

Здравните неравенства в българското общество: социоикономическа детерминираност

Емилия Ченгелова*, Елка Тодорова**

Резюме: Статията интерпретира нагласите в българското общество по отношение на равнопоставения достъп и оценката за качество на услугите в здравеопазването. Анализират се социокултурни и икономически фактори, които водят до отчетливо неравенство в предоставянето и получаването на тази основна за благосъстоянието грижа.

Обект на анализ са данни, получени от международно сравнително изследване, проведено паралелно в над 50 държави при спазване на унифицирани стандарти, зададени от Международната програма за социални изследвания (ISSP). Установени и дискутирани са различия в достъпа до здравни услуги и грижи по линия на някои демографски характеристики като възрастта; потърсени и открити са значими връзки между материалния и социален статус и степенята на (не)толерантност към възприемането на здравните неравенства като социална (не)справедливост. Общата негативна оценка и неудовлетворението от предоставяните от системата за здравеопазване услуги вместо да създават готовност към повишаване тежестта на здравните осигуровки, обратно, отблъскват хората и задълбочават кризата на доверието в тази жизнено важна за всяко общество система.

* Емилия Ченгелова е доктор на социологическите науки, професор в Института по философия и социология – БАН.

** Елка Тодорова е доктор на социологическите науки, професор в катедра „Икономическа социология“ на УНСС.

Ключови думи: здраве, публично здравеопазване, здравни неравенства, социоикономическа детерминираност, социална несправедливост, превенция на здравето.

JEL: I14, I12, I15, I11, I24.

Въведение

Публичното здравеопазване (или просто здраве), като поле на изследователски интерес е мултидисциплинарна област, в която намира място превенцията на заболяване и смърт, подпомагането на по-добро качество на живота и създаването на такива условия на средата, в които хората биха били здрави благодарение на интервенциите на институционално, общностно и социално равнище. За да отчетем качеството на публичното здраве в дадена страна обикновено прибъгваме до информация, получена в рамките на социологически изследвания, при това такива, които дават оценка на състоянието на основата на собствено културни характеристики, но и отговарят на условията да могат да бъдат включвани в международни сравнителни анализи.

В същото време живеем в ситуация на пандемия, в която провеждането на сериозни социологически проучвания е силно затруднено от една страна, но от друга страна, никога повече от сега не е имало значение какво е мнението на населението по важни за самото него въпроси. Сега повече от всякога успехът на превенцията и на самите политики зависят от възприемчивостта на населението и от умението

за убеждаване на професионалните политици, бизнесмени, здравни професионалисти.

Социологическите изследвания на Covid-19 разкриват много и интересни временни и по-устойчиви тенденции на социална и поведенска адаптация на личностно, групово и национално равнище. Те показват още отражението на трансформациите на работното място върху самоефективността (Hogan, 2020), националните и геополитически разделения (Anis, 2020), но преди всичко става очевидна и особено ярка степента на разграничение в обществото по отношение на достъпа до здравни услуги. Налице е остра форма на неравенство, при това както по линия на заразяването, така и по линия на лечението (Lupton, Willis, 2021).

Излишно е да се обяснява, че за социологията темата за неравенствата е централна. За целите на тази статия въпросът се ограничава до това как се интерпретира здравното неравенство. И тук веднага виждаме, че е налице консенсус по отношение поне на дефинирането на здравните неравенства. Най-широко се възприема дефиницията на здравните неравенства като системни различия във възможностите на различните групи за достъп до здраве, в резултат на което отделни индивиди достигат до и преживяват несправедливи, но потенциално възможни за избягване, здравни резултати (Braveman, 2006; WHO, 2016). С други думи, под влиянието на социокултурни и икономически фактори е налице различна материална, социокултурна и духовна среда, която нормативно и латентно предопределя характера, качеството и съдържанието на приемливите дейности на хората в нея, и това от своя страна предопределя техния здравен статус.

В рамките на подобно определение, става очевидно, че бихме очаквали различни социални, културни, политически и икономически интереси на хора, представители на различни възрасти; разлики по пол, раса и доходи; разлика по степен на инвалидност

и морбидност; разлика, дължаща се на работните места и отделните професии; на имащите различни политически виждания, на привържениците на различни медии, на представителите на различни религии, на хората с различни вявания по отношение на здравния риск. И повечето изследвания действително разкриват различни възможности за достъп до качествени медицински услуги, детерминирани от етнос, раса, пол, географско местоположение и др. (Braveman, 2008; Mathews, MacDorman, Thoma, 2015; Hamilton, Martin, Osterman, 2016).

Особено любопитно е, че редица изследвания за здравните неравенства (Woolf, Johnson, Phillips, Philipsen 2016) извеждат образованието като ключов фактор за здравето и здравния статус. Аргументацията е, че качеството на образованието предопределя заетостта и доходите, а това от своя страна детерминира различията в достъпа до здравни услуги. Поради това образованието се извежда като детерминиращ фактор за възникването на здравни неравенства и на тази основа се предлага тезата, че овладяването на здравните неравенства е възможно чрез разширяване на достъпа до качествено образование, т.е. създаване на политики за равни възможности за качествено образование. На свой ред, достъпът до качествено образование се превръща в своеобразен „ключ“ за достъп до повече и по-качествени здравни услуги, но и до превантивни грижи за здравето (Каузалността тук е, че доброто образование е предпоставка за добре платена и качествена заетост, гаранция за стабилни и по-високи доходи, а и „вход“ към влиятелни социални мрежи и системи от отношения за получаване на достъп до властови, информационни и други ресурси (гарантиращи стабилност и личен просперитет).

