

НЕРАВЕНСТВА И НЕСПРАВЕДЛИВОСТИ В ЗДРАВЕТО И ЗДРАВНИТЕ РАЗХОДИ В БЪЛГАРИЯ

П. Попиванов

Катедра по вътрешни болести, Медицински факултет, МУ – София

INEQUALITIES AND INEQUITIES IN HEALTH AND HEALTH-RELATED EXPENDITURES IN BULGARIA

P. Popivanov

Department of Internal Medicine, Medical University – Sofia

Резюме. Здравето е много значим интегрален социален индикатор, сумиращ биологични и социално-икономически фактори. Регулира се от обществените стратегии. Цел на проучването бе разкриване на неравенства и несправедливости на индивидуалното и общественото здраве, като функции на здравните разходи в България. Извърши се вторичен анализ на проведени социални изследвания за самооценка на здравето в България и Европейския съюз за периода 1986-2012 г. (SILC, ESS и др.), както и анализ на други здравни и икономически документи и бази данни. В България се установяват най-ниски публични и най-високи „от джоба“ здравни разходи от страните в Европейския съюз, които с подходящата диференциация в брутния паричен доход и паричния разход за здраве водят до неравенства и несправедливости по отношение на здравето на значителна част от българската популация.

Ключови думи: здравни разходи, самооценка на здравето, несправедливости в здравето, неравенства в здравето

Summary. Health is a very important integral social indicator, that incorporates biological and socio – economic factors. It is regulated by public strategies. The aim of the study was to detect the inequalities and inequities of individual and public health as a function of health expenditures in Bulgaria. A secondary analysis of conducted social surveys on self-perceived health in Bulgaria and the European Union for the period 1986-2012, the (SILC, ESS, etc.) was performed as well as analysis of other health and economic documents and databases. It was found that Bulgaria has the lowest public and the highest „out of pocket“ health expenditures among the countries of the European Union, which with the income differentiation regarding gross cash income and cash health expenditures lead to inequalities and inequities with respect to the health of a significant part of Bulgarian population.

Key words: healthcare costs, self-assessment of health, health inequities, health inequalities

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравето е един от най-важните показатели както от гледна точка на неговата индивидуална значимост, така и като социален индикатор. Функцията му на цялостен интегративен феномен отразява многоликата му същност, регули-

раща се и от социално-икономическия контекст на дадено общество. В същото време то остава трайно свързано и подвластно на биогенетичната същност на човека. Заслужава внимание още една съществена характеристика на здравето – неговото анализиране като „наличието, поддър-

жането и развитието в максимално дълъг срок на годност за изпълнението на дейностите в дадено общество. С това именно здравето придобива характера на обществена ценност“ [6]. Подобно разбиране за комплексния характер на здравето (здравното състояние) лежи в основата на утвърдили се през втората половина на 20-и век „Индекс за човешко развитие“, отразяващ, от една страна, икономическото развитие на дадена страна (БВП), и от друга – достъпа на население до социални блага като здраве и образование. По величината на този индекс ООН прави ежегодна класация на страните членки. Това изисква да бъдат намерени възможно най-точни измерители на човешкото здраве и по-точно на общественото здраве, които са абсолютно необходими за адекватно управление на системата на здравеопазването [3].

Цел и задачи

Цел на проучването бе разкриване на неравенства и несправедливости на индивидуалното и общественото здраве като функции на здравните разходи в България.

Задачи:

1. Проучване на методичните подходи за самооценка на здравето.
2. Ретроспективен анализ на резултатите от самооценките на здравето при различни изследвания в България в периода 1986-2011 г.
3. Установяване на различията в самооценката на здравето по методиката на SILC между общата оценка на населението и оценката на лицата от първия квинтил на еквивалентния доход.
4. Проучване на разходите на домакинствата за здраве при различните децилни групи.
5. Проучване и сравнение на общите държавни и публични разходи за здраве на четири близки до България по макроикономически показатели страни от ЕС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Методи

Един от най-често използваните методи за оценка на здравето е самооценката посредством здравно интервю (Health interview). За добро здраве се приемат оценките „много добро“ и „добро“. Далите оценка за собственото си здраве „задоволително“, „лошо“ и „много лошо“ се приемат за лица с влошено здраве.

От началото на 2000 г. СЗО приема като по-обективна и показваща по-ясно полярните групи в оценката на здравето (много добро и добро в противовес на лошо и много лошо) методиката, разработена от SILC и общоприета за международни сравнения [14]. При нея се използват мощни и достоверни статистически методи за обработка на информацията, като оценката „задоволително“ съществува, но нейните стойности при обработката и сравненията се елиминират.

Този метод е приложен за първи път у нас през 1968 г. в изследването „Града и селото“. Оттогава и до сега здравното интервю се използва широко в практиката. В немалка степен това се дължи на факта, че след реформирането на системата на здравеопазването и поставянето ѝ преди всичко на пазарен принцип се ограничи възможността за добиване на системна и коректна информация за здравното състояние посредством анализ на заболяемостта и болестността по обращаемост. Особено ценна и разкриваща възможност за сравнителен анализ, самооценката на здравето, проведена по единна методика, може да послужи и за лонгитудинални наблюдения на взаимовръзките между здравеопазването и други важни социално-икономически и демографски показатели, като БВП, продължителност на живота в добро здраве и др.

Други използвани методи са анализ на документи, вторичен анализ на проведени социални изследвания, тези на Desk Research и др.

