

СТРАТЕГИИ ЗА НАМАЛЯВАНЕ НЕРАВЕНСТВАТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО - ОПИТЪТ НА НЯКОИ ЕВРОПЕЙСКИ СТРАНИ

Л. Спасов, М. Дякова

STRATEGIES FOR REDUCING INEQUALITIES IN HEALTH - THE EXPERIENCE OF SOME EUROPEAN COUNTRIES

L. Spasov, M. Dyakova

Резюме: Неравенството в здравеопазването все повече се признава за важен проблем на общественото здраве в Европа. В резултат на нарастващото осъзнаване на проблема много страни реагират като разработват обществени политики по най-различни начини. Основната цел на настоящата статия е да разгледа стратегиите на национално ниво за решаване на проблема с неравенството в здравеопазването. Има три начина за разграничаване на различните подходи към неравенството в здравеопазването, които понастоящем се прилагат в европейските страни. Първият се отнася за тези страни, които имат ясни референции за решаване на проблемите с неравенството в здравеопазването, включени в законодателството. Вторият се отнася до това дали има или няма конкретни цели или принципи за насърчаване равенството в здравеопазването, упоменати в документите за националната политика. Третият е дали тези цели са свързани с количествени цели, което означава, че те са идентифицирали конкретен аспект на проблема с неравенството в здравеопазването като приоритет и са поели ангажимент да го намалят в определена степен до конкретна дата. Прегледът на опита на страни членки на Европейския съюз показва, че е постигнат значителен напредък при разработване на стратегии за справяне с неравенството в здравеопазването. Но много предизвикателства остават.

Summary: Health inequalities are increasingly recognised as an important public-health issue throughout Europe. As a result of the growing recognition of the problem, many countries are responding by developing public policies in a wide variety of ways. The primary aim of this review is to reveal the national-level strategies to tackle inequalities in health. There are three ways of distinguishing between the different approaches to health inequality currently applied in member states of the EU. The first relates to those countries that have clear references to tackling health inequalities included in legislation. The second is whether or not explicit goals or principles to promote health equity are mentioned in national policy documents. The third is whether such objectives are associated with quantitative targets, by which we mean that they have identified a specific aspect of the problem of health inequality as a priority and made a commitment to reduce it by a specified amount by a particular date. The review shows that much progress has been achieved. But many challenges remain.

Въведение

Неравенството в здравеопазването все повече се признава за важен проблем на общественото здраве в Европа. В резултат на нарастващото осъзнаване на проблема много страни реагират като разработват обществени политики по най-различни начини. Основната цел на настоящата статия е да разгледа политиките и стратегиите на национално ниво, които са

разработени или са в процес на разработване за решаване на проблема с неравенството в здравеопазването. Различните страни са избрали да отговорят на инициативите на СЗО и Европейския съюз по най-различни начини. Повечето страни се съгласяват с принципите за равенство и ценностите, изразени от СЗО и ЕС. Някои страни подчертават своите ангажименти за справедливост в контекста на по-широки

стратегии за обществено здравеопазване Други нямат национални цели, но имат примери на регионално или местно ниво. Повечето страни с количествени цели са ги определили с оглед намаляването на различията между най-бедните и по-богатите. Някоя страна не разглежда конкретни цели, свързани с връзката между социално-икономическото положение и здравния статут на цялото население. Много страни от ЕС нямат формално изразени принципи или цели, ръководещи техните действия на **ниво национална политика** по отношение на насърчаване на равенството в здравеопазването за населението или намаляване на неравенството в здравеопазването. Но липсата на изявления за политиката на национално ниво не означава непременно, че загриженост за неравенството в здравеопазването липсва в конкретната страна (1,6).

Отговорност за действията и осъществяване

Обикновено Министерството на здравеопазването (или Министерството, под чиято шапка се намира здравеопазването) е отговорно за действията за решаване на проблемите с неравенството в здравеопазването. В почти всички страни тази отговорност се поделва и между другите ведомства.

