

ПРОСТРАНСТВЕНИ ИЗМЕНЕНИЯ НА ЗДРАВНАТА ИНФРАСТРУКТУРА В БЪЛГАРИЯ

SPATIAL CHANGES OF THE HEALTH INFRASTRUCTURE IN BULGARIA

The functioning and development of health infrastructure is influenced by the geographical location, the density of settlement network, the concentration of population and public policy. In the present paper, in chronological aspect, are traced its spatial changes at national, regional and district level. The author searches direct correlations between the optimization of health infrastructure and the demographic disproportions.

Keywords: health infrastructure, national level, district level, regional development, spatial analysis.

Системата на здравеопазването включва институции, организации, органи и дейности за опазване, лечение, укрепване и възстановяване здравето на населението. Те всички, в една или друга степен, имат свое материално-веществено изражение и географско разположение. Ключови понятия, характеризиращи промените в здравната система, са „преструктуриране“, „трансформиране“ и „оптимизация“. В Конституцията на Република България от 1991 г., в чл. 52 са регламентирани основите на националното здравеопазване:

- „*алинея (1)* гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна медицинска помощ, и на безплатно ползване на медицинско обслужване при условия и по ред, определени със закон.
- *алинея (2)* здравеопазването на гражданите се финансира от държавния бюджет, от работодателите, от лични и колективни осигурителни вноски и от други източници при условия и по ред, определени със закон.
- *алинея (3)* държавата закриля здравето на гражданите и насърчава развитието на спорта и туризма.
- *алинея (4)* никой не може да бъде подлаган на принудително лечение и на санитарни мерки освен в предвидените от закона случаи.
- *алинея (5)* държавата осъществява контрол върху всички здравни заведения, както и върху производството на лекарствени средства, биопрепарати и медицинска техника и върху търговията с тях”¹.

За избрания пространствен анализ ключови моменти се явяват ал. 1 в частта „гарантиращо им достъпна медицинска помощ ...” и ал. 5 „държавата осъществява контрол върху всички здравни заведения ...”. Механичният сбор от всички национални здравни учреждения, формира цялостната здравна инфраструктура. Тя, като първично звено на социалната инфраструктура, непрекъснато изпитва влияния и повлиява върху

социално-икономическото и обществено развитие на регионите. Водещ фактор за нейното функциониране е държавната политика в сферата на здравеопазването. Теоретично, субективните характеристики присъщи на здравната инфраструктура се фокусират върху свойствени и общовалидни специфики като цялостност, управляемост, наличие на вътрешни и външни връзки (благодарение на които като субект обезпечава свързаност и взаимодействие на специфичните си институции, а така също има възможност да се интегрира в по-общите социални системи), йерархичност и пространствена организираност.

Насоките и приоритетите на здравната инфраструктура са заложи в националните стратегически документи от ведомствен характер – „Национална здравна стратегия 2014–2020 г.” – проект, „Националната програма за развитие на България 2020 – проект”, „Националната програма за реформи (2012–2020 г.) в изпълнение на стратегия „Европа 2020”, „Националната концепция за пространствено развитие за периода 2013–2025 г. – проект” и др. Във всички тях се предлага подържане на полицентричния модел при нейното пространствено функциониране. Стремещт е в осигуряване на равен достъп до качествена здравна помощ и услуги (конституционно вменено) в системата от градове-центрове от различен йерархичен порядък. Пространствените параметри се изразяват в равномерно покриване на територията на страната с обекти на здравеопазването, изграждане и реконструкция на транспортната инфраструктура, с акцент върху планинските и труднодостъпни райони. По този начин се скъсява времето за достъп до здравни услуги и приложение на съвременните технологии за бързо диагностициране и консултиране във всички селища, вкл. и в най-отдалечените².

Декларираната визия за бъдещето на здравната инфраструктура контрастира с резултатите в съвременните социално ориентирани, регионални географски изследвания. В тях се отчита, задълбочаване на проблемите и все по-голяма диференциация при по-ниските таксономични равнища. Сложността, противоречивостта и динамичността на здравните реформи поставят отделните територии пред изключително сложната задача: как да бъдат управлявани здравните процеси в условията на ограничаване на ресурсите, без да може да се въздейства в редица от случаите върху природата на самите явления? Частичен отговор на поставения въпрос е проследяването на пространствените изменения на здравната инфраструктура в България в хронологичния обхват 2001–2012 г. При географското проучване акцентът е поставен върху функционалната йерархичност и териториалната, пространствена организираност на системата (Димов 2010).

В публикуваната през 2009 г. „Концепция за преструктуриране на болничната помощ”, приета от Министерството на здравеопазването, е отбелязано, че: „перспективите на развитие на системата на здравеопазването са насочени към осигуряване на адекватна на демографската структура на населението здравна инфраструктура”³. Това кратко заключение придава реален смисъл при пространственото планиране на здравната инфраструктура и влияе на състоянието и като цяло в страната. От една страна, като най-важен се явява демографският фактор, който чрез намаляване на раждаемостта, увеличаване на продължителността на живота, нарастване на относителния дял на

населението в надтрудоспособна възраст и пренасяне на социално-икономическата тежест към работещото население се превръща във водещ проблем за жизнеността на нацията. От друга страна, състоянието и доброто функциониране на вече изградената здравна инфраструктура е възможност за преодоляване на териториалните демографски диспропорции, от които впоследствие произлизат и социално-икономическите проблеми.

Пространствено инфраструктурата на здравната система е разпределена в три взаимосвързани йерархични нива.

- **Национално** – обхваща територията и населението на цялата страна. Управлението и координацията се осъществява от Министерството на здравеопазването (МЗ).
- **Областно** – включва териториалния обхват и населението на всяка от 28-те най-големи административно-териториални единици. Тук управлението и координацията е поверено на районните центрове по здравеопазване (РЦЗ), които са пряко подчинени на МЗ.
- **Общинско** – отнася се за територията и населението на всяка от 264-те общини. Координацията е поверена на общинските управления по здравеопазване.

Обект на настоящето изследване са промените на здравната инфраструктура в първите две нива – национално и областно. Причината за този избор е обвързана с публичната достъпност на информацията от Министерството на здравеопазването (чрез Националния център по обществено здраве и анализи – НЦОЗА) и Националния статистически институт. За здравната инфраструктура основна единица за наблюдение е *отделното лечебно заведение*: за болнична и извънболнична медицинска помощ и други лечебни и здравни заведения, вкл. и тези към други ведомства в страната. Лечебни заведения за болнична помощ са болниците, центрите за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове, центрите за психично здраве (до 2009 г. – кожно-венерически, онкологични и психични диспансери, а от 2010 г. – диспансерите за белодробни болести са преобразувани в специализирани болници). Съгласно закона за лечебните заведения центрите се отнасят към други лечебни и здравни заведения, но като основен предмет на дейност при регистрацията си те са посочили болнична дейност⁴. Специфични по своята дейност и профил са лечебните заведения от системата на Министерството на отбраната, Министерството на вътрешните работи, Министерски съвет, Министерството на правосъдието и Министерството на транспорта. Същото се отнася и за инфраструктурата, която е към Висшите медицински университети и съществуващите към тях колежи. В това число влизат: Медицинските университети в гр. София, Пловдив, Варна и Плевен; Медицинският факултет при Тракийски университет в гр. Стара Загора; Медицинският факултет при СУ „Св. Климент Охридски” в гр. Стара Загора; Медицински колеж при Университет „Проф. д-р Асен Златаров” в гр. Бургас.

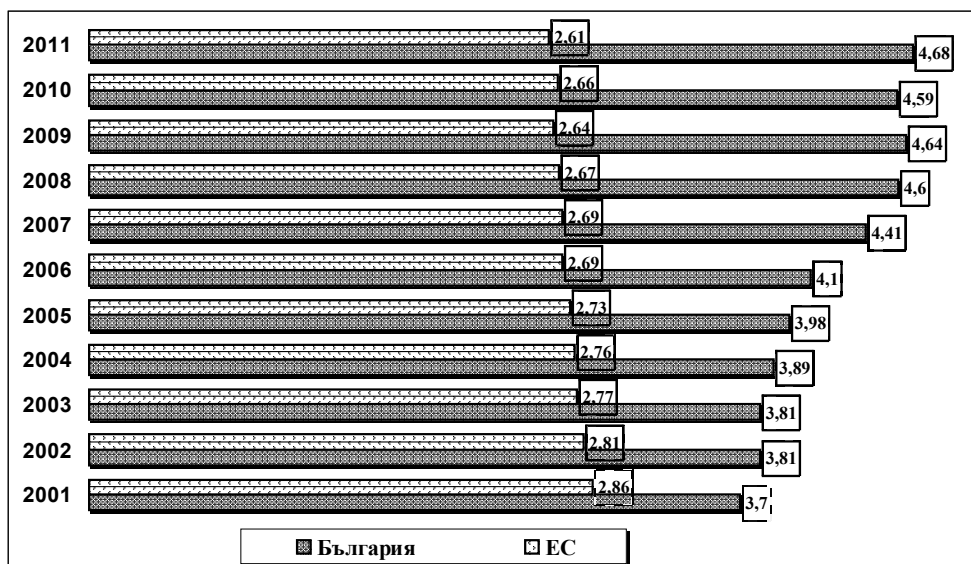
Основна категория, използвана при разработките за населението, са резултатите от последните две официални преброявания към 31.12.2001 г. и 01.02.2011 г.⁵ Използ-

вани са и електронно достъпните ресурси на Европейското регионално бюро на Световната здравна организация (СЗО) – European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe, 2013 (обновени към м. юли 2013 г.).

Детайлизирайки изложението се открояват няколко водещи, понякога противоречащи си тенденции за последното десетилетие. На първо място се установява трайно и все по-голямо разминаване при показателя „осигуреност с болници” между България и Европейския съюз (ЕС) – фиг. 1. Изчисленията показват, че ако в ЕС темпът е намаление с –8,74%, то за България имаме положителен ръст от 26,5%. Това означава, че извършваните действия за оптимизация на болничната мрежа имат забавен или палиативен характер.

Фиг. 1

Осигуреност с болници на 100 000 души от населението



European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe.
Updated: July 2013.

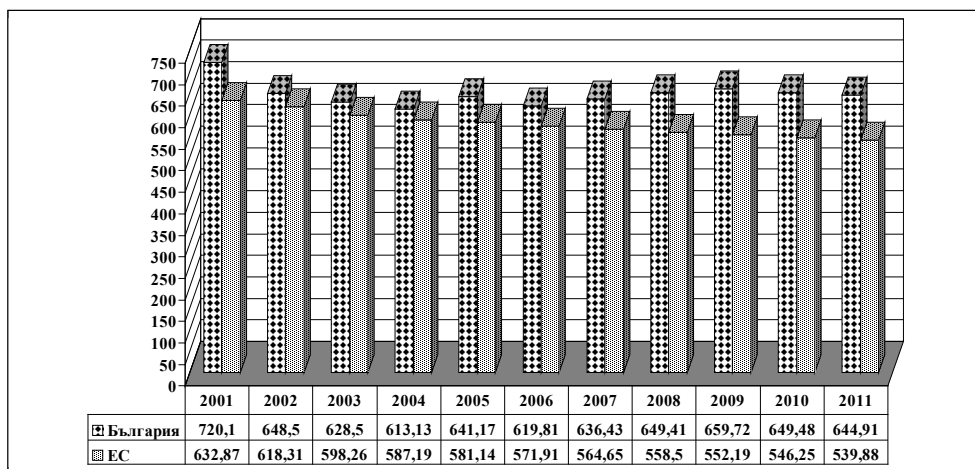
В следващия показател „динамика на осигуреността с болнични легла” между България и ЕС, отново лидер е нашата страна (фиг. 2). Тук имаме сходство във вектора към намаление, но разминаване в интензитета. От началото до края на периода осигуреността с болнични легла на 100 000 души от населението за България е спаднала с –10,44%, докато в ЕС – с –14,69%.

За всеки отделен вид структурни единици (от лечебните и здравните заведения) е определен темпът на движение за 2011 г. спрямо 2001 г. в проценти. Наблюдава се преобладаващ растеж в 13 от общо 28-те звена на лечебните заведения за болнична, извънболнична и друга здравна помощ. При тях се открояват с най-голям темп частните болници (394%), медико-диагностичните и медико-техническите лаборатории (115%)

и хосписите (113%). Противоположна е тенденцията за намаление на специализираните болници за долекуване и продължително лечение (-58%), общо за диспансерите (-42%), вкл. онкологичните (-25%), санаториалните заведения (-86%) и денталните центрове (-40%).

Фиг. 2

Осигуреност с болнични легла на 100 000 души от населението



European health for all database (HFA-DB) World Health Organization Regional Office for Europe.
Updated: July 2013.

Лечебни заведения за болнична помощ

Болници (20,9%)

- Многопрофилни болници – (16,8%)
- Специализирани болници – (31,8%)
- Специализирани болници за активно лечение – (50%)
- Специализирани болници за долекуване и продължително лечение – (-58,3%)
- Специализирани болници за долекуване, продължително лечение и рехабилитация – (50%)
- Специализирани болници за рехабилитация – (-8%)
- Психиатрични болници – (9,09%)
- Частни заведения за болнична помощ – (394,44%)

Диспансери – (-42%)

- За белодробни болести – (-14,29% до 2009)
- Кожно-венерически – (-16,67%)
- Онкологични – (-25%)
- Психиатрични – (0%)

Лечебни заведения за извънболнична помощ

- Общо – (76,47%)

- Диагностично-консултативни центрове – (16,53%)
- Медицински центрове – (91,44%)
- Дентални центрове – (-40,24%)
- Медико-дентални центрове – (6,06%)
- Медико-диагностични и медико-технически лаборатории – (115,42%)

Санаториални заведения

- Общо – (-85,71%)

Други лечебни и здравни заведения

- Центрове за спешна медицинска помощ – (0%)
- Центрове за трансфузионна хематология – (0%)
- Хосписи – (113,04%)
- Домове за медико-социални грижи за деца – (-3,13%)
- Регионални инспекции за опазване и контрол на общественото здраве – (-3,45%)
- Национални центрове без легла – (40%)
- Регионални центрове по здравеопазване – (0%)
- Диспансери без легла – (0%)
- Други – (50%)

Към 31.12.2012 г. по данни НЦОЗА в Република България са осъществявали дейност 9 144 заведения за първична извънболнична помощ, от които 3 798 лечебни заведения за първична медицинска помощ и 5 346 лечебни заведения за първична дентална помощ. Преобладаващата форма на организация на работа е индивидуалната практика. Груповите практики, които дават по-добри възможности за осигуряване на качествена първична извънболнична помощ, са едва 5,72%, за разлика от европейските страни, където съотношението е в полза на груповите практики. По данни на НСИ и НЦОЗА към 31.12.2012 г. болничният сектор в страната включва 312 лечебни заведения за болнична помощ, от които 226 са публична собственост (държавна и общинска, в т.ч. и 18 болници към други ведомства) и 92 са частна собственост, което формира смесена публично-частна система за болнична помощ. Освен тях през 2012 г. стационарна дейност осъществяват и други лечебни заведения, възникнали чрез преобразуване на бившите диспансери – 7 комплексни онкологични центъра, 12 центъра за психично здраве и 8 центъра за кожно-венерически заболявания със стационар. С това общият брой на заведенията, осигуряващи болнично лечение, е 339, при 343 болнични заведения (в т.ч. диспансери) през 2011 г.