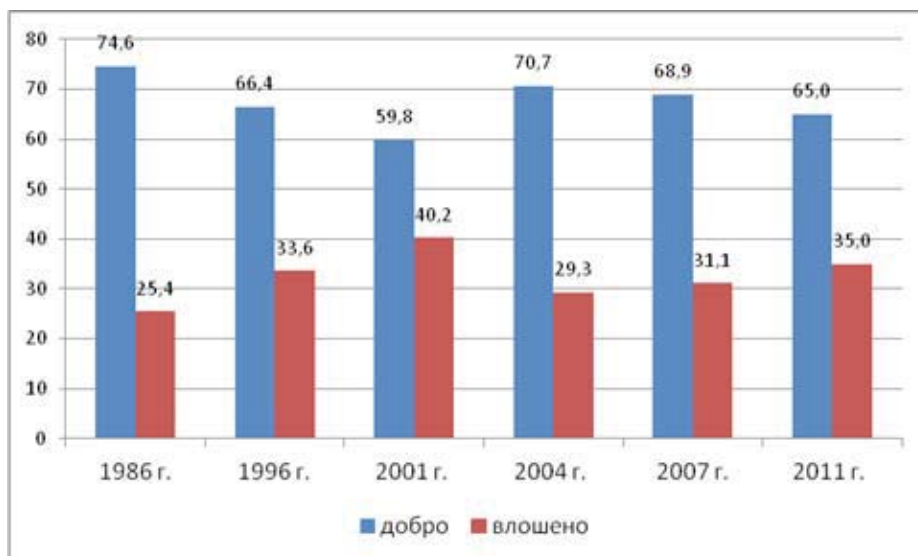
Материал

Извърши се вторичен анализ на резултатите от проведени емпирични социални изследвания за самооценка на здравето в България и Европейския съюз за периода 1986-2012 г. (SILC, ESS и др.), като се анализираха и други здравни, икономически и административни документи и бази данни за същия период и за същите страни: WHO, WHOQOL, SILC, European social statistics, Eurostat, МЗ, НСИ – бюджети на домакинствата 2010-2012.

РЕЗУЛТАТИ

Оценка на здравето

Сравняването на резултатите от шест националнопредставителни изследвания показват тенденция за увеличение на относителния дял на лицата, самооценили здравното си състояние като „влошено“ (фиг. 1).



Източници: ЕСИ „Града и селото – 86”, т. II, 1986, стр. 79-82; НСИ, 1996 и 2001; GGS Взаимоотношения между поколенията и половете, 2004 и 2007; АСА, 2011.

Фиг. 1. Динамика на самооценката на здравето състояние в България

Разликата между оценките през 1986 г. и през 2011 г. е почти 10 процентни пункта. Налице е и разлика в темпа на нарастване на негативната самооценка на здравето между изследванията на НСИ (1996 г. и 2001 г.) и изследванията, проведени от Института по социология при БАН (1986, 2004 и 2007 г.) и от Агенция АСА (2011 г.). Независимо от тези разлики е налице влошаване на здравето. На фона на тази динамика интерес

представлява сравнението на оценките на здравето като добро в България и други европейски страни.

Резултатите от две европейски изследвания сочат, че относителният дял на лицата, дали добра оценка на своето здраве – SILC-2012 (68,3%), е с шест процентни пункта по-висок от относителния дял на лицата от европейското социално изследване – ESS-2011 (62,2%).

Таблица 1. Самооценка на здравето като „добро” – ранжиране на страните според относителните дялове от две изследвания

Рангов номер	ESS страни	Отн. дял на лицата с добро здраве
1.	Швейцария	81,4
2.	Швеция	76,5
3.	Белгия	76,0
4.	Норвегия	75,6
5.	Дания	75,3
6.	Холандия	70,2
7.	Великобритания	69,3
8.	Финландия	64,3
9.	Испания	64,0
10.	Франция	63,3
11.	Полша	62,6
12.	Чехия	58,2
13.	България	58,1
14.	Словения	57,7
15.	Германия	57,1
16.	Португалия	52,2
17.	Унгария	50,8
18.	Естония	46,0
	Европа	62,2

Източник: ESS, 2011 г.,

Рангов номер	SILC страни	Отн. дял на лицата с добро здраве
1.	Швейцария	81,9
2.	Испания	74,1
3.	Великобритания	74,7
4.	Швеция	81,1
5.	Норвегия	78,8
6.	Дания	70,8
7.	Холандия	75,6
8.	Франция	68,1
9.	Белгия	74,3
10.	Финландия	67,1
11.	България	66,6
12.	Унгария	57,6
13.	Полша	57,7
14.	Германия	65,3
15.	Чехия	60,4
16.	Словения	63,1
17.	Португалия	48,7
18.	Естония	52,4
	ЕС-27	68,3

SILC, 2012 г.

И при двете изследвания България се намира в средата на ранговата скала. При изследването ESS тя е на тринадесето място, а относителният дял на лицата, считащи, че здравето им е добро, е по-нисък с 8,5 процентни пункта от единадесето място, което тя заема в изследването SILC.

През 2012 г. лицата с добро здраве в България са с 1,7 процентни пункта по-малко от средното за ЕС-27 (68,3%). Същевременно разликата в относителните дялове в оценките между България и страната с най-висока оценка на населението за добро здраве е 15,3 процентни пункта.

