Неравенства в използването на здравни услуги по видове населени места в България

Inequalities in use of health services by type of settlements in Bulgaria

Мария Рохова

Катедра по икономика и управление на здравеопазването, Медицински университет – Варна

Maria Rohova

Department of Health Economics and Management, Medical University – Varna

Резюме: Въведение: Населеното място и регионът формират контекста за възможностите за работа, образование и доходи на индивидите. Регионът може да се разглежда и като детерминант на здравето, както и на здравните неравенства. Целта на настоящото изследване е да се проучат и анализират различията в използването на здравни услуги между жителите на отделните видове населени места в Североизточния район на България.

Материал и методи: В изследването са използвани данни от социологическо проучване чрез анкета. Проучването е проведено в периода март – юни 2014 г. сред 618 граждани на Североизточния район, живеещи в областни градове, малки градове и села.

Резултати и обсъждане: В трите вида населени места с най-голяма честота на посещенията са тези при общопрактикуващите лекари. Разглеждайки по типове населени места, средната използваемост е най-висока в малките градове, с изключение на медико-диагностичните изследвания. В селата използваемостта както при първичната, така и при специализираната медицинска помощ е по-ниска от средната общо за извадката, което се дължи предимно на затрудненията в достъпа до здравни услуги. Статистически значими различия според типа населено място има в използването на стоматологична и болнична помощ.

Заклучение: Изводите показват, че са налице различия в използването на здравни услуги и достъпа до здравната мрежа, зависещи от местоживеенето, които са пример за неравнопоставеност в здравеопазването.

Ключови думи: здравни неравенства, неравнопоставеност, използване на здравни услуги, населени места.

Summary: Introduction: The place of residence and the region form the context for the work, education, and income opportunities for individuals. It can be considered as a determinant of health and of health inequalities. The aim of this study is to analyse the disparities in the use of health services among the inhabitants of the different types of settlements in the Northeast region of Bulgaria.

Material and Methods: Data from inquiry are retrieved to analyse the use of health services. The inquiry is conducted in 2014 among 618 citizens of Northeast region in Bulgaria, living in district cities, small towns and villages.

Results and Discussion: The highest frequency of visits are those with general practitioners. By type of settlements, the average usage of health services is highest in small towns, except for diagnostic tests. In villages, the use of primary and specialised medical care is lower than the total average for the sample, mainly due to the difficulty in access to health services. Statistically significant disparities according to the type of settlement exist in the use of dental and hospital care.

Conclusion: The findings show that there are differences in the use of health services and access to medical care, depending on the place of residence, which is an example of health inequities.

Keywords: health inequalities, inequities, use of health services, settlements.

Въведение

Използването на здравни услуги би трябвало да зависи единствено от потребностите, т.е. от здравословното състояние на индивидите. Но

в действителност редица други фактори като доход, образователно равнище, достъп до медицинска помощ и т.н. влияят върху използваемостта, които, тъй като не са свързани пряко

с потребностите, се разглеждат като фактори, предизвикващи неравнопоставеност в здравеопазването. Те не могат да бъдат елиминирани напълно, но здравната система би трябвало да бъде организирана и да функционира така, че да компенсира до известна степен тяхното въздействие.

Мястото (в смисъл на региона или областта), в което хората живеят, може да бъде интерпретирано като „двигател“ на различията в здравословното състояние от гледна точка на това, че формира контекста за възможностите за работа, образование и доходи на индивидите. То може да се разглежда и като детерминант на здравето, както и на здравните неравенства, тъй като създава т. нар. „структурни“ ограничения, възможности и ресурси за здравословен начин на живот [7].

Един от специфичните аспекти на регионалните здравни неравенства са различията между селските и градските региони. Голям брой изследвания показват неравенствата в здравословното състояние между селското и градското население, както и по-високата смъртност сред жителите на селата [6, 8, 11, 13, 14]. В нашата страна също са правени проучвания в тази насока, които доказват както по-високи равнища на заболяемостта, така и по-голяма честота на рисковите фактори сред жителите на селата, което се обяснява предимно с различията в социално-икономическия статус между населението в селата и това, живеещо в градовете [5].

