

## Глава 4

**ДИСТРИБУЦИЯ НА ЗДРАВНАТА ПОМОЩ**

След усвояване на материала в тази глава Вие ще можете:

- Да дефинирате понятията „дистрибуция на здравна помощ“ и „справедливост“;
- Да се запознаете с различни възгледи за справедливостта;
- Да научите дефиницията за „равенство“ в здравеопазването и да се запознаете с различни видове равенство;
- Да разберете какви видове политики се прилