

**Регионални профили:
характеристики на здравеопазването
по области в България**

Публикация по проект на ИПИ „Регионални профили: показатели за развитие” (<http://www.regionalprofiles.bg/>)

февруари, 2015 г.

С подкрепата на



AMERICA FOR BULGARIA
FOUNDATION
Фондация Америка за България

Съдържание

Увод	4
1. Здравноосигурителна инфраструктура по региони	5
2. Общопрактикуващи лекари и специалисти.....	8
3. Медицински специалисти по здравни грижи	12
4. Спешна медицинска помощ	15
5. Обществена оценка за работата на болниците	17
Заклучение.....	21

Графики

Графика 1. Средногодишен брой легла на 10 000 души	5
Графика 2. Среден брой легла на една МБАЛ, 2012 г.	6
Графика 3. Постъпили за лечение в МБАЛ на 10 000 души, 2012 г.	7
Графика 4. Общопрактикуващи лекари на 100 000 души, 2012 г.	8
Графика 5. Лекари специалисти по вътрешни болести на 100 000 души, 2012 г.	9
Графика 6. Ортопеди на 100 000 души, 2012 г.	10
Графика 7. Педиатри на 100 000 души, 2012 г.	11
Графика 8. Фелдшери на 10 000 души, 2012 г.	12
Графика 9. Медицински сестри на 10 000 души, 2012 г.	13
Графика 10. Лаборанти на 10 000 души, 2012 г.	14
Графика 11. Реанимационни и мобилни екипи на спешна медицинска помощ на 100 000 души, 2010 г.	15
Графика 12. Реанимационни и мобилни екипи на спешна медицинска помощ на 1000 кв. км, 2010 г.	16
Графика 13. Дял на отговорилите на въпроса "как оценявате работата на болниците в областта, в която живеете" с добро (оценки „4“ и „5“ в сини колонки) и с недобро (оценки „1“ и „2“ в червени колонки), 2012 г.	17
Графика 14. Дял на отговорилите на въпроса "как оценявате нивото на корупция в болниците в областта, в която живеете" с ниско (оценки „4“ и „5“ - сини стълбове) и с високо (оценки „1“ и „2“ - червени стълбове), 2012 г.	18
Графика 15. Дял на отговорилите на въпроса "как оценявате работата на системата на здравеопазването в областта, в която живеете " с "недобро" (оценки „1“ и „2“).....	19
Графика 16. Дял на отговорилите на въпроса "как оценявате нивото на корупция в системата на здравеопазване в областта, в която живеете " с „високо“ (оценки „1“ и „2“)	20

Съкращения

СЗО – Световна здравна организация

МБАЛ – многопрофилна болница за активно лечение

НПО – неправителствена организация

НСИ – Национален статистически институт

ОПЛ – общопрактикуващ лекар

Увод

Смяната на политическата система от края на XX-и век в България води след себе си дълбоки промени в икономиката и социалните системи, и оказва определящо влияние върху развитието на сектори като здравеопазването през последните над 25 години. Те не са изолирани единствено до механизмите за финансиране на здравеопазването, но обхващат още технологичната обезпеченост, наличието на специализирани кадри и качеството на предлаганите услуги. Икономическото и социалното развитие на страната, демографските процеси, както и напредъкът на технологиите в този сектор от своя страна водят и до промяна на потребностите от здравноосигурителни услуги, което се превръща в още едно предизвикателство пред системата.

Основните цели, които съвременните здравни системи трябва да постигнат, са дефинирани още през 2000 г. от Световната здравна организация¹. На първо място това означава подобряване на здравето на населението, измерено чрез обективни показатели за здравно състояние. Втората цел на здравните системи е да предоставят услуги, които отговарят на потребностите на населението и са насочени към потребителите на тези услуги, което се измерва чрез удовлетвореността на последните от предоставените им услуги. Третата цел е справедливост при финансирането на здравните услуги чрез равно разпределение на финансовата тежест.

Публичната здравноосигурителна система в България изпитва сериозни трудности с постигането на тези цели, а през последните години се появиха и хронични финансови проблеми. През годините здравноосигурителната политика е сериозно критикувана както от вътрешни експерти – НПО, работодателски и пациентски организации, така и от външни институции като Европейската комисия. Финансовото положение в сектора е толкова сериозно, че дори Националната здравноосигурителна каса публикува [Анализ на стабилността на здравноосигурителния модел – рискове и предизвикателства пред НЗОК](#), който ясно идентифицира много от слабостите на сегашната здравноосигурителна система.

Повечето анализи за състоянието на здравноосигурителната система са фокусирани на национално ниво. Те показват, че системата е централизирана, а решенията за функционирането ѝ са в по-малка степен експертни и в по-голяма – политически. Имайки предвид основните цели на здравните системи, представени от СЗО, и в същото време - големите регионални различия в страната, е крайно необходимо да се отчита и регионалната картина на системата и нейното функциониране.

Целта на настоящия преглед е да представи сравнение на 28-те области в България на база обективни индикатори, както и на база резултати от анкетни проучвания сред населението. Предвид недостатъчната регионална статистика, както и ограничените на брой здравни данни, които публичните институции публикуват, анализът не претендира за изчерпателност, а цели да се превърне в основа за бъдещи изследвания в този сектор.

¹The world health report 2000 - Health systems: improving performance

1. Здравноосигурителна инфраструктура по региони

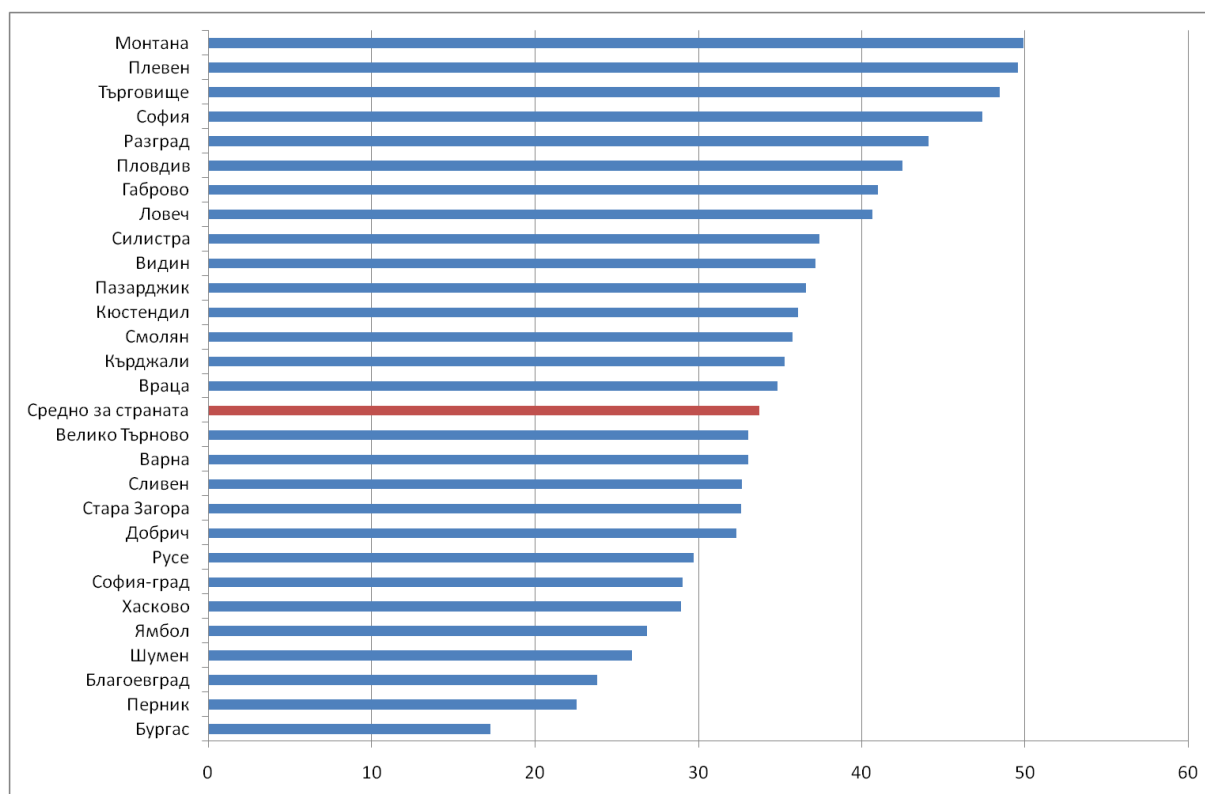
Дебатите около здравната система в България обикновено се фокусират върху болничната помощ по няколко причини:

- за нея се отделя най-голям дял от публичния ресурс;
- в същото време тя изпитва хроничен недостиг на средства и болниците постоянно трупат дългове;
- концентрира обществено недоволство, както поради корупция, така и поради некачествени услуги.

Предвид спецификата на определени здравни услуги и формирането на специализирани болници в отделни здравни центрове на страната, за целта на анализа ще бъдат разгледани единствено многопрофилните болници за активно лечение.

Данните на НСИ разкриват големи различия между средногодишния брой легла в МБАЛ в отделните области. При средно около 33 легла на 10 000 души в страната, най-много болнични легла има в Монтана – близо 50, а най-малко има в Бургас – около 17 легла.

