

НЕРАВНОПОСТАВЕНОСТ В РЕФОРМИРАЩАТА СЕ БЪЛГАРСКА ЗДРАВНА СИСТЕМА ПРЕЗ ПЕРИОДА 1990 - 2000

Л. Спасов, К. Чамов, М. Дякова

INEQUITIES IN THE REFORMING BULGARIAN HEALTH SYSTEM DURING THE PERIOD 1990 - 2000

L. Spasov, K. Tchamov, M. Dyakova

Резюме: Реформата на здравната система в България доведе до нарастващи противоречия между социалните и пазарните ценности. Съществува доказателство за значително противоречие в ценностите между управляващите, здравните професионалисти и обществото по отношение използването на пазарните механизми в здравеопазването. Те са причинени от необходимостта от компромисни решения между обществеността и частния сектор и на предоставянето на услуги в сравнение с тяхната достъпност, които водят до ограничения в свободата на избора поради мерките за ограничаване разходите за реформата.

Липсата на компетентност при реформирането на здравната система често води до повишено неравенство от гледна точка на географското разпределение, социалната класа, пола или етническа принадлежност в резултат на намеси „с добри намерения“. Удовлетворението на пациентите е на ниско равнище, когато целите на реформата са свързани с разделяне на разходите и нерегламентирани практики. Непрекъснатите промени в нормативната база на здравеопазването влияят значително върху групите от население с ниски доходи и безработните. Различията между анализатори и управляващи може да се окаже друга голяма пречка пред намаляване на неравенството. Необходимо е да се разрешават конфликтите на интерес и тяхното влияние върху процеса на изготвяне на нови законодателни и нормативни актове, определящи философията на здравната реформа.

Summary: The health system reform in Bulgaria during the process of its implementation lead to a growing conflict between social and market values - an important factor in the stop and go reform process. There is evidence of considerable conflict in values between policy-makers, health professionals and the public over the use of market mechanisms in health care. Even when the reform motivation is perceived to be positive, still there are pitfalls between the equity values as a policy principle and their practical operationalization. They have been caused by the need for trade-offs between public and private sectors and availability versus affordability causing restrictions in the freedom of choice due to reform cost containment measures.

The lack of enough competence in democratic practices while reforming a health system often leads to increased geographical, social class, gender and ethnic inequities as a result of "good intentions" interventions. Patient satisfaction is at a low level when the reform objectives are related to cost sharing, out of pocket payments, couched in ideological pro-market terms. Continuous changes in the normative bases of health care is leading to a significant influence over the reform policies and practices on behalf of interest groups representing commercial or professional interests. The introduction of co-payment and referral result in decreased use of health services on behalf of low income population groups and the unemployed. The gap between analysts and policy makers can be another major obstacle to reducing the inequalities. The conflicts of interest and their influence over the elaboration process of new legislative and normative acts shaping the health reform philosophy should be solved.

„Нивото на лошо здравословно състояние в страните, представляващи мнозинството от световното население представлява пряка заплаха за националната им икономическа и политическа жизнеспособност. По този начин те представляват заплаха и за общите икономически и политически интереси на всички страни. Глобалното неравенство в областта на здравето подкопава сигурността на хората и ние не можем да си позволим да го пренебрегнем. Фактът, че бедността води до влошено здравословно състояние е добре известен. По-малко известни обаче са новите анализи – че доброто здраве може да подхрани двигателя на човешкото и икономическото развитие. Подобриенето на здравето на населението ще даде значителен тласък на силите на икономическото развитие и намаляването на бедността.” (2, 6)

Отнесена към здравето, справедливостта често се свързва с намаляване на неравенството. По такъв начин една от най-често цитираните дефиниции за неравенство в областта на здравето е, че то „касае различията в здравето, които са не само ненужни и могат да се избягнат, но се считат и за несправедливи и нечестни” (8). Когато се обсъжда въпроса за неравенството трябва да се прави разграничение между неравнопоставеността в нивото и качеството на здравето при различни групи население и неравенството при осигуряването и разпространението на здравните услуги (11). Настоящото изложение разглежда втората група неравенства, касаещи осигуряването на здравните услуги.