Спираме се по-подробно на въпроса за влиянието на образованието във връзка с достъпа до повече и по-качествени здравни услуги, защото тази тема е широко освет-

лена в социологическата литература, където се приема за достатъчно основателно твърдението, че образованието предопределя жизнения път на индивида и предпоставя параметрите на неговия бит и професионална реализация, като заедно с това задава границите на редица важни дейности като културен и духовен живот, социална реализация, придобиване на призвание и утвърждаване в обществото (Raghupathi & Raghupathi, 2020). Доколко обаче тези изводи имат общоуниверсален характер е въпрос на допълнителни изследвания. Вероятно сме свигетели, например у нас, на непряка връзка между образованието и достъпа до здравни услуги, където високото образование не корелира директно с по-високи доходи, а след реформата на здравната система в България здравната осигуровка не гарантира и пълно покритие на разходите за здравни грижи. Както показват редица български изследователи, критериите възраст и материална осигуреност в здравеопазването сякаш доминират над останалите фактори (Делчева, 2015).

Доброто образование изгражда у индивидите определена култура по отношение на здравния статус и може да се предположи, че високо образованият човек ще има желание да полага оптимални грижи за своето здраве. Въпросът е дали ще може да си го позволи, тъй като здравните грижи, предоставяни по линия на здравните осигуровки, обхващат определен брой заболявания и често се налага допълнително заплащане от страна на пациентите за получаване на достъп до съвременна диагностична апаратура.

2. Методически бележки за изследването

През 2021 г., в относителното затишие между две вълни от пандемията от Ковид 19 в България, екип от български социолози и икономисти реализира национално представително изследване, с което са проучени здравните неравенства и базови нагласи, свързани с пандемията от Ковид-19 (Подго-

товката на изследването е дело на Консорциум „Европейско социално изследване за България – ESS“. Консорциумът включва УНСС, ИСФ-БАН, БСА, СИБ, с ръководител проф. д-сн Елка Тодорова и е създаден за целите на подготовката и реализирането в България на поредните вълни от Европейското социално изследване, както и теренната реализация на изследванията по Международната програма за социални изследвания (ISSP)). Изследването е международно сравнително и е елемент от Международната програма за социални изследвания (International Social Survey Programme). Изследването е проведено паралелно в над 50 държави от петте континента по единна методика и при спазване на унифицирани световни стандарти. В България изследването е финансирано по НПКНИ (НПКНИ – Националната пътна карта за научна инфраструктура). Изследването обхваща 1151 пълнолетни български граждани от цялата страна, подбрани чрез национална стратифицирана двустепенна гнездова извадка, представителна за пълнолетното население в страната (18 г.+). Набирането на емпиричната информация е извършено по метода на стандартизираното интервю в неговата разновидност РАРІ (Paper and Pencil Interview) (При този вариант въпросникът се отпечатва на хартия в толкова копия, колкото се изисква според обема на извадката, и за всяко проведено интервю се попълва отделно копие от въпросника).

Работата на терен е осъществена от ИФС-БАН към БАН през май-юни 2021 г., като информацията е набрана чрез обход по домовете и провеждане на стандартизирани интервюта (Екипът от Института по философия и социология – БАН е формиран от изследователи от Центъра за емпирични социални изследвания, под ръководството на проф. д-сн Емилия Ченгелова). Международната програма за социални изследвания поставя изключително строги изисквания по отношение качеството на събираната емпирична информация. Затова при реализира-

нето на изследването в България са положени всички необходими мерки за гарантиране на следните ключови изисквания:

1) Стриктно спазване на изискванията за реализиране на представителната извадка и спазване на инструкциите за подбор на потенциалните респонденти.

2) Стриктно и коректно възпроизвеждане на въпросника, при отчитане на спецификата на интервюиране в условията на пандемия.

3) Коректно и прецизно осъществяване на процедурите по логическия оглед на попълнените въпросници и въвеждането на данните от тях в SPSS-макета.

Първоначалният преглед на събраните емпирични данни показва, че в съвременното българско общество са налице здравни неравенства, които се определят категорично като недопустимо и социално несправедливо явление, преди всичко, защото здравето като базова човешка ценност изисква достъпът до здравеопазване да не бъде разглеждан като лукс, а да бъде всеобщо получаван, естествено при определени условия.

Тръвайки от основната ни изследователска хипотеза, че при нас достъпът до здравни услуги и грижи е функция на материалния статус на индивида и неговото благосъстояние, предметът ни на анализ търси да определи влиянието върху достъпа до здравни услуги на такива фактори като доходи, трудов статус, заетост и място на индивида по скалата „богат-беден“. С други думи, целта ни е да се разкрие икономическата детерминираност на здравните неравенства в съвременното българско общество.

Колкото до зависимостта между образованието и достъпа до здравеопазване, резултатите от изследването разкриват нееднозначна картина. Индивиди с по-нисък образователен статус при определени обстоятелства са в състояние да имат достъп до по-качествени и по-надеждни здравни услуги, тъй като разполагат с повече финан-

сови възможности. Това им осигурява достъп до необходимите здравни услуги, докато индивиди с висок образователен статус, но с относително по-ниски доходи, имат достъп до по-ограничен кръг от здравни услуги и до услуги с по-ниско качество.

Фактически в този случай е налице здравно неравенство, обусловено от материалния статус на индивида, при което заетостта и доходите са детерминиращи фактори за достъпа до качествени и своевременно здравни грижи. Принципно погледнато, образованието има висок потенциал за факторно влияние върху достъпа до здравни услуги, но в условията на българското общество то изпълнява по-скоро ролята на детерминиращ фактор за типа и характера на заетостта на индивида, без да определя пропорционално доходите и материалното благосъстояние.

3. Здравните неравенства в България: социологическа реконструкция

Подходите за емпирично изучаване на здравните неравенства са различни. При настоящото изследване здравните неравенства са измерени чрез система от емпирични индикатори, установяващи базови оценки и нагласи по отношение най-вече на достъпа до здравни медицински грижи и услуги, като по-конкретно са изследвани:

1) Различията в достъпа до здравни грижи по критерия материално състояние;

2) Различията в достъпа до здравни грижи на различни групи от населението, според основни социодемографски характеристики (пол, възраст, етнос, гражданство).

Събрани са и оценки за честотата на ползване на здравни услуги и грижи и степента на удовлетвореност от предоставените грижи и услуги. Измерени са оценките за здравеопазването като система и за отделните категории медицински работници. Потърсена е също така обща интегрална оценка за здравето на индивида,

разгледано като функция на възможността за своевременен достъп до качествени медицински услуги и здравни грижи.