Графика 1. Средногодишен брой легла на 10 000 души

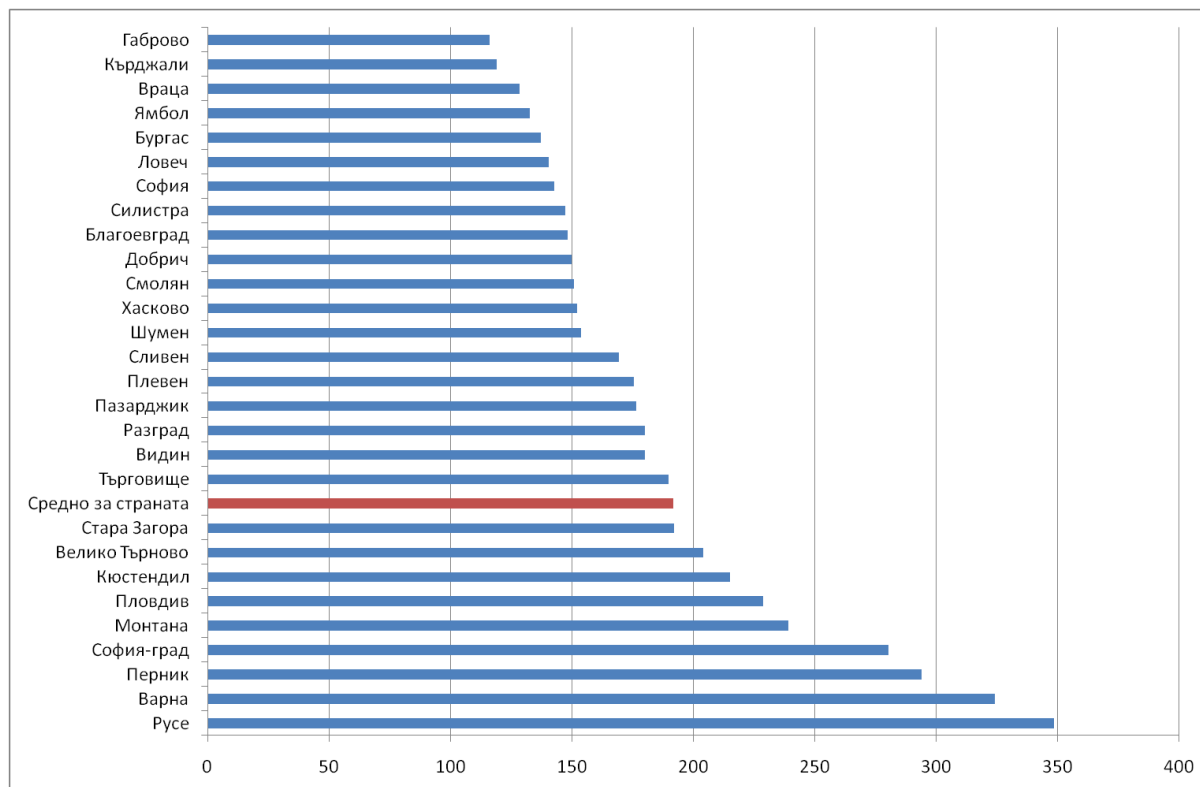


Източник: НСИ

Наличието на голям брой легла спрямо населението на областта не означава непременно, че достъпът до болнични услуги е най-голям в Монтана и най-нисък - в Бургас. Това се дължи на факта, че броят на леглата не отчита нито географските особености на областта – в кои части на областта са разположени болниците, нито демографските характеристики – в кои части на областта е най-високо „търсенето“, т.е. къде е най-голямата необходимост от тях.

Тези различия частично могат да се изследват, като се разгледа средният брой легла на една болница в областта. Логиката е следната – наличието на повече болници със средно по-нисък брой легла предполага по-лесен достъп от гледна точка на придвижване до тях, приемайки, че те не са групирани на едно място, например областния град. От този разрез на данните се вижда, че за цялата страна в една болница има средно около 191 легла. Начело на класацията са областите Габрово, Кърджали, Враца и Ямбол, където леглата в една МБАЛ варират между 116 и 132. Най-много легла на болница има в Русе – около 348 легла на фона на едва 2 болници. След нея се нареждат областите Варна, Перник и София-град.

Графика 2. Среден брой легла на една МБАЛ, 2012 г.



Източник: НСИ

От данните се вижда, че средният брой на леглата в Бургас е седем пъти по-нисък от този в Русе. Прави впечатление още, че разликите в броя на леглата между повечето области не са големи, като изключения от това правило са областите Велико Търново, Монтана, Перник, Варна и Русе.

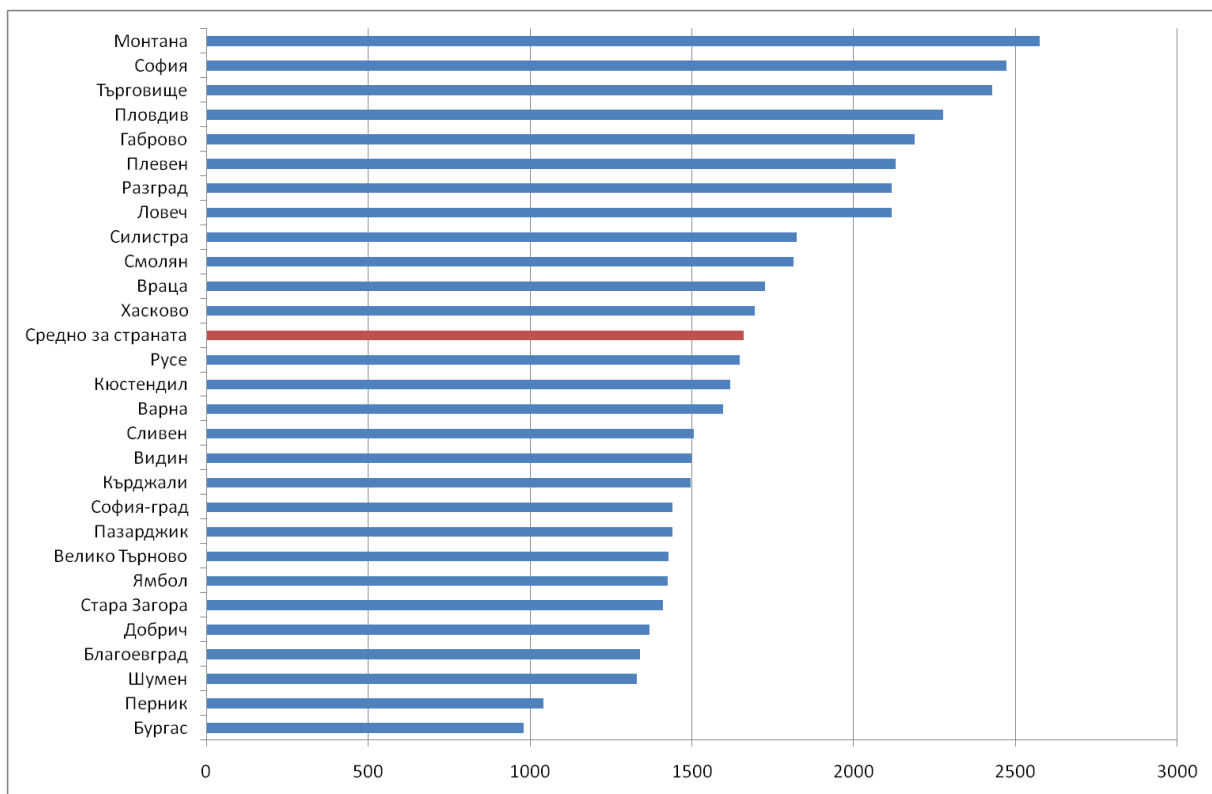
От една страна това повдига въпроса за достъпността и качеството на услугата – доколко улеснен е достъпът на населението в области с малко на брой и големи болници и какво е качеството на предлаганите услуги.

От друга страна наличието на множество по-малки болници може да осигурява по-добра достъпност до болнични услуги, но в същото време да означава и по-високи разходи за текуща издръжка, администрация и др., което повдига въпроси за ефективността на тези лечебни заведения. В това отношение впечатление правят областите София-град и Пловдив, където МБАЛ са съответно 19 и 17, докато средно за останалите области са под 5. София-град е най-гъсто населената област с население от 965 души на квадратен километър, докато гъстотата на населението в Пловдив е 113 души на квадратен километър. Независимо от това броят на

МБАЛ в двете области е почти еднакъв, а средният брой на легла на една болница в София-град дори е по-висок – 199 в сравнение със 169 в Пловдив. С други думи двете области не просто се различават от останалите в страната, но има сериозни разлики и между тях самите, които повдигат още по-сериозно въпросите за достъпност, качество и ефективност на болничните услуги.

Постъпили за лекуване в МБАЛ в страната през 2012 г. са 1659 души на 10 000 души население, като най-много са регистрирани в област Монтана – 2573 души, следвани от Софийска област и област Търговище. Прави впечатление, че тези три области заедно с Пловдив, Габрово, Плевен, Разград и Ловеч са регистрирали значително по-голям брой постъпили болни в МБАЛ в сравнение с повечето от останалите области. Най-малко са постъпили в болниците в област Бургас – 980 души, която, заедно с област Перник, регистрира значително по-малко постъпили болни в сравнение с повечето области. По отношение на Перник това може да се обясни в голяма степен с близостта ѝ до София-град, където има по-голям брой болници, които се считат и за едни от най-добрите в страната.

Графика 3. Постъпили за лечение в МБАЛ на 10 000 души, 2012 г.



Източник: НСИ

Интерпретирането на данните за постъпилите за лечение не може да бъде еднозначно, защото зависи от различни фактори като заболяемост и възрастова структура на населението, но същевременно зависи и от качеството на предлаганите услуги. Не са за пренебрегване и предпочитанията/поведението на лекуващите се, които могат да предпочетат една болница пред друга на база на чисто субективни причини, като познат, които работи в съответното лечебно заведение или препоръка от близки.

