

**ПРАВО НА ЗДРАВЕ И УНИВЕРСАЛНО ЗДРАВНО ПОКРИТИЕ****Ал. Златарева<sup>1</sup> и Ч. Казак<sup>2</sup>**<sup>1</sup>ФМ, МУ – Варна<sup>2</sup>ФОЗ, МУ – Варна

**Резюме.** Правото на здраве е основно човешко право, разписано от СЗО. В контекста на основната здравна цел на Организацията – осигуряване на здравословния начин на живот и насърчаване на благосъстоянието за всички във всички възрасти, през последните години се заговори за специфична здравна цел, а именно за „универсално здравно покритие“, или: „постигане на универсално здравно покритие, включително защита от финансов риск, достъп до качествени здравни услуги и грижи и до безопасни, качествени, ефективни и достъпни основни лекарства и ваксини за всички“. Според СЗО това е възможност за обединяване на глобалното здраве и борбата срещу бедността чрез действия, които се фокусират върху ясни цели и практическа загриженост за човешкото здраве и правото на здраве. Всъщност целта за постигане на универсално здравно покритие е свързана и с посочените „идеали“ от Декларацията от Алма Ата от 1978 г. и на СЗО – „Глобална стратегия за здравеопазване за всички“ от 2000 г., макар че според някои автори смисълът на термина „универсално здравно покритие“ всъщност се различава от понятието първична здравна помощ, разписана в споменатата Декларация от Алма Ата.

**Ключови думи:** УЗП, право на здраве, СЗО

**RIGHT TO HEALTH AND UNIVERSAL HEALTH COVERAGE****Al. Zlatareva<sup>1</sup> and Tch. Kazak<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Faculty of Medicine, MU – Varna<sup>2</sup>Faculty of Public Health, MU – Varna

**Summary.** The right to health is a fundamental human right, signed by WHO. In the context of the primary health goal: providing healthy lifestyle and promoting prosperity for all in all ages, it's been mentioned recently the

specific health objective, namely "universal health coverage" or "achieving universal health coverage, including protection from financial risk, access to quality health and care services and to safe, high quality, efficient and affordable essential medicines and vaccines for all". According to WHO, it is an opportunity to unite the global health initiative and the fight against poverty through activities that focus on clear objectives and practical concern for human health and the right to health. The purpose of achieving universal health coverage is related to these "ideals" of the Declaration of Alma-Ata from 1978 and the WHO 'Global Strategy for health for all' from 2000 year, although according to other authors, expression of the term "universal health coverage" actually differs from the concept of primary health care spelled out in that Declaration of Alma Ata.

*Key words: UHC, right to health, WHO*

## **Въведение**

Здравето е универсален човешки стремеж и основна човешка потребност. За развитието на едно гражданско общество, богато или бедно, по общоприети икономически критерии може да се съди по качеството на общественото здраве, по това какъв е достъпът до здравни услуги в целия социален спектър, както и по степента на защита на социално слабите прослойки от обществото с недобър достъп поради влошено здраве.

Здравето като капитал е в центъра на вниманието и предпоставка за работата на Комисията по социалните детерминанти на здравето към СЗО. Укрепването на здравето като вид „акции” в световен мащаб и в рамките на отделните страни е вид капитал, който надхвърля концентрацията единствено върху непосредствените причини за болестта. В този контекст Комисията се съсредоточава върху „причините за причините“ – върху основните структури на социалната йерархия и социалните условия, които те обуславят и в които хората се раждат, растат, живеят, работят.

Авторите на тази идея и участниците, които я реализират, налагат тезата, че времето за действие е сега, защото, освен чисто физически и обществен аспект, по-доброто здраве има и икономически смисъл [7].

Според множество изследователи в европейския регион например се отбелязват забележителни печалби в „капитал”, когато отъждествяваме здравето като такъв, особено при попу-

лации, при които е имало прогресивни подобрения в условията, в които хората се раждат, растат, живеят и работят. Въпреки това неравенството както между страните, така и вътре, между отделните слоеве на обществото на дадена държава, продължава да съществува. Автори съобщават, че неравенството в здравеопазването между и в рамките на държавите членки от европейския район на СЗО е основна тема и причина за развитието на новата рамка за здравна политика за Европа: Здраве 2020 [9]. В нея много повече се залага разбирането за степента и социалните каузи на тези неравенства, особено след публикуването през 2008 г. на доклада на Комисията по социалните детерминанти на здравето [10].

