

ЗДРАВНАТА БЕДНОСТ КАТО ПРЕДМЕТ НА ПУБЛИЧНИТЕ ПОЛИТИКИ

Ралица Велева¹, УНСС

Резюме

Настоящата разработка представлява опит за въвеждане на понятието „здравна бедност“ в българската научна литература, което добива все по-широка популярност в световните теоретични и емпирични изследвания. Представена е логическата връзка между: лошо здраве – бедност – лошо здраве, т.е. „порочен кръг“ на здравната бедност. Изложено е авторовото разбиране, че посредством публичните политики тези негативни обстоятелства биха могли да се неутрализират и трансформират във възможност за по-добро здраве, а оттам и за формиране на човешки и социален капитал, което е предпоставка за постигане на благосъстояние. Представени са три сценария за здравна бедност, а теоретичните постановки са подкрепени с емпирични данни. Систематизирани са идеите на различни автори за измерване на здравната бедност. Въз основа на изведените зависимости се обуславя ролята на публичните политики като ключова за преодоляване на здравната бедност и бедността изобщо.

Ключови думи: публични политики, здравна бедност, неравенство

HEALTH POVERTY AS A SUBJECT OF PUBLIC POLICIES

Ralitsa Veleva², University of National and World Economy

Abstract

Current paper is an attempt to introduce the concept of "health poverty" in the Bulgarian scientific literature, which obtain popularity in world theoretical and empirical research. The logical connection between: poor health - poverty - poor health, ie. the "vicious circle" of health poverty. The author's understanding is presented that through public policies these negative circumstances could be neutralized and transformed into an opportunity for better health, and hence for the formation of human and social capital, which is a prerequisite for prosperity. Three health poverty scenarios are presented and theoretical statements are supported by empirical data. The ideas of various authors for measuring health poverty are systematized. Based on the derived dependencies, the role of public policies is determined as the key to overcoming health poverty and poverty in general.

Key words: public policies, health poverty, inequality

¹ Д-р Ралица Велева е гл. асистент към катедра „Публична администрация“, УНСС. През 2015 година е защитила успешно дисертационен труд в областта на публичните политики и има над 25 изследвания и публикации в сферата на публичните политики, местното самоуправление и благосъстоянието. Научните ѝ интереси са свързани с публична власт и политики, икономика на благосъстоянието, социално развитие на регионите, управление на социалния риск, местно самоуправление и управление на публичния сектор.

² Dr. Ralitsa Veleva is a chief assistant professor at the Department of Public Administration, UNWE. In 2015 she successfully defended her dissertation in the field of public policy and has more than 25 studies and publications in the field of public policy, local government and welfare. Her interests in researching are: public authorities and policies, the welfare economy, social development of regions, social risk management, local government and public sector governance.

„Бедността упражнява своето разрушително влияние на всеки етап от човешкия живот от момента на зачеването до гроба. Тя може да бъде сравнена с най-смъртоносните и болезнени болести, тъй като осигурява окаяно съществуване на всички, които страдат от нея.“

Световната здравна организация, 1995, 1

ПЪТЯТ ДО „ЗДРАВНАТА БЕДНОСТ“ КАТО ПОНЯТИЕ

Малко уводни думи за това как се зароди идеята за разглеждане и изследване на понятието „здравна бедност“, което остава непознато за българската научна литература. Авторската теза е, че преодоляването на бедността е първата крачка към постигане на благосъстояние – „заветна“ цел както в личен, така и в обществен план. Следователно, за да може да бъде направена тази стъпка, би следвало първо да бъде разбрана бедността като явление, измерения и аспекти, т.е. нейната същност. В търсене на многомерната бедност и нейните характеристики се откроява една крайно недостатъчна за аргументация на настоящата разработка връзка: бедност и (лошо) здраве. Един от най-често наблюдаваните показатели не само от здравна гл.т., но и от демографска, социална и др. е продължителността на живот. Извеждайки двата показателя – продължителност на живот и риск от бедност, се наблюдава връзка, която и без помощта на статистическия апарат може да бъде изведена като силна. И все пак, не само авторовото „лутане“ в емпиричните данни дава основание за тази разработка, но и актуалността на разглежданата проблематика.