Според изследването през 2012 г. повече от две трети от населението на ЕС (68,3%) оценява здравето си като добро и много добро. Най-висока е оценката в Швеция, където 81,1% от населението споделят това мнение. В следващите тринадесет страни (Норвегия, Исландия, Великобритания, Гърция, Холандия, Кипър, Испания, Белгия, Люксембург, Дания, Малта, Румъния и Австрия) между 70,0 и 80,0% считат здравето си за добро. Данните на SILC показват, че сред първите тринадесет на тази класация присъства само една от новите страни членки на ЕС – Румъния. Втората група е съставена от осем страни – България, Германия, Франция, Италия, Словения, Словакия, Финландия, Чехия, в които добра оценка на здравето си дават от 60,0 до 70,0% от населението. В тази група половината от страните са новоприети в ЕС. В следващата група от три страни от 50,0 до 60,0 % от населението оценява своето здраве като добро. И трите страни – Естония, Унгария, Полша, са новоприєединили се. В последната група от четири страни три са новоприети, като едната от тях – Хърватска, е последната приета страна в ЕС. В тази група страни здравето на по-малко от половината от гражданите е добро.

Разликата в оценките между страните с най-висока и най-ниска оценка на здравето (Швеция – 81,1%, и Литва – 44,3%) се равнява на 36,8 процентни пункта. През периода 2008–2012 г. относителният дял на лицата, оценили като добро своето здраве, се е повишил средно за ЕС с 0,7 процентни пункта, а в България – с 4,4 процентни пункта. През 2008 г. здравето в ЕС е било добро според 67,6% от гражданите. В България през 2008 г. такава е била оценката на 62,2% от населението, т.е. с 5,4 процентни пункта по-ниско. През 2012 г. здравето средно на 68,3% от европейците е добро. В България добра оценка за здравето си дават 66,6%, т.е. разликата е само от 1,6 процентни пункта. Същевременно обаче

гражданите с добро здраве в България са с 14,5 процентни пункта по-малко от тези в Швеция.

Значителните разлики в оценките за добро здраве говорят за наличие на социална диференциация и стратификация между страните в областта на личното и общественото здраве. Очерталите се регионални различия между Прибалтийските страни и Португалия в сравнение с повечето от страните от ЕС насочва вниманието към въздействието на икономическите, социалните и психологическите фактори, действащи върху действителното състояние и оценките на хората за личното им и общественото здраве, както и за ролята на бедността, подходящата стратификация и по-специално доходите на домакинствата и разходите за здраве в различните децилни групи.

Разходи за здраве

А. Разходи за здраве на домакинствата и лицата

Личното и общественото здраве са детерминирани от социалните и икономическите възможности на лицата, домакинствата и държавите. Разходите за здраве на домакинствата са едно от най-сериозните пера в разходната част на бюджета им. Тези разходи са много слабо еластични и често имат императивен характер. Това обстоятелство едновременно е фактор и последица на подходящата стратификация и разслоение на обществото [8]. Ярکو изразените различия в разходите за здраве на домакинствата от различните децилни групи потвърждава подобна теза [9].

По данни на НСИ брутният паричен доход на домакинство през 2012 г. е бил 9617 лв. Подходното разслоение в страната обаче показва съществени различия в доходите и разходите между различните децилни групи. Брутният паричен доход на домакинствата от I децилна група е 6,1 пъти по-нисък от същия доход на X децилна група и почти три пъти по-нисък от общия брутен паричен доход (табл. 2).

При потребителския паричен разход на домакинствата тези разлики намаляват 3 пъти. За здраве при I децилна група паричният разход на домакинство е 4,8 пъти по-нисък на лице от този при X. Дистанцията в разходите на лице обаче се увеличава 6,6 пъти.

Всички посочени различия в разходите на домакинствата и лицата при най-бедните и най-богатите домакинства и лица се развиват в условията на много слаби промени в средните разходи за здравеопазване през периода 2010-2012 г. (табл. 3).

Таблица 2. Брутен паричен доход, потребителски паричен разход на домакинствата и лицата и потребителски разход за здравеопазване през 2012 г. в лева (по децилни групи)

Децилни групи	Брутен паричен доход на домакинство	Брутен паричен доход на лице	Потребителски паричен разход на домакинство		Потребителски паричен разход на лице	
			Общо	За здраве	Общо	За здраве
I	3330	1260	4555	187	1403	58
II	5139	1996	5147	313	1999	121
·	·	·	·	·	·	·
IX	14 064	6016	10 402	631	4450	270
X	20 259	9939	13 770	782	6755	383

Източник: Бюджети на домакинствата през 2012 г. по децилни групи, НСИ, 2012

Таблица 3. Разходи на домакинствата и лицата за здравеопазване през периода 2010-2012 г. в лева

Разходи (лв.)	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Среден разход на домакинствата за здравеопазване	447	479	501
От тях за лекарства и други фармацевтични продукти	365	387	381
Среден разход на лице за здравеопазване	181	181	187
От тях за лекарства и други фармацевтични продукти	148	148	161

Източник: НСИ – непубликувани данни 2010-2012 г.

Данните говорят за ясно изразена стагнация на разходите за здравеопазване и на лицата, и на домакинствата. За целия тригодишен период тези разходи нарастват едва с 54 лв., или средно с 18 лв. на година.

Яснота за реалните проблеми на домакинствата по отношение на реализацията на конституционното им право на здраве дава информацията за относителните дялове на разходите за здраве (табл. 4).