Целта на тази работа е да се направи анализ на изследванията на различни автори, работещи по темата на здравната политика и достъпа до здравни услуги в държави и в прослойки от обществото на дадена държава с различен икономически статус.

Според авторите напредъкът в съвременната здравна политика може да се осъществи чрез намаляване на здравните неравенства. Необходими са действия, насочени към социалните детерминанти на здравето, през целия живот, както и в по-широки социални и икономически сфери за постигане на по-голямо равенство в здравеопазването и на защита на бъдещите поколения [8].

## **Материал и методи**

Проведено е литературно търсене в базите данни PubMed, Scopus, Google Scholar за публикации в областта на правото на здраве и достъпа на населението в различните по критерий икономическо развитие държави. По-важните публикации са обсъдени в настоящия обзор.

## **Резултати**

*Справедливост и право на здраве чрез премахване на финансовата изолация*

Ключов аргумент в подкрепа на универсалното здравно покритие (УЗП) е, че то се фокусира върху премахването на финансовите бариери, възпрепятстващи достъпа до здравни грижи [3, 11] въз основа на бедност [3, 12].

Докато правото на здраве е дефинирано с допускането, че може да бъде невъзможно за правителствата да предоставят

всички форми на здравни грижи за всички хора в един и същи момент, УЗП налага задължението, че каквито и форми на здравни услуги правителството да предоставя, то трябва да ги предоставя за всички хора, нуждаещи се от тях, без дискриминация, а това включва и без дискриминация по финансови съображения [3, 13]. Ето защо, ако УЗП успява да премахва финансовите бариери за достъп до здравни грижи, то допринася за осъществяване на ключова характеристика на правото на здраве.

Използвайки данни от проучване [14] на потребителските финанси, автори изследват връзката между здравето и финансовото състояние на отделните хора и на обществата като цяло. Резултатите показват, че лошото здравно състояние значително увеличава вероятността от финансови затруднения. Има и доказателства, че финансовият натиск допринася за влошаване на здравето. Всъщност, според авторите, тежки и нездравословни условия могат да доведат до по-големи финансови тежести за индивида и за дадена социална група, докато големите финансови тежести в по-малка степен ускоряват влошаването на здравния статус, или накратко казано, влошеното здраве може да допринесе за разширяване на финансовите различия, особено сред по-бедните слоеве от населението, които са в лошо здравно състояние [14].

Други автори [15] са анализирали ефекта от застраховка на вероятността дадено лице да понесе „високи“ годишни здравни разходи, използвайки данни от три проучвания на домакинства. За база е послужил Китай, държава, в която има смесен тип икономическо стопанство и силна държавна регулация. Изследователите дефинират годишните разходи като „високи“, ако те надвишават прага от средните местни приходи, и като „катастрофални“, ако тези разходи надвишават прага от собствени приходи на домакинството на глава от населението. Резултатите от това проучване предполагат, че здравето осигуряване като такса за застраховка увеличава риска от високи и катастрофални разходи, което според авторите се дължи на насърчаването от застрахователите гражданите да изискват по-добра грижа при болест и доставка на услуги на по-високо ниво. Това потвърждава горното твърдение за инвестиране в здравето като капитал.

*Национални здравни политики и цялостен подход към здравето на нацията*

Когато говорим за национални здравни политики, особено в контекста на политиките в различните сектори, провеждани от

управляващите в дадена държава, не трябва да пропускаме факта, че тези здравни политики касаят всички слоеве на обществото и граждани с различна политическа ориентация.

Според поддръжниците на универсалното здравно покритие, УЗП има потенциал да обедини различни избиратели, да добие политическа подкрепа и по този начин да се разшири успеваемостта на националната здравна политика [3, 16]. Авторите твърдят, че това е така, защото УЗП цели „при силна, ефективна система на здравеопазване доставка на качествени услуги на широк кръг потребители при широки здравни приоритети“ [4]. Това кореспондира например с чл. 152 от Договора за създаване на ЕО17, който гласи: „Високо ниво на опазване на здравето на хората се гарантира чрез определянето и прилагането на всички политики и дейности на Общността. Действие на Общността, което допълва националните политики, е насочено към подобряване на общественото здраве, превенция на болестите и заболявания при хората и отстраняване на източниците на заплахата за човешкото здраве“, тогава, когато говорим за ЕС. Но излизайки от европейския регион, укрепването на здравните системи се утвърждава като приоритет в резолюцията от юни 2012 г. на Конференцията в Рио [18].

В центъра на вниманието на здравните системи, които доставят качествени услуги в съответствие с националните приоритети, е правото на здраве, неотменна част от всички конституции и от Хартата за правата на човека. Правото на здраве е свързано с правото на здравни грижи, които да отговарят на приоритетните нужди на хората, които от своя страна могат или не могат да бъдат приоритети, определени от международната общност, в зависимост от контекста, но са такива за дадена държава.

В допълнение, правото на здраве изисква тези услуги да бъдат достъпни, на разположение, локално приемливи и качествени [3, 19]. Ето защо, ако УЗП успява да осигури достъп до такива услуги, то системата на здравеопазване, която предоставя услуги в съответствие с националните приоритети, допринася за осъществяване на ключови компоненти от правото на здраве на всеки отделен човек и на обществото като цяло.

#### *УЗП като глобално приложение*

С оглед на глобалните цели на хилядолетието, а именно справяне с неравенството между отделните страни и преодоляване на икономическите различия, УЗП има универсална прило-

жимост за всички държави, независимо от равнището на доходи в тях. Както отбелязват обаче някои автори (Kutzin), никоя държава не може да постигне пълно здравно покритие, но чрез непрекъснатите усилия за разширяване на УЗП ще се подобри достъпът до здравеопазване [3, 20].

Правото на здраве е свързано с така наречената „прогресивна реализация“ на Международния пакт за икономически, социални и културни права (МПИСКП), който задължава подписалите го страни да предприемат стъпки „с оглед постепенно постигане пълното осъществяване на правата, признати в този пакт“ [3, 21].

#### *УЗП и различните обществени сектори в дадена държава*

Различни автори, работещи по темата, отбелязват факта, че УЗП не касае само и единствено сектора на здравеопазване, а изисква по-широк многосекторен подход, включително разглеждане на ролята на търговията и образованието [3, 22]. Например Sridhar и др. посочват, че според тях УЗП може да включва и покриването на такива услуги, свързани с общественото здравеопазване, като канализация и контрол на тютюнопушенето [3, 23]. Изследователите отбелязват, че докато правото на здраве изисква глобален подход и включване на всички сектори за постигане на добро здраве на нацията, то все още не е ясно дали УЗП също се занимава с тези ключови основни детерминанти [3, 21, 24]. Ясно е обаче, че за да бъдат постигнати по-широкообхватни цели, е нужна и международна подкрепа, защото по-слабо развитите икономически страни не биха могли да отговорят на всички заплахи, свързани със здравето на нацията [24].

*Уязвимите и маргинализирани групи – включени или изключени от УЗП?*

Автори, изучаващи темата, отбелязват факта, че фокус единствено върху финансовите бариери може да отклони вниманието от други форми на изключване [3, 25]. Различните форми на дискриминация също са фактор, възпрепятстващ равнопоставения достъп до здравни услуги [26].

*Държавен и частен сектор като доставчици на здравни услуги и УЗП*

Според авторите, изследващи проблема, се дава приоритет на държавата като доставчик на здравни услуги и недостатъчно се подчертава ролята на частните участници на този пазар. Раз-

бира се, подчертава се и ролята като контролиращ орган на тези частни доставчици [27].

### *България и УЗП*

България има смесено публично-частно финансиране на системата на здравеопазване – задължителни здравни вноски, данъци, плащания out-of-pocket, застрахователни премии от частните здравни дружества, корпоративни плащания, дарения и външно финансиране [1]. Общите разходи за здравеопазване в България като процент от БВП са сравними със средната стойност за Европейския регион, но все още са под средното за ЕС-28. Този показател се увеличава, особено в периода 1996-2003, когато надмина средната такава стойност за ЕС12, след което леко се понижава и остава относително стабилен от 2006 г. насам. Средният годишен темп на реален растеж на общите разходи за здравеопазване в голяма степен следва средния годишен темп на растеж на БВП [2].

Увеличението на разходите за здравеопазване в абсолютни стойности може да бъде свързано с узаконяването на частната практика през 1990 г. и въвеждането на системата за здравно осигуряване през 1998 г. Докато разходите за здравеопазване като % от БВП остават относително постоянни в периода от 1998 г. насам, то частните разходи за здравеопазване като % от общите разходи за здравеопазване нарастват (НСИ, ЗЗО).

Системата на общественото здравно осигуряване гарантира пакета от здравни услуги за осигуреното население. Според НРД, който се сключва между БЛС и НЗОК, пакетът от здравни услуги включва:

- първична извънболнична медицинска и стоматологична помощ;
- специализирана извънболнична медицинска и стоматологична помощ;
  - лабораторни услуги;
  - болнична диагностика и лечение;
  - високоспециализирани медицински дейности;
  - лекарства за домашно лечение;
  - онкологични лекарства.

ЗЗО определя потребителските такси за всяко амбулаторно посещение, лабораторен тест и болничен престой, обхванати от системата на задължителното здравно осигуряване. Потребител-

ски такси се прилагат за всички пациенти с изключение на: деца, бременни жени, хора с доходи под определен праг, хронично болни пациенти, военноинвалиди. Цената на стоматологичните услуги също се покрива частично от НЗОК.

Здравните вноски, събирани от Националната агенция за приходите чрез нейните 28 дивизии на областно ниво, се прехвърлят към НЗОК на месечна база. Тези вноски могат да бъдат използвани само за предоставяне на здравни услуги на осигурените лица. Размерът на вноските е 8% (според ЗЗО) от облагаемия доход на индивида или от минималния осигурителен доход за страната. Държавният бюджет обхваща здравно осигуряване за около 2 млн. души, включително пенсионери; родителите или съпрузите, които полагат грижи за човек с инвалидност над 90%, частни лица и членове на семейства, които имат право на социална помощ, непълнолетни сираци; ветерани от войната и военни инвалиди, лица, които са станали инвалиди при защита на своята страна или при изпълнение на служебните си задължения; лица, кандидатстващи за статут на бежанец или право на убежище; лишени от свобода; лица без доходи, които са настанени в домове за деца и младежи или в заведения за социални грижи; студенти на възраст до 26 години, деца под 18-годишна възраст. Вноските за физическите лица, получаващи обезщетения за безработица, се изплащат от фонда за безработица [1].

Въпреки дебатите за основен и допълнителен здравен пакет, предизвикал отхвърляне в обществото и от голяма част от политическите фактори, формиращи здравната политика у нас, недоволството сред населението расте заради големия брой здравно неосигурени лица, нерегламентирания плащания, разделението на обществото по финансови показатели и класирането на държавата ни като най-бедната държава в ЕС.

Все още темата за УЗП не само не е поставена, но нито политиките, вземащи решения по тази тема, нито дори различните слоеве от обществото ни подемат инициатива в подобна посока.

### **Заклучение**

Когато говорим за право на здраве, неминуемо говорим и за финансиране на здравните услуги, за да бъде на практика реализирано това изконно право на здраве [28]. Редица автори, работещи по темата, отбелязват, че през последните години са съз-

дадени множество донорски организации, като Глобалния фонд за лечение на HIV, СПИН и туберкулоза и др., което документира значителното нарастване на средствата за здравеопазването в световен мащаб. Притокът на средства е придружен от значителни промени в институционалната структура на здравеопазването също в световен мащаб, като особено в по-бедните икономически държави приоритет е развиването на общественото здравно осигуряване [29]. Доколко то може да бъде преформатирано в УЗП и доколко различните държави биха възприели и приложили тази идея, предстои да бъде изследвано.

### Библиография

1. ЗЗО, посл. изм. ДВ. бр. 20 от 15 март 2016 г., [lex.bg/laws/ldoc/2134412800](http://lex.bg/laws/ldoc/2134412800)
2. НСИ, <http://www.nsi.bg/bg/content/3303>
3. WHO, Anchoring universal health coverage in the right to health: What difference would it make?, <http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/anchoring-uhc.pdf,2016>
4. Positioning health in the post-2015 development agenda. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/post2015/WHOdiscussionpaper\\_October2012.pdf](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHOdiscussionpaper_October2012.pdf), accessed 15 June 2015).
5. People's Health Movement, Medact, Medico International, Third World Network, Health Action International and ALAMES. Global health watch 4: An alternative world health report. London: Zed Books; 2014: 81.
6. Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Geneva: World Health Organization; 1981 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>, accessed 15 June 2015).
7. Marmot, M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes, Volume 370, No. 9593, p1153–1163, 29 September 2007, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61385-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61385-3)
8. Marmot et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide, *lancet*, Volume 380, No. 9846, p1011–1029, 15 September 2012, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61228-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61228-8)
9. Europe 2020 – for a healthier EU – European Commission, [ec.europa.eu/health/europe\\_2020\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/europe_2020_en.htm)
10. Съобщение от комисията до европейския парламент, съвета, европейския икономически и социален комитет и комитета на регионите солидарност в здравеопазването: намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС, Брюксел, COM(2009) 567/4, [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/com2009\\_bg.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_bg.pdf)
11. Brearley L, Marten R. Universal health coverage: a commitment to close the gap. Rockefeller Foundation/Save the Children/UNICEF/WHO; 2013 (<http://www.sa->