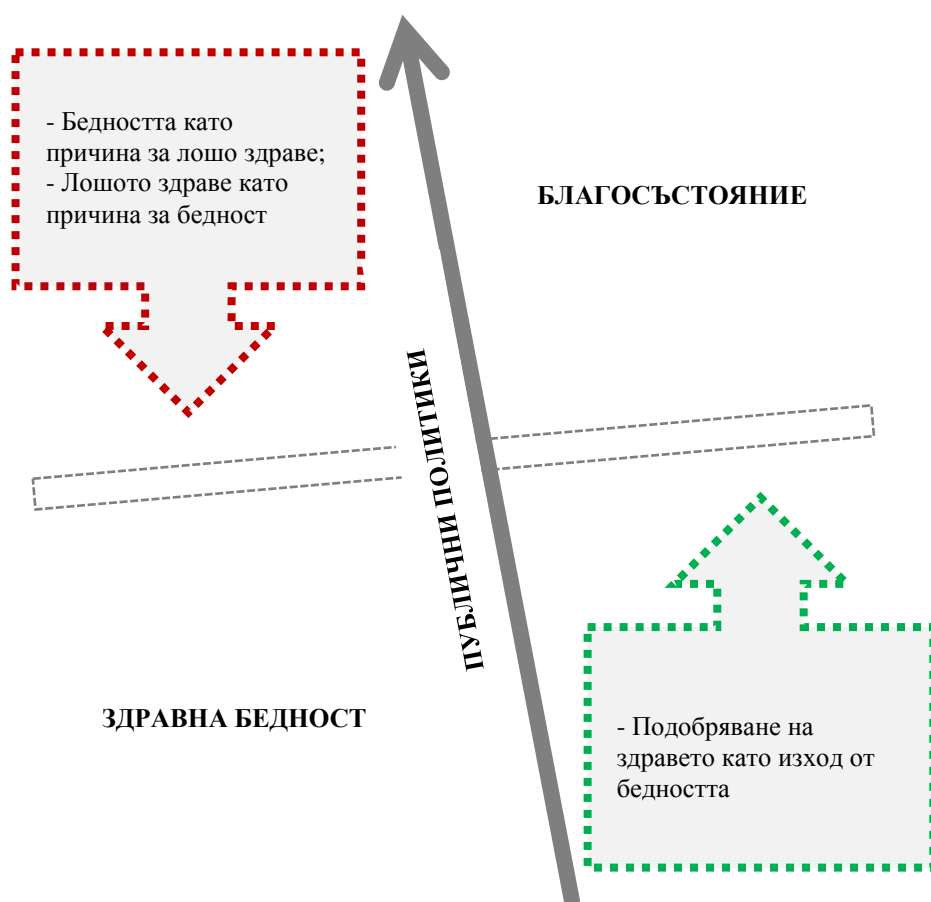
Във века на огромния технологичен напредък се оказва, че икономическият ръст, техническият прогрес, технологичните иновации, дигиталното управление, управлението чрез публични политики, гражданското общество, развитата фармация и т.н. не могат да разрешат проблемите със здравето и бедността. Данните сочат, че въпреки усилията на всички международни институции, вложените средства в мащабни програми, техническа и хуманитарна помощ, все още 1,8 милиарда души от населението на земята живеят в крайна бедност. Към 2020 година делът на лицата в България, които са в риск от бедност (преди социалните трансфери) е близо 42%. Същевременно държавата ни е на първо място измежду всички членки на Европейския съюз (ЕС) по неравенство в разпределението на доходите (повече от 43% преди социалните трансфери), с най-ниска продължителност на живот (73,6 г.) и още редица социални и здравни показатели, които обуславят необходимостта от преосмисляне на социалната политика в България. Не е за подценяване факта, че бедността бива определена като болест в Международна класификация на болестите (ICD-10-CM). В списъка на болести, тя намира място под кода Z59.6, а Z-кодовете предоставят описания за случаите, когато симптомите, които пациентът показва не сочат към конкретно заболяване, но все пак изискват лечение. Така например, европейската статистика наблюдава, че лицата, които са изписвани от болница с диагноза, която е с код Z в България през 2019 година са 5,973 на 100 000 жители (по данни на Евростат, 2022). Тези данни поставят страната ни на първо място измежду останалите членки на ЕС по заболяванията от тази група.

Всичко това провокира и авторовият интерес за откриване на теоретично обоснована взаимовръзка между двете променливи. Пътят на настоящата разработка започна „отзад-напред“. Първо бяха открити емпирични данни в подкрепа на идеята, които посредством статистическия инструментариум откриха силните връзки между здравни индикатори и показатели за бедност, а чак след това беше установено мястото на понятието „здравна бедност“ в световната научна литература и изведено, за да бъде представено в българската литература. Следователно, целта на настоящата разработка е да „осветли“ понятието „здравна бедност“.

„ДИСЕКЦИЯ“ НА ЗАГЛАВИЕТО

Преди да се предложат сложни модели и формули за измерване на „здравната бедност“, които да бъдат транспонирани в публичните политики – се налага да се очертаят аспектите и да се изведат характеристиките на „здравната бедност“. С цел облекчаване на читателя при асимилирането на тематиката на *фигура 1* се представя „дисекция“ на заглавието, която няма претенция да бъде напълно изчерпателна на този начален етап от разработката, а по-скоро да очертае периметъра на проблема, който в процеса на изследване да бъде подкрепен с научни факти и емпирични данни.

Фигура 1. „Дисекция“ на заглавието: Здравната бедност като предмет на публичните политики



Източник: авторова интерпретация

Всъщност, макар и в заглавието „здравната бедност“ да е представена като предмет на публичните политики, тя се явява обект на настоящето изследване. Съвсем логично би възникнал въпросът как може една бедност да бъде здрава, предвид че в значението на двете думи се влага различен смисъл и те често се използват като антоними. Така започва и търсенето на дефиниции в теоретични и концептуални възгледи, които да бъдат систематизирани и представени. За целта обектът на настоящата разработка трябва да бъде прецизиран – (здравна) **бедност**. *Бедността е комплексен проблем с много измерения. Те засягат не само доходите и материалното състояние на хората, но и възможностите им активно да участват в обществото. Аспектите на бедността са свързани със средствата, потреблението, достъпът до различни услуги – заетост, здравни, образователни и социални услуги, качеството на жилищната среда, субективното усещане за благосъстояние и здраве и др* (НСНБНСВ 2030, 2020:7). Признакът (на бедността) в изследването е **здравна**. *Основна функция на държавата е опазването и възстановяването на здравето на всеки индивид. Доброто здраве на населението носи ползи на различни равнища. То е предпоставка за икономическо и социално развитие и е от жизнено важно значение за всеки човек, семейство и общност. Равният достъп до обучение, достоен труд, жилище и доходи са в помощ на здравето* (Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и окончателна оценка за изпълнението на Националната здравна стратегия 2020, 2021:4). **Публичните политики** са мястото, на което намират пресечна точка бедността и здравето. *Сред ключовите аспекти на политиките за борба с бедността е гарантирането на основни права и зачитането на човешкото достойнство.* (НСНБНСВ 2030, 2020) Едно от гарантираните човешки права е именно правото на здраве. (Principles and Guidelines for a Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies, 2006)

РАЗМИСЛИ В ПОСОКА „ЗДРАВНА БЕДНОСТ“

В стремежа да бъде изяснявана „здравната бедност“ фокусът се поставя върху „здравна“ и „бедност“. Изхождайки от позицията, че бедността е многомерно явление, то е напълно логично да бъде разгледана и през призмата на здравето. В зависимост от перспективата, от която се гледа на двете понятия те биха могли да бъдат представени в две противоположни позиции. Следователно, възниква въпросът: дали недоброто здраве е причина за бедност или бедността е предпоставка за лошо здраве? Всъщност, бедността може да бъде както причина за лошо здраве, така и резултат от нарушаването на правото на здраве на индивидите. Изключително противоречива тематика, за която еднозначен отговор в научната литература не може да бъде намерен. Правейки паралел с икономически и социални теоретични и концептуални възгледи се търси логиката на връзката „здраве - бедност“. Така например, в теорията за формирането и поддържането на човешкия капитал като ключов фактор се възприема доброто здраве на индивидите, редом до тяхното добро образование и квалификация. Концепцията за човешкото развитие се фокусира върху идеята, че за да бъде разгърнат човешкият потенциал е необходимо да бъдат наблюдавани три аспекта, един, от

които е комбинация от продължителността на живота и здравословния начин на живот (Пенкова, Горчилова, 2013). В случай, че направим ретроспективен анализ на възгледите за бедността – ще установим, че класическите икономически традиции сочат, че хората са отговорни за бедността, докато в неокласическата икономика се твърди, че бедността е извън контрола на индивидите. Въпреки това и двете школи подчертават паричните аспекти, акцентирайки върху макроикономическите сили и ролята на правителството за осигуряване на икономическа стабилизация и обществени блага. Неокласическите теории се фокусират върху: липса на социални и частни активи, пазарни неуспехи, които изключват бедните от обществото и причиняват определени рационални неблагоприятни избори, бариери пред образование и заетост, имигрантски статус, лошо здраве и др. Всички тези аргументи са в подкрепа на популярната мисъл, че „здравето е богатство“.

Поглеждайки на проблема под този ъгъл, би следвало да изведем хипотезата, че здравето е предпоставка за благосъстояние. Следователно, не е без значение да бъде изяснен смисълът, който се влага в думата „благосъстояние“ в конкретния случай. По дефиниция благосъстоянието отразява нивото на социално-икономическото, физическото, психическото и духовното състояние на индивида или общността (Йотова, Пенкова, 2008). Научната мисъл го определя като позитивна качествена характеристика на живота на хората и се свързва с доброто здраве и щастие. От икономическа гл.т. се разглежда като способност на държавата и по-конкретно икономиката да генерира общо благо за индивидите. За целите на настоящата разработка благосъстоянието се възприема като комбинация от представените определения, т.е. извежда се необходимостта от държавна интервенция за постигането на физическо и психическо здраве и щастие на нацията. Това е причината в темата на настоящата разработка да се изведат именно публичните политики, които да бъдат натоварени с нелеката задача да обхванат както мерки, така и инструменти за смекчаване на здравната бедност.

В една съвременна идея (The Types and Characteristics of Poverty, 2021) за разбирането на бедността е предложен пример, който позволява тя да бъде интерпретирана чрез асоциативно мислене, сравнявайки бедността с колелото на велосипеда. В настоящето изследване тази идея е адаптирана и намира място като математическа задача: Как биха се нарекли спиците (човешките потребности и различните характеристики на бедността) и какви измерения биха имали те, ако колелото на велосипеда е бедността, а точка А е центъра на колелото (главината) и е неравенството?

Отговорът се крие в теоретичната обосновка за многомерната бедност, която обхваща различните лишения, изпитвани от бедните хора в ежедневието им живот, като лошо здраве, липса на образование, нисък стандарт на живот, липса на власт, лошо качество на работа, заплахата от насилие и др. (Policy – A Multidimensional Approach. What is multidimensional poverty?, 2021). Съответно, всяка от изведените черти (спици) на бедността намира своята научна аргументация. За по-лесната интерпретация е представена класификация на аспектите на бедност, която е възприета от Световната банка при разширяването на дефиницията за „беден“ (Poverty and Shared Prosperity 2018: Piecing Together the Poverty Puzzle, 2018). Извън популярната икономическа трактовка за неравенството в разпределението на дохода, са

включени образованието, здравето, достъпа до социални услуги, уязвимостта, социалното изключване и достъп до социален капитал. Все пак, нека решението на задачата да започне от т. А, а именно неравенството, но от гл.т. на здравните неравенства. По дефиниция те могат да се определят като: несправедливи разлики в здравните резултати, които се наблюдават между обществата като цяло, между социалните групи в едно общество или като вектор, показващ посоката на изменение сред населението, класирано по определени социални критерии (McCartney, Popham, McMaster and Cumbers, 2019), здравните неравенства са последователни (систематични) различия в здравния статус на групи от обществото. Тези неравенства носят значителни социални и икономически разходи както за отделните индивиди, така и за цялото общество (WHO, 2018). Следователно, колкото по-висок е социално-икономическият статус на лицата, толкова по-здравословен се очаква да бъде техния живот, и обратното. В европейската практика най-често доходът и/ или образователното равнище определят социално-икономическия статус. Статусът е предпоставка за формиране на различни групи в обществото. Дисбалансите между отделните индивиди водят до здравни неравенства, които могат да бъдат определени като различия в здравния статус или в разпределението на здравните детерминанти. Например, разликите в мобилността на възрастни хора от населението и лицата до 65 годишна възраст или разликите в равнищата на смъртност между хората от различни социални класи. (Glossary of terms used for NIA, 2010) Изследването на спецификите на здравните неравенства е от ключово значение, тъй като някои се дължат на биологични вариации или свободен избор, а други на заобикалящата среда и условия главно извън контрола на засегнатите лица, например недостатъчната осигуреност на здравната система с медицински специалисти, които да оказват необходимата здравна помощ, породена от миграционните процеси (Иванова, 2019). В първия случай, може да се окаже непосилно да се промени здравното равнище, следователно, здравните неравенства биха били неизбежни. Във втория, неравномерното разпределение може да бъде предотвратимо.