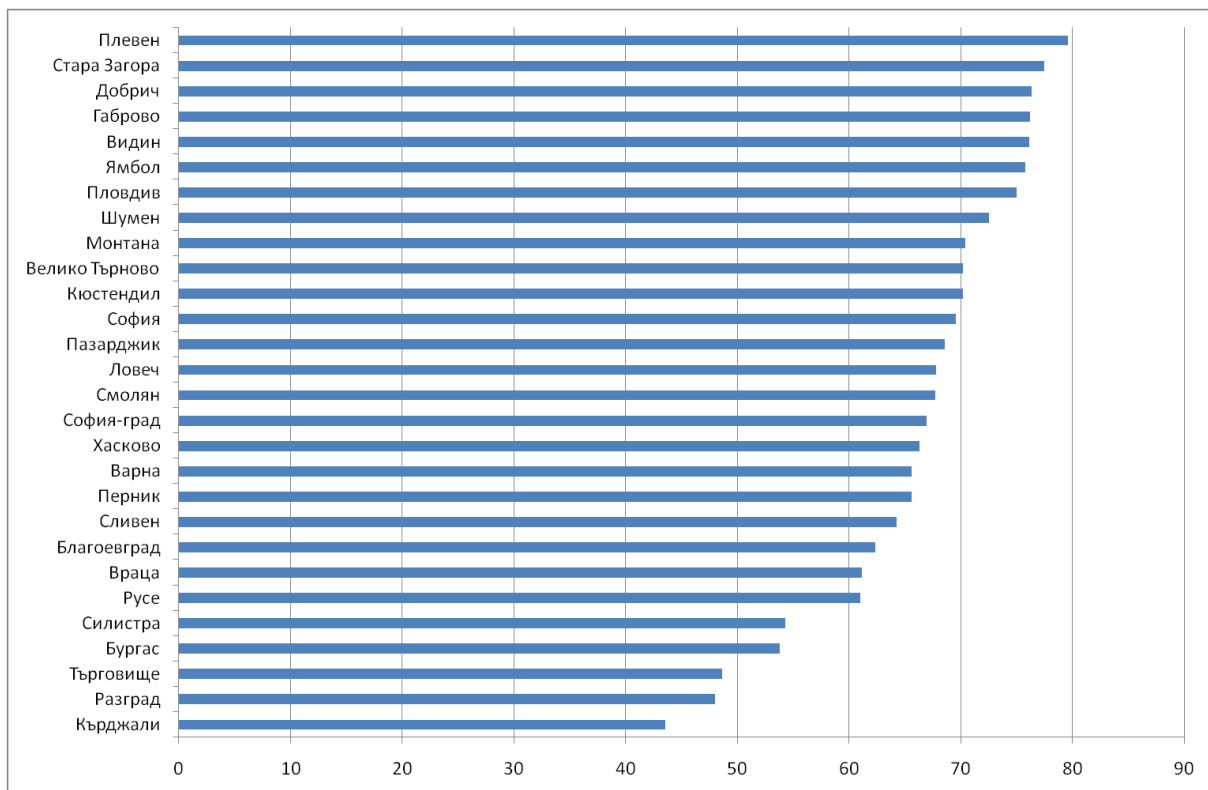
2. Общопрактикуващи лекари и специалисти

Първият досег на пациентите до здравната система е посещението при общопрактикуващия лекар (ОПЛ), който поставя диагноза (след като е или не е назначил лабораторно изследване) или изпраща лицето при лекар специалист. Предвид структурата и функционирането на здравноосигурителната система в България често наблюдаван проблем при посещенията при ОПЛ е липсата на направления за лекар специалист или за лабораторни изследвания. Това значително ограничава достъпа на населението до държавно-финансирани здравни услуги. Друг фактор, който може да ограничи като цяло достъпа на населението до здравни услуги, е наличието на общопрактикуващи лекари.

От регионалните данни за 2012 г. се вижда, че броят на ОПЛ на човек от населението в повечето области е сходен и е между 60 и 80 лекари на 100 000 души, но в някои области се наблюдават сериозни диспропорции. Така например разликата между област Кърджали, където има най-малко ОПЛ на 100 000 души, и област Плевен, където има най-много ОПЛ на 100 000 души, е почти двойна. Най-много лекари на човек от населението има в Плевен, Стара Загора, Добрич, Габрово и Видин, където те са над 75 на 100 000 души. В други шест области броят на ОПЛ на 100 000 души се движи между 70 и 75, а в други 12 области те варират между 60 и 70.

В рязък контраст на тези съотношения са областите Кърджали, Разград и Търговище, където на 100 000 души работят между 43 и 48 общопрактикуващи лекари. С относително нисък брой ОПЛ се характеризират още областите Бургас и Силистра, където на 100 000 души те са около 54.

Графика 4. Общопрактикуващи лекари на 100 000 души, 2012 г.



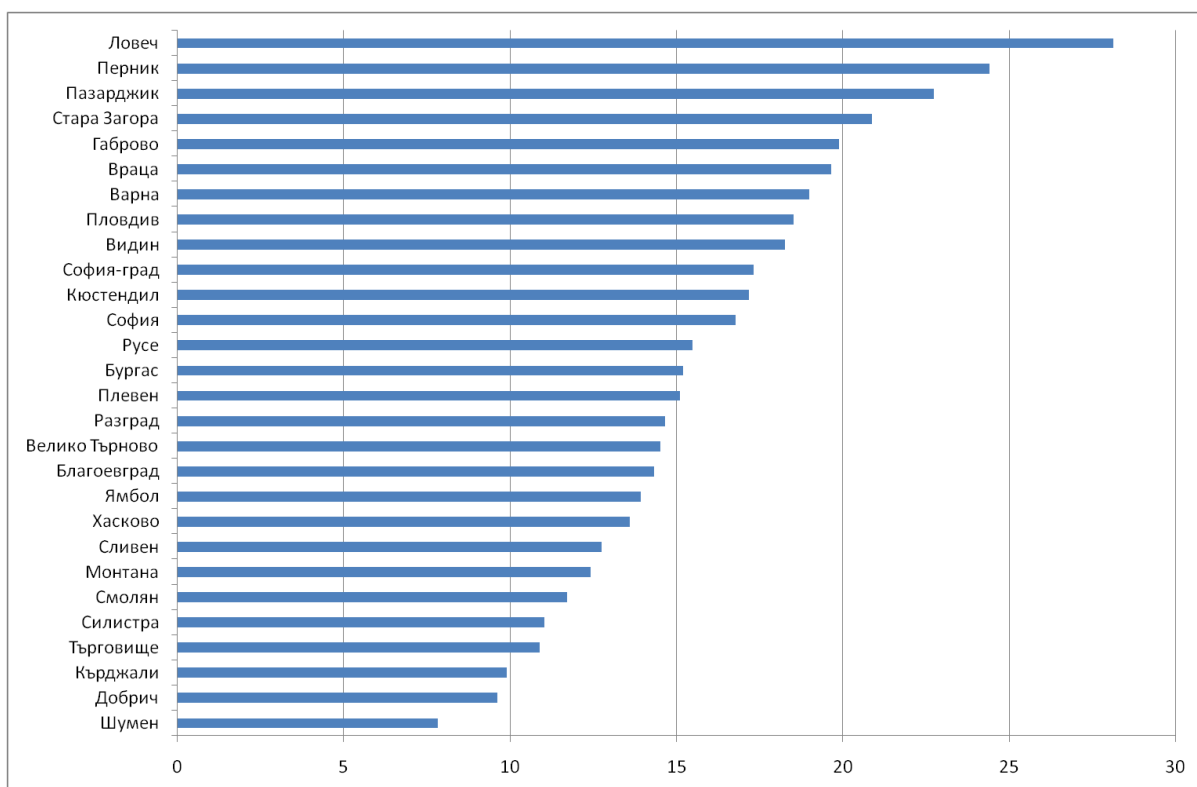
Източник: НСИ

Броят на лекарите специалисти по вътрешни болести на 100 000 души също е сходен в повечето области, където той е между 10 и 20. В областите Пазарджик, Перник, Ловеч и Стара Загора те са между 20 и 30 на 100 000 души, а в Шумен, Добрич и Кърджали те са под 10. Както и при други здравни показатели, силно впечатление прави огромната диспропорция между първенеца Ловеч с 28 лекари по вътрешни болести на 100 000 души и Шумен, където те са четири пъти по-малко.

От прегледа на динамиката на работещите лекари специалисти по вътрешни болести за периода 2009-2012 г. се вижда, че те бележат най-голям спад, с около 7 лекари на 100 000 души, в областите София-град и Добрич. В София-град работещите лекари по вътрешни болести намаляват в по-малка степен заради увеличаващото се население, което нараства с 4,4% в периода 2009-2012 г. и в по-голяма степен заради отлива на специалисти, които са намалели с 26,5% за същия период. Същата е ситуацията и в Добрич.

Сериозно увеличение на лекарите специалисти по вътрешни болести се наблюдава в Русе, където те се увеличават от 6 през 2008 г. на 9 на 100 000 души през 2012 г., и в Смолян, където увеличението е от около 4 на 11 за същия период. И на двете места причината за големия ръст е основно в ръста на назначените лекари и в по-малка степен – намаляващото население.

Графика 5. Лекарите специалисти по вътрешни болести на 100 000 души, 2012 г.



