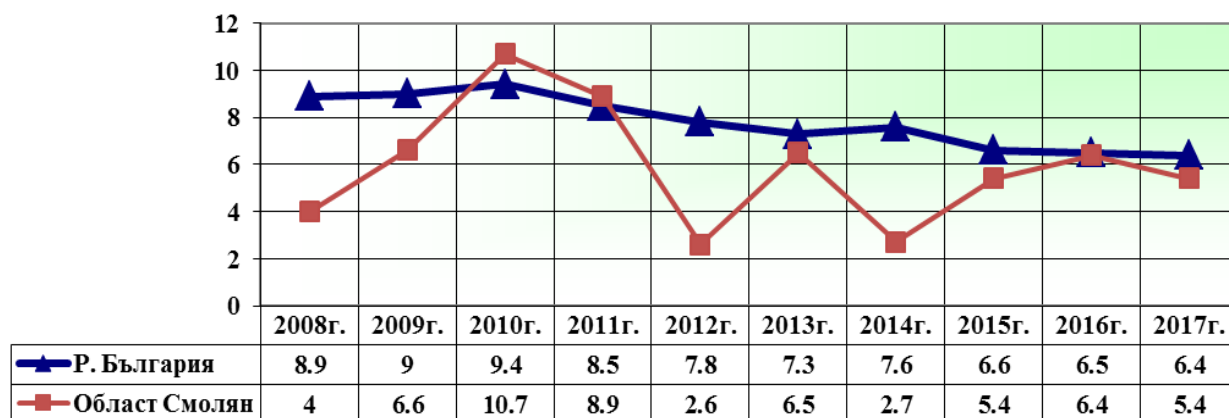
Останалите **7 общини** са с **нулева** детска смъртност за 2017 г.

През 2016 г. детската смъртност в област Смолян е 6,4% живородени с 5 починали деца и е на 10-11 място в страната, колкото е за област Шумен. С най-иски показатели са област Разград с 2,1% и София-столична с 2,5%. С 0,1% показателят е по-добър от този за страната. Едно от децата е починало в ранния неонатален период - ранна неонатална детска смъртност от 1,3%, едно в късния неонатален период - късна неонатална детска смъртност от 1,3%. Двете деца формират неонатална детска смъртност от **2,6 %**. Три деца са починали съответно на дву-, три- и петмесечна възраст и формират постнеонатална детска смъртност от 3,9 %.

През 2015 г. детската смъртност е 5,4% живородени деца с 4 починали деца и на 7-8 място заедно с област Добрич и е с 1,2% по-добър от средният за страната. Две от децата са починали в ранния неонатален период – ранна неонатална детска смъртност 2,7%, едно в късния неонатален период – неонатална детска смъртност 4,1%, едно дете в постнеонаталния период – постнеонатална детска смъртност 1,4%

Явна е тенденцията за областта за **по-ниска** детска смъртност в сравнение със страната, с изключение на 2010 г. и 2011 г., въпреки че след 2014 г. се влошава.

Детска смъртност в Република България и област Смолян за периода 2008г.- 2017г. на % живородени деца



фиг. 4 Детска смъртност в област Смолян и страната (на 1000 живородени деца)

Детска смъртност (умрели деца до 1 г. възраст) в област Смолян

година	общо		В градовете		В селата	
	брой	На 1000 живородени	Брой	На 1000 живородени	брой	На 1000 живородени
2015 г.	4	5,4	3	6,6	1	3,6
2016 г.	5	6,4	3	6,5	2	6,3
2017 г.	4	5,4	2	4,5	2	6,6

Перинатална, неонатална и постнеонатална детска смъртност в област Смолян

Година	Перинатална ДС	Неонатална ДС	Постнеонатална ДС
2015 г.	5,4	4,1	1,4
2016 г.	6,4	2,6	3,9
2017 г.	9,4	4,0	1,4

Детска смъртност по причини

№ на класа	НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ-10	2016 г. - област			2017 г. – област		
		брой	на 1000 живородени	относителен дял (%)	брой	на 1000 живородени	относителен дял (%)
	ОБЩО I – XIX клас	5	6.4	100.0	4	5.4	100.0
I	Някои инфекциозни и паразитни болести						
II	Новообразувания	1	1.3	20.0			
III	Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм						
IV	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата						
VI	Болести на нервната система	1	1.3	20.0			
IX	Болести на органите на кръвообращението						
X	Болести на дихателната система						
XI	Болести на храносмилателната система						
XIV	Болести на пикочо-половата система						
XVI	Някои състояния, възникващи през перинаталния период	2	2.5	40.0	3	4.0	75.0

XVII	Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	1	1.3	20.0	1	1.3	25.0
XVIII	Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде						
XIX	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини						

Брой живородени за 2016 г. – 778 деца

Брой живородени за 2017 г. – 741 деца

Анализът на детската смъртност по причини показва, че за 2017 г. се формира от:

✓ Клас XVI Някои състояния, възникващи през перинаталния период с 3 случая – детска смъртност 4 %, относителен дял 75%:

- 1 дете с P 22 Респираторен дистрес у новороденото;
- 1 дете с P23 – Вродена пневмония
- 1 дете с P22-P29 – Дихателни и сърдечно-съдови нарушения;

✓ Клас XVII Вродени аномалии (пороци в развитието, деформации и хромозомни аберации) 1 новородено – детска смъртност 1,3%, относителен дял 25%;

- Q 24- Други вродени аномалии на сърцето

В структурата на детската смъртност по периоди от първата година от живота за 2017 г. са умираанията в ранния неонатален период в 2 случая, в късния неонатален период в 1 случай и в постнеонаталния период в 1 случай.

За 2016 г. детската смъртност е формирана от 5 починали деца:

✓ Клас XVI Някои състояния, възникващи през перинаталния период с 2 случая – детска смъртност 2,5 %, относителен дял 40%, от които 1 дете с P 26 Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период и 1 дете с P 52 Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото;

✓ Клас II Новообразувания – 1 дете – детска смъртност 1,3%, относителен дял 20% - C 76 Злокачествено новообразувание с други и неточно определени локализации;

✓ Клас VI Болести на нервната система - 1 дете – детска смъртност 1,3%, относителен дял 20% - G40 Епилепсия;

✓ Клас XVII Вродени аномалии (пороци в развитието, деформации и хромозомни аберации) - 1 дете – детска смъртност 1,3%, относителен дял от 20%, - с Q 04 Други вродени аномалии на мозъка.

За 2015 г. детската смъртност е формирана от:

✓ Клас XVI Някои състояния, възникващи през перинаталния период с 2 случая – детска смъртност 2,7 %, относителен дял 50%, от които 1 дете с P 26

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период и 1 дете с Р 53 Хеморагична болест на новороденото;

✓ Клас I Някои инфекциозни и паразитни болести – 1 дете – детска смъртност 1,4%, относителен дял 25% - А 41 Друга септицемия;

✓ Клас XVII Вродени аномалии (пороци в развитието, деформации и хромозомни аберации) - 1 дете – детска смъртност 1,4%, относителен дял от 25%, - с Q 24 Други вродени аномалии на сърцето.

Извод:

Детската смъртност в област Смолян през 2017 г. дели 6 7 място с област Перник след областите с по-ниска детска смъртност в Р. България. След 2011 г. е по-ниска от средната за страната, но бележи ръст.

Непрекъснато влошаващият се жизнен стандарт на населението и обедняването му влоши детската смъртност през 2010 г. и 2011 г., като надвиши този за страната за последното десетилетие, но от 2012 г. отново е по-добър.

Тя е показател, отразяващ нивото на:

- ✓ медицинската помощ;
- ✓ жизнения стандарт на населението;
- ✓ стабилността на гражданското общество.

При петте мъртвородени деца водещите причини за смъртта са от Клас XVI Някои състояния, възникващи в перинаталния период и от Клас XVII: Вродени аномалии/пороци в развитието/, деформации и хромозомни аберации.

При четирите мъртвородени деца водещите причини за смъртта са от Клас XVI Някои състояния, възникващи в перинаталния период и от Клас XVII: Вродени аномалии/пороци в развитието/, деформации и хромозомни аберации.

При двете мъртвородени деца през 2015 г. водеща причина за смъртта е Р 20 Асфиксия на плода

При двете мъртвородени деца през 2014 г. водеща причина за смъртта са болестите от Клас XVI: Някои състояния, възникващи в перинаталния период и Клас XVII: Вродени аномалии/пороци в развитието/, деформации и хромозомни аберации.

Естествен прираст

След 1990 г. в страната умират повече лица, отколкото се раждат. Разликата между родените и умрелите е с отрицателна стойност, в резултат на което населението в държавата непрекъснато намалява.

Тази тенденция е присъща и за област Смолян с постепенно увеличаване на показателя в отрицателна посока. През 2017 г. абсолютният брой на естествения прираст е минус 1030 души с **влошаване** на показателя с 153 души (17,5%) спрямо 2016 г. и с 107 души (11,6%) спрямо 2015 г.

Стойността на коефициента на **естествения прираст** (разлика между ражданията и умираанията на 1 000 души от средногодишния брой на населението) за 2017 г. е минус **9,5 %** при минус 6,5 % за страната и е с **трайна по-неблагоприятна**

тенденция от страната след 2008 г. Спрямо ЕС 28/2016 г. (0,0%/ показателят е с 9,5% по-лош.)

Година/ Стойност	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Област Смолян	-3,7	-4,3	-6,5	-6,7	-6,6	-7,8	-8,2	-8	-9,5
Р.България	-3,5	-4,6	-5,1	-5,5	-5,2	-5,7	-6,2	-6	-6,5

Дължи се основно на по-ниската раждаемост в областта спрямо тази в страната и в по-малка степен на смъртността.

Спрямо 2016 г. коефициентът е **влошен** с 1,5 ‰, а спрямо 2015 г. с 1,3‰.

Различни са стойностите му между отделните общини, между градовете и селата в областта, между града и селото във всяка община.

За **градовете** на областта показателят е **минус 6,1‰**, като е **влошен** е с 0,9‰ спрямо 2016 г. и с 1,7‰ спрямо 2015 г. и с 2,1‰ спрямо средния показател за градовете в страната (минус 4‰). Само гр. Смолян са с по-добър показател от средния за градовете на страната, докато спрямо средният за градовете в областта се присъединява и Мадан. Само Девин, Доспат и Неделино са с по-лош показател от средния за областта.

За **селата** на областта показателят е **минус 13,9‰** като е **влошен** с 2,6‰ спрямо 2016 г. и с 1‰ спрямо 2015 г. Спрямо средната стойност за селата в страната (минус 13,5‰/ е **влошен** с 0,3‰. Показателят за селата в три общини на областта (Баните, Смолян и Чепеларе) е по – лош от средния за селата в страната, спрямо средния за селата на областта се добавят и селата на община Девин.

Най-висок в отрицателна стойност е коефициента в община **Баните** - **минус 23,3‰** с влошаване от 4,6‰ спрямо 2016 г. и от 0,5 ‰ спрямо 2015 г.

На второ място е община **Чепеларе** с **минус 16,1‰** с влошаване на показателя от 3,5‰ спрямо 2016 г. и от 6,3‰ спрямо 2015 г.

На трето място е община **Девин** с **минус 11,8 ‰** с влошаване от 1,8‰ спрямо 2016 г. и подобрение от 1 ‰ спрямо 2015 г.

Най-нисък в отрицателна стойност (най-добър показател) е естественият прираст в община **Рудозем** - **минус 4,6 ‰** с подобрение от **2,8‰** спрямо 2016 г. и от 2,3‰ спрямо 2015 г.

От **градовете** на областта на **първо** място (с **най-лош показател**) е гр. **Чепеларе** – **минус 12,1 ‰** с **влошаване** от 6,5‰ спрямо 2016 г. и от 8,1‰ спрямо 2015 г.

На **второ** място е гр. Девин с **минус 8,8 ‰** с влошаване от 0,7‰ спрямо 2016 г. и 2015 г.

На **трето** място е гр. Мадан с **минус 6,9 ‰**, с влошаване от 2,6‰ спрямо 2016 г. и от 6,6‰ спрямо 2015 г.

С **най-добър** коефициент на естествен прираст е гр. Смолян – **минус 4,3‰** с влошаване от 1‰ спрямо 2016 г. и от 1,1‰ спрямо 2015 г.

Най-висок в отрицателна стойност (най-лош) е показателят за **селата** на община **Чепеларе** – **минус 26,2%** с подобрене от 3,7 % спрямо 2016 г. и с влошаване от 2,7% спрямо 2015 г.

На **второ** място са селата на община **Смолян** – **минус 23,8 %** с влошаване на показателя от 1,6% спрямо 2016 г. и от 2,5% спрямо 2015 г.

На **трето** място са селата на община **Баните** - **минус 23,3%** с влошаване от 4,6% спрямо 2016 г. и от 0,5 % спрямо 2015 г.

Най-малък като отрицателна стойност (**най-добър**) е показателят за **селата** от община **Рудозем** – **минус 3,4 %** с подобряване от 4,6% спрямо 2016 г. и с 2,6% спрямо 2015 г.

Стойностите на естественият прираст в област Смолян **до 2008** година са **по-благоприятни** в сравнение с тези в **Република България, от 2008 г. до 2010 г. са около тези за страната, но след това са от 0,1 до 3 пункта по-лоши** от тези за страната.

Поддържането на отрицателни стойности на естествения прираст е резултат от:

- ✓ застаряването на населението;
- ✓ промените в репродуктивните нагласи на населението, които до голяма степен се дължат или на ниския жизнен стандарт или на отлагане на раждане във времето на по-интелигентните слоеве от населението.

Небивалият спад в раждаемостта и отрицателният прираст на населението все повече ни безпокоят. Необходима е адекватна политика, целяща забавяне на негативните демографски процеси, както и стабилизирането им, съсредоточаване на усилията за подобряване на качествените характеристики на бъдещото поколение.

Основните демографски индикатори – раждаемост, смъртност и естествен прираст определят недоброто състояние на демографските процеси в областта.

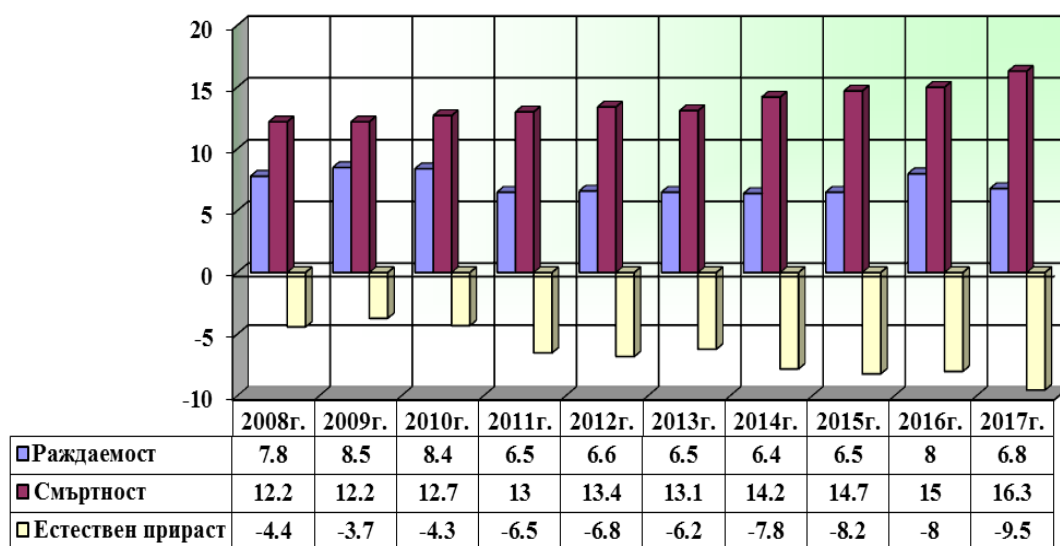


Естествен прираст по общини в област Смолян

община	2015 г.		2016 г.		2017 г.	
	брой	На 1000	брой	На 1000	брой	На 1000

		души		души		души
Баните	- 101	-22,8	- 80	-18,7	- 96	-23,3
Борино	- 28	- 8,4	- 21	- 6,4	- 37	-11,6
Девин	-152	- 12,8	-116	-10,0	-134	-11,8
Доспат	- 19	- 2,2	-25	- 3,0	-49	- 6,0
Златоград	- 70	- 6,1	-52	- 4,7	- 81	- 7,3
Мадан	- 70	- 6,0	-66	- 5,8	- 91	- 8,2
Неделино	- 44	- 6,8	-51	- 8,2	-56	- 9,2
Рудозем	- 66	- 6,9	-69	- 7,4	- 42	- 4,6
Смолян	-303	- 7,9	-308	- 8,1	-334	- 9
Чепеларе	- 70	- 9,8	-89	-12,6	-110	-16,1
Обл.Смолян	-923	- 8,2	-877	- 8,0	-1030	- 9,5

Раждаемост, Смъртност и Естествен прираст в област Смолян за периода от 2008г. до 2017г.



Основно влияние върху демографското развитие на област Смолян оказват общите за страната демографски процеси:

- ✓ намалената брачност ;
- ✓ намалената раждаемост, особено сред по-високо образованите слоеве на населението;
- ✓ засилената урбанизация с преместването на населението към по-големите градове в страната за осигуряване на работно място;
- ✓ увеличената смъртност на населението, особено в селата;
- ✓ интензивна емиграция.

В резултат на тези процеси област Смолян изпадна в сериозна демографска криза.

Намалението на броя на населението в страната е резултат както от баланса между ражданията и умираанията, така и от баланса между заселванията и изселванията в и от страната.

По-интензивното влошаване на икономическите и социалните условия в селата, ограничаването на достъпа до здравни грижи и здравни ресурси и по-ниското образователно ниво на селското население има за последица по-висока обща смъртност.

От демографска гледна точка спадът на раждаемостта в страната се дължи на:

- ✓ понижената плодовитост на жените в детеродна възраст;
- ✓ намаляването на абсолютния брой на жените в детеродна възраст.

Проявяващият се в момента отрицателен ефект от намаляващия брой на жените в детеродна възраст ще дава отражение върху възпроизводството на населението и през следващите десетилетия. Причина за това са както негативните промени във възрастовата структура на жените на възраст 15-49 г., така и намаляващият абсолютен размер и относителен дял на момичета на възраст от 0 до 14 г., които ще участват във възпроизводството на населението през следващите години.

7. ЗДРАВЕН СТАТУС

През 2017 г. в лечебните заведения за извънболнична помощ на Смолянска област са регистрирани **259370** заболявания с **честота** на 1000 души население или **болестност** от **2393,7‰**.

Ръст с 1,1% и 72,2‰ от 2016 г. **Ръст** с 6,53% и 235,1‰ от 2015 г.

Година	Брой регистрирани заболявания	Честота на 1000 души население	Ръст/Спад в честотата на 1000 души население	Ръст/Спад в честотата на 1000 души население
2017	259370	2393,7	2017 г./2016 г. - плюс 72,2	
2016	256554	2321,5	2016 г./2015 г. –плюс 162,9	2017г/2016 г. – плюс 72,2
2015	243470	2158,6	2015 г./2014 г. – минус 65,9	2017 г./2015 г.–плюс 235,1
2014	256037	2224,5	2014г./2013 г. – минус 119,3	2017 г./2014 г. –плюс 173,2
2013	275361	2343,8	2013 г./2012 г.-плюс 233,9	2017 г./2013 г.– плюс 49,9
2012	252356	2109,9	2012 г./2011 г.- минус 9,3	2017 г./2012 г.–плюс 283,8
2011	256782	2119,2	2011 г./2010 г.- плюс 223,5	2017 г./2011 г. - плюс 2393,3
2010	234497	1895,7	2010 г./2009 г.- плюс 276,4	2017 г./2010 г.- плюс 498
2009	203497	1619,3	2009 г./2008 г.- минус 678,4	2017 г./2009 г.- плюс 774,4
2008	292652	2297,7		2017 г./2008 г.-плюс 96

Тенденция за увеличение в броя и честотата на регистрираните заболявания.

Основна причина за това е застаряването на населението с висока повъзrastова полиморбидност.

Структурата на регистрираните заболявания на населението по класове болести през 2017 г. **запazва подчертаната си стабилност**, регистрирана през предходните години. Водещи в болестността и през 2017 г. са същите класове болести както и в предходните периоди, а именно: болестите на органите на кръвообращението и болести на дихателната система.