3.1. Различия в достъпа до здравни услуги и грижи в България

В рамките на изследването са събрани серия от оценки, чрез които се установява мнението на пълнолетното българско население по въпроса за наличието или отсъствието на различия в достъпа здравни услуги и грижи. Този въпрос е комплексен и за неговото изучаване са използвани три емпирични индикатора. С тях се цели да се установи дали има различия в достъпа до здравни услуги и грижи: 1) според пола; 2) според възрастта; и 3) според наличието или не на българско гражданство.

Фигура 1 Визуализира получените в тази връзка оценки и очертава мненията за наличието или отсъствието на различия в

достъпа до здравни услуги по критериите пол, възраст и българско гражданство.

Що се отнася до оценките за влияние на фактора наличие или не на българско гражданство, то мненията на пълнолетното население у нас са разделени на три групи. Близко една трета от хората (общо 35,4%) считат, че достъпът до здравни услуги е приблизително същият, независимо от това дали човек има или няма българско гражданство. Други общо 33,6% са на мнение, че българските граждани имат много или малко по-лесен достъп до здравни грижи. Според общо 8,5% от респондентите е точно обратното – българските граждани имат много или малко по-труден достъп до медицински услуги. Прави впечатление, че 22,2% от респондентите са избрали опцията „не мога да преценя“, което е индикация, че по този въпрос поне една пета от населението не е добре информирано – било то поради



Фигура 1. Оценки на пълнолетното население за различията в достъпа до здравеопазване в България

липса на интерес към този въпрос, или поради липса на публична информация. Както се вижда, мнението на българското общество по този аспект в достъпа до здравни услуги е хетерогенно, което също е сигнал, че въпросът може да бъде поставен на по-задълбочено изследване при бъдещи проучвания.

Съдейки по данните, няма съществени различия в достъпа до здравеопазване по пол – в това са убедени 85,3% от изследваните лица. В еднаква степен мъжете и жените имат възможност да получават здравни услуги.

От гледна точка на целите на настоящата статия, по-голям интерес представляват интерпретациите на оценките по индикатора „Възраст“. Според общо 46,1% от респондентите, по-възрастните хора имат по-труден достъп до здравни услуги, в сравнение с по-младите хора. Това е до известна степен изненадваща находка на изследването, тъй като би следвало да се очаква, че всички граждани на страната имат еднакъв достъп до медицинските услуги и грижи (По принцип, всички граждани на страната имат достъп до здравни услуги. Друг е въпросът, че предоставяните услуги биват най-общо казано два типа – безплатни и платени. Безплатни здравни услуги се предоставят по определени здравни пътеки и покриват определен брой заболявания. Тези услуги са достъпни само за лицата с непрекъснати здравноосигурителни права, т.е. тези услуги се предоставят в замяна на ежемесечно удържаните здравни осигуровки. Що се отнася до платените здравни услуги, то достъпът до тях не е ограничен нормативно – всеки има достъп до тях, при условие, че разполага със средствата да заплати за съответната услуга. В практиката най-често срещаният вариант е комбинираният, при което лицето получава една част от здравните услуги по здравни пътеки, но освен това заплаща за определени услуги, които не се покриват от НЗОК. Затова при проведеното изследване се говори общо

за достъп до здравни услуги, като с това се визуира достъпът както до гарантираните от НЗОК услуги, така и достъпът до платени услуги. Нашият анализ подсказва, че при бъдещо изследване този въпрос следва да се раздели и да се потърсят оценки отделно за услугите, предоставяни по здравни пътеки с бюджета от НЗОК, и отделно за платените услуги). Мнението на близо половината от пълнолетното население обаче опровергава подобно твърдение – очевидно, според представите на населението възрастните хора изпитват затруднения при ползването на медицинските услуги.

Впрочем, задълбочаването на проверката на данните сочи, че макар всички възрастови групи достатъчно ясно да са изтъкнали по-трудния достъп на по-възрастните хора до здравеопазване, все пак има известни различия в изказаните мнения. Така например, 39,6% от лицата на възраст между 18 и 30 години считат, че по-възрастните хора имат по-труден достъп до здравеопазване, като с нарастване на възрастта делът на лицата, заставащи зад подобно твърдение, нараства – този дял е 43,3% при лицата от възрастовата група 41-50 г.; 45,4% при лицата от възрастовата група 51-60 г.; 55,0% при лицата на възраст между 61 и 70 години, и 47,5% при лицата на възраст над 71 г.

Възниква въпросът доколко вероятно от аналитична гледна точка е възрастта да играе роля на фактор за различен достъп до здравеопазване. Дали изтъкването на възрастта като причина за различен достъп до здравеопазване не е продукт на една наблюдавана ситуационна видимост, една индиректна връзка, в която фактическо влияние да оказват други показатели, свързани с благосъстоянието на хората в трета възраст в България. Според данните от настоящото изследване, за възрастта, която на пръв поглед оказва факторно влияние върху достъпа до здравеопазване, се крие друга причина и това е материалният статус, уловен в конкретния случай чрез индикатора

средномесечен личен доход. Данните сочат, че колкото е по-висок средномесечният доход на даден човек, толкова с по-голяма категоричност се застъпва твърдението, че по-възрастните хора имат по-труден достъп до здравни услуги и грижи. Така например, това мнение се отстоява от 42,0% от лицата със средномесечен доход до 314 лв., а също така и от 42,8% от лицата с доходи между 315 и 651 лв., 49,6% от лицата с доходи между 652 и 1283 лв. и 56,7% от лицата с доходи над 1283 лв. На основата на тези данни може да се направи изводът, че макар и да не са попитани директно за връзката между финансовите възможности на даден индивид и достъпа до здравеопазване, значителна част от пълнолетните българи осъзнават наличието на такава зависимост и това пряко се отразява върху техните оценки.

3.2. Богат-беден: еднакъв ли е достъпът до здравеопазване?

