



Университет за национално и световно стопанство  
Факултет „Управление и администрация“  
Катедра „Публична администрация“



БОЯН ИГНАТОВ ИГНАТОВ

## **НЕРАВЕНСТВА В ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ СТРАНИ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен  
„Доктор“ по научна специалност „Икономика и управление извън сферата  
на материалното производство (Публична администрация)“

Научен ръководител:

проф. д-р Евгения Иванова Делчева

София, 2021 г.

Дисертационният труд е в обем от 204 страници и се състои от увод, изложение в три глави, заключение, използвана литература и приложения. В основния текст и приложенията са включени 52 таблици и 29 фигури. Списъкът с използвана литература съдържа 178 източника.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от катедра „Публична администрация“ при УНСС на редовно заседание на катедрения съвет, проведено на 28.06.2021 г. Авторът на дисертационния труд е задочен докторант към катедрата.

Състав на научното жури:

1. проф. д-р Евгения Иванова Делчева
2. доц. д-р Александър Иванов Вълков
3. проф. д-р Петко Ненков Салчев
4. проф. д-р Антония Славчева Димова - Йорданова
5. проф. д-р Тихомира Златанова Златанова

Защитата на дисертационния труд ще се състои на 28.09.2021 г. от 13.00 ч. в зала „Научни съвети“ на УНСС на открито заседание на научното жури. Материалите по защитата са на разположение на всички интересувачи се лица в сектор „Научни съвети и конкурси“ на дирекция „Наука“ при УНСС и на интернет страница [www.unwe.bg](http://www.unwe.bg).

# **I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

## ***1. Актуалност и значимост на проблема за здравните неравенства***

Човешкото здраве е ресурс, който е толкова важен за живота ни, колкото са водата, храната и енергията. Здравето е в основата на икономиката на съвременните общества. То осигурява заетост на мнозина в сектора на здравеопазването, който е и важен двигател за икономически растеж, представлявайки значителна част от общите разходи, изчислени като процент от брутния вътрешен продукт (БВП) в повечето страни. Въпреки че е необходима стабилна здравна система, която да гарантира здравето на обществото, Актуалността на проблема за здравните неравенства се потвърждава от величината на неговото разпространение. Практически, здравни неравенства под някаква форма съществуват в много страни по света, а борбата с тях е приоритет и предизвикателство пред здравните им системи. В днешно време хората живеят по-дълго и по-качествено от когато и да било в човешката история, но въпреки това всеки ден 16 000 деца умират преди да навършат петгодишна възраст. По данни от Световната банка през последните три десетилетия световното богатство е нарастнало значително, но неравенствата се запазват. Така например, богатството на човек от населението в страните от Организация за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) с високи доходи е 52 пъти по-голямо, отколкото в страните от ОИСР с ниски доходи. Живеем в години, когато медицинската наука и технологии са на върхови нива, а всеки ден 800 жени по света умират, заради усложнения по време на бременност и раждане.

Значимостта на проблема може да бъде оценена чрез разглеждането му в два различни аспекта. Първият от тях е здравните различия между хората в различните държави, както и между гражданите в рамките на една и съща държава. Днес, едно дете родено в Сиера Леоне може да очаква, че ще доживее едва до 50 годишна възраст, докато дете, родено в Япония ще доживее средно до 84 години . Развиващите се страни са отговорни за 99% от майчината смъртност по света. При жените в Чад, например, риска за майчина смърт е 1:16, докато в Швеция този риск е едва 1:10 000. В САЩ, афроамериканците представляват само 13% от общото население, но сред тях се откриват 50% от всички нововъзникнали случаи на синдрома на придобитата имунна недостатъчност (СПИН), нещо което не може да бъде обяснено с биологични или генетични причини. В Глазгоу, Шотландия, продължителността на живота при мъжете варира от 66.2 години в квартали като Ruchill и Possilpark до 81.7 години в Cathcart и Simshill. Вторият аспект е свързан с финансовите измерения на здравните неравенства.

Според изчисления на Европейския парламент загубите, свързани с тях достигат размер от 1.4% от БВП на ЕС, което е съизмеримо, например, с общия бюджет за отбрана на съюза (1.6% от БВП). Те се дължат на загуби от намалена производителност и данъчни постъпления, както и от по-високите социални плащания и разходи за здравеопазване. Освен това, неравенствата, под каквато и да е форма, забавят икономическото развитие. Близо 1 000 000 000 души по света, което е около 25% от градското население, живеят в бедни квартали, а вероятността за постигане на целта за устойчиво развитие при добро здраве е тясно свързана с постигането на целите за устойчиво развиващи се градове и общности. Всички тези факти недвусмислено показват значимостта на проблема и нуждата от неговото решаване, дори и частично.

## ***2. Степен на изследваност на проблема в научната литература***

Доказателство за актуалността и значимостта на проблема за здравните неравенства намираме и в нестихващия научен интерес по темата. Тя е широко застъпена в научните трудове на голям брой автори, основно в Западна Европа и САЩ. В множество научни публикации се разглеждат проблеми свързани със справедливостта и равенството между хората, генезиса и причините за здравните неравенства, тяхната класификация, начини за измерването и намаляването им. Внимание заслужават трудовете на автори, като А. Culyer и А. Wagstaff, занимаващи се с проблемите за неравенствата и несправедливостта в здравеопазването, J. Sundquist, който ни показва шведския опит с расовите и етнически неравенства, Е. Regidor, със своите предложения за начините за измерване на здравните неравенства, а така също и трудовете на Е. Dahl, М. Whitehead, G. Dahlgren и G. Mooney.

Българският научен принос в изследването на проблема също е значителен. Той заема централно място в изследователската работа на М. Рохова, която освен защитената докторска дисертация има и голям брой публикации, засягащи неравенствата в здравеопазването в България. Н. Велева разглежда проблема за здравните неравенства в България през призмата на човешките ресурси и по-точно от гледна точка на недостига на медицински сестри. З. Иванова се фокусира върху проблема за миграцията и дисбалансите в осигуреността с медицински специалисти. Изучаването в по-голяма пълнота на здравните неравенства в България е съществено подпомогнато от научните разработки на Е. Делчева, А. Димова, К. Докова, Н. Ушева и А. Керековска. Настоящият дисертационен труд прави опит да допълни и разшири досегашните знания по въпроса, както и да предложи някои нови идеи и гледни точки за по-нататъшното му изучаване.

### ***3. Обект и предмет на изследването***

Обект на настоящото изследване са здравните системи на европейските страни, разглеждани като модели на финансиране и важен източник на подобрения в здравето на хората.

Предмет на изследване са различните видове неравенства в здравните системи на европейските страни, с фокус върху неравенствата в осигуреността на здравните системи с финансови ресурси и неравенствата в основните показатели за здравословно състояние на населението.

### ***4. Основна теза и работни хипотези***

Основната изследователска теза е, че съществуват значителни неравенства между здравните системи на европейските страни. Те се задълбочават във времето и поставят голяма част от европейските граждани, включително тези в България, в неблагоприятна позиция по отношение на тяхното здраве. Въпреки това, могат да се изведат фокусирани публични политики за тяхното намаляване.

Доказването на основната теза се извършва посредством потвърждаването на следните работни хипотези:

**PX1:** Здравните неравенства са комплексно явление, причините за което са много и разнообразни. Те се срещат под различни форми в много страни по света, включително и в България, а тяхното задълбочено познаване, класифициране и коректно измерване значително би улеснило изучаването и намаляването им.

**PX2:** Финансирането на здравните системи в Европа се различава съществено между отделните държави. Това важи, както по отношение на публичните разходи, чиито размер в значителна степен показва отношението на всяка страна към здравето на собствените и граждани, така и по отношение на частните разходи на всеки индивид.

**PX3:** Съществуват съществени различия в основните показатели за здравословното състояние на хората, живеещи в различните европейски страни. Те не се дължат само на фактори като личен избор, генетични и унаследени фактори, а са резултат и от състоянието на здравната система в съответната страна.

**PX4:** България е от държавите в Европа, в които здравеопазването не е приоритет. Това е видно от ниското ниво на публичните разходи за здравеопазване, високите частни разходи на гражданите и от влошените здравни показатели на населението.

**PX5:** На база на изследването на добри европейски практики, могат да се изведат по-ефективни политики за намаляване на различията в здравния сектор и скъсяване на дистанцията между България и по-напредналите страни от ЕС.

### ***5. Цел на изследването***

Целта на настоящия дисертационния труд е да се разкрие връзката между моделите на финансиране на здравните системи и различията в основните здравни показатели при населението в отделните страни. По този начин ще се търсят възможности за по-ефективното планиране и разпределение на ресурсите в тези страни, а също и намаляване на неравенствата в здравето на гражданите, живеещи в тях. Ще бъдат предложени и мерки за намаляване на изоставането на България от по-напредналите европейски страни.

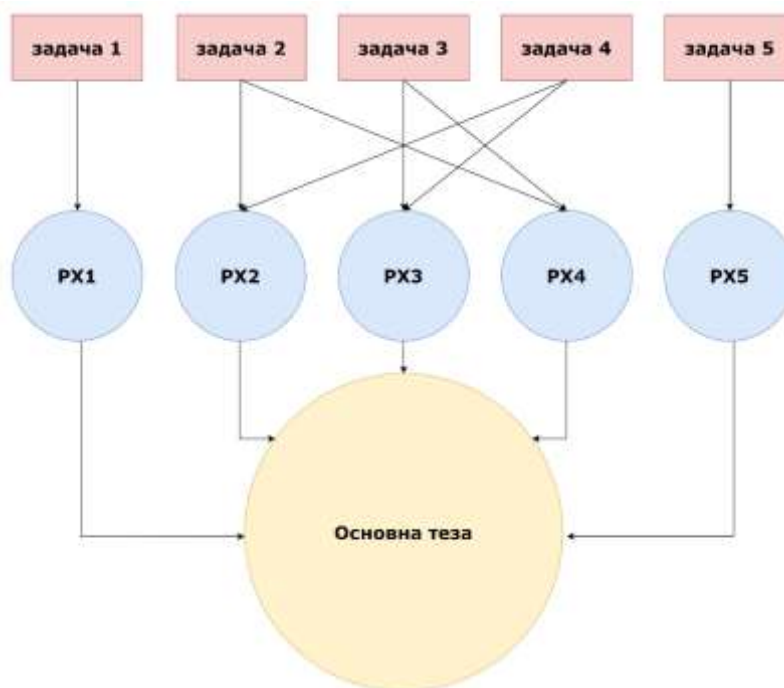
### ***6. Задачи на изследването***

Доказването на основната теза и потвърждаването на работните хипотези се извършва чрез решаването на следните задачи:

- 1.** изясняване на същността на здравните неравенства, тяхната класификация и начини на измерване, през призмата на развитието на идеите за равенство и справедливост;
- 2.** доказване на наличието на статистически значима разлика между равнището на публичните и частни разходи за здравеопазване в европейски страни;
- 3.** доказване на наличието на статистически значима разлика между основни показатели за здравословното състояние на населението в европейските страни;
- 4.** доказване на наличието на връзка и зависимост между финансирането на здравните системи и здравните показатели;
- 5.** формулиране на препоръки за фокусирани публични политики с цел намаляване на здравните неравенства.

### ***7. Методология на изследването***

Плана на дисертационното изследване е показан схематично на фиг. 1. Той показва връзката между задачите на изследването, потвърждаването на работните хипотези и доказването на основната теза.

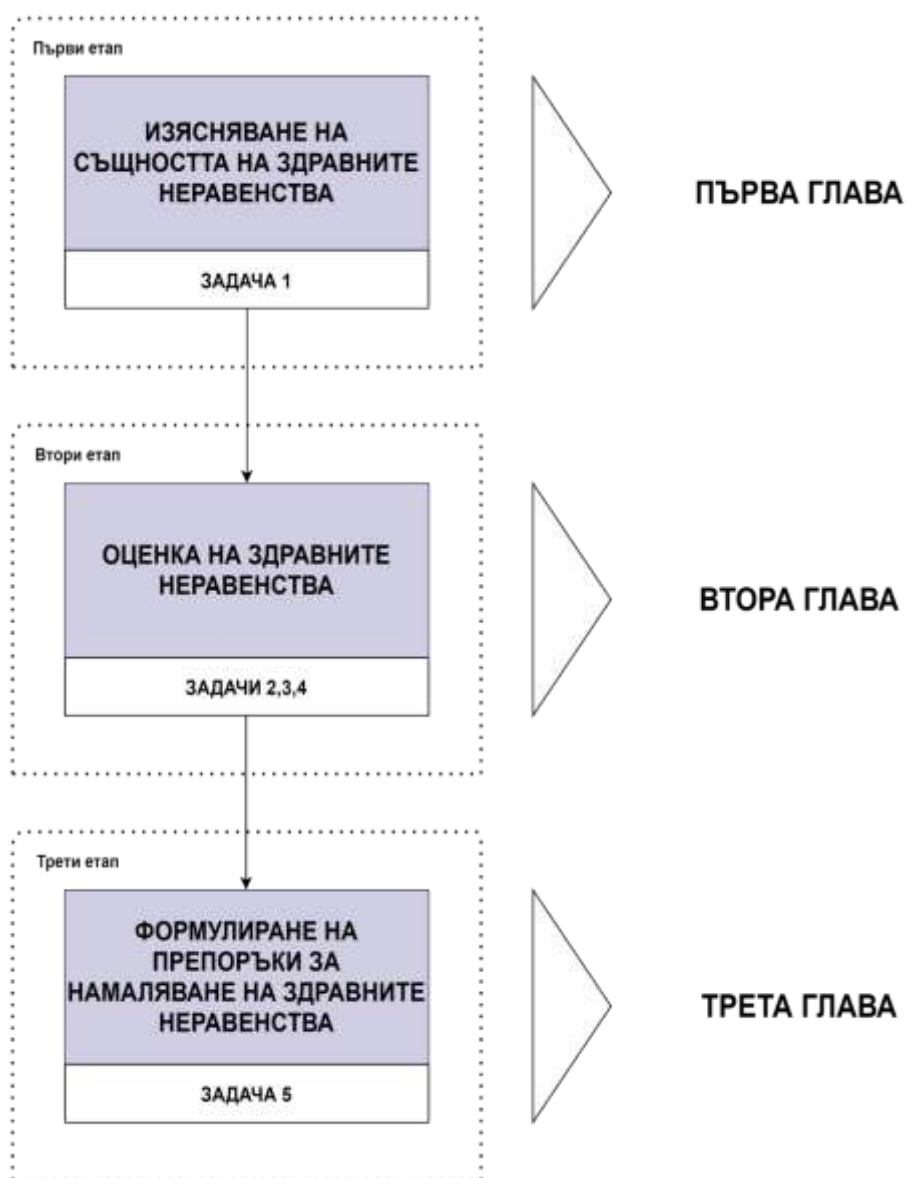


*Фиг. 1 Схематичен план на дисертационното изследване*

Изследването на здравните неравенства между европейските страни се извършва на три последователни етапа, следващи логично един след друг. Тази последователност е графично илюстрирана на фиг. 2.

