

СОЦИОИКОНОМИЧЕСКИ ЗДРАВНИ НЕРАВЕНСТВА В ИЗПОЛЗВАНЕТО НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ В БЪЛГАРИЯ

Мария Рохова, Елка Атанасова, Антония Димова

Катедра по икономика и управление на здравеопазването,
Факултет по обществено здравеопазването, Медицински университет – Варна

SOCIO-ECONOMIC HEALTH INEQUALITIES IN USE OF HEALTH CARE SERVICES IN BULGARIA

Maria Rohova, Elka Atanasova, Antoniya Dimova

Department of Health Economics and Management, Faculty of Public Health,
Medical University - Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: Различни изследвания показват, че по-бедните хора от населението имат по-големи здравни потребности, докато използването на здравни услуги е концентрирано сред по-богатите прослойки на обществото. Целта на настоящата статия е да се изследват социоекономическите здравни неравенства в използваемостта на различни видове здравни услуги в България.

Материал и методи: В изследването са използвани данни от проведено социологическо проучване чрез анкета. Проучването е проведено в периода март-юни 2014 г. сред 618 граждани на Североизточния район на планиране.

Резултати: От стойностите на коефициента на поляризация се вижда, че по-висока е използваемостта на здравни услуги от хората с по-ниски доходи. Изключение правят само денталните услуги. Емпиричните стойности на *t*-критерия на Стюdent по видове лечебни заведения показват, че статистически значими различия между групите с най-ниски и най-високи доходи съществуват при ползването на общопрактикуващ лекар, лекар-специалист и при приема в болница.

Дискусия: Резултатите от нашето изследване показват, че статистически значими различия се наблюдават в използването на здравни услуги от респондентите с различни равнища на доход. Финансовата тежест на разходите за здравеопазване създава сериозни бариери в достъпа до здравни услуги, особено за по-бедните домакинства, неосигурените лица и другите уязвими групи.

ABSTRACT

Introduction: Different studies show that those at the lower end of the income distribution have the greatest needs for health care but usually those in higher income groups use more health care services especially specialised ones. The aim of this article is to investigate socio-economic health inequalities in the utilisation of health care services in Bulgaria.

Material and Methods: Data from inquiry are used to analyse the socio-economic health inequality. The inquiry is conducted in 2014 among 618 citizens of Nord-East region in Bulgaria.

Results: Values of odds ratio show that people at the lower end of the income distribution use more health care services except in the dental care. Differences in utilization of outpatient and inpatient services are measured at different income groups through Student *t*-test.

Discussion: Our analyses suggest that income inequalities are related with health inequalities in the utilisation of health care services in Bulgaria. Financial burden of private health expenditure creates barriers in access to health care services especially for poorer part of the population, uninsured people and other vulnerable groups.

Conclusion: Although the health sector faces serious challenges with income-related health inequalities, the policy measures are still inadequate.

Keywords: health inequalities, socio-economic differences, utilisation of health services.

Заклучение: *Въпреки задълбочаването на проблема с неравенствата в използването на здравни услуги, мерките от страна на здравните власти са все още твърде ограничени.*

Ключови думи: *здравни неравенства, социоекономически неравенства, използване на здравни услуги*

ВЪВЕДЕНИЕ

Различни изследвания показват, че по-бедните хора от населението имат по-големи здравни потребности, докато използването на здравни услуги (особено на специализирана медицинска помощ) е концентрирано сред по-богатите прослойки на обществото (19,21,22). Тази специфика може да бъде установена в много европейски държави, като основната причина за разминаването между здравните потребности и използването на здравни услуги е неравенството в доходите. По-голямата част от проучванията, свързани с този въпрос, показват, че хората с по-ниски доходи повече посещават общопрактикуващ лекар (в държави, в които такива има) или използват предимно услуги в първичната медицинска помощ, което се обяснява най-вече с факта, че те имат по-голяма нужда от здравни услуги поради по-лошото си здравословно състояние (8,9,12,13,15,17,20). Такава помощ ползват предимно и хора с по-ниско образование. От тази гледна точка по отношение на първичната помощ може да се твърди, че е постигната вертикална равнопоставеност, тъй като повече услуги използват онези, които повече се нуждаят от тях.