Резултатите от наблюденията на бюджетите на домакинствата, провеждани от НСИ показват, че докато при най-нискодоходната I група е налице нарастване на разходите за здраве с 0,8 процентни пункта за периода 2010 – 2012 г., то при най-високодоходната X група се регистрира намаление с 0,4 процентни пункта. Тези промени в съотношенията на разходите личат още по-ясно при средните разходи за лекарства и други фармацевтични продукти (табл. 5).

Таблица 4. Среден разход за здравеопазване при най-нискодоходните и най-високодоходните децилни групи (относителен дял от общия доход на съответната група) в %

Децилни групи	2010 г.		2011 г.		2012 г.	
	средно на		средно на		средно на	
	домакинство	лице	домакинство	лице	домакинство	лице
I	12,5	18,5	14,1	18,7	13,3	18,3
II	8,5	9,8	9,2	9,6	9,2	10,0
·	·	·	·	·	·	·
IX	3,6	3,4	3,7	3,3	3,4	3,3
X	2,4	2,2	2,5	2,0	2,3	2,0

Източник: Бюджети на домакинствата – НСИ 2010, 2011, 2012.

Таблица 5. Среден разход за лекарства и други фармацевтични продукти при най-нискодоходните и най-високодоходните децилни групи (относителен дял от общия разход на съответната група) в %

Децилни групи	2010 г.		2011 г.		2012 г.	
	средно на		средно на		средно на	
	домакинство	лице	домакинство	лице	домакинство	лице
I	10,2	14,8	10,8	15,3	13,3	13,9
II	7,0	8,0	7,0	7,9	9,3	7,6
·	·	·	·	·	·	·
IX	2,9	2,8	2,8	2,7	3,4	2,5
X	2,0	1,8	1,9	1,6	2,3	1,5

Източник: Бюджети на домакинствата – НСИ 2010, 2011, 2012.

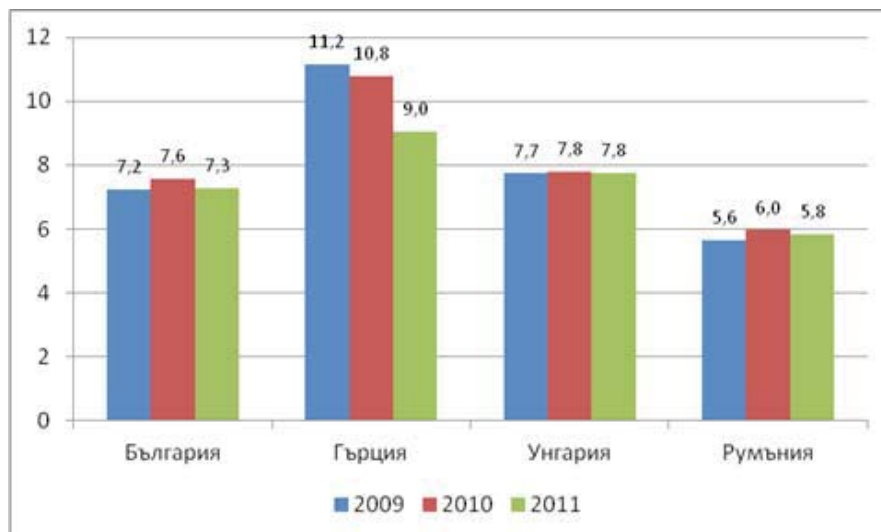
От таблицата може да бъде направено заключение, че увеличението на тежестта на разходите за лекарства се понася предимно от нискодоходните групи за сметка на намаляване на относителния дял на тези разходи при високодоходните групи. За периода 2010–2012 г. тези разходи са се увеличили при I децилна група с 3,7 процентни пункта, докато при X децилна група те са намалели с 0,5 процентни пункта.

Б. Публични разходи за здраве

Публичните разходи за здраве в рамките на системата на здравеопазване, изградена на осигурителен принцип, са индикатор за това доколко социалната политика се приближава или отдалечава от принципите на социалната пазарна икономика. Като абсолютни цифри размерът на тези разходи естествено зависи от икономическите възможности на всяка страна. Относителният дял на публичните разходи за здраве обаче

показва истинската същност и приоритети на управляващите. Богата информация за това дават оценките на СЗО за публичните разходи за здраве. Същевременно те разкриват възможности за сравнения между отделни страни. За целите на настоящия анализ са взети за сравнение държави, близки по макроикономически показатели, които същевременно поради по-слабо развитите си икономики бяха сериозно засегнати от разразилата се световна финансова и икономическа криза. Тези държави са България, Гърция, Унгария и Румъния.

Общите здравни разходи като процент от БВП са показател за това, доколко в разходната му структура са отразени реалните здравни потребности на населението на дадена страна от стоки и услуги, осигуряващи позитивно развитие на личното и обществено здраве. През периода 2009-2011 г. картината е, както следва (фиг. 2).



Източник: WHO-HFA-D. Посетено на 20.12.2013 г.