Системата за спешна медицинска помощ в Република България включва 28 центъра за спешна медицинска помощ (ЦСМП), съответстващи на областите, съставляващи административното деление на страната, с разкрити към тях 198 филиала (ФСМП), осъществяващи дейността на територията на съответната административна област. Изградената структура осигурява относително равномерно покритие на спешна медицинска помощ на територията на цялата страна, като приблизително 58% от населените

места в страната са с време за достъп от филиал за спешна медицинска помощ до 20 минути и още около 27% на населените места са с вероятно време на достъп до 30 минути. 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. Обслужваното население в тези населени места, разположени в труднодостъпни и отдалечени райони, е около 211 000 души⁶.

С най-голям брой разкрити лечебни заведения за болнична помощ са областите София (столица), Пловдив и Бургас – табл. 1. В тях е разположена една трета (33%) от болничната инфраструктура в страната. При специализираната извънболнична медицинска помощ и при групата други здравни заведения първите три места се заемат от областите София (столица), Пловдив и Варна. Същите концентрират 40,4% от извънболничната инфраструктура и 36,9% от тази на „други” здравни заведения.

Осем области – Видин, Монтана, Търговище, Разград, Силистра, Кърджали, Ямбол и Кюстендил, попадат и в трите групи с най-ниска степен на осигуреност със здравна инфраструктура. Заедно те разполагат с едва 10,1% от лечебните заведения за болнична помощ, 11,8% от специализираните болници за извънболнична помощ и 11,1% от други лечебни заведения.

Табл. 1

Ранжиране на лечебните и здравни заведения по области (към 31.12.2011 г.)

Области	За болнична помощ (брой)	Области	За извънболнична помощ (брой)	Области	Други (брой)
София (столица)	59	София (столица)	349	София (столица)	176
Пловдив	30	Пловдив	187	Пловдив	107
Бургас	19	Варна	173	Варна	88
Стара Загора	17	Стара Загора	83	Русе	50
Варна	16	Бургас	80	Бургас	42
София	16	Русе	66	Стара Загора	39
Враца	14	Велико Търново	65	Хасково	39
Пазарджик	13	Хасково	58	Велико Търново	36
Благоевград	12	Благоевград	57	Сливен	36
Велико Търново	12	Сливен	51	София	31
Плевен	12	Плевен	49	Благоевград	30
Русе	11	София	49	Пазарджик	29
Хасково	11	Пазарджик	45	Шумен	27
Добрич	9	Шумен	43	Силистра	23
Сливен	9	Враца	39	Габрово	21
Габрово	8	Габрово	34	Добрич	21
Ловеч	7	Перник	33	Перник	21
Смолян	7	Добрич	32	Смолян	21

Пространствени изменения на здравната ...

Шумен	7	Търговище	29	Враца	20
Кърджали	6	Смолян	28	Разград	20
Кюстендил	5	Видин	27	Ямбол	20
Монтана	5	Кюстендил	27	Плевен	19
Търговище	5	Разград	27	Ловеч	18
Перник	4	Ямбол	27	Търговище	17
Ямбол	4	Ловеч	26	Монтана	15
Разград	3	Монтана	26	Кюстендил	14
Силистра	3	Силистра	26	Видин	13
Видин	2	Кърджали	20	Кърджали	13

Източник: НЦЗОА

Задълбочаването на пространствения анализ на областната здравна инфраструктура изисква проследяване на корелационната зависимост между относителните дялове на три групи лечебни и здравни заведения (за болнична помощ, за извънболнична помощ и други) и относителната демографска тежест на населението (общо, 0-14 г. и 70 и повече години) – табл. 2. Включването за всяка административно-териториална единица на групите население 0-14 г. и на 70 и повече години е обективно обусловено от по-високата честота на лекарски и болнични посещения. Децата до 14 години подлежат на задължителни имунизации и профилактика.

Табл. 2

Ранжиране на лечебните и здравни заведения по области (към 31.12.2011 г.)