В глава 1 се изяснява природата на здравните неравенства, причините за тяхното възникване и класификацията им. Това се извършва посредством подробен преглед на еволюцията на идеите за справедливост и равенство между хората и критичен прочит на съществуващите към момента дефиниции и разбирания за тях. Показани са някои от основните известни методи за измерване на здравните неравенства и тяхното приложение. На втория етап от дисертационното изследване се анализира обезпечеността на здравните системи на европейските страни с финансови ресурси – публични и частни, както и здравословното състояние на населението в тях. Това се прави чрез използване на набор от финансови и здравни индикатори, налични в базите данни на Световната банка и Световната здравна организация (СЗО). Като част от този етап се извършва и групиране на европейските страни, в зависимост от модела на финансиране във всяка от тях, съответно на такива, отделящи повече и такива, отделящи по-малко публични средства за здравеопазване. Прави се и опит за доказване на връзка и зависимост между финансирането на здравните системи и здравословното състояние на населението в тях (за всяка от двете групи) и измерването на силата на тази връзка. В

последния, трети етап, се анализира дейността на европейските институции за намаляване на здравните неравенства и се предлагат мерки за намаляването им. Разглеждат се и възможностите, в частност, за догонване от България на по-напредналите страни и препоръки за промяна в структурата на публичните ѝ разходи за здравеопазване, която ще доведе до подобряване на здравословното състояние на българското население и премахването на някои дисбаланси във функционирането на здравната система като цяло. Статистическата обработка се извършва с помощта на специализиран софтуер за анализ на бази данни SPSS (Statistical package for the social sciences).



*Фиг. 2* Логика на дисертационното изследване



## **8. Методи на изследването**

За целите на дисертационния труд са използвани следните основни аналитични методи:

- документален анализ – използва се в глава първа, при решаване на задачите за изследване на възникването и развитието на идеите за равенство и справедливост и изясняване на същността на здравните неравенства, тяхната класификация и измерване, в глава втора, при анализа на публичните и частни разходи за здравеопазване в отделните европейски страни, и анализа на здравните показатели на населението в тези страни и в глава трета, при анализа на стратегически документи, политики и програми, касаещи здравните неравенства;
- сравнителен анализ – използва се в глава втора, при анализа на публичните и частни разходи за здравеопазване във всяка от европейските страни и последващото им сравнение, както и при анализа на здравните показатели на населението в тези страни;
- проверка на статистически хипотези – използва се в глава втора, за проверка наличието на статистически значими разлики между публичните и частни разходи за здравеопазване в отделните страни и наличието на статистически значими разлики в здравните показатели между отделните страни;
- регресионен анализ – използва се в глава втора за проверка на наличието на връзка и зависимост между финансирането на здравните системи и здравните показатели на населението (задача 4);
- клъстерен анализ – използва се като помощен метод в глава втора, за групиране на страните, според анализиранията финансови и здравни показатели.

## **9. Ограничения на изследването**

- в изследването се разглеждат и анализират здравните системи на 28-те страни, които са членки на ЕС към 01.01.2020 г.
- анализът се ограничава до разглеждането на неравенствата в някои основни здравни показатели на населението в отделните страни и осигуреността на здравните системи на страните от ЕС с финансови ресурси – публични и частни;
- използвана е последната налична информация от базите данни на СЗО и Световната банка за седемнадесет годишния период 2000 г. - 2016 г.

## **II. СТРУКТУРА И СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

Дисертационният труд е в обем от 204 страници и се състои от увод, изложение в три глави, заключение, използвана литература и приложения. В основния текст и приложенията са включени 52 таблици и 29 фигури. Списъкът с използвана литература съдържа 178 източника. Съдържанието е както следва:

### **ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ НА БЪЛГАРСКИ ЕЗИК**

### **ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ НА АНГЛИЙСКИ ЕЗИК**

### **СПИСЪК НА ТАБЛИЦИТЕ**

### **СПИСЪК НА ФИГУРИТЕ**

### **СПИСЪК НА ПРИЛОЖЕНИЯТА**

### **ВЪВЕДЕНИЕ**

## **ПЪРВА ГЛАВА. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИ ВЪПРОСИ ПРИ ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ НЕРАВЕНСТВА**

1. Здраве и здравни детерминанти
2. Здравни неравенства в контекста на идеите за равенство и справедливост
  - 2.1. Възникване и развитие на идеите за равенство и справедливост
  - 2.2. Неравенства и несправедливост в здравеопазването
3. Видове здравни неравенства
  - 3.1. В зависимост от еднородността на сравняваните потребности
  - 3.2. В зависимост от обектите, които се сравняват
    - 3.2.1. Географско неравенство
    - 3.2.2. Социално-икономическо неравенство
      - 3.2.2.1. Неравенства, дължащи се на различия в дохода и заетостта
      - 3.2.2.2. Неравенства, дължащи се на различия в образованието
      - 3.2.2.3. Неравенства, дължащи се на различия в расата и етноса
4. Измерване на здравните неравенства
  - 4.1. Коефициенти
  - 4.2. Индекси
  - 4.3. Други измерители
  - 4.4. Обобщен модел на действието на здравните неравенства

## **ВТОРА ГЛАВА. ОЦЕНКА НА НЕРАВЕНСТВАТА В ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ НА СТРАНИТЕ ОТ ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ**

1. Дизайн на емпиричното изследване

2. Анализ на финансирането на здравните системи на страните от ЕС
  - 2.1. Публични разходи за здравеопазване, като процент от БВП
  - 2.2. Публични разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност
  - 2.3 Частни разходи за здравеопазване, като процент от общите разходи за здравеопазване
3. Анализ на здравните показатели на населението в европейските страни
  - 3.1. Очаквана продължителност на живота при раждане (за двата пола)
  - 3.2. Брой умирация (на 1000 души население)
  - 3.3 Смъртност при новородени (на 1000 живородени)
4. Анализ на зависимостта между финансирането на здравната система и здравните показатели на населението в европейските страни

### **ТРЕТА ГЛАВА. ПОЛИТИКИ ЗА НАМАЛЯВАНЕ НА НЕРАВЕНСТВАТА МЕЖДУ ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ НА СТРАНИТЕ ОТ ЕС**

1. Европейски политики за намаляване на неравенствата между здравните системи на страните в ЕС
  - 1.1. Работа на институциите на ЕС за намаляване на здравните неравенства
  - 1.2. Европейски фондове и оперативни програми
2. Мерки за компенсиране изоставането на България от развитите европейски страни
  - 2.1. Премахване на дисбаланса във финансирането на болничната и извънболничната медицинска помощ
  - 2.2. Нарастване на публичните разходи за лекарства и медицински изделия
  - 2.3. Нарастване на финансирането за профилактика и промоция на здравето

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

### **ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА**

### **ПРИЛОЖЕНИЯ**

### III. СИНТЕЗИРАНО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

#### ПЪРВА ГЛАВА. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИ ВЪПРОСИ ПРИ ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ НЕРАВЕНСТВА

Целта на изложението в тази глава е да се изясни подробно същността на здравето като ресурс и факторите, които му влияят, природата на неравенствата между хората, тяхното възникване и еволюция, както и в частност причините за неравенствата в здравеопазването. Разгледани са и различните възгледи, касаещи здравните неравенства, тяхната класификация и начини за измерване. Особено внимание е обърнато на факторите, влияещи върху тях.

##### *1. Здраве и здравни детерминанти*

Според Световната здравна организация (СЗО) *здравето е състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на заболяване или недъг*<sup>1</sup>. Тази дефиниция разкрива единството на трите страни на здравето – физическа, психическа и социална, като всяка една от тях си взаимодейства с другите две<sup>2</sup>.

Здравето на индивидите и общностите се влияе от сложна комбинация от фактори<sup>3</sup>. Това, дали хората са здрави или не, се определя както от начина им на живот, така и от обкръжаващата среда и други външни обстоятелства. До голяма степен фактори като мястото, където живеем, състоянието на околната среда, генетична обремененост, нивото на доходи, степента на завършено образование, отношенията ни с приятели и семейство оказват значително влияние върху нашето здраве, докато по-често разглежданите фактори като достъп до здравна мрежа и използването на здравни услуги често имат по-малко въздействие.

*Здравните детерминанти са всички външни и вътрешни фактори, които оказват влияние върху здравето на хората.* Най-общо те се разделят на три основни групи:

- социална и икономическа среда;
- физическа среда;
- индивидуални характеристики и поведение;

---

<sup>1</sup> Web site of the World health organization, <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

<sup>2</sup> Делчева, Е., Здравна икономика, Университетско издателство „Стопанство”, София, 2011 г.

<sup>3</sup> Web site of the World health organization, <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

Ясно е, че индивидите не могат да влияят на голяма част от здравните детерминанти. Тези детерминанти, или нещата, които правят хората повече или по-малко здрави, могат да се разглеждат и по следния начин:

### **Вътрешни фактори:**

- генетични особености – наследствеността и биологичния потенциал на отделния индивид играе роля в определянето на качеството и продължителността на живота, здравето и вероятността за развитие на определени заболявания;
- лично поведение и умения за справяне - балансираното и здравословно хранене, поддържането на физическа активност, тютюнопушенето, употребата на алкохол и това, как се справяме с житейския стрес и предизвикателства от ежедневието, влияят съществено на индивидуалното здраве на всеки един от нас;
- пол - мъжете и жените страдат от различни видове заболявания в различна възраст;

### **Външни фактори:**

- личен доход и социален статус - по-високите доходи и социален статус са свързани с по-добро здраве. Колкото по-голяма е разликата между най-богатите и най-бедните хора, толкова по-големи са и разликите в здравето;
- образование - ниските нива на образование са свързани с лошо здраве, повече стрес и по-ниска самоувереност;
- физическа среда – чистите въздух и вода, здравословните работни места, безопасните жилища, общности и пътища също допринасят за доброто здраве;
- заетост и условия на труд – хората, които имат работа са по-здрави, особено тези, които имат по-голям контрол върху условията на труд;
- здравни услуги - достъпът и използването на услуги, които предотвратяват и лекуват болести, влияят положително на здравето. Въпреки, че при много от здравните проблеми, делът на здравната система за генериране на здравни подобрения е не повече от 15-20%, всяка високоорганизирана държава инвестира значителни ресурси в системата си на здравеопазване<sup>4</sup>;

---

<sup>4</sup> Делчева, Е., Здравна икономика, Университетско издателство „Стопанство”, София, 2011 г.

- култура – обичаите, традициите и вярванията в семейството и общността оказват влияние върху здравето и начина за справяне със здравните проблеми;
- мрежи за социална подкрепа - по-голямата подкрепа от семейството, приятели и общности е свързана с по-добро здраве.

Доколкото вътрешните фактори са в огромна степен предопределени за всеки индивид още с раждането му или зависят изключително от неговото поведение и начин на живот, настоящия труд се фокусира в анализа и разглеждането на част от външните фактори и начините за промяната им с публични политики.

## ***2. Здравни неравенства в контекста на идеите за равенство и справедливост***

Въпросите за справедливостта и равенството между хората, като част от по-общите права на човека, вероятно са възникнали още по времето, когато са започнали да се създават социалните общности. Несъмнено е, че контактувайки с други хора е била наложителна необходимостта от установяването на определени правила за поведение, включително права и задължения на отделната личност.

### ***2.1. Възникване и развитие на идеите за равенство и справедливост***

В древността въпроса за правата на човека е бил предмет предимно на философски разсъждения. Справедливостта е водеща и несъмнено обобщаваща тема в трудовете на Аристотел<sup>5</sup>. Според него справедливостта е свършена добродетел и в нея се съдържат всички други добродетели.

Първите актове, свързани с правата на човека се появяват по време на Средновековието. През 1215 г. Джон I, крал на Англия, владетел на Ирландия, херцог на Нормандия и Аквитания и граф на Анжу, провъзгласява Великата харта на свободите на английското кралство известна още като Хартата на свободата (*Magna carta libertatum regni Angliae MCCXV*), която се превръща в основа на гражданските права и конституционните ограничения на кралската власт.

В своето произведение „За духа на законите“ от 1748 г. Шарл дьо Монтескьо разглежда две от крайните проявления на равенството между хората, а именно т.нар. „дух на неравенство“ и „дух на екстремно равенство“. В първият случай хората не припознават интересите си в тези на държавата, а за екстремно равенство се говори,

---

<sup>5</sup> Вълчев, Д., Проблемът за справедливостта и правото в учението на Аристотел, списание „Съвременно право“, кн. 5, София, 1998 г.

когато хората не се задоволяват с това да са равни като граждани, а искат да бъдат равни във всяко отношение, нещо което и досега се счита за утопично и невъзможно.

На 04.07.1776 г. Конгресът на САЩ приема Декларация за независимост, написана от Томас Джеферсън, с която обявява, че колониите не са вече част от Британската империя. Според написаното в нея, видни от само себе си са истините, че „всички хора са създадени равни, а техният създател ги е дарил с някои неотменими права, измежду които правото на живот, на свобода и на стремеж към щастие.

Силен тласък за развитието на правата на човека дава и Френската революция. Най-важният документ произтичащ от нея е Декларацията за правата на човека и гражданина (*Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789*) приета на 26.08.1789 г. от Националното събрание на Франция, с идеята да бъде въведено към бъдещата конституция. В нейната основа лежат разбиранията на френския народ за основните човешки права, като свобода, равенство и братство. Няколко години по-късно, през 1793 г. е изработена и приета втората Конституция на Франция, известна като Якобинска. Основното в нея е, че създателите ѝ залагат на равенството, за разлика от предишната конституция, в която центърът е индивидуалната свобода.

На 10.12.1948 г. Общото събрание на Организацията на обединените нации (ООН) приема Всеобща декларация за правата на човека. И до днес тя остава един от основните документи, занимаващ се с проблемите на човешките права. В нея подробно са описани правата на човека, които трябва да бъдат признати и спазвани от всички държави-членки.