Водещи в болестността с относителен дял и честота са:

✓ Клас IX Болестите на органите на кръвообращението – с 21,8 % относителен дял (честота 520,6 ‰). Ръст с 0,3% и 21,4‰ от 2016 г. и 0,9% и 70,3‰ от 2015 г.;

✓ Клас X Болести на дихателната система с относителен дял 17,9% (честота 428,3 ‰). Спад с 0,2% и ръст с 7,2‰ от 2016 г. Спад с 0,6‰ и ръст с 21,1‰ от 2015 г.;

✓ Клас XIII Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан с относителен дял **9,5 %** (честота **228,6‰**). Ръст с **0,6%** и **22‰** от 2016 г. и с 1,2% и 48,6 ‰ от 2015 г.

През 2017 г. новорегистрирани са **119 881** заболявания с честота на случаите на 1000 души население (**заболеваемост/ от 1106,4‰**. Спад с **0,38%** , но с **ръст от 17,5‰** от 2016 г. и с 3,46% и с ръст от 6,4‰ от 2015 г.

Водещи в заболеваемостта с относителен дял и честота са:

✓ Клас X Болести на дихателната система - с 32% (честота 354,1‰). Спад с 0,2% и ръст с 24,8‰ от 2016 г. Идентичност на относителния дял и ръст с 1,7‰ от 2015 г.;

✓ Клас XIV Болести на пикочо-половата система - с 8,8% (честота 96,9‰). Спад с 0,5% и 4,4‰ от 2016 г. Спад с 1% и 10,8‰ от 2015 г.;

✓ Клас XIII Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан с относителен дял 7,8% (честота 86,9‰). Идентичност в относителния дял и ръст от 1,7‰ от 2016 г. Ръст от 0,2% и от 3 ‰ от 2015 г.

✓ Клас XIX Травми, отравяния и някои други последици от въздействие на външни причини с относителен дял **7,8%** (честота **86,7‰/ Спад с 0,7%** и 5,6‰ от 2016 г. **Спад с 0,4%** и 3 ‰ от 2015 г.

През 2017 г. в лечебните заведения за извънболнична помощ са регистрирани **216553** заболявания при лица над 18 г. възраст с честота **2323,5 ‰**. Ръст с **0,004%** и **45,2‰** от 2016 г. и с **6,02%** и 219.7‰ от 2015 г.

Водещи в болестността с относителен дял и честота в тази възрастова група са:

✓ Клас IX Болести на органите на кръвообращението с 25,9% (честота 603,4‰). Ръст с 0,5% и 24,9‰ от 2016 г. и с 1,1 % и 81,5‰ от 2015 г.;

✓ Клас XIII Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан с относителен дял 11,2% (честота 259,5‰). Ръст с 0,9% и 25,1‰ от 2016 г. и с 1,5% и 56 ‰ от 2015 г.

✓ Клас X Болести на дихателната система с **11%** (честота **255,4‰**). Спад с 1,3% и 23,9 ‰ от 2016 г. **Спад с 0,5%** и **ръст 12,8‰** от 2015 г.;

През 2017 г. новорегистрирани в тази възрастова група са **85137** заболявания с честота на случаите на 1000 души население (**заболеваемост/ от 913,5‰**. Спад с **3,2%** и 12,2‰ от 2016 г. и с 5,7% и с 16‰ от 2015 г.

Водещи в заболеваемостта с относителен дял и честота са:

✓ Клас X Болести на дихателната система с 21% (честота 191.9‰). Спад с 0,4% и 6‰ от 2016 г. и с 0,5 % и 7,9‰ от 2015 г.;

✓ Клас XIV Болести на пикочо-половата система с 11,1% (честота 101,3‰). Спад с 0,3% и 4,6‰ от 2016 г. и с 1,2% и 13,3‰ от 2015 г.;

✓ Клас XIII Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан с **10,6%** (честота **97,2‰**). Ръст с 0,3% и 1,6‰ от 2016 г. и с 0,5% и 3,7‰ от 2015 г.

През 2017 г. в лечебните заведения за извънболнична помощ са регистрирани **42 817** заболявания при лица до 17 г. възраст с честота **2858,6‰** детско население. Ръст с 7% и 272‰ от 2016 г. и от **9,2%** и 361,7‰ от 2015 г.

Водещи при децата в болестността с относителен дял и честота са:

✓ Клас X Болести на дихателната система с 52,8% (честота 1491,7‰). Ръст с 2,8% и 199,7‰ от 2016 г. Спад с 2,2% и ръст с 119‰ от 2015 г.;

✓ Клас XVIII Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде с 8,8% (честота 247,7‰). Спад с 1,3% и 13‰ от 2016 г. Ръст с 1,3% и 60,6‰ от 2015 г.

✓ Клас VII Болести на окото и придатъците му с **7,4%** (честота **209,7‰**) Ръст с **0,5%** и **29,8 ‰** от 2016 г. и 0,4% и **35,5‰** от 2015 г.

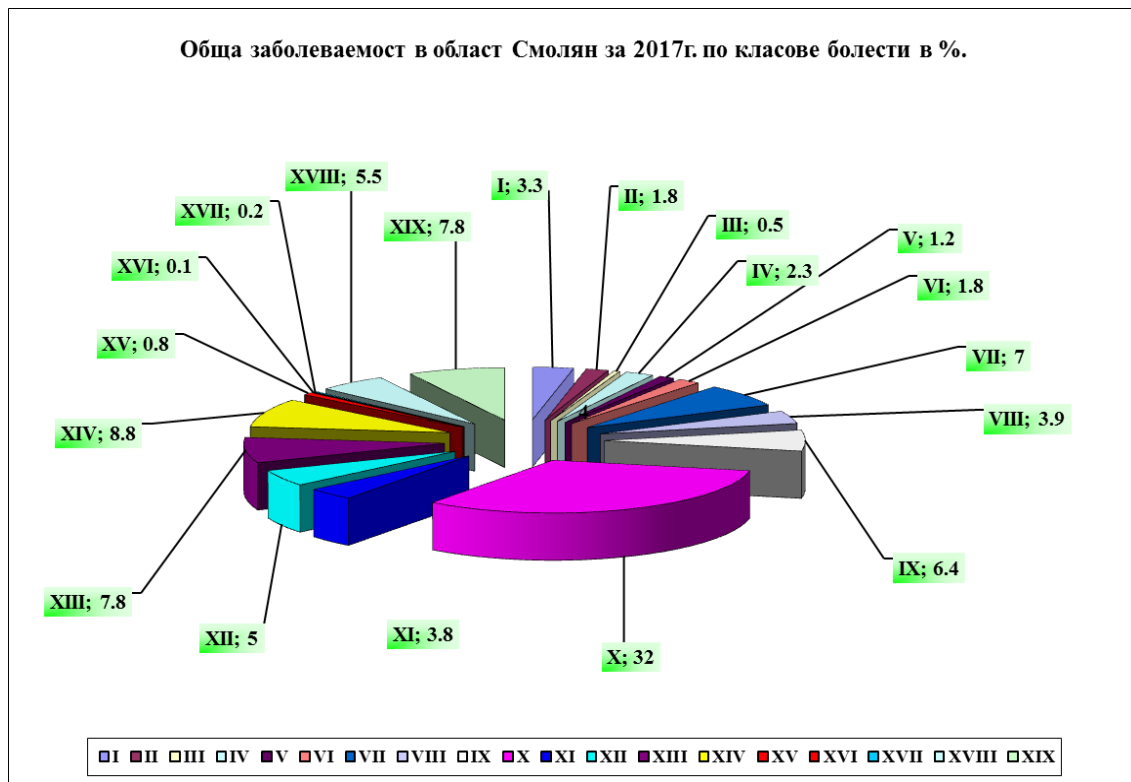
През 2017 г. в лечебните заведения за извънболнична помощ са регистрирани **34 744** заболявания при лица до 17 г. възраст със **заболеваемост** (честота/ **2292,9‰**. Ръст с **7,4%** и **201,1‰** от 2016 г. и с **2,4%** и **132,5‰** от 2015 г.

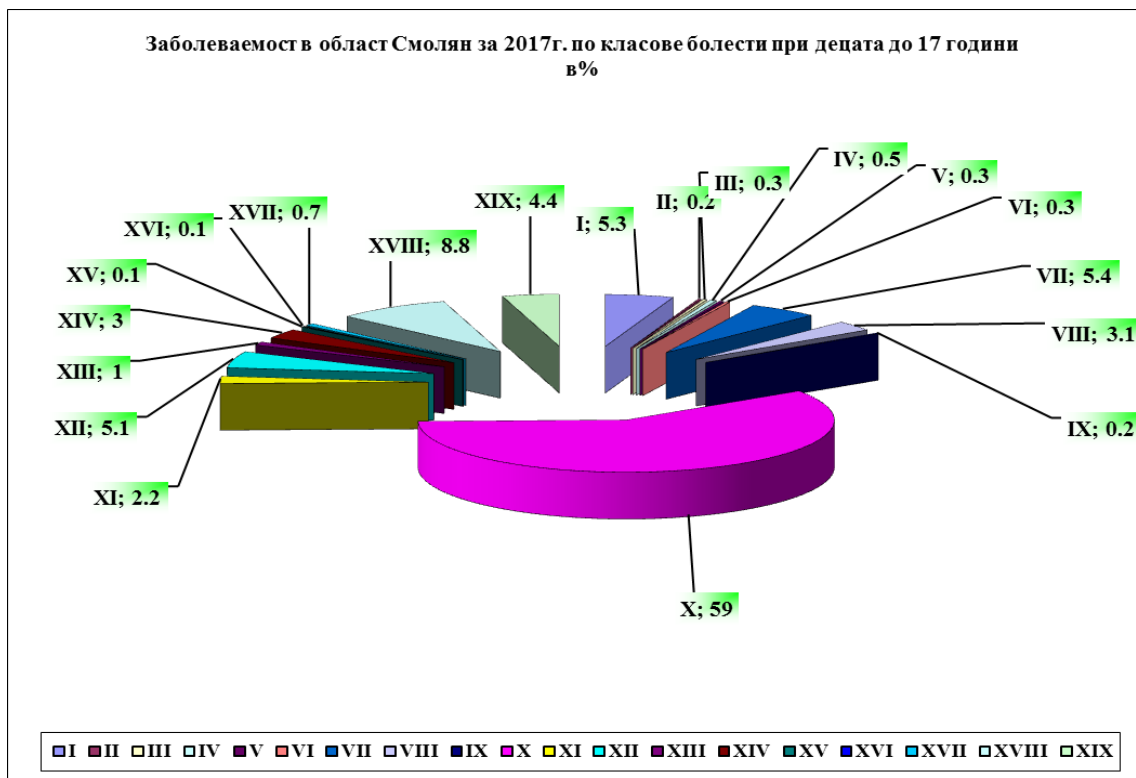
Водещи в заболеваемостта при децата с относителен дял и честота са:

✓ Клас IX Болести на дихателната система с 59% (честота 1351,9‰). Ръст с 4,7% и 215‰ от 2016 г. Спад с 1% и ръст с 56,2‰ от 2015 г.;

✓ Клас XVIII Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде с **8,8%** (честота **201,1‰**). Спад с 0,3% и **ръст с 11,5‰** от 2016 г. Ръст с 0,8% и 28,8‰ от 2015 г.

Клас VII Болести на окото и придатъците му с **5,4%** (честота **124‰**) Ръст с **0,4%** и **19,7 ‰** от 2016 г. и 0,6% и **20,8‰** от 2015 г.





фиг. 6 Структура на заболеваемост на населението от област Смолян през 2017 г.

**Болестност и заболеваемост сред населението за извънболнична помощ
област Смолян 2017 г.**

№ на класа	НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ-10	Болестност			Заболеваемост		
		Регистрирани заболявания	На 1000 души от населението	Относителен дял	Регистрирани заболявания	На 1000 души от населението	Относителен дял
	ОБЩО I – XIX клас	259370	2393.7	100.0	119881	1106.4	100.0
I	Някои инфекциозни и паразитни болести	5171	47.7	2.0	3933	36.3	3.3
II	Новообразувания	5707	52.7	2.2	2104	19.4	1.8
III	Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	1489	13.7	0.6	555	5.1	0.5
IV	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	16848	155.5	6.5	2708	25.0	2.3
V	Психични и поведенчески разстройства	6203	57.2	2.4	1422	13.1	1.2
VI	Болести на нервната система	8135	75.1	3.1	2162	20.0	1.8
VII	Болести на окото и придатъците му	18774	173.3	7.2	8375	77.3	7.0

VIII	Болести на ухото и мастоидния израстък	8000	73.8	3.1	4727	43.6	3.9
IX	Болести на органите на кръвообращението	56404	520.6	21.8	7706	71.1	6.4
X	Болести на дихателната система	46407	428.3	17.9	38368	354.1	32.0
XI	Болести на храносмилателната система	9976	92.1	3.8	4571	42.2	3.8
XII	Болести на кожата и подкожната тъкан	8193	75.6	3.2	6000	55.4	5.0
XIII	Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	24769	228.6	9.5	9412	86.9	7.8
XIV	Болести на пикочо-половата система	21922	202.3	8.4	10502	96.9	8.8
XV	Бременност, раждане и послеродов период	985	9.1	0.4	985	9.1	0.8
XVI	Някои състояния, възникващи през перинаталния период	28	0.3	0.1	28	0.3	0.1
XVII	Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	918	8.5	0.4	273	2.5	0.2
XVIII	Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неklasифицирани другаде	9468	87.4	3.6	6661	61.5	5.5
XIX	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	9973	92.0	3.8	9389	86.7	7.8

Средногодишен брой население за 2017 г. – 108354 души

**Болестност и заболяемост сред населението за извънболнична помощ
област Смолян 2016 г.**

№ на класа	НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ-10	Болестност			Заболеваемост		
		Регистрирани заболявания	На 1000 души от населението	Относителен дял	Регистрирани заболявания	На 1000 души от населението	Относителен дял
	ОБЩО I – XIX клас	256554	2321.5	100.0	120340	1088.9	100.0
I	Някои инфекциозни и паразитни болести	5505	49.8	2.2	4608	41.7	3.8
II	Новообразувания	5717	51.7	2.2	2347	21.2	1.9
III	Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	1490	13.5	0.6	562	5.1	0.5

IV	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	17577	159.0	6.9	2187	19.8	1.8
V	Психични и поведенчески разстройства	6253	56.6	2.4	1658	15.0	1.4
VI	Болести на нервната система	8673	78.5	3.4	2427	22.0	2.0
VII	Болести на окото и придатъците му	16431	148.7	6.4	6700	60.6	5.6
VIII	Болести на ухото и мастоидния израстък	7746	70.1	3.0	4781	43.3	4.0
IX	Болести на органите на кръвообращението	55106	498.6	21.5	8563	77.5	7.1
X	Болести на дихателната система	46532	421.1	18.1	36392	329.3	30.2
XI	Болести на храносмилателната система	10061	91.0	3.9	4713	42.6	3.9
XII	Болести на кожата и подкожната тъкан	8240	74.6	3.2	6223	56.3	5.2
XIII	Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	22833	206.6	8.9	9419	85.2	7.8
XIV	Болести на пикочо-половата система	22353	202.3	8.7	11193	101.3	9.3
XV	Бременност, раждане и послеродов период	1084	9.8	0.4	1084	9.8	0.9
XVI	Някои състояния, възникващи през перинаталния период	54	0.5	0.1	54	0.5	0.1
XVII	Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	861	7.8	0.3	380	3.4	0.3
XVIII	Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неklasифицирани другаде	9835	89.0	3.8	6846	61.9	5.7
XIX	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	10203	92.3	4.0	10203	92.3	8.5

Средногодишен брой население за 2016 г. – 110513 души

Хоспитализирана заболеваемост

Хоспитализираната заболеваемост не може да бъде използвана за цялостна, а само за косвена характеристика на общата заболеваемост сред населението.

Хоспитализираните случаи по Класове болести от I до XIX в стационарите на лечебните заведения в област Смолян (Четириете многопрофилни болници и Център за психично здраве – Смолян) през 2017 г. са **23941 – 2209,5 на 10000 (0/000) души от средногодишния брой население за област Смолян.**

С **655** хоспитализации (**2,66%**) по-малко от 2016 г. и с **321** (1,32%) от 2015 г.

Намаление с 16,1 0/000 в честотата от 2016 г. и увеличение с 58,5 0/000 от 2015 г.

В структурата на хоспитализираните болни по класове болести водещи са:

✓ Клас IX Болестите на органите на кръвообращението с относителен дял 19,3% (426,8 0/000). Ръст с 0,3% и 2,8 0/000 от 2016 г. Ръст с 0,6%, но със спад от 1,1 0/000 от 2015 г.;

✓ Клас X Болестите на дихателната система с относителен дял 10,4 % (230,2 0/000). Ръст с 0,7% и 14,6 0/000 от 2016 г. и с 0,3% и 13,2 0/000 от 2015 г.

✓ Клас XIII Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан с относителен дял 9,4% (208,4 0/000). Идентичност в относителния дял и ръст от 0,5 0/000 от 2016 г. Ръст от 0,7% и 20,4 0/000 от 2015 г.;

Завишаване на хоспитализираната заболеваемост на 10000 души население се отчита при 5 от класовете болести при съпоставка на 2017 г. с 2016 г. и 2015 г.

<i>Клас по МКБ 10</i>	<i>2015 г.</i>	<i>2016 г.</i>	<i>2017 г.</i>
IV Болести на ендокринната система, р-ва на храненето и обмяната на в-та.	178,3	187,2	196,4
VI Болести на нервната система	49,9	53,8	56,9
VII Болести на окото и придатъците му	54,8	64,0	68,3
X Болести на дихателната система	217,0	215,6	230,2
XIX Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	122,0	126,8	130,6

Намаление на хоспитализираната заболеваемост на 10000 души население се отчита при 7 от класовете болести при съпоставка на 2017 г. с 2016 г. и 2015 г.:

<i>Клас по МКБ 10/Година</i>	<i>2015 г.</i>	<i>2016 г.</i>	<i>2017 г.</i>
I Някои инфекциозни и паразитни болести	49,1	42,3	39,7
II Новообразувания	25,1	27,5	24,4
III Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	7,4	8,0	6,6
V Психични и поведенчески разстройства	59,0	54,9	52,0
VIII Болести на ухото и мастоидния израстък	85,6	83,9	83,2
XIV Болести на пикочо-половата система	179,6	179,6	168,7
XVIII Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични изследвания, неклассифицирани другаде	61,6	65,6	53,4

Намаление на хоспитализираната заболеваемост на 10000 души население спрямо 2016 г., но увеличение спрямо 2015 г. се наблюдава при 6 класа болести:

<i>Клас по МКБ 10/Година</i>	<i>2015 г.</i>	<i>2016 г.</i>	<i>2017 г.</i>
IX Болести на органите на кръвообращението	427,9	424,0	426,8
XI Болести на храносмилателната система	173,2	178,4	177,4

XII Болести на кожата и подкожната тъкан	78,5	97,5	88,4
XIII Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	188,0	208,9	208,4
XV Бременност, раждане и послеродов период	180,0	195,4	187,7
XVI Някои състояния, възникващи в перинаталния период	8,3	11,5	9,8

Комплексни са причините за реализиран ръст в хоспитализациите по някои класове болести. Не малък дял се дължи на повъзрастовата структура на населението в областта с увеличаващ се дял на възрастното население, което страда от хронични неинфекциозни заболявания, което не провежда достатъчно качествено поддържащо лечение поради ниския си материален статус и по-трудния достъп до специалист особено от по-отдалечените населени места от областния център, където работят най-много както по вид така и по брой лекари - специалисти.

Съпоставяйки отделните години на периода 2008 г. – 2017 г. в хоспитализираната заболеваемост като общ брой се наблюдава постепенно намаляване на хоспитализациите.

Хоспитализирана заболеваемост (изписани и умрели) в Област Смолян за 2017 г.

	НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ-10	Изписани болни	На 10 000 души от населението	Относителен дял
	ОБЩО I - XIX клас	23941	2209.5	100.0
I	Някои инфекциозни и паразитни болести	430	39.7	1.8
II	Новообразувания	264	24.4	1.1
III	Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	71	6.6	0.3
IV	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	2128	196.4	8.9
V	Психични и поведенчески разстройства	563	52.0	2.4
VI	Болести на нервната система	616	56.9	2.6
VII	Болести на окото и придатъците му	740	68.3	3.1
VIII	Болести на ухото и мастоидния израстък	901	83.2	3.8
IX	Болести на органите на кръвообращението	4625	426.8	19.3
X	Болести на дихателната система	2494	230.2	10.4
XI	Болести на храносмилателната система	1922	177.4	8.0
XII	Болести на кожата и подкожната тъкан	958	88.4	4.0
XIII	Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	2258	208.4	9.4
XIV	Болести на пикочо-половата система	1828	168.7	7.6

XV	Бременност, раждане и послеродов период	2034	187.7	8.5
XVI	Някои състояния, възникващи през перинаталния период	106	9.8	0.4
XVII	Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	9	0.8	0.1
XVIII	Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде	579	53.4	2.4
XIX	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	1415	130.6	5.9

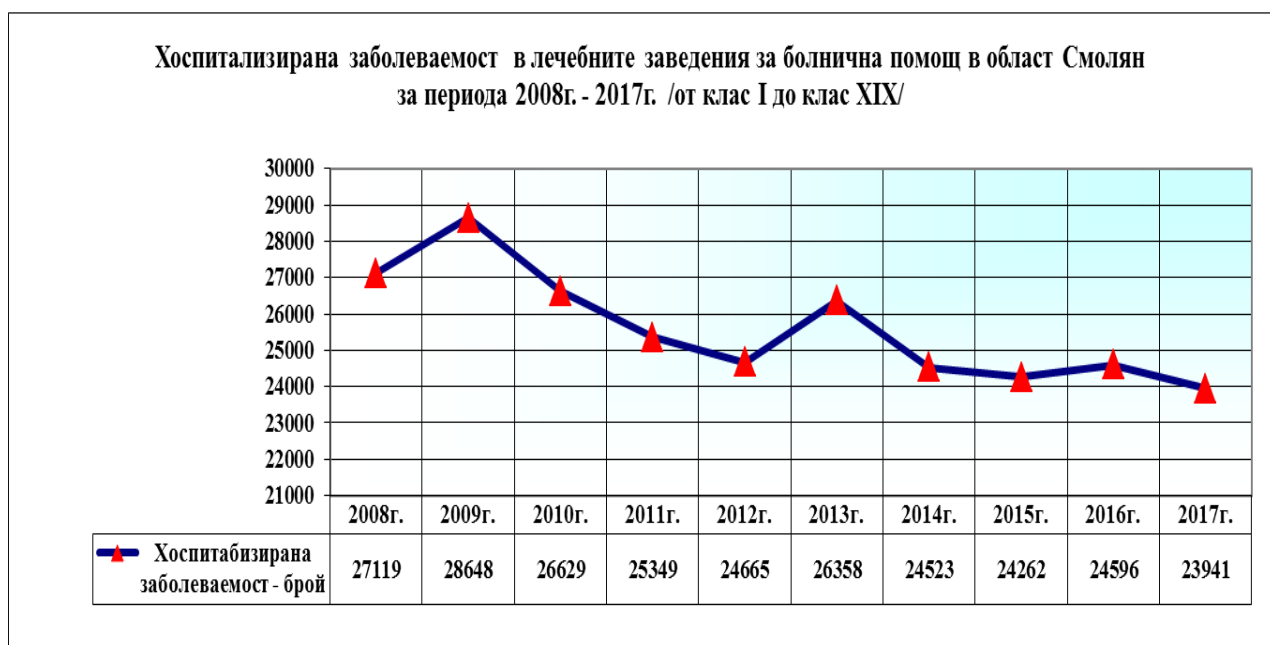
Средно годишен брой население за 2016 г. – 108354 души

Хоспитализирана заболеваемост (изписани и умрели) в Област Смолян за 2016 г.

	НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ-10	Изписани болни	На 10 000 души от населението	Относителен дял
	ОБЩО I - XIX клас	24596	2225.6	100.0
I	Някои инфекциозни и паразитни болести	468	42.3	1.9
II	Новообразувания	304	27.5	1.2
III	Болести на кръвта, кръвотворните органи и отделни нарушения, включващи имунния механизъм	88	8.0	0.3
IV	Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата	2069	187.2	8.4
V	Психични и поведенчески разстройства	607	54.9	2.5
VI	Болести на нервната система	595	53.8	2.4
VII	Болести на окото и придатъците му	707	64.0	2.9
VIII	Болести на ухото и мастоидния израстък	927	83.9	3.8
IX	Болести на органите на кръвообращението	4686	424.0	19.0
X	Болести на дихателната система	2383	215.6	9.7
XI	Болести на храносмилателната система	1972	178.4	8.0
XII	Болести на кожата и подкожната тъкан	1077	97.5	4.4
XIII	Болести на костно-мускулната система и на съединителната тъкан	2309	208.9	9.4
XIV	Болести на пикочо-половата система	1985	179.6	8.1

XV	Бременност, раждане и послеродов период	2159	195.4	8.8
XVI	Някои състояния, възникващи през перинаталния период	127	11.5	0.5
XVII	Вродени аномалии [пороци на развитието], деформации и хромозомни аберации	7	0.6	0.1
XVIII	Симптоми, признаци и отклонения от нормата, открити при клинични и лабораторни изследвания, неклассифицирани другаде	725	65.6	2.9
XIX	Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	1401	126.8	5.7

Средно годишен брой население за 2016 г. – 110513 души



Заболяванията, които в най-голяма степен оформят профила на смъртността и заболяемостта в област Смолян се обхващат с общото понятие социално-значими заболявания:

- ✓ Болестите на органите на кръвообращението;
- ✓ Злокачествените новообразувания;
- ✓ Хроничните заболявания на дихателната система;
- ✓ Травмите, злополуките и отравянията;
- ✓ Захарният диабет.

Основните здравни проблеми за Смолянска област са свързани най-често с:

1. Висок относителен дял на умираанията от болестите на:

- органите на кръвообращението (63,2%) сред цялото население и особено сред лицата в активна възраст;

- новообразуванията (18,9%);
- храносмилателната система (4,3%).

2. Високо ниво на заболяемост и болестност на:

- дихателната система, особено сред лицата в активна възраст;
- органите на кръвообращението;
- пикочо-половата система;

3. Висок относителен дял в структурата на разходите за болнично лечение и рехабилитация, свързано с високо квалифицирана и специализирана медицинска помощ, високо ниво на техническо оборудване, комплексно лечение с използване на скъпоструващи медикаменти;

4. Значителни социални, медицински, икономически и психологични щети за самите болни и за техните семейства.

Ясно се забелязва тенденция за все по – голямо нарастване на смъртността от т.нар. социално - значими заболявания, в които се включват сърдечно - съдовите, онкологичните, белодробните, психичните заболявания, захарния диабет, травмите и отравянията. Обезпокояваща е тенденцията за подмладяване на тези заболявания. Социалната значимост на сърдечно - съдовите заболявания се определя от тяхната масовост и хронично протичане, основна причина са за заболяемостта и инвалидизирането на населението.

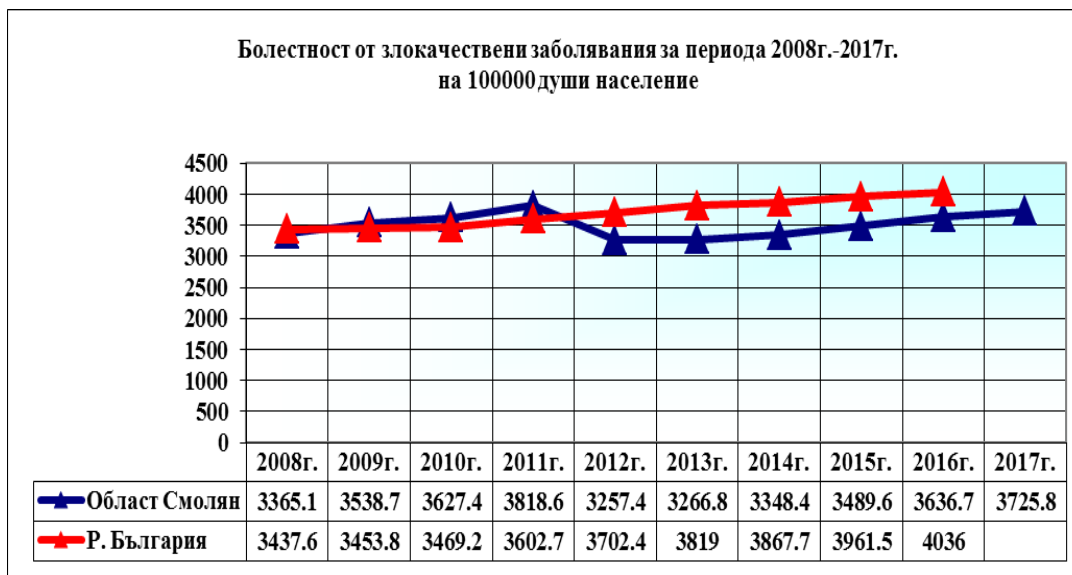
През 2017 г. под диспансерно наблюдение в КОЦ-Пловдив са били **4037** пациента от Смолянска област - 3,72% от средногодишното население на областта за 2017 г. С **18** (0,45%) **повече** от 2016 г. и с **101**(2,57%) **повече** от 2015 г.

За 2017 г. все още няма публикувани данни за страната. За 2016 г. са 287682 – 4% от средногодишното население на страната. За 2015 г. са 284355 души – 3,96%, за 2014 г. - 279402 души – 3,87%. За 2013 г. - 277456 души – 3,8%.

Коефициентът на болестност достига 3725,8 0/0000 души население **с ръст от 89,1** 0/0000 спрямо 2016 г. и от 236,2 0/0000 спрямо 2015 г. като не се наблюдава съществена промяна в структурата по нозологичен признак.

За 2017 г. все още няма публикувани данни за страната. За 2016 г. е 4036 0/0000 – 399,3 0/0000 повече от този за областта. За 2015 г. е 3961,5 0/0000 и е с 471,9 0/0000 повече от тази в областта.

Болестността от злокачествени новообразувания се увеличава като бележи възходяща тенденция, но е с по-ниски стойности от страната след 2012 г. и се дължи както на по-малкото нови случаи така и на по-лоша преживяемост.



Най-много са диспансеризираниите лица по повод на „Меланом и други злокачествени образувания на кожата С43-С44” – 1004 (болестност 926,6 0/0000) с 15 (1,52%) повече от 2016 г. и с 62/6,6%) повече от 2015 г. Ръстът в болестността е от 31,7 0/0000 спрямо 2016 г. и от 91,4 0/0000 спрямо 2015 г.

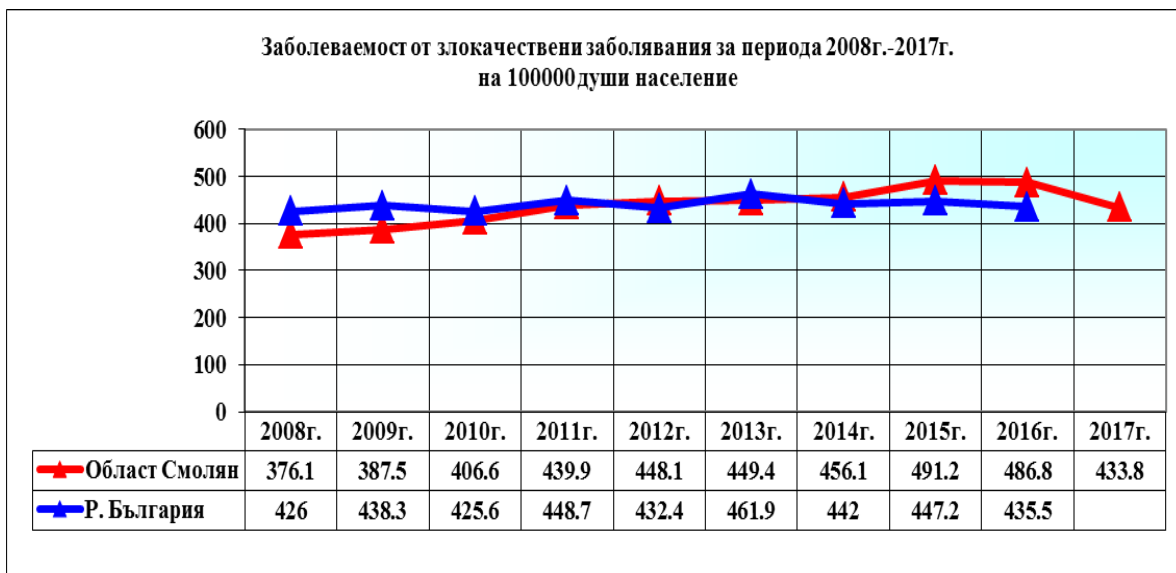
На второ място са лицата със злокачествени заболявания на млечната жлеза С50 – 726 (болестност 670 0/0000), с 12 (1,7%) повече от 2016 г. и с 35 (5,07%) повече от 2015 г. Ръст в болестността от 23,9 0/0000 спрямо 2016 г. и от 57,4 0/0000 спрямо 2015 г.

На трето място са злокачествените заболявания на храносмилателните органи С15 – С26 с 414 болни (болестност 382,1 0/0000), с 15 (3,5%) по-малко от 2016 г. и с 23 (5,26%) по-малко от 2015 г. Спад в болестността от 6,1 0/0000 спрямо 2016 г. и от 5,3 0/0000 спрямо 2015 г.

През 2017 г. новорегистрирани са 470, с 68 (12,6%) по-малко от 2016 г. и с 84 (15,2%) по-малко от 2015 г. Заболеваемостта е 433,8 0/0000. Спад в заболеваемостта е от 53 0/0000 спрямо 2016 г. и от 57,4 0/0000 спрямо 2015 г. За страната – 31041.

За 2017 г. за страната няма публикувани данни. За 2016 г. заболеваемостта е 435,5 0/0000 – с 51,3 0/0000 по-малко от областта. За 2015 г. - 447,2 0/0000 – с 44 0/0000 по-малко от областта като след 2013 г. е с тенденция за по-ниска от показателя за областта.

Честотата на новите случаи на заболяване от злокачествени новообразувания в областта се увеличава до 2016 г. отбелязвайки възходяща тенденция, след което се отбелязва намаление.



Няма динамика в нозологичната структура на тези заболявания при съпоставянето им с предходните години. Висока е заболеваемостта от злокачествени новообразувания на:

✓ Храносмилателните органи С 15 - С 26 – 87,7 0/0000 със спад от 6,4 0/0000 спрямо 2016 г. и от 17,8 0/0000 спрямо 2015 г.;

✓ Дихателни органи и гръден кош С 30 - С 39 – 52,6 0/0000 със спад от 2,6 0/0000 спрямо 2016 г. и от 12,1 0/0000 спрямо 2015 г.;

✓ Меланом и други злокачествени новообразувания на кожата С 43 - С 44 – 74,8 0/0000 със спад от 4,8 0/0000 спрямо 2016 г. и ръст от 12,7 0/0000 спрямо 2015 г.

✓ По-особено място заемат злокачествените заболявания по полов признак, където показателите се изчисляват на брой женско и мъжко население в областта:

✓ Женска гърда с 86 0/0000 женско население със спад от 14,4 0/0000 спрямо 2016 г. и от 15,9 0/0000 спрямо 2015 г.;

✓ Женски полови органи с 105,8 0/0000 женско население със спад от 8,7 0/0000 спрямо 2016 г. и от 8,1 0/0000 спрямо 2015 г.;

✓ Мъжки полови органи с 81,8 0/0000 мъжко население с ръст от 9,2 0/0000 спрямо 2016 г. и спад от 0,2 0/0000 спрямо 2015 г.

Четиридесет и пет са регистрираните лица под диспансерно наблюдение в Комплексен онкологичен център - Пловдив до 18 годишна възраст от Смолянска област за 2017 г., с **4 (9,8%) повече** от 2016 г. и с **6 (15,4%) повече** от 2015 г.

Коефициентът на болестност за 2017 г. е **297** на 100000 население във възрастова група от 0 г. до 18 г. (0/0000/, с **31,9 0/0000 повече** от 2016 г. и с **48,7 0/0000 повече** от 2015 г.

Четири са новооткритите заболявания през 2017 г., което формира заболеваемост от **26,4 0/0000** с по 1 случай на яйчник (С 56/ и 2 на Главен мозък (С 71/ и 1 с Лимфоидна левкемия (С 91).

Коефициентът на заболеваемост за 2017 г. е **26,4** на 100000 население във възрастова група от 0 г. до 18 г. (0/0000/, с **13,5 0/0000 повече** от 2016 г. и с **13,7 0/0000 повече** от 2015 г.

Регистрирани заболявания от злокачествени новообразувания

	2016				2017			
	Всичко	в т.ч.	Всичко	в т.ч.	Всичко	в т.ч.	Всичко	в т.ч.
		новоткр ити		новоткр ити		новоткр ити		новоткр ити
Брой	На 100 000 от населението		Брой	На 100 000 от населението				
Общо	4019	538	3636.7	486.8	4037	470	3725.8	433.8
Устни, устна кухина и фаринкс	179	13	162.0	11.8	171	8	157.8	7.4
в т.ч. : устни	119	3	107.7	2.7	117	3	108.0	2.8
Храносмилателни органи и перитонеум	429	104	388.2	94.1	414	95	382.1	87.7
в т.ч. : стомах	69	25	62.4	22.6	64	26	59.1	24.0
дебело черво, ректум ректосигмоидна област и анус	329	54	297.7	48.9	313	48	288.9	44.3
Дихателна система	134	61	121.3	55.2	138	57	127.4	52.6
в.т.ч.: трахея, бронхи, бял дроб	69	48	62.4	43.4	71	49	65.5	45.2
Кости, съединителна тъкан, кожа и млечни жлези	1784	156	1614.3	141.2	1807	130	1667.7	120.0
в.т.ч.: меланом и други злокачествени новообразувания на кожата	989	88	894.9	79.6	1004	81	926.6	74.8
женска гърда/1	713	57	1255.6	100.4	725	48	1299.5	86.0
Пикочо-полови органи	1110	147	1004.4	133.0	1147	141	1058.6	130.1
в.т.ч. маточна шийка/1	145	20	255.4	35.2	149	15	267.1	26.9
тяло на матката/1	282	24	496.6	42.3	289	26	518.0	46.6
яйчник и други придатъци на матката/1	136	18	239.5	31.7	135	16	242.0	28.7
Простата/2	212	37	394.6	68.9	229	36	435.7	68.5
пикочен мехур	183	35	165.6	31.7	189	28	174.4	25.8
Други	383	57	346.6	51.6	360	39	332.2	36.0

¹⁾ На 100 000 жени

²⁾ На 100 000 мъже

Средно годишен брой население за 2016 г. – 110513 души

Средно годишен брой мъжко население за 2016 г. -53729 души

Средно годишен брой женско население за 2016 г. - 56784 души

Средно годишен брой население за 2017 г. – 108354 души

Средно годишен брой мъжко население за 2017 г. -52565 души

Средно годишен брой женско население за 2017 г. - 55789 души

През 2017 г. на територията на област Смолян са регистрирани **543** остри заразни заболявания (без грип и ОРЗ и паразитози), формиращи остра заразна

заболеваемост от **501,1** на 100000 души население (0/0000). За 2016 г. са 1069 (967,3 0/0000). За 2015 г. са 585 (518,6 0/0000).

Реализиран е **значителен спад** от **1 път** и от 466,2 0/0000 спрямо 2016 г. и от 7,2 % и от 17,5 0/0000 спрямо 2015 г.

Намалението се дължи основно на по-малко заболелите от Варицела.

През 2017 г. в структурата на общата инфекциозна заболеваемост по нозологични единици **водещ** е делът на **Ентероколитите** с **223** заболели (относителен дял **41,06%** и **заболеваемост 205,8 0/0000**).

На второ място е Варицелата с 201 заболели (относителен дял 37,01% и заболеваемост от 185,5 0/0000).

На трето място е **Вирусният хепатит** с 30 заболели (относителен дял от **5,52 %** и заболеваемост от **27,7 0/0000**).

С най-висок относителен дял са **чревните** инфекции с 48,25% при 27,03% за 2016 г. и 69,05% за 2015 г.

На второ място са **въздушно-капковите** инфекции – 44,93% при 66,79% за 2016 г. и 27,35% за 2015 г.

На трето място са вирусните хепатити с 5,52% при 4,67% за 2016 г. и 1,7% за 2015 г.

Най-нисък е относителният дял на трансмисивните инфекции (Лаймска борелиоза) и мененгити/менингоенцефалити - по 0,6% и ХИВ инфекция – 0,18%.

Не са регистрирани заболели от:

✓ Морбили, Коклюш, Епидемичен паротит, Менгококов менингит и сепсис, Рубеола, Кримска хеморагична треска, Ку треска, Малария, Антракс, Лептоспироза, Тетанус, Дизентерия, полово предавани инфекции .