Области	Относителен дял на лечебни и здравни заведения			Относителен дял на населението		
	За болнична помощ	За извънболнична помощ	Други	Общо	(0-14)	На 70 и повече години
Благоевград	3,5	3,2	2,0	4,4	4,6	3,7
Бургас	5,5	4,5	2,7	5,6	6,3	4,9
Варна	4,7	9,8	6,0	6,5	6,9	5,5
Велико Търново	3,5	3,7	5,3	3,5	3,1	3,8
Видин	0,6	1,5	2,0	1,4	1,2	1,9
Враца	4,1	2,2	2,0	2,5	2,6	2,9
Габрово	2,3	1,9	2,7	1,7	1,4	2,2
Добрич	2,6	1,8	2,7	2,6	2,7	2,3
Кърджали	1,7	1,1	3,3	2,1	2,2	1,9
Кюстендил	1,5	1,5	3,3	1,9	1,6	2,3
Ловеч	2,0	1,5	1,3	1,9	1,9	2,5
Монтана	1,5	1,5	3,3	2,0	1,9	2,6
Пазарджик	3,8	2,5	2,7	3,7	4,1	3,5
Перник	1,2	1,9	3,3	1,8	1,6	2,2

Плевен	3,5	2,8	4,7	3,7	3,6	4,5
Пловдив	8,7	10,6	4,0	9,3	9,3	9,5
Разград	0,9	1,5	6,0	1,7	1,8	1,5
Русе	3,2	3,7	2,0	3,2	2,9	3,4
Силистра	0,9	1,5	2,0	1,6	1,6	1,6
Сливен	2,6	2,9	2,0	2,7	3,5	2,5
Смолян	2,0	1,6	3,3	1,7	1,5	1,5
София	4,7	2,8	2,7	3,4	3,4	3,8
София (столица)	17,2	19,7	16,7	17,5	16,3	14,9
Стара Загора	4,9	4,7	4,7	4,5	4,6	4,9
Търговище	1,5	1,6	2,0	1,6	1,8	1,6
Хасково	3,2	3,3	2,7	3,3	3,3	3,8
Шумен	2,0	2,4	2,7	2,5	2,6	2,3
Ямбол	1,2	1,5	2,0	1,8	1,9	2,1
Общо за страната	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Източник: НЦЗОА, НСИ и собствени изчисления

Целта на подобна съпоставка е разкриване скоростта на оптимизация на здравната инфраструктура и проследяване на нейните географски координати. Изпреварващо в 13 от 28-те области относителният дял на болничната мрежа е съкратен спрямо техния общ демографски потенциал. Това се констатира за областите Благоевград, Варна, Видин, Кърджали, Кюстендил, Монтана, Перник, Пловдив, Разград, Силистра, Сливен, Шумен и Ямбол, като най-голямо е разминаването във възходящ ред в Кюстендил и Кърджали (с по $-0,4$ пункта), Монтана и Шумен (с по $-0,5$ пункта), Перник и Ямбол (с по $-0,6$ пункта), Силистра (с $-0,7$ пункта) и Разград и Видин (с по $-0,8$ пункта). Областите Враца, Габрово и София притежават по-висок запас от национална здравна инфраструктура спрямо своето налично население. И ако за столицата това е разбираемо, то в останалите две области е необходимо да се вземат решения за бъдещи съкращения.

Извънболничната помощ се концентрира към по-големите области, в техните градски селища (Варна, Велико Търново, Пловдив, Сливен, София-столица, Стара Загора). Една от причините за това е вътрешната миграция и привличането на по-квалифициран здравен персонал. В демографски изчерпаните и все по-обезлюдени периферни територии все по-големи са разминаванията между заложените лекарски практики по здравна карта и реално сключените договори. Откроява се недостиг на общопрактикуващи лекари и зъболекари в селата (при изградена инфраструктура), което затруднява достъпността до медицински услуги на селското население. За българските села груповите практики на лекари са изключение, а при денталните специалисти почти липсват.