Продължавайки с поставената задача и следвайки логиката, от частното към общото, при решаването на така поставената задача е разумно от т. А (неравенството) да се спуснем към края на окръжността (бедността) и да разсъждаваме върху въпросите, свързани със „здраве“ и „бедност“. Бедността силно ограничава шансовете за здравословен начин на живот, като все още в някои от Европейските страни, в т.ч. и в България се възприема като основна причина за лошо здраве (като цяло) и за социални неравенства в здравето (в частност). (Dahlgren, Whitehead, 2007). Въпреки, че както вече беше представено – практиката показва, че и обратната връзка е възможна, лошото здраве може да бъде основна причина за обедняване, тъй като частните разходи за здравеопазване драстично се увеличават и по този начин в индивидуален план се натоварва семейния бюджет, което може да е причина за изтласкването на отделни лица и цели семейства към бедност. Същевременно, разглеждайки здравето като предпоставка за по-добра реализация, би могло да се твърди, че повишаването на здравния статус на индивидите им дава свобода за иницирането на образователни, обучителни и професионални цикли. Съответно, тези три различни сценарии за връзката

между „здравето“ и „бедността“ (Dahlgren, Whitehead, 2007) – бедността като причина за лошо здраве, лошото здраве като предпоставка за бедност и подобреното здраве като изход от бедността – са предмет на настоящата разработка, за да могат да бъдат предложени възможности за интервенция от страна на публичните политики чрез интегриране на инструменти за здравна справедливост в цялостната стратегия за намаляване на бедността.

СЦЕНАРИИ НА ЗДРАВНАТА БЕДНОСТ

Първи сценарий: Бедността като причина за лошо здраве.

В исторически план и глобален мащаб бедността се изтъква като пряка и косвена причина за лошото здраве и социалните неравенства. Бедните хора не могат да си позволят да водят здравословен начин на живот и могат да бъдат принудени да приемат нездравословна работа, която да не отговаря на нормативно регламентирания условия за полагане на безопасен труд. Това отрицателно въздействие на бедността върху здравето нараства с увеличаване на пазарно ориентираните политики за основните дейности, като здравеопазване, образование, жилища, комунални услуги, тъй като лицата и семействата, които са бедни не могат да си позволят да заплатят повишените пазарни цени за тези услуги. Следователно, може да се изведе ролята на съвместно действащите негативни ефекти като предпоставка за по-силното въздействие на бедността върху здравето, тъй като задълбочаването на бедността е свързана с увеличаване на уязвимостта на рисковите групи от обществото. Високите равнища на стрес, лоши жилища, безработица, ограничен достъп до основни здравни услуги и нездравословен начин на живот, когато се проявяват в комбинация засилват влиянието си върху уязвимите групи. Въздействието на бедността върху здравето би могло да бъде количествено измерено, ако се направи оценка на относителния дял на лицата, които могат да бъдат спасени в случай на смекчаване на бедността като явление. „Бедността е най-големият убиец в света. Бедността е най-голямата причина за лошо здраве и страдание по целия свят“ (WHO, 1995:1). Тези обстоятелства често имат пряко отношение към повишаване на заболяемостта на индивидите. Бедността като болест е отчетена и от вече актуалната (от януари 2022 година) Международна класификация на болестите (ICD-11), но нейният код е променен от Z59.6 в QD50. Според някои автори (Dahlgren, Whitehead, 2007:47) вместо да се говори открито за бедността, нейните измерения и проявления, се наблюдава тенденция да се прикриват връзките между бедността и лошото здраве, като се използва подвеждащо терминологията. *От десетилетия научната литература дава примери, свързани с последиците от бедността, изтъквайки ги като основна причина за летален край на немалка част от индивидите. Един от тези примери е свързан с феноменът на свръхсмъртни случаи през зимата в Европа. Още в ранните години на XXI век е направено такова проучване (Healy, 2003), което обхваща 14 държави от Европа. Резултатите сочат изненадващата тенденция, че не най-студените държави са най-силно засегнати от свръхсмъртността през зимата, а обратното Южна Европа и Обединеното кралство са с най-негативни резултати, докато Скандинавските страни остават много слабозасегнати от проблема. В проучването се обръща специално внимание на очакването в държавите от Източна*

Европа, в т.ч. и България проблемът да е още по-сериозен, предвид по-високите нива на бедност в съчетание с по-ниските температури през зимата.

Втори сценарий: Лошото здраве като причина за бедност.