Установени са четири основни начина за намаляване на неравенствата в здравеопазването (4). Една група страни имат добре интегрирани и координирани планове за действие. Страните от втората група имат ясна загриженост, а някои имат и ангажменти за насърчаване на равенството в здравеопазването като част от по-обща политика за обществено здравеопазване. В трета група страни е възможно да се идентифицират различни действия за намаляване на неравенството в здравеопазването, но те не са непременно свързани с «рамков план». Страните от последната група нямат никакъв отличителен фокус върху неравенството в здравеопазването по същество, но като другите страни членки те имат примери за действие по отношение на социалните определящи фактори за здравеопазването на национално и местно ниво. Едно важно последствие от прегледа е, че по-фокусирана и интегрирана е вътрешноправителствената стратегия за действие, при която има по-голяма вероятност резултатите от мерките за опазване на общественото здраве да се променят в желаната посока (6).

Концепцията за „неравенство в здравеопазването“

Неравенството в здравеопазването е най-често споменаваният термин в контекста на индикаторите за социално положение като класа, образование и доход и основният фокус

на настоящия доклад е върху тези социални неравенства в здравеопазването. Но има и други важни начини, по които неравенството в здравеопазването се проявява, например като пол или етнос. Също така все повече се осъзнава фактът, че социалните групи с лошо здраве често са струпани в конкретни райони, места и квартали. В допълнение има силна връзка между живеещите в непривилегирани географски зони и предаването на бедността и нищетата между поколенията. Важно е да се разгледат всички отделни социални групи, които страдат от различни аспекти на социално отхвърляне, които могат да окажат влияние върху неравенството в здравеопазването и средата, в която те живеят, когато се взема решение за адекватни политически реакции. Основната характеристика на неравенството в здравеопазването, която трябва да бъде подчертана е **системни различия, които могат да бъдат избегнати по отношение на резултатите от мероприятията за здравеопазване между социалните групи, при които различия по-бедните и/или по-непривилегирани лица е по-вероятно да заболели или да станат инвалиди и живеят по-кратко от тези, които са по-богати.** Друга важна точка, която трябва да се запомни е, че не просто по-бедните имат здраве по-лошо от оптималното, има градиент на риска сред цялото население. Това не е просто технически въпрос. Изборът на подход за действие може да окаже влияние на разбиранията за успех или провал. Независимо от това кой аспект на неравенството в здравеопазването е във фокуса на загрижеността, съществува все по-голямо международно осъзнаване, че здравеопазването и благоденствието са продукти на много фактори и че нещата се разбират на социалните определящи фактори за здравеопазването е от съществено значение за разработването на политика за обществено здравеопазване (5).

Какво представлява стратегията по отношение на неравенството в здравеопазването?

Една положителна характеристика на факта, че неравенството в здравеопазването е продукт на много различни фактори е, че правителствата имат широк диапазон за избор за това къде да насочат своите усилия и как да опишат своя подход. Поне три различни стратегии могат да бъдат идентифицирани, които ясно показват загриженост за неравенството в здравеопазването. Например някои страни имат стратегии за обществена политика на широка основа, които са ясно свързани с целта

за намаляване на специфични аспекти на неравенството в здравеопазването. Други показатели загриженост за справедливостта при здравеопазването в рамките на по-обща група от политики за обществено здравеопазване. От друга страна, някои страни, които са се ангажирали с намаляване на неравенството в разпределянето на важни определящи фактори за здравеопазването правят малка или никаква референция към въздействието, което това може да има върху самото неравенство в здравеопазването, дори и ако то е съществено.

Лисабонските предизвикателства, свързани със социалното присъединяване:

- ✓ Увеличаване на участието на пазара на труда;
- ✓ Модернизиране на системите за социална защита;
- ✓ Справяне с недостатъците в образованието и обучението;
- ✓ Елиминиране на бедността сред децата;
- ✓ Осигуряване на прилично жилище;
- ✓ Подобряване на достъпа до качествени услуги;
- ✓ Преодоляване на дискриминацията и повишаване на интеграцията на хора с увреждания, етнически малцинства и имигранти.

