

**ВРЪЗКАТА МЕЖДУ ЗДРАВНИТЕ И СОЦИАЛНИ НЕРАВЕНСТВА.
ПОЛИТИКИ НА СЗО и ЕС ЗА ПРЕОДОЛЯВАНЕ НА НЕРАВЕНСТВАТА В
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.**

Галинка Павлова¹, Владимир Гончев²

^{1,2} Медицински факултет, Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ – Бургас

¹doc.gpavlova@gmail.com

²gonchev@gmail.com

Резюме: Въпреки развитието и усъвършенстването на здравеопазването, преодоляването на неравенствата не постига очаквания ефект и проблемът продължава да бъде актуален. СЗО и ЕС формират политики за справяне с непрекъснато задълбочаващите се по различни причини здравните неравенства. **Целта** на статията е да посочи последствията, произтичащи от връзката между социалното неравенство и здравето. Справянето със здравното неравенство е фундаментален въпрос на социална справедливост и права на човека. СЗО и ЕС обединяват своята визия и си сътрудничат, за да създадат по-здравословен свят, осигуряващ равен достъп до здравеопазване за всички.

Ключови думи: здравни неравенства, политики на СЗО

**CONNECTION BETWEEN HEALTH AND SOCIAL INEQUALITIES. WHO AND EU
POLICIES ADDRESSING INEQUALITIES IN HEALTH**

Galinka Pavlova¹, Vladimir Gonchev²

^{1,2} Medical Faculty, Prof. Dr. Asen Zlatarov University of Burgas

¹doc.gpavlova@gmail.com

²gonchev@gmail.com

Abstract: Whatever the healthcare development and improvement is, addressing inequalities does not appear to produce the expected results, and the problem remains relevant. WHO and EU are creating policies to address the inequalities in health that are continuously growing for various reasons. **The aim** of this article is to point out the consequences arising from the link between social inequalities and health. Addressing health inequalities is a fundamental issue of social justice and human rights. WHO and EU join their vision and co-work towards creating a healthier world where everyone has equal access to healthcare.

Key words: health inequalities, WHO policies

1. Въведение

Основно и най-ценно право на всеки индивид, е правото на здраве, което за милиони хора по света е все по-застрашено. Болестите, пандемията, бедствията и военните конфликти са разрушителни за хиляди животи, причиняват болка, глад, стрес, инвалидност и дори смърт. Най-малко 140 държави считат здравето за човешко право в своите конституции, които са признати от Световната здравна организация (СЗО), но не разработват и не прилагат на практика закони, които да гарантират на населението правото на достъп до здравни услуги.

Въпреки развитието и усъвършенстването на здравеопазването, преодоляването на неравенствата не постига очаквания ефект и проблемът продължава да бъде актуален. В отговор на това, СЗО и Европейския съюз (ЕС) формират политики за справяне с непрекъснато задълбочаващите се по различни причини здравните неравенства. Здравеопазната система в сегашния ѝ вид не може да отговори на основните изисквания към всяка добре функционираща здравеопазна система, а именно: еднакъв достъп за всички нуждаещи се лица на входа на системата и еднакъв достъп до всички структури на здравеопазната система [10].

2. Изложение

Неравенствата в здравеопазването са несправедливи, възникващи поради условията в които се раждаме, растем, живеем, работим и остаряваме. Те влияят на възможностите ни за добро психическо и физическо здраве [13]. Здравните неравенства в достъпа до здравната система и адекватната на потребностите качествена грижа за здравето на всеки индивид, са свързани с пола, възрастта, религията, местоживеенето и социално-икономически статут, които често се дължат на наличието на етнически, расови и културни различия [1].

Сред здравните отношения, отразяващи социалните взаимозависимости между хората, социалното неравенство играе ключова роля по отношение на здравето [14]. Последствията, произтичащи от връзката между социалното неравенство и здравето се приемат като съществено предизвикателство пред общественото здравеопазване [15]. Понятията здраве и здравеопазване не трябва да се бъркат от гледна точка на социално неравенство. Неравенството в здравното състояние - health inequality на дадена социална група или индивид не е непременно вследствие на социална неравнопоставеност спрямо здравеопазната система – healthcare inequality. Социалното неравенство – social inequality, не е идентично със социалната несправедливост – social inequity.

Концепцията за несправедливост обхваща морални и етични аспекти и се отнася до несъответствия (неравенства), които могат да бъдат избегнати, неоправдани и несправедливи. Някои автори се опитват да противопоставят справедливостта на солидарността - основополагащи принципи на съвременните здравеопазни системи. Според много от тях не е справедливо една част от обществото- работещата, да плаща данъци и осигуровки, от които да се ползва друга част от него – неработещи, пенсионери, социално слаби. По силата на тази логика колкото повече справедливост има в едно общество, толкова по-малко солидарност би трябвало да съществува и обратно. Това продължава да е дискуссионен въпрос, въвличащ и политически елементи, които биха могли да се използват конюнктурно в определена политическа ситуация.