Лошото здраве, макар и често да бъде подценявано като предпоставка за бедност, то се явява основна причина в част от европейските държави с ниски доходи (Whitehead, Dahlgren & Evans, 2001). Предвид, че няма никакви или са частични компенсациите на личните средства, загубени поради заболяване, неблагоприятната икономическа и социална позиция на лицата, които живеят в бедност се засилва в голяма степен. Така изведената зависимост може да бъде подкрепена с актуални емпирични данни по отношение на частните разходи за здраве в България. По дефиниция плащанията от страна на потребителите на здравни услуги могат да бъдат обобщени в две групи – пряко и непряко споделяни разходи. Прякото споделяне на разходите включва: фиксирано доплащане, пропорционално доплащане, първоначално плащане за услугата и балансиращо доплащане. Докато непрякото споделяне на разходите се състои от всички плащания за услуги, които не са включени в „пакета“, който държавата осигурява. (МФ, 2005) Така например, частните разходи за здравеопазване като % от БВП в България значително надвишават (около два пъти и половина) средните стойности за ЕС-27 за периода от 2015 до 2019 г. вкл. българите държим първенството в ЕС по най-висок относителен дял (37,8% за 2019 г.) на личните средства, които отделяме за здравеопазване. В Здравен профил на страната 2021 е констатирана тази негативна тенденция: „липсата на финансова защита и високите здравни разходи на домакинствата създават риск от обедняване или от задълбочаване на бедността на домакинствата с най-ниски доходи“ (Здравен профил на страната 2021, 2022:17). Тук, обаче е важно да се отбележи ролята на държавата, като „спасителен пояс“ за част от гражданите, които изпадат в подобна ситуация. Публичните разходи за здравеопазване са средството, чрез което се смекчават тези негативни обстоятелства. Въпреки че през последните повече от 20 години управлението и финансирането на здравната система в България претърпяват редица промени, чиято крайна цел е повишаване устойчивостта на публичните финанси и оптимизация на публичния сектор, чрез прилагане на стратегически методи на планиране и програмиране, търсене на по-висока добавена стойност за гражданите при предоставяне на публични услуги, все още страната ни е далеч от добрите европейски практики. Публичните разходи за здравеопазване като % от БВП в България са със значително по-ниски стойности, отколкото средните за ЕС. За периода от 2015 до 2019 година размерът на разходите, които прави държавата се движат около 7% от БВП. За сравнение, средните стойности на публични разходи за здравеопазване в ЕС-27 са около 10% за разглеждания период. Следователно, финансовите средства, които България отделя са значително по-малко. В контекста на българската практика е важно да се очертае съществуването на една група от хора, която трудно може да се възползва от помощта, която държавата предоставя, а именно лицата, които нямат здравни осигуровки. Към декември 2020 година по чл. 40, ал. 5 на Закона за обществено осигуряване – броят на

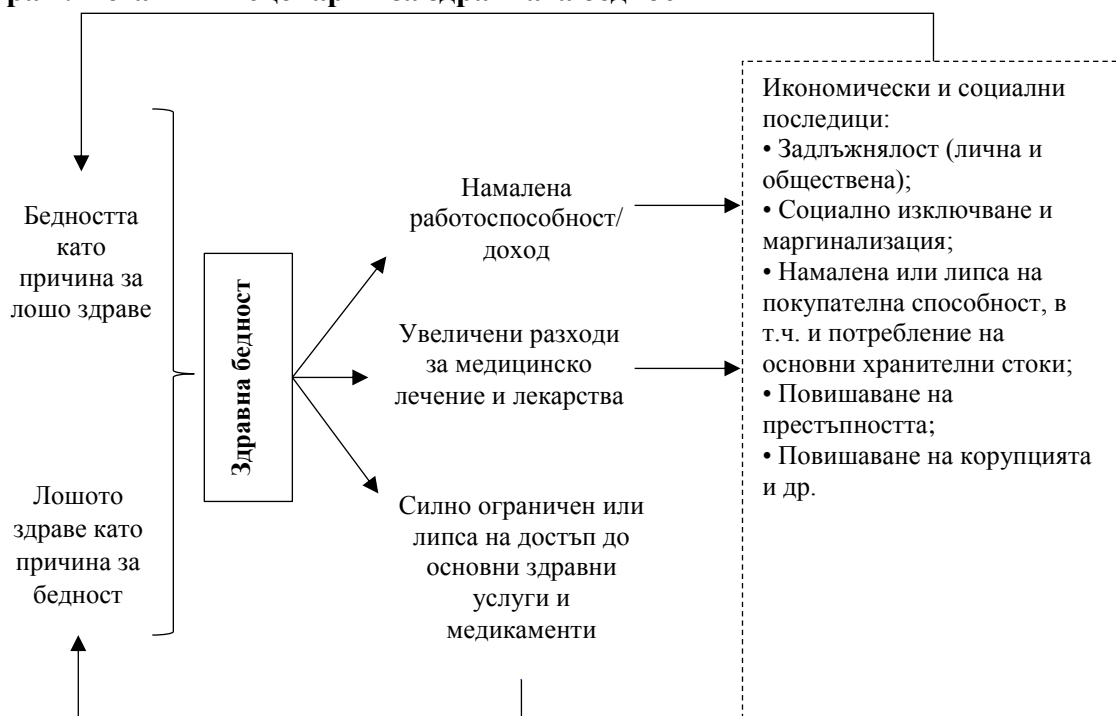
лицата без здравни осигуровки е 849 600 (МФ, 2021). Тук, остава водещо въздействието на икономическия фактор върху системата за социална сигурност и защита (Вълков, 2021).

Както е видно от анализа, публичните разходи за здравеопазване са от изключително значение за изкореняване на здравната бедност. На ниво Европейски съюз се предлага интервенция чрез публични политики за прекъсване на връзката между лошо здраве и бедност (WHO, 2019 г.; WHO, 2020a). Статистиката дава възможност на държавите да предугаждат нуждите на населението по отношение на медикаменти и медицинска помощ, посредством наблюдение на здравните детерминанти. Това са фактори, които са тясно свързани помежду си и влияят на здравния статус, определяйки здравните различия. Те биват (Glossary of terms used for HIA, 2010):

- естествени (биологични, генетични) фактори като: пол, възраст и етническа принадлежност;
- начин на живот – тютюнопушене, консумация на алкохол, здравословен режим и др.;
- физическа и социална среда – качество на жилищата, работното място и по-широката градска и селска среда, достъп до здравни грижи.