По отношение на специализираната медицинска помощ се наблюдава точно обратната ситуация – хората с по-високи доходи посещават по-често специалист (3,9,10,18,20). Това предполага и различия в качеството на лечение между по-богатите и по-бедните прослойки на обществото. До голяма степен тези различия в използването на медицински услуги на отделните нива на здравната система, както и разликите в качеството на предоставяните услуги, се обясняват или директно с големи разминавания в доходите, или с наличието на допълнителна (частна) здравна осигуровка (или застраховка), което индиректно също насочва към доходните неравенства. Наред с осигурителния статус влияние оказват също фактори като директните плащания от страна на пациентите за различните услуги, както и някои нефинансови бариери като мес-

тоживеенето (от гледна точка на географските различия в разпределението на специализираната медицинска помощ) и образованието (по-високо образование хората посещават по-често лекари специалисти) (6). Или в случая става въпрос за примери на вертикална неравнопоставеност. Някои учени стигат още по-напред, доказвайки, че съществуват неравенства в смъртността, която е предотвратима, и то по отношение на адекватно лечение и диагностика в специализираната доболнична помощ (14,16). Изследванията показват, че равнопоставеност съществува и при предоставянето на болничната помощ, докато денталната помощ се използва предимно от хората с по-високи доходи (12,18).

Наред с дохода има и много други фактори, които оказват влияние върху неравенствата в използването на различните здравни услуги – особено когато те се предоставят по линия на социалното здравно осигуряване. Въпреки че по отношение на различията в посещенията на специализираната медицинска помощ доходът играе важна роля, то той невинаги е водещата причина за съществуващите неравенства (19). Някои автори дори твърдят, че други променливи като етническа принадлежност, образование и професия са основни фактори на неравнопоставеността в доболничната помощ (17). Част от изследванията разглеждат вероятността за използване на здравни услуги като функция на набор от променливи, свързани с потребностите, както и комплекс от индивидуални характеристики и политически решения (11). Индивидуалните характеристики и предпочитания също оказват голямо влияние и от тази гледна точка съществуващите различия между индивидите, както и разминаването между разходи и ползи в здравеопазването могат да обяснят до голяма степен наблюдаваните неравенства в използването на здравни услуги при едно и също здравословно състояние.

В българската практика липсват съвременни доказателства относно използването на отделни-

те видове медицинска помощ според дохода на потребителите. Целта на настоящата статия е да се изследват социоикономическите здравни неравенства в използваемостта на различни видове здравни услуги в България.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В това изследване ние използваме данни от социологическо проучване сред гражданите посредством използване на анкета, попълвана лично от респондентите с помощта на интервюиращ. Проучването е проведено в периода март-юни 2014 г. Единица на проучването са жителите на Североизточния район на планиране и четирите му области - Варна, Шумен, Добрич и Търговище. Причините за избора на Североизточния район на планиране са следните:

- географските особености на района позволяват да се обхванат всички специфички на предоставянето на медицинска помощ, като по този начин се осигурява възможността да се вземат предвид всички географски фактори (климат, релеф и др.), както и свързаните с тях особености на населените места (отдалеченост, разпръснатост, трудна достъпност, степен на урбанизация) и на инфраструктурата;
- демографските, икономическите и социокултурните характеристики на включените в района области и общини са изключително разнообразни и това позволява да се обхване цялата палитра на съществуващите в страната различия в това отношение;
- предварителните проучвания показват, че на територията на района се наблюдават съществени различия по отношение на здравния статус на населението (здравни неравенства), както и териториални диспропорции при разпределението на ресурсите, водещи до неравнопоставеност на населението в достъпа до здравни услуги.

При планиране на проучването е използван извадковият способ на базата на случаен подбор. При определяне обема на извадката генералната съвкупност включва населението на Североизточния район на планиране в България. Възприета е грешка в размер на 5.5% ($\Delta=0,055$), която при подобен обем на генералната съвкупност осигурява максимално доближение на резултати в извадката до действителните такива. Гаранционната вероятност е обичайната за такива проучвания 95%, която съответства на гаранционен множител на стойност 1,96. Въз основа на статистическите данни за генералната съвкупност полу-

чаваме извадка в обем от 618 души, формирана като сума от разпределението на респондентите по типове населени места - областни градове, малки градове и села.