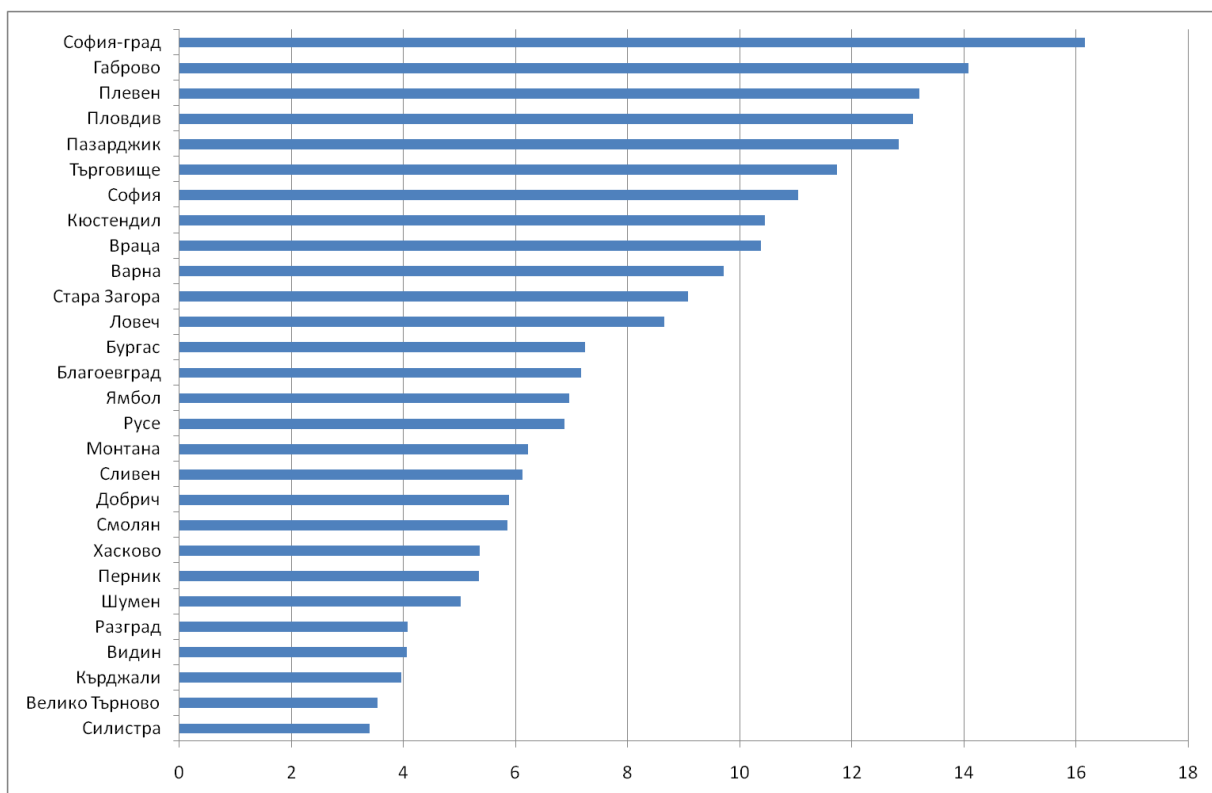
Източник: НСИ

При ортопедите на 100 000 души също се наблюдават големи различия между областите с най-висок и най-нисък дял на лекарите на човек от населението, но броят им в останалите области остава близък. Най-много ортопеди на човек от населението – 16, има в област София-град, а най-малко – в област Силистра, където са около 3, което е близо пет пъти по-малко. Под четирима ортопеди на 100 000 души има още в областите Велико Търново и Кърджали. В областите Габрово, Плевен, Пловдив и Пазарджик броят им на 100 000 души е над 12.

В периода 2009-2012 г. само в шест области се наблюдава спад на броя ортопеди на човек от населението. Най-голямо е понижението им в област Видин, където намаляват от 6 на 100 000 души през 2008 г. на 4 през 2012 г., следвана от Велико Търново. Причината за понижаващия се брой специалисти на човек от населението в тези области е отливът на специалисти от тях и вероятно емиграция към други области или чужбина, или преориентиране към други области с по-добри перспективи за професионално развитие.

При останалите области най-голямо увеличение на специалистите се наблюдава в Габрово и Пловдив, където ортопедите се увеличават от 9 през 2008 г. на съответно 13 и 14 на 100 000 души през 2012 г. Това се дължи както на това, че повечето лекари започват работа в тези области в разглеждания период, така и на намаляващото население в тях.

Графика 6. Ортопеди на 100 000 души, 2012 г.



Източник: НСИ

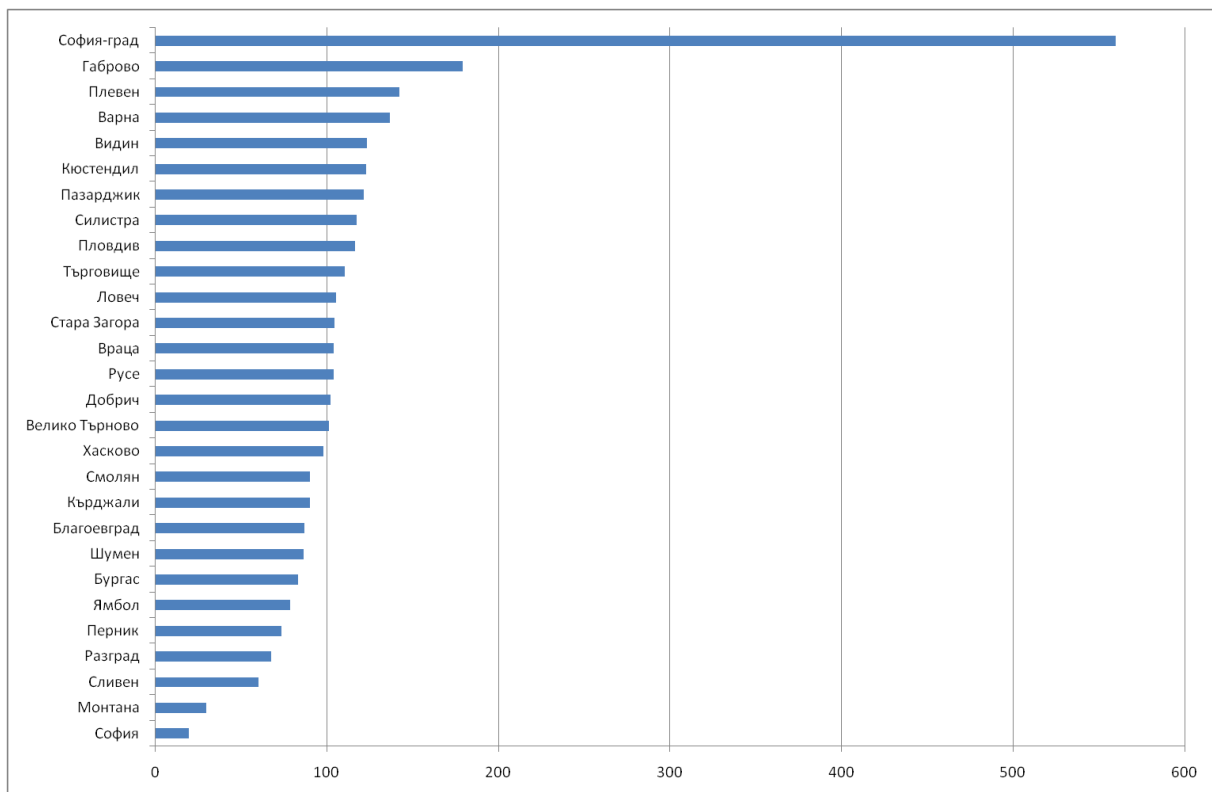
Регионалните различия са още по-силно изразени при педиатрите като съотношение към лицата до 19-годишна възраст. Най-голяма заетост на педиатри на 100 000 лица до 19-годишна възраст се наблюдава в София-град, където те достигат около 560, докато в следващата област с най-голям брой педиатри на човек от населението - Габрово, те са 179 или над три пъти по-малко. Дори и София-град да бъде извадена от сравнението, разликите между област Габрово и област София, където има едва 19 педиатъра на 100 000 души, е над 9 пъти. В случая с област София става въпрос за наследствен проблем, тъй като броят на педиатрите е почти непроменен в периода 2009-2012 г. и не може да се говори за „отлив“ на специалисти към столична община, тъй като при нея се наблюдава спад през същия период. Обяснение за ниския дял може да се търси в близостта на област София до столична област, което силно улеснява посещението при педиатър в столицата. В подкрепа на това обяснение е и броят на педиатрите на човек от населението в Перник, където те са около 2,5 пъти по-малко в сравнение с Габрово.

Данните за относително високия брой педиатри в Габрово, от своя страна, е изненадващ, предвид факта, че областта се характеризира с една от най-негативната демографска картина и също така - с една от най-неблагоприятните демографски тенденции. Така например, Габрово отчита най-неблагоприятния за цялата страна коефициент на възрастова зависимост, измерен като отношение между населението на 65 и повече години към това на възраст между 0 и 14 г. За 2013 г. това отношение за Габрово достига 227% спрямо 142% средно за страната. Габрово има и един от най-ниските коефициенти на раждаемост – 6,8 на хиляда, като единствените области, които имат по-малка раждаемост, са Видин, Перник, Кюстендил и Смолян. Т.е. данните за относително високия брой педиатри в областта вероятно разкриват бавен процес на оптимизиране на лекарския персонал в унисон с демографските тенденции.

Изненадващото при тези специалисти е, че макар и те да намаляват като съотношение към населението до 19 г. в София-град в периода 2009-2012 г., областта остава далеч пред областта с втория по големина брой педиатри на човек от населението. Това понижение се дължи на отлива на специалисти, който изцяло компенсира понижението на населението до 19-годишна възраст. Монтана е областта с втория по големина спад на педиатри на човек от населението, където през 2012 г. педиатрите са около 50% по-малко в сравнение с 2008 г. Това се дължи до голяма степен на повече от двойния ръст на населението до 19-годишна възраст в разглеждания период.

Най-голям ръст на педиатрите на човек от населението в периода 2009-2012 г. се наблюдава в областите Плевен и Кюстендил, където те се увеличават съответно с 38% и 31%. В Плевен големият ръст се дължи поравно на увеличението на педиатрите и на спада в населението до 19-годишна възраст, докато в област Кюстендил това е резултат в по-голяма степен от спада в населението.

Графика 7. Педиатри на 100 000 души, 2012 г.



Източник: НСИ

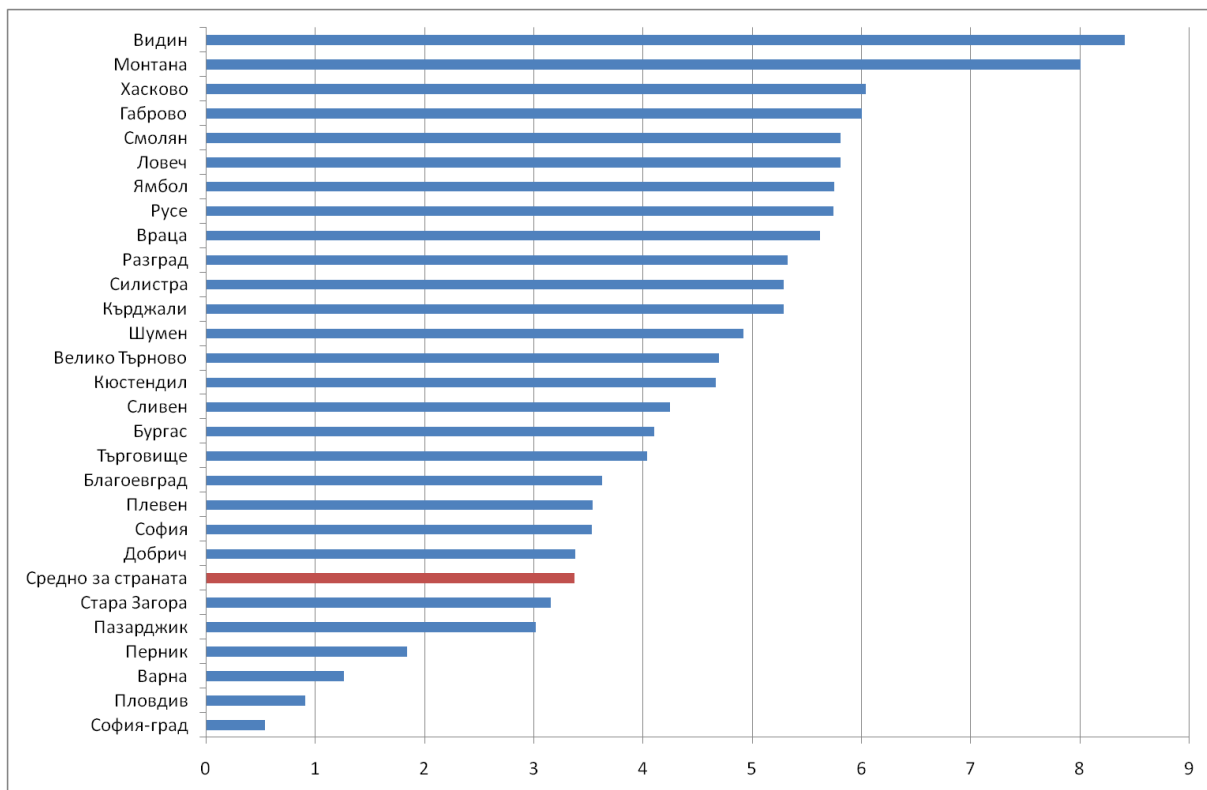
3. Медицински специалисти по здравни грижи