Когато се проследява връзката между „здраве“ и „бедност“ трябва да бъде обусловена ролята на социалните детерминанти на здравето. Това са условията, при които хората се раждат, растат, работят, живеят и остаряват. Тези обстоятелства се оформят от по-широк спектър от фактори: икономически условия, политическа власт, публични политики, екологични особености и др. Следователно, социалните детерминанти за здравето са предпоставка за двата сценария, които са разгледани като негативен и позитивен, в зависимост от това какво е влиянието на всички фактори върху тях. На фигура 2 е представена логиката на двата сценария:

Фигура 2. Негативни сценарии за здравната бедност



Източник: авторова интерпретация

На фигурата са представени негативните очаквания въз основа на всичко, което беше представено по-горе. Ясно се откроява логиката, че и в двата случая, тръгвайки от здравната бедност, най-вероятно е индивидите да се върнат обратно към нея вследствие на натиска, който оказват факторите, свързани с нея. Наблюдават се следните връзки:

- Бедността като причина за здравната бедност се свързва с намаляване на работоспособността на индивидите (намаляване на доходите им от труд) и е предпоставка за увеличаване на частните разходи за здравеопазване. Тези негативни финансови аспекти водят до различни икономически и социални последици, като: задлъжнялост (лична и обществена), социално изключване и маргинализация, намалена или липса на покупателна способност, в т.ч. и потребление на основни хранителни стоки и др.
- Лошото здраве като причина за бедност се свързва с вече представените връзки по отношение на финансовите аспекти, но тук е важно да се обърне специално внимание на обратната връзка, която се наблюдава при силно ограничен или липса на достъп до основни здравни услуги и медикаменти, когато индивидите попаднали в порочния кръг се връщат обратно към лошото здраве като причина за бедност.

Не винаги, обаче изходът е негативен и затова е важно да бъде представен един трети сценарий, при който постигането на по-добро здраве е възможно решение за изкореняване на бедността и излизане от негативните сценарии.

Трети сценарий: Подобряване на здравето като изход от бедността.

По-голямото бреме на болестта, изпитвано от хората, живеещи в бедност, представлява основна бариера за тях, което затруднява улавянето на ползите дори от икономически реформи (Dahlgren, Whitehead, 2007). Следователно, повече от необходимо е публичните политики да са с акцент върху подобряване на здравето сред бедните домакинства, тъй като това е от решаващо значение за прекъсване на порочния кръг, който свързва бедността и лошото здраве. Модерното публично управление, което изисква рационален баланс на публичните политики и конкретните решения, би могло да противодейства на провалите на държавата, пазара и гражданското общество по отношение на разглежданата проблематика. (Вълков, Горчилова, Пенкова & Делчева, 2018) От макроикономическа гл.т. този порочен кръг може да бъде наречен „капан на бедността“. За излизането от този капан е необходимо подобряването на здравето на лицата и семействата. Това би увеличило шансовете на бедните да се справят сами със състоянието, в което са изпаднали и макар да няма моментален положителен резултат, подобни действия са предпоставка за бъдещи ефекти.

Положителните връзки между подобреното здраве на лицата и семействата с ниски доходи и намаляването на бедността, засилва ролята на публичните разходи за здравеопазване, които обаче да са с фокус към по-уязвимите групи от обществото, а именно тези, които живеят на или под линията на бедност. В България относителният дял на лицата, които са под линията на бедност е изключително висок. За 2019 година 29,9% (преди социалните трансфери с

включени пенсии) от българското население е наблюдавано от статистиката като бедно. Социалните трансфери успяват да стопят едва 6,1 п.п., като след социалните трансфери лицата, които статистиката наблюдава като бедни са 23,8%, но това не означава, че те са извън опасност, а по-скоро че са на линията на бедност, а не под нея. В този ред на мисли и в контекста на вече изложените идеи за здравната бедност възниква въпросът: Може ли да бъде измерена здравната бедност и ако да, то как?

КАК ДА МЕРИМ ЗДРАВНАТА БЕДНОСТ?

В научната литература и практика, посветена на темата (Rohwerder, 2016; Ravallion, 2011; Weziak-Bialowolska, 2016; Mitchell, 2015 и др.) има различни отговори на този въпрос. Разработките, които се фокусират върху многомерната бедност (Ravallion, 2011; Weziak-Bialowolska, 2016) извеждат необходимостта от надежден набор от множество индекси, а не на един, който да е комплексен и многомерен. За измерване на здравната бедност предлагат комбинацията от здравни показатели (общо здраве, лица, които страдат от хронични заболявания и лица, които са ограничени поради здравословно състояние) и индикаторите за бедност. Други автори изтъкват самооценките на индивидите за здравния им статус като надежден инструмент за измерване на здравната бедност в обществото. В научната литература се срещат изследвания, които се основават на данни, базирани на петстепенна скала за самооценено здраве с категории „много лошо“, „лошо“, „средно“, „добро“ и „много добро“ (ИПИ, 2021), като процентът на здравна бедност обикновено се определя като дял от населението с лошо или добро здраве. Други, възприемат вече установени индекси (Foster, Greer, Thorbecke, 1984), които обаче са предназначени за кардинално измерими и междуличностно сравними променливи като доходите и те не могат да бъдат адаптирани към данни, като самооценен здравен статус. За да се преодолее тази трудност (Bennett, Natzimasoura, 2011) се предлагат измерения за бедност, подобни на вече изведените, но с възможност да бъдат съпоставяни помежду си и по този начин да се идентифицират подгрупите, които са по-засегнати от здравната бедност с цел разработване на политики, които могат да бъдат най-ефективни за намаляване на общата здравна бедност. Има автори, които считат за надеждна оценката на здравните детерминанти, т.е. лица с наднормено тегло, хронично боледуващи, сърдечно-съдови заболявания и т.н. в комбинация с неравенства в разпределението на доходите, например (Clarke, Erreygers, 2020).