При изчисляване обема на извадката е приложена формулата за безвъзвратен подбор в случаите, при които n_0/N е минимално число. Получената стойност отговаря на изискванията за гарантиране на представителност (за Североизточния район на планиране), като структурата на извадката напълно повтаря разпределението на населението по типове населени места в генералната съвкупност. Обемът на извадката е достатъчно голям, за да доближи нормалното разпределение.

Включените в извадката респонденти са сравнително равномерно разпределени според демографските характеристики пол и възраст. Доходите на домакинствата, включени в извадката, са от съществено значение за анализа и оценката на социоикономическите здравни неравенства. При определяне на подходящите групи сме използвали информация на Националния статистически институт за доходите на домакинствата през 2012 г. (2), като сме обединили децилните групи до пет основни.

В анкетната карта са включени предимно затворени въпроси, касаещи достъпа до здравни услуги, използването на здравни услуги и характеристиките на респондентите. Въз основа на получените данни са апробирани работни хипотези с подходящи статистически тестове (t-критерий на Стюdent) и методи за измерване на неравенствата (коефициент на поляризация и крива на Лоренц).

РЕЗУЛТАТИ

За целите на статистическата проверка относно различията в използваемостта според доходите на респондентите е формулирана следната работна хипотеза:

Съществуват статистически значими различия в използването на отделните видове медицинска помощ според доходната група, в която попадат анкетираните.

За тестване на работната хипотеза са използвани данни за средната използваемост на различни видове медицинска помощ, групирани в квинтили според средния месечен доход на домакинството. В Таблица 1 са представени резултатите за средния брой посещения по видове лечебни заведения през последните 12 месеца. От данните не се забелязва ясно подчертана тенденция за нарастване или намаляване на средната

използваемост по доходни групи, с известно изключение при стоматологичната помощ, чието използване се повишава с увеличението на средния доход на домакинството.

като това са основни видове медицинска помощ, то можем да приемем работната хипотеза.

Кривата на Лоренц в този случай показва фактическото използване на медицинска помощ като

Табл. 1. Средна използваемост на медицинска помощ / посещения на лечебни заведения по доходни групи

Вид медицинска помощ / лечебно заведение	1 квинтил	2 квинтил	3 квинтил	4 квинтил	5 квинтил
Общопрактикуващ лекар	2,96	2,43	2,90	2,18	1,93
Лекар специалист	1,52	1,45	1,37	1,64	0,90
Зъболекар	1,09	1,27	1,60	1,82	1,73
Медико-диагностична лаборатория	1,13	0,94	0,86	1,51	0,93
Болница	0,5	0,43	0,22	0,29	0,20
Друго лечебно заведение	0,15	0,06	0,07	0,11	0
Спешна медицинска помощ	0,17	0,18	0,09	0,07	0,10

За тестване на работната хипотеза са използвани t-критерият на Студент за съпоставяне на средни величини от две извадки, коефициентът на поляризация (OR) за съотношението между 1-ви и 5-и квинтил и кривата на Лоренц за установяване на различията в използваемостта между отделните доходни групи.

От стойностите на коефициента на поляризация (OR) се вижда, че по-висока е използваемостта на здравни услуги от хората с по-ниски доходи (Табл. 2). Изключение правят само денталните услуги, при които потреблението в 5-и квинтил надвишава това в 1-ви. Доколкото по-бедните групи от населението са в по-лошо здравословно състояние, се предполага, че те трябва да използват повече здравни услуги. Това съответства и на идеята за вертикална равнопоставеност в здравеопазването. Емпиричните стойности на t-критерия по видове лечебни заведения показват, че статистически значими различия между групите с най-ниски и най-високи доходи съществуват при ползването на общопрактикуващ лекар, лекар специалист и при приема в болница. Тъй