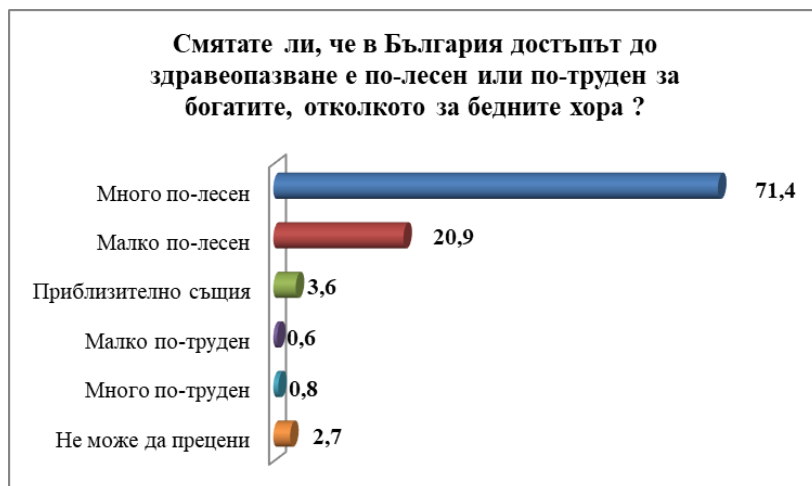
В контекста на настоящото изследване на икономическата детерминираност на здравните неравенства, особена значимост има въпросът за наличието или не на различия в достъпа до здравни услуги по критерия материално-финансови възможности на индивида, или по скалата „богат“-„беден“.

За установяването на тази зависимост из-ползваме два подхода, при които по индиректен или директен начин се събират оценки по определени емпирични индикатори.

3.2.1. Базисни оценки за достъпа до здравни услуги и грижи

Чрез индиректен подход респондентите са помолени да дават оценки за съществуването или не на различия в достъпа до здравни услуги на хората, като се вземат предвид някои основни аспекти на материалния статус на индивида. По-конкретно, потърсени са: 1) оценките на респондентите за влиянието на материалното състояние върху достъпа до здравеопазване, 2) обобщаваща оценка дали е справедливо да има различия в достъпа до здравеопазване, 3) оценка за това дали достъпът до здравеопазване трябва да зависи от начина на живот и 4) оценка за основните причини за възникването на тежки здравословни проблеми. В следващото изложение събраните оценки по тези въпроси са разглеждани последователно.

На поставения анкетен въпрос, установяващ оценките на пълнолетното население за това дали има различия в достъпа на бедните и богатите до здравеопазване, данните са категорични – 71,4% от респонден-



Фигура 2. Оценки за достъпа до здравеопазване по критерия „богат“-„беден“

тите са на мнение, че достъпът до здравни услуги и грижи е много по-лесен за богатите, отколкото за бедните. Други 20,9% от респондентите са счели, че богатите имат малко по-лесен достъп до здравни услуги, отколкото бедните. Коментираниите оценки са илюстрирани във фигура 2.

В крайна сметка се оказва, че 92,3% от пълнолетното население у нас са на мнение, че ако човек има повече финансови възможности и се отнася към категорията на богатите, това ще улесни достъпа му до медицински услуги. Тези данни са основание да се направи извод, че в представите на огромното мнозинство от българите достъпът до здравни услуги и грижи е силно стратифициран в зависимост от финансовите възможности на отделните индивиди – по-богатите имат по-лесен достъп до медицинските услуги и грижи. Казано с други думи, според оценките на пълнолетното население, в България е налице сериозно здравно неравенство по признака материален статус на индивида. Тази констатация потвърждава тезата, че всеобщото здравно осигуряване не съумява да коригира материалните диспропорции и оставя наличието на бедност да има преобладаващ ефект върху неравностойния достъп до здравни услуги.

Някои допълнителни проверки на данните от настоящото изследване разкриват с още по-голяма дълбочина параметрите на доминиращата в българското общество представа и разбиране, че богатите имат по-лесен достъп до здравни услуги, отколкото бедните.

Най-напред, правим проверка на зависимостта между средномесечния доход на респондентите и тяхната оценка за това дали богатите имат по-лесен достъп до здравеопазване, отколкото бедните. Данните показват, че преобладаващата част от лицата споделят оценката за това, че достъпът на по-богатите до здравеопазване е по-лесен. Това мнение се изказва от 71,0% от лицата с доходи до 314 лв., от

72,7% от лицата с доходи между 315 и 651 лева, 68,7% от лицата с доходи между 652 и 1283 лева и 74,2% от лицата с доходи над 1283 лева. Поразително е единодушието на респондентите по този въпрос – независимо от величината на средномесечния доход, хората са убедени, че достъпът до здравни услуги е пряко свързан с наличието на финансови средства. Макар и спекулативно заявено, бихме поставили въпроса дали нашите респонденти не демонстрират влиянието на оценъчната категория за материално благосъстояние при определяне на собствената си оценка за социалното удовлетворение?