Социални и икономически определящи фактори

Борбата срещу бедността и социалното отхвърляне е от критично значение за решаване на проблемите с неравенството в здравеопазването. Все пак е важно да се осъзнае, че размерът на проблема с неравенството не се отнася само за разликите в резултатите от мероприятията по здравеопазване между социалните групи, които са толкова ясно показани от Maskenbach (2006). Той е също функция на относителния размер на групите от населението, който са в най-голям риск, с други думи броят на лицата, онеправдани чрез различни форми на социално отхвърляне (2).

Eurostat и други агенции са представили много данни показващи колко от по-широките социални определящи фактори са неравно разпределени във всички страни членки. Избрана статистика, показваща някои от различията между страните членки на ЕС. Някои от най-впечатляващите разлики са:

- ✓ Нивото на неравенство в доходите, показано от съотношението на общия доход, получен от най-богатите 20% към дохода, получен от най-бедните 20% варира от около 3 до

повече от 6.

- ✓ Делът на населението, живеещо в относително бедни домакинства варира от под 10% до около една пета.
- ✓ Делът на децата, живеещи в безработни домакинства през 2004 варира от 2.6% до 16.8%.
- ✓ Делът на дълготрайно безработните през 2003 г варира от около 1 % до над 10 %.
- ✓ Делът на населението на възраст между 25–64 с ниско ниво на образование през 2004г. варира от около 12% до около 75%.

Решаване на проблемите с неравенството в здравеопазването: национални рамки

В Европейския съюз и извън него все повече правителства поемат твърди ангажименти за намаляване на неравенството в здравеопазването. Но има значителни различия във формата и характера на проявленията на загриженост и между целите на обществената политика, поставени в различните страни. Maskenbach, Bakker et al (2003) подчертават важността на такива фактори като:

- ✓ наличието на описателни данни за характера и степента на неравенство в здравеопазването;
- ✓ наличие или липса на политическо желание;
- ✓ състояние на икономическото развитие;
- ✓ ролята на международните агенции.

Въпреки съществените различия в начина, по който различните страни членки на ЕС са отговорили на неравенството в здравеопазването и липсата на нещо подобно на лисабонския процес по отношение на този проблем, Световната здравна организация и Европейския съюз са изиграли важна роля в осигуряването на рамка и принципи за насърчаване на дейностите в много страни.

Има три полезни начина за разграничаване на различните подходи към неравенството в здравеопазването, които понастоящем се прилагат в страните членки на ЕС. Първият се отнася за тези страни, които имат ясни референции за решаване на проблемите с неравенството в здравеопазването, включени в законодателството. Вторият се отнася за това дали има изразени или не изрични цели или принципи за насърчаване на справедливостта в здравеопазването в националните политически документи. Третият е дали тези цели са свързани с количествени цели, с което имам предвид, че те са идентифицирани конкретен аспект на проблема с неравенството в здравеопазването като приоритет и са поели ангажимент да го намалят в определена степен до определена дата.

Законодателни ангажименти

Някои страни са гласували закони, които правят конкретни референции към неравенството в здравеопазването. Една от последните, които са направили това е Гърция, която е гласувала „Закон за организацията и управлението на обществени здравни услуги“ през юни 2005.

Гърция

Член 1 и 2 дефинират общественото здравеопазване като инвестиция в защитата и подобряването на човешкия капитал и посочват, че това се отнася до общите организирани дейности на държавата и обществото, които са научно базирани и имат за цел да предотвратяване на заболяванията, защита и насърчаване на здравето на населението, увеличаване на очакваната продължителност на живота и подобряване на качеството на живот. Общественото здраве се характеризира като междусекторно и взаимосвързано с развитието на здравеопазването и оценката на въздействието върху здравето. Член 2 съдържа изявлението, че: **Дейностите, свързани със социалните грижи и специалните нужди на уязвимите групи от населението, които живеят в непривилегировани социални условия като бедност, безработица, старост, социално отхвърляне, липса на доходи и опитите да се подобрят социално-икономическите неравенства в здравеопазването, са включени в по-широката концепция за общественото здраве.** Член 3 определя основните дейности на общественото здравеопазване и включва специална референция към: **Защитата на здравните нужди на уязвимите групи от населението.** Раздел 3 описва как трябва да бъдат разработвани политиките и стратегиите за общественото здравеопазване, а член 6 в този раздел казва, че те ще бъдат разработени на основата на следните критерии: „ефективност, ефикасност и равенство“. Предпоставките за разработване на политиката са изброени в член 6 и точка 5 подчертава важността на: **Достъп до здравни услуги, елиминиране на неравенството, посрещане на нуждите на бедните и уязвими групи и насърчаване на здравословния начин на живот.**