Когато се използва думата „справедливост“, трябва да се прави разлика, по отношение на справедливост за здравето и справедливост в здравеопазването. Справедливост относно здравето означава всички хора да достигат възможно най-високото физическо, умствено и социално ниво в рамките на биологичните граници. Справедливостта в здравеопазването се отнася до разпределението на здравните ресурси според нуждите; заплащането на тези медицински услуги да бъде съобразено с възможността за заплащане; равен достъп до здравни грижи при еднакви нужди; еднакво приемане на здравната помощ; еднакво качество за всички [4].

Дефиницията за здраве и справедливост в здравеопазването гласи: минимизиране на неравенствата в здравеопазването, сред хора с различни нива на социално благополучие, в т.ч различни нива на власт, богатство и престиж. Тя въплъщава най-пълно философията на съвременното модерно общество по разглеждани въпрос.

Не всички неравенства по отношение на здраве и здравеопазване са нечестни и несправедливи, но всички недправедливости са продукт на неравенства. Мерките за

неравенство могат да се използват за сравняване на страни с различни социално-икономическото развитие и свързаните с него различни видове здравни системи, както и различни социални и групи от населението в една и съща страна.

Социалното неравенство може да се разбира като неравен статус на определени социални групи в обществото по отношение на възможността за достъп до приети, общоприложими и присъщо необходими за тяхното съществуване блага, ценности или услуги. Някои фактори, които влияят на здравето, включват условията на живот; здравословно поведение; образование, професия и доходи; здравеопазване, превенция на заболявания и промоция на здравето и обществени политики. Те често започват с раждането и продължава до дълбока старост. Неравенството в достъпа до образование, заетост и здравеопазването, както и полът и расата, могат да окажат решаващо влияние върху здравословното състояние на хората през целия им живот [1]. Икономическият статус засяга много аспекти на условията на живот и следователно здравето. Гражданите на ЕС живеят средно по-дълго и по-здравословно в сравнение с предишни поколения. ЕС обаче е изправен пред сериозни предизвикателства. Съществуват сериозни дисбаланси в здравеопазването между ЕС и други страни, както и между страните членки на ЕС. Има признаци, че те може да нарастат. Повишена безработица и несигурност, причинени от настоящата икономическа ситуация, както и икономическата криза допълнително усложнява ситуацията [1].

СЗО се стреми да измерва неравенствата в здравеопазването, като използва стандарти, които са сравними в различните страни членове на организацията. Работата на СЗО по измерване на неравенствата в здравеопазването се фокусира върху количествени и качествени обективни показатели за резултатите от медицински дейности, които в някои случаи могат да имат фатални последици за здравето.

Най-често използваният показател - продължителността на живота (*life expectancy*) се обективизира чрез показателя DALE (*Distribution Adjusted Life Expectancy*).

По данни на Евростат за 2023 г. средната продължителност на живота в страните от ЕС е 81,5 години, като в 15 от тях надвишава средната - най- висока е в Испания (84,0 години), Италия (83,8 години) и Малта (83,6 години). В дъното на класацията са Латвия (75,9) и Румъния (76,6). България заема последна позиция класацията (75,8 години) [2].

Различната смъртност при мъжете и жените, както и сред населението в градовете и селата, определя и различната средна продължителност на живота при тези категории население. По данни на НСИ за 2023 година, в България средната продължителност на живота при мъжете е 69.9 години, докато при жените е със 7.4 години по-висока - 77.3 години; при населението в градовете е с 3.1 години по-висока (74.4 години) отколкото на живущите в селата (71.3 години). Най-ниската продължителност на живота е регистрирана в областите Видин (70.3 години) и Враца (70.9 години), а най-висока - в София (75.4 години)[5].

Друг съществено важен показател е този, определящ качеството на живот в оставащите години – QALE (*Quality Adjusted Life Expectancy*). Като институция, отговорна за наблюдението на здравеопазването и медицинските грижи в различни страни (държавите-членки), СЗО се опитва да конкретизира и сравни показатели, свързани с тези две категории. На този фон методите за наблюдение на здравето и неравенствата в здравеопазването сред различните групи от населението са важни. Нивата трябва да бъдат адаптирани към специфичните икономически, социокултурни и демографски показатели на всеки индивид нация.

Показателите, обективизиращи здравния статус, социалното и здравно неравенство често са строго специфични в отделните страни и трябва да бъдат интерпретирани правилно именно като се вземат предвид особеностите на всяка страна за вземане на важни решения (*decision-making*) в здравната политика (*policy making in health sector*).

Базата винаги трябва да е на отчитането на индивидуалните нужди и характеристики на отделните страни.