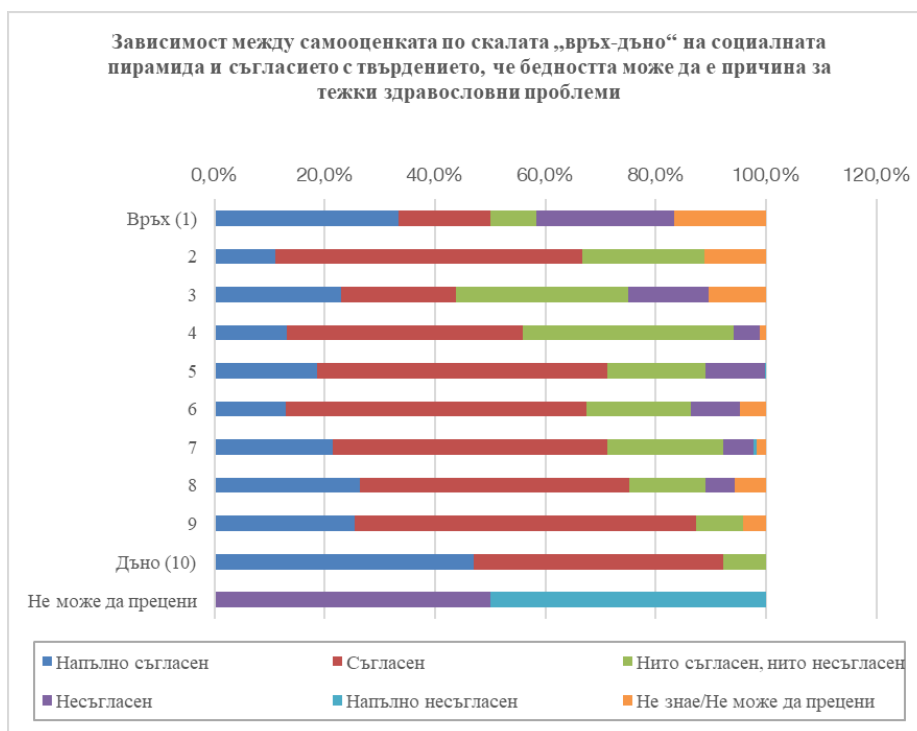
Защото настоящото изследване показва, че 72,0% от наетите лица са убедени, че богатите имат по-лесен достъп до здравеопазване, отколкото бедните. Това мнение се споделя от 56,9% от самонаетите лица и от 75,5% от работодателите. Това ни дава основание да посочим, че и според формата на заетост (наето лице, самонаето, работодател) отново доминират дяловете на убедените, че богатството е гаранция за по-лесен достъп до здравни услуги и грижи.

Интерес представлява и тълкуването на някои също така базови оценки, разкриващи мисленето на хората за това кое поражда тежки здравословни проблеми. Отново, по индиректен начин е налична зависимостта между основни фактори на средата (в която живее, работи и се възстановява индивидът) и евентуалното влошаване на ключови параметри на здравето. В тази връзка, при настоящото изследване е зададен нарочен въпрос и са потърсени обобщаващи оценки за причините за възникването на тежки здравословни причини.

По-конкретно, тествани са четири хипотези като 1) увреждане на здравето чрез начина на живот, 2) чрез живот и работа в неблагоприятна околна среда, 3) поради лоши гени и 4) поради бедност. Получените данни показват, че и четирите тествани хипотези са валидни. От една страна, пове-

че от половината от респондентите (11,6% напълно съгласни и 50,2% съгласни) считат, че тежките здравословни проблеми могат да се дължат на неблагоприятна наследственост. Лоша биологична наследственост е една от възможните причини за възникването на тежки здравословни проблеми, но заедно с това, 16,6% са напълно убедени и 51,2% са убедени, че е напълно възможно тежките здравословни проблеми да са следствие от начина на живот (Както е добре известно, има навици и модели на поведение, които провокират увреждането на здравето и водят до възникване на сериозни здравос-

според данните от настоящото изследване, значителен е и дялът на хората, за които именно бедността поражда тежки здравословни проблеми (21,1% са напълно убедени в това, а 49,8% – убедени). Проверката на данните показва, че зависимостта между самооценката по скалата „връх-дъно“ на социалната пирамида, от една страна, и от друга страна съгласието с твърдението, че бедността може да е причина за възникване на тежки здравословни проблеми, се описва чрез следните стойности – Cramer V=0.245; Chi-Square $\chi^2=0.000$. Оценките са визуализирани във фигура 3.



Фигура 3. Структура на оценките за бедността като възможна причина за възникване на тежки здравословни проблеми, според самооценката по скалата „връх-дъно“ на социалната пирамида

словни проблеми). Внутелно мнозинство от пълнолетното население (25,0% напълно убедени и 56,9% убедени) считат, че увреждането на здравето е резултат от характеристиките на околната среда, в която хората живеят и работят.

Както показва фигура 3, общо 92,2% от респондентите, самоопределили се като намиращи се на самото дъно (бал 10), в същото време са напълно съгласни или съгласни с твърдението, че тежките здравословни проблеми могат да са причинени от

бедност. За сравнение, при хората, самоопределили са на самия връх на социалната пирамида (бал 1), този дял е общо 50,0%.

В този контекст показателно е също така и това, че според 49,2% от пълнолетното българско население хората трябва да имат достъп до здравни грижи, финансирани от държавата, дори и ако с начина си на живот сами вредят на здравето си. Това показва, че всеки втори очаква здравната грижа да осигурява базови медицински услуги за всички свои граждани.

3.2.2. Оценки, илюстриращи по директен начин достъпа до здравни услуги

При проведеното изследване са включени отделни въпроси, които по директен път установяват какъв е бил достъпът до здравни услуги през последните 12 календарни месеца. Респондентите са посочвали честотата на посещенията си при лекар, като също така са оценявали степента на удовлетвореност от предоставените им медицински услуги и предписаното им лечение.

Според настоящото изследване, през последните 12 календарни месеца от медицински услуги са се нуждаели 37,3% от пълнолетното население. Тези лица посочват за себе си, че са посещавали лекар с различна честота – понякога, често или много често. Не бива да пренебрегваме обаче и други 37,0% от респондентите, които са изтъкнали, че сравнително рядко са имали нужда от лекар през посочения период. Когато разглеждаме относителния дял на лицата, ползвали лекарски услуги, би следвало да вземем предвид и втората категория лица, така в крайна сметка става ясно, че през последните 12 месеца над две трети от населението (общо 74,3%) е прибегвало до услуги на лекар, включително чрез домашни посещения от медицински представители.

Задълбочаването на анализа разкрива, че по-чести посещения при лекар са били правени от индивиди, които се намират в ниска-

та част на социалната пирамида. Според данните, 17,6% от лицата, самоопределили се като намиращи се на самото дъно (бал 10), са посещавали лекар много често, а други 33,3% – често. Общо това формира относителен дял от 50,9%. С други думи, всеки втори, намиращ се на дъното в социалната пирамида, през последните 12 месеца е имал здравословен проблем, поради което се е наложило да посети лекар и да потърси медицинска помощ. Сравнението показва, че при индивидите, самоопределящи се в горната част на социалната пирамида, потребността от посещения на лекар е била много рядка – 58,3% от лицата на самия връх на пирамидата са споделили, че са посещавали лекар „поякога“ и само 16,7 % – често.