Фиг. 2. Общи здравни разходи като процент от БВП (оценка на СЗО)

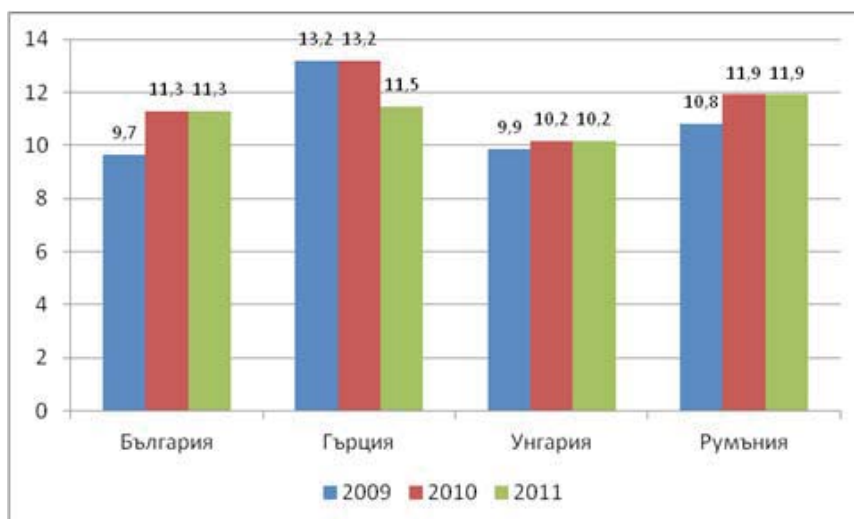
В България и Унгария общите здравни разходи като процент от БВП са по-ниски от тези в Гърция, но по-високи от подобните разходи в Румъния. И в двата случая разликата е с около 2 процентни пункта. Общо може да се каже, че данните на СЗО отчитат, че тези разходи в страните от ЕС-27 се движат в границите от 6-7% до 11-12%, като в по-голямата си част те гравитират около 7%.

Публичните здравни разходи като процент от общите държавни разходи в четирите държави през 2011 г. са почти еднакви, но докато през периода 2009-2011 г. в Гърция те намаляват с 1,7 процентни пункта, в останалите три държави те

се увеличават. Най-голямо е увеличението в България с 1,66 процентни пункта. С изключение на Гърция в трите останали страни е налице стагнация през 2010 и 2011 г.

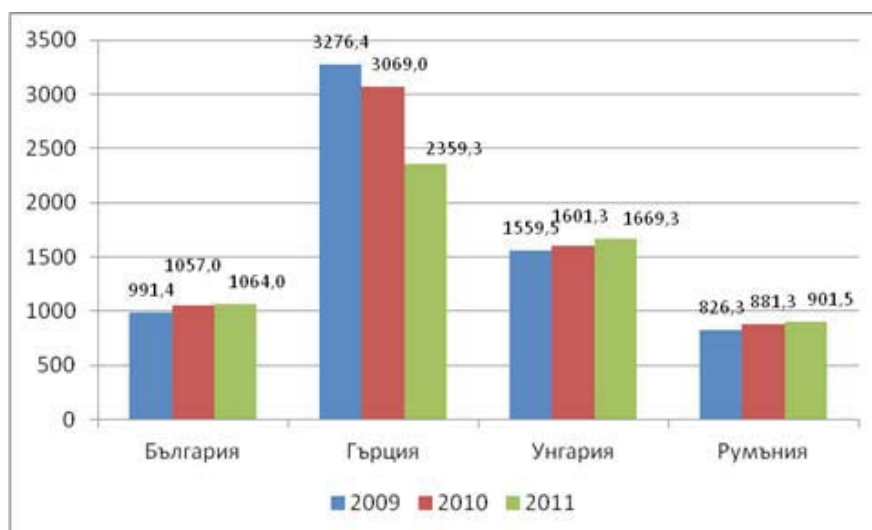
В преобладаващата част от страните членки в ЕС-27 посочените разходи надхвърлят с 1-2 процентни пункта разходите в посочените три страни.

Анализирани през призмата на общите здравни разходи, PPP \$ (паритетна покупателна способност, изразена в долари) на човек от населението, информацията на СЗО ясно показва сериозността на проблемите, свързани с финансирането на българското здравеопазване.



Източник: WHO-HFA-D. Посетено 20.12.2013

Фиг. 3. Публични здравни разходи като процент от общите държавни разходи (оценка на СЗО)



Източник: WHO-HFA-D. Посетено на 20.12.2013 г.

Фиг. 4. Общи здравни разходи PPP \$ на човек от населението (оценка на СЗО)

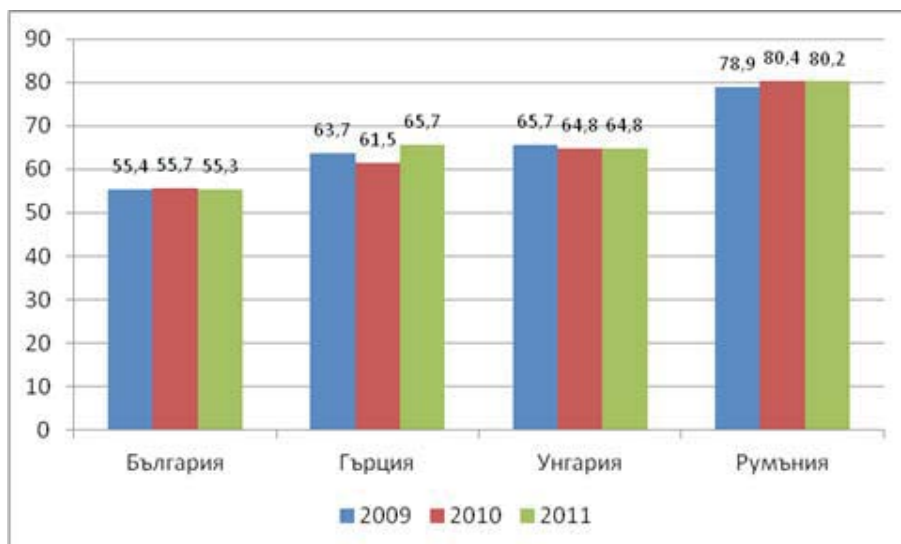
От четирите сравнявани страни само в Румъния стойностите на този показател са по-ниски. За трите години (2009-2011 г.) общите здравни разходи, PPP \$ на човек от населението у нас са се повишили с минималните 7 PPP \$ на човек. В редица страни на ЕС, като Германия, Финландия, Ирландия, Франция, Малта, Люксембург, този разход е в рамките на 3000-4000.