Наред с това, някои автори установяват, че населението на селските региони е по-малко склонно и много по-рядко използва услуги от доболничната помощ в сравнение с жителите на градовете [9]. Обясненията на тези различия не са изненадващи. Те, от една страна, са свързани със социално-икономическите фактори и тяхното влияние – по-ниските доходи и образователно равнище, по-високата безработица, обезлюдяването на по-малките населени места, а от друга се дължат и на спецификите на конструкцията на здравната система – ограниченото предлагане на здравни услуги в селските региони, недостига на лекари, трудностите при транспорта до градовете и незадоволителното равнище на превенцията и профилактиката [10, 12].

Целта на настоящото изследване е да се проучат и анализират различията в използването

на здравни услуги между жителите на отделните видове населени места в Североизточния район на България (областни градове, малки градове и села).

Материал и методи

В това изследване са използвани данни от социологическо проучване сред граждани посредством анкета, попълвана лично от респондентите с помощта на интервюиращ. Проучването е проведено в периода март – юни 2014 г. Единица на проучването са жителите на Североизточния район на планиране и четирите му области – Варна, Шумен, Добрич и Търговище. Въз основа на статистическите данни за населението в генералната съвкупност е получена извадка в обем от 618 души, формирана като сума от разпределението на респондентите по видове населени места – областни градове, малки градове и села. Структурата на извадката напълно повтаря разпределението на населението по типове населени места в генералната съвкупност. Обемът на извадката е достатъчно голям, за да доближи нормалното разпределение.

В анкетното проучване сред гражданите са включени няколко въпроса, свързани с използването на здравни услуги и посещението на лечебни заведения през последните 12 месеца. Видовете медицинска помощ са разделени на първична (посещения при общопрактикуващ лекар и зъболекар), специализирана (посещения при лекар-специалист, образни и медико-диагностични изследвания, прием в болница или друго лечебно заведение като хоспис и др.) и спешна помощ.

Резултати и обсъждане

В таблица 1 са представени резултатите за използваната първична и специализирана медицинска помощ от респондентите за периода 2013 – 2014 г. Най-голям брой посещения са отчетени при общопрактикуващ лекар (ОПЛ), следвани от тези при лекар-специалист и при зъболекар. Между 35 и 38% от респондентите (или над 1/3) са използвали поне веднъж през изминалата година здравни услуги от ОПЛ, зъболекар, лекар-специалист или лаборатория, а около 22% са приемани в болница. И в трите вида населени места с най-голяма честота на посещенията са тези при общопрактикуващите лекари.

Таблица 1. Използване на първична и специализирана медицинска помощ за периода 2013 – 2014 г. (в %)

Брой посещения	Областен град	Малък град	Село	Общо	Δр	95% CI
общопрактикуващ лекар						
0	19,85	14,86	18,75	18,28	3,05	15,24-21,33
до 2 пъти	36,64	30,41	40,87	36,57	3,80	32,77-40,37
от 3 до 5 пъти	25,19	35,14	21,63	26,38	3,47	22,90-29,85
над 6 пъти	18,32	19,59	18,75	18,77	3,08	15,69-21,85
лекар-специалист						
0	33,97	32,43	49,52	38,83	3,86	34,98-42,69
до 2 пъти	41,22	37,16	30,77	36,73	3,81	32,92-40,54
от 3 до 5 пъти	18,70	26,35	14,42	19,09	3,11	15,98-22,20
над 6 пъти	5,34	2,70	5,29	4,69	1,67	3,02-6,37
без отговор	0,76	1,35	0	0,65	-	-
зъболекар						
0	40,46	42,57	52,88	45,15	3,94	41,20-49,09
до 2 пъти	40,84	34,46	34,62	37,22	3,83	33,39-41,05
от 3 до 5 пъти	9,92	16,22	5,29	9,87	2,36	7,51-12,23
над 6 пъти	8,02	6,08	5,77	6,80	1,99	4,80-8,79
без отговор	0,76	0,68	1,44	0,97	-	-
лаборатория						
0	46,18	45,95	53,85	48,71	3,95	44,76-52,66
до 2 пъти	37,40	39,19	30,29	35,44	3,78	31,66-39,22
от 3 до 5 пъти	11,45	10,81	12,98	11,81	2,55	9,26-14,36
над 6 пъти	4,58	2,70	2,88	3,56	1,46	2,10-5,02
без отговор	0,38	1,35	0	0,49	-	-
болница						
0	79,77	64,86	83,17	77,35	3,30	74,05-80,65
до 2 пъти	16,41	27,70	12,02	17,64	3,01	14,63-20,64
от 3 до 5 пъти	1,91	3,38	4,81	3,24	1,40	1,84-4,63
над 6 пъти	1,91	4,05	0	1,78	1,04	0,74-2,82