Тези данни могат да се изтъкват като индикация за това, че индивидите, които се намират на по-високите етажи на социалната пирамида, разполагат с по-благоприятни условия за работа и живот, вероятно и по-добра превенция на здравето. В резултат на това тези хора се отличават с по-добри показатели на здравето и съответно, по-рядко имат потребност от лекарска помощ. Обратно на това, индивидите, които се намират на дъното или близко до дъното на социалната пирамида, по обективни (най-често финансова невъзможност) и субективни причини (от психологически и културен характер – неразбиране или подценяване на сериозността на възникващите здравословни проблеми, нежелание за промяна в начина на живот, отказ от самооценката за „здрав човек“ и т.н.) имат влошени здравни показатели, страдат от повече заболявания и това довежда до по-честа необходимост от търсене на лекарска помощ.

Тук е мястото да се отбележи, че през последните 12 календарни месеца 47,3% от индивидите с доходи между 315 и 651 лева и 34,5% от индивидите с доходи между 652 и 1283 лева са се отказали от определени медицински услуги, от които

са имали нужда, като причината за това е била невъзможност да платят стойността на съответната медицинска услуга. Тези оценки допълнително засилват констатацията, че в българското общество е налице силно неравнопоставие в достъпа до здравни услуги, породено от различията във финансовите възможности на индивидите.

В контекста на представените данни е важно да се уточни, че само около 26% от лицата, които са ползвали лекарски услуги през последните 12 месеца, са останали повече или по-малко доволни от лечението, което им е предписано. Останалите респонденти изразяват в една или в друга степен неудовлетвореност от лечението, което са получили, като около една трета са избрали опцията „донякъде доволен“, а 14,2% – с „нито доволен“, „нито недоволен“. Тези данни говорят за определено недоверие към формата на предлаганото лечение и вероятно съмнение, че получават най-добрите възможни услуги. Поради това никак не е чудно, че запитани директно дали одобряват работата на системата за здравеопазване, 69,3% от пълнолетните българи са изразили мнение, че като цяло здравната система в България „не работи добре“. Показателен е фактът, че само 3,4% от изследваните лица са оценили, че здравната система у нас функционира добре.

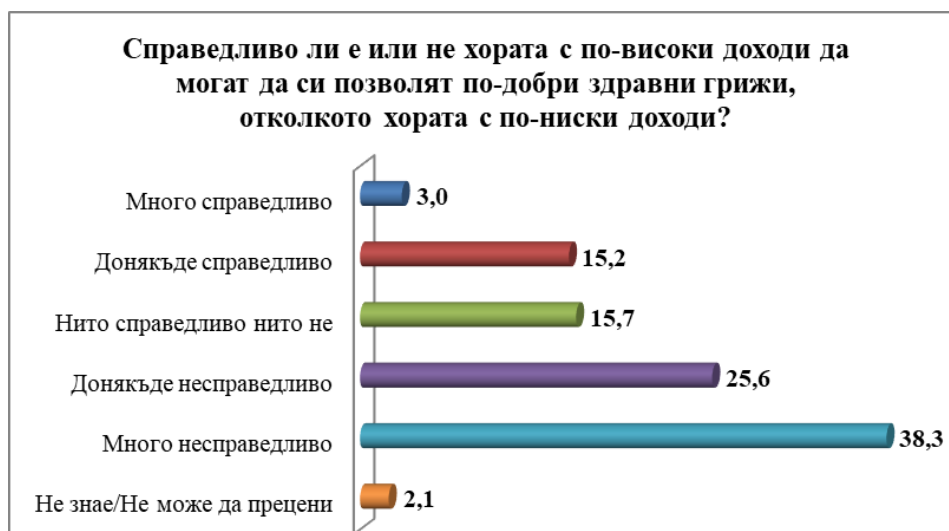
От анализа става ясно също така, че хората с най-високите доходи са в най-висока степен удовлетворени от предоставените им медицински услуги: те са 11,3% при лицата с доход над 1283 лв., 6,0% при лицата с доходи между 652 и 1283 лв. и 4,1% при лицата с доходи между 315 и 651 лв. (Навлизането на технологията в медицинските услуги отдавна е част от добрата диагностика. За съжаление, много от процедурите не се поемат от НЗОК. Тук не става дума за „доплащане“, а пълно заплащане, което често се равнява на среден едномесечен доход (компютърни томографи, лабораторни изследвания). В същото

време, 0%, т.е. никой от лицата с доходи до 314 лв. не е изразил пълна удовлетвореност от предоставеното им лечение. Сред тази категория преобладават хората, избрали опцията „нито доволен“–„нито недоволен“, т.е. обърнато им е някакво внимание, без да има особен ефект.

Ако обобщим, с изследването се установява силната нужда от системни и своевременни медицински грижи, пряк израз на което е фактът, че повече от две трети от пълнолетните българи имат конкретна необходимост от медицински услуги в рамките на една календарна година. В същото време, преобладаващата част от населението у нас не е доволно нито от функционирането на системата за здравеопазване – разглеждано като механизми за предоставяне на здравни услуги и грижи, нито от лечението, което се предписва и осъществява.

Във връзка с тези изводи представляват интерес отговорите на въпроса доколко справедливо е да има различия в достъпа до здравни услуги? (Следва да се има предвид, че Международното общество за здравно равенство (ISEH): <http://www.iseqh.org>) определя равния достъп до здравеопазването като нормативна етична величина, основно човешко право и необходим елемент на разпределената справедливост). В рамките на изследването общо 63,9% от респондентите са заявили, че според тях е много или донякъде несправедливо достъпът до медицински услуги да зависи от финансовите възможности на индивида. И само 15,2% са преценили, че съществуването на различия според материалния статус е донякъде справедливо, а според 3,0% – много справедливо. Фигура 4 представя в графичен вид оценките на пълнолетното население по този въпрос:

Представените данни показват, че в представите на две трети от пълнолетното българско население, съществуването на здравно неравенство по критерия „материален статус“ не е справедливо. Ма-



Фигура 4. Оценки за това дали е справедливо да има различия в достъпа до здравеопазване според равнището на доходите

кар една пета от населението да допуска и оправдава съществуването на подобни различия, доминиращото мнение в общественото пространство е, че наличието или не на финансовите средства не бива да е основание за по-различен достъп на хората до здравни услуги и грижи.