Неотзивчивостта на финансовата политика в България за повишаване на публичните здравни разходи се отразява най-демонстративно при разглеждането им като процент от общите здравни разходи (фиг. 5).

Посочените стойности са ярко доказателство за хроничното недофинансиране с публични

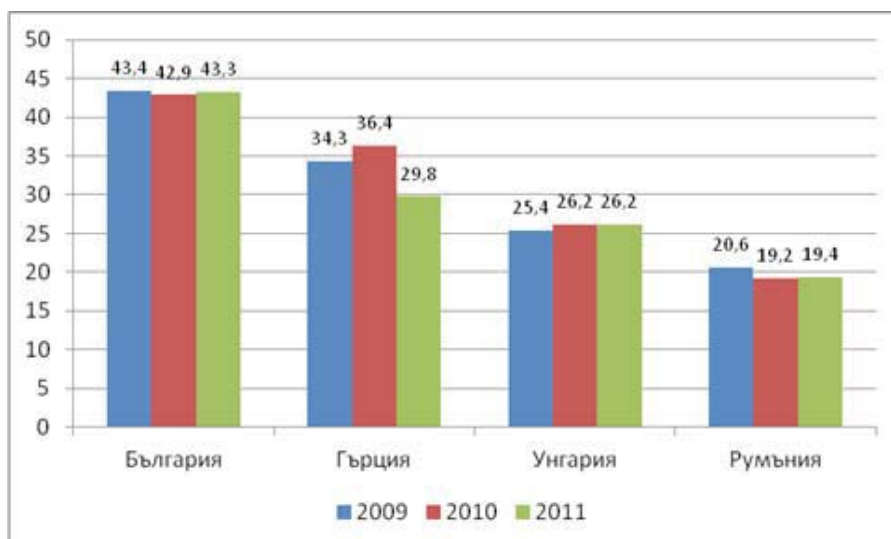
средства на здравеопазването в България. Информацията на СЗО показва, че в преобладаващата част от страните членки на ЕС относителният дял на този показател надхвърля 70% и дори 80%. България заема последното място не само в сравнение с останалите три страни в табл. 5, но и сред всички останали страни в ЕС-27.

Още по един показател България заема последното място в ЕС-27. Това са здравните разходи на домакинството „от джоба“ като процент от общите здравни разходи. При сравнението между избраните четири страни България няма конкуренция по стойностите на показателя. Нещо повече, тя няма конкуренция сред останалите 26 страни.



Източник: WHO-HFA-D. Посетено на 20.12.2013 г.

Фиг. 5. Публични здравни разходи като процент от общите здравни разходи (оценка на СЗО)



Източник: WHO-HFA-D. Посетено на 20.12.2013 г.

Фиг. 6. Здравни разходи на домакинствата „от джоба“ като процент от общите здравни разходи (оценка на СЗО)

ОБСЪЖДАНЕ

За гражданите на Европа основен приоритет е здравето, защото очакват дълъг живот в добро здраве, защита от болести и инциденти и подходящи здравни грижи. Именно поради това точната и подробна статистика на здравето играе ключова роля за вземането на решения, базирани на доказателства от националните и европейските власти и е първостепенно средство за мониторинг на здравната политика¹.

¹Commission Staff Working document on Investing in Health, SWD (2013) 43 final. Brussels, 20.02.2013

Програмата за обществено здраве на Европейския съюз предвижда, наред с другото, сравнение и мониторинг на публичните здравни системи на страните членки. Подобно мониториране служи като основа за разработване на съвместни насоки в областта на здравето (ЕЧН). Една от най-важните мерки в това направление е провеждането на преки репрезентативни изследвания, базирани на единна дефиниция и методология (EHIS, EU-SILC).

Съвременната дефиниция на СЗО (WHOQOL 1995) определя качеството на живот като „индивидуален начин на разбиране от индивида на

неговата житейска позиция в културен контекст и система от ценности, в които живее и по отношение на задачите, очакванията и стандартите, определени от социалния контекст“. При такъв подход терминът „качество на живот“ означава комплексен начин на оценяване от индивида на неговото физическо здраве, емоционално състояние, самостоятелност в живота и степен на независимост от обкръжението. Качеството на живот, обусловено от здравето, означава, че самата болест или увреждане (инвалидност) могат да бъдат негови детерминанти.

В тази дефиниция се подчертава значението на „стандартите, определени от социалния контекст“. От една страна, това могат да бъдат икономическите стандарти, притежаващи универсален характер и структуриращи дадено общество на различни по доход групи, с всички произтичащи от това последствия. От друга страна, социалният контекст, развитието на дадена страна, общоприетите оценъчни традиции и норми могат да окажат значимо въздействие върху самооценката на здравето.