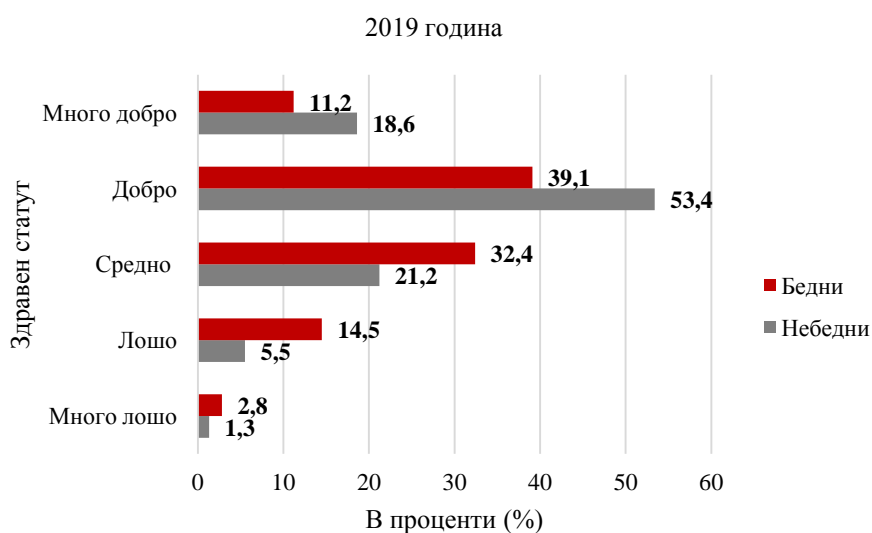
От изведените идеи за определяне и измерване на здравната бедност е видно, че няма възприет единен подход, който да я оцени еднозначно. В съвременната научна литература се открояват изследванията на вече споменатите автори, които работят за изясняване и дефиниране на понятието, предлагайки различни подходи за неговото измерване.

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ОПИТ ЗА ПОРТРЕТ НА ЗДРАВНА БЕДНОСТ У НАС

Бедността е едно от най-трудните изпитания пред българското общество. „Печалната“ европейска статистика, която традиционно отрежда „челно“ място на страна ни измежду останалите държави в Европейския съюз по наблюдаваните индикатори за бедност (2 231 500

от българите са в риск от бедност и социално изключване), но освен това и поради нарасналата значимост на проблема в последните години и по-специално увеличаването на процента на бедните хора в резултат на пандемична обстановка. На фигурата по-долу са представени емпиричните зависимости между здравен статус и бедност на индивидите, като тя доказва в пълна степен, описаните в настоящата разработка теоретични постановки. Безспорна е двупосочната връзка между здраве и бедност. „Картината“ дава основание да се потвърдят сценариите, които са представени в изследването.

Фигура 3. Здравен статус сред населението на 16 и повече години според състояние на бедност в България за 2019 година



Източник: по данни на ИПИ, 2021

Видно е, че лицата, които статистиката причислява към групата на бедните в България, са изложени на много по-големи рискове от гл.т. на здравен статус. Сред групата на бедните делът на лицата в много лошо здраве е два пъти по-голям, а бедните лица в лошо здраве надвишават близо три пъти небедните. Със средно здравословно състояние се самоопределят 32,4% от бедните, като с добро и много добро здраве са по-малко от 40% от цялата група (ИПИ, 2021). Разликите в здравното състояние се отразяват пряко върху възможностите за пълноценен живот и професионалната реализация на индивидите. Както вече беше представено в логиката на първи и втори сценарий – здравната бедност е отговорна за разликите между групите на бедните и небедните лица, тъй като тя много често се превръща в порочен кръг, от който индивидите трудно намират изход.

От съществено значение е третият сценарий, според който подобряването на здравето е изход от бедността, а оттам и стъпка в посока към благосъстоянието. В този смисъл, ролята на успешната публична политика за намаляване на бедността е решителна за преодоляване на здравната бедност. Не бива да се negliжира държавната интервенция за намаляване на здравното измерение на бедността, тъй като един евентуален пропуск би довел до много по-малко положителни резултати. Доброто здраве е от ключово значение за намаляване на

бедността изобщо. Следователно, те трябва да бъдат акцент както в политиките за социално развитие, така и в тези за икономическо. И все пак, към настоящия момент както новата Национална здравна стратегия 2021—2030 г., така и Националната стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2030 г. съдържат мерки за повишаване на качеството и достъпността на здравните услуги и на лекарствата, но през 2021 г. изпълнението и на двете е в застой (Здравен профил на страната 2021, 2022:15).

В настоящата разработка остават непокрити някои взаимовръзки на здравната бедност, като например как е отразена тя в публичните политики на национално равнище, какви реални мерки България предприема за справяне с негативните последици от здравната бедност, здравните детерминанти в каква степен корелират с показателите за бедност, доколко заетите в системата на здравеопазване имат отношение към здравната бедност в страната и други. Всичко това предстои да бъдат обект на следващи авторови изследвания.

БИБЛИОГРАФИЯ

Вълков, А., Д. Горчилова, Е. Пенкова, Е. Делчева. 2018. Променящи се баланси в полето на публичните политики. Накъде сме тръгнали? Юбилеен сборник в чест на проф. Тодор Танев, УИ „Св. Кл. Охридски“, ISBN 978-954-07-4533-6 [Valkov, A., D. Gorchilova, E. Penkova, E. Delcheva. 2018. Promenyashti se balansi v poletoto na publichnite politiki. Nakade sme tragnali? Yubileen sbornik v chest na prof. Todor Tanev, UI „Sv. Kl. Ohridski“, ISBN 978-954-07-4533-6]

Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и окончателна оценка за изпълнението на Националната здравна стратегия 2020. 2021. София: Министерство на здравеопазването [Godishen doklad za sastoyaniето na zdraveto na grazhdanite i okonchatelna otsenka za izpalneniето na Natsionalnata zdravna strategia 2020. 2021. Sofia: Ministerstvo na zdrapeopazvaneto]

Здравен профил на България 2021: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/df3f45dd-bg.pdf?expires=1644857816&id=id&accname=guest&checksum=026A2FB5A0762523031B52F756EA96D7>, 02.03.2022 [Zdraven profil na Bulgaria 2021]

Иванова, З. 2019. Мобилност на медицинските специалисти – предизвикателство за българската здравна система, Здравна икономика и мениджмънт, година 19/ брой 3, Варна: ИК „Стено“ (<http://journals.mu-varna.bg/index.php/hem/article/view/6601>) [Ivanova, Z. 2019. Mobilnost na meditsinskite spetsialisti – predizvikelstvo za balgarskata zdravna sistema, Zdravna i konomika i menidzhmant, godina 19/ broy 3, Varna: IK „Steno“]