3.2.3. Допълнителни оценки за установяване на латентни напрежения в българското общество на база материално благосъстояние

Представените оценки за влиянието на материалния статус върху достъпа до здравни услуги може да бъде допълнен от други емпирични оценки, чрез които директно се установява съществуването или не на конфликтни зони по причина различия в материалното благосъстояние на индивидите.

Така например, ако задълбочим анализа на наличните емпирични данни става ясно, че според 50,4% от пълнолетното население в българското общество има много силно изразени конфликти между богати и бедни. Запитани какво чувстват, когато мислят за различията в материалното бла-

госъстояние между богатите и бедните, 74,7% от респондентите са посочили, че силно се гразнят от съществуването на такива различия. Тези данни не бива да се подценяват – те са индикация за силни, макар и латентни напрежения, които могат да ескалират или да избухнат при определен повод, провокиращ социалното търпение и социалната толерантност. Особено в период на пандемия, когато солидарността и социалната търпимост са поставени на карта, несъвършенствата на такива основни институционални защити като здравеопазването стават особено видими. Неравенствата абстрактно могат да бъдат приемани, но не и когато става дума за оживяване. Ето защо няма да е пресилено да се каже, че в съвременното българско общество социалната толерантност е във висока степен провокирана от наличието на чувствителни различия в материалното благосъстояние на отделните индивиди.

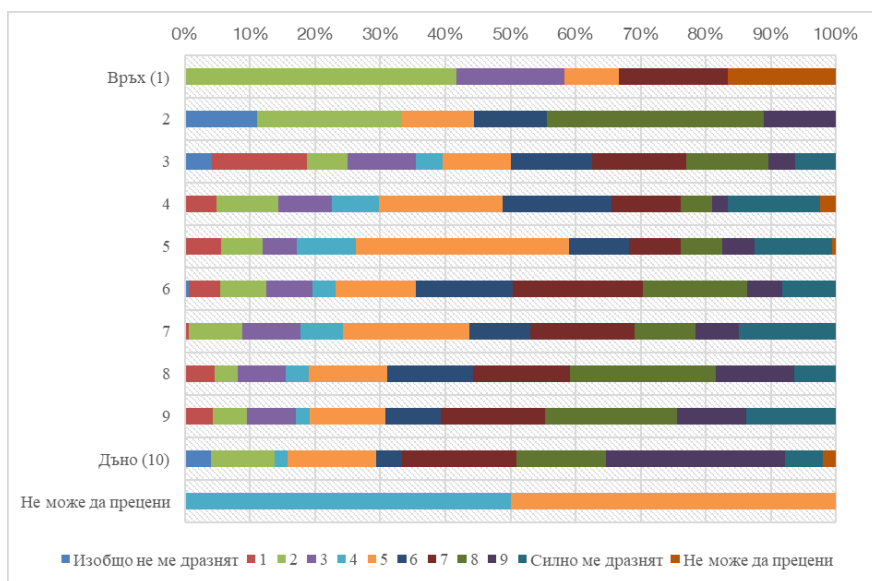
За да подчертаем наличието на напрежение по отношение на материалното неравенство, проверихме статистическата значимост на зависимостта между самооценката на индивида по скалата

„Върх-дъно на социалната пирамида“ и вероятността този човек да се гразни от съществуването на различия в материалното състояние на индивидите. Тази зависимост е силно значима (Cramer V=0.177; Chi-Square $\chi^2=0.000$). Повече от половината от хората (58,7%), самоопределили се като пребиваващи на върха (или близо до него) на социалната пирамида, не изглеждат да се гразнят от съществуването на различия в материалния статут на хората. Но повече от половината от хората, самоопределили се като намиращи се в дъното на социалната пирамида (58,5%), заявяват, че много силно се гразнят от наличието на различия в материалното благосъстояние на хората.

4. Основни изводи и заключение

В светлината на доминиращите в българското общество недоверие и неудовлетворение от системата на здравеопазването е напълно обяснимо, че запитани дали са склонни да плащат по-високи данъци, за да се повиши качеството на медицинските услуги, само 3,5% от респондентите отговарят изцяло положително, а други 20,9% изразяват склонност само до известна степен. Затова пък 55,8% от респондентите са посочили, че не биха приели увеличение на данъците, дори това да им гарантира подобрене на качеството на здравните услуги.

Очевидно, връзката между доверието в здравната система и готовността за



Фигура 5. Зависимост между самооценката на респондентите по скалата „Върх-дъно“ на социалната пирамида и отношението към съществуването на различия в материалното благосъстояние

Фигура 5 илюстрира тази зависимост, като става ясно, че колкото по-ниско в социалната пирамида се самоопределят хората, толкова по-негативно се отнасят и се гразнят от съществуването на различия в материалното благосъстояние.

по-високи лични „инвестиции“ в здравеопазването (чрез данъци) е силна и до голяма степен осъзната. Тъй като сред хората доминират негативната оценка и неудовлетворението от предоставяните от системата за здравеопазване услуги, то това

генерира и последваща негативна оценка по отношение на каквито и да е промени в механизмите, чрез които се акумулират средства за системата за здравеопазване. Така се получава „порочен кръг“: значителна част от хората не се доверяват на системата на здравеопазването и са недоволни от нея. Поради това не са склонни да отгледят от своите доходи по-високи вноски за здравни осигуровки. В същото време, сега генерираните средства за системата за здравеопазване не дават възможност за предоставяне на качествени медицински услуги и грижи. И докато тези услуги продължават да са некачествени, ще продължи недоволството от системата от здравеопазването и ще се задълбочава кризата на доверието в тази жизнено важна за всяко общество система. На този етап, при така доминиращите обществени нагласи, възможното решение за подобряване качеството на здравните грижи е не да се търсят начини за увеличаване на здравноосигурителните вноски, а по-скоро да се намерят възможности за по-рационално изразходване на средствата за здравеопазване. Казано с други думи, пълнолетните българи очакват подобриенето на предоставяните здравни услуги да стане в рамките на сега съществуващите механизми и фондове, без каквито и да е промени в големината на личния здравноосигурителен принос.