Анализът на данните на SILC 2008-2012 г. показва, че от новоприсъединилите се към ЕС страни само Румъния се класира в първата половина (12-о място), според оценките за добро здраве. Разликата в оценките между България и Румъния се равнява на 3,7 процентни пункта, а България заема 16-о място. 74,8% от населението на южната ни съседка Гърция е оценило здравето си като добро и това ѝ отрежда 5-о място в своеобразната класация. Унгария заема 23-а позиция с добра оценка за здравето на 57,6% от населението си. През 2008 г. в тези четири страни здравето е било добро на 76,0% от гърците, на 69,3% от унгарците, на 62,2% от българите и на 53,7% от румънците. През петгодишния период 2008-2012 г. относителният дял на лицата, оценили здравето си като добро, се е повишил в България с 4,4 процентни пункта, в Унгария с 3,9 и в Румъния с 1. В Гърция се отчита намаление на доброто здраве с 1 процентен пункт.

Високата оценка на здравето, дадена в повечето европейски страни, вкл. и в България, несъмнено може да бъде подкрепена или оспорена от информация за това дали лицата имат дълготраен здравен проблем или заболяване. Данните на Евростат, 2012 г., сочат, че подобни проблеми декларират 31,2% от гражданите на ЕС. Най-висок е процентът на лицата с дълготрайни здравни проблеми във Финландия (45,4%) и Естония (44,7%). В 14 от страните членки подобни проблеми имат между 30,6% (Португалия) и 36,7%

(Дания) от населението. Най-малко са лицата с дълготрайни заболявания в България (17,9%), Румъния (20,3%), а в Гърция те са 22,3%.

Забелязва се логическо противоречие между високата положителна оценка на здравния статус на населението на Финландия и декларираното сериозно наличие на дълготрайни здравни проблеми. В Естония при малко повече от половината от населението (52,4%) здравето е добро, но с дълготрайни здравни проблеми е почти цялата останала половина.

В данните от SILC, 2012 г., негативната оценка на здравето дава възможност да се потърсят още някои връзки в механизмите за изграждане на оценките на здравния статус. В четири от страните между 15% и 20% от населението оценява здравето си като лошо. Това са Литва, Португалия, Естония и Унгария. С лошо здраве са и гражданите на Латвия (14,9%), Полша (14,7%), Словакия (12,6%), Словения (12,4%) и Чехия (12,4%). В България здравето на 11,2% от населението е лошо. В Румъния и Гърция като лошо оценяват здравето си съответно 9,6% и 9,3% от гражданите.

Информацията за доходите и разходите на домакинствата в различните децилни групи (табл. 2, 3, 4 и 5) показва, че възможностите им да задоволяват основните си жизнени потребности са свършено различни, като разликите са от порядъка на три до шест пъти. Тези различия са причина за формиране на социални групи, изключени от обществото, и на неравенства по отношение на здравето. Докладът за състоянието на здравеопазването в Европа 2012 г. на СЗО подчертава, че „неравенствата по отношение на здравето са или различия в достъпа до възможности за укрепване и поддържане на здравето и ползване на медико-санитарни услуги, или в разпределението на тежестта на заболяванията (включително заболяемост, инвалидност и смъртност)“. Освен към преодоляването на неравенствата докладът на СЗО е ориентиран и към ограничаване на несправедливостите по отношение на здравето, като подчертава, че те са предимно резултат на дефектни политики, водещи до социално несправедливи различия в условията на ежедневиен живот, в достъпа до властови ресурси и до участие в живота на обществото. Според посочения доклад „някои от различията в показателите на здравето освен от собствено биологични фактори във все по-голяма степен зависят и от социалните условия, които могат да бъдат подобрени“. Самооценката на здравния статус на гражданите е този показател, който отразява неравенствата и несправедливостта по отношение на здравето.

Вече бяха посочени тези неравенства и несправедливости по отношение на възможностите за задоволяване на здравните потребности на ниво домакинство и лице. Тези неравенства и несправедливости обаче се наблюдават и на ниво държава (фиг. 2, 3, 4, 5 и 6). Общите здравни разходи на България като процент от БВП са приблизително равни на тези в Унгария, Кипър, Чехия и редица други страни. Тази привидна еднаквост обаче не отразява абсолютния размер на тези разходи. В случая с България, именно този абсолютен размер на БВП поради ниската му стойност ограничава размера на средствата за социални разходи. Това от своя страна ограничава размера на публичните разходи за здраве. В „Годишния доклад за състоянието на здравето на гражданите през 2012 г.“ изрично се подчертава, че „разходите за здравеопазване намаляват като относителен дял в структурата на разходите по консолидирания държавен бюджет“ [1]. Според прогнозите „намаляването на общите разходи като процент от БВП ще продължи и през следващите години. Съотношението на публичните разходи за здраве като дял от БВП непрекъснато намалява, и то за сметка на частните разходи и разходите на домакинствата“ [7]. Политиката относно процента на публичните здравни разходи зависи от конкретните управляващи. В България те очевидно никога не са имали за приоритет здравеопазването. Това се подкрепя от факта, че здравните разходи „от джоба“ нямат аналог сред останалите страни от ЕС. Ниските доходи и несъобразно високите здравни разходи на населението имат като пряка последица високото ниво на бедност и вероятността от изпадане в екстремна бедност. Относителният дял на застрашените от екстремна бедност лица с лошо здраве в България се равнява на 40,6%. По-висок е този процент само в Латвия – 47,5%, и в Португалия – 41,5%. Застрашените от екстремна бедност лица с влошено здраве в Гърция са 22,8%, в Румъния – 17,4%, а в Унгария – 32,8% [10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ИЗВОДИ

1. Установяват се различия между резултатите от проведените в България от различни институции здравни интервюта и самооценки на лицата за собственото им здраве. Амплитудата между резултатите, макар и неголяма, най-вероятно е следствие на нееднакви методични подходи. Тези различия поставят под съмнение възможностите за изграждане на дълги динамични редове от получените резултати, което възпре-

пятства, от една страна, приложението им като показател за оценка на здравните политики, а от друга – сравнението с други страни.

