

Неравенства в здравеопазването – проблеми в Европейския съюз и България

Д-р Владимир Гончев, дм

Resume

At the beginning of the 21st century, all European countries face significant inequalities in health within their populations. People with lower levels of education, lower occupational class or lower income tend to die at a younger age and a higher prevalence of most types of health problems. Health inequalities are defined by the U.S. Administration organization of health resources and services as "dependent population differences in disease, health outcomes and consequences or access to health care."

Key words: *health inequalities, health care*

Въведение

Неравенството в здравеопазването или още *здравни неравновесия* са неравенства в достъпа до здравната система, до адекватна грижа за здравето и цялостни пропуски в качеството на здравната грижа поради етнически, расови, културни, свързани с възраст, пол и със социоекономическия статут. Исторически данни сочат че неравнопоставеността в здравеопазването са "открити" в 19-ти век и че социално-икономическото неравнопоставеност в здравеопазването не са ново явление. Счита се че преди това неравнопоставеността в здравеопазването е просто непризната поради липса на информация. През 19 век големи фигури в общественото здраве, като Villermé във Франция, Chadwick в Англия, Вирхов в Германия са посветили голяма част от своята научна и обществена работа на този въпрос. Съвременното разбиране за социалната неравнопоставеност в здравеопазването има две исторически значителни предпоставки[8]. Първата се отнася до политическите и икономическите права на индивида – исторически правно заявени по време на френската и американската революция. Втората предпоставка е базирана на идеите на Просвещението за задълженията на обществото към всички свои членове, а не само към привилегированите.

Изложение

В многобройните проучвания на неравенствата в областта на здравеопазването най-често се изследват в рамките на следните категории:

1. Неравенството между най-бедните и най-богатите страни в света;
2. Неравенства в рамките на Европа – между Западна и Източна Европа;
3. Неравенства вътре в страните – между различни социални слоеве и подгрупи[8].

Неравнопоставеността в здравеопазването засяга не само най-бедните членове на общество, но и целия обществен спектър. Наблюдава се обща тенденция в обществата – здравето следва социалния градиент: ниско социално-икономическо положение, по-лошо здраве[3]. Има нагледни доказателства за големи здравни различия между най-богатите и най-бедните страни в света. Очакваната продължителност на живота се взема за мярка и варира от 34 години в Сиера Леоне до 81.9 години в Япония [12]. Неравенствата в здравеопазването са много ярко показано чрез сравняване страните от Западна с Централна и Източна Европа (СЦИЕ)[4]. Изследванията в САЩ например документират неравенства по отношение на малцинства като афроамериканците, етническите американци (по произход индианци), азиатските американци и латиноамериканците. Като са сравнявани с белите американци тези малцинствени групи са с по-често

разпространение на хронични заболявания, по-висока смъртност и по-слаби резултати в подобряване на здравето[12].

Различаваме някои общи аспекти на проблема.

1. Етнически и расови неравенства
2. Неравенства дължащи се на пола
3. Неравенства на достъп
4. Неравенства в качеството на здравното обслужване

Някои аспекти на проблема в страните на ЕС

Неравнопоставеността в здравеопазването са разликите между отделните групи от населението в широка гама от фактори, които оказват влияние върху здравето. Те включват: условията на живот; свързани със здравното поведение; образование, професия и доходи; здравеопазване, профилактика на болестите и промоция на здравето, услуги, както и обществените политики, влияещи на количеството, качеството и разпространението на тези фактори. Неравнопоставеността в здравеопазването започва от раждането и се запазва в по-напреднала възраст. Неравенствата по отношение на достъпа до образование, трудова заетост и здравеопазване, както и тези на основата на пол и раса могат да окажат критично влияние върху здравословното състояние на хората през целия им живот. Бедността се съчетава с други фактори за уязвимост като детска или напреднала възраст, увреждане или малцинствен произход и допълнително увеличава рисковете за здравето.

Разликите в здравеопазването са свързани с редица социално-икономически фактори. Икономическите условия могат да повлияят върху редица аспекти на условията на живот, които могат да повлияят върху здравето. В малко райони на ЕС все още липсват основни удобства като адекватно водоснабдяване и канализация. Културни фактори, които влияят върху начина на живот и поведение, здраве също се различават значително между регионите и групи от населението. В много региони, в т.ч. в някои от новите държави-членки се извършват промени за осигуряване на добър достъп до така необходимите здравни услуги за населението си.

Гражданите в ЕС живеят средно по-дълъг и здравословен живот в сравнение от предишните поколения. Въпреки това, ЕС е изправен пред сериозно предизвикателство. Съществуват значителни неравновесия в здравеопазването между ЕС и другите страни, както и между държавите-членки на ЕС. Налице са индикации, че те могат да се разрастват. Увеличаване на безработицата и несигурността, причинена от текущата икономическа криза усложняват допълнително ситуацията.