Регистрира се **намаление** спрямо 2016 г. на заболелите от:

✓ Варицела – 201 болни (656 за 2016 г.) - заболеваемост 185,5 0/0000
✓ Скарлатина - 19 болни (46 за 2016 г.) - заболеваемост 17,5 0/0000
✓ Вирусен хепатит – 30 болни (50 за 2016 г.) - заболеваемост 27,7 0/0000
✓ Вирусни гастроентерити, колиентерити – 30 болни (56 за 2016 г.) - 27,7 0/0000

✓ Бактериални менингити и менингоенцефалити – 2 болни (4 за 2016 г./ - заболеваемост 1,8 0/000

✓ Вирусни менингити и менингоенцефалити – 1болен (6 за 2016 г./ - заболеваемост 0,9 0/0000

✓ Регистрира се **ръст** спрямо 2016 г. на заболелите от:

✓ Салмонелоза – 9 болни (7 за 2016 г.) – заболеваемост 8,3 0/0000

✓ Ентероколити -223 болни (222 за 2015 г.)- заболеваемост 205,8 0/0000

✓ Лаймска борелиоза – 3 болни (2 за 2016 г.)–заболеваемост 2,8 0/0000

✓ Без промяна спрямо 2016 г.:

✓ ХИВ инфекция – 1 болен (1 за 2016 г.) - заболеваемост 0,9 0/0000

Болестността от активна **Туберкулоза** през 2016 г. е от **66** случая– **60, 9 0/0000** с ръст от 3 случая (4,8%) от 2016 г. и от 17 случая (34,7%) от 2015 г.

Отчетлива тенденция за **увеличение** през последните години.

Данните за областта са значително по-благоприятни, от тези за страната.

Година	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Болестност									
Р.България	109,4 0/000 0	90,5 0/000 0	74,3 0/000 0	75,8 0/000 0	69,4 0/000 0	66,9 0/000 0	62,8 0/000 0	60,4 0/000 0	Няма данни
Област Смолян	59,9 0/000 0	64,7 0/000 0	57,8 0/000 0	46,8 0/000 0	40 0/000 0	41,7 0/000 0	43,4 0/000 0	57 0/000 0	60,9 0/000 0
Заболеваемост									
Р. България	33,6 0/000 0	30,3 0/000 0	27,9 0/000 0	26,6 0/000 0	23,8 0/000 0	23,2 0/000 0	21,9 0/000 0	21,7 0/000 0	Няма данни
Област Смолян	20,7 0/000 0	19,4 0/000 0	21,5 0/000 0	21,7 0/000 0	15,3 0/000 0	17,4 0/000 0	17,7 0/000 0	12,7 0/000 0	24 0/000 0

Новорегистрираните случаи са 26. Реализирано е почти двойно увеличение - 12 случая (85,7%) от 1017 г. и от 6 случая (30%) от 2015 г. Формират заболеваемост от 24,0 0/000 с ръст от 11,3 0/0000 от 2016 г. и 6,3 0/0000 от 2015 г.

Значително по-благоприятни са от тези за страната – до 2017 г. (заболеваемост за 2013 г. – 23,8 0/0000 - за 2016г21,7 0/0000, за 2017 г. все още няма публикувани данни).

Туберкулозата на дихателните органи е при при 48 болни (болестност от 44,3 0/0000/, с ръст от 3 случая (6,7%) от 2016 г. и от 14 случая (41,2%) от 2015 г. Ръст в болестността от 3,6 0/0000 от 2016 г. и с 14,2 0/0000 от 2015 г.

Увеличен е броят на новорегистрираните (новооткрити и с рецидив) болни с тази локализация – 19 (заболеваемост 17,5 0/0000/, с 8 повече (7,2%) от 2016 г. и с 3 повече (18,8%) от 2015 г.

Извън белодробните форми на туберкулоза са при 18 болни (болестност 16,6 0/0000/, колкото и през 2016 г. (болестност 16,3 0/0000) и с ръст от 20% спрямо 2015 г.

Съотношението на новооткритите случаи на белодробната към извънбелодробната Туберкулоза за 2017 г. е 2,71:1 при 3,66:1 за 2016г, реализирайки тенденция за увеличение на белодробните форми.

Регистрирани заболявания от активна туберкулоза по форма на заболяването
(брой)

Форма на заболяването	2015 г.		2016 г.		2017 г.	
	брой	На 100 000	брой	На 100 000	Брой	На 100 000
Общо	49	43.4	63	57.0	66	60.9

в т.ч. новооткрити + рецидиви	20	17.7	14	12.7	26	24.0
Туберкулоза на дих. органи	34	30.1	45	40.7	48	44.3
в т.ч. новооткрити + рецидиви	16	14.2	11	9.9	19	17.5
Туберкулоза на нервната система	2	1.8	4	3.6	5	4.6
в т.ч. новооткрити + рецидиви	1	0.9	2	1.8	1	0.9
Туберкулоза на костите и ставите	2	1.8	2	1.8	1	0.9
в т.ч. новооткрити + рецидиви	1	0.9	-	-	-	-
Туберкулоза на пикочо-половите органи	-	-	-	-	-	-
в т.ч. новооткрити + рецидиви	-	-	-	-	-	-
Други форми на активна туберкулоза	11	9.8	12	10.9	12	11.1
в т.ч. новооткрити + рецидиви	2	1.8	1	0.9	6	5.5

Средногодишен брой население за : - 2015 г. – 112793 души

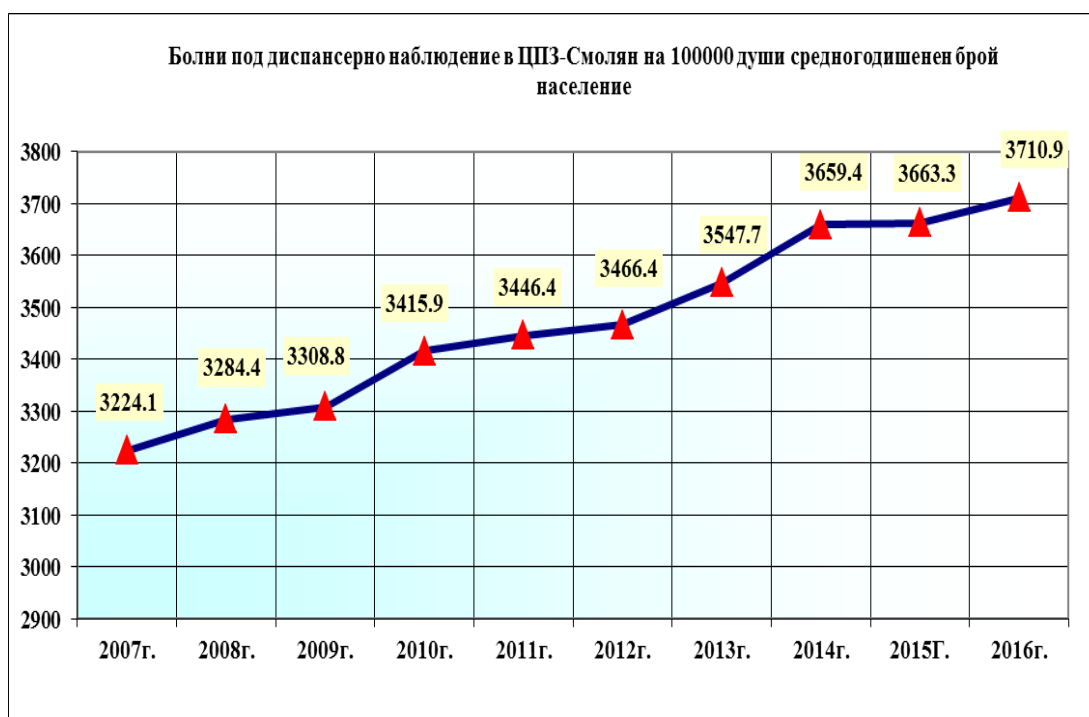
- 2016 г. – 110513 души

- 2017 г. – 108354 души

В лечебните заведения за психиатрична помощ в област Смолян през 2017 г. се водят под **диспансерно** наблюдение **4020** лица, с 81 (1,97%) повече от 2016 г. и 112 (2,71%) по-малко от 2016 г.

За част от намалението причината е не изразено съгласие от пациентите за вписване в регистъра. Всички се водят на диспансерен учет в „Център за психично здраве – Смолян” ЕООД.

Наблюдаваната тенденция на нарастване на диспансеризираните лица от психични заболявания на 100000 души население през настоящата година е преустановено, видно от графиката:



Най-голям е относителният дял и честотата и с явна тенденция за завишаване на лицата под наблюдение с:

✓ Шизофрения и шизотипни и налудни разстройства (F20 - F29) с 970,0 0/000 с ръст от 7,2 0/0000 от 2016 г. и от 18,7 0/0000 от 2015 г.;

✓ Умствена изостаналост (F70 - F79) с 913,7 0/0000 с ръст от 10,6 0/000 от 2016 г. и 26,2 0/0000 от 2015 г.;

✓ Разстройства на настроението (афективни разстройства - F 0- F39) с 708,8 0/0000 с ръст от 9,3 0/0000 от 2016 г. и с 22,6 0/0000 от 2015 г.;

Психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употребата на алкохол (F10) с 329,5 0/0000 със спад от 27 0/0000 от 2016 г. и с 29,6 0/0000 от 2015 г.

8. ОПРЕДЕЛЯЩИ ЗДРАВЕТО ФАКТОРИ

Рисковите фактори, влияещи върху здравето на населението се свързват:

- ✓ с начина на живот;
- ✓ с жизнената среда (екологична, трудова, семейна);
- ✓ със системата на здравеопазване;
- ✓ с редица биологични характеристики.
- ✓ Върху появата и въздействието на рисковите фактори имат определено влияние:
 - ✓ икономическите и социални условия в България, като безработицата;
 - ✓ намаляването на доходите на значителна част от населението;
 - ✓ увеличаването на неграмотните и на лицата с ниска степен на образование;
 - ✓ влошената структура на разходите (повишаване на дела на разходите за храна);
 - ✓ влошената структура на потреблението (намаление на консумацията на основните хранителни продукти – мляко, месни произведения, пресни плодове и зеленчуци).

Посочените по-горе фактори влияят върху „начина на живот” и на неговите компоненти върху здравето на населението.

Важни негативни фактори, свързани с начина на живот са:

1. поведенческите, свързани с:
 - ✓ тютюнопушене;
 - ✓ злоупотреба с алкохол;
 - ✓ злоупотреба с наркотични вещества;
 - ✓ рисково сексуално поведение;
 - ✓ ниска двигателна активност.
2. храненето;
3. психосоциалния стрес.

През последните години един от основните рискови фактори, влияещи за влошеното здраве в областта е бедността, обусловена от ниската заетост на населението. Имайки в предвид нейните биологични и социални измерения бедността е с многопосочно въздействие върху здравето:

- ✓ Повишава индивидуалните и екологични рискове за здравето;
- ✓ Причина е за недостатъчно и нерационално хранене;

- ✓ Ограничава достъпа до информация и знания;
- ✓ Намаляване възможностите за получаване на своевременна, адекватна и качествена медицинска помощ.

Особено съществен фактор, влияещ върху здравето, който е показател и за страната ни, е стресът. Промяната в характера на труда за последните десетилетия е главна причина за увеличаване нивото на стреса на работното място.

Заключение

Анализът на честотата на рисковите фактори, асоциирани с Хипертоничната болест, Ишемичната болест на сърцето, Мозъчно-съдовата болест и Онкологичните заболявания, показва, че профилактиката им е не достатъчно ефективна:

- ✓ Относителният дял на хипертониците остава трайно висок;
- ✓ Тютюнопушенето продължава ;
- ✓ Злоупотребата с алкохол продължава;
- ✓ Ниска физическа активност;
- ✓ Нараства дялът на населението, в чийто ежедневен режим на хранене са слабо застъпени протективните хранителни фактори.

Малък е дялът, обусловен от недостатъците в здравеопазването от:

- ✓ Неефективност на промоцията и профилактиката на здравето;
- ✓ Ниско качество на диагностиката, лечението и рехабилитацията.

Влиянието на здравеопазването е особено голямо в две направления:

1. Чрез здравните структури и дейности се овладяват състояния, често пъти съдбовни за отделния индивид и неговото семейство, и за цялата нация (епидемии, катастрофи и др.);
2. Здравните институции и техният персонал са генератор на идеи, цели и програми за решаване на здравните проблеми и стимулиране на отговорността на хората за собственото им здраве и здравето на околните.

Основни тенденции в здравно-демографската характеристика на област Смолян са:

- ✓ Продължава да намалява населението на област Смолян включително във всички общини;
- ✓ - преобладава женското население;
- ✓ - преобладава градското население;
- ✓ Продължава демографското остаряване на населението, като расте относителният дял на възрастното население;
- ✓ Общата смъртност в област Смолян е по-висока от тази за страната;
- ✓ Причините за умираанията в 85 % се дължат на три групи заболявания – болести на органите на кръвообръщението, онкологичните заболявания и болестите на дихателната система;
- ✓ Детската смъртност е по-ниска от средната стойност за Република ;
- ✓ Коефициентът на раждаемост за област Смолян е по-нисък от този за страната. Само 2 области са с по-лош показател. Върху раждаемостта съществено влияние оказват недостатъчната материална и жилищна осигуреност на семействата, снижаването на жизнения стандарт, високото ниво на безработица сред младите възрастови групи, намаляването и застаряването на фертилния контингент,

измененията във фертилното поведение и психологическата нагласа за малко деца в семейството.

✓ Заболеваемостта от злокачествени новообразувания, следвайки дългогодишната тенденция за цялата страна, продължава да се повишава и в област Смолян;

Структурата на болестността и заболеваемостта по причини показва, че с най-висока честота и относителен дял сред всички заболявания са болестите на дихателната система, болестите на органите на кръвообращението, болестите на пикочо-половата система, травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини и болести на кожата и подкожието.

9. СТРУКТУРА НА ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ

9.1. Анализ на състоянието на системата на здравеопазването в област Смолян и изводи

9.1.1. Първична извънболнична медицинска помощ

На територията на област Смолян към 31.12.2017 г. са регистрирани **74 амбулатории за първична медицинска помощ, с 1 (1,33%) по-малко от 2016 г.** и с 7 по-малко (8,6%) от 2015 г. Заложените по областна здравна карта АПМП са 76. Сключили договор с РЗОК – Смолян са **65 АПМП** и то само индивидуални практики, при 66 за 2016г-. и 68 за 2015 г.

В много от селата, разположени в отдалечени райони, с малобройно население и с лоша инфраструктура лекари не желаят да работят и не регистрират практики. Населението от тези населени места е обхванато от общопрактикуващите лекари от близките лекарски практики, сключили договор с НЗОК.

Средният брой население на 1 АПМП за областта е 1450 души при 1474 за 2016 г. и **1392** за 2015 г., обусловен от намаляването на разкритите практики за първична медицинска помощ въпреки намаляващото население в областта.

Средният брой население на 1 ОПЛ, сключил договор с НЗОК е 1651 души при 1674 за 2016 г. и 1659 за 2015 г.

Броят здравно осигурени пациенти към 31.12.2017 г., избрали за личен лекар общо практикуващ лекар (ОПЛ/, сключил договор с РЗОК – Смолян е 115279, с 1,1% по-малко от 2016 г. и с 2,3 % по-малко от 2015 г.

На **1 ОПЛ, сключил договор с РЗОК се падат 1774 души,** с 8 (0,5%) повече от 2016 г. и с 38 лица повече (2,2%) от 2015 г.

Лицата, които са с **непрекъснати здравно осигурителни права** към 31.12.2017 г. са **98343,** с 1,2% по-малко от 2016 г. и 3,5% по-малко от 2015 г.

Здравно **неосигурените** пациенти към 31.12.2017 г. са **14,7%** при 14,6% за 2016 г. и 13,7% с тенденция за увеличаване.

На **1 ОПЛ, сключил договор с РЗОК се падат по 1512 пациента с непрекъснати здравно осигурителни права (ЗОП/, с 0,3% повече от 2016 г. и с 0,9% от 2015 г.** като се дължи на по-малкото ОПЛ, които го обслужват.

Осигуреността на населението с ОПЛ е **6,7** на 10 000 души средногодишно население (0/000) при 6,8 0/000 за 2016 г. и 7,2 0/000 за 2015 г. с очертана тенденция за намаление.

Осигуреността на населението с **ОПЛ**, сключили договор с РЗОК – Смолян е **5,99 0/000** от средногодишното население при 6,03 0/000 за 2016 г. и 6,09 0/000 за 2015 г. и **намалява** поради намаляването на АПМП.

За 2015 г. осигуреността за областта е с 1 0/000 **по-добра от тази в страната - 6,2 0/000**, а осигуреността с ОПЛ сключили договор с РЗОК е с 0,11 0/000 по-лоша от тази в страната.

За 2017 г. за страната е 6,4 0/000

Запазва се **тенденцията за по-ниска** осигуреност с ОПЛ, сключили договор с РЗОК спрямо страната и се дължи на по-малкият брой ОПЛ с договор с РЗОК през 2017 г.

ОПЛ са извършили **440 337** прегледа – средно 4,1 прегледа на 1 жител на областта от средногодишния брой население, от които **70 043** профилактични прегледа – 0,65 прегледа на 1 жител с **колеблива тенденция** от намаление или увеличение. Извършени са **14 190** домашни посещения - 0,131 прегледа с колеблива тенденция от намаление или увеличение.

През 2017 г. **65 ОПЛ**, сключили договор с РЗОК- Смолян са извършили **155 408** първични прегледа – 1,6 прегледа на 1 здравно осигурено лице с непрекъснати здравно осигурителни права, 216 525 **вторични прегледа** – 2,20 прегледа на 1 здравно осигурено лице с непрекъснати здравно осигурителни права. **Профилактичните прегледи са 68 965 – 0,70 на 1 здравно осигурено лице.** Обхванати с профилактичен преглед лица над 18 годишна възраст са 43 778 – 45,5% от лицата с непрекъснати здравно осигурителни права.

За съпоставка през 2016 г. **66 ОПЛ**, сключили договор с РЗОК- Смолян са извършили 219 758 първични прегледа – 2,2 прегледа на 1 здравно осигурено лице с непрекъснати здравно осигурителни права, 220 135 **вторични прегледа** – 2,21 прегледа на 1 здравно осигурено лице с непрекъснати здравно осигурителни права. **Профилактичните прегледи са 69 105 – 0,69 на 1 здравно осигурено лице.**

Представили годишни отчети без да са осъществявали дейност са 4 АПМП-ИП.

Регистрираните в РЗИ – Смолян към 31.12.2017 г. **индивидуални практики за първична дентална помощ са 126**, с 4 (3,1%) по-малко от 2016 г. и с 5 (3,8%) по-малко от 2015 г. Пет са груповите практики по дентална медицина - всяка с по 2 лекари. Населението в областта се обслужва общо от 131 амбулатории по първична дентална помощ със 136 лекари по дентална медицина при предвидени минимален брой по областна здравна карта 114 АПДП. Единадесет лечебни заведения обаче не са представили отчет. Действително са работили 125 лекари по дентална медицина.

Лечебните заведения за първична дентална помощ преимуществено са съсредоточени в градовете на областта – 105 при 108 за 2016 г. и 107 за 2015 г. като в областния град са 71 при 63 за 2016 г. и 62 за 2015 г. Голяма част от лекарите по дентална медицина, работещи в градовете имат регистриран втори кабинет, изнесен в по - отдалечени населени места на областта включително в селата, като по този начин се задоволяват на място потребностите на това население от дентална медицинска помощ.

Средният брой население, обслужвано от 1 работещ лекар по дентална медицина за областта е 874 души.

Осигуреността с работещи лекари по дентална медицина е 11,5 0/000 при 11,9 0/000 за страната.

Извършени са 127 276 прегледа – 1,17 прегледа на 1 човек от средногодишното население на областта в т.ч 43110 профилактични прегледа – 0,4 прегледа на 1 човек от средногодишното население на областта.

През 2017 г. 102 индивидуални и 5 групови практики за първична дентална помощ са имали сключен договор с РЗОК-Смолян. В тях са работели 112 лекари.

Извършени са 94 112 лечебни прегледа - на 1 здравно осигурен пациент с НЗОП се пада по 0,96 прегледа с колеблива тенденция на **минимално** увеличение в годините. Извършени са 37 149 обстойни профилактични прегледа за установяване на орален статус – 0,38 прегледа на 1 здравно осигурено лице с НЗОП.

За съпоставка - през 2016 г. са извършени 88 726 лечебни прегледа - на 1 здравно осигурен пациент с НЗОП се пада по 0,89 прегледа. Извършени са 38 267 обстойни профилактични прегледа за установяване на орален статус – 0,38 прегледа на 1 здравно осигурено лице с НЗОП.