Реформата на здравната система в България в процеса на изпълнението ѝ доведе до нарастващи противоречия между социалните и пазарните ценности – представляващи важен фактор в движещия се неравномерно процес на реформи. Съществува доказателство за наличието на значително противоречие в ценностите между управляващите, здравните професионалисти и обществото по отношение използването на пазарните механизми в здравеопазването (9). Дори когато мотивацията за реформи се възприема като нещо положително, все пак съществуват чувствителни разлики между ценностите на справедливостта като принципи на политиката и практическото им изпълнение. Те са причинени от необходимостта от компромисни решения между обществената и частния сектор и на предоставянето на услуги в сравнение с тяхната достъпност, което води до ограничения в свободата на избора поради мерките за ограничаване разходите за реформата (10). В България сблъсъкът между моралния императив за поддържане на солидарността и добрия социален характер на здравеопазването и фискалния императив за преследване на контрола

върху разходите за здравни услуги бе движеща сила на голяма част от дебатите по здравната политика през 90-те години.

Макроикономическа рамка на здравната реформа

Очакваше се икономическата политика в България след 1989г. да доведе до политически и икономически ползи. Българският опит обаче показва, че преходът от планова към пазарна икономика не е лесен. През последното десетилетие в България биха могли да се идентифицират два ясно разграничаващи се периода на икономическо развитие, както е посочено в Таблица 1. Първият период между 1990 и 1997г. се характеризира с провеждане на някои икономически реформи, като напр. либерализирането на цените, търговията и обмена на валута, реституцията на градски и земеделски имоти, начало на процеса на приватизация и влошаване на макроикономическите показатели. В края на 1996г. брутният вътрешен продукт спадна с 10%, инфлацията се покачи до над 300%, националната валута – левът, се обезцени (девалвира) с 500%, а нивото на безработицата започна бавно да се покачва. Разходите за здравеопазване като процес от БВП достигнаха през 1997г. най-ниското си ниво – два пъти по-малко в сравнение с 1989г. През втория период на икономическо развитие, който започна от средата на 1997г. бе възстановена финансовата стабилност чрез въвеждането на валутен борд. В края на 1998 год. икономиката започна да показва бавни признаци на възстановяване. БВП нарасна с 3,5%, инфлацията бе ограничена, а бюджетният дефицит – премахнат. През периода 1990–2000г. общото равнище на заетостта намалю с повече от един милион души. Дълготрайно безработните съставляват средно 30% от общия брой на регистрираните безработни. Най-силно от дълготрайната безработица бяха засегнати жените, младите работници (под 29 год.) и членовете на етнически малцинствените групи – роми и турци. Според Националната служба по заетостта 71% от ромското население е безработно, а средният период на безработица е около 3 години. Почти две трети от ромските домакинства получават социални помощи и пенсии. Този кратък макроикономически преглед описва условията, при които започна и набра скорост здравната реформа в България (5,6).

Основни здравни показатели

Както може да се види от Таблица 2, здравните показатели в България се влошават в продължение на цяло десетилетие. В периода 1990 – 1998г. раждаемостта спада с над 35%, смъртността се покачва с 15%, общият коефициент на раждаемост

спада с 37% и населението продължава да намалява. Детската смъртност в България достига най-ниското си ниво през 1988г. (13,6 на 1000 живородени), през периода на прехода отново се покачва (17,5 на хиляда през 1997г.), но през 1999г. спада до 14,6 на хиляда. Друг основен здравен показател – общият коефициент на раждаемост, показва устойчива тенденция към спад, което допринесе за влошаване на възрастовата структура на населението и за общото влошаване на демографската картина в страната. През последното десетилетие средната продължителност на живота в България показва слаба тенденция към спад. Смъртността достигна своя връх през 1997г. с 14,7 на хиляда. Естественят прираст на населението е постоянно отрицателен, като се започне с – 0,4 на хиляда през 1990 год. и се стигне до – 4,8 на хиляда през 1999г. (1)

В края на 80-те години в България бяха елиминирани или сведени до няколко спорадични случая повечето заразни болести. През последното десетилетие заболяемостта от инфекциозни болести нарасна и през 2001г. бе докладвано за първия случай на полиомиелит след 1992г. Независимо от високото ниво на покритие на ваксинациите с БЦЖ след 1991г. започнаха да нарастват и да се разпространяват случаите на туберкулоза, като през 1999г. те достигнаха 187,3 на хиляда.