През 1971 г. в своята най-известна книга „Теория на справедливостта“ Джон Ролс обобщава и развива на по-високо ниво на абстракция известната теория за обществения договор, представена в трудовете на Джон Лок, Жан-Жак Русо и Емануел Кант<sup>6</sup>. В нея той представя своя концепция за „справедливостта като равнопоставеност“. Джон Ролс твърди, че справедливостта винаги предполага някакъв вид равенство.

Ценности като равенство, свобода и справедливост и до днес са част от основополагащите документи за образуване на Европейския съюз (ЕС). От Договора за ЕС става ясно, че той се основава на ценности като зачитане на човешкото достойнство, свободата, демокрацията и равенството. Във всички свои дейности ЕС зачита принципа на равенство между неговите граждани и полага усилия за премахването на неравенствата и за насърчаване на равенството между мъжете и жените<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Ролс, Д., Теория на справедливостта, издателство „София-С.А.“, София, 1998 г.

<sup>7</sup> Договор за Европейския съюз и Договор за функционирането на Европейския съюз, бр. С 202, стр. 13-201, Юни, 2016 г.

Съществуването все още на различни форми на неравенства в ЕС, особено в областта на здравето, показват, че тези действия са неефективни и недостатъчни и изискват тяхното преосмисляне в посока на формирането на общи европейски политики по някои важни за населението му въпроси.

На 07.12.2000 г. е прогласена и Харта на основните права на ЕС, която потвърждава отново правата, които произтичат от общите за държавите-членки конституционни традиции и международни задължения, както и от Европейската конвенция за защита на правата на човека и основните свободи, от приетите от Съюза и от Съвета на Европа социални харти, от практиката на Съда на ЕС и на Европейския съд по правата на човека<sup>8</sup>.

Обобщено може да се каже, че съществува ясна връзка между равенството и осъществяването на човешките права – икономически, социални, граждански и политически. И тази връзка е двупосочна, тъй като равенството създава по-добри условия за култура на правата на човека, а последователният подход към правата, в процеса на вземане на политически решения, насърчава развитието към по-голяма равнопоставеност<sup>9</sup>.

## ***2.2. Неравенства и несправедливост в здравеопазването***

В икономиката на здравеопазването термините „неравенство” и „несправедливост” често се употребяват съвместно, поради наличието на определени връзки между тях, но те не са взаимнозаменяеми. Тяхното точно и еднозначно дефиниране е затруднено, имайки предвид многосмисловите теоретични и приложни трактовки. То обаче е абсолютно необходимо, не само с цел прецизиране на терминологията, но и заради специфичния предмет на настоящото изследване.

Международната организация за равенство в здравеопазването (International society for equality in health – ISEH), която възниква с цел насърчаване на справедливостта в здравеопазването и здравните услуги в международен план, разглежда равнопоставеността в здравеопазването, като етична ценност, която по своята същност е нормативна, основава се на принципа на разпределителната справедливост и е в съответствие с принципите за правата на човека<sup>10</sup>. Въпреки това, би било илюзия да се мисли, че този въпрос може да бъде разрешен с само с помощта на универсалната етика.

---

<sup>8</sup> Харта на основните права на Европейския съюз, официален вестник на Европейския съюз, бр. С 202, стр. 389-405, Юни, 2016 г.

<sup>9</sup> Hesse, S., Human Rights and Social Equality: Challenges for Social Work: Social Work-Social Development, Vol. 1, Routledge, 2016;

<sup>10</sup> Web site of the International society for equity in health (ISEH): <http://www.iseqh.org>



Нобеловият лауреат J. Tobin твърди, че облекчаването на неравенствата между хората "може да бъде постигнато в рамките на съществуващите политически и икономически институции", чрез комбинация от общ егалитаризъм (парични трансфери, гарантиращи минимален доход при запазване на стимули за повече) и „специфичен егалитаризъм“ – непазарно егалитарно разпределение на блага, които са от особено значение за живота на хората<sup>11</sup>. Неговото виждане е, че тези специфични блага трябва да бъдат разпределени по-неравномерно, отколкото способността на хората да плащат за тях. Като области за приложение на специфичния егалитаризъм J. Tobin идентифицира образованието и здравеопазването. Жизненоважни блага, като здравето, трябва да се разпределят по-неравномерно отколкото общия доход или по-точно, по-неравно, отколкото пазарът би ги разпределил при неравномерно разпределение на доходите<sup>12</sup>. Тази идея е в основата на „специфичния егалитаризъм“. Тя намира приложение и до днес в безплатното образование, безплатните здравните грижи за деца и хора в неравностойно положение, както и специфични помощи от държавата за определени социални групи (напр. енергийни помощи, социални плащания и др.). Специфичният егалитаризъм е нагледен пример за неравномерно разпределение, което не е несправедливо.

Според М. Arcaуа всеки измерим аспект на здравето, който се различава при отделните индивиди или социални групи, може да се нарече здравно неравенство<sup>13</sup>. В една такава дефиниция липсва каквато и да е морална оценка дали наблюдаваните различия са честни или справедливи. За разлика от това, неравнопоставеността в здравеопазването е специфичен тип здравно неравенство, което означава несправедлива разлика в здравето. Явно е желанието на автора да акцентира върху „резултата“ от действието на всяка здравна система, а именно здравето на хората, но една такава дефиниция за здравни неравенства очевидно пропуска причините, довели до тази разлика в здравето, които не е задължително да са резултат от несправедливост. Това я прави повърхностна, неточна и неподходяща за използване.

В своя финален доклад, относно здравните неравенства в ЕС през 2013 г. консорциум, оглавяван от М. Marmot подчертава, че фокусът в подобни изследвания трябва да е върху здравните неравенства, а не върху несправедливостта в здравеопазването<sup>14</sup>, тъй като те

---

<sup>11</sup> Tobin J., On limiting the domain of inequality, The Journal of law and economics, vol. 13, pages 263–277, 1970;

<sup>12</sup> Anand, S., The concern for equity in health, Journal of epidemiology and community health, vol. 56, pages 485–487, 2002;

<sup>13</sup> Arcaуа, M., Arcaуа, A., Subramanian, S., Inequalities in health: definitions, concepts and theories, Global health action, 2015;

<sup>14</sup> Marmot, M., Health inequalities in the EU - final report of a consortium, published by the EC Directorate-General for Health and consumers, 2013;

могат да бъдат избегнати с разумни средства. В процеса на проучване, докато екипът прави оценка на индивидуалните политики на страните-членки те се сблъскват с различни синоними на термина „здравни неравенства“, използвани при преводи на документи на различните езици – „неравенства в здравеопазването“, „различия в здравето на населението“, „неравенства в здравните системи“ и др. което налага и унифициране на терминологията по въпроса, за да се избегнат неясноти и езикови отклонения. За целите на настоящото изследване, всички тези изрази ще бъдат използвани като синоними.

Заради различните дефиниции и интерпретации на термините, свързани със здравните неравенства, I. Kawachi прави опит да ги систематизира и обясни различията между тях. Според него, равенството и неравенството са количествени концепции, отнасящи се до параметри, които могат да бъдат измерени. Несправедливостта се отнася до тези неравенства в здравеопазването, които се считат за нечестни или произтичащи от някаква форма на неравнопоставеност. В дисертационния труд все пак са показани съществуващи начини за измерване на справедливостта и е предложена оригинална авторска методология за оценка на здравните неравенства.

Според Е. Делчева *справедливостта в дистрибуцията на здравна помощ е преследване на максимално благополучие в рамките на налични бюджетни ограничения чрез по-равното разпределение на свързани със здравето характеристики*. Свързаните със здравето характеристики са следните:

- **Здравни ресурси** – за справедливо се счита това разпределение на здравните ресурси между различните области и групи население, което се основава на минимални или никакви различия;
- **Достъп до здравна помощ** – разгледан в териториален, физически и икономически аспект, достъпът се определя като справедлив, ако е осигурено равенство или минимални различия между хората;
- **Потребление на здравна помощ** – показателите, характеризиращи потреблението или използваемостта на здравните услуги, трябва да показват равенство;
- **Здравен статус** – здравно-демографските показатели за здравното състояние на различни групи от обществото трябва да са с минимални различия или равни стойности.

Според М. Whitehead терминът несправедливост има преди всичко морално и етично измерение<sup>15</sup>. Той се отнася до различия, които могат да бъдат избегнати, но освен това са нечестни и водят до неравнопоставеност. Справедливостта предполага, че в идеалния случай всеки трябва да има еднаква възможност да постигне пълния си здравен потенциал и че никой не трябва да бъде в неравносложно положение от постигането на този потенциал, ако това може да се избегне. Това предполага, че доставчиците на медицински услуги трябва да се стремят да предоставят едно и също качество на услугите за всички членове на обществото. В този случай могат да възникнат неравенства, ако здравните професионалисти не полагат същите усилия в работата си с пациенти от някои социални групи, така, както го правят с други, отделяйки им по-кратко време за преглед и лечение или професионален опит. (например пациенти от малцинствени групи, неосигурени пациенти и др.). М. Whitehead засяга изключително важния въпрос, касаещ отношението на лекаря към пациента. Макар и чисто субективен, този аспект също е важен, тъй като лекарите са част от здравната система и евентуалните здравни неравенства, предизвикани от техните действия или бездействия са проблем на здравната система и са във всички случаи несправедливи. Като здравни неравенства трябва да се разглеждат не само тези, възникнали в резултат на различно отношение на лекаря към отделните групи пациенти (например, пациенти от малцинствени групи, неосигурени пациенти и др.), но и тези, които са в резултат на различната (в смисъл на по-висока и по-ниска) квалификация на лекарите.

G. Mooney предлага седем възможни дефиниции за справедливост. Те включват равенство на разходите на глава от населението, равенство на средствата на глава от населението, равенство на приноса при еднакви нужди, равен достъп за равни потребности, равенство в използването при еднаква нужда, равенство на маргиналните нужди и равенство на здравето. Непълнотата на дадените от G. Mooney дефиниции за справедливост идва и от факта, че следвайки, например, една от тях можем да постигнем справедливо разпределение, ако наличният бюджет за здравни услуги се раздели поравно между географските райони въз основа на размера на населението във всяка област. Ясно е обаче, че дори това да бъде постигнато то няма да отчете диференциалните нужди от грижи в различните възрастови и социални групи във всеки регион и така няма да се счита за справедливо. Може да се каже, че G. Mooney се опитва да разглежда справедливостта, както по отношение на „входящите“ за здравната система

---

<sup>15</sup> Whitehead, M., The concepts and principles of equity and health, World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen, 1992;

показатели (финансиране, предлагане, достъп), така и по отношение на получените „резултати“ от нейното функциониране (използваемост и здраве на населението). Тази връзка е в основата и на дефиницията по-късно в настоящата глава модел на влияние на здравните неравенства.

A. Culyer и A. Wagstaff си поставят за цел да внесат повече яснота и да разгледат в по-голяма дълбочина видовете справедливост дефинирани от G. Mooney. Според тях анализите на равенството са предмет на сериозни възражения, освен, че са взаимно несъвместими. Те разработват анализ, който предлага като краен критерий за оценка на справедливостта на разпределението на здравните грижи, равенството в здравето. В този смисъл „търсенето“ за справедливост в здравеопазването е в следствие от търсенето на равенство на здравето. И тук, също както при възгледите на M. Afsa, може да се приеме, че равенството в здравето е критерий за справедливост. Доколкото здравето зависи от различни фактори, най-често за да постигнат едно и също ниво на здраве, различните индивиди консумират различно количество здравни услуги, но това неравномерно разпределение в потреблението не е несправедливо. Обобщено с други думи, *равенството в здравето (в смисъл на максимално възможното в момента здраве за индивидите) е критерий за наличието на справедливост, но неравенството в здравето не е непременно критерий за несправедливост.*

В практиката много дефиниции за „равенство“ го определят като третиране на хората или разпределянето на ресурси по равно или идентично, докато „справедливостта“ включва понятието за честност и се разбира като „третиране на равните по равно, а на неравните – неравно, обикновено пропорционално на техните неравенства. Занимавайки се с принципа на справедливост като цяло, а така също и с въпросите, касаещи разпределението на ресурсите и достъпа до здравни грижи, P. Mullen предлага следната аксиома за справедливост: *„Двама души, обслужвани от една и съща здравна система, при идентични други обстоятелства и при еднакво заболяване, не трябва да получават различно лечение единствено на основание, че живеят в различни географски райони“*<sup>16</sup>.

Една от оперативните дефиниции за справедливост в областта на здравеопазването, фокусираща се върху нуждата от здравна помощ, като подходящ механизъм за разпределение, разглежда конкретно справедливостта при достъпа до здравни услуги. Дефиницията на L. Aday е тази, която отразява начина на мислене в областта на здравето

---

<sup>16</sup> Mullen, P., Are inequalities in health care consistent with equity in access ?, Conference paper: 24th Meeting of the European working group on operational research applied to health services, November, 1999;

и тя често се приема за даденост и се смята, че не се нуждае от защита<sup>17</sup>. Той определя справедливото разпределение на здравни услуги, като „*такова, при което заболяването (дефинирано от пациента и неговото семейство или от здравните специалисти) е основният определящ фактор за разпределението на ресурсите*“<sup>18</sup>. Основният аргумент е, че здравните ресурси са специални стоки, които не трябва да се разпределят толкова стриктно, както другите пазарни стоки, защото тяхната социална стойност е значителна.

Проблемът за несправедливостта и неравенствата в здравеопазването не е чужд и за българската научна литература. В свое изследване на наличните неравенства в осигуреността с болнични легла и медицински персонал на различните административни области, Е. Делчева доказва, че неравенствата в разпределението на тези водещи ресурси са твърде големи и в повечето случаи нарастват<sup>19</sup>.

В България вече има защитени няколко докторски дисертации, засягащи темите за неравенствата и осигуреността на здравната ни система с ресурси. В своя труд М. Рохова изследва неравенствата в достъпа до здравната мрежа в България (на база на примера на Североизточния район на планиране) и на тази основа разработва модел за регионално разпределение на ресурсите с оглед намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването<sup>20</sup>. В друго свое изследване М. Рохова разглежда и един по-различен аспект на здравните неравенства в България, а именно частните разходи за здравеопазване и тяхното влияние върху достъпа на населението до здравни услуги<sup>21</sup>. Отбелязва се трайната тенденцията за нарастване на разходите за здравеопазване в България и същевременното им изместване към домакинствата. В друг дисертационен труд Н. Велева изследва състоянието и тенденциите на пазара на труда на медицински сестри в България. Авторът установява, че действието на различни обективни и субективни фактори на пазара на труда на медицински сестри в България води до намаляване на съвкупното предлагане на работна сила при непрекъснато увеличаване на съвкупното търсене. Сестринската работна сила у нас, както и в развитите страни, е застаряваща, а средната осигуреност за България е под средната за Централна

---

<sup>17</sup> Division of health and human development, Principles and basic concepts of equity and health, October, 1999;

<sup>18</sup> Aday, L.A., Andersen, R.M., Equity of access to medical care: a conceptual and empirical review, Med Care, vol.19, vol. 12, pages 4-27, 1981;

<sup>19</sup> Делчева, Е., Неравенства в осигуреността на здравеопазването с ресурси, сп. Социална медицина, бр.4, София, 2015 г.

<sup>20</sup> Рохова, М., Намаляване на неравенствата в достъпа до регионална здравна мрежа, Дисертация за присъждане на образователна и научна степен „доктор“, Варна, 2014 г.

<sup>21</sup> Рохова, М., Частни разходи за здравеопазване и неравенства в достъпа до здравни услуги в България, Варненски медицински форум, том 6, бр. 1, Варна, 2017 г.

Югоизточна Европа и е около два пъти по-ниска от средната за скандинавските страни и страните от Западна Европа. Средното съотношение „лекари / медицински сестри“ за изследвания период достига критично ниско ниво от 1:1, което е два пъти по-ниско от установеното за ЕС. В своята дисертация З. Иванова разглежда в частност проблема за мобилността и миграцията на медицинските специалисти с висше образование. Тя констатира, че проблемът с недостига на медицински кадри в България не е нов – дефицитът на специалисти от различни професионални направления се задълбочава през годините, което ограничава достъпа на населението до медицинска помощ и ефективността на здравната система<sup>22</sup>. Наблюдават се значителни вътрешни дисбаланси в осигуреността с медицински специалисти, както и в прилагането на иновативни технологии за лечение.

Авторски колектив, състоящ се от Н. Ушева, К. Докова и А. Керековска проучват неравенствата в здравето и достъпа до медицинска помощ сред майките във Варненска област<sup>23</sup>. Те установяват значително влияние на външни фактори (включително социално-икономически) върху ръста и теглото на новородените. Установява се и правопрпорционална зависимост между етническата принадлежност на детето, местожiveенето и степента на образование на майката и антропометричните показатели на новороденото: средното тегло и ръст на новородените от ромски етнос, от майки без образование и с местожiveене в селата са по-ниски от теглото на новородените на майки с висше и средно образование.

При прегледа на здравната система в България за 2018 г. колектив начело с А. Димова стига до редица притеснителни изводи. Здравни неравенства в нашата страна продължават да съществуват във всичките им форми. Разпределението на материалните и човешки ресурси в здравния сектор на България се характеризират с неравновесия и значителни диспропорции. Здравните неравенства между градското и селското население, както и неравенствата в достъпа до здравната система продължават да нарастват<sup>24</sup>. Подобренито в здравното състояние на населението, отразено в някои здравни индикатори, е неудовлетворително, а други индикатори дори се влошават.

---

<sup>22</sup> Иванова, З., Мобилност и политики за задържане на специалисти с висше образование в България, Дисертация за присъждане на образователна и научна степен „доктор“, София, 2020 г.

<sup>23</sup> Ушева, Н., Докова, К., Керековска, А., Неравенства в здравето и достъпа до медицинска помощ сред майките във варненска област, Социална медицина, бр. 2, стр. 4-6, 2014 г.

<sup>24</sup> Димова, А., Рохова, М., Коева, С., Атанасова, Е., Коева, Л., Костадинова, Т., Шпрангер, А., България: анализ на здравната система 2018 г., Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, 2019 г.

Въпреки че пациентите имат право на избор на лечебно заведение на територията на цялата страна, все пак съществуват различни бариери пред достъпа им до здравни услуги (лоша транспортна инфраструктура, неравенства в осигуреността с лекари и лечебни заведения), които на практика ограничават правото на свободен избор.

На база на подробният литературен преглед се приема, че *здравните неравенства са всички измерими различия в здравето, достъпа и потреблението на здравна помощ, както и разпределението на ресурсите в здравеопазването между различните индивиди, полове, раси, етноси, географски и социални групи*. Те се дължат на различни причини, като генетични и унаследени фактори, начин на живот, личен избор и др. и не са задължително несправедливи. Когато обаче тези неравенства произтичат от някаква форма на неравнопоставеност и могат да бъдат избегнати с разумни средства, говорим за несправедливост. *Справедливост означава, че всеки човек има еднаква възможност да постигне пълния си здравен потенциал и че никой не е в неравностойно положение за постигането на този потенциал, по отношение на достъп, разпределение и потребление на ресурсите, ако това може да се избегне. Справедливостта не гарантира еднакво добро здраве за всички хора, но гарантира, че всеки индивид ще има възможност да получи количеството и качеството здравна помощ от която се нуждае във всеки един момент.*

### **3. Видове здравни неравенства**

Здравните неравенства, независимо от това как се разбират, имат две измерения<sup>25</sup>:

- 3.1. В зависимост от еднородността на сравняваните потребности** – в този случай различаваме вертикално и хоризонтално неравенство. *Вертикално неравенство означава, че не се осигурява различно (адекватно) лечение за пациенти с различни здравни потребности (респективно, за вертикално равенство говорим, ако се осигурява различно адекватно лечение за пациенти с различни здравни потребности).*
- 3.2. В зависимост от обектите, които се сравняват** – според това измерение се различават географско (или териториално) и социално-икономическо неравенство.

---

<sup>25</sup> Делчева, Е., Здравна икономика, Университетско издателство „Стопанство”, София, 2011 г.

**3.2.1. Географско неравенство** – под географско или териториално неравенство или равенство се разбира съответно неравно или равно разпределение на свързани със здравето характеристики между различни териториално обособени групи на населението – населението в различни области и райони. Примери за географско неравенство са осигуреността с ОПЛ на 10 000 души население в различните области, осигуреността с болнични легла на 10 000 души население и др.

**3.2.2. Социално-икономическо неравенство** – под социално-икономическо неравенство или равенство се разбира съответно неравно или равно разпределение на свързани със здравето характеристики между отделни групи от населението, според различни социално-икономически фактори – доход, заетост, ниво на образование, раса и др.

**3.2.2.1. Доход и заетост** - обикновено се наблюдава неравенство в използването на здравни услуги по отношение на дохода на индивидите. В страни с висок доход по-бедните хора консумират повече ресурси за здравеопазване, в резултат на по-ниския си здравен статус и следователно по-голяма нужда от здравни грижи. Едно от най-ясните послания, идващи от литературата е, че здравето и богатството са взаимно свързани. Друга важна социално-икономическа детерминанта на здравето е заетостта (или съответно безработицата). В литературата ясно е доказано, че безработицата може да има сериозни отрицателни последици за здравето на индивида<sup>26</sup>.

**3.2.2.2. Образование** – съществуващата литература установява факта, че доброто образование оказва благоприятен ефект върху здравето на хората. Според изследване на G. Duncan по-добре образованите хора са склонни да приемат по-здравословен начин на живот<sup>27</sup>, а V. Fuchs постулира, че образованието увеличава способността за контрол на поведението и вземане на решения за по-дълъг времеви хоризонт<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> Cooper, D., McCausland, W.D., Theodossiou, I. Unemployed, uneducated and sick: the effects of socio-economic status on health duration in the European union, Journal of the royal statistical society, part 4, pages 939–952, 2008;

<sup>27</sup> Duncan, G., Daly, M., McDonough, P., Williams, D., Optimal indicators of socioeconomic status for health research, American journal of public health, vol. 92, pages 1151–1157, 2002;

<sup>28</sup> Fuchs, V., Reflections on the socio-economic correlates of health, Journal of health economics, vol. 23, pages 653–661, 2004;



**3.2.2.3. Раса и етнос** – през последните десетилетия се наблюдава забележителен ръст в научните изследвания, изучаващи начините, по които расизмът може да повлияе неблагоприятно върху здравето. Този интерес се дължи отчасти на продължаващото запазване на расовите и етнически неравенства в здравеопазването и емпиричните доказателства, които показват, че социално-икономическите фактори сами по себе си не отчитат расовите неравенства в здравето.

#### **4. Измерване на здравните неравенства**

Здравни неравенства съществуват в повечето европейски страни и доказателства за това могат да се намерят в редица национални и международни проучвания. Въпреки това, тяхното измерване и наблюдение във времето и в различните държави не е лесно, още повече, че изборът на индикатор за измерване, както и на социалната група, избрана за анализ, повлиява върху резултатите.

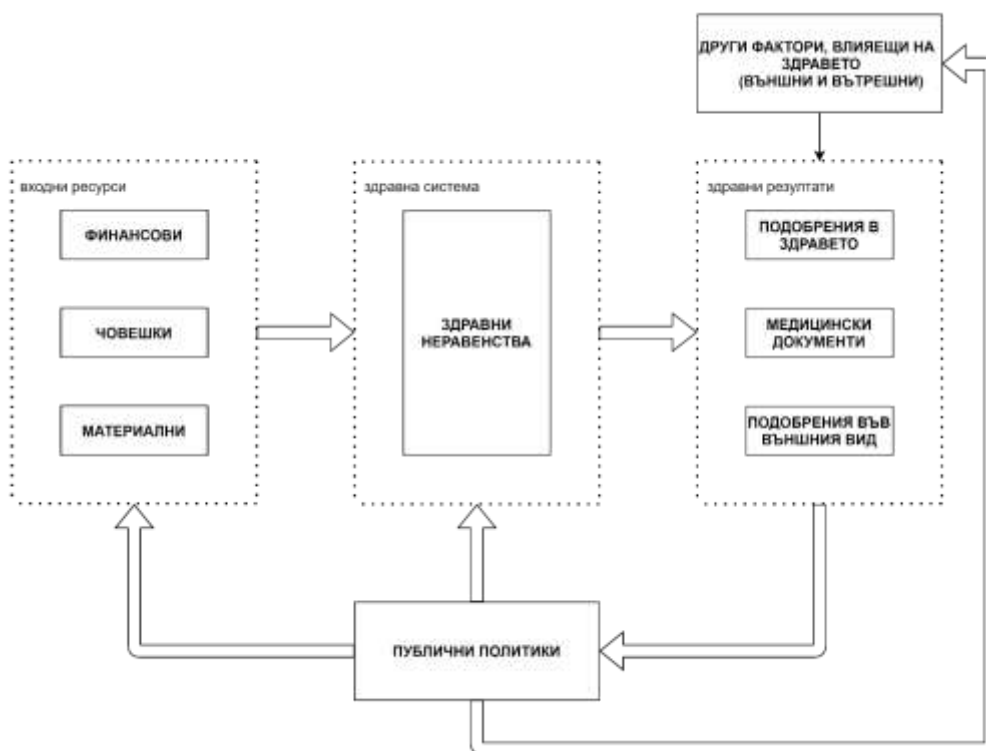
В настоящата точка се разглеждат някои от най-често използваните методи за измерване на здравните неравенства.

**4.1. Коефициенти** - това са едни от най-често използваните измерители на здравните неравенства, поради сравнително лесното им изчисляване и значителното количество информация, което те носят. Основните от тях са коефициент на Джини, коефициент на различията, коефициент на регресия и др.

**4.2. Индекси** – най-често се разработват от различни автори във връзка с конкретно измерване. Също се използват в практиката, поради високата им информативна стойност. Тук попадат индекс на концентрация, индекс на Theil, индекс на Kunst-Mackenbach и др.

**4.3. Други измерители** – към тази група се отнасят някои от често използваните методи за измерване, които не попадат в никоя от горните две групи. Такива са средното логаритмично отклонение, абсолютни и относителни разлики и др.

**4.4. Обобщен модел на действието на здравните неравенства** – предложеният авторски модел е показан на фиг. 3.



**Фиг. 3** *Модел на действие на здравните неравенства*

Здравните неравенства са илюстрирани като част от здравната система. Те възпрепятстват справедливото и пълноценно използване на входящите ресурси, като по този начин не позволяват получаването на максимално възможните здравни резултати. Както беше отбелязано по-рано, здравето на индивидите и социалните групи се влияе и от други, външни за здравната система фактори, чиито кумулативен ефект дори значително надвишава ефекта от прякото използване на медицинска помощ. Основните входящи ресурси, за всяка здравна система са финансовите, човешките и материалните. Доколкото последните два са в голяма степен подчинени и резултат от първите, то основателно можем да приемем, че финансовите ресурси (под формата на публични и частни плащания) са тези, които оказват най-съществено влияние върху работата на всяка здравна система. Именно поради този факт в дисертационния труд ще се анализира само действието на финансовите входящи ресурси, приемайки, че останалите остават непроменени. Очакваните изходни резултати от действието на здравните системи са под формата на подобрения в здравето, издаването на определени медицински документи (медицински свидетелства, решения от ТЕЛЖК и др.) и подобрения във външния вид на индивидите (козметични и разкрасяващи процедури). Поради факта че

последните два вида здравни резултати попадат в голямата си част в групата на частните блага, те се заплащат от пациентите при получаването им и не се влияят толкова силно от финансирането на здравната система. Подобренията в здравето, от друга страна, са изключително важни и зависещи от финансовите ресурси, затова те ще бъдат здравният резултат, който ще се анализира подробно в настоящото изследване.

Публичните политики са фактор, който може да повлияе всички компоненти на предложението на фиг. 3 модел. Анализирайки здравните резултати, хората, формиращи тези политики, могат да вземат решение за тяхната промяна в една или друга посока. Постоянното търсене на решения в тази посока е задължително, за да се гарантира устойчивата работа на всяка здравна система. В дисертационния труд ще се предложат политики, които да намалят здравните неравенства директно или индиректно, по линия на финансирането на здравната система. Няма да се разглеждат политики, оказващи влияние на външните за здравните системи фактори, тъй като те не са предмет на здравния мениджмънт.

## **ОСНОВНИ ИЗВОДИ ОТ ПЪРВА ГЛАВА**

1. Здравните неравенства са всички измерими различия в здравето, достъпа и потреблението на здравна помощ, както и разпределението на ресурсите в здравеопазването между различните индивиди, полове, раси, етноси, географски и социални групи. Те се дължат на различни причини, като генетични и унаследени фактори, начин на живот, личен избор и др. и не са задължително несправедливи.