ИПИ, Преглед и анализ на неравенството във възможностите в България, Институт за пазарна икономика, 2021: https://ime.bg/var/images/IME_Inequality_of_Opportunity_211221.pdf, последно достъпен на 12.03.2022 [IPI, Pregled i analiz na neravenstvoto vav vazmozhnostite v Bulgaria, Institut za pazarna i konomika, 2021]

Йотова, Л, Е. Пенкова. 2008. Икономика на благосъстоянието, София: ИК Стопанство [Yotova, L, E. Penkova. 2008. Ikonomika na blagosostoyaniето, Sofia: IK Stopanstvo]

МФ, 2021: <https://www.minfin.bg/bg/wreply/11448>, последно достъпен на: 15.02.2022 [MF, 2021: <https://www.minfin.bg/bg/wreply/11448>, 15.02.2022]

МФ. 2005. Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции, София: МФ, отдел "Микроикономически анализи" [MF. 2005. Finansiranje i upravljenie na zdравеопазването. Teoretichni osnovi, modeli, problemi i tendentsii, Sofia: MF, ot del "Mikroikonomiccheski analizi"]

НСНБНСВ 2030. 2020. Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2030, приета с Решение № 976 на МС от 31.12.2020 г. (<https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1345>) [NSNBNSV 2030. 2020. Natsionalna strategia za namalyavane na bednostta i nasarchavane na sotsialnoto vklyuchvane 2030, prieta s Reshenie № 976 na MS ot 31.12.2020]

Пенкова, Е., Д. Горчилова, 2013. Социално развитие в регионите, София: ИК Стопанство [Penkova, E., D. Gorchilova, 2013. Sotsialno razvitie v regionite, Sofia: IK Stopanstvo]

Световната здравна организация, 1995. The World Health Report. Bridging the gaps. Geneva: World Health Organization [Svetovната zdravna organizatsia, 1995. The World Health Report. Bridging the gaps. Geneva: World Health Organization]

Bennett, C., C. Hatzimasoura. 2011. Poverty Measurement with Ordinal Data, Institute for International Economic Policy. IEPWP-2011-14

Clarke, P., G. Erreygers. 2020. Defining and measuring health poverty, Social Science & Medicine, Volume 244, ISSN 0277-9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112633>

Dahlgren, G., M. Whitehead. 2007. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2, Copenhagen: World Health Organization

Foster, J., Greer, J., Thorbecke, E. 1984. A class of decomposable poverty measures. *Econometrica* 52(3), pp. 761–766

Glossary of terms used for Health Impact Assessment (HIA). 2010, <https://www.who.int/publications/m/item/glossary-of-terms-used-for-health-impact-assessment-hia>, последно достъпен на 03.03.2022

Healy, J. (2003). Fuel Poverty and Policy in Ireland and the European Union. *Studies in Public Policy*, 12, 2003, URI: <http://hdl.handle.net/2262/60275>, pp 1-169

Hospital discharges by diagnosis, <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>, последно достъпен на 02.02.2022

McCartney, G., Popham, F. McMaster, R. and A. Cumbers. 2019. Defining health and health inequalities, *Public Health*, 172, pp. 22-30

Mitchell, P.M., T.E. Roberts, P.M. Barton, J. Coast. 2015. Assessing sufficient capability: a new approach to economic evaluation *Soc. Sci. Med.*, 139 (2015), pp. 71-79

Policy – A Multidimensional Approach. What is multidimensional poverty?, Oxford Poverty and Human Development Initiative: <https://ophi.org.uk/policy/multidimensional-poverty-index/>, последно достъпен на 15.02.2022

Poverty and Shared Prosperity 2018: Piecing Together the Poverty Puzzle, 2018, International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, doi: 10.1596/978-1-4648-1330-6

Ravallion, M. 2011. On multidimensional indices of poverty. *J Econ Inequal* 9, pp. 235–248, <https://doi.org/10.1007/s10888-011-9173-4>

Rohwerder, B. 2016. Poverty and Inequality: Topic Guide, GSDRC, Birmingham: University of Birmingham

- The Types and Characteristics of Poverty, Compassion International, <https://www.compassion.com/poverty/types-of-poverty.htm>, последно достъпен на 18.02.2022
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Principles and Guidelines for a Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies, 2006, HR/PUB/06/12, <https://www.refworld.org/docid/46ceaf92.htm>, последно достъпен на 05.03.2022
- Valkov, V. 2021. IMPACT OF THE ECONOMIC FACTOR ON THE SOCIAL SECURITY SYSTEM. KNOWLEDGE - International Journal, 47(1), 213–218. Retrieved from <https://ikm.mk/ojs/index.php/kij/article/view/4667>
- Weziak-Bialowolska, D. 2016. Spatial variation in EU poverty with respect to health, education and living standards, Soc. Indic. Res., 125 (2016), pp. 451-479
- WHO Regional Office for Europe. 2019. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311654>)
- WHO. 2018. Health inequities and their causes, World Health Organization, <https://www.who.int/>, последно достъпен на 02.03.2022
- WHO, World health report 1995. 1995. Bridging the gaps. Geneva, World Health Organization <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41863>, последно достъпен на 13.02.2022
- WHO. World Health Organization. Regional Office for Europe (2020a). Financial protection and the Sustainable Development Goals. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2020/fact-sheet-on-the-sdgsfinancial-protection-and-the-sustainable-development-goals-2020>, последно достъпен на 22.02.2022)
- World Health Organization. Regional Office for Europe. 2018. Health and Sustainable Development Goals: team meeting: 18–19 January 2018, Copenhagen, Denmark. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345911>, последно достъпен на 01.03.2022