- vethechildren.org.uk/sites/default/files/images/Universal\_health\_coverage.pdf, accessed 15 June 2015).
12. Civil society call to action on universal health coverage. Brussels: Action for Global Health; 2012 ([http:// www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/publications/letters-declarations/UHC\\_Call\\_to\\_Action\\_eng2.pdf](http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/publications/letters-declarations/UHC_Call_to_Action_eng2.pdf), accessed 15 June 2015).
  13. Ooms G, Latif LA, Waris A, Brolan CE, Hammonds R, Friedman EA et al. Is universal health coverage the practical expression of the right to health care? *BMC Int Health Hum Rights*. 2014;14(3).
  14. Angela C. Lyons and Tansel Yilmazer, Health and Financial Strain: Evidence from the Survey of Consumer Finances, *Southern Economic Journal*, Vol. 71, No. 4 (Apr., 2005), pp. 873-890.
  15. Wagstaff, A., M Lindelow. Can insurance increase financial risk?: The curious case of health insurance in China, *Journal of health economics*, 2008 – Elsevier, Volume 27, Issue 4, July 2008, Pages 990-1005.
  16. Human rights and the Millennium Development Goals: making the link. New York: United Nations Development Programme; 2007 (<http://www.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publications/ poverty-reduction/poverty-website/human-rights-and-the-millennium-development-goals/Human%20Rights%20and%20the%20MDGs.pdf>, accessed 15 June 2015).
  17. Договор за създаване на ЕО, чл. 152, [http://old.europe.bg/upload/docs/DEO\\_57.pdf](http://old.europe.bg/upload/docs/DEO_57.pdf)
  18. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. UN Doc. A/6316; 1966 (<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/b2esc.htm>, accessed 15 June 2015).
  19. The right to health. Joint fact sheet. Geneva: World Health Organization and Office of the High Commissioner for Human Rights; 2007 (WHO/OHCHR 323) ([http://www.who.int/mediacentre/factsheets/ fs323\\_en.pdf](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/ fs323_en.pdf), accessed 15 June 2015).
  20. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*. 2013;91:602-11.
  21. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. UN Doc. A/6316; 1966 (<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/b2esc.htm>, accessed 15 June 2015).
  22. Cliff C. Is universal health coverage good for health? Universal health coverage and the post-2015 development agenda. *World we Want*; 2013 (<http://www.worldwewant2015.org/file/299639/download/325066>, accessed 15 June 2015).
  23. Sridhar D, Brolan C, Durrani D, Edge J, Gostin L, Hill P et al. Recent shifts in global governance: implications for the response to non-communicable diseases. *PLoS Med*. 2013;10(7): e1001487.
  24. Berer M. A new development paradigm on health: what should it look like? *Reprod Health Matters*. 2013;21:4–12.
  25. Fried ST, Khurshid A, Tarlton D, Webb D, Gloss S, Paz C, et al. Universal health coverage: necessary but not sufficient. *Reprod Health Matters*. 2013;21:50-60.
  26. Tamsma, N. et Philip C. Berman, The role of the health care sector in tackling poverty and social exclusion in Europe, [http://v3.who.org/IMG/pdf/EHMA\\_Report.pdf](http://v3.who.org/IMG/pdf/EHMA_Report.pdf)
  27. Guiding principles on business and human rights, implementing the United Nations Respect, Protect and Remedy Framework. Geneva: Office of the High Commis-

- sioner for Human Rights; 2011 ([http:// business-humanrights.org/en/un-guiding-principles](http://business-humanrights.org/en/un-guiding-principles), accessed 15 June 2015).
28. Ravishankar, N. et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007, *The Lancet*, Volume 373, Issue 9681, 20–26 June 2009, Pages 2113–2124, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673609608813>
29. Carrin, G., Maria-Pia Waelkens, Bart Criel. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems, *TMIH*, 21 July 2005, DOI: 10.1111/j.1365-3156.2005.01455.x, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2005.01455.x/full>

✉ *Адрес за кореспонденция:*  
Албена Златарева  
Факултет по медицина  
Медицински университет  
ул. „Проф. Марин Дринов“ № 55  
9000 Варна  
e-mail: [Albena.Zlatareva@mu-varna.bg](mailto:Albena.Zlatareva@mu-varna.bg)  
e-mail: [tchetin@yahoo.com](mailto:tchetin@yahoo.com)