2. Справедливост означава, че всеки човек има еднаква възможност да постигне пълния си здравен потенциал и че никой не е в неравностойно положение за постигането на този потенциал, по отношение на достъп, разпределение и потребление на ресурсите, ако това може да се избегне. Справедливостта не гарантира еднакво добро здраве за всички хора, но гарантира, че всеки индивид ще има възможност да получи количеството и качеството здравна помощ от която се нуждае във всеки един момент.

3. Равенството в здравето е критерий, който е подходящ за оценка на здравните неравенства, но не и на справедливостта (респ. несправедливостта) в здравеопазването. Това е така, тъй като справедливостта гарантира единствено, че всеки индивид ще има възможност да получи количеството и качеството здравна помощ от която се нуждае във всеки един момент, а това не означава непременно равенство в здравето на всички.

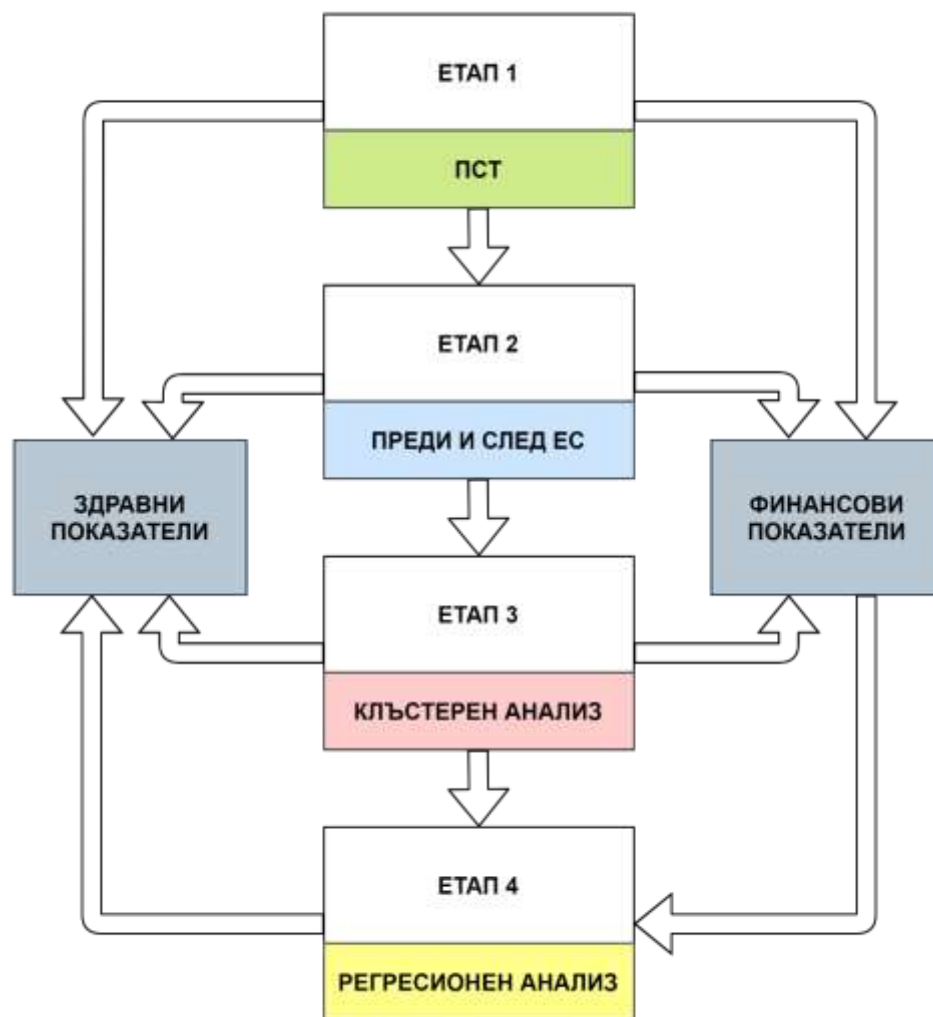
4. Здравните неравенства са фактор, опосредстващ входящите ресурси и изходните резултати на здравните системи. Финансовите ресурси са най-важните входящи ресурси за здравните системи. Те определят до голяма степен възможността им за оказване на адекватна и качествена здравна помощ. От друга страна, подобренията в здравето са основния очакван резултат от дейността на всяка здравна система. Подходящите публични политики са адекватен начин за предприемане на действия, водещи до по-добри здравни резултати.

## ВТОРА ГЛАВА. ОЦЕНКА НА НЕРАВЕНСТВАТА В ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ НА СТРАНИТЕ ОТ ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

В тази глава от дисертационния труд ще се докаже наличието на здравни неравенства в европейските страни. Ще бъде извършен подробен анализ на основните финансови и здравни показатели на отделните държави от ЕС, както и тяхното сравнение и тълкуване с помощта на статистически методи за анализ. Ще бъде проверена зависимостта между финансирането на здравните системи и здравното състояние на населението, след групиране на страните в клъстери. В глава втора ще бъдат проверени РХ2, РХ3 и РХ4, чрез решаването на задачи 2,3 и 4 от изследването.

### 1. Дизайн на емпиричното изследване

Емпиричното изследване на здравните неравенства ще бъде извършено на няколко етапа (фиг. 4).



Фиг. 4 Дизайн на емпиричното изследване

На първия етап, посредством метода за проверка на статистически хипотези, се анализират и сравнят обезпечеността на здравните системи на страните от ЕС с финансови ресурси (публични и частни) и здравните показатели на населението в тях. Ще бъдат тествани всеки две двойки страни от ЕС за наличието на неравенства между тях, за всички изследвани показатели. На втория етап ще се провери дали приема в ЕС на страните, присъединили се по време на изследвания период, оказва положително влияние върху финансирането на здравните им системи. Това ще се извърши посредством сравняването на средните стойности за всеки показател преди и след приема на съответната страна в ЕС. На третия етап, използвайки клъстерен анализ, ще се групират страните в два клъстера – такива, отделящи повече и такива, отделящи по-малко публични средства за здравеопазване. В последния, четвърти етап, ще се анализира в дълбочина влиянието на разглежданите финансови показатели върху избраните показатели за здравословно състояние на населението, като за целта ще се използва метода на множествената линейна регресия. За всеки от двата клъстера държави ще се анализира влиянието на избраните финансови показатели върху всеки един от трите здравни показателя. По този начин ще се добие представа за степента до която тези финансови показатели оказват влияние върху здравните показатели, при така формираните групи от държави.

## **2. Анализ на финансирането на здравните системи на европейските страни**

Този анализ ще бъде извършен посредством разглеждането на три основни финансови показателя за всяка от страните в ЕС – публични разходи за здравеопазване, като процент от БВП, публични разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност и частни разходи за здравеопазване, като процент от общите разходи за здравеопазване.

### **2.1. Публични разходи за здравеопазване, като процент от БВП**

Изчислявайки средната стойност на показателя за всички страни от ЕС се разбира, че средно за периода 2000 – 2016 г. най-много публични средства за здравеопазване, като процент от БВП се отделят в Германия, Франция и Дания, а най-малко в България, Латвия и Кипър. Разликата между страната, отделяща средно най-много публични средства за здравеопазване, като процент от БВП и тази, отделяща най-малко е повече от три пъти, а в 21 страни средствата са под средната за ЕС стойност.

За да се провери наличието на статистически значима разлика между всеки две от държавите по този показател, ще се приложи алгоритъма за проверка на статистически хипотези. От общо 378 двойки страни в ЕС, при 339 (или 89,68%) са налице значителни разлики в размера на публичните разходи за здравеопазване, като процент от БВП, а при 39 двойки (10,32%) те отсъстват.

## **2.2. Публични разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност**

Неравенствата в този показател са дори още по-силно изразени, отколкото при предходния. Практически, първите 11 страни и в двете класации са едни и същи, но подредени в леко променен ред, същото важи и за последните 4 от тях. Разликата между страната, в която публичните разходи на глава от населението са най-високи и тази, в която те са най-ниски, е близо 9 пъти. В 17 страни разходите са под средните за ЕС, а в 8 от тях те са под 1000 \$ на година.

От общо тествани 378 двойки страни в ЕС, при 352 (93,12%) са налице статистически значими разлики в размера на публичните разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност, а при останалите 26 двойки (6,88%) те отсъстват. При седем от страните – Люксембург, Италия, Испания, Словакия, Хърватска, Унгария и България, този показател се различава значително от всички останали държави. Широките граници, в които се променя величината на тези разходи - от 508,25 \$ в България до 4442,13 \$ в Люксембург показва съществени различия във финансирането на двете здравни системи.

## **2.3. Частни разходи за здравеопазване, като процент от общите разходи за здравеопазване**

Тук средните стойности за отделните държави варират в много широки граници – от 8,94% във Франция до 48,29% в Кипър, което прави разлика от повече от пет пъти. Средната стойност за ЕС е 14,97%, което поставя 10 държави над тази граница и 18 под нея. Стойностите между отделните държави в избрания ред са относително близки една до друга, като нарастването на показателя е плавно. Сравняваме частните разходи за здравеопазване, като процент от общите разходи за здравеопазване между отделните страни. От общо тествани 378 двойки страни в ЕС, при 348 (92,06%) са налице статистически значими разлики в размера на частните разходи за здравеопазване, като

процент от общите разходи за здравеопазване, а при 30 двойки (7,94%) те отсъстват. Най-малко се налага да доплащат пациентите във Франция и Нидерландия. По същия начин, разходите в Кипър са най-високи и не се доближават до тези на съседните страни в класацията. България и Латвия, както и Гърция и Малта са двете двойки страни в дъното, които също имат съизмерими частни разходи за здравеопазване, като процент от общите разходи за здравеопазване.

В рамките на разглеждания период общо 13 страни се присъединяват към ЕС – при първата вълна се присъединяват Полша, Чешка република, Унгария, Словакия, Словения, Литва, Латвия, Естония, Кипър и Малта, от 01.01.2007 г. още 2 държави (България и Румъния) и на 01.07.2013 г. се присъединява Хърватска. Анализират се промените във финансирането на техните здравни системи, въпреки сравнително краткия период преди и след приемането им. Резултатите са в таблица 1.

*Таблица 1 Средни стойности на разглежданите финансови показатели за някои страни преди и след приемането им в ЕС*

Държава	Публични разходи за здравеопазване, като процент от брутният вътрешен продукт		Публични разходи за здравеопазване на глава от населението по ППС		Частни разходи за здравеопазване, като процент от общите разходи за здравеопазване	
	преди членството в ЕС	след членството в ЕС	преди членството в ЕС	след членството в ЕС	преди членството в ЕС	след членството в ЕС
България	3,99%	3,90%	\$340,90	\$625,40	40,38%	45,35%
Естония	3,75%	4,39%	\$414,00	\$1 033,27	20,19%	22,02%
Кипър	2,35%	2,69%	\$544,26	\$857,68	53,10%	46,82%
Латвия	2,80%	3,42%	\$265,03	\$654,07	48,16%	38,99%
Литва	4,36%	4,19%	\$441,69	\$915,40	26,13%	30,54%
Малта	5,14%	5,64%	\$996,77	\$1 605,56	28,49%	32,92%
Полша	3,99%	4,35%	\$457,62	\$906,78	28,54%	24,94%
Румъния	3,87%	3,99%	\$323,61	\$737,44	19,16%	20,54%
Словакия	4,76%	5,32%	\$608,66	\$1 293,83	11,24%	22,24%
Словения	5,68%	5,93%	\$1 116,17	\$1 683,70	11,47%	12,59%
Унгария	4,96%	5,01%	\$687,08	\$1 078,82	27,50%	27,36%
Хърватска	6,06%	5,61%	\$1 026,77	\$1 264,85	14,34%	14,86%
Чешка република	5,35%	5,74%	\$957,25	\$1 622,77	10,30%	13,95%

*Източник: изчисления на автора*



Започвайки анализа от първия показател се вижда, че в България, Литва и Хърватска средната стойност на публичните разходи за здравеопазване, като процент от БВП намалява след приемането им в ЕС. Фактът, че дори членството в европейското семейство не катализира промени в посока на увеличаването на тези разходи, както е в по-развитите страни, а дори напротив – те намаляват, показва, че тези страни не смятат системите си на здравеопазване за приоритет. Въпреки това, както и във всички останали страни, публичните им разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност се увеличават. Това се дължи както на увеличението на БВП в тези три страни<sup>29</sup>, така и на прогресивно намаляващото население в тях<sup>30</sup>. По отношение на частните разходи за здравеопазване, като процент от общите разходи за здравеопазване нещата също не са еднозначни. При 9 от страните имаме увеличение на тези разходи след приемането им в ЕС, като при Словакия те се удвояват, а на второ място по размер на увеличението е България с близо 5% разлика. Това е средния размер на допълнителните разходи за здравеопазване, с които са били натоварени българските домакинства след приемането ни в ЕС. Рекордьори по намаляване на частните разходи са Латвия, с намаление от близо 10% и Кипър с приблизително 7%.

При разглеждането на средните стойности на отделните показатели се видя повторемост на страните намиращи се в челото и дъното на тези класации. Може да се обобщи, че повечето от страните в дъното са от тези, които са се присъединили по-късно към ЕС, а тези в челото са от по-добре развитите икономически „стари” страни-членки. За да се провери наличието на такова разделение се прилага клъстерен анализ. Разпределението на държавите по клъстери е дадено в таблица 2. Първият клъстер се състои от страните, които са се присъединили последни към ЕС (България, Естония, Кипър, Латвия, Литва, Малта, Полша, Румъния, Словакия, Словения, Унгария, Хърватска, Чешка република), плюс Гърция, Португалия и Испания. Оказва се, че тези три южни държави отделят по-малко средства за здравеопазване, в сравнение с останалите по-отдавнашни страни-членки. В клъстер 2 попадат Австрия, Белгия, Великобритания, Германия, Дания, Ирландия, Италия, Люксембург, Финландия, Франция, Нидерландия, Швеция. Присъствието в клъстер 2 само на „старите” страни-членки, които са и по-напреднали в икономическо отношение, отново категорично потвърждава тенденцията, че колкото по-добре икономически развита е една страна, толкова повече средства тя е склонна да отделя за здравеопазване.