кумулятивна пропорция на използваемостта от населението, подредено спрямо дохода. Според данните от анкетното проучване при първичната и болничната медицинска помощ кривата на Лоренц лежи над диагонала, което означава, че по-бедните използват повече здравни услуги (Фиг. 1 и Фиг. 2). Редица изследвания в други държави също показват, че хората с по-ниски доходи повече посещават общопрактикуващ лекар и болница, което се потвърждава и от нашите резултати за Североизточния район на планиране в България. Това се обяснява най-вече с факта, че те имат по-голяма нужда от здравни услуги поради по-лошото си здравословно състояние. От тази гледна точка по отношение на първичната и болничната помощ може да се твърди, че е постигната вертикална равнопоставеност, тъй като повече услуги използват онези, които повече нуждаят от тях.

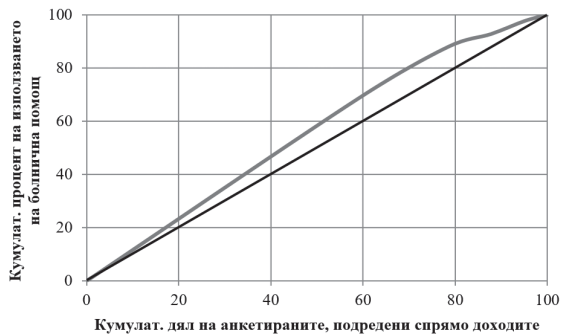
При специализираната доболнична помощ няма ясно изразена тенденция за преобладаващо използване от по-бедните или по-богатите групи от населението. Използваемостта на специали-

Табл. 2. Сравнение на използваемостта на медицинска помощ / посещения на лечебни заведения по доходни групи

Вид здравни услуги	t-критерий (1-5 квинтил)	OR (1-5 квинтил)	95% CI
Общопрактикуващ лекар	2,900	1,53	1,15-2,77
Лекар специалист	2,676	1,69	0,87-2,17
Зъболекар	1,800	0,62	0,21-1,95
Медико-диагностична лаборатория	0,789	1,22	0,45-1,81
Болница	1,973	2,50	1,98-3,15
Друго лечебно заведение	-	-	-
Спешна медицинска помощ	1,115	1,70	0,84-2,86



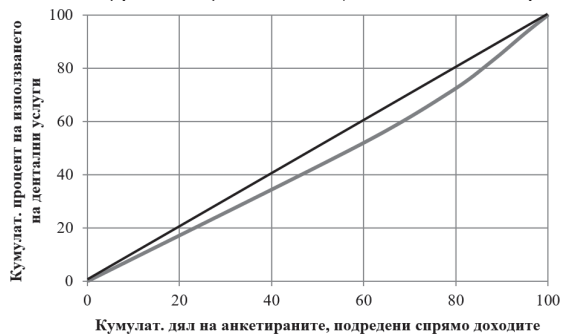
Фиг. 1. Крива на Лоренц за използването на първична медицинска помощ по доходни групи



Фиг. 2. Крива на Лоренц за използването на болнична помощ по доходни групи

зиранни здравни услуги е висока в 1-ви квинтил, след което намалява във 2-ри и 3-ти, в 4-ти квинтил достига най-високото си равнище и в най-високодоходната група (5-и квинтил) отново намалява. Това важи както за прегледите при лекар специалист, така и за специализираните диагностични изследвания (Табл. 1).

За разлика от специализираната доболнична медицинска помощ, при денталната помощ ясно се различава преобладаваща използваемост в групите с по-високи доходи, което се вижда и от разположението на кривата на Лоренц под диагонала на „идеалното“ разпределение (Фиг. 3). Ако специализираните медицински услуги могат да се използват предимно по линия на здравното осигуряване (със заплащане само на потре-



Фиг. 3. Крива на Лоренц за използването на дентални услуги по доходни групи

бителска такса), то денталните услуги са предимно платени от пациентите (с много малко изключения), което създава финансови бариери при ползването им от хората с по-ниски доходи.