Много са причините за непълно отчитане на извършените прегледи като:

✓ за излекуван зъб се отчита 1 преглед, въпреки няколко реализирани посещения при лечението му;

✓ отчитат се преимуществено прегледите, за които пациентите ползват пакета здравни дентални услуги, заплащани от РЗОК.

За 2017 г. 11 АПМПДМ – ИП не са представили отчети.

Видове ЛЗ	2015 г	2016 г	2017 г
ИП ПИМП	80	75	74
ИП ПИДП	131	130	127
ГП ПИМП	1	0	0
ГП ПИДП	5	5	5

Лечебни заведения за първична медицинска и дентална извънболнична помощ по общини в област Смолян през 2017 г.

Община	Брой по здравна карта		Брой регистрирани в РЗИ (физ.лица)			
			В инд. практики		В групови практики	
	лекарски	дентални	лекарски	дентални	лекари	дентални
1.Общ. Баните			2	4	0	0
в т.ч. в градовете			0	0	0	0
в селата			2	4	0	0
2.Общ.Борино			2	2	0	0
в т.ч. в градовете			0	0	0	0
в селата			2	2	0	0
3.Общ.Девин			6	11	0	1
в т.ч. в градовете			4	10	0	1
в селата			2	1	0	0
4.Общ. Доспат			6	4	0	0
в т.ч. в градовете			5	3	0	0
в селата			1	1	0	0

5.Общ.						
Златоград			7	12	0	0
в т.ч. в градовете			4	12	0	0
в селата			3	0	0	0
6.Общ. Мадан			7	7	0	1
в т.ч. в градовете			6	5	0	1
в селата			1	2	0	0
7.Общ.						
Неделино			7	4	0	0
в т.ч. в градовете			6	2	0	0
в селата			1	2	0	0
8.Общ. Рудозем			6	7	0	0
в т.ч. в градовете			4	3	0	0
в селата			2	4	0	0
9.Общ. Смолян			24	68	0	3
в т.ч. в градовете			21	58	0	3
в селата			3	10	0	0
10.Общ.						
Чепеларе			7	8	0	0
в т.ч. в градовете			5	7	0	0
в селата			2	1	0	0
ОБЩО ЗА						
ОБЛАСТТА	76	114	74	127	0	5
в т.ч. в градовете			55	100	0	5
в селата			19	27	0	0

В Смолянска област през 2017 г. със защитена специалност „Обща медицина” са 38 от 65 ОПЛ, сключили договор с РЗОК – Смолян. Зачислените за специализация са 11 лекари. ОПЛ с призната специалност „Вътрешни болести”, „Педиатрия” и „Спешна медицина”, които имат правата по параграф 95 от ПЗР на ЗИД на 33 са 15. ОПЛ, без специалност „Обща Медицина”, които не попадат в обхвата на разпоредбите на параграф 95 от ПЗР на ЗИД на 33 е 1, който е с права по параграф 4 ал.1 от Закона за допълнение на Закона за лечебните заведения от 2014 г.

ОПЛ без договор с РЗОК – 8. Зачислени за специализация – 2, с права по параграф 95 от ПЗР на ЗИД33 - 4, незачислени за специализация – 2.

Наблюдават се резки аномалии в броя на обслужваното население от един общопрактикуващ лекар, сключил договор с РЗОК. В някои райони на областта има ОПЛ с до 1000 пациенти, а други с 3000 - 5000. Има практики, съставени от няколко населени места с много малък брой жители, разпръснати на километри едно от друго, трудно достъпни, особено в зимния сезон. Това много затруднява обслужването им.

Поради голямата ангажираност на ОПЛ, сключили договор с РЗОК в обслужването на своите пациенти и невъзможността да намерят свои заместници за времето, определено за квалификация по специалността „Обща медицина”, едва **58,5%** от тях са защитили тази специалност.

Продължаващата медицинска квалификация, ръководена от Българския лекарски съюз е форма, която непрекъснато е използвана от всички общопрактикуващи лекари в областта и несъмнено допринася за поддържане на ниво на медицински знания и умения.

Изводи:

- ✓ По-ниска осигуреност с ОПЛ и дентални лекари в първичната дентална помощ спрямо страната
 - ✓ Неравномерно е разпределението на ОПЛ и денталните лекари, сключили договор с РЗОК в областта;
 - ✓ Почти не се регистрират групови практики, както за първична медицинска така и за първична дентална помощ;
 - ✓ Изразено застаряване на ОПЛ.
- Не са решени в пълен обем въпросите, свързани с квалификацията на ОПЛ.

9.1.2. Специализирана извънболнична медицинска помощ

През 2017 г. специализираната извънболнична медицинска помощ в област Смолян е осъществявана от:

- ✓ 10 медицински центъра, разположени в градовете Смолян, Мадан Златоград, Девин и КК „Пампорово“;
- ✓ 1 медико-дентален център в КК „Пампорово“;
- ✓ 1 ДКЦ в гр. Смолян;
- ✓ 71 амбулатории за специализирана медицинска помощ – индивидуална практика;
- ✓ 4 амбулатории за специализирана медицинска помощ - груповая практика.

Медицинските центрове в Смолян и Мадан имат разкрити 10 легла за наблюдение и лечение до 48 часа.

Представили отчети без да е осъществявана дейност през 2017 г. са 7 АСМП-ИП, а 6 АСМП-ИП и 2 АСМП-ГП не са представили никакъв отчет.

Лекарите, работещи в лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ, в по-голямата си част работят и в лечебно заведение за болнична помощ, което води до почасово предоставяне на специализирана медицинска помощ в извънболнични условия. **Единици са специалистите, които работят само в извънболничната специализирана помощ** в областта и то най-вече в МЦ-Смолян.

Работещи **специалисти** като физически лица в по-гореупоменатите лечебни заведения на областта, сключили договор с РЗОК - Смолян за 2017 г. са **152**, с 4 повече (2,7%) от 2016 г. и с 8 повече (5,6%) от 2015 г.

Осигуреност с лекари в извънболничната специализирана медицинска помощ в края на 2017 г., работещи в лечебни заведения, сключили договор с РЗОК - Смолян е **14,2 0/000** при 13,4 0/000 за 2016 г. и 12,9 0/000 за 2015 г.

Осъществени са **186975** прегледа, с 3739/1,96%) по-малко от 2016 г. и с 370/0,2%) по-малко от 2015 г.

На **1** жител от средногодишното население на областта се падат по **1,72** прегледа, колкото и през 2016 г. при **1,66** прегледа за 2015 г.

Във възрастовата група на **децата** са осъществени **21027** прегледа, с 1779 (7,8%) по-малко от 2016 г. и с 1966 (8,6%) по-малко от 2015 г.

През 2017 г. са извършени 11878 прегледа при педиатър, с 323 (2,6%) по-малко от 2016 г. и с 99 (0,8%) повече от 2015 г.

На **1** дете се пада средно по **0,8** прегледа при специалист – педиатър при 0,79 през 2016 г. и 0,75 за 2015 г.

Най-много прегледи са осъществени при специалисти-кардиолози – 29904, с 2,3% повече от 2016 г. и с 16% повече от 2015 г. Дължи се основно на застаряващо население с висока болестност и заболяемост от сърдечно-съдови болести с чести декомпенсации.

На **второ** място са прегледите от акушер-гинеколозите – 20621, с 2,7% по-малко от 2016 г. и с 1,4% по-малко от 2015 г.

На **трето** място са осъществените прегледи от офталмолози 17986, с 8,7 % повече от 2016 г. и с 17,4% повече от 2015 г.

Най-малко са посещенията при хематолози - 417 прегледа, инфекционисти - 415 прегледа и неврохирурзи - 548 прегледа. Това обикновено са специалисти по 1 - 2 във специалност и работещи само в определени часове в извънболничната помощ.

Извършени са и 352 **домашни** посещения при нуждаещи се пациенти, с 63% повече от 2016 г. и 34,9% по-малко от 2015 г. Те съставляват **едва 0,19 %** от всички посещения при специалист при 0,11% за 2016 г. и 0,29% за 2015 г.

В област Смолян **няма регистрирани лечебни заведения за специализирана дентална помощ** въпреки, че има специалисти със защитена специалност по Хирургична стоматология, Терапевтична стоматология, Ортодонтия, Протетична стоматология, Детска стоматология и други. Те са регистрирали лечебни заведения за първична дентална помощ.

Видове ЛЗ	2015 г.	2016 г.	2017 г.
ИПСМП	80	81	71
ИПСДП	0	0	0
ГПСМП	3	4	4
ГПСДП	0	0	0
МЦ	10	9	10
МДЦ	1	1	1
ДКЦ	1	1	1
ДЦ	0	0	0
МДЛ	10	8	8
МТЛ	21	21	22

Лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ по общини 2017 г.

Община	ИПСМП	ИПСДП	ГПСМП	ГПСДП	МЦ	МДЦ	ДКЦ	МДЛ	МТЛ	хосписи
Баните	2									

Девин	3			3		1	1	
Доспат								
Златоград	8	1	1		2	1		
Мадан	8		1			1	1	
Неделино						1		
Рудозем	6		1		1	2		
Смолян	41	2	3	1	4	16		
Чепеларе	3	1	1	1				
Общо	71	4	10	1	1	8	22	1

Области	Общо						Посещения по домовете
	Посещения в амбулаторията при специалисти през 2017 г.						
	Всичко	На 1 жител	в това число				
деца до 17 год.			На 1 дете	профилактични	от тях деца до 17 год.		
Лекари	186975	1.7	21027	1.4	9213	688	352
в т.ч. Интернисти	63557	0.6	818	0.1	-	-	134
от тях:							
гастроентеролози	3588	0.03	59	0.004	-	-	26
ендокринолози	12498	0.1	208	0.01	-	-	-
кардиолози	29904	0.3	76	0.005		-	37
ревматолози	659	0.01	1	0.0001	-	-	-
пневмофтизиатри	3232	0.03	21	0.001	-	-	4
нефролози	920	0.01	6	0.0004	-	-	-
хематолози	417	0.004	7	0.0005	-	-	-
алерголози	2357	0.02	327	0.02	-	-	3
вътрешни болести	9982	0.1	113	0.01	-	-	64
педиатри	11878	0.1	11863	0.8	83	83	59
хирурзи	11132	0.1	733	0.1	-	-	21
ортопедотравматолози	13649	0.1	1225	0.1	21	21	19
уролози	3404	0.03	141	0.01	150	-	26
неврохирурзи	548	0.01	26	0.002	-	-	-
акушер-гинеколози	20621	0.2	403	0.03	5881	88	38
инфекционисти	415	0.004	167	0.01	-	-	-
офталмолози	17986	0.2	2210	0.2	3051	494	6
оториноларинголози	9172	0.1	2034	0.2	-	-	4
невролози	17417	0.2	229	0.02	-	-	36

психиатри	4149	0.04	163	0.01	27	2	2
дермато-венеролози	4590	0.04	735	0.1	-	-	-
физиотерапевти	8021	0.08	280	0.02	-	-	2
Други	436	0.004	-	-	-	-	5
Лекари по дентална медицина	127276	1.2	28633	1.9	43110	9261	-

Изводи:

1. Базовата потребност на населението от специализирана медицинска помощ до голяма степен е гарантирана с наличните медицински специалисти;
2. Разпределението на специалистите е неравномерно в областта със струпването им в областния град;
3. Липсват специалисти по определени медицински специалности като онкология, медицинска токсикология, тясно хирургични специалности, вирусология и редица други като това се отразява неблагоприятно не само върху достъпа, но и на качеството на наблюдението и лечението на пациентите;
4. Специализираната дентална помощ на населението се осигурява от наличните специалисти в областта на денталното здраве в разкритите от тях лечебни заведения за първична дентална помощ или в специализирани лечебни заведения извън областта.

9.1.3. Болнична медицинска помощ

В Смолянска област през 2017 година функционираха разкритите **4 Многопрофилни болници за активно лечение** – МБАЛ „Д-р Братан Шукеров“ АД – Смолян, МБАЛ „Проф. д-р К. Чилов“ ЕООД гр. Мадан, МБАЛ „Проф. д-р Асен Шопов“ ЕООД гр. Златоград, „МБАЛ – Девин“ ЕАД, три **Специализирани болници за рехабилитация** – „СБР-НК“ АД филиал Баните, „СБР-Родопи“ ЕООД гр. Рудозем и СБР „Орфей“ ЕООД гр. Девин и „Център за психично здраве – Смолян“ ЕООД.

Съгласно нормативната уредба лечебните заведения за болнична помощ през 2017 г. разкриха 1025 легла, които през годината не се е налагало да бъдат допълнително разкривани или закривани легла. Те са с 7 (0,7%) повече от 2016 г. и с 1018 легла, с 69 (7,2%) повече от 2015 г.

Дължи се на реорганизацията на леглата с включване на легла за дългосрочни грижи.

Разпределението по видове легла е както следва:

- ✓ за реанимация и интензивно лечение - само 7 легла в ОАИЛ на МБАЛ-Смолян напълно отговарят на МС „Анестезия и интензивно лечение“ и в действителност те са единствените интензивни легла в областта с осигуреност от 0,6 на 10 000 души население, колкото и през предходните 2 години;
- ✓ за активно лечение – 507 легла, с 7 легла (1,4%) повече от 2016 г. и с 23 легла (4,3%) по-малко от 2015 г. Дължи се на оптимизирането на легловия фонд по структури.
- ✓ Осигуреност 46,8 0/000 (45,2 0/000 за 2016, 49,6 0/000 за 2015 г.).

✓ за продължително лечение – 41 легла, колкото и през 2016 г. и 8 легла за 2015 г. – осигуреност 3,8 0/000;

✓ за физикална и рехабилитационна медицина – 437 легла – по 151 легла в СБР-Баните и в СБР „Родопи”-Рудозем, 130 легла в СБР „Орфей” - Девин и 5 легла в МБАЛ-Смолян, колкото и през 2016 г. и с 51 легла (13,2%) повече от 2015 г. Дължи се на определените легла в трите болници за рехабилитация.

Осигуреност от 40,3 0/000 при 39,5 0/000 за 2016 г. и 34,6 0/000 за 2015 г., като по-голямата осигуреност е от по-малкото население през 2017 г.

Дневен стационар – през 2017 г. ЦПЗ –Смолян разкри 10 места за дневно стационарно лечение.

Наблюдава се трансформация на разкритите легла по различните медицински специалности във връзка с изпълнение на изискванията за обем дейност, предвидени в медицинските стандарти. Прямо предходната година са оптимизирани определени легла по видове и дейности.

През 2017 година в лечебните заведения за болнична помощ са работили:

✓ Лекари – 203 физически лица, 168 на основен трудов договор;

Година	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Лекари - физически лица	165	159	186	197	199	203
Лекари - на основен трудов договор	150	149	171	170	172	168

Увеличението се дължи на повече лекари, изискващи се по медицински стандарти.

✓ Фармацевти - 4 физически лица, всички на основен трудов договор;

Година	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Фармацевти - физически лица	3	3	4	4	4	4
Фармацевти - на основен трудов договор	3	3	4	4	4	4

✓ Медицински специалисти със специално медицинско образование (медицински сестри, акушерки, фелдшери, лаборанти и т.н./ са 374 физически лица, 349 на основен трудов договор.

Година	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Медицински специалисти - физически лица	350	346	378	371	377	374
Медицински специалисти - на основен трудов договор	346	346	371	359	351	349

✓ Друг персонал 342 физически лица, 341 са на основен трудов договор.

Година	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Друг персонал -	298	314	361	343	346	342

физически лица						
Друг персонал - на основен трудов договор	297	314	361	340	344	341

Лечебните заведения са разположени средно до 50 км. отстояние едно от друго, в голяма териториална близост. Това от една страна и липсата на достатъчно специалисти по вид и брой от друга, налага **обсъждане за преструктуриране на болничната мрежа** в посока на структури за продължително лечение, палиативни грижи и други. Още повече, че областта не разполага с нито една действаща структура за продължително лечение, за обслужване на онкологично болни и др.

Областната болница разполага с много добър сграден фонд, медицинската апаратура се обновява на съвременно ниво, но изпитва **затруднение с обезпечаване на дейността със специалисти** - педиатри, неонатолози, анестезиолози, спешни медици и др. Налице е явно застаряване на специалистите, които основно са в 5 и 6 декада от своя живот, а не са малко и работещите след тази възраст.

В общинските болници се извършиха значителни ремонтни дейности на сградовия фонд, но в тях функционират минималния брой отделения, необходими за съществуването им, работят минимален брой специалисти, често след пенсионна възраст и трудно се покриват изискванията на медицинските стандарти за кадрова окомплектованост по отделните медицински специалности.

Лечебни заведения към 31.12.2017 г.

Видове заведения	2015 г.		2016 г.		2017 г.	
	Брой	Легла	Брой	Легла	Брой	Легла
Лечебни заведения за болнична помощ-всичко	8	956	8	1018	8	1025
Публични лечебни заведения						
Многопрофилни болници	4	535	4	546	4	553
Многопрофилна болница за активно лечение	4	535	4	546	4	553
Специализирани болници	1	151	1	151	1	151
Специализирана болница за активно лечение						
Специализирана болница за продължително лечение						
Специализирана болница за продължително лечение и рехабилитация						
Специализирана болница за рехабилитация	1	151	1	151	1	151
Центрове:	1	40	1	40	1	40
За пневмофтизиатрични заболявания						
За кожно-венерически заболявания						
За онкологични заболявания						

За психични заболявания						
Център за психично здраве - Смолян	1	40	1	40	1	40
Психиатрични болници						
Частни лечебни заведения - Специализирана болница за рехабилитация	2	230	2	281	2	281

Табл. Легла в лечебните заведения за болнична помощ по видове към 31.12.2017 г.

Видове легла	2017 г.		
	Брой легла към 31.12.2017	Относителен дял	Осигуреност на 10 000
Общо	1025	100.0	94.6
За активно лечение	507	49.5	46.8
В т.ч.: Интензивно лечение	7	0.7	0.6
Вътрешни - непрофилирани	19	1.8	1.8
Гастроентерологични	15	1.5	1.4
Ендокринологични	41	4.0	3.8
Кардиологични	77	7.5	7.1
Ревматологични	15	1.5	1.4
Пневмофтизиатрични	32	3.1	3.0
Нефрологични	-	-	-
Хематологични	-	-	-
Педиатрични	48	4.7	4.4
Неонатологични	15	1.5	1.4
Хирургични	51	5.0	4.7
Ортопедотравматологични	19	1.8	1.8
Урологични	12	1.2	1.1
Неврохирургични	-	-	-
Гинекологични	19	1.8	1.8
Родилни	12	1.2	1.1
Патологична бременност	19	1.8	1.8
Инфекциозни	12	1.2	1.1
Офталмологични	8	0.8	0.7
Оториноларингологични	15	1.5	1.4
Дермато-венерологични	-	-	-
Неврологични	71	6.9	6.6
Токсикологични	-	-	-
Онкологични	-	-	-
За продължително лечение	41	4.0	3.8
За рехабилитация	437	42.6	40.3
Психиатрични	40	3.9	3.7

Осигуреността с легла на 10000 души от средногодишното население в областта е **94,6 92,1 0/000**, с 2,5 0/000 повече от 2016 г. и с 8,9 0/000 повече от 2015 г. Дължи се на големия брой легла по физикална и рехабилитационна медицина, на реорганизацията и оптимизацията на легловата база в болниците и в не малка степен на по-малката численост на населението в областта.

През 2017 г. областта е с втората в страната осигуреност с легла 95,5 0/000 (**72,9 0/000** за 2016 г.) - с **23,3 0/000 повече от 2016 г. и с 20,7 0/000 повече от страната - 74,8 0/000**, но те не са оптимално натоварени и използвани. Лечебните заведения имат повече от необходимия им за дейността леглови потенциал, а това генерира ненужни разходи. С по-голяма осигуреност е само област Пловдив – 97 0/000.

Най-висока е обезпечеността с **кардиологични** легла – 7,1 0/000, колкото и през 2016 г. и с 3,2 0/000 повече от 2015 г. Дължи на реструктуриране на част от вътрешните непрофилирани легла в общинските болници.

На второ място е осигуреността с **неврологични** легла – 6,6 0/000, с 0,6 0/000 повече от 2016 г. и с 1 0/000 повече от 2016 г. Дължи се на повече разкрити неврологични легла, промени в рехабилитационното лечение, което понякога изисква стационарно лечение в неврологично отделение и на намалялото население през 2017 г.

На трето място е осигуреността с **хирургични** легла - 4,7 0/000, с 0,1 0/000 по-малко от 2016 г. и 0,2 0/000 по-малко от 2015 г.