Германия

Системата на публичните здравни каси в Германия се базира на принципа на солидарност между намиращите се в горния и в долния спектър на доходите, между болните и здравите и между големите и малки семейства. В допълнение, обществените здравни услуги (Öffentliche Gesundheitsdienste) допълват услугите, предоставяни от здравните каси и служат в полза на хората в онеправдано положение. От 2000г. един

параграф за насърчаване и профилактика на здравето в немския здравен закон гласи, че тези услуги трябва да допринесат за намаляването на неравенството в здравеопазването. На основата на този параграф някои законоустановени здравни каси са стартирали нови програми за насърчаване и профилактика на здравето, специално насочени към по-ниските социално-икономически групи. Немското федерално Министерство за здравеопазване и социално осигуряване е определило „справедливостта в здравеопазването“ като една от петте централни теми, включени в процеса на договаряне националните здравни цели (www.gesundheitsziele.de). Конференцията „Бедност и здраве“, провеждана ежегодно в Берлин от 1995г. насам, е определила себе си като най-голямото национално събитие в тази област. Нова интернет платформа е създадена от Федералния център за здравно образование (2005). Платформата прави възможно представянето на подробен преглед, постоянно актуализиран, на инициативите, насочени към насърчаване на здравеопазването за социално непривилегировани лица и предоставянето на тази информация безплатно на всеки. Обширно експертно становище е изготвено от Консултативен съвет за оценка на разработките в системата за здравни грижи, създаден от и подчиняващ се на немското федерално Министерство за здравеопазване, което становище е дало възможност за подробна дискусия за неравенството в здравеопазването за първи път в доклада от април 2005. Федералното правителство също така е публикувало доклади за бедността и благоденствието в Германия. Първият доклад (Координация и качество в системата за здравни грижи) е представен през 2001г., а вторият през пролетта на 2005г. Германия е още един пример на държава с конкретни законодателни ангажименти, свързани с неравенството в здравеопазването.

За друга група страни, включително Дания, Франция, Унгария, Италия, Норвегия, Полша, Словашка република и Швеция, могат да бъдат намерени ясни документални доказателства за политически ангажименти за справедливост в здравеопазването, които се изразяват по множество начини, но не включват ангажименти за количествени цели. Унгария е различна с това, че поставя конкретен фокус върху етническите, както и върху социално-икономическите различия. Тя е поела общ ангажимент за намаляване на разликата в очакваната продължителност на живота между ромското население и средната цифра за Унгария, която се оценява на 10 години. Фундаментален принцип на Националната програма за здравеопазване (2003) „е намаляване на неравенството и създаване на възможности“. Много

страни имат общи ангажименти за насърчаване на справедливостта в здравеопазването. В Швеция, например, е очевидно от речите на министрите и от основните документи за общественото здраве, че проблемът с неравенството в здравеопазването е добре осъзнат и че принципът за справедливост в здравеопазването е вграден в политическото мислене.