Друг индикатор за достъпност и качество на болничните услуги, освен броят на болниците и тяхното разположение, е наличието на специализиран болничен персонал. За целта на анализа е разгледана осигуреността със следните медицински специалисти:

- фелдшери,
- медицински сестри
- лаборанти.

Средно за страната на 10 000 души се падат по 3-ма фелдшери, но разликите между отделните области са огромни. Така например в областите София-град и Пловдив има съответно по 0,5 и 0,9 фелдшери на 10 000 души. В същото време в областите Видин и Монтана има по 8 фелдшери на 10 000 души, т.е. близо 10 пъти над нивото им в Пловдив. Прави още впечатление, че поради ниския брой фелдшери в областите София-град, Пловдив, Варна, Перник, Пазарджик и Стара Загора средната стойност за страната е много близко до минималната.

Графика 8. Фелдшери на 10 000 души, 2012 г.

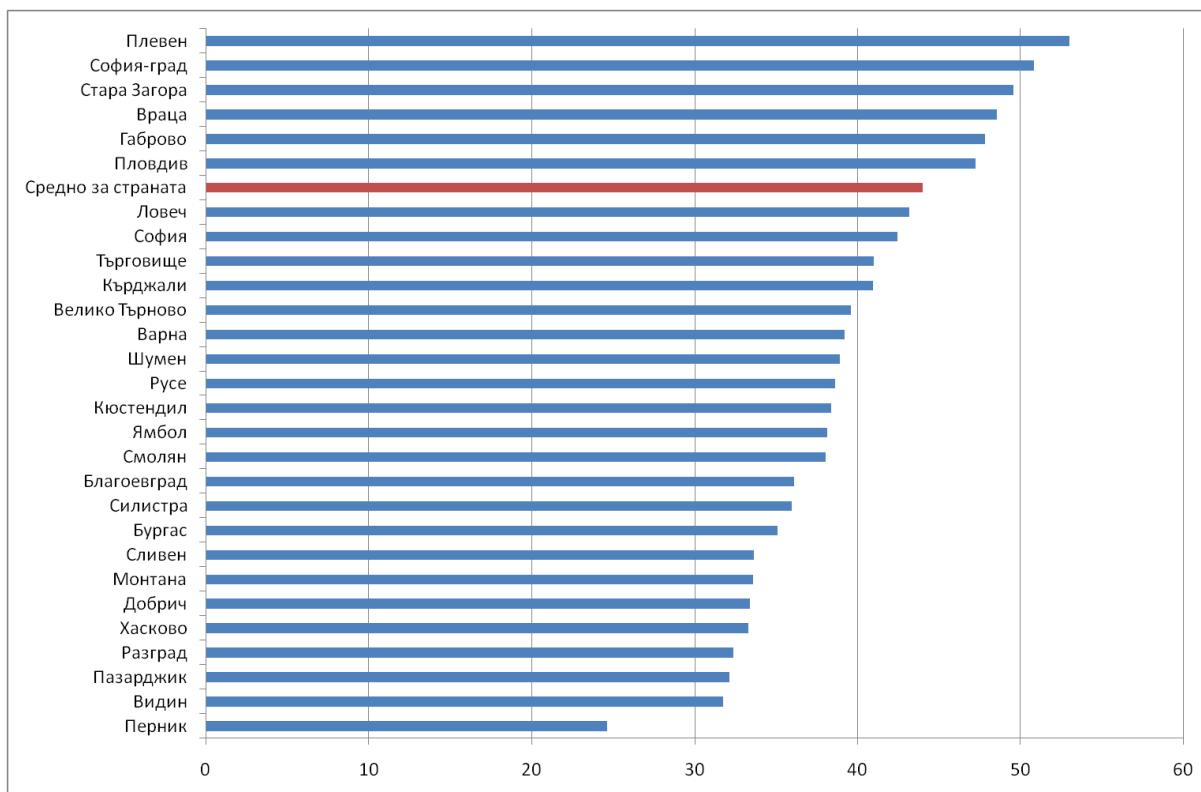


Източник: НСИ

При медицинските сестри не се наблюдават такива големи различия между областите. Средният брой медицински сестри на 10 000 души в България е 44. За разлика от средните стойности при фелдшерите, тези при медицинските сестри са по-близко до максималните наблюдавани стойности в области като Плевен – 53, София-град – 50, Стара Загора – 49. Първенците в класацията са все големи области, с изключение на Враца, и може да се предположи, че големият брой медицински сестри в тях се дължи на по-добрите условия за

работа и професионална реализация, които те могат да предложат. Концентрацията на частни болници в тези области и съответно – по-добрите условия на труд за медицинския персонал в тях вероятно също са част от обяснението. Тези заключения допълнително се подсилват от областите на дъното на класацията – Перник и Пазарджик, които са в близост до по-голяма област, към която „изтичат” част от специалистите.

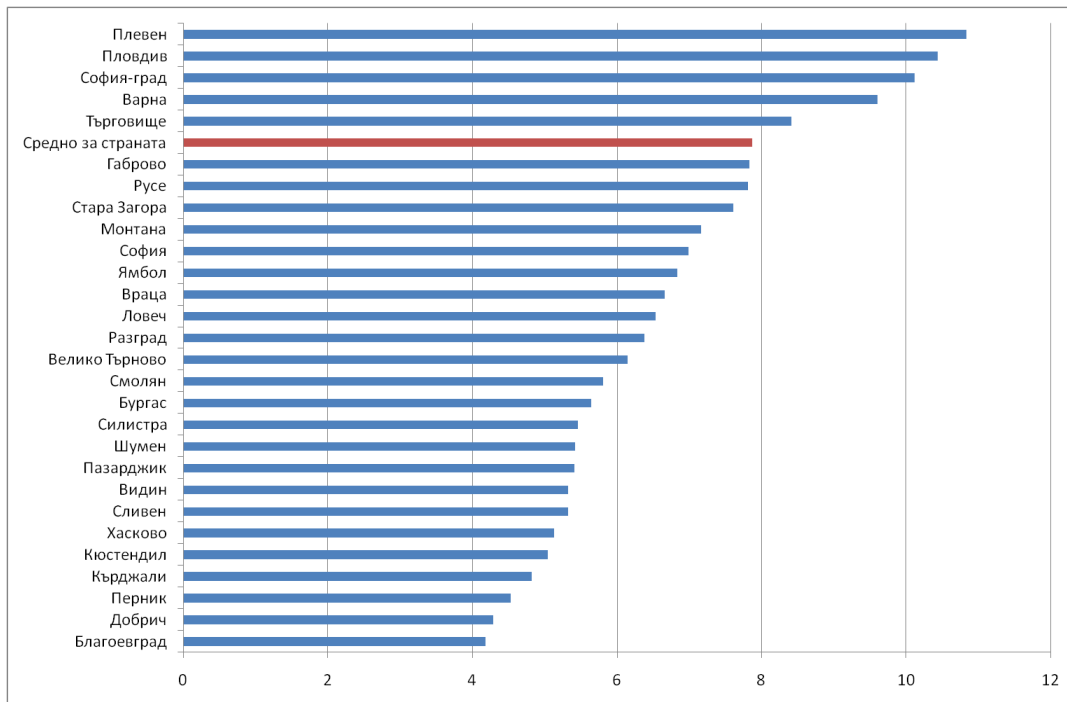
Графика 9. Медицински сестри на 10 000 души, 2012 г.



Източник: НСИ

Разпределението на лаборантите на човек от населението по области много наподобява това на медицинските сестри, т.е. различията между отделните области не са големи. На 10 000 души в България има 7 лаборанта, което се дължи на високия брой лаборанти в областите Търговище, Варна, София-град, Пловдив и Плевен. Около средното за страната се нареждат областите Габрово, Русе, Стара Загора и Монтана. Най-малко лаборанти на човек от населението има в Благоевград, Добрич, Перник и Кърджали – 4 на 10 000 души. При тези специалисти също може да се говори за „изтичане” към няколко медицински центъра в страната, като София-град, Пловдив и Варна, но в значително по-малки мащаби в сравнение с фелдшерите.

Графика 10. Лаборанти на 10 000 души, 2012 г.