При структурирането на легловия фонд е необходима прецизна преценка на потребностите от тясно специализираните легла като кардиологични, онкологични и др., базирайки се на промени в структурата на заболяемостта. Ситуацията в областта не се различава съществено от общата картина в страната по отношение на онкологичната заболяемост, но в нито една болница на територията на област Смолян няма разкрити легла за лечение включително на болката или за палиативни грижи при онкоболни.

За 2017 г. през лечебните заведения за болнична помощ на областта са преминали **36321** пациента, с **653 (1,8%) повече** от 2016 г. и **3106 (9,4%) повече** от 2015 г.

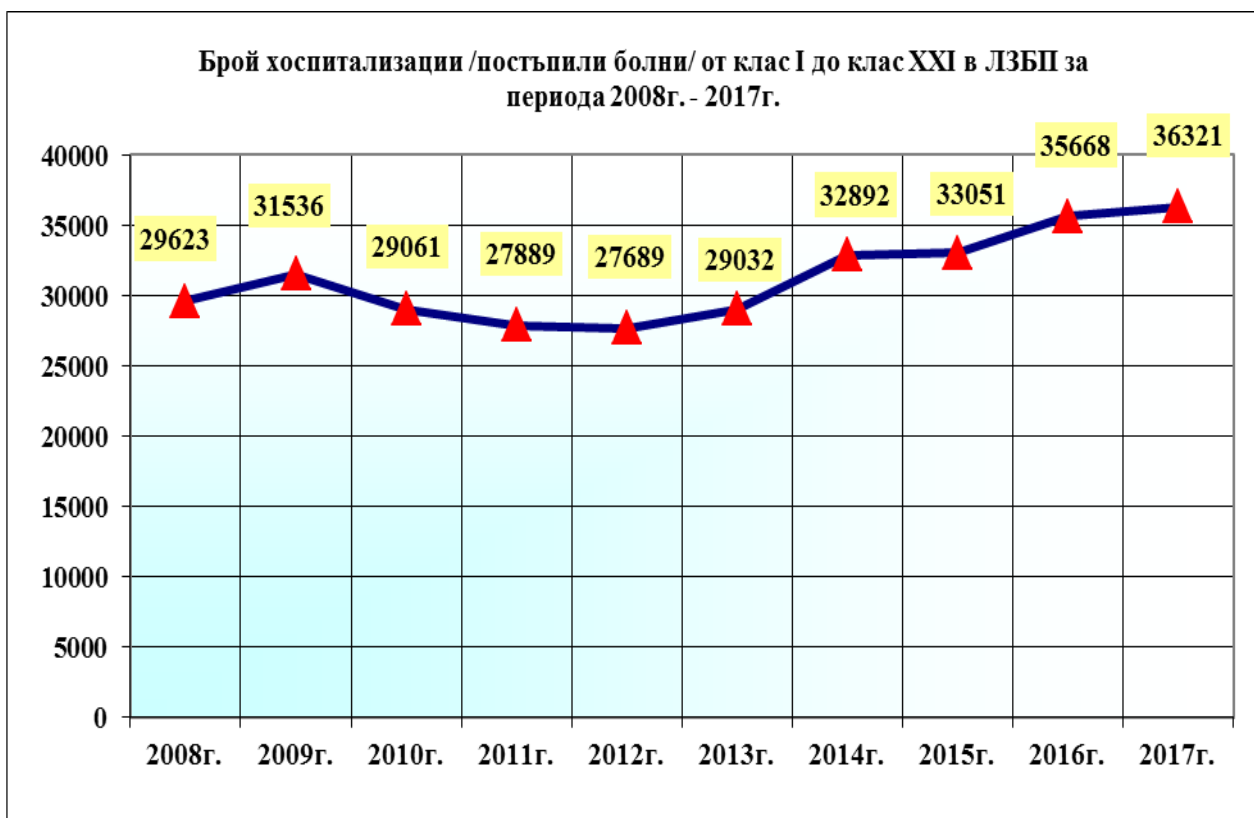
Дължи се на:

- завишената дейност в болниците за рехабилитация;
- на по-големия брой клинични пътеки, по които многопрофилните болници имат сключен договор с РЗОК-Смолян;
- на необходимостта от обезпечаване на финансирането на лечебните заведения.

Честота на хоспитализации (постъпилите болни за лечение по клас болести от I до XXI/ на 10000 души от средногодишния брой население е 3338, с 110,9 0/000 повече от 2016 г. и с 393.6 0/000 повече от 2015 г. Дължи се основно и на дейността на болниците за рехабилитация и в значимо по-малка степен от дейността на многопрофилните болнични лечебни заведения.

Нарастнал спрямо 2016 г. е броя на хоспитализациите в МБАЛ-Мадан с 6%, в МБАЛ-Златоград с 5,3%, в СБР-Баните с 4,2%, в СБР-Рудозем с 21,9%, в СБР-Девин с 35%. Намален е броя на хоспитализациите в МБАЛ-Смолян с 7,1%, в МБАЛ-Девин с 2,7% и в ЦПЗ-Смолян с 7,6%. Ръстът или спадът в хоспитализациите се дължи основно на определените нива на компетентност и възможността за сключване на

договор с РЗОК-Смолян за лечение на пациенти по клинични пътеки, изискващи съответно ниво на компетентност. Очертава се **неблагоприятна** тенденция за намаление на хоспитализациите в МБАЛ-Смолян през последните години.



Оборотът на леглата през 2017 г. е **35**, колкото и през 2016 г. и е **намален с 6** пункта спрямо 2015 г. Дължи се на по-ниският показател в МБАЛ-Девин, СБР – Девин, СБР- Рудозем и ЦПЗ. Най-висок е оборотът на леглата в МБАЛ- Смолян - 47 и в МБАЛ-Мадан – 53, с 3 пункта по-малко от 2016 г. в Смолян и с 2 пункта повече от 2016 г. в Мадан. Най-нисък е оборота в ЦПЗ-Смолян – 15, с 1 пункт по-малко от 2016 и в СБР-Девин -17 с увеличение от 4 пункта от 2016 г.

Средният престой на 1 лекуван болен е **6** дни като в годините е налице тенденция за **снижение**.

Година	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Общо –среден престой в дни	7,1	6,7	6,2	6,2	6,1	5,9	6	6	5,9	6,0
МБАЛ-Смолян	6,4	6	5,9	5,5	5,3	5,1	5,1	5,1	4,9	4,8
МБАЛ-Мадан	4,8	4,5	4,5	4,4	4,3	4,3	4,4	4,3	4,1	4,2
МБАЛ-Златоград	6,6	6,4	6,3	6,5	6,6	6,5	6,5	6,5	6,2	4,7
МБАЛ-Девин							5,3	5,3	4,9	6,0
СБР-Баните	9,9	10	7,2	7,7	7,6	7,6	7,6	7,6	7,3	7,3

СБР-Рудозем							7,1	7	7,2	7,0
СБР-Девин								7,3	7,6	8,0
ЦПЗ-Смолян	16,6	17,2	17,5	16,5	18,3	18,3	18,9	20	21,5	23,6

Използваемостта на леглата в дни е 212, с 6 дни повече (2,9%) от 2016 г. и с 36 дни по-малко (14,5%) от 2015 г. Дължи се на разкритите легла за продължително лечение, на които почти няма отчетена дейност и на повечето разкрити легла в СБР-Девин и СБР-Рудозем. Най-голямо е увеличението в СБР-Девин – с 41 дни и в СБР-Рудозем – с 26 дни. В МБАЛ-Смолян се регистрира намаление с 16 дни, в МБАЛ Девин - 13 дни.

Болничният леталитет се движи в следните граници:

- ✓ МБАЛ-Смолян 1,9% и 1,8% за 2016 г. и 2015 г.;
- ✓ МБАЛ- Мадан 0,2% при 0,3% през предходните 2 години;
- ✓ МБАЛ-Златоград 0,5% при 0,6% за 2016 г. и 0,9% за 2015 г.;
- ✓ МБАЛ-Девин 0,1% колкото и през 2016 г.;
- ✓ СБР – Баните 0 % при 0,02% за 2016 г. и 0% за 2015 г.;
- ✓ СБР-Рудозем 0% както и за предходните 2 години;
- ✓ СБР-Девин 0% както и за предходната година;

ЦПЗ – Смолян 0,2% при 0,3% за 2016 г. и 0,2% за 2015 г.

Дейност на стационарите на болничните лечебни заведения

Видове заведения	2017 г.									
	Легла (средно годишен брой)	Постъп или болни	Изписани болни	Умрели	Преминали болни	Проведени леглодни	Използваемост на леглата (дни)	Оборот на леглата	Среден престой на 1 лекуван болен	Леталитет (%)
Публични лечебни заведения + ЧЛЗ	1025	36105	35870	303	36321	216951	212	35	6.0	0.8
Публични лечебни заведения	744	30402	30167	303	30318	174531	235	41	5.7	1.0
Многопрофилни болници	553	23797	23557	302	23976	116068	210	43	4.8	1.3
МБАЛ-Смолян	306	14391	14128	277	14494	69721	228	47	4.8	1.9
МБАЛ-Девин	85	1792	1808	2	1811	8493	100	21	4.7	0.1
МБАЛ-Мадан	87	4610	4622	8	4637	19529	224	53	4.2	0.2
МБАЛ-Златоград	75	3004	2999	15	3034	18325	244	40	6.0	0.5
Специализирани болници	151	6047	6047	-	6047	44409	294	40	7.3	-
СБР-Баните	151	6047	6047	-	6047	44409	294	40	7.3	-
Център	40	558	563	1	595	14054	351	15	23.6	0.2
Център за психично	40	558	563	1	595	14054	351	15	23.6	0.2

здраве – Смолян										
Частни лечебни заведения	281	5703	5703	-	5703	42420	151	20	7.4	-
СБР – Рудозем	151	3473	3473	-	3473	24470	162	23	7.0	-
СБР - Девин	130	2230	2230	-	2230	17950	138	17	8.0	-

Дейност на стационарите на болничните лечебни заведения

Видове заведения	2016 г.									
	Легла (средно годишен брой)	Постъп или болни	Изписани болни	Умрели	Преминали болни	Проведени леглодни	Използваемост на леглата (дни)	Оборот на леглата	Среден престой на 1 лекуван болен	Летали-тет (%)
Публични лечебни заведения + ЧЛЗ	1027	35527	35142	310	35668	211145	206	35	5.9	0.9
Публични лечебни заведения	746	31027	30642	310	31168	177901	239	42	5.7	1.0
Многопрофилни болници	555	24599	24234	307	24720	121766	219	44	4.9	1.3
МБАЛ-Смолян	315	15522	15223	276	15602	76759	244	50	4.9	1.8
МБАЛ-Девин	80	1859	1842	1	1862	9061	113	23	4.9	0.1
МБАЛ-Мадан	85	4367	4337	12	4376	18026	212	51	4.1	0.3
МБАЛ-Златоград	75	2851	2832	18	2880	17920	239	38	6.2	0.6
МБАЛ-Рудозем										
Специализирани болници	151	5804	5803	1	5804	42316	280	38	7.3	0.02
СБР-Баните	151	5804	5803	1	5804	42316	280	38	7.3	0.02
Център	40	624	605	2	644	13819	345	16	21.5	0.3
Център за психично здраве – Смолян	40	624	605	2	644	13819	345	16	21.5	0.3
Частни лечебни заведения	281	4500	4500	-	4500	33244	118	16	7.4	-
СБР – Рудозем	151	2848	2848	-	2848	20609	136	19	7.2	-
СБР - Девин	130	1652	1652	-	1652	12635	97	13	7.6	-

Изводи:

1. В лечебните заведения за болнична помощ в Смолянска област липсват работещи структури за продължително лечение, за лечение на онкологично болни пациенти и за палиативни медицински грижи;

2. Специализираните болници за рехабилитация в областта са със завоювано място на пазара за рехабилитационна помощ за нуждаещи се пациенти не само от област Смолян, но и от цялата страна, а СБР-Баните и за пациенти от съседни държави;

3. Недостатъчна обезпеченост на болниците ни със специалисти анестезиолози-реаниматори, педиатри, неонатолози, рентгенолози, психиатри, патологоанатоми, лекари по съдебна медицина, микробиолози, вирусолози и редица други;

4. Масово лекарите - специалисти работят в две лечебни заведения (болнично/болнично – болнично/извънболнично), което неминуемо дава негативно отражение върху качеството на работа им;

5. Болниците все по-трудно покриват критериите и изискванията на медицинските стандарти за брой лекари и брой специалисти, включително сертифицирани за високотехнологични изследвания.

9.1.4. Спешна медицинска помощ

Структура и организация на спешната медицинска помощ в областта.

Спешната медицинска помощ в област Смолян се осигурява от Центърът за спешна медицинска помощ – Смолян с **девет филиала, разположени в общинските центрове** с изключение на най-малката община Борино, която към 31.12.2017 г. е с население от 3157 души, обслужвана от филиала на ЦСМП - Смолян в гр. Девин, отстоящ на 30 км. от с. Борино.

През 2017 г. ЦСМП е изпълнил **23763** повиквания, разпределени както следва:

✓ за спешна медицинска помощ 18228 повиквания с относителен дял от 76,7%;

✓ за неотложна медицинска помощ 3046 повиквания с относителен дял от 12,8%;

✓ за санитарен транспорт 2489 повиквания с относителен дял 10,5%.

На 1 жител от областта се падат 0,219 повиквания при 0,221 за 2016 г. и 0,225 за 2015 г.

Спрямо 2016 г. повикванията са **намалени** с 2,8%, а спрямо 2015 г. 6,4%.

Повикванията за спешна помощ са увеличени с 1,6% спрямо 2016 г. и с 2,2% спрямо 2015 г.

Повикванията за медицинска помощ за неспешни състояния (неотложна медицинска помощ/ са намалени с 19,5 % спрямо 2016 г. и с 23,6% спрямо 2015 г.

Санитарният транспорт е намален с 8,7% спрямо 2016 г. и с 30,4% спрямо 2015 г.

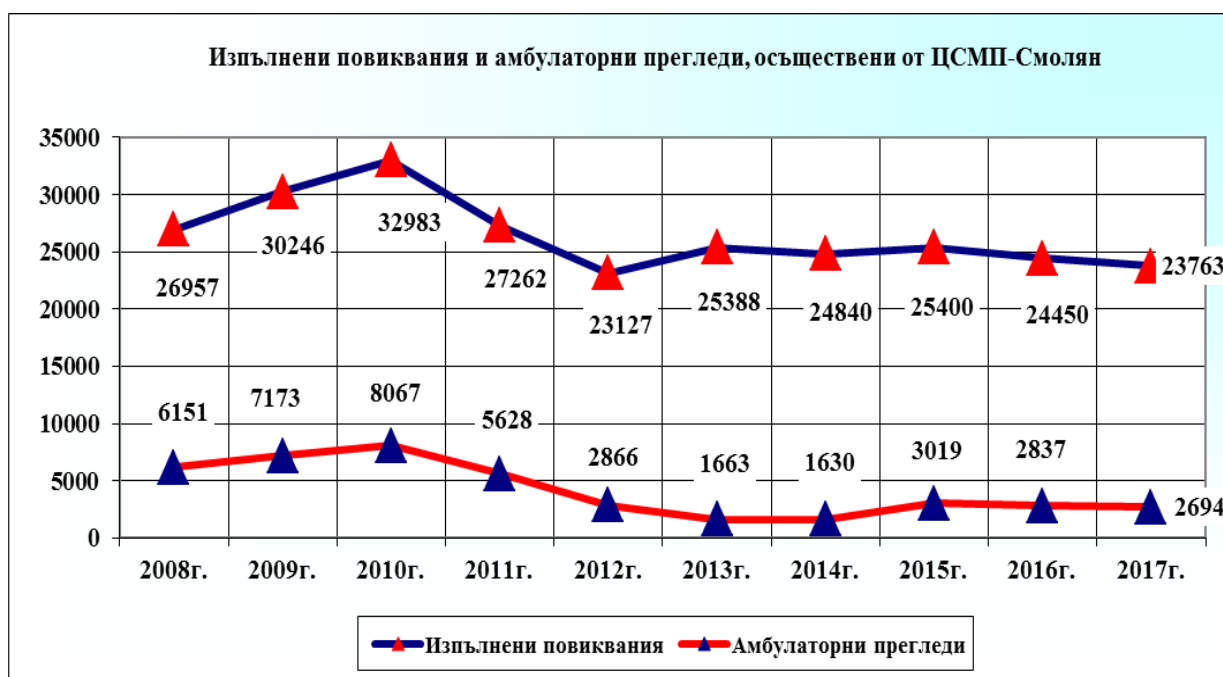
Обслужените лица са 23 875 с реализиран спад от 2,8% спрямо 2016 г. и от 3,9% спрямо 2015 г. в това число:

✓ деца до 17 годишна възраст – 2473 – ръст от 1,9% спрямо 2016 г. и намаление от 22,4 % спрямо 2015 г.;

✓ със заболяване - 18 170, с намаление от 1,7% спрямо 2016 г. и от 13,6 % спрямо 2015 г.;

✓ с травми – 2 787 лица, с намаление от 4,8% спрямо 2016 г. и от 20,8% спрямо 2015 г.;

- ✓ с отравяне – 174 лица, с намаление от 22,3% спрямо 2016 г. и от 39,4% спрямо 2015 г.;
- ✓ постъпили в Спешно отделение са 4 691 – с намаление от 2,4% спрямо 2016 г. и от 11,9% спрямо 2015 г.



Дейността на ЦСМП – Смолян в годините е с периоди на увеличение и намаление, видно от графиката като причините са различни:

- ✓ единствена възможност за достъп до медицинска помощ поради здравна неосигуреност;
- ✓ най-бърз достъп до квалифицирана медицинска помощ без да се чака;
- ✓ навик;
- ✓ други.

Разкритият от ДКЦ-Смолян кабинет за неотложна помощ осъществява част от неотложните прегледи, които в предходните години се извършваха от ЦСМП. Болниците през последните години осъществяват транспорт на нуждаещите се пациенти, което намали дейността по транспорт на болни на ЦСМП-Смолян.

През 2017 г. са извършени **2 694 амбулаторни** прегледа в кабинетите на ФСМП с 5% по-малко от 2016 г. и с 74,04% повече от 2015 г.

Няма промяна в щатното разписание на ЦСМП през 2017 г. в сравнение с 2016 г. и 2015 г. Заети са **24,5** от 33 лекарски места (74%), като 17 са на основен трудов договор. Въпреки подобреното заплащане е налице **тежък кадрови** дефицит от **лекари**. Само двама са със защитена специалност „Спешна медицина“. Много тревожно е състоянието с медицинските специалисти. Няма обучение на фелдшери в страната. Тегърва стартира обучението за лекарски асистенти и парамедици. Това неминуемо ще се отрази в следващите години и за кадровото обезпечаване на спешната помощ не само в национален, но и в регионален мащаб, тъй като в голямата си част работещите в системата са в предпенсионна и пенсионна възраст. Поради увеличаване на заплащането на ЦСМП няма кадрови дефицит на специалисти по здравни грижи, тъй като се компенсира с назначаване на работа на правоспособни лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст.

Тридесет и три са санитарните автомобили, с които разполага ЦСМП-Смолян като 27 са в движение.

Брой разкрити филиали в област Смолян – 9.

Показател	Брой			
Амбулаторни прегледи	2694			
Изпълнени повиквания - общо,	23763			
от тях – за спешна медицинска помощ	18228			
- за неотложна медицинска помощ	3046			
- за санитарен транспорт	2489			
Общ брой обслужени пациенти,	23875			
от тях – брой деца 0-17 г.	2473			
- постъпили в Спешно отделение	4691			
Персонал – общ брой, от тях – лекари	Щат	заети	Основен договор	
		244	235.50	230
		33	24.50	17
	- фелдшери	54	54	56
	- медицински сестри	51	51	51
	- акушерки	12	12	12
Транспортни средства – 33	в движение – 27			

Деятелност на спешните отделения към болнични заведения.

В Смолянска област функционира само 1 Спешно отделение в състава на МБАЛ „Д-р Братан Шукеров” АД гр. Смолян. В болниците в гр. Девин, гр. Мадан и гр. Златоград се осъществява само консултативна помощ по искане на дежурните екипи на съответните ФСМП.

В Спешното отделение на МБАЛ – Смолян през 2017 година са извършени **12520** амбулаторни прегледа за оценка на здравословното състояние и поставяне на индикации за спешно състояние, със **спад** от 2,1% от 2016 г. и **ръст** от 0,2% от 2015 г.