Швеция

Съществуващата философия за действия в Швеция се базира на вярата, че силният и исторически ангажимент за всеобщо социално благоденствие и здравни услуги е най-добрият начин за постигане на напредък. Това се подчертава от Министъра на здравеопазването и социалните дейности в цялостното описание на неговата работа и отговорности: **Целта на правителствената политика за общественото здраве е да създаде обществени условия за осигуряване на добро здраве, при равни условия, за цялото население. Това се установява в Закона за целите на общественото здравеопазване, приет от Riksdag през април 2003. Законът поставя фокус върху всички фактори в обществото, които засягат нашето физическо и психическо здраве, като условия на живот и навици, състоянието на околната среда или продуктите, които консумираме ... Правителството подчертава, че работата по общественото здравеопазване следва да включва гледните точки за пол и класа. Независимо от пола, класата, сексуалната ориентация, етническият произход или инвалидност, хората трябва да имат еднакви условия за добро здраве.** Всички шведски доклади за общественото здраве (1987, 1991, 1994, 1997, 2001) са представили данни на социалното неравенство в здравеопазването. В допълнение към анализа на различията по социално-икономически групи, пол и географско местоположение, докладите са поставили фокус и върху уязвимите групи като имигранти, самотни родители и техните деца (7).

В Дания, последният публикуван политически документ (Здравословен живот в Дания, 2002) повтаря предишните съобщения за политиката, които поясняват, че "намаляването на социалното неравенство в здравеопазването" е една от ключовите цели на политиката за общественото здравеопазване. Правителството ще продължи да поддържа гледната точка за справедливост в здравеопазването. Обществото трябва да поеме отговорност за най-онеправданите и уязвими групи от населението. Следователно

правителството подчертава нуждата от специално внимание и усилия във връзка с няколко високорискови групи в "Здраве през целия живот"... Правителството вярва, че социалната справедливост в здравеопазването е една от основните ценности на благоденстващото общество, включително и усилията за насърчаване на здравето. Датските политици са идентифицирали социални различия по отношение на четири ключови области – смъртност, качество на живот, пушене и силно ограничаващи хронични заболявания – като гарантира специално внимание от гледна точка на наблюдаването на тенденциите в неравенството в здравеопазването (7).

Норвегия е друга северна страна, която си струва да споменем, заради нейния дългогодишен ангажимент към социалната солидарност като цяло и конкретно социална справедливост. В изготвен наскоро доклад до Парламента, Министерството на здравеопазването обяви, че една от основните цели за общественото здравеопазване е „намаляване на разликите в здравеопазването между социалните класи, етнически групи и полове“ (2003). Интересно е, че това представлява очевидна промяна на посоката на норвежката политика по здравеопазване. Политиката по общественото здравеопазване в Норвегия е била много по-загрижена за средните коефициенти, отколкото за различията в здравния статут на населението. За достигане до групите от населението, които не изпълняват средните критерии, е важно да се осъзнае какво характеризира тяхното положение и в какво се състоят „техните“ проблеми. Следователно правителството желае да постави по-остър фокус върху различията в проблемите на здравеопазването. Стратегията за подобряване на общественото здраве следва да обърне специално внимание на подобряването на здравето на групи, чието здраве е под средното за населението като цяло. Това означава насочване на нашата политика по-конкретно към тези части на населението, при които както предизвикателствата, така и възможностите (потенциал за превенция) са най-големи. Същевременно трябва да разгледаме ефектите, които правителството от няколко сектора може да има върху условията на живот и възможностите на най-онеправданите.

Министерството на здравеопазването и социалното благоденствие в **Полша** публикува своята Национална здравна програма 1996–2005 през 1996. Тя определя общата стратегическа цел като „подобряване на здравния статут на населението и повишаване на свързаното със

здравото качество на живот” с една от трите групи подкрепящи дейности, които „намаляват неравенството в здравеопазването и достъпа до здравни услуги”. Интересно е, че в дискусиата за неравенството в здравеопазването се прави референция към различията в резултатите от мероприятията по здравеопазване, които могат да бъдат потенциално избегнати по пол и местоживеене – диференциация между градски и селски райони, както и по социален статут. В допълнение Полша има конкретна цел, насочена към „предотвратяване на преждевременни раждания, раждания на деца с ниско тегло и намаляване на свързаните с това отрицателни въздействия върху здравето”, което следва да бъде постигнато чрез подобряване на храненето на бременни жени, живеещи в бедност.

В Италия Националният здравен план 2003–5 признава ролята на неблагоприятното социално положение като определящ фактор за влошеното здраве. Но конкретните цели, свързани с намаляването на неравенството изглеждат ограничени до маргиналните групи като наркомани и имигранти.