Традиционно хората се класифицират според социално-икономическите измерения. Здравословни разлики между подгрупите от населението, класифицирани в това отношение, могат да бъдат наричани колективно като социално групови здравни различия. Независимо от това, СЗО е приела единен подход за класифициране на хората по отношение на здравословното им състояние (от най-малко здравословно до напълно здравословно), независимо от техния доход или други показатели. Това е известно, като чисто здравно неравенство.

Обосновката за този подход се корени в предполагаемия аргумент, че здравето е присъщ компонент на човешкото благоденствие и то е постоянен приоритет за човек, независимо дали е свързан или не с други аспекти на човешкия живот. Най-големият проблем с използването на социалните групи като мярка за неравенства в здравето е изборът на индикатори за определяне на различията в социалните групи и свързаните сравними различия. Различни социални групи в различните страни.

СЗО изразява отличната идея за концепция за неравенствата в здравето, чрез измерване на разпределението на продължителността на живота сред индивиди в тълпа. Това е така, защото няма бариери за практическото и приложение. Когато става дума за практически приложения, фокусът е именно върху възможностите неравенствата в здравеопазването, измерени по този начин, да могат лесно да бъдат интерпретирани и използвани като наистина обективни индикатори при вземане на здравно-политически решения. В комбинация с практически приложения трябва да се подчертае, че какъвто и да е фокуса на оценката – здравно неравенство или неравенство по отношение на здравеопазването система, тогава това практическо приложение трябва да има за цел промяна на здравната политика към намаляване на здравните несправедливости (healthinequalities).

Вярваме, че методите на оценка и изведените от тях показателите, защитават, убеждават и очертават пътя на здравната политика и отговорните фактори (*decision-makers*) на национално и местно, за да се намерят най-ефективните подходи за онези демографски групи, които са в неравностойно положение в обществото. Вярваме, че проправяме пътя за разработването на ефективни интервенции за справяне със социални и здравни проблеми

Индексът на СЗО относно здравното неравенство се базира на измерването на междуиндивидуалните различия (Inter Individual Difference – IID), чиято формула е: Inter; Individual; Difference.

Измерването на здравното неравенство корелира и е тясно свързано с индекса на неравенството на детската преживяемост (Child Survival Inequality Index). За да се калкулира този индекс, детската смъртност (child mortality) се трансформира като разпределение на очакваната детска преживяемост за период от 5 години.

Данните за детска смъртност в България сочат, че тя намалява значително в последните десетилетия, но все още остава висока в сравнение със страните от ЕС. Например за децата до 1 година коефициентът за детска смъртност у нас е 4.8‰ при средна стойност за ЕС 3.2‰ за 2021 г. Налице са съществени регионални различия в показателя, като в някои области (напр. Сливен и Монтана) той е над два пъти по-висок от средния за страната [11].

Според Кристина Де Бройн, представител на УНИЦЕФ в България, преодоляването на проблема с детската смъртност изисква сериозни „инвестиции в системата за първични здравни грижи, включително въвеждане на система от патронажни грижи в общността, които да достигнат до всички деца и семейства, които се нуждаят от тях“.

За целите на мониторирането на здравното и здравеопазното неравенство в рамките на една страна по-удачно и изчерпателно служат показатели, отразяващи различните социо-икономически измерения, които, интерпретирани правилно, могат да служат като обективна база за вземане на управленски решения с конкретна практическа насоченост.

При изследване от такова естество най-важното е наличието на информация. Тя осигурява солидна основа за вземане на решения и оценка на селекцията от данни и техните източници, много важни критерии като надеждност, валидност, ефективност, обективност, чувствителност, специфичност, наличност.

Много нации разчитат на целенасочени проучвания, защото им липсват надеждни системи за рутинно събиране на информация, докато други не са в състояние да поддържат обширни национални програми. Дори когато е налице надеждна система за рутинно събиране на данни, някои от важните и специфични показатели могат да не бъдат включени в нея. Тази система може да не включва специфични показатели. В резултат на това може да са необходими проучвания, които са фокусирани върху определен аспект.

Независимо от това дали съществува надеждна информационна система в страната или само проучванията са главният източник на данни, стремежът трябва да бъде насочен към създаване на здравно-информационни системи, уместни и приложими за всяка отделно взета страна (equity relevant information systems).

За да се създаде всеобхватна и ефективна система от показатели, обективна и способна да предостави надеждност, е от съществено значение в нея да се включат социално-икономическите показатели. Тези показатели разкриват социално-икономическите различия и улесняват пряката връзка между социалните, здравната и здравеопазната неравнопоставеност.