Заедно с това представените емпирични данни показват, че причините за увреждането на здравето в повечето случаи са социални. В контекста на настоящото изследване обръщаме повече внимание на социалните детерминанти на увреденото човешко здраве. Така на първо място е бедността, разглеждана като трайна характеристика на даден индивид и пораждаща серия от ограничения по отношение бита, работата, отдиха и основните жизнени дейности. На следващо място, не без значение са средата, в която живеят и работят хората, и начинът на живот. Трябва да подчертаем,

че те също до голяма степен са функция от материалния статус на индивида – хората с по-стабилни доходи имат възможност да си създадат по-благоприятна среда за живеене, като в същото време работят и в по-добра среда. Отделните характеристики са взаимно обвързани – достъпът до по-качествена заетост генерира по-високи доходи, което от своя страна дава възможност за живот в по-добра среда и носи перспектива за намиране на още по-добра работа. Така кръгът е затворен – богатите освен че имат възможности за генериране по-високи доходи, имат и повече шансове да живеят и да работят в по-добри условия. Бедността се оказва не просто жизнена ситуация, а реална стигма – бедните априори са лишени от възможности за високоплатена заетост и с ниските доходи, които получават, автоматично са лишени и от възможност да подобрят своята среда за живеене и възстановяване. Така се възпроизвежда серия от неравенства, между които и неравенство по отношение достъпа до здрави услуги и грижи в рамките на една конкретно взета система за здравеопазване.

Също така е важно да се отбележи, че представите на населението за това какъв би следвало да бъде обхватът на предоставяните от държавата здравни грижи и услуги, се различават съществено. Едва една пета от населението (21,7%) считат, че държавата трябва да осигурява само основните медицински услуги и грижи. Преобладаващата част от пълнолетните българи (58,0%) са на точно обратното мнение – те очакват държавата да гарантира предоставянето на по-широк кръг от медицински услуги и грижи. Тези данни са индикация за несъвпадение на интересите на държавата и гражданите – държавата е предвидила по здравните пътеки да бъдат предоставяни ограничен брой медицински услуги и грижи, предимно животоспасяващи, а очакванията на гражданите са предоставяните услуги да обхващат по-голям брой забо-

лявания. Очевидно, това е сложен въпрос, който изисква сериозен публичен дебат, в рамките на който да се изясни какви са очакванията на гражданите и какви са реалните възможности на системата за здравеопазване при сега действащите механизми за акумулиране на средства за НЗОК. Както подсказва настоящото изследване, данъкоплатците у нас не са особено склонни да подкрепят увеличаване на здравноосигурителните вноски – очакванията са по-скоро, че средствата, генерирани чрез сега действащите здравноосигурителни механизми, ще бъдат изразходвани по-рационално, в резултат на което качеството на здравните грижи ще се повиши.

Цитирани източници:

- Делчева, Е., 2015. Неравенства в осигуреността на здравеопазването с ресурси. София, *Социална медицина*, бр. 4.
(Delcheva, E., 2015. Neravenstva v osigurenostta na zdraveopazvaneto s resursi. Sofia, *Sotsialna meditsina*, br. 4)
- Ивков, Б., А. Атанасов, С. Съикова, З. Тонева, П. Попиванов, С. Тодорова, Д. Драганов, А. Амбирска, И. Янков, 2017. Разходи за здраве от жбоба и социални неравенства в България. София: Издателски комплекс – УНСС, с. 447.
(Ivkov, B., A. Atanasov, S. Saykova, Z. Toneva, P. Popivanov, S. Todorova, D. Draganov, A. Ampirska, I. Yankov, 2017. Razhodi za zdrave ot dzhoba i sotsialni neravenstva v Bulgaria. Sofia: Izdatelski kompleks – UNSS, s. 447)
- Михова, Г. и др., 2019. Дискриминационни прояви спрямо възрастните хора. София: Славена.
(Mihova, G. i dr., 2019. Diskriminatsionni proyavi spryamo vazrastnite hora. Sofia: Slavena)
- Braveman, P., 2006. Health disparities and

health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*. 27:167–194.

Braveman, P., 2008. Racial disparities at birth: The puzzle persists. *Issues in Science and Technology*. 24(2):23–30.

Devkota, S., M. Upadhyay. How do income and education affect health inequality: evidence from four developing countries. <https://doi.org/10.1080/00036846.2015.1054069>

Hamilton, B.W., J.A. Martin, M.J.K. Osterman, 2016. National vital statistics reports. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Krueger, P., I. Dehry, V.W. Chang. The relationship between education and health: reducing disparities through a contextual approach. DOI: 10.1111/1468-0009.12372.

Lupton, D., K. Willis, 2021. The COVID-19 crisis: Social Perspectives, <http://dx.doi.org/10.4324/9781003111344>

Mathews T.J., M.F. MacDorman, M.E. Thoma, 2015. Infant mortality statistics from the 2013 period linked birth/infant death data set. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, pp. 1–30. (National Vital Statistics Reports).

Raghupathi, V., W. Raghupathi. The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. *Arch Public Health* 78, 20 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00402-5>

WHO. 10 facts on health inequities and their causes. 2011. [December 2, 2016]. http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en

Woolf, S.H., R.E. Johnson, R.L. Phillips, M. Phillipsen, 2007. Giving everyone the health of the educated: An examination of whether social change would save more lives than medicine. *American Journal of Public Health*. 2007(97):4.