Пациентите до **17** год. възраст са **1358** (10,8%) от всички прегледи при 1530/11,95%) за 2016 г. и 1566 (12,53%) за 2015 г. Намаление на прегледите при децата с 11,2% спрямо 2016 г. и с 13,3% спрямо 2015 г.

На 1 жител на областта се пада средно 0,115 прегледа, колкото и през 2016 г. при 0,110 за 2015 г.

Хоспитализирани са **5648** (45,1%) с реализиран **спад** в хоспитализациите от 5,6% спрямо 2016 г. и 6,1% спрямо 2015 г.

За **спешна** медицинска помощ са били **5096** (40,7%) със **спад** от 2,5% от 2016 г. и от 0,1% спрямо 2015 г.

За неспешни състояния (неотложни) - **7424** (59,3%) пациента при 7570 (59,17%) за 2016 г. и 7393 (59,16%). Спрямо 2016 г. са обслужени 1,3% по-малко неотложни случаи, а спрямо 2015 г. с 0,4% повече.

Налице е тенденция за **повече обслужени пациенти** с неспешни състояния.

Повод / Година	2013 г.		2014 г.		2015 г.		2016 г.		2017 г.	
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
Заболяване	8786	74,06	8688	72,55	8735	69,91	9083	71	8693	69,4
Травми	1993	16,80	2705	22,59	3464	27,72	3385	26,5	3541	28,3
Раждање	701	5,90	453	3,78	170	1,36	132	1	156	1,2
Отравяния	384	3,24	128	1,08	126	1,01	194	1,5	130	1,1

Няколко са факторите, които допринасят за ръста на обслужените пациенти:

- ✓ единствена възможност за здравно неосигурени пациенти да получат безплатна медицинска помощ;
- ✓ бързо обслужване при възникнал здравословен проблем без да се чака ред;
- ✓ получаване на качествена специализирана медицинска помощ без да се обръщат към своя общо практикуващ лекар с искане за консултация и съвместно лечение със специалист (направления/;
- ✓ добра позиция на МБАЛ „Д-р Братан Шукеров” АД на пазара на здравни услуги;
- ✓ заинтересованост на лечебното заведение - приходи от РЗОК за лечение по клинични пътеки.

През 2011 г. ДКЦ-Смолян разкри структура за оказване на неотложна помощ на нуждаещите се пациенти, сключвайки договор с ОПЛ. Осъществени са 3130 прегледа, с 43,8% по-малко от 2016 г. и с 2,9% повече от 2015 г. На 1 жител на областта се падат средно 0,028 прегледа, колкото и през 2015 г. и 0,05 за 2016 г.

През 2017 г. МБАЛ-Девин разкри дежурен кабинет и е осъществил 1067 прегледа на неотложно нуждаещи се пациенти.

През 2017 г. ЦСМП-Смолян е сключил договор с 6 общопрактикуващи лекари за оказване на неотложна помощ, като 2 договора са прекратени от м. април. Осъществил е 897 прегледа.

9.1.5. Осигуреност на регионалната здравна мрежа с човешки ресурси

Осигуреност с медицински специалисти в област Смолян.

През 2017 г. **лекарите** в здравната мрежа в област Смолян са **299**, с 2 (0,7%) по-малко от 2016 г. и с 17 (5,4%) по-малко от 2015 г.

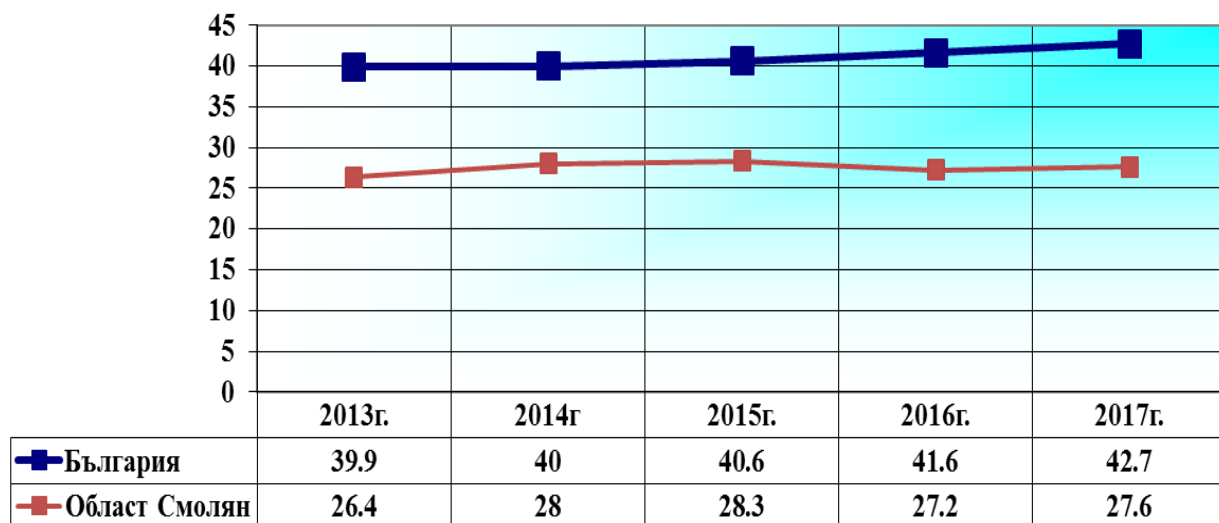
Общият показател за осигуреност с лекари е 27,6 0/000 души население и с трайна тенденция за значително по-ниска осигуреност от страната – 42,7 0/000.

През 2017 г. с **15,1** 0/000 осигуреността с лекари за областта е под общата осигуреност с лекари за страната при 14,4 0/000 за 2016 г. и 12,3 0/000 за 2015 г. очертавайки **трайна неблагоприятна** тенденция.

Показателят „Население на един лекар” в края на 2017 г. е **359** души (367 за 2016 г. и 353 за 2015 г.) с колеблива тенденция за **увеличение или намаление** основно поради по-малкото лекари, които работят в областта. За страната показателят е 234 души (2016 г.-240 души, 2015 г. - 246 души).

Показателят за 2017 г. надвишава в неблагоприятна посока този за страната с **53,4%**.

Осигуреност с лекари в област Смолян и Република България на 10000 души население за периода 2013 г. - 2017 г.



Най-висока осигуреност на населението има с лекари в **първичната** медицинска помощ - **6,7 0/000** при 6,8 0/000 за 2016 г. и 7,1 0/000 за 2015 г., но практиките без договор с РЗОК извършват незначителен обем дейност.

Осигуреността с общо практикуващи лекари (**ОПЛ**), сключили **договор с РЗОК** в края на 2017 г. е **6 0/000** при 6,03 0/000 за 2016 г. и 6,09 0/000 за 2015 г. **като през 2016 г. е по-нисък от тази за страната с 0,17 0/000** – 6,2 0/000 души за 2016 г. и 2015 г. **Очертава се трайна тенденция за по-ниска осигуреност с лекари в първичната помощ с договор с РЗОК.**

На следващо място е осигуреността:

- с **педиатри** – **1,8 0/000**, с 0,1 0/000 повече от 2016 г. и 2015 г. – по-неблагоприятна с 0,3 0/000 от този за страната (2,1 0/000, за 2016 г. и 2015 г.) като се запазва неблагоприятната тенденция;

- с **акушергинеколози** – 1,8 0/000, с 0,1 0/000 повече от 2016 г. и 2015 г. и е по-неблагоприятна с 0,2 0/000 от за страната, (2 0/000 за 2016 г. и 2015 г.), като се запазва неблагоприятната тенденция;

- **нервролози** - 1,8 0/000, с 0,1 0/000 повече от 2016 г. и 2015 г. е по-благоприятна от тази за страната с 0,1 0/000 (за 2016 г. е 1,7 0/000, за 2015 г. е 1,6 0/000), като е преодоляна неблагоприятната тенденция.

Най-ниска е осигуреността по медицински специалности „Ревматология“, „Клинична хематология“, „Медицинска паразитология“, „Трансфузионна хематология“, „Клинична патология“, „Съдебна медицина“ и „Алергология“, където работят по **1** специалист от определената специалност и формират осигуреност от 0,1 0/000.

По-особен е статутът на упражняващите медицинска специалност „Спешна медицина“. Това са лекарите работещи в ЦСМП-Смолян и Спешно отделение на МБАЛ „Д-р Братан Шукеров“, АД гр. Смолян:

- ✓ ЦСМП - само 2 от лекарите на основен трудов договор в ЦСМП имат специалност „Спешна медицина“;
- ✓ СО на МБАЛ „Д-р Братан Шукеров“ АД – 2 души – 1 със специалност „Анестезиология и интензивно лечение“ и 1 без специалност;
- ✓ в двете лечебни заведения на втори трудов договор работят още около 40 лекари.

Лекарите, работещи в лечебните заведения на областта през 2017 г. са 293, с 20,7% по-малко от 2016 г. и с 17 (5,5%) по-малко от 2015 г.

Лекарите по дентална медицина в регистрираните ЛЗ в областта в края на 2017 г. са 136 физически лица. На основен трудов договор, осъществявали дейност през 2017 г. са 125 при 130 за 2016 г. и 125 за 2015 г. Работили са в регистрираните към 31.12.2017 г. 126 индивидуални и 5 групови практики за първична дентална помощ. Единадесет индивидуални практики не са представили никакъв отчет. Лекарите, които са ги регистрирали, не са включени в броя дентални лекари, осъществявали дентална медицинска помощ. Договор с РЗОК са сключили 102 индивидуални и 5 групови практики.

Показателят „Население на един лекар по дентална медицина – физическо лице“ в края на 2017 г. е 858 души (за 2016 г.-829, за 2015 г. - 809 души). За страната е 887 души. С **6,5%** показателят за областта е **по-добър** от страната, което благоприятства по-лесния достъп на населението до дентална помощ.

Население на 1 лекар по дентална медицина	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Област Смолян	830	934	809	829	858
Р. България	1000	1027	952	887	Няма данни

През 2017 г. работилите 125 лекари по дентална медицина формират осигуреност от 11,5 0/000, съпоставима с осигуреността в страната - 11,9 0/000.

През 2017 г. 102 индивидуални и 5 групови практики за първична дентална помощ са имали сключен договор с РЗОК-Смолян. В тях са работили 112 лекари, които формират осигуреност с лекари по дентална медицина с договор с РЗОК от 10,3 0/000 при 10,9 0/000 за 2016 г. и 11,1 0/000 за 2015 г.

Броят на медицинските специалисти, завършили медицински колеж или придобили **специалност „Здравни грижи“** със степен специалист и бакалавър към 31.12.2017 г. е 730, с 1 (0,14%) по-малко от 2016 г. и с 51/6,53% по-малко от 2015 г.

Осигуреност от **67** 0/000 при 66,1 0/000 за 2016 г. и 70 0/000 за 2015 г. Съпоставима е с осигуреността за страната – 66 0/000

Табл. Медицински персонал в лечебните заведения в Област Смолян към 31.12.2017 г.

година	2015 г.	2016 г.	2017 г.
	брой		
Лекари	310	295	293
Лекари по дентална медицина	125	130	125

- от тях: лекари по дентална медицина сключили договор с РЗОК	124	121	112
Фармацевти	4	4	4
Специалисти по здравни грижи	620	610	609
в т.ч. :			
Фелдшери	73	73	76
Акушерки	52	56	62
медицински сестри	373	366	356
Лаборанти (клинични и рентгенови)	69	64	60
помощник-фармацевти	5	4	4
Друг персонал	525	529	529

Видове специалности	2015 г.		2016 г.		2017 г.	
	брой	на 10000 от населениет о	брой	на 10000 от населението	брой	на 10000 от населениет о
Лекари - всичко	316	28.3	301	27.2	299	27.6
в т.ч. Интернисти	14	1.3	8	0.7	8	0.7
Гастроентерология	1	0.1	2	0.2	2	0.2
Ендокринология	8	0.7	7	0.6	7	0.7
Кардиология	16	1.4	15	1.4	12	1.1
Ревматология	1	0.1	2	0.2	2	0.2
Нефрология	4	0.4	3	0.3	2	0.2
.....						
Хирурзи	17	1.5	16	1.5	16	1.5
Акушер-гинеколози	19	1.7	19	1.7	19	1.8
Педиатри	19	1.7	19	1.7	19	1.8
Офтальмолози	8	0.7	7	0.6	7	0.7
Оториноларинголози	6	0.5	7	0.6	6	0.6
Невролози	18	1.6	18	1.6	19	1.8
Психиатри	3	0.3	3	0.3	3	0.3
Пневмофтизиатри	4	0.4	7	0.6	7	0.7
Дерматовенеролози	4	0.4	4	0.4	4	0.4
Рентгенолози	9	0.8	8	0.7	8	0.7
Физиотерапевти	13	1.2	16	1.5	15	1.4
Лабораторни лекари	7	0.6	7	0.6	9	0.8
Ортопедотравматологи я	10	0.9	8	0.7	8	0.7
Урология	6	0.5	5	0.5	5	0.5
Анестезиология	12	1.1	10	0.9	10	0.9
Инфекциозни болести	2	0.2	4	0.4	4	0.4

Медицинска паразитология	-	-	-	-	-	-
Трансфузион. Хематология	1	0.1	1	0.1	1	0.1
Микробиология	3	0.3	3	0.3	3	0.3
Епидемиология	2	0.2	-	-	-	-
Клинична патология	1	0.1	1	0.1	1	0.1
Съдебна медицина	1	0.1	1	0.1		
Социална медицина и здр.мениджмънт	7	0.6	7	0.6	7	0.7
Хранене и диетика	-	-	-	-	-	-
Алергология	1	0.1	1	0.1	1	0.1
Спешна медицина	24	2.2	16	1.5	19	1.8
Други	2	0.2	3	0.3	3	0.3
Регистрирани амбулатор. за първична медицинска помощ – инд.практики	79	7.1	75	6.8	74	6.8
- от тях: Обща медицина	35	3.1	37	3.3	38	3,5
- Общопрактикуващи лекари сключили договор с РЗОК	68	6,1	66	6,1	65	6

В сравнение с 2016 г. през 2017 г. в областта:

- ✓ Намалява незначително броят на лекарите;
- ✓ Намалява незначително броят на лекарите по дентална медицина, осъществяващи дейност;
- ✓ Намален е броят на медицинските специалисти по здравни грижи;
- ✓ Общият показател за осигуреност с лекари в областта за периода 2010 г. - 2017 г. не се променя съществено, но е с над 10 пункта по-неблагоприятен от този за страната.

През последните години се наблюдават негативни тенденции в осигуреността на населението с някои видове медицински специалисти, като за част от тях вече е достигнат критично минималния брой.

Основните причини за това са:

1. Ниският икономически статус на работещите в здравеопазването;
2. Непрекъснатото увеличаване на миграцията на медицински специалисти към по-големите областни градове в страната и страните от ЕС.

Наблюдава се недостиг на квалифициран медицински персонал.

Сериозно внимание изискват качествените аспекти на кадрите в здравеопазването, свързани с:

- ✓ подготовката и повишаването на квалификацията;

- ✓ възможности за преквалификация и адаптация на медицинския персонал във връзка със структурните промени в здравеопазването;
- ✓ все по-малко млади лекари влизат в системата и все повече излизат от нея поради едни или други причини.

Изводи:

1. Областта е с по - ниска осигуреност на населението с лекари;
2. Възрастовият състав на лекарите е с явна тенденция към застаряване. Част от медиците са с неактивни (неработещи/ практики. В близко бъдеще областта ще бъде лишена от редица медицински специалности;
3. Подобна е тенденцията и с медицинските специалисти по здравни грижи, въпреки че осигуреността на населението е съпоставима с тази за страната. Застаряването сред тях е също неоспорим факт. Недостатъчни грижи се полагат за задържането им в лечебните и здравните заведения на територията на областта;
4. Добра осигуреност на населението с лекари по дентална медицина, съпоставима с тази за страната;
5. Налице е дисбаланс на разпределението на кадрите по отделните общини и населени места.

9.1.6. Финансиране на здравеопазването в Област Смолян

Приходи	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Приходи от НЗОК	34 751 998	38 397 011	40 973 647
Приходи от МЗ	4 910 119	5 474 568	5 798 665
Приходи от Общината	141 061	79 434	17 325
Приходи от пациентски такси (включени са само тези в болничната помощ/	921 409	894 492	1 037 346
Други	1 214 906	2 220 555	1 394 232
ОБЩО	41 939 493	47 066 060	49 221 215

Разпределение на средствата за здравеопазване между отделните видове медицинска помощ в лв.:

Разпределение	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Болнична помощ	13 623 714	14 967 773	14 724 337
Извънболнична помощ	9 396 771	9 959 915	10 937 650
Спешна помощ	3 703 081	3 979 784	4 202 643
Лекарства платени от РЗОК на аптеките	11 771 416	13 759 175	15 296 230
Други : ДМСГД, делегираните от държавата дейности на общините., и др.	3 436 371	4 399 413	4 060 355

ОБЩО	41 939 493	47 066 060	49 221 215
-------------	-------------------	-------------------	-------------------

Общата сума на приходите на лечебните заведения в Смолянска област за 2017 г. е **49 221 215** лв., с **2 155 155** лв. (4,58%) **повече** от 2016 г. и с **7 281 722** лв. (17,36%) **повече** от 2015 г.

В зависимост от източника на финансиране:

✓ „Приходите от НЗОК” са увеличени с 2 576 636. (6,71%) спрямо 2016 г. и с 6 221 649 лв. (17,9%) спрямо 2015 г.;

✓ „Приходите от МЗ” са увеличени с 324 097 лв. (5,92%) спрямо 2016 г. и с 888 546 лв. (18,1%) спрямо 2015 г.;

✓ „Приходи от общините” са намалени значително - с 62 109лв. (78,19%) спрямо 2016 г. и с 123 736 лв. (87,72%) спрямо 2015 г.;

✓ „Приходи от пациентски такси” са увеличени с 142 854 лв./15,97%) спрямо 2016 г. и с 115 937 лв. (12,58%) спрямо 2015 г.;

✓ „Други приходи” са намалени с 826 323 лв. (37,21%) спрямо 2016 г. и увеличени с 179 326 лв. (14,76%) спрямо 2015 г.

✓

Разгледани по относителен дял по източници на финансиране:

✓ **Най-голям** е относителния дял на „Приходи от НЗОК” – 83,24 % - увеличение от 1,66 пункта спрямо 2016 г. и с 0,38 пункта спрямо 2015 г.

✓ На второ място са „Приходи от МЗ” - 11,78% , ръст от 0,15 пункта спрямо 2016 г. и от 0,07 пункта спрямо 2015 г.;

✓ На трето място са „Други приходи” - 2,83 %, с намаление от 1,89 пункта спрямо 2016 г. и от 0,07 пункта спрямо 2015 г.

Разпределението на средствата между отделните видове медицинска помощ в % е:

	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Болнична помощ	34,5	32,5	31,8	29,9
Извънболнична помощ	22,4	22,4	21,2	22,2
Спешна помощ	8,3	8,8	8,5	8,5
Лекарства, платени от РЗОК на аптеки	27,2	28,1	29,2	31,1
Други	7,7	8,2	9,3	8,2

От изплатените от РЗОК-Смолян през 2017 г. 10 937 650 лв. за извънболнична помощ, 3 347 925 лв. (30,6%) са средства за осъществената **дентална** помощ, които са с 35,1 % повече от изплатените за тази категория през 2016 г. и с 33,1% повече спрямо 2015 г.

През 2017 г. се наблюдава значителен **ръст** в средствата за лекарствата, платени от РЗОК на аптеки - 1 537 055 лв. (11,17%) спрямо 2016 г. и от 3 525 814 лв. (29,04%) спрямо 2015 г.

Изводи:

1. Намаляване на относителния дял на средствата за:

- ✓ Болнична помощ от 1,9 пункта спрямо 2016 г. и 2,6 пункта спрямо 2015 г.
 - ✓ Други - от 0,9 пункта спрямо 2016 г. и идентични спрямо 2015 г.
2. Запазване през 2017 г. на относителния дял на средствата за:
- ✓ Спешна помощ при намаление с 0,3 пункта спрямо 2015 г.;
3. Увеличаване на относителния дял на средствата за:
- ✓ Лекарствата, платени от РЗОК на аптеки с 0,9 пункта спрямо 2016 г. и с 3 пункта спрямо 2015 г.;
 - ✓ Извънболнична помощ от 1 пункт спрямо 2016 г. и спад от 0,2 пункта спрямо 2015 г.