Текущият процес на наблюдение на тези индикатори трябва да включва надеждна обратна връзка и възможност за проверка на резултатите. Ако на информационната система липсва точност по отношение на надеждността, валидността и покритието, възможно е определени области или региони в рамките на една страна, които имат почти идентични социално-икономически индекси на социално неравенство, да показват различни нива на здравно неравенство. Ето защо резултатите винаги трябва да се интерпретират в определен контекст. По този начин и управленските решения имат своята мотивация и защитимост, както и добра практическа насоченост. Ето защо най-полезно е мониторирането на такива социо-икономически и здравни показатели, които могат да бъдат в най-голяма степен приложими в конкретна страна (policy oriented monitoring approach). Извадени от общия социо-икономически контекст, резултати като заболяемост, обща и детска смъртност и т.н. трябва да бъдат интерпретирани внимателно и по възможност с отчитане на социо-икономически индекс, за да могат да бъдат надеждно съпоставими.

СЗО, отбелязвайки Световния ден на здравето -7 април, избра темата „Моето здраве, мое право“, с цел да защита правата на хората в световен мащаб за достъп до качествени здравни услуги, образование и информация, заедно с основни неща като безопасна питейна вода, чист въздух, питателна храна, подходящо жилище, справедливи условия на труд и среда без дискриминация. Програмата EU4Health за 2021-2027 г. предвижда по-здрав Европейски съюз. Тя е създадена в отговор на пандемията от COVID-19 и има за цел да подобри готовността за кризи в рамките на ЕС. Пандемията подчерта уязвимостта на националните здравни системи. Целта на програмата EU4Health е да помогне за справяне с дългосрочни здравни проблеми чрез създаване на по-силни, по-устойчиви и по-достъпни здравни системи. EU4Health изпраща силен сигнал, че ЕС дава приоритет на общественото здраве и служи като ключов инструмент за създаването на Европейски здравен съюз. Инициативата има за цел да създаде Европейски здравен

съюз, като се фокусира върху неотложни здравни приоритети, които включват повишаване на устойчивостта на ЕС към трансгранични здравни рискове, прилагане на европейска стратегия за рака и разработване на фармацевтична стратегия за Европа. Освен това ще подкрепи глобалните здравни ангажименти и инициативи на СЗО, ще насърчи цифровизацията на здравните системи, ще намали разпространението на резистентни към антимикробни инфекции и ще подобри нивата на ваксиниране. ЕС също възнамерява да надгражда върху успешни програми като Европейските референтни мрежи за редки болести, като същевременно се стреми към продължаващо международно сътрудничество за справяне с глобалните заплахи и предизвикателства за здравето.

3. Заключение

Сериозните различия в здравето не могат да бъдат обяснени само от биологията. Вариациите, наблюдавани между различните държави и вътре в тях, произтичат от социално-икономическите политики, които влияят върху жизнената среда на индивидите. Справянето с това неравенство е фундаментален въпрос на социална справедливост и права на човека. СЗО и ЕС обединяват своята визия и си сътрудничат, за да създадат по-здравословен свят, осигуряващ равен достъп до здравеопазване за всички.

Библиография

1. Гончев Вл., Неравенства в здравеопазването - проблеми в Европейския съюз и България, Научни трудове на Русенския университет- 2013, том 52, серия 8.3, с.37- 41
2. Евростат. <https://ec.europa.eu/eurostat>
3. Здравни неравенства. https://ec.europa.eu/health/newsletter/121/focus_newsletter_bg.htm
4. Кайтазки, Л., Подходи за анализ на социалното неравенство в здравеопазването, Здравен мениджмънт, 2004, 4, 23 –28
5. НСИ. <https://www.nsi.bg>
6. Петров, М., Анализ – сектор здравеопазване, Оперативна програма на чавешките ресурси, 12. 2012 г.
7. Световна банка. 2013 г. Бележки по политиката за реформа на здравния сектор България, 2012 г.
8. Brach, C. & Fraser, I. (2000). Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual Model. *Medical Care Research and Review*, 2008, 57, 181-217. Retrieved March 31.
9. Feschieva N., Kerekovska A. Inequalities in the health: Dose the old problem have new dimensions? *Trakia Journal of Sciences*, 2005, Vol. 3, No. 4, pp 64-68,
10. Fusher, B., Neve, H., Heritage, Z., *Community development, user involvement, and primiry health care*, *British Medical Journal*, March 20, 1999; 318 (7186) : 749 – 750.
11. 11. <http://www.childmortality.org/>
12. 12. <http://fra.europa.eu/en/project/2011/multiple-discrimination-healthcare>
13. 13. <https://www.ukbglife.co.uk/national-health-service-nhs/>
14. 14. Najman, J.M., Commentary: General or cause-specific factors in explanations of class inequalities in health, *International Journal of Epidemiology*, April 1, 2001; 30(2): 296 – 297
15. 15. Tan Tun Sein, Mon Mon, Ko Ko Zaw, Soe Win, *Regional Health Forum – Volume 5, N2*, 2001.