ДИСКУСИЯ

Резултатите от нашето изследване показват, че статистически значими различия се наблюдават в използването на здравни услуги от респондентите с различни равнища на доход. Разлики се доказват в първичната, специализираната и в болничната медицинска помощ, а стоматологични услуги се използват предимно от хора с по-високи доходи.

Финансовата тежест на разходите за здравеопазване създава сериозни бариери в достъпа до здравни услуги, особено за по-бедните домакинства, неосигурените лица и другите уязвими групи. Нещо повече, хората с най-големи здравни потребности са изправени пред риска от по-нататъшно обедняване поради неравнооставеност в достъпа и влошено здраве. Няколко изследвания, проведени през различни периоди, потвърждават тези заключения. Проучване, проведено през 2010 г., относно директните плащания за здравни услуги като финансова тежест или бариера за достъп показва, че групите с ниски доходи по-често се въздържат от използването на болнични и доболнични услуги поради нивото на директните плащания. Повече от 30% от респондентите твърдят, че се налага или да вземат пари назаем, или да отлагат използването на здравни услуги поради здравните разходи. Въпреки че здравно осигурените лица имат по-добър достъп до здравни услуги, на тях също се налага да вземат заеми, за да посрещнат своите здравни разходи (4).

Последни данни в тази връзка са представени в Националната здравна стратегия 2014-2020 г., в анализа на която се твърди, че между 20 и 40% от населението на страната изпитва реални ограничения в достъпа до здравеопазване – при закупуването на предписани лекарства (37.6%) или при извършване на медико-диагностични изследвания (30.6%) (1). В допълнение на това, всеки четвърти се въздържа от прегледи и/или изследвания извън населеното място, където живее (25.8%), всеки шести – от постъпване в болница (16%), а всеки седми – от различни медицински услуги поради отдалеченост от дома (13.7%).

До подобни резултати достига проучване на Световната банка, проведено в България през 2010 и 2011 г., което показва, че в следствие на икономическата криза в страната много хора,

особено с по-ниски доходи, съкращават разходите си за лекарства и за ползване на здравни услуги (23). Около 25% от домакинствата с най-ниски доходи отлагат посещение при лекар при здравословен проблем, а над 40% пропускат закупуването на лекарства, за да намалят месечните си разходи. Изводът, до който достигат експертите на Световната банка, е, че финансовата защита в нашата здравна система е ограничена. Данните от нашето проучване в Североизточния район на планиране сочат, че около 2/3 от респондентите с ниски доходи отлагат използването на здравни услуги, когато са им нужни, а около 1/3 нямат финансовата възможност да си купуват редовно предписаните им лекарства. Това свидетелства не само за слаба финансова защита, но и за наличието на неравнопоставеност в здравеопазването, обусловена от различията в доходите. Неудовлетворените потребности от медицинска помощ (измервани чрез отложеното потребление) също се различават значително според доходите на анкетираните. Значимите различия в отложеното използване на здравни услуги могат да доведат в един по-дълъг период от време до влошаване на здравословното състояние на онези групи от населението, които по принцип се нуждаят от повече грижи (по-възрастните, по-бедните, живеещите в по-отдалечени населени места).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Като цяло нашите резултати показват и потвърждават, че има значителни неравенства в достъпа до медицински услуги, които изискват адекватна политическа намеса. Нашето твърдо убеждение е, че ключовата роля на здравната система за подобряване на здравето на нацията я превръща и в значим фактор, който може да създава или преодолява неравенствата. Тя може да съдейства съществено за по-справедливото „разпределение“ на здравето в обществото. Здравната система е един от детерминантите на здравето, която е едновременно „под влиянието и влияеща върху ефектите на останалите социални детерминанти“ (7), и поради това тя трябва да създава повече възможности за онези групи от населението, които са в по-неизгодно социоекономическо положение (5). Според нас намаляването на неравнопоставеността в здравеопазването изисква мерки на всички равнища на системата, както и поемане на ангажименти към тази цел от всички, които отговарят за здравната политика, разпределението на ресурсите и осигуряването на здравните услуги.