Проблемът за неравенствата в здравеопазването е обект на проучване през 2012г сред неправителствените организации на страните членки на ЕС, резултатите на които са оповестени на конференция в България. Проучването сред лидерите на пациентските организации се реализира, за да постави и оцени въздействието на темата за неравенствата в здравеопазването именно сред пациентските организации от новите държави членки на ЕС и трите страни-кандидатки. Целта на проучването е да се види гледната точка на пациентите и техните близки за промените, които са настъпили в здравната система в тяхната страна след приемането им в ЕС, ако е имало такива[13].

Резултатите от проучването показват редица проблеми:

74% от анкетираните са отговорили, че: „Вследствие на икономическата криза, Правителството е намалило бюджета за здравеопазване.”

68% от анкетираните са отговорили, че: „Вследствие на икономическата криза, в моята страна се увеличи доплащането за лечение от страна на пациентите.”

56% от анкетираните са отговорили утвърдително на въпроса: „Вследствие на икономическата криза, в моята страна броят на новите лекарства, които навлизат на пазара, намалява.”

49% от анкетираните смятат, че времето за изчакване на лечение (с лекарства, здравни продукти и услуги) се е влошило след присъединяването на тяхната страна в ЕС.

97% от анкетираните са отбелязали, че осигуряването на устойчиво финансиране на системата на здравеопазването е свързано с достъпа и качеството, като това трябва спешно да бъде поставено в дневния ред на тяхната страна.

93% от анкетираните са отговорили, че намаляването на времето за изчакване на лечение (с лекарства, здравни продукти и услуги) е свързано с достъпа и качеството, което трябва да бъде поставено в дневния ред на тяхната страна[12].

Някои аспекти на проблема в България

В края на 20-тия и началото на настоящия век в националната система за предоставяне на здравни и медицински грижи настъпиха съществени промени. Бюджетното историческо финансиране на медицинското обслужване беше заменено с програмно финансиране и заплащане на извършена дейност. Това беше съпроводено с реорганизация на медицинските заведения за извънболнични и болнични услуги. Създадена бе и нова финансираща институция, работеща на принципа на солидарното обществено осигуряване, което да заплаща медицинските услуги за осигурените лица. Първичната медицинска помощ и голяма част от специализираните извънболнични дейности се поеха от индивидуални или групови лекарски практики, повечето регистрирани като юридически лица. Тези промени създадоха условия за конкуренция между лечебните заведения и големи възможности за насочване на капиталови инвестиции към системата на здравеопазването. Пациентите получиха възможност да избират свободно лечебните заведения, в които да бъдат обслужени. Лекарите от своя страна имат личен интерес да работят повече и по-качествено за да привличат и задържат пациентите. В резултат на тези промени близо 70% от извънболничните медицински услуги и около 10% от болничните се извършват в лечебни заведения с частна или публично-частна собственост. Но законодателните промени са само рамката, в която се осъществяват процесите в здравеопазването. Социално-икономическите детерминанти на здравето имат изключително значение.

Влияние на икономическия растеж върху здравето

Ниските темпове на икономическо развитие през годините на преход доведоха до влошаване на здравния статус на населението, тъй като хората с минимални доходи:

- не разполагат с необходимите средства за закупуване на качествена храна и здравни услуги, а държавата не може да осигури съответните финансови ресурси, за да отговори на нарастващите здравни потребности;
- тези, които живеят в отдалечени райони, имат ограничен достъп до лечебни заведения поради невъзможността да си позволят допълнителни разходи за транспорт и при тях опасността от трайно увреждане на здравето е по-голяма. Като цяло, тези хора имат по-лош здравен статус в сравнение с останалите. Това води до задълбочаване на социално-икономическото неравенство по отношение на здравето;
- имат по-ниско образование, което е важна детерминанта на здравето – ниска здравна култура, слаби знания за рисковите фактори, водене на нездравословен начин на живот;
- живеят в лоши санитарно-хигиенни условия, забелязва се увеличаване на използваемостта на твърдото гориво, особено в малките населени места, където няма достъп до централно отопление – все рискови фактори за разпространение на заболявания.

- класически пример за влиянието, което темпове на икономически растеж оказват върху демографското развитие на населението е състоянието на репродуктивното здраве. В годините на преход се наблюдава намаляване на броя на ражданията, което е една от причините за демографския срив у нас. Отчита се увеличаване на абортите по желание поради икономически причини
- недостатъчно публично финансиране, което представлява основна бариера и на практика не може да се осигури добър достъп на всеки до необходимата медицинска помощ, както и да се отговори на здравните потребности на населението[2].