---

<sup>29</sup> Източник <https://data.worldbank.org>

<sup>30</sup> Източник <https://www.worldometers.info>

*Таблица 2 Разпределение на страните от ЕС по клъстери, според използваните финансови количествени признаци*

Клъстер	Държави
клъстер 1	България, Гърция, Естония, Испания, Кипър, Латвия, Литва, Малта, Полша, Португалия, Румъния, Словакия, Словения, Унгария, Хърватска, Чешка република
клъстер 2	Австрия, Белгия, Великобритания, Германия, Дания, Ирландия, Италия, Люксембург, Финландия, Франция, Нидерландия, Швеция

*Източник: изчисления на автора*

### **3. Анализ на здравните показатели на населението в европейските страни**

В тази част на анализа на здравните неравенства в страните от ЕС ще бъдат разгледани именно разликите в здравето на техните граждани. Това ще се извърши, като се сравнят три основни здравни показателя – очаквана продължителност на живота при раждане (общо за двата пола), брой умиралия (на 1000 души население) и смъртност при новородени (на 1000 живородени). Те съдържат в себе си до голяма степен информация за качеството на здравните грижи във всяка страна и дават представа за адекватността на здравните системи по отношение на нуждите на населението. Анализът на здравните показатели се извършва следвайки последователността и методите от предишния параграф.

#### **3.1. Очаквана продължителност на живота при раждане (за двата пола)**

Този показател се дефинира като среден брой години, които се очаква да живее едно новородено, ако смъртността към момента на раждането му остане постоянна и в бъдеще. При средна очаквана продължителност на живота при раждане за ЕС от 79,11 г., 15 държави попадат над тази граница, а други 13 са под нея. Болшинството от държави във втората половина са от присъединилите се към ЕС в последните години. Наблюдава се различен градиент на намаляване на средната стойност на показателя – в първата половина на таблицата намаляването е едва 2,33 г., а във втората е 6,41 г. или близо три пъти повече. България отново е сред страните в дъното на таблицата с очаквана

продължителност на живота при раждане от 73,23 години, което е близо 6 г. по-малко от средното за ЕС и над 8 г. по-малко от страната на първо място Италия. От тествани 378 двойки страни в ЕС, при 353 (93,39%) са налице статистически значими разлики в очакваната продължителност на живота при раждане, а при 25 двойки (6,61%) те отсъстват. Най-дълго, в рамките на изследвания период, се очаква да живеят гражданите на Италия, а най-малко тези на Латвия, като разликата между тях в абсолютна стойност е 9,02 г. От всички разгледани дотук показатели, при настоящия се наблюдават най-сериозните неравенства до момента – едва при 6,61% от тестваните двойки страни липсва статистически значима разлика в очакваната продължителност на живота при раждане.

### **3.2. Брой умирения (на 1000 души население)**

Средната стойност на броя умирения в ЕС за разглеждания период е 9,92. Под тази стойност е показателя в 13 страни, а над нея в 15 страни. Най-ниска е смъртността в Ирландия, където средната стойност на показателя е 6,73, съответно най-висока е в България, където стойността е 14,69 или повече от два пъти над минималната. България за пореден път е на последно място сред страните от ЕС. Вижда се, че отново имаме групиране на определени страни в последната част на таблицата – това са Литва, Латвия, Естония и Румъния. Изненадващо, както и при предишния показател е мястото на Германия, чиято здравна система е считана за една от най-добрите в света. Тя е далеч дори от средните за ЕС нива и изостава значително със своите 10,45 умирения на 1000 души население. Кипър, която е една от страните с най-лоши финансови показатели в ЕС (на последно място при два от трите разгледани финансови показателя) пък е с едно от най-ниските нива на смъртност. От всички 378 двойки страни при 36 (9,52%) не се наблюдава такава разлика, а при останалите 342 (90,48%) се наблюдава статистически значима разлика в броя умирения на 1000 души население. Както и при всички показатели досега, различията между отделните страни в ЕС преобладават и са по-скоро правило, отколкото изключение.

### **3.3. Смъртност при новородени (на 1000 живородени)**

Динамиката на този показател показва тенденция към неговото бързо подобрене във всички страни, без изключение, като в някои от тях намалява повече от два пъти за изследвания период<sup>31</sup>. Най-висока смъртност при новородени (на 1000 живородени)

---

<sup>31</sup> Източник <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN>

имаме в Румъния през 2000 г. (18,3 на хиляда), а най-ниска във Финландия през 2016 г. (1,6 на хиляда). Въпреки тенденцията към подобрене, относителните разлики между страните почти се запазват, като например, между Финландия и Румъния разликата през 2000 г. е 5,2 пъти (18,3 срещу 3,5 на хиляда), а през 2016 г. тя е 4,4 пъти (7,1 срещу 1,6 на хиляда). При разглеждане на средната стойност на смъртността при новородени (на 1000 живородени) за всички страни от ЕС, за времето от 2000 г. до 2016 г. се установява, че с 2,68 смъртни случая на 1000 живородени Финландия е страната, която е на първо място, а Румъния с 12,34 смъртни случая на 1000 живородени е на последно място по този показател. Това означава разлика от 4,6 пъти. Средната стойност за ЕС за периода е 4,47 смъртни случая на 1000, което поставя 17 държави над тази граница и 11 под нея. България е държавата с втора най-висока смъртност, започвайки с 14,3 смъртни случая на 1000 живородени през 2000 г. и достигайки 6,5 на 1000 живородени през 2016 г. Това е поредното доказателство за неравностойното положение на българските граждани, спрямо гражданите на голямата част от останалите страни в ЕС. При последните три държави в тази класация – Румъния, България и Латвия, градиентът на нарастване на смъртността е по-голям отколкото при държавите, които са по-напред в таблицата. Увеличаването на средната стойност на смъртността при новородени (на 1000 живородени) при първите 25 държави е равно на нарастването при последните 3 от тях.

Резултатите от проверката на хипотезата за наличие на статистически значима разлика между смъртността при новородени (на 1000 живородени) в отделните държави показва, че от общо тестваните 378 двойки страни, при 336 (88,89%) се установява наличието на статистически значима разлика в този показател, а при 42 (11,11%) няма такава. Показателят има близки стойности за държавите, които се намират в средата на таблицата и се различава значително при страните, намиращи се в нейното начало и край. Така например, Латвия, България и Румъния, които са на последните три места, имат смъртност при новородени, която се различава значително от всички останали държави в ЕС. Същото важи и за Словения и Чешка република, а при Финландия, Люксембург и Швеция показателите са близки само до тези на съседните държави. За разлика от тях, страни като Кипър, Португалия, Франция, Австрия и Гърция имат стойности на този показател, които са сравними със стойностите на съседните им няколко държави. Това може да бъде обяснено, както отбелязахме и по-рано, с по-големия градиент на изменение на средната стойност на показателя при страните в дъното на таблицата, който предполага и по-големи различия между тях.

Направена е оценка на промяната в здравното състояние на гражданите на тринадесетте страни, които са се присъединили към ЕС в рамките на разглеждания период, посредством сравнение между средните стойности на всеки от здравните показатели за двата периода - преди и след приемането на съответната държава в ЕС. Резултатите са обобщени в таблица 3, като страните са подредени по азбучен ред.

*Таблица 3 Средни стойности на разглежданите здравни показатели за някои страни преди и след приемането им в ЕС*

Държава	Очаквана продължителност на живота при раждане (за двата пола)		Брой умирания (на 1000 души население)		Смъртност при новородени (на 1000 живородени)	
	преди членството в ЕС	след членството в ЕС	преди членството в ЕС	след членството в ЕС	преди членството в ЕС	след членството в ЕС
България	72,16	73,98	14,41	14,88	12,41	8,30
Естония	70,72	75,07	13,25	12,16	7,68	3,85
Кипър	78,20	79,46	6,82	6,79	5,18	3,04
Латвия	70,83	72,98	14,00	14,38	10,55	6,45
Литва	71,88	72,92	11,65	13,65	8,08	5,27
Малта	78,62	80,67	7,60	7,68	6,38	5,98
Полша	74,26	76,24	9,53	9,95	7,50	5,26
Румъния	71,47	74,08	12,07	12,65	16,49	9,43
Словакия	73,42	75,39	9,70	9,78	7,75	5,88
Словения	76,01	79,39	9,43	9,28	4,23	2,69
Унгария	72,04	74,33	13,20	13,06	7,88	5,25
Хърватска	75,48	77,48	11,62	12,25	5,63	4,20
Чешка република	75,13	77,46	10,65	10,28	4,20	2,88

*Източник: изчисления на автора*

По отношение на първия показател се наблюдава увеличение при всички държави. Това доказва глобалната тенденция, наблюдавана в последните няколко години, на постоянно увеличаване на продължителността на живота. Броя умирания (на 1000 души население) нараства при осем от тринадесетте държави - България, Литва, Латвия, Малта, Полша, Румъния, Словакия и Хърватска, като най-сериозно е това нарастване, след приемането в ЕС, при Литва. При останалите пет държави броя умирания (на 1000 души население) намалява след приемането в ЕС. Смъртността при новородени (на 1000

живородени) също намалява при всички страни-членки, като най-сериозно е това намаление при Румъния, със 7,06 на 1000 живородени и България с 4,11 на 1000 живородени.

Чрез клъстерен анализ групираме страните в ЕС по изследваните здравни показатели (таблица 4),

**Таблица 4** *Разпределение на страните от ЕС по клъстери, според използваните здравни количествени признаци*

Клъстер	Държави
клъстер 1	България, Естония, Латвия, Литва, Полша, Румъния, Словакия, Унгария, Хърватска
клъстер 2	Австрия, Белгия, Великобритания, Германия, Гърция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Кипър, Люксембург, Малта, Португалия, Словения, Финландия, Франция, Нидерландия, Чешка република, Швеция

*Източник: изчисления на автора*

В клъстер 2 са държавите с по-добри здравни показатели, а в клъстер 1 са тези, в които здравните показатели на населението са по-лоши. Страните, попадащи в клъстер 1, са част от същите, които бяха и в клъстера на държавите отделящи по-малко средства за здравеопазване. Това означава, че в България, Естония, Литва, Латвия, Полша, Румъния, Словакия, Унгария и Хърватска се отделят по-малко публични средства за здравеопазване и имаме по-лоши здравни показатели на населението. В същото време при страни като Австрия, Белгия, Великобритания, Германия, Дания, Ирландия, Италия, Люксембург, Финландия, Франция, Нидерландия и Швеция се наблюдава по-високо ниво на финансиране и по-добри показатели за здравословното състояние на населението в тях. За страните, които променят принадлежността си към съответния клъстер при двата вида анализ, а именно Гърция, Испания, Кипър, Малта, Португалия, Словения и Чешка република, тази зависимост не се потвърждава. Това са страни, в които въпреки сравнително по-ниските разходи за здравеопазване, се наблюдават по-добри здравни показатели на населението. В случая, тези здравни показатели се обясняват с външни за здравната система фактори (климат, култура, начин на живот и др.).

#### **4. Анализ на зависимостта между финансирането на здравната система и здравните показатели на населението в европейските страни**

За да се анализира в по-голяма дълбочина влиянието на разглежданите финансови показатели върху избраните показатели за здравословното състояние на населението ще се използва отново инструментариума на статистическите методи за анализ. Имайки предвид резултатите от клъстерния анализ на страните от таблица 16, ще се анализират, поотделно за двете групи, влиянието на публичните разходи за здравеопазване, като процент от БВП, публичните разходи за здравеопазване на глава от населението, по паритет на покупателната способност и частните разходи за здравеопазване, като процент от общите разходи за здравеопазване върху всеки един от трите здравни показателя, поотделно за двата клъстера. По този начин ще се добие представа за степента до която тези финансови показатели оказват влияние върху здравните показатели, при така формираните групи от държави. За целта ще се използва метода на множествената линейна регресия, *като ще се разглеждат панелни данни и те ще се анализират като "обединени данни в статика и динамика" (pooled cross-sectional and time series data)*. Анализирайки поотделно двата клъстера от страни от таблица 1, получаваме следните обобщения:

##### **За страните от клъстер 1:**

- ❖ налице е закономерна множествена зависимост на всички изследвани здравни показатели от избраните три факторни финансови показатели;
- ❖ множественият линейен регресионен модел е адекватен метод за изследване на тези зависимости;
- ❖ публичните разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност влияе с най-голяма тежест и върху трите здравни показателя;
- ❖ частните разходи за здравеопазване, като процент от общите разходи за здравеопазване не влияят по никакъв начин върху два от здравните показатели;

##### **За страните от клъстер 2:**

- ❖ налице е закономерна множествена зависимост на всички изследвани здравни показатели от избраните три факторни финансови показатели;

- ❖ множественият линеен регресионен модел е адекватен метод за изследване на тези зависимости;
- ❖ публичните разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност влияят с най-голяма тежест върху трите показателя;

Така извършения анализ в глава втора по недвусмислен начин доказва съществуването на неравенства в здравните системи на страните от ЕС. При сравнението на финансовите им показатели, бяха тествани общо 1134 двойки страни (3 показателя по 378 теста за всеки един), при които се установи наличие на статистически значима разлика при 1039 от тях (91,62%). Съответно, при тестването на разликите в здравните показатели, от извършени 1134 теста при 1031 (90,92%) от тях се установява отново наличието на статистически значима разлика в показателите. Общо, при направени 2268 теста, при 2070 от тях (91,27%) се установяват статистически значими разлики. Те присъстват при всички показатели за разглеждания период – публичните разходи за здравеопазване, като процент от БВП в Германия са повече от три пъти по-големи от тези в Кипър, Люксембург има публични разходи за здравеопазване на глава от населението близо девет пъти по-големи от тези в България, а частните разходи за здравеопазване, като процент от общите разходи за здравеопазване за френските граждани са пет пъти по-малки от тези, които плащат гражданите в Кипър. Не по-различна е ситуацията при здравните показатели на населението в отделните страни. В Италия, Испания, Швеция и Франция хората живеят около девет години повече, отколкото в Литва, Латвия, Румъния и България, смъртността в Ирландия е 6,73 на 1000 души население срещу 14,69 на 1000 в България или над два пъти по-ниска. В Румъния умират 4,6 пъти повече деца, преди достигане на възраст от 1 г. отколкото във Финландия. България е една от страните с най-незавидни показатели – финансови и здравни, като дори приема на страната ни в ЕС през 2007 г. не оказва особено благотворно влияние върху тях, дори напротив, някои от тях се влошават.