Въз основа от данните от проучването е изчислена средната използваемост на здравни услуги по видове (Табл. 2). Най-висок е средният брой посещения при общопрактикуващ лекар, който според данните от проучването е 2,73 ($\Delta p = 0,20$) за периода 2013 – 2014 г. За сравнение през 2001 – 2002 г. средно посещенията при ОПЛ са 3, а през 2000 г. са 5 на здравноосигурено лице [2], което като цяло потвърждава тенденцията към намаляване на посещаемостта в първичната медицинска помощ. Посещенията при лекар-специалист, които респондентите са декларирали, са средно 1,47 ($\Delta p = 0,15$) за 2013 – 2014 г. През 2007 г. използването на специализирана медицинска помощ е 1,73 [1], а през 2012 г. – 1,54 на здравноосигурен пациент [4]. При сравнението на данните от настоящото проучване с тези от други източници трябва да се вземат предвид следните особености:

- ◆ не всички респонденти са здравноосигурени – ако изключим онези, които не са задължително осигурени, то използваемостта на ОПЛ е около 3;
 - ◆ посещенията при лекар-специалист включват както такива по линия на задължителното здравно осигуряване, така и използване на здравни услуги, платени по линия на доброволното здравно осигуряване (здравно застраховане) или от самите пациенти.
- Използването на дентална медицинска помощ, както и на специализирани диагностични изследвания са съответно 1,25 ($\Delta p = 0,15$) и 1,08 ($\Delta p = 0,13$) средно на анкетирания (Табл. 2). Приблизително всеки втори респондент е приеман в болница, а около 12% от включените в извадката са ползвали спешна медицинска помощ.

Таблица 2. Средна използваемост на медицинска помощ/посещения на лечебни заведения по видове за периода 2013 – 2014 г.

Вид медицинска помощ/ лечебно заведение	Областен град	Малък град	Село	Общо
Общопрактикуващ лекар	2,66	3,08	2,59	2,73
Лекар-специалист	1,55	1,64	1,25	1,47
Зъболекар	1,38	1,43	0,98	1,25
Медико-диагностична лаборатория	1,16	1,03	1,02	1,08
Болница	0,37	0,70	0,31	0,43
Друго лечебно заведение	0,11	0,14	0,11	0,12
Спешна медицинска помощ	0,13	0,19	0,16	0,15

Разглеждана по типове населени места, средната използваемост е най-висока в малките градове, с изключение на медико-диагностичните изследвания (Табл. 2). Тя значително се отличава по отношение на посещенията при ОПЛ (3,08; $\Delta p = 0,40$), както и по отношение на приема в болница, който е близо 2 пъти над този при жителите на областните градове и на селата (0,70; $\Delta p = 0,25$). Това потвърждава резултатите от изследванията в други страни, според които хора с по-ниски доходи използват по-често първични и болнични здравни услуги. В селата използваемостта както при първичната, така и при специализираната медицинска помощ е по-ниска от средната общо за извадката, което се дължи предимно на затрудненията в достъпа до здравни услуги в тези населени места. Ако разгледаме само посещенията при зъболекар, изпъкват различията в използваемостта, свързани със социално-икономическия статус – средният доход в селата е значително по-нисък от този

в областните и малките градове, а денталните услуги се заплащат предимно от пациентите, поради което хората с по-ниски доходи използват по-рядко този вид помощ. Това най-ясно свидетелства за наличието на социално-икономически здравни неравенства (или за неравнопоставеност) в здравеопазването. По подобен начин могат да се интерпретират резултатите по отношение на спешната помощ, която е вид „безплатен вход“ към здравната система, поради което използването ѝ е по-високо в малките градове и в селата, където населението е с по-ниски доходи (Табл. 2).