Продължава да се отчита недобра координация между първичната помощ и специализираната извънболнична и болнична помощ, с което е затруднена приемствеността в наблюдаването и лечението на болните. Системата на регулативните стандарти за разпределение на направленията за консултация със специалисти ограничава достъпа и своевременността на прегледите при тях. Недостатъчен е обемът на профилактичните и промотивни дейности на ОПЛ и липсва специфичен инструментариум в НРД за оценка на ефективността на тези дейности[1].

Запазват се изразените териториални различия по отношение на нивата на всички наблюдавани показатели за СИМП, като осигуреността със специалисти е по-неравномерна в сравнение с осигуреността с ОПЛ (в някои области не са сключени договори по инфекциозни болести, клинична хематология, ревматология и др.). Едновременната ангажираност на голяма част от изпълнителите на извънболнична специализирана медицинска помощ и в болничната помощ и липсата на система за осигуряване и подобряване качеството на услугите, извършвани от извънболничните специалисти, оказва негативно влияние върху СИМП. Въпреки наблюдаваната свръхосигуреност със специалисти, извънболничната помощ, като цяло, не изпълнява отредената ѝ роля на "филтър" (хоспитализациите се увеличават вместо да намаляват). Запазва се високата концентрация на лекари, изпълняващи МДД в центровете при медицински университети, което затруднява достъпа на диспансеризираните лица до заплатени от НЗОК изследвания и снижава контрола над хроничните заболявания в другите области [1].

Реалните условия на работа показват нецелесъобразността на разделянето на лечебните заведения за първична и специализирана дентална помощ. Продължава тенденцията за недостиг на стоматолози - специалисти, желаещи да сключат договор с НЗОК в определени региони на страната, обуславящо регионални диспропорции в потреблението на дентална помощ от ЗЗОЛ и ограничавачи достъпа до този вид помощ. Осигурените лица се обръщат за профилактичен преглед само при необходимост от последващо лечение. Средно за страната само 28.5% от подлежащото население от 2 до 18 г. и 23.5% от населението над 18 г. е преминало на профилактичен стоматологичен преглед.

Заклучение

Неравнопоставеността в здравеопазването не е просто въпрос на шанс, а е силно повлияни от целенасочените действия на хората, правителства, заинтересовани страни и общности и те не са неизбежни. Действията за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването означава справяне с факторите, които въздействат еднакво върху здравето на населението по начин, който може да бъде избегнат и може да бъде преодолян чрез публична политика. В резултат на това хората с по-нисък социално-икономически позиции не само живеят по-кратко, но и прекарват по-голям брой години в лошо здравословно състояние. През последното десетилетие, бе отбелязан голям напредък в разкриването на детерминанти на неравенствата в здравето. Редица изследвания показваха, че неравенствата в здравето се дължат от една страна на директното влияние на лош социално-икономически статус. От друга страна - ниски в социално-икономическо отношение

групи са подложени на висока експозиция на широк спектър от неблагоприятни материални, психосоциални и поведенчески рискови фактори. В България въпросът за неравенствата е подценяван в теоретичен и практичен аспект. Идентифициране на неравенствата на национално и регионално ниво би допринесло за адекватни здравно-политически решения, а поставянето им като теми в образователните програми на здравните професионалисти- за персонализирани и справедливи грижи за пациентите.

Литература

1. Петров, М., Анализ – сектор здравеопазване, Оперативна програма на чавешките ресурси, 12. 2012г.
2. Световна банка. 2013 г. Бележки по политиката за реформа на здравния сектор България, 2012 г.
3. B. Smedley, A. Stith, and A. Nelson, "Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care," Institute of Medicine (2002).
4. Bobak M., Marmot M. East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *BMJ* 1996;312:421-425.
5. Brach, C. & Fraser, I. (2000). Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual Model. *Medical Care Research and Review*, 2008, 57, 181-217. Retrieved March 31.
6. Blane D. The life course, the social gradient and health. In: Marmot M., Wilkinson R., eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
7. David S. Gochman, *Handbook of health behavior research*, Springer, Volume 1, 1997, стр. 145
8. Feschieva N., Kerekovska A. Inequalities in the health: Dose the old problem have new dimensions? *Trakia Journal of Sciences*, 2005, Vol. 3, No. 4, pp 64-68,
9. Goldberg, J., Hayes, W., and Huntley, J. "Understanding Health Disparities." Health Policy Institute of Ohio (November 2004)
10. WHO, *The World Health Report 2004: changing history*. Geneva: World Health Organisation, 2004.
11. U.S. Department of Health and Human Services (HHS), *Healthy People 2010: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*, conference ed. in two vols (Washington, D.C., January 2000)
12. www.nursing-bg.com
13. www.npo.bg
14. <http://fra.europa.eu/en/project/2011/multiple-discrimination-healthcare>

За контакти:

Д-р Владимир Христов Гончев, ДМ
Хасково 6300, ДКЦ Свети Георги
gonchev@gmail.com

Докладът е рецензиран.