Въпреки задълбочаването на проблема с неравенствата в използването на здравни услуги, мерките от страна на здравните власти в България са все още твърде ограничени. Опитът за прилагане в действие на Национална здравна карта, с която трябва да се постигне по-справедливо преразпределение на ресурсите и достъпност до здравната мрежа, не показва осъществени действия с осезаеми резултати. Като стъпка за намаляване на финансовата тежест за потребителите на медицински услуги през 2012 г. правителството фиксира размера на потребителските такси за здравни услуги за здравноосигурените лица и намали размера на тези такси за пенсионерите. За проследяване на ефекта от тази мярка обаче ще са необходими нови изследвания, които да анализират доколко успешна е била тази промяна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национална здравна стратегия 2014-2020г. Приета с Решение №27 на Министерския съвет от 21.01.2014 г.
2. Национален статистически институт. Бюджети на домакинствата в Р България 2012. София, 2013.
3. Alvarez MLG, Barranquero AC. Inequalities in health care utilization in Spain due to double insurance coverage: An Oaxaca-Ransom decomposition. *Soc Science and Medicine*, 2009; 69:793–801.
4. Atanasova E, Pavlova M, Moutafova E, Rechel B, Groot W. Out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access. *European J of Public Health*, 2013; 23(6):916-922.
5. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 2006; 27:167-94.
6. Burstrom B. Will Swedish healthcare reforms affect equity? *BMJ*, 2010; 340:79-80.
7. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
8. Crespo-Cebada E, Urbanos-Garrido RM. Equity and equality in the use of GP services

- for elderly people: The Spanish case. Health Policy, 2012; 104:193– 9.
9. Devaux M, de Looper M. Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009. OECD Health Working Papers, № 58, OECD Publishing, 2012. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/5k95xd6stnxt-en>.
 10. Grasdal AL, Monstad K. Inequity in the use of physician services in Norway before and after introducing patient lists in primary care International. J for Equity in Health, 2011; 10:25. Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/25>.
 11. Laudicella M, Cookson R, Jones AM, Rice N. Health Care Deprivation Profiles in the Measurement of Inequality and Inequity: an Application to GP Fundholding in the English NHS. University of York, HEDG Working Paper, 2008. Available from: <http://www.york.ac.uk/res/herc/research/hedg/wp.htm>.
 12. Layte R, Nolan B. Equity in the Utilisation of Health Care in Ireland. The Economic and Soc Review, 2004; 35(2):111–34.
 13. Lu JR, Leung GM, Kwon S, Tin K, Van Doorslaer E, O'Donnell O. Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies. Soc Science and Medicine, 2007; 64:199–212.
 14. Lumme S, Sund R, Leyland AH, Keskimäki I. Socioeconomic equity in amenable mortality in Finland 1992-2008. Soc Science and Medicine, 2012; 75:905-13.
 15. Macinko J, Lima-Costa MF Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998–2008 Int J for Equity in Health, 2012; 11:33. Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/33>.
 16. Mackenbach JP, Stronks K, Kunst AE. The contribution of medical care to inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. Soc Science and Medicine, 1989; 29(3):369-83.
 17. Morris S, Sutton M, Gravelle H. Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. Soc Science and Medicine, 2005; 60:1251–66.
 18. Van Doorslaer E, Buytendijk J, Geurts J. Income-related inequalities and inequities in health care utilisation: Belgium and the Netherlands compared. Archives of Public Health, 2001; 59:309-28.
 19. Van Doorslaer E, Koolman X, Jones A. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. J of Health Economics, 2004; 13:629–47.
 20. Van Doorslaer E, Koolman X, Puffer F. Equity in the use of physician visits in OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved? In: Measuring Up Improving Health System Performance in OECD Countries. Paris: OECD Publishing; 2002.
 21. Van Doorslaer E, Masseria C. Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries, 2004.
 22. Van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H, et. all. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. J of Health Economics, 2000; 19:553–83.
 23. World Bank. Bulgaria: Household Welfare during the 2010 Recession and Recovery. 2012.

Адрес за кореспонденция:

Мария Рохова
Катедра по икономика и управление на
здравеопазването
Медицински университет – Варна
ул. „Марин Дринов“ 55
e-mail: mariarohova@abv.bg