Предизвикателства пред политиката в сектора на здравното осигуряване в България

Човешката сигурност е свързана с осигуряването на условия и ресурси с цел да се отговори на основните нужди на хората, като в същото време се допринася в най-пълна степен за цялостното развитие на обществото. Един от най-важните елементи на човешката сигурност е здравето. Нивото на човешкото здраве и справедливото осигуряване на достъпно, висококачествено и навременно здравеопазване се намира в пряка връзка с развитието на човешкото общество. От друга страна здравната сигурност зависи не само от количеството на отделените за здравния сектор ресурси, но също и за социалната и икономическата достъпност на здравните услуги. В това отношение е необходимо в политиката на здравна сигурност в България да се направят следните промени:

- ✓ Необходимо е да се преодолее влошаването на здравния статут на населението;
- ✓ Необходимо е да се утвърди национална здравна стратегия, в съзвучие с европейските принципи и ценности;
- ✓ Системата на здравеопазването трябва да се реструктурира в съответствие със здравната стратегия и с новите икономически реалности в страната;
- ✓ Необходимо е да се подобрят справедливостта,

Таблица 1. България: някои икономически показатели (1992–2000)

ПОКАЗАТЕЛИ	1992	1995	1996	1997	1998	1999	2000
НАРАСТВАНЕ НА БВП (%)	-7,3	2,9	-10,1	-7,0	3,5	2,4	4,0
ИНФЛАЦИЯ (%)		34	310	579	1,0	6,2	3,5
БЕЗРАБОТИЦА (%)	15,6	11,0	12,5	14,2	12,1	16,7	19,9
РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ КАТО % ОТ БВП	5,3	3,7	3,2	2,9	3,6	4,1	4,1
СРЕДНОМЕСЕЧНИ ЗАПЛАТИ В Щ. ДОЛАРИ	94	130	56	108	128	122	122

Източник: Световна банка. България: Бедността в периода на прехода, Вашингтон, 1999 год.

Таблица 2. България: някои здравни показатели (1990–1999)

ПОКАЗАТЕЛИ	1990	1995	1996	1997	1998	1999
РАЖДАЕМОСТ (‰)	12,1	8,5	8,6	7,7	7,9	8,8
СМЪРТНОСТ НА ХИЛЯДА	12,5	13,6	14,0	14,7	14,3	13,6
НАРАСТВАНЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО (‰)	-0,4	-5,0	-5,4	-7,0	-6,4	-4,8
ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ЖИВОТА (години)	71,2	70,6	70,5	71,1	71,3	71,0
КОЕФИЦИЕНТ НА РАЖДАЕМОСТ	51,2	35,0	35,2	31,4	32,2	35,8
СЛУЧАИ НА ТУБЕРКУЛОЗА на 100.000	106,0	154,9	-	-	-	187,3

Източник: Годишни статистически данни в здравеопазването, България, 1991-2000 год.

достъпността, навременността и качеството на здравните услуги;

- √ Необходимо е да се подобрят управленския капацитет, социално-икономическата ефективност и устойчивостта на системата.