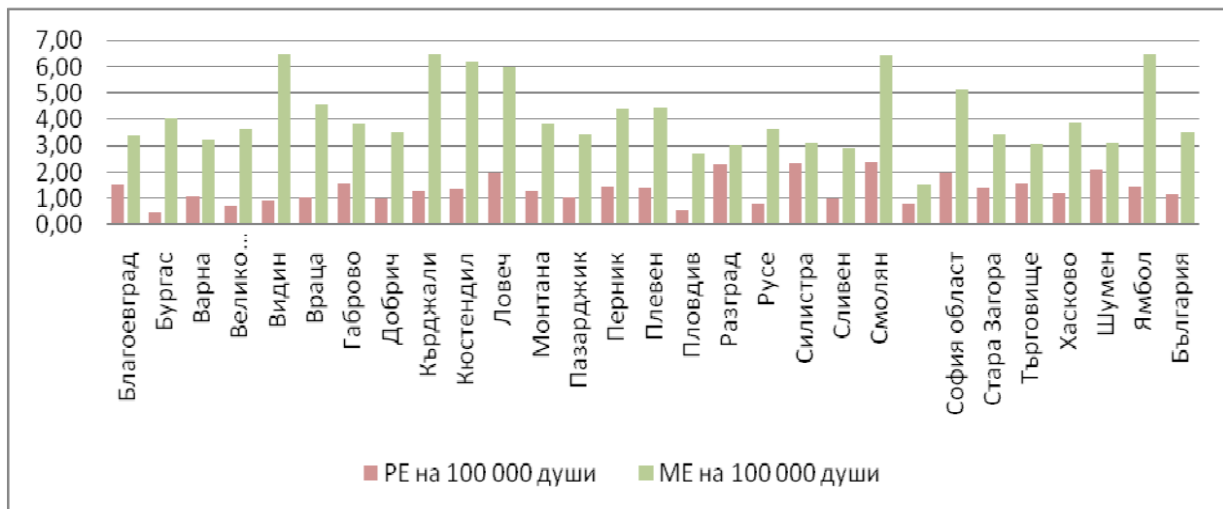
Източник: НСИ

4. Спешна медицинска помощ

Публичната статистика за състоянието на спешната медицинска помощ на национално, а и на регионално ниво, е силно ограничена. В наскоро публикуваната от Министерството на здравеопазването „Концепция за развитие на спешната медицинска помощ в Република България“ все пак могат да се намерят някои данни за спешната помощ. От нея става ясно, че „определената щатна численост на системата за спешна медицинска помощ е 7111 щатни бройки, в рамките, на които са формирани 357 мобилни екипа, от които 75 – реанимационни, 127 – лекарски, 125 – долекарски и 30 транспортни. Освен тях функционират и 167 стационарни екипи“. Ако отнесем тези данни към населението от 2012 г., излиза, че на 100 000 души се падат по 5 мобилни екипа и 2 стационарни екипа. От тази съпоставка обаче не можем да съдим за качеството на услугата или нейната достъпност, тъй като има различия в натоварването на отделните екипи на регионално ниво.

От данните на Министерството на здравеопазването² се вижда, че в областите Видин, Кърджали, Кюстендил, Ловеч, Смолян и Ямбол на 100 000 души население има около 6 мобилни екипа за спешна медицинска помощ. Трябва да се отбележи, че тези области са едни от най-слабонаселените в страната, следователно потенциалната необходимост от екип за спешна медицинска помощ може да се очаква да е по-ниска в сравнение с области с по-висока концентрация на населението. В същото време едни от най-силно населените области – София-град и Пловдив, имат и най-малко мобилни екипи на 100 000 души – под 3.

Графика 11. Реанимационни и мобилни екипи на спешна медицинска помощ на 100 000 души, 2010 г.



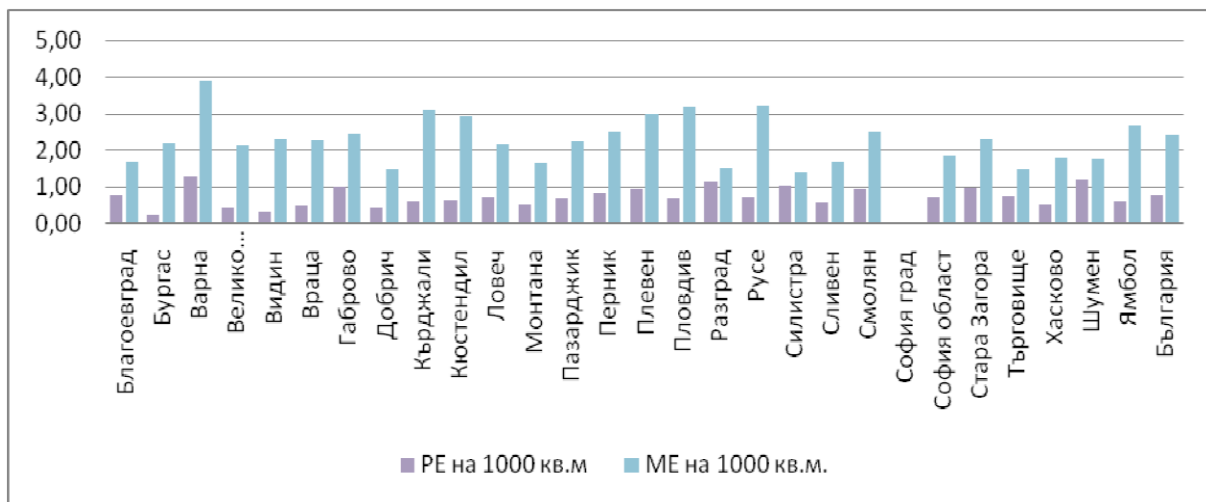
Източник: Министерство на здравеопазването

Сериозни областни различия има и по отношение на осигуреността на територията на страната с екипи на спешна помощ. Някои от областите, в които има най-много мобилни екипи на човек от населението като Кърджали и Кюстендил са и в челото на класацията по брой екипи на 1000 кв. км. В същото време област Варна, където има сравнително по-малко мобилни екипи на 100 000 души, има най-много екипи на 1000 кв. км – 4.

² За целта на изследването бяха поискани данни от Министерството на здравеопазването за осигуреността на населението и на областната територия с екипи на спешна медицинска помощ, но такива не бяха предоставени. В резултат на това използваните данни са от публикуваните графики в „Концепция за развитие на спешната медицинска помощ в Република България“.

Така, както малкото на брой екипи спрямо броя на населението в една област може да се окаже пречка пред оказването на спешна медицинска помощ, така и необходимостта един екип да покрие твърде голяма площ може да се превърне в препятствие. В първия случай – поради твърде висока натовареност, а във втория – поради неспособност екипите да достигнат навреме до нуждаещите се от спешна помощ. Според прегледа на Министерството на образованието „около 15% от населените места са с време за достъп в диапазона над 30 минути, в рамките, на които оказването на адекватна медицинска помощ при спешни състояния е силно затруднено“. Живеещи в тези населени места са 211 000 души. Частично решение на тези проблеми може да се търси в оптимизирането на работата на екипите за спешна медицинска помощ и по-доброто им териториално разпределение.

Графика 12. Реанимационни и мобилни екипи на спешна медицинска помощ на 1000 кв. км, 2010 г.



Източник: Министерство на здравеопазването

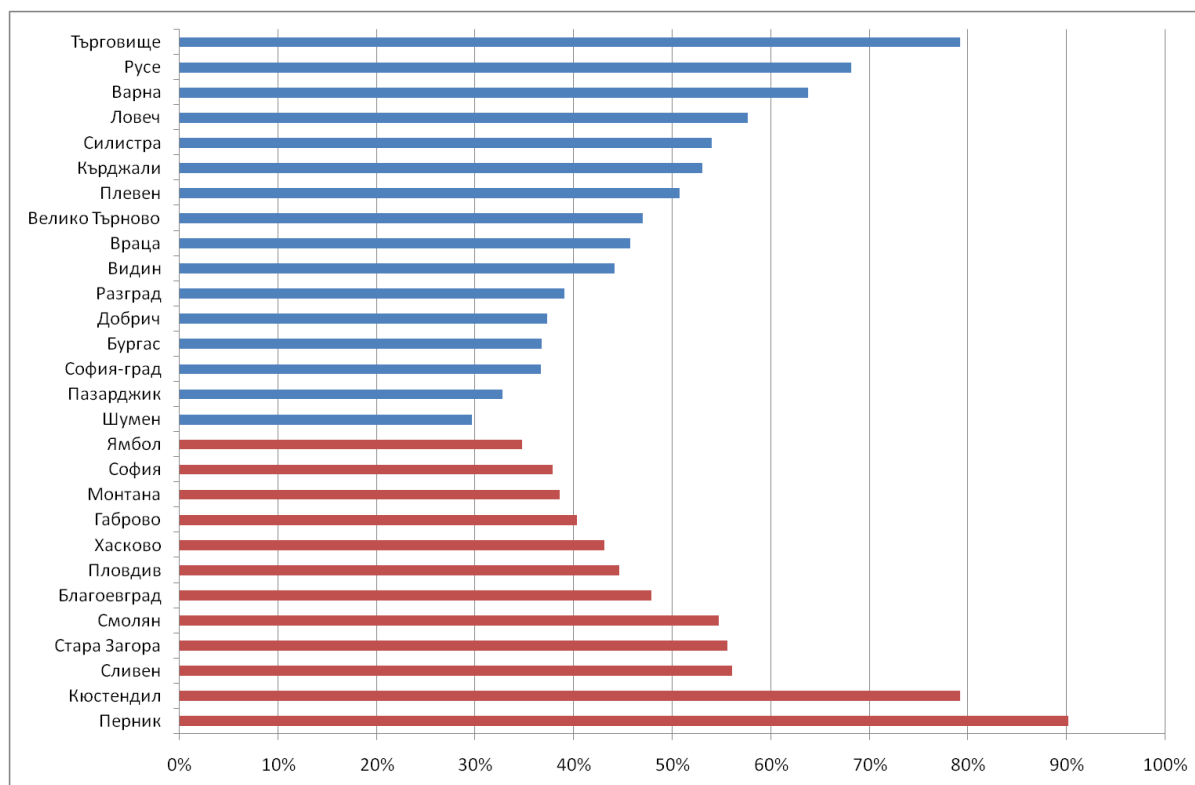
Обслужените лица при изпълнените повиквания от мобилните екипи за спешна помощ също варира значително между областите. За съжаление, единствено на база на данните за изпълнените повиквания от мобилните екипи за спешна медицинска помощ не може да се направи обосновано заключение за тяхната натовареност. Това се дължи от една страна на ниското доверие в работата на мобилните екипи, което води до използване на алтернативен транспорт (например таксиметрова услуга). От друга страна, за част от спешните повиквания се оказва, че не са спешни, като такива включват и повиквания от здравно-неосигурени лица, които прибегват до спешната помощ като единствената достъпна за тях здравна услуга.