В анкетната карта за изследване мнението на гражданите са включени и няколко въпроса, които имат допълващо значение за анализа на използваемостта на медицинска помощ. Оценката на респондентите за използваните здравни услуги като цяло е предимно положителна – 42,56% ги определят като удовлетворяващи потребностите им (Фиг. 1). Около 31% от анке-

Фиг. 1. Оценка на използваната медицинска помощ

тираните смятат, че те не задоволяват напълно потребностите им, а броят на хората, които ги определят като много ефикасни и навременни или напълно незадоволителни (т.е. двете крайности на скалата), е приблизително еднакъв. В областните градове делът на респондентите, които са доволни от получената медицинска помощ, е по-висок, докато в по-малките градове и в селата той намалява за сметка на онези, които не са удовлетворени напълно или посочват, че медицинската помощ е напълно незадоволителна.

Във връзка със затрудненията в достъпа до медицинска помощ и оценката на респондентите за използваните здравни услуги има значение доколко те са склонни да правят допълнителни разходи, за да получат по-качествени услуги, повече внимание или грижи. От включените в извадката:

- ♦ 20,06% биха заплащали по-висока здравна осигуровка, за да получават по-добра медицинска помощ;
- ♦ 21,68% биха пътували до друго населено място за преглед при ОПЛ;
- ♦ 55,66% биха пътували до друг град, за да се консултират с лекар-специалист;
- ♦ 34,47% са склонни да заплащат преглед при лекар, за да получат по-голямо внимание;
- ♦ 27,83% са склонни да заплащат престоя си в болница, за да си „гарантират“ повече внимание и грижи.

Около 20% от анкетираните заявяват, че не могат да си позволят да заплащат допълнително за медицинска помощ, а около 9% не могат да си позволят транспортните разходи за посещение на лекар в друго населено място. В селата тези проценти нарастват почти двойно, тъй като респондентите от тези населени места са със значително по-ниски доходи, докато в областните градове по-голяма част от анкетираните са склонни да заплащат допълнително за здравни услуги.

При анализа на данните, получени от изследването, е проверена работна хипотеза за наличието на различия в използваемостта на медицинска помощ според типа на населеното място. Като статистически критерий за проверка е избран *t*-критерият на Стюdent за съпоставяне на средни величини от две извадки, като са направени сравнения между трите типа населени места.

Изчислените емпирични стойности на *t*-критерия по видове медицинска помощ показват, че в преобладаващия брой случаи няма статистически значима разлика в използваемостта на здравни услуги между трите типа населени места, включени в анкетното проучване. Съществени различия се установяват само по отношение на посещението при зъболекар между градовете и селата (разлика между областните градове и малките градове няма), както и по отношение на приема в болница между малките градове и другите два типа населени места. Различията при стоматологичната помощ се обясняват предимно с преобладаващата ѝ концентрация в големите градове, както и със сравнително неравномерното разпределение на лекарите по дентална медицина на територията на страната. По-високата използваемост на болничната помощ в по-малките градове в общия случай предполага по-лошо здравословно състояние на населението в тях. Но наред с това има още две причини, които обясняват тези разлики. Първата е свързана с липсата на специалисти, работещи в доболничната помощ в тези населени места, като често приемът в болница е за диагностика и/или лечение, които могат да се осъществят в извънболнични условия. Това води до много „излишни“ хоспитализации. Втората причина е, че много пациенти се приемат в болница по-скоро по социални, отколкото по медицински причини, което е особено характерно за по-малките населени места [3].

Статистически значими различия според типа населено място има в използването на стоматологична и болнична помощ.