## **ОСНОВНИ ИЗВОДИ ОТ ВТОРА ГЛАВА**

1. Финансирането на здравните системи в Европа се различава съществено между отделните държави. Това се доказва както по отношение на публичните разходи (посредством разглеждането на публичните разходи за здравеопазване, като процент от БВП и публичните разходи за здравеопазване на глава от населението по паритет на покупателната способност), така и по отношение на частните разходи на всеки един индивид (с използване на показателя частни разходи за здравеопазване, като процент от общите разходи за здравеопазване).
2. Ясно се обособяват клъстери от държави в ЕС, съответно отделящи повече и по-малко средства за здравеопазване.
3. Основните показатели за здравословно състояние значително се различават при хората, живеещи в различните европейски страни. Това се доказва посредством сравнението на показателите очаквана продължителност на живота при раждане, брой умирация (на 1000 души население) и смъртност при новородени (на 1000 живородени).
4. България е страната с най-ниски публични разходи за здравеопазване на глава от населението, вторите най-високи частни разходи за здравеопазване, като процент от общите разходи за здравеопазване в ЕС и третите най-ниски по величина публични разходи за здравеопазване, като процент от БВП. България е от малкото страни, при които членството в ЕС не води до положителни промени във финансирането на здравната система. Това показва, че финансирането на здравеопазването у нас не е приоритет за управляващите.
5. България е от страните с най-лоши здравни показатели на населението – най-висок брой умирация (на 1000 души население) в ЕС за разглеждания период, втора най-висока смъртност при новородени (на 1000 живородени) и една от най-ниските очаквана продължителност на живота при раждане.

## **ТРЕТА ГЛАВА. ПОЛИТИКИ ЗА НАМАЛЯВАНЕ НА НЕРАВЕНСТВАТА МЕЖДУ ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ НА СТРАНИТЕ ОТ ЕС**

В настоящата глава от дисертационния труд се дават някои насоки за намаляване на неравенствата между страните от ЕС, както и за компенсиране на изоставането на България от по-развитите икономически страни. Това става на базата на получените резултати и направените изводи в глава втора.

### ***1. Европейски политики за намаляване на неравенствата между здравните системи на страните в ЕС***

Принципи като равенство и справедливост са залегнали още при образуването на ЕС. Съюзът обаче има добре дефиниран и ограничен набор от компетенции в областта на здравеопазването. ЕС не може да дефинира, нито да формира здравни политики, както и не може да организира и предоставя здравни услуги и медицински грижи<sup>32</sup>. В това отношение основната отговорност е на държавите-членки, чиито задължения включват дефинирането на здравни политики, организация, управление и предоставяне на здравни услуги и медицински грижи, както и разпределение на ресурси. Съществуват все пак области, в които справянето с общи за ЕС предизвикателства постига „добавена стойност“.

#### ***1.1 Работа на институциите на ЕС за намаляване на здравните неравенства***

Проблемът за здравните неравенства е част от работата на всички институции в ЕС. Неговата значимост предполага усилията на всяка една от тях за постигане на видими и устойчиви резултати. В зависимост от своите правомощия, институциите на ЕС допринасят по различен начин и с различни средства за намаляването на здравните неравенства между страните в ЕС.

##### ***1.1.1 Съвет на ЕС***

Няколко председателства на ЕС са разглеждали въпроси, свързани със социалните детерминанти на здравето и неравенствата в здравеопазването, някои са го правили и в своите заключения<sup>33</sup>. Така например, в заключенията на Съвета от юни 2010 г. се изразява загриженост, че уязвимите и социално изключени групи страдат от лоши средни

---

<sup>32</sup> Lomba, N., The benefit of EU action in health policy: The record to date, European parliamentary research service, European added value unit, March, 2019;

<sup>33</sup> Scholz, N., Addressing health inequalities in the European Union. Concepts, action, state of play, European Parliamentary Research Service, February, 2020;

нива на здраве. Според заключенията, причините за лошото здраве в такива групи могат да включват по-неблагоприятни нива на доходи, образование, жилища и икономическо благосъстояние от основното население, както и социална дискриминация и неравен достъп до здравни услуги. Заключенията на Съвета от декември 2012 г. относно здравословното остаряване признават, че икономическите, социалните и екологичните условия, както и начинът на живот са сред определящите фактори за здравето и че справянето с тях чрез междусекторни действия остава едно от важните предизвикателства за постигане на активно и здраво стареене за всички. В заключенията на Съвета от декември 2016 г., относно ускоряването на процеса на интеграция на ромите, категорично се потвърждава продължаващата необходимост от интегрирани мерки за подобряване на положението на маргинализираните и групите в неравностойно положение в Европа, включително ромите. Съветът настоятелно призовава държавите-членки да осигурят равен достъп на ромите до универсални първични и специализирани здравни услуги и да разшири достъпа до здравеопазване чрез повишаване на осведомеността относно здравеопазването и подобряване на достъпа до ваксинация и превантивно здравеопазване в ромските общности.

### ***1.1.2 Европейска комисия***

Приетата през 2007 г. здравна стратегия на ЕС „Заедно за здраве“ определя общата рамка на дейностите на Общността в областта на здравеопазването<sup>34</sup>. Стратегията се основава на няколко основни принципи и изрично заявява, че ценностите, свързани с подобряване на здравето, трябва да включват намаляване на неравенствата в здравето.

Стратегията „Европа 2020“, приета през 2010 г., признава необходимостта от борба с бедността и социалното изключване, както и намаляване на неравенствата в здравеопазването, като предпоставка за растеж<sup>35</sup>. Едно от средствата за постигане на целта на стратегията, а именно извеждане на 20 милиона души от бедността и социалното изключване до 2020 г., е стартирането на европейска платформа срещу бедността и социалното изключване. В работен документ на Комисията от 2013 г. се твърди, че инвестирането в намаляване на неравенствата в здравето прекъсва порочния кръг на лошото здраве, допринасящо и произтичащо от бедност и изключване. Основните мерки, предложени в документа, включват приоритизиране на определени групи с цел подобряване на качеството и достъпа им до здравни системи, справяне с основните

---

<sup>34</sup> Health programme 2008-2013 Together for health, European commission, 2007;

<sup>35</sup> European strategy for smart, sustainable and inclusive growth Europe 2020, European commission, 2010;

рискови фактори в здравословното поведение и осигуряване на адекватни доходи и условия на живот и труд.

### ***1.1.3 Европейски парламент***

Справянето със социалните детерминанти на здравето и намаляването на здравните неравенства във всичките им измерения отдавна е неразделна част от работата на Европейския парламент. Това става по няколко различни начини:

- резолюции;
- пилотни проекти

### ***1.1.4 Консултативни комитети***

Съществуват два консултативни комитета, които участват и дават становища по въпроси, свързани с борбата с неравенствата в здравеопазването.

- Европейски комитет на регионите – той е консултативен орган на ЕС, съставен от местни и регионални представители на изборни длъжности от 27-те страни от Съюза.
- Европейски икономически и социален комитет – той е консултативен орган на ЕС, в който влизат представители на организации на работниците и работодателите и на други групи.

### ***1.1.5 Агенции***

Децентрализираните агенции на ЕС също играят роля в борбата с неравенствата в здравеопазването. Разгледан е подробно приноса на две от тях.

- Европейски център за превенция и контрол на заболяванията – предоставя данни от наблюдения и научни съвети по отношение на 52 заразни болести и състояния, епидемии и заплахи за общественото здраве.
- Европейска фондация за подобряване на условията на живот и труд – представлява агенция на ЕС, която предоставя знания, за да подпомага разработването на социални и трудови политики.

Очевидно е, че ангажираността на ЕС към проблема за здравните неравенства е на много високо ниво. На практика, всички негови основни органи участват активно по някакъв начин в решаването му. Ако към тях се прибавят и сериозните усилия на организации като СЗО, ООН, ОИСР и др. е видно, че желанието за намаляване на

здравните неравенства между страните в световен мащаб ангажират сериозен човешки, финансов и времеви ресурс. Въпреки това, те са явление, което не само продължава да съществува, но има и тенденция за задълбочаване във времето. Всичко това поставя множество въпроси, относно използваните до момента начини за решаване на проблема.

Дългогодишните неуспешни опити на ЕС за справяне със здравните неравенства ни насочват към размисли относно адекватността на текущата политика на съюза по отношение на здравеопазването като цяло. Въпреки усилията, които полагат на практика всички органи на ЕС, основната отговорност за финансирането, определянето на приоритетите и формулирането на политиките в здравеопазването в крайна сметка е отговорност на всяка страна. Основната препоръка тук е за по-активно и директно участие на ЕС в определени аспекти на здравната политика на страните-членки. Много добър пример в това отношение беше демонстриран само преди няколко месеца, при преговорите между ЕС и доставчиците на ваксини срещу COVID-19 за населението на всички страни-членки. Централизираният подход значително улесни процеса на преговори, позволи постигането на приемливи крайни цени и постави ЕС в силна позиция, при последващите проблеми с разпределението им между отделните държави. Съществено бе подпомогнато и планирането и осъществяването на доставките. Много показателен сигнал за желанието на ЕС, да участва по-активно при формирането на обща здравна политика, би било обособяването на самостоятелна Генерална дирекция „Здравеопазване“ към Европейската комисия, а не както е в момента „Здравеопазване и безопасност на храните“. Европейски комисар, който е отговорен само за сектор „Здравеопазване“ би бил много по-полезен и фокусиран върху проблемите именно на този важен за целия ЕС отрасъл.

Друга възможна промяна е да се помисли по въпроса за въвеждане на препоръчителен и минимален размер на публичните разходи за здравеопазване за всички страни-членки. Това би могло да се направи аналогично на постигнатия консенсус между партньорите в НАТО за препоръчителния размер на разходите за отбрана от 2% от БВП. Разбира се, дефинирането на точният размер на тези разходи е въпрос на внимателен и задълбочен анализ, а самото покачване може да се извърши постепенно, по предварително одобрен план и с отчитане на особеностите на всяка страна. Друга възможност е периодичен мониторинг на състоянието на здравната система във всяка страна и на здравните показатели на населението в нея. Това би водело до директни сравнения между страните и отчитане на напредъка по определени поети ангажименти. Като резултат от този мониторинг ЕС може да дава препоръки със задължителен характер, за всяка от

държавите-членки с конкретен срок за изпълнение и очаквани подобрения. Това ще увеличи още повече ангажираността и отговорността на ЕС по отношение на здравето на гражданите и състоянието на здравните системи на всички страни-членки. Като допълнителен позитивен ефект, би могло да се очаква и качествено подобрение в процеса на събиране, съхранение, обработка и анализ на всякакъв вид здравна статистическа информация, което и до момента е слабост на някои от страните и на статистическата служба към ЕС.

## **1.2 Европейски фондове и оперативни програми**

ЕС подкрепя и финансово действия за намаляване на неравенствата в здравеопазването чрез различни фондове. Фондът за европейска помощ за най-нуждаещите се лица (FEAD) дава възможност за подкрепа на политики и мерки, предприети от държавите-членки за облекчаване на най-тежките форми на бедност. Той осигурява подкрепа с храна, материална помощ, съпътстващи мерки, под формата на съвети и насоки, както и дейности за социално включване. Финансирането от ЕС е над 3,8 млрд. евро за периода 2014-2020 г., към което се добавя и 15% собствено участие от страните-членки (около 674 млн. евро), като общите ресурси, насочени чрез фонда, достигат до около 4,5 милиарда евро.

Европейският социален фонд (ЕСФ) е основния инструмент на ЕС за борба с бедността и социалното изключване. Той осигурява съфинансиране на действия, насочени към подпомагане на достъпа на хората до пазара на труда и подобряване на положението на най-уязвимите лица. За периода 2014-2020 г. за инвестиции са предвидени 80 млрд. евро.

Европейският фонд за регионално развитие (ЕФРР) има за цел да засили икономическото и социално сближаване в ЕС, като възстанови нарушеното равновесие между регионите в него. Той допринася за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж и съсредоточава инвестициите си върху няколко ключови приоритетни области: иновации и научни изследвания, цифрови технологии, подкрепа за малки и средни предприятия и др. Действията по ЕФРР имат за цел да облекчат икономическите, екологичните и социалните проблеми в градските райони с особен акцент върху устойчивото градско развитие. Зоните с неблагоприятни географски дадености (отдалечени, планински или рядко населени райони) се ползват с привилегировано отношение, а най-отдалечените получават специална помощ от ЕФРР, за да се преодолеят евентуалните недостатъци, произтичащи от тази отдалеченост.

След приемането си в ЕС през 2007 г. България също се превърна в потенциален бенефициент на средства от европейските фондове. В последните години бяха завършени няколко големи проекти от Министерство на здравеопазването, които се осъществяват с финансовата подкрепа на различни оперативни програми, съфинансирани от ЕС чрез неговите фондове.

Съществен принос към обновяването на болничната инфраструктура, макар и не като част от европейските фондове и програми, има и Револвираният фонд, управляван от Министерство на здравеопазването. Той е създаден в рамките на инвестиционната програма на министерството по проект „Реформа в здравния сектор” и е финансиран по заемното споразумение между Световната банка и България. Фондът е финансов инструмент, чрез който се предоставя безлихвен финансов лизинг на лечебни заведения с цел инвестиции в медицинска инфраструктура – медицинско оборудване, обзавеждане и ремонтни дейности. Право да кандидатстват имат всички лечебни заведения по смисъла на Закона за лечебните заведения, които имат сключени договори за извършване на медицинска дейност с НЗОК, като приоритет във втората фаза е болничният сектор.

Европейските фондове са мощен и ефективен инструмент, който подпомага активно борбата със здравните неравенства между страните от ЕС. Посредством директни (под формата на закупуване на медицинска апаратура и оборудване, обновяване на сграден фонд, обучение и квалификация на персонал) и индиректни (влияещи на социално-икономическите детерминанти на здравето) плащания страните-членки имат възможност за придобиване на скъпоструваща и високотехнологична медицинска апаратура, която да подпомогне лечебно-диагностичния процес, дори в отдалечени и слабо населени райони. Това води до значително подобряване на достъпа и качеството на медицинската услуга, намалявайки регионалните диспропорции в осигуреността с ресурси. Като недостатък може да се отчете, че подобни програми имат относително кампаниен характер и не обхващат в достатъчна степен нуждите, особено на по-бедните страни от ЕС. Основни препоръки тук биха могли да бъдат дадени основно в посока на по-активно участие на заинтересованите страни-членки в оперативните програми (включително и България), отделянето на повече средства от националните им бюджети за съфинансиране на проектите, както и по-голям фокус към инвестиции в ИМП. По този начин, ефекта от модернизация и подобряване на достъпа до медицинска помощ сега, би могъл да се мултиплицира многократно с бъдещите ползи от намаляването на броя на хоспитализациите, в резултат от по-ефективната работа на ИМП, а следователно и на разходите за болнична медицинска помощ като цяло.