5. Обществена оценка за работата на болниците

Предвид липсата на изчерпателни данни за състоянието на здравеопазването на регионално ниво, представителни анкети сред потребителите на здравни услуги могат да допълнят да предоставят ценна допълнителна информация. За тази цел в рамките на проект „**Регионални профили: показатели за развитие**” на ИПИ всяка година се провежда социологическо проучване на областно ниво за качеството на здравните услуги в страната. На респондентите се задават следните въпроси: как оценявате работата на болниците в областта, в която живеете; как оценявате нивото на корупция в болниците в областта, в която живеете; през последните 12 месеца налагало ли Ви се е лично на Вас или на член от Вашето домакинство да пътувате извън областта, в която живеете, за да ползвате здравни услуги. Респондентите отговарят на зададените въпроси по скала от 1 до 5, като „1” е най-ниската оценка (вкл. за корупция, което означава „високо ниво на корупция”), а „5” – най-високата оценка. На следващите графики са представени част от резултатите.

От направения преглед се вижда, че над 60% от респондентите са доволни от качеството на болничните услуги (т.е. дават оценки „4” или „5”) в областите Търговище, Русе и Варна. Болничната дейност в областите Ловеч, Силистра, Кърджали и Плевен също получава висока оценка, като над половината от запитаните са дали оценки „4” или „5”. Най-негативно настроени са респондентите в Перник, където около 90% от запитаните посочват висока степен на неудовлетвореност от болничните услуги и ги оценяват с оценки „1” и „2”. Ситуацията в Кюстендил също е силно негативна с близо 80% отговорили с оценки „1” и „2”. Още в три области повече от половината жители намират болничните услуги са незадоволителни - Сливен, Стара Загора и Смолян.

Графика 13. Дял на отговорилите на въпроса "как оценявате работата на болниците в областта, в която живеете" с добро (оценки „4” и „5” в сини колонки) и с недобро (оценки „1” и „2” в червени колонки), 2012 г.

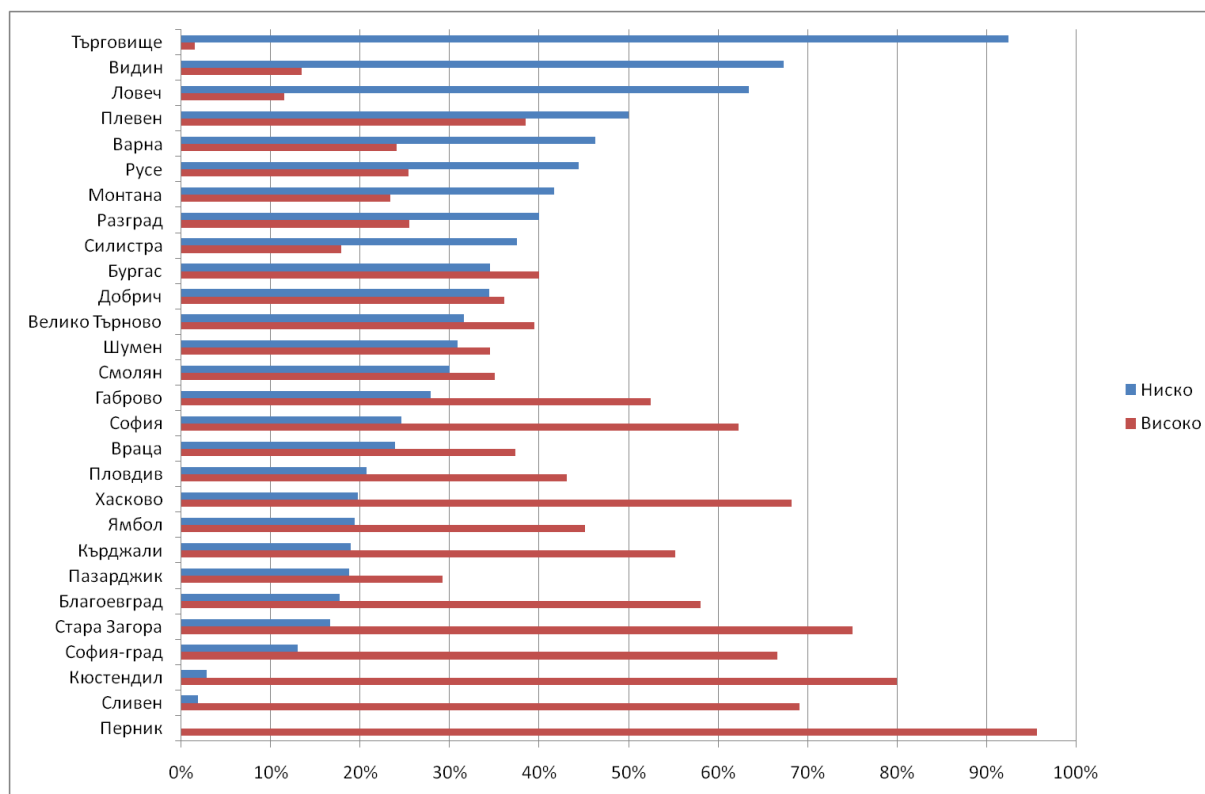


Източник: Регионални профили: показатели за развитие 2012 г., ИПИ

Част от обяснението за високите и за ниските оценки за болничната дейност на областно ниво може да се търси във възприятията за корупция. От отговорите на респондентите прави впечатление, че именно в областите, в които болничните услуги получават най-ниски оценки – Перник, Кюстендил и Сливен, възприятието за корупция в тези болници е най-високо. В известна степен същото може да се каже и за болниците в областите с най-високи оценки като Търговище, където възприятието за корупция е най-ниско.

Същевременно обратната зависимост между оценките за качеството на болничните услуги и възприятията за корупция не е абсолютна, тъй като респондентите в области като Русе и Варна, където качеството на болничните услуги получава висока оценка, оценяват нивото на корупция като по-лошо в сравнение с областите Видин, Ловеч и Плевен. Нещо повече – над 1/3 от респондентите в София-град оценяват болничните услуги като добри, но в същото време над 2/3 от запитаните споделят високи възприятия за корупцията.

Графика 14. Дял на отговорилите на въпроса "как оценявате нивото на корупция в болниците в областта, в която живеете" с ниско (оценки „4“ и „5“ - сини стълбове) и с високо (оценки „1“ и „2“ - червени стълбове), 2012 г.



Източник: Регионални профили: показатели за развитие 2012 г., ИПИ

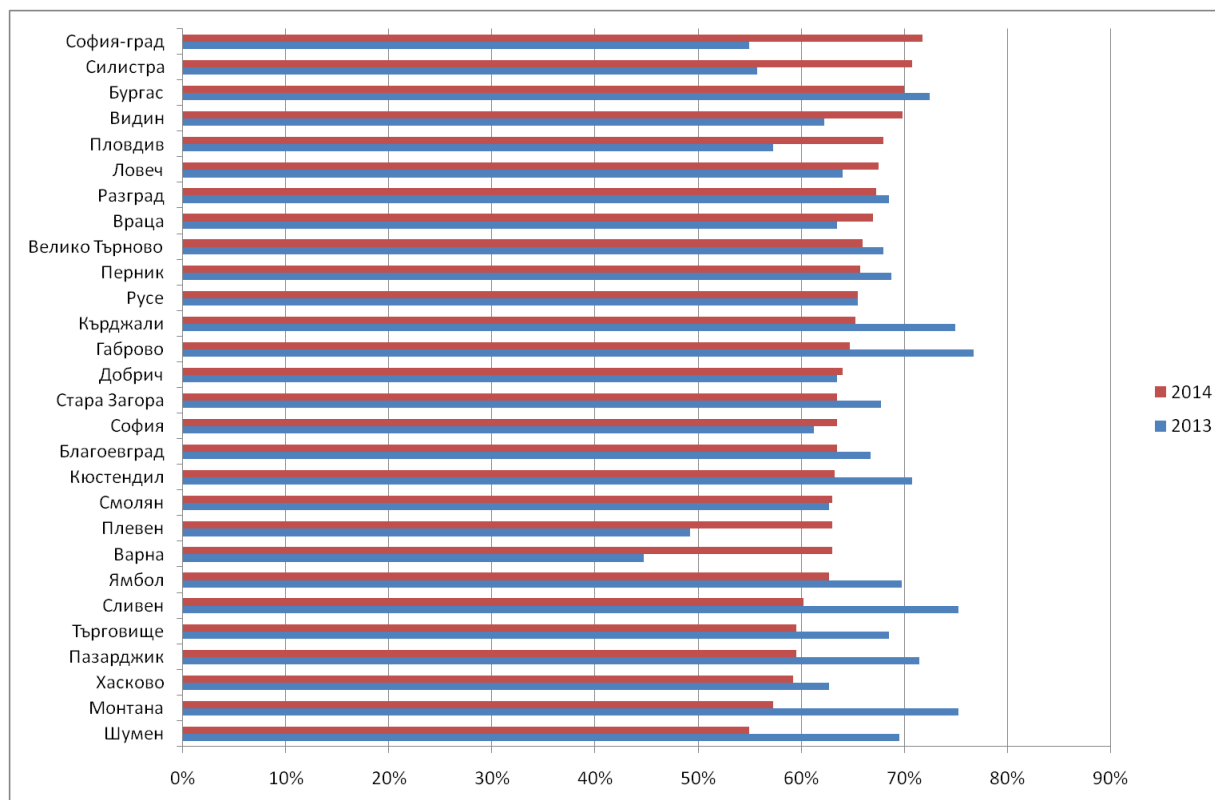
Проведените социологически проучвания от ИПИ сред населението на всяка област през 2013 и 2014 г. са по-обхватни по отношение на здравните услуги. Респондентите дават оценка за качеството и корупцията в здравеопазването като цяло, а не само в болничната помощ, което ги прави несравними с проучванията от 2012 г. Въпреки невъзможността за пряка сравнимост, резултатите от тях представят интересна картина за оценките на населението в отделните области за предоставяните здравни услуги. От тях се вижда, че във всички области повече от половината от респондентите оценяват качеството на здравните услуги през 2014 г. като

„недобро” (оценки „1” и „2”). Най-голям дял от респондентите, които дават най-ниски оценки на здравните услуги – близо 70%, се наблюдават в големи области като София-град, Пловдив и Бургас, но и в по-малки такива като Силистра и Видин. Относително най-малък дял на ниските оценки се отчита в областите Шумен и Монтана, където съответно 55% и 57% оценяват здравните услуги като недобри.