Правна рамка на здравната реформа

През последното десетилетие в България здравните и макроикономическите показатели като цяло се влошиха, което доведе до необходимостта от реформа на здравния сектор, целяща да превърне ползите от подобреното здраве в стратегически приоритет. Необходимостта от дълбока реформа на здравната система в България бе повлияна и от широк кръг от фактори – здравни, политически, социални, икономически, идеологически, технологични и т.н. Същността на здравната реформа в България включва преди всичко:

- √ Приемане на ново законодателство и нормативна база за всестранна промяна на съществуващата система;
- √ Извършване на съответните промени в икономическите взаимоотношения и механизмите за финансиране на здравната система;
- √ Стимулиране на социалната ориентация на промените в здравната система;
- √ Споделяне на отговорностите за здравето и здравеопазването между държавата, общините, институциите, гражданите и здравните специалисти;
- √ Въвеждане на пазарни механизми за разпределение на ресурсите в здравеопазването и т.н.

Правни практики, водещи до неравенство

Здравната реформа стартира през 1998г. с приемането на Закона за здравното осигуряване. Съгласно този закон бе създадена Национална здравноосигурителна каса (НЗОК) с централен офис и 28 регионални офиса, разположени в регионалните административни центрове. Бяха направени промени в процентите по вноските за социално осигуряване и безработица с цел да се осигури финансова възможност за въвеждането на вноски по здравното осигуряване по договор с НЗОК. Понастоящем Националният осигурителен институт събира вноските от 6% върху възнагражденията, при което работодатели и работници си поделят вноската наполовина. Финансирането на Първичните здравни услуги чрез здравното осигуряване започна на 1 юли 2000г., а това на болничните услуги премина постепенно към НЗОК, като на 100% се осъществява от 2006г. Основните граждански права на българите в областта на здравеопазването са нормативно гарантирани от Конституцията на Република

България, Закона за здравето, както и от различните новоприети закони на здравната реформа. Въпреки това въпроси на здравната сигурност и защитата на гражданските права в България в областта на здравеопазването не могат да се считат за решени, докато съществуват проблеми, като изброените по-долу:

Несправедливо финансиране

Справедливо финансиране в здравните системи означава, че рискът, с който всеки гражданин или семейство се сблъскват се разпределя според възможността за плащане, а не толкова според риска от заболяване. Справедливо финансираната здравна система осигурява финансова защита за всеки човек. Здравна система, в която хората или семействата са принудени да закупуват необходимата помощ или да се лишават от нея заради високата цена в европейски контекст се счита за несправедлива. Плащането за здравеопазване може да бъде несправедливо по два начина. То може да изправи домакинствата пред големи неочаквани разходи, които трябва да се платят в момента на ползването на услугите. Или може да се наложи извършването на плащания за минал период, при които хората с най-малки финансови възможности да заплащат пропорционално повече от по-добре обезпечените. Пример за последното е текст от Закона за здравното осигуряване, който гласи, че „максималният месечен доход, върху който се изчислява осигурителната вноска не може да надхвърля 10 минимални работни заплати”.

Нерегламентирани плащания

Неравенството в България се задълбочава и от нерегламентирани плащания за някои медицински услуги от пациентите. Едно изследване от 1994 год. показва, че през предходните две години 42% от респондентите са плащали в брой за иначе безплатни медицински услуги в здравни заведения. Изследване от 1998 год. показва, че 51% от респондентите са плащали на лекар или стоматолог за услуги, които по закон са безплатни. Този системен парадокс, който се случва по време на преходния период на здравната реформа произтича основно от липсата на ефективни механизми за контрол, информационна система и административни институции в рамките на здравната система.

Неравнопоставеност при достъп до здравни грижи

От двете изследвания през 1997 год. и 2000 год. по въпросите на сигурността на човешкото здраве произтичат две основни послания. Това са необходимостта от достъпни и качествени грижи. По въпроса за достъпността на здравните услуги

в изследването от 2000 год. огромна част от населението (80%) вярва, че ако се разболе, няма да има достатъчно средства, за да си позволи здравни грижи. Няма голяма разлика в резултатите от 1997 год. При проучването от 2000 год. 67,8% от респондентите заявяват, че не могат да си позволят лекарствата, необходими за тяхното лечение.