Заклучение

От представените резултати от анкетното проучване относно достъпа на гражданите до здравната мрежа на Североизточния район на България могат да се направят следните изводи:

1. Част от данните свидетелстват за различия в използваемостта на медицинска помощ, които се наблюдават както по отношение на различните видове здравни услуги, така и по отношение на отделните типове населени места. Като цяло хората от по-малките градове и селата използват повече болнична

медицинска помощ, което важи и за тази част от населението, която е с по-ниски доходи. Често спешната медицинска помощ се превръща в по-лесен „вход“ към здравната система, особено там, където достъпът до здравни услуги е затруднен.

2. Жителите на селата използват средно по-малко здравни услуги в сравнение с тези на градовете, въпреки че по-високата средна възраст и по-лошото здравословно състояние (според самооценката на здраве-то) предполага по-големи потребности от медицинска помощ. Това до голяма степен показва, че потреблението не зависи само

от потребностите на населението, а се влияе и от редица други фактори, сред които достъпът има водещо значение.

Изводите показват, че са налице различия в използването на здравни услуги и достъпа до здравната мрежа, зависещи от местоживее-нето, които са пример за неравнопоставеност в здравеопазването. Те показват, че от „конструкцията“ на регионалната здравна мрежа зависи достъпът на населението до медицинска помощ, което от своя страна е предпоставка за намаляване или за задълбочаване на неравнопоставеността.

Литература:

1. Веков Т. Дейности на НЗОК за осигуряване на стабилност и устойчивост на задължителното здравно осигуряване. 2008; <http://www.blsbg.com/download/Vekov_NZOK.pdf>.
2. Делчева Е. Конкурентоспособност на здравеопазването.- *Годишник на ВХСС*, София, 2007.
3. Димова А., М. Рохова, Е. Мутафова, Е. Атанасова, С. Коева, Д. Пантели, Е. ван Гинекен. Здравни системи в преход. България. Анализ на здравната система: 2012. Медицински университет, Варна, 2013.
4. Национална здравна стратегия 2014-2020 г. Приета с Решение № 27 на Министерския съвет от 21.01.2014 г.
5. Фесчиева Н, Докова К, Powles J, Стоева К, Попова С, Керековска А. Социално-икономически статус и рискови фактори за сърдечно-съдови заболявания сред население на Варненска област – резултати от проучване „Хранене и инсулти Варна“.- Сб. доклади от Юбилейна научна конференция „Дни на общественото здраве“, 5-7.10.2006, Плевен.
6. Australian Institute of Health and Welfare. Rural, regional and remote health: A study on mortality.- *Rural health series* № 8. Canberra, AIHW, 2007; <<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442459836>>.
7. Frohlich K.L., N. Ross, Ch. Richmond. Health disparities in Canada today: Some evidence and a theoretical framework.- *Health Policy*, 79, 2006, pp. 132-143.
8. Levin K.A., A.H. Leyland. A comparison of health inequalities in urban and rural Scotland.- *Social Science and Medicine*, 62, 2006, pp. 1457-1464.
9. Lin Y.J., W.H. Tian, Ch. Chen. Urbanization and the utilization of outpatient services under National Health Insurance in Taiwan.- *Health Policy*, 103, 2011, pp. 236-243.
10. Monnat S.M., C.B. Pickett. Rural/urban differences in self-rated health: Examining the roles of county size and metropolitan adjacency.- *Health and Place*, 17, 2011, pp. 311-319.
11. Pampalon R., J. Martinez, D. Hamel. Does living in rural areas make a difference for health in Quebec?.- *Health and Place*, Vol. 12(4), 2006, pp. 421-435.
12. Riva M., S. Curtis, L. Gauvin, J. Fagg. Unravelling the extent of inequalities in health across urban and rural areas: Evidence from a national sample in England.- *Social Science and Medicine*, 68, 2009, pp. 654-663.
13. Sun S., J. Chen, M. Johannesson, P. Kind, L. Xu, Y. Zhang, K. Burstrom. Regional differences in health status in China: Population health-related quality of life results from the National Health Services Survey 2008.- *Health and Place*, 17, 2011, pp. 671-680.
14. World Health Organisation. The European health report 2009. Health and health systems. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2009.

За кореспонденция:

Мария Рохова
ул. „Марин Дринов“ 55
Медицински университет – Варна
e-mail: mariarohova@abv.bg