Данните от социологическите проучвания показва, че в областите, в които здравните услуги получават най-малко ниски оценки, има сериозно подобрене през 2014 г. в сравнение с предходната година. Така например, през 2013 г. ниски оценки дават близо 70% от живеещите в Шумен и над 75% от живеещите в Монтана, а през 2014 г. този дял е значително по-нисък. Сериозни подобрения в оценките, с между 9 и 12 пр.п., се наблюдават още в Пазарджик, Търговище и Сливен. В същото време областите с най-много недоволни от здравните услуги бележат и голямо влошаване през 2014 г. в сравнение с предходната година. Такива са София-град, Силистра и Пловдив, където делът на ниските оценки се увеличава с между 10 и 17 пр.п.

Подобрения и влошавания в оценките не се наблюдават само на върха и на дъното на класацията, но и в нейната среда. Така например, сериозно намаление на оценките „1” и „2”, с между 9 и 12 пр.п., се наблюдава в Кърджали и Габрово, докато в Плевен и Варна се наблюдава влошаване с между 13 и 19 пр.п.

Графика 15. Дял на отговорилите на въпроса "как оценявате работата на системата на здравеопазването в областта, в която живеете " с "недобро" (оценки „1” и „2”)



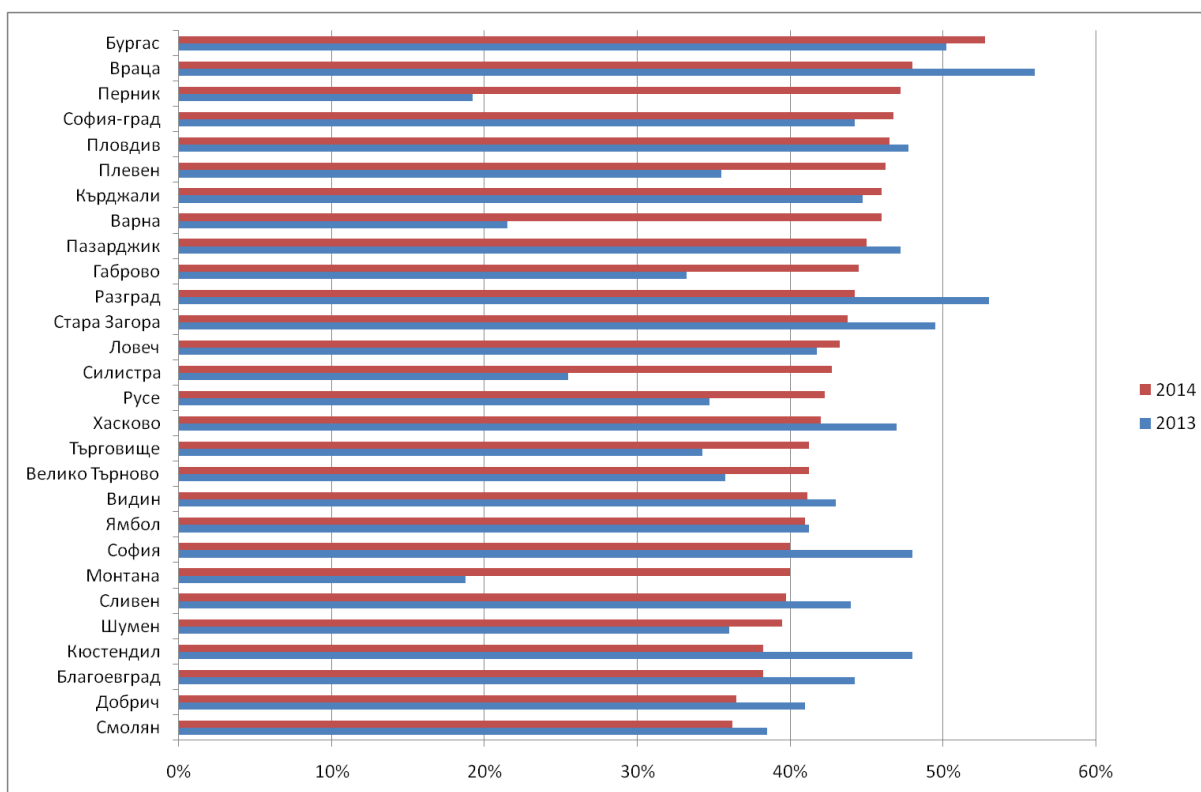
Източник: Регионални профили: показатели за развитие 2013-2014 г., ИПИ

Корупционните възприятия за системата на здравеопазването не са толкова едностранни, каквито са оценките за качеството на здравните услуги. Независимо от това близо 53% от респондентите в област Бургас определят нивото на корупция в здравеопазването като „високо” (оценки „1” и „2”). Близо след Бургас се нареждат области като Враца, Перник, София-

град и Пловдив, където делът на респондентите, оценяващи нивото на корупция като „високо“, е между 46,7% и 48%. В области като Смолян, Добрич, Благоевград, Кюстендил и Шумен сравнително по-малко от запитаните възприемат нивото на корупция като „високо“, но въпреки това техният дял остава висок – между 36% и 40%.

Както и при оценките за качеството на здравните услуги, така и при възприятията за корупция, в областите с най-нисък дял на оценките за висока корупция се наблюдава сериозно подобрение в сравнение с предходната година. То е най-малко в област Смолян – 2,3 пр.п., но в областите Добрич, Благоевград и Кюстендил варира между 4 и 10 пр.п. При „първенците“ в тази класация не се наблюдава голямо влошаване в дела на лошите оценки в сравнение с 2013 г., с изключение на област Перник, където респондентите, които оценяват нивото на корупция в здравеопазването като „високо“, се увеличават от 19,3% на 47,3%. Сериозно влошаване на дела на лошите оценки се наблюдава още в областите Варна – с 24,5 пр.п., Монтана – с 21,3 пр.п., Силистра – с 17,3 пр.п., Габрово – с 11,3 пр.п. и Плевен – с 10,8 пр.п. Подобриение в дела на добрите оценки се наблюдава в областите Разград – с 8,8 пр.п., Враца – с 8 пр.п., Стара Загора – с 5,8 пр.п. и Хасково – с 5 пр.п.

Графика 16. Дял на отговорилите на въпроса "как оценявате нивото на корупция в системата на здравеопазване в областта, в която живеете" с „високо“ (оценки „1“ и „2“)



Източник: Регионални профили: показатели за развитие 2013-2014 г., ИПИ

Заклучение

Прегледът на здравната инфраструктура и осигуреността с медицински персонал на регионално ниво по-скоро повдига повече въпроси, отколкото предоставя отговори за състоянието на здравеопазването в страната. Големи различия се наблюдават по отношение на броя на леглата в МБАЛ на 10 000 души в една област, което поставя въпроса за достъпността до болнични услуги. В същото време още по-големи различия се наблюдават по отношение на средния брой на леглата в една болница, което показва голяма концентрация в области като Русе и Варна и изключителна ниска концентрация в области като Бургас и Габрово. Тези наблюдения повдигат въпроси както за достъпността до болничните услуги, така и за ефективността им.

Докато в повечето области се наблюдават сходни съотношения между лекарите и населението в тези области, разликите между областите с най-много и най-малко специалисти са значителни. Тези разлики достигат 4 пъти при специалистите по вътрешни болести и ортопедите. По отношение на педиатрите в София-град има три пъти повече такива специалисти от втората област - Габрово и близо 29 пъти повече в сравнение с областта с най-малко специалисти – Софийска област.

Големи различия има и по отношение на осигуреността с медицински персонал, като например фелдшерите. В същото време различия има и при медицинските сестри и лаборантите, но разликите както между отделните области, така и между областта с най-много и най-малко медицински сестри и лаборанти на 10 000 души, са значително по-малки.

Данните за наличието на екипи за спешна медицинска помощ показват, че едни от най-ниско населените области имат най-висок брой екипи за спешна медицинска помощ на 100 000 души, докато силно населени области като София-град и Пловдив имат най-ниско отношение на екипите спрямо населението. Същите области, в които има най-много мобилни екипи на човек от населението, са и начело на класацията на екипи на 1000 кв. км., което говори за наличие на сериозни неефективности в системата за оказване на спешна медицинска помощ.

Освен обективните данни за състоянието на здравното осигуряване на регионално ниво, много въпроси повдига и социологическото проучване за удовлетвореността на населението от болничните услуги. То показва, че области със сходни показатели за болнични легла и медицински персонал имат коренно различни оценки за качеството на услугата. Такива например са областите Кюстендил, Хасково и Русе, където здравната инфраструктура е на сравними нива, но едва 8,3% от респондентите в Кюстендил биха определили болничните услуги като добри в сравнение с 35,4% в Хасково и 68,1% в Русе. Казано по друг начин, наличието на относително добра здравна инфраструктура (голям брой болнични легла и заведения) и медицински персонал е предпоставка за по-голяма достъпност на здравната услуга, но не е гаранция за качество и за удовлетвореност на пациентите от нея.

Прави впечатление също така, че често високият дял на ниски оценки за работата на здравната система върви ръка за ръка с високи корупционни възприятия. Такива отрицателни примери са области с големи градове като София (столица), Бургас и Пловдив, които се нареждат в „челната петорка“ както по отношение на корупционните оценки, така и по отношение на оценките за работата на здравната система.

Големите различия между областите, както по отношение на здравната инфраструктура, така и по отношение на оценките на населението за болничните услуги, подсказват, че здравноосигурителната система има проблеми не само на национално, но и на регионално ниво. Проблемите не са изолирани единствено до осигуреността на здравните услуги с финансиране и специалисти, но засягат и качеството на здравните услуги, които населението получава.