Съгласно друго изследване от 2000 год. 10% от българите нямат възможност да се обърнат към лекар. Тези хора нямат личен лекар, нито възможност да си платят за преглед.

Неравенство при разпределение осигуряването на здравните грижи съществува при населението от най-малките градове и села (основно възрастни хора), които често изпитват затруднения за достъп до лекар (4).

Въвеждане на потребителски такси

Съгласно закона „пациентът заплаща за всяко посещение при лекар или стоматолог сума, равностойна на 1% от минималната месечна заплата“. Подобна сума се заплаща и в аптеките за всяка изпълнена рецепта. Тази сума нараства до 2% от минималната работна заплата за всеки ден болничен престой. При групите от население с нисък доход в България това доведе до процес на заобикаляне на здравните услуги и по-широко разпространение на ползването на услуги на лечители или билкова медицина.

Поради тази причина финансовата справедливост се постига най-добре чрез непрекъснати авансови плащания вместо чрез потребителски такси или нерегламентирани плащания. А последните трябва да бъдат достатъчно малки, за да съответстват на финансовите възможности на домакинствата.

Етническо неравенство

Ромското етническо малцинство възлиза на 10% от българското население. Бедността, ограничените източници на приходи, социалното изключване, недохранването и лошите жилищни условия без санитарни удобства влияят отрицателно на здравния статус на ромите. В представително изследване 40% от ромите посочват, че не посещават болници, 32% не посещават здравни центрове, 55% декларират, че не посещават зъболекари, 50% от ромите не посещават лекар и предпочитат да лекуват заболяването си самостоятелно (3). По отношение на въпросите за достъпността на здравните услуги трябва да се каже, че от гледна точка на здравната сигурност ромското население е уязвима група. Ограничените доходи и социална помощ, която получават (120–200 лева на домакинство) дори и при условията на безплатно ползване на здравни услуги включват някои допълнителни разходи за здравеопазване, като напр. лекарства, транспорт и т.н., които ромите не могат да си позволят.

Заклучение

Влошаването на макроикономическите показатели в България през последните десетилетия доведе до спад в основните здравни показатели и увеличаване на пропастта между „добрите намерения“ в здравния сектор и увеличаващото се неравенство при предоставянето и достъпа до здравни услуги. Ако прогресиращото неравенство в реформиращата се българска здравна система не се вземе под внимание, то може да дискредитира успешното изпълнение на здравни реформи. Успешните стратегии за намаляване на неравенството в здравния сектор в страната се нуждаят от съответни промени в здравната законодателна рамка. Намаляването на неравенството в здравния сектор трябва да се основава на демократичните ценности и на стъпки, целящи да повишат общественото осъзнаване на въпросите на здравната сигурност.

Използвана литература

1. Годишни статистически данни в здравеопазването, България, 1991–2000 год.
2. Г. Х. Брундтланд. Трета национална конференция за приоритетите в здравеопазването. Амстердам, 2000г.
3. Национален доклад за развитието на човека – 2006. ПРООН, София, 135 с.
4. Национален доклад „Целите на хилядолетието за развитие“ за България – 2003, ПРООН, София, 52 с.
5. Световна банка. България: Бедността в периода на прехода, Вашингтон, 1999 год.
6. Davidson, R.G., A. Wagstaff, A. Yazbeck, Reaching the poor with health, nutrition and population services. What works, what doesn't, and why? The World Bank, Washington DC, 2005, 354 p.
7. Priorities for research to take forward the health equity policy agenda. WHO Task force on research priorities on equity in health & WHO equity team. Bulletin of the World Health organization. 2005, 83, 12, 948.
8. Report on the World Social Situation (RWSS) 2005: The Inequality Predicament. UN, Division for Social Policy – Development of the Department of Economic and Social Affairs. New York, 2005, 158 p.
9. Ruger, J. P., Rethinking Equal Access: Agency, Quality, and Norms, Global Public Health, 2007, 2, 1, 78 – 96.
10. 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.
11. Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action. Department of Health Publications, England, London, 2005, 85 p.

Адрес за кореспонденция:

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