Към здравната инфраструктура се отнасят и институции, които са свързани с финансиране, оказване на медицинска помощ и други дейности. Такива са:

- Национална здравноосигурителна каса (НЗОК) с Централно управление в гр. София и 28 райони здравноосигурителни каси – по една във всеки областен център. Изградени са общо 121 общински офиса, което означава, че не всички общини имат подобни структури. НЗОК е създадена със специален закон с предмет на дейност осъществяване на задължителното здравно осигуряване в Република България. То представлява система от социална, здравна защита на населението, гарантираща пакет от общи здравни услуги за всеки гражданин. Със събраните от вноски средства НЗОК посредством договори с лекари и лечебни заведения закупува здравна помощ и реимбурсни лекарства в полза на осигурените лица.
- Съсловни организации на лекари и стоматолози – Български лекарски съюз и Съюз на стоматолозите в България. Създадени със специален закон, те обединяват всички лекари и стоматолози чрез задължително членство и носят отговорността за националното рамково договаряне всяка година с НЗОК. Същите имат задължения за изготвяне на правилата за добра медицинска практика, за прилагането на Кодекс за професионалната етика, за дисциплинарно производство и арбитраж, за организиране и провеждане на курсове и др. Във всяка област на страната има районни представителства на двата съюза.
- Съюз на фармацевтите в България; Асоциация на чуждестранните фармацевтични производители; Асоциация на търговците на едро с лекарства; Асоциации на зъботехници, медицински сестри, рехабилитатори и др. – всички тези организации са регистрирани по Закона за юридическите лица с нестопанска цел.

БЕЛЕЖКИ

¹ <http://www.government.bg> (Конституция на Република България. В сила от 13.01.1991 г.) Обн. ДВ. бр. 56 от 13 юли 1991 г., изм. ДВ. бр. 85 от 26 септември 2003 г., изм. ДВ. бр. 18 от 25 февруари 2005 г., изм. ДВ. бр. 27 от 31 март 2006 г., изм. ДВ. бр. 78 от 26 септември 2006 г., изм. ДВ. бр. 12 от 06 февруари 2007 г.

² <http://www.mrrb.government.bg/?controller=articles&id=519> (Национална концепция за пространствено развитие за периода 2013-2025 г. – проект). „Национален център за териториално развитие“ ЕООД, София., 05.11.2012 г. [11.10.2013 г.]

³ <http://www.strategy.bg> (Концепция за реструктуриране на системата за болнична помощ). Приета е с Протокол №49,38 на Министерския съвет от 16.12.2009 г. и изменена с Протокол №11,25 от 25.03.2010 г. със срок на действие до края на 2017 г. [13.10.2013 г.]

⁴ Здравеопазване. Кратък статистически справочник – 2001. НСИ, Министерство на здравеопазването. Национален център по здравна информация. София, 2002.

⁵ Здравеопазване 2012. НСИ, Национален център по обществено здраве и анализ към Министерството на здравеопазването. София, 2013.

⁶ <http://www.mh.government.bg> (Проект на Национална здравна стратегия 2014-2020 г.). София, 2013 [12.09.2013 г.]

ИЗВОРИ И ЛИТЕРАТУРА

Гладилов 2003: Гладилов, Ст., Евг. Делчева. Икономика на здравеопазването. София: Изд. „Принцепс”.

Делчева 2007: Делчева, Евг. Всеобщ достъп до качествена здравна помощ. – В: Икономиката на България и ЕС: Догонващо икономическо развитие – стратегия и реалности. София.

Димов 2010: Димов, Н. Здравеопазване и регионална политика в България: пространствени диспропорции и приоритети. – В: Сборник с научни доклади от VIII конгрес по медицинска география с международно участие. София.

Милкова 2001: Милкова, К. Социално географските изследвания и регионалната политика. – В: Основни проблеми на географското образование във ВУЗ (в контекста на регионалната политика и регионалното развитие на България). Сборник статии. Свищов.