9.1.7. SWOT анализ на състоянието на системата на здравеопазване в област Смолян

Силни страни	Слаби страни
Детска смъртност – по-ниска от тази за страната.	Раждаемост по-ниска от тази за страната.
Сравнително добро обхващане на здравно-осигурените лица над 18 г. възраст с профилактични прегледи.	Обща смъртност по-ниска от тази за страната.
Качествено изпълнение на профилактичната програма „Майчино здравеопазване”.	Различия в качеството от затруднения достъп до здравните услуги.
Добра осигуреност с лекари по дентална медицина , съпоставима с тази за страната.	Неравномерно разпределен и отговарящ на потребностите здравен капацитет по райони, които са транспортно достъпни.
Разкрита високотехнологична структура за диагностика и лечение в областната болница – интервенционална кардиология и МРТ	Голям брой пациенти с неуредени здравно-осигурителни права – 14,7%
Качествено изпълнение на профилактичната програма „Детско здравеопазване”.	Ограничен брой специалисти до 35 годишна възраст. Новозавършилите лекари на работа в областта и специализиращите са много малко.
Акредитирана областна МБАЛ за следдипломно обучение по 18 медицински специалности.	Проблеми в организацията на неотложната помощ - част от пациентите натоварват Спешното отделение на МБАЛ – Смолян и ЦСМП – Смолян.
Добра материална база в лечебните заведения на област Смолян.	Липсата на специалисти по онкология и онкологичен център затруднява обслужването на онкологично болните от областта.
Използване на природните ресурси на областта за лечебна и рехабилитационна дейност.	Само една патологична лаборатория.

Субсидия от държавния бюджет за общинските болници по Методиката за субсидиране на лечебните заведения.	Липсва остойносттаване на медицинския труд, което е по-ниско в пъти спрямо останалите видове труд.
	Общинските болници работят с малък брой клинични пътеки, което води до хроничното им недофинансиране.
Добра осигуреност със специалисти по здравни грижи , съпоставима с тази за страната.	По-ниска осигуреност с лекари на населението в сравнение със страната. Критичен минимум на специалисти по педиатрия, инфекциозни болести, спешна медицина и други. Само по един специалист по клинична хематология, клинична патология, трансфузионна хематология, неонатология, паразитология, съдебна медицина и др. Липсват онколози, токсиколози, вирусолози, тясно хирургични специалисти и др. Липсващи високотехнологични дейности като инвазивна кардиология.
Благоприятни възможности	Заплахи
Въвеждане на инструменти за контрол и постоянна оценка на качеството на предлаганите медицински услуги, преглед и анализ на използваните диагностични и лечебни методи, анализ на резултатите от оказаните здравни услуги и други.	Миграция на лекари и медицински сестри към лечебни заведения извън областта и страната.
Осигуряване на липсващите специалисти в област Смолян чрез специализация на лекари от областта или привличане на специалисти от други райони на България.	Силно влошаване на демографските показатели на област Смолянска - ниска раждаемост, увеличена смъртност и намаляващо и застаряващо население.
Търсене на нови източници на финансиране за инвестиране в обновлението на диагностичната и лечебна техника, привличане на нови средства вкл. от европейски проекти.	Застаряване на кадрите в здравеопазването, тяхната недостатъчност. Критично намаляване на специалистите от редица специалности - неонатология, педиатрия, психиатрия, анестезиология и интензивно лечение, ревматорогия и много други.
Реорганизация на неотложната медицинска помощ чрез оказването ѝ възможно най-близко до нуждаещия се пациент.	Наличие на болнични структури с ниска използваемост.
Повишаване управленската и организационна култура в	Лечебни заведения за болнична помощ, които формират просрочени задължения

здравеопазването.	или увеличават краткосрочните си и дългосрочни непросрочени задължения.
Структурите от болничната мрежа на областно ниво да осъзнаят необходимостта от функционална хоризонтална и вертикална интеграция, специализация и оптимизиране на портфейла от болнични услуги, с цел пълно задоволяване на потребностите на населението при най-ефективно използване на наличните материални, технологични и човешки ресурси.	Хроничното недофинансиране на болниците. Пренасочване на пациентопотока към лечебни заведения извън областта.
Развитие на първичното здравно обслужване с базов (гарантиран/ пакет от здравни услуги.	Нивото на заболяемостта и хоспитализациите да се увеличава.
Развитие на дейностите, свързани с продължително лечение, палиативни грижи и грижи за възрастни хора и хронично болни.	Финансови затруднения за закупуване на съвременна медицинска апаратура.
Регламентиране на критериите за качество на медицинската дейност.	Слаба взаимовръзка и координация между първичната, специализираната, болничната и спешната помощ.
Провеждане на политики за стимулиране инвестициите в здравеопазването от общините.	Загуба на доверие у пациентите към лечебните заведения от областта.
	Незаинтересованост на част от здравно-осигурените лица за собственото си здраве.
Създаване на интегрирана система за електронен обмен на данни в системата на здравеопазването.	Постоянно увеличаващи се разходи за здравеопазване в област Смолян при ниски доходи на населението.
Развитие на нормативната база, регламентираща дейността в областта на здравеопазването по отношение на: - квалификация на кадрите; - общинските болници; - медицинска експертиза.	Създадени устойчиви стереотипи в поведението на част от населението по отношение на избора на лечебно заведение за болнична помощ извън областта.
Рационализация при използването на финансовите ресурси от лечебните заведения.	Опасност от евентуално възникване на терористични атаки с много поразени и пострадали.
Разширяване на възможностите на здравната система за реагиране при кризисни ситуации.	Липсата на конкуренция между болничните лечебните заведения, което се отразява на качеството на предоставените медицински услуги.

Повишаване отговорността на лекарите клиницисти за направените разходи.	Осигуреност с ОПЛ, сключили договор с РЗОК-Смолян, по-малък от тази за страната.
Да се повиши събираемостта на здравните вноски.	Променлива – неустойчива база за нормативно регламентиране и мониторинг на качеството на медицинските дейности.
Подпомагане на общините при разработване на механизми за стабилизиране и реструктуриране на лечебните заведения.	Различие в заплащането на медицинския труд в различните лечебни заведения.
Развитие на дейности свързани с продължителното лечение и палиативни грижи.	Недостатъчно финансиране на дейностите в системата на здравеопазването - липса на адекватна политика за финансово осигуряване на дейностите за продължаващо лечение.
Повишаване на информираността на ползващите здравни услуги.	

10. ОСНОВНИ НЕДОСТАТЪЦИ И ПРОБЛЕМИ НА РЕГИОНАЛНАТА СИСТЕМА ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Съществува недобре развита здравна мрежа с неравномерно териториално разположение на първичните медицински и специализирани практики.

Налице е концентрация на специализираната медицинска помощ в областния град и 3 общински центъра, което води до затруднен достъп на населението до медицинска помощ. Налице е и неравнопоставеност на населението от общините на областта на достъпа до болнична медицинска помощ поради малките възможности на общинските болници.

В извънболничната сфера съществуват проблеми, свързани с реалния избор на общопрактикуващ лекар (ОПЛ) и достъп до вече избран в отдалечените, труднодостъпни и слабо населени места. В лекарските практики с голям брой записани пациенти проблем е своевременното оказване на медицинска помощ от страна на ОПЛ. Неблагоприятна е тенденцията и към изключването на здравнонеосигурените лица от пациентските листи на общопрактикуващите лекари. Сериозни са и трудностите при получаването на медицински услуги от избраните лични лекари през нощта и в почивните дни, когато нуждаещите се неправомерно се пренасочват към централните за спешна медицинска помощ. В системата на извънболничната помощ продължава да доминира индивидуалната форма на организация на работа. Пораждат се организационни и финансови трудности за нуждаещите се от медицинска помощ.

Друг съществуващ проблем е с масовизацията на профилактиката, която продължава да стои на втори план поради несъвършенства при формирането на заплащането за ОПЛ. В това отношение се наблюдава тенденция към нарастване на

потреблението на медико-диагностични изследвания и консултации, както и неритмичност при назначаването им.

В област Смолян се наблюдават неблагоприятни тенденции в състоянието на човешките ресурси. Задълбочават се деформациите в структурата, броя и териториалното разпределение на специалистите по отделни специалности.

Осигуреността с лекари и специалисти по здравни грижи в областта е по-ниска от средната за страната и води до затруднен достъп на населението до медицинско обслужване. Застаряването на лекарите и медицинските специалисти е неоспорим факт. Наблюдава се висока средна възраст, което ще увеличи дефицита при пенсиониране на поколенията и малък относителен дял на младите попълнения, които са много малко и в следващите години няма да може да бъде компенсиран броят на пенсионираните и пенсиониращите се лекари.

В системата на спешната помощ има недостиг на лекари. Основната тежест, особено във филиалите, се поема от медицински специалисти.

В областта има само по един специалист по неонатология, клинична патология, трансфузионна хематология, алергология, съдебна медицина, паразитология. Критичен е минимумът на специалисти по психиатрия, инфекциозни болести, педиатрия, спешна медицина, микробиология, урология, клинична лаборатория, физикална и рехабилитационна медицина и редица други. Изцяло липсват специалисти по онкология, вирусология, токсикология и такива с тясно хирургични и педиатрични специалности.

Липсата на специалисти по здравни грижи е основната причина за промененото съотношение между медицински сестри и лекари и затруднява медицинското обслужване на пациентите. В световната практика за 4 болни се грижи 1 сестра.

За покриване на стандартите в голяма част от отделенията на многопрофилните болници работят лекари в пенсионна възраст.

Болниците се задъхват и всяка година работят по малък брой от сключените по договор със Здравната каса клинични пътеки. Започват да се стагнират икономически, защото нямат необходимия приход. И се явяват както медицински, така и финансови проблеми. Факт е, че финансовия ресурс на болниците е недостатъчен.

11. РИСКОВИ ФАКТОРИ, ВЛИЯЕЩИ ВЪРХУ ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО В ОБЛАСТ СМОЛЯН

1. Недостатъчен брой общопрактикуващи лекари в областта, тъй като няма желаещи да работят в отдалечени населени места от общинските центрове, които са и с лоша инфраструктура;

2. Липса на лекари-специалисти от извънболничната помощ в общините Баните, Борино, Доспат, Чепеларе и Неделино;

3. Недостиг на лекари-специалисти по определени специалности в областната и общинските лечебни заведения за болнична помощ.

4. Сключени фиктивни трудови договори с лекари, които не извършват абсолютно никаква дейност в ЛЗБП.

5. Изписване на лекарства според бонусите давани от фармацевтичните фирми.

Лечебните заведения са разположени средно до 50 км. отстояние едно от друго, в голяма териториална близост. Това от една страна и липсата на достатъчно специалисти по вид и брой от друга, налага обсъждане за реструктуриране на болничната мрежа в посока на структури за продължително лечение, палиативни грижи и други.

Областната болница разполага с много добър сградов фонд, медицинската апаратура се обновява на съвременно ниво, но изпитва затруднение с обезпечаване на дейността със специалисти - педиатри, неонатолози, анестезиолози, спешни медици и др. Налице е явно застаряване на специалистите, които основно са в 5 и 6 декада от своя живот, а не са малко и работещите след тази възраст.

В общинските болници се извършиха значителни ремонтни дейности на сградовия фонд, но в тях функционират минималния брой отделения, необходими за съществуването им, работят минимален брой специалисти, често след пенсионна възраст и трудно се покриват изискванията на медицинските стандарти за кадрова окомплектованост по отделните медицински специалности.

В лечебните заведения за болнична помощ в Смолянска област липсват работещи структури за продължително лечение, за лечение на онкологично болни пациенти и за палиативни медицински грижи.

Недостатъчна обезпеченост на болниците ни със специалисти анестезиолози-реаниматори, педиатри, неонатолози, рентгенолози, психиатри, патологоанатоми, лекари по съдебна медицина, микробиолози, вирусолози и редица други;

Масово лекарите - специалисти работят в две лечебни заведения (болнично/болнично – болнично/извънболнично), което неминуемо дава негативно отражение върху качеството на работа им;

Болниците все по-трудно покриват критериите и изискванията на медицинските стандарти за брой лекари и брой специалисти включително сертифицирани за високотехнологични изследвания.

Областта е с по-ниска осигуреност на населението с лекари.

Възрастовият състав на лекарите в цялата област, е с явна тенденция към застаряване. Част от медиците са с неактивни (неработещи) практики. В близко бъдеще областта ще бъде оголена от редица медицински специалности.

Подобна е тенденцията и с медицинските специалисти по здравни грижи, въпреки че осигуреността на населението е по-добра от тази за страната. Застаряването сред тях е също реален факт. Недостатъчни грижи се полагат за задържането им в лечебните и здравните заведения на територията на областта.

Налице е дисбаланс на разпределението на кадрите по отделните общини и населени места.

Продължава да е висок рискът от предоставяне на недостатъчна по обем медицинска помощ за всички райони на областта, от затрудняване достъпа на здравноосигурените лица до първична и специализирана извънболнична медицинска помощ и болнична помощ. Особено с голяма острота стои въпросът с достъпа до първична медицинска помощ, тъй като няма желаещи лекари да работят като общопрактикуващи в отдалечени и труднодостъпни райони. Отново са оценени като високи и рисковете от невъзможност на РЗОК да осигури достъп до качествени медицински услуги.

През първите десет месеца на 2015 г. в ЛЗБП на територията на област Смолян са лекувани 18 490 ЗОЛ по 23 138 КП, в други области – 8 969 ЗОЛ по 11 526 КП. Наблюдава се тенденция към повишена миграция на пациенти в посока на клиниките в Университетските градове – 32,66% от здравноосигурените лица са лекувани в посочените области.

12. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЗА РЕШАВАНЕ НА ПРОБЛЕМИТЕ

1. Задълбочен подход и инициативност в планирането на човешките ресурси включително в лечебните заведения за болнична помощ. Привличане на институции и бизнес за съдействие и осигуряване на стимули за специализация и задържане на лекарите в региона. Да се подготвят и обсъдят спешни и неотложни мерки за стабилизиране и развитие на потенциала от медицински специалисти.

2. Значителното увеличаване на финансирането на здравеопазването спрямо предходните години както като процент от БВП, така и като размер на здравноосигурителната вноска.

3. Създаване на условия за разширяване на участието на неправителствените организации в дейностите по реализиране на здравната политика.

4. Развитие на електронно здравеопазване и изграждане на интегрирана информационна система.

5. Да бъдат преразгледани изискванията на медицинските стандарти.

6. Да се приложи нов подход в контролната дейност, която да се основава на електронизация в управлението на медицинските дейности и анализ на извършената дейност, на база строго определени стандарти и критерии за оценка на качеството и ефекта от предоставените медицински услуги.

7. Подобряване здравното състояние на населението чрез провеждане на активни ефективни и ефикасни промотивни, профилактични, лечебни и рехабилитационни дейности с акцент към социално-значимите заболявания. Особено внимание върху профилактиката на болестите (най-вече на социално значимите) и приоритет при здравеопазването на бременните жени и децата. Извеждане на профилактиката и здравната промоция като водещ национален приоритет.

8. Преодоляване на дисбалансите в регионалната здравна система чрез реструктуриране и ефективно управление на болничната помощ, осъществяване, координиране и контрол по изпълнението на национални и регионални програми, както и подобряване на взаимодействието между структурите на здравеопазването в областта.

9. Точно и ясно планиране, прогнозиране и кадрово осигуряване на системата на здравеопазване в областта с всички видове медицински специалисти включително с лекари по видове специалности основавайки се на потребностите на населението съобразно структурата му в момента и бъдещите тенденции при въвеждане на задължителна здравна карта.

10. Обособяване на здравните проблеми на подрастващите (до 18-годишна възраст) като национален здравен приоритет с гарантиран обществено-държавен ангажимент за тяхното профилактично, диагностично, лечебно и рехабилитационно обслужване.

11. Търсене на нови източници на финансиране за инвестиране в обновлението на диагностичната и лечебна техника, привличане на нови средства вкл. от европейски проекти.

12. Създаване на електронно здравно досие и електронна здравна карта.

13. На новозавършилите лекари да се предостави възможност за специализация, като се използват равнопоставено и базите в Областните болници, чрез варианта изнесено обучение от хабилитирани лица.

14. Още при записване за следване на студентите по медицина, стоматология, фармация, медицински специалисти и парамедици държавна поръчка, да сключват договори за работа след завършването в доболничната помощ.

15. Задълбочен подход и повече инициативност от страна на ръководителите на лечебни заведения в планирането на човешките ресурси включително в лечебните заведения за болнична помощ. Привличане на институции и бизнеса за съдействие и осигуряване на стимули за специализация и задържане на лекарите в региона. Да се подготвят и обсъдят спешни и неотложни мерки за стабилизиране и развитие на потенциала от медицински специалисти.

16. Да се инкриминира сключването на фиктивни трудови договори с изпълнители на медицинска помощ. Доказването на такъв казус да става по сигнал на РЗОК или РЗИ от контролори на централните управления на НЗОК, МЗ, НОИ, НАП, МВР и т.н.

17. Търсене на нови източници на финансиране за инвестиране в обновлението на диагностичната и лечебна техника, привличане на нови средства вкл. от европейски проекти.

18. Оказване на логистична помощ на новите договорни партньори.

19. Спазване на НЗК в областта, за оптимално задоволяване нуждите от качествена здравна помощ при осигурен достъп на населението до спешна, първична, специализирана и болнична медицинска помощ.

20. Въвеждане на нов начин на финансиране на БП.

21. Участие в трансгранични проекти, за търсене на решаване на неблагоприятията в здравното обслужване на населението в областта.

Европейски основни здравни показатели (ЕСНП)

Европейските основни здравни показатели, наричани в миналото здравни показатели на Европейската общност, са резултат от дългосрочно сътрудничество между държавите от ЕС и Европейската комисия. Три проекта за европейски основни здравни показатели (1998-2001 г., 2001-2004 г., 2005-2008 г.), финансирани по линия на здравните програми на ЕС, доведоха до изготвяне на първите списъци с европейски основни здравни показатели, чиято цел бе да се създаде система за съпоставима здравна информация и знания с оглед на мониторинга на здравето на равнище ЕС.

Съвместното действие за мониторинг на здравните показатели в Европейската общност (Съвместното действие за ЕСНП) доведе до изготвяне на списък с 88 здравни показателя, класифицирани по област на политиката, които през 2017 г. бяха преразгледани в рамките на проекта BRIDGE-Health (Свързване на информацията и генерирането на данни за здравна политика и изследвания, основани на факти). Определения и механизми за събиране на данни съществуват за повече от 60 от тези

88 показателя, като, когато е уместно, данните са представени по пол, възраст, социално-икономическо положение и регион. Европейските основни здравни показатели са групирани в посочените по-долу категории:

Категория	Примери
Демографско и социално-икономическо положение	Население, раждаемост, обща безработица
Здравен статус	Детска смъртност, ХИВ/СПИН, наранявания при пътнотранспортни произшествия
Определящи здравето фактори	Редовни пушачи, консумация/наличие на плодове
Здравни интервенции: здравно обслужване	Ваксинация на деца, болнични легла, разходи за здравеопазване
Здравни интервенции: промоция на здравето	Политики за здравословно хранене

Показателите са пресечната точка на въпросите на политиката и наборите от данни. Тези показатели съответстват на интерес в областта на политиката и избран набор от възможности по отношение на изчисляването им. Поради тези причини Европейската комисия представя и други европейски здравни показатели, които не са част от системата на европейските основни здравни показатели, но са от полза за заинтересованите страни в сектора на здравеопазването.

Използвана литература:

1. Национална здравна стратегия 2020 г.
2. Работен документ на службите на Комисията по здравеопазване на ЕС - Инвестиции в здравеопазването;
3. Стратегически план за 2016-2020 г. на Генерална Дирекция „Здравеопазване и безопасност на храните“ на Комисията по здравеопазване на ЕС;
4. Съобщение на Комисията по здравеопазване на ЕС- Ефективни, достъпни и устойчиви здравни системи;
5. ЕС-Политики в здравеопазването;
6. „Здравето накратко: Европа 2018“ на Комисията по здравеопазване на ЕС;
7. Здравно-демографски данни НСИ 2017 г.;

Този анализ е направен с подкрепата на Европейския съюз, чрез Програмата за трансгранично сътрудничество ИНТЕРРЕГ V-А Гърция-България 2014-2020. Съдържанието на анализа е отговорност единствено на Районна здравноосигурителна каса - гр. Смолян и по никакъв начин не трябва да се възприема като израз на становището на Европейския съюз, на страните-участници в Програмата, на Управляващия орган или на Съвместния технически секретариат.

This analysis has been produced with the financial assistance of the European Union. The contents of the analysis are sole responsibility of the Regional Health Insurance Fund – Smolyan 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.