Накрая в тази група страни **Франция** има две общи цели, свързани с намаляване на неравенството в здравеопазването. Първата е намаляване на смъртността и заболяемостта, които могат да бъдат избегнати, а втората е намаляване на различията в здравеопазването между регионите.

Количествени цели

Въз основа на наличната понастоящем информация поне седем страни от ЕС имат количествени цели по отношение на неравенството в здравеопазването. Тези страни изглеждат попадат в три отделни групи.

Първата група включва **Чешка република, Латвия и Литва**, които широко следват препоръките на СЗО. В случая с Чешката република това изглежда означава пряко приемане на цел 2 от Здраве–21. Латвия поема подобен ангажимент, но стратегията за общественото здравеопазване, публикувана от Министерството за социално подпомагане отива още няколко стъпки напред. До 2010 различията в здравните индекси между социално–икономическите групи в Латвия, следва да бъдат намалени с поне една четвърт чрез съществено подобряване на нивото на здравето на групите в неизгодно положение (Министерски кабинет на Латвия, 1995). След приемането на Национална здравна програма от Парламента на Литва през 1998, която включва целите по отношение на неравенството на СЗО, следващата стъпка беше да се разработи набор от социално–

икономически индикатори за определен диапазон резултати от мероприятия по здравеопазване, като смъртност, очаквана продължителност на живота, ниско тегло при раждането и здравни поведения и рискове, така че да може да бъде въведена програма за редовен мониторинг (2002).

Страните **във втората група** имат една или две общи количествени цели. В **Нидерландия** целта е да се преодолее неравенството в здравеопазването чрез удължаване на очакваната продължителност на живота на социалната група с по–нисък доход с 25% от настоящата разлика (=3 години) през 2020г. Съществува също голяма загриженост за неравенството в здравеопазването на местно ниво в Нидерландия. Например през 2002г., изследване разглеждащо документите по здравна политика, представени от 480 общини показва, че: 56.5% споменават неравенството в здравеопазването като политическа цел; 51.4% споменават групите с нисък доход като целеви групи; 27% споменават бездомните хора като целева група; 21.6% споменават жителите на непривилегированите квартали като целева група. Във **Финландия**, която има ангажименти към целите, свързани с неравенството в здравеопазването от 1986, целта е да се намалят разликите в смъртността между половете, групите с различно образование и различните професионални групи с 20% до 2015г.

Третата група страни, която включва **Ирландия и Обединеното Кралство** има по–широк диапазон от цели. В Ирландия, качество и справедливост: здравна система за вас (Министерство на здравеопазването и децата, 2001) Националният план за действие срещу бедността и социалното отхвърляне са ключовите рамки, които подкрепят централната политика за намаляване на неравенството в здравеопазването. Ключовите цели са: намаляване на разликата в преждевременната смъртност между най–ниските и най–високи социално–икономически групи с поне 10% за болестите на системата на кръвообращение, рак, наранявания и отравяне до 2007 г.; намаляване на разликата в процентите раждания на деца с ниско тегло между най–ниските и най–високите социално–икономически групи с 10% спрямо нивото от 2001г., до 2007г.; разликата в очакваната продължителност на живота между пътуващото общество и цялото население да бъде намалена с поне 10% до 2007г. С оглед на определянето, мониторинга и прегледа на целите, свързани с неравенството в здравеопазването си струва да се отбележи **примера на Англия**. Английското Министерство на здравеопазването публикува своя пръв важен доклад за смяната на фокуса и въздействието на политиката тази област през последните години (Министерство на здравеопазването, 2005). Като част от вътрешно правителствения преглед на

приоритетите на публичните разходи през 2004г. Правителство от Уестминстър потвърди отново своя сериозен ангажимент за намаляване на неравенството в здравеопазването с 10% до 2010, измерено чрез детската смъртност и очакваната продължителност на живота при раждане. То също така идентифицира челна група, която покрива 70 области на местното управление с най-лошо здраве и индикатори на неоправданост като фокус за действие. Прегледът на разходите за 2004г. подчерта значението на неравенството в здравеопазването в нова цел за подобряване на здравеопазването до „съществено намалени показатели на смъртност до 2010.