## ***2. Мерки за компенсиране на изоставането на България от развитите европейски страни***

С помощта на подробния сравнителен анализ от предходната глава беше доказано, че публичните разходи за здравеопазване в България са едни от най-ниските в ЕС. От друга страна, регресионният модел на различните здравни показатели потвърди, че именно публичните разходи на глава от населението, по паритет на покупателната способност са тези, които оказват най-силно влияние върху тях. Тези факти недвусмислено показват, че посоката за бъдещи подобрения в сектора е към увеличаването на публичните разходи за здравеопазване. Това, освен всичко друго, би довело и до намаляване на частните разходи за здравеопазване на домакинствата в България, които са едни от най-високите в ЕС. В настоящия параграф ще бъдат разгледани някои приоритетни направления в българското здравеопазване, при които увеличеното финансиране би довело до положителна промяна за всички потребители на здравни услуги.

### ***2.1 Премахване на дисбаланса във финансирането на болничната и извънболничната медицинска помощ***

Вглеждането в постоянно нарастващите разходи за болнична помощ отдавна е част от ежедневието на специалистите в здравния сектор. В съзнанието на гражданите трайно е насадено мнението, че болниците са един огромен консуматор на финансов ресурс, изпитващ необходимост от все повече и повече финансиране. Някак встрани остават проблемите на ИМП, които не са никак малки, а в решението им до голяма степен се крие и решението на финансовите проблеми в болничната помощ<sup>36</sup>.

Една от основните функции на ИМП, посредством ОПЛ и лекарите специалисти е да бъде „пазач на входа“ на болничната система, т.е. да лекува заболявания, които не изискват непременно постъпване в болница, където със сигурност разходите за всеки пациент биха били в пъти по-високи. За изпълнението на тази цел трябва да са налице поне две условия – от една страна трябва да има достатъчно на брой лекари (ОПЛ и специалисти), медицински сестри и акушерки, а от друга те трябва да имат възможност за осъществяване на качествена дейност. Това означава те да разполагат с достатъчно направления за медико-диагностични дейности, съвременна апаратура, възможности за развитие, достойно заплащане и т.н. Системното недофинансиране на сектора е довело

---

<sup>36</sup> Игнатов, Б., (Не)нужната извънболнична помощ, списание „GP news“, брой 8 (195), Август, 2016



до ситуация, при която в някои области на България нито едно от тези условия не е налице. Много често личните лекари насочват пациенти за скъпоструващи последващи платени изследвания, платен преглед при специалист или предписват лекарства, изцяло заплащани от пациента. За все по-големи групи от населението, разчитащи основно на медицински дейности, покривани от НЗОК, това е равносилно на отказан достъп до медицинска помощ. Такива пациенти са с голям потенциал за последващи усложнения и хоспитализации, което неминуемо води и до по-високи разходи. Те могат да бъдат избегнати с инвестиции в ИМП и по този начин да не се допусне състоянието на пациента да изисква влизането му в болница.

## ***2.2. Нарастване на публичните разходи за лекарства и медицински изделия***

Разходите за лекарства заемат сериозен дял от бюджета на голям брой домакинства в България. За много от тях те са не само бариера към качествено лечение, но и сериозен фактор, спомагащ за прогресивното им обедняване. Разходите за лекарства в България непрестанно се увеличават, като, например, увеличението им 2013 г. спрямо 2003 г. е повече от 2,7 пъти. Частта от лекарствата, заплащани от НЗОК, съответно нараства за този период с малко над два пъти. И ако през 2003 г. разходите за лекарства, заплащани от домакинствата са били 73% от общите разходи за лекарства, то през 2013 г. този дял е вече 80%. Това ясно показва, че тенденцията в България е в посока на увеличаване на тежестта за домакинствата, за сметка на публичните средства. Имайки предвид нивото на бедност и икономическо развитие на страната ни, тази тенденция може да бъде прекалено опасна, както за здравето, така и за финансовото състояние на голяма част от хората.

В глава втора беше доказано, че частните разходи за здравеопазване в България, под формата на различни видове доплащания, са едни от най-високите в ЕС. През 2017 г. повече от две трети (или над 70%) от тези разходи са за лекарствени продукти. В останалите страни от ЕС отново лекарствата заемат най-голям дял от разходите на домакинствата, но техният размер е чувствително по-малък от този за гражданите в България. общите разходи, тези за лекарствени продукти и медицински изделия в България са най-високите в ЕС (над 40%), въпреки че в абсолютно изражение (567 евро на човек) са едва малко по-високи от средните за ЕС от 522 евро (фигура 26). Тези данни обхващат само извънболничния пазар на лекарствени продукти. Това е доказателство за необходимостта от реформи и промяна в политиките, касаещи реимбурсирането на

заплатените от пациента лекарствени средства. Ниските доходи от работни заплати и пенсии, по-слабото ниво на икономическо развитие на страната ни в сравнение с повечето страни-членки на ЕС и влошените здравни показатели на населението са допълнителни фактори, които обуславят острата нужда от скорошни промени в тази сфера на здравеопазването в България. Поради факта, че подобна мярка е сравнително лесна за администриране и въвеждане в действие, голямото нейно предимство е, че тя ще „достигне“ много бързо до хората, които веднага ще започнат да усещат положителното и въздействие, под формата на намалени частни разходи на всяко домакинство за лекарствени продукти. Всичко това е обаче въпрос на политически решения и осигуряване на необходимото финансиране.

### ***2.3. Нарастване на финансирането на програми за профилактика и промоция на здравето***

Превантивната грижа за здравето е в основата на всяка съвременна система на здравеопазване, която акцентира, както върху контрола на здравните рискове и предотвратяване на по-голяма част от заболяванията и преждевременната смъртност, така и върху активното повишаване на позитивното здраве.

Ограничаването на широкото разпространение на поведенческите рискови фактори представлява сериозно предизвикателство в България. Въпреки слабото намаление на употребата на тютюн, равнището на тютюнопушенето сред възрастните е най-високото в ЕС, като през 2014 г. достига 28 % (36,4 % сред мъжете). Тютюнопушенето сред подрастващите също е разпространено. Консумацията на големи количества алкохол през 2014 г., например, е малко под средното равнище за ЕС при възрастните, но се увеличава сред подрастващите момчета. Макар че процентът на затлъстяване сред възрастните е малко под средния за ЕС, проблемът сред децата нараства, като едно на всеки пет деца страда от наднормено тегло или затлъстяване<sup>37</sup>. Делът на умираанията, дължащи се на поведенчески рискови фактори, се оценява на 51% от всички смъртни случаи в България, спрямо 39% в целия ЕС. Рисковете, свързани с хранителния режим, включително ниската консумация на плодове и зеленчуци и високата консумация на захар и сол, имат определена роля за 33% от всички смъртни случаи през 2017 г., което е най-високият дял в ЕС и надвишава почти двойно средната стойност за ЕС (18%).

---

<sup>37</sup> България: Здравен профил на страната 2019, State of health in the EU, OECD publishing, Paris / European observatory on health systems and policies, Brussels, 2019;

Тютюнопушенето (включително активното и пасивното пушене) е допринесло за приблизително 21% от всички смъртни случаи, докато около 5% се дължат на употребата на алкохол, а 4% на ниската физическа активност.

През последните години България е постигнала известен напредък по отношение на контрола на тютюнопушенето, но то продължава да бъде основен проблем за общественото здраве. През 2014 г. равнището на тютюнопушене сред възрастните е най-голямото в ЕС, като повече от един на всеки четирима възрастни (и повече от един на всеки трима мъже) пуши ежедневно. Редовното тютюнопушене сред подрастващите също е изключително обезпокоително, особено сред момичетата.

Въпреки че през 2014 г. равнищата на затлъстяване при възрастните в България (14%) са малко под средните за ЕС (15%), консумацията на плодове и зеленчуци при възрастните е много ниска (второто най-ниско равнище измежду всички държави от ЕС).

Равнищата на наднормено тегло и затлъстяване се превръщат в основен проблем при децата, като едно на всеки пет деца понастоящем попада в тази категория. Това е четвъртото най-високо равнище в ЕС, като то се е увеличило значително от 2005 г. насам.

Политиките за профилактика и промоция на здравето имат относително слаб ефект. Много високите равнища на смъртност от инсулт, сърдечно-съдови заболявания и рак на белите дробове са свързани с широкото разпространение на поведенческите рискови фактори изброени по-горе. В Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014 - 2020 г. се подчертава необходимостта от намаляване на рисковите фактори, но въздействието от конкретните действия е нееднозначно.

Липсата на активна държавна политика в областта на промоцията и профилактиката е констатирана и в Националната здравна стратегия 2020. Изводите в нея са, че значителна част от населението в България е носител на сериозни поведенчески рискови фактори и е налице недостатъчно осъзната лична и обществена отговорност по отношение на индивидуалното здраве, здравето на семейството и на цялото общество. Налице е неизползван потенциал за постигане на по-добро здраве на българските граждани.

Тъй като политиката на Министерството на здравеопазването в областта на превенцията, промоцията и контрола на общественото здраве не е самоцел, а се провежда в контекста и на други здравни политики, би било интересно да се разгледа съотношението на средствата, изразходвани по тези политики. На фигура 5 е показана динамиката на изразходените средства за периода 2013 - 2016 г. за три от тях: политика в областта на лекарствените продукти и медицинските изделия, политика в областта на

превенцията, промоцията и контрола на общественото здраве и политика в областта на диагностиката и лечението.



**Фиг. 5 Динамика на изразходваните средства по политики на МЗ, в хил. лева, за периода 2013 – 2016 г.**

*Източник: Николаева, Н.И., Програмно бюджетиране на политиката на Министерство на здравеопазването в областта на промоцията, превенцията и контрола на общественото здраве в България – състояние и перспективи, Социално-икономически анализи, издание на ВТУ „Св. Св. Кирил и Методий“, книга 2, 2019;*

Данните показват, че основният фокус при финансирането е в диагностиката и лечението на заболяванията - за разглеждания четири годишен период изразходените средства по това направление са над един милиард и двеста милиона лева, докато тези, за превенция, профилактика и контрол на здравето са четири пъти по-малко, или около триста милиона лева. Разходите за лекарствени продукти и медицински изделия за периода са малко под осемдесет милиона лева. Тази графика ясно показва диспропорциите във финансирането на здравеопазването в България и острата нужда от преосмисляне на модела. Готовността на държавата да харчи огромни средства за диагностика и лечение е донякъде обяснима, с оглед натрупаните сериозни проблеми в системата и здравословното състояние на населението. При това, голяма част от финансовите отговорности на министерството на здравеопазването в последните години бяха прехвърлени към НЗОК (фонд за лечение на деца, фонд за асистирана репродукция и др.). Нужни са обаче още по-големи усилия за осигуряване на финансиране в по-

сериозни размери за програми, действащи превантивно, предотвратявайки по-тежки заболявания и водещи до ограничаване на поведенческите рискови фактори.

Можем да обобщим, че един от централните проблеми и същевременно възможност за по-успешно развитие на здравеопазването в България е необходимостта от постепенно нарастване на публичните средства в здравеопазването<sup>38</sup>. Това може да стане с увеличаване на размера на здравноосигурителната вноска, която е една от най-ниските в ЕС или чрез допълнително финансиране със средства от Републиканския бюджет. Сериозен потенциал за подобряване на финансирането в здравеопазването и достигането на по-добри резултати в здравето има и в демонополизацията на НЗОК създаването на конкурентна система от здравни фондове, отговарящи на определени условия, при наличие на механизъм за изравняване на рисковете. Въвеждането на диагностично-свързани групи също би спомогнало за по-справедливото заплащане на здравни услуги.

---

<sup>38</sup> Пазарни и непазарни алтернативи при публично финансираните услуги, Колектив, Издателски комплекс – УНСС, София, 2019 г.

## **ОСНОВНИ ИЗВОДИ ОТ ТРЕТА ГЛАВА**

1. Всички органи на ЕС участват активно в борбата със здравните неравенства с различни средства. Предвид получените резултати в глава втора на настоящия дисертационен труд можем да заключим, че те са неефективни и не изпълняват целите си. Необходимо е по-активно и директно участие на ЕС при формирането на общи за страните-членки здравни политики. Добро начало в тази посока е формирането на самостоятелна Генерална дирекция „Здравеопазване“ и назначаване на Комисар по здравеопазването.

2. Съществуват конкретни области в системата на здравеопазването в България, при които промяната в публичното финансиране би довело до оптимизация на разходите и подобряване на здравния статус на индивидите. Такива са премахването на дисбаланса във финансирането на болничната и извънболничната медицинска помощ, реимбурсирането на лекарства и медицински изделия и програмите за профилактика и промоция на здравето.

## **5. СПРАВКА ЗА ПРИНОСИТЕ В ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

- Систематизиране и обобщаване на съществуващите до момента разбирания, концепции и изследвания за здравните неравенства;
- Разработена е авторска методология за оценка на здравните неравенства с използване на инструментариума на статистическия анализ, както и за оценка влиянието на приема в ЕС върху финансовите и здравни показатели на страните;
- Приложена е методологията за доказване на здравните неравенства в европейските страни и за проверка на влиянието на приема в ЕС върху публичните политики в областта на здравеопазването (в частност за финансирането му) и здравословното състояние на населението;
- Изведени са препоръки за намаляване на здравните неравенства между страните в ЕС, както и три основни области за подобрене в здравната система на България.

## **6. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

1. Игнатов, Б., Различен поглед върху здравните неравенства в ЕС, списание МД, брой 4 (100), ISSN 1312-4471, София, Юли, 2017;
2. Игнатов, Б., Методологични основи при изследване на неравенствата в здравните системи на европейските страни, сборник доклади „Докторантски четения 5: Дигитално образование за дигитална администрация: линии на партньорство“, Издателски комплекс – УНСС, стр. 64-78, ISBN 978-619-232-211-3, София, 2019;
3. Игнатов, Б., Частни разходи за здравеопазване и неравенства в ЕС, списание „Асклепий“, том XV (XXXIV), стр. 58-64, ISSN 1310-0637, София, 2019;
4. Игнатов, Б., Неравенства в здравните показатели на гражданите от ЕС, сборник с научни доклади от Международна научно-практическа конференция „Съвременните реалности – проблеми и перспективи“, Нов български университет, стр. 196 – 214, София, 2020 г.
5. Игнатов, Б., Неравенства при публичното финансиране на здравните системи в ЕС, сборник доклади „Докторантски четения 7: Администрация и управление: професии с хоризонт 2030, Издателски комплекс – УНСС, с. 9-20, ISBN 978-619-232-483-4, София, 2021;