2. Разработената и препоръчана от СЗО и Евростат методика SILC, както и провежданите ежегодни изследвания в страните членки по тази методика, преодоляват слабите страни на провежданите до 2000 г. изследвания на самооценката на здравето. Тези изследвания служат като средство за оценка на здравната политика на ЕС и на всяка от страните в него.

3. Лонгитудиналните проучвания на самооценката на здравето в България по методиката SILC през периода 2006-2012 г. показват непрекъснато повишаване на средния относителен дял на лицата, оценили здравето си като „много добро“ и „добро“ – от 60,5% през 2006 г. на 66,6% през 2012 г. През периода е регистрирано намаление на процента на оценилите здравето си като „много лошо“ и „лошо“ от 18,2 % (2006 г.) на 11,9% (2012 г.)

4. Налице са изразени различия в оценката на здравето при лицата от първия квинтил на еквивалентния доход, в сравнение със средните оценки на всички изследвани лица. През наблюдавания период се регистрира стагнация на „много доброто“ и „добро“ здраве на 53,4%. С 5,3 процентни пункта намалява относителният дял на лицата с много лошо и лошо здраве – от 25% през 2006 г. на 19,7% през 2012 г.

5. Задръжането на развитието на добро здраве при лицата от първия квинтил и по-забавеният темп на намаление на тези с лошо здраве в сравнение със средните стойности при всички изследвани лица е доказателство за съществуването на неравенства и несправедливости по отношение на здравето.

6. Установяват се изразени различия в брутния паричен доход и паричния разход за здраве между домакинствата и лицата от най-нискодходните и най-високодоходните децилни групи. Тези различия са реално съществуваща бариера за осигуряване на достъп до здравни грижи, признак на дълбока подоходна диференциация, неравенство и несправедливост по отношение на здравето на значителна част от населението.

7. По оценки на СЗО в България публичните здравни разходи като процент от общите здравни разходи, в сравнение с други близки по макроикономически показатели страни, са най-ниски. Демонстративно ниски са общите здравни разходи PPP \$ на човек от населението и публичните здравни разходи като процент от общите здравни разходи. В същото време здравните разходи на

домакинствата „от джоба“ са най-високите в ЕС. Хроничното недофинансиране на здравеопазването е доказателство за неравнопоставеност и несправедливост на държавната финансова здравна политика.

8. Паралелно протичащите процеси на увеличение на процента на лицата със самооценка за лошо, е признак за устойчивост на здравната система и адекватното ѝ функциониране, независимо и въпреки недофинансирането. Вероятна причина за това е компенсацията на ниските публични разходи с най-високите разходи „от джоба“ в Европа за тези, които могат да си го позволят.

Библиография

1. Андреева, Т. Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия през 2012 г. С., 2012.
2. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012 – курс на благополучие. Социальные детерминанты и неравенства в отношении здоровья, ВОЗ, Женева, 2012, 52-62.
3. Давидов, Б. Измерване на здравето. Теории, практики и дискусии. С., Марин Дринов, 2011.
4. Жабленски, А. Здравеопазване. – В: Социологическа структура на българското общество, ред. Ж. Ошавков, С., БАН, 1976, 176-201.

5. НСИ. Бюджети на домакинствата в Република България. С., НСИ, 2010, 2011, 2012 г.
6. Проданов, В. Етиката и ценността на човешкия живот. С. Народна младеж, 1986, 173.
7. Салчев, П. Тема на фокус: Политики в здравеопазването – икономически анализ и оценки. – В: Годишен доклад 2013 г. Икономическо развитие и политики в България: оценки и очаквания. С., ГорексПрес, 2013, 125-155.
8. Тилкиджиев, Н. Средна класа и социална стратификация. С., ЛИК, 2002.
9. Тонева, З. Здравен статус на населението. В: Населението на България в началото на XXI век. С., Марин Дринов, 2011, 240-275 и 310-338.
10. Bradshaw, J. et E. Mayhew. The Measurement of Extreme Poverty, Second draft, Final Report, The University of York, Social Policy Research: SILC 2007 data.
11. ec.europa.eu/eurostat/product...hlth_silc_01
12. European Social Statistics, 2011, 72-75.
13. Health and Health Care in 2011, Central Statistical Office Warsaw, 2012.
14. WHO, Health interview Surveys. Eds. A. Bruin, H. S. J. Picare, A. Nossikov. WHO regional Office for Europe, Copenhagen, WHO Regional Publication, European Series № 8, 2000.
15. www.asa.bg.org
16. www.eurohex.eu/pdf/.../France_Issue%205.pdf (SILC 2008, France: SILC data).
17. www.europeansocialsurvey.org (European Social Survey).
18. www.euro.who.int/.../databases/european-health-f... WHO-HFA-D

✉ Адрес за кореспонденция:
pporivanov@abv.bg