Дискусия и заключение

Няма само един правилен начин за намаляване на неравенството в здравеопазването. Съществува все по-голямо осъзнаване на множеството пътища по които си взаимодействат социалните рискове, рисковете на околната среда и поведенческите рискове и поведението. Но в резултат на липсата на недвусмислени доказателства за насочване на изготвянето на политиката, многото рискове, свързани с неравенството в здравеопазването в местен контекст под формата на история, култура и ценности, има множество легитимни входни точки за политиката, които страните, загрижени за разделянето в здравеопазването, могат да възприемат за насочване на своите действия (3). **Наличните доказателства за ефективността на политиката и интервенциите за намаляване на социално-икономическото неравенство в здравеопазването са много ограничение... Изглежда, че има много входни точки, но само за някои от тях са съставени политики и интервенции, само някои от тях са оценени и не всички резултати са предоставени на политиките в Европа** (Mackenbach & Bakker, 2002, p. 342). Не можем просто да кажем, че има единствен правилен път за намаляване на неравенството в здравеопазването. Съдържанието на действията ще и почти сигурно трябва да се различават между различните места. Все пак можем да кажем нещо за процеса на действие. Колкото по-фокусирана и интегрирана е правителствената стратегия за действие, толкова по-голяма е вероятността резултатите от мероприятията по здравеопазване да се променят в желаната посока. В допълнение, политиката за намаляване на неравенството в здравеопазването вероятно ще бъде по-успешна, когато има ясен план за действие, който може да бъде осъществен и наблюдаван, фокусиран върху конкретни цели в реалистични времеви рамки. Настоящият материал прави опит да прегледа опита на страни членки на Европейския съюз,

които са в процес на разработване на национални политики за решаване на проблемите с неравенството в здравеопазването. Той показва, че е постигнат значителен напредък. Но много предизвикателства остават. Все пак много страни вече са направили съгласувани усилия за осъществяване на най-радикалния подход по отношение на неравенството в здравеопазването, а именно намаляване на разликите в здравеопазването, при което здравеопазването е свързано с положението на социалните групи (и индивидите в тези социални групи) на всяко ниво в обществото. Едни от основните въпроси, които трябва да се обмислят допълнително в бъдеще са:

- ✓ Използване на база от данни и доказателства;
- ✓ Значението на целите и мониторинга на стратегиите;
- ✓ Точна оценка на политиките за намаляване на неравенството в здравеопазването;
- ✓ Необходимост от сравнителни анализи на интервенциите;
- ✓ Финансов и политически ангажимент на правителствата;
- ✓ Изграждане адекватен капацитет и инфраструктура за осъществяване на политиките по устойчив начин;
- ✓ Необходимост от международно сътрудничество;
- ✓ Необходимост от политика до въздействие.

Използвана литература:

1. Asada, Y., G. Kephart, Equity in health services use and intensity of use in Canada. BMC Health Services Research - 2007. (doi:10.1186/1472-6963-7-41).
2. Developing the evidence base for tackling health inequalities and differential effects, Economic and Social Research Council, Swindon, ESRC 2007, 20 p.
3. Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. WHO Task force on research priorities on equity in health & HWO equity team. Bulletin of the World Health organization. 2005, 83, 12, 948 - 953.
4. Ruger, J. P., Rethinking Equal Access: Agency, Quality, and Norms, Global Public Health, 2007, 2, 1, 78 - 96.
5. Ruger J. P., Toward a theory of a Right to health: Capability and Incompletely Theorized Agreements. Yale Journal of Law & the Humanities, 2006, 18, 273 - 326.
6. Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action. Department of Health Publications, England, London, 2005, 85 p.
7. Vallgarda, S., Health inequalities: Political problematizations in Denmark and Sweden. Critical Public Health, 2007, 17, 1, 45 - 56.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Любомир Спасов
Изпълнителен директор на
Университетска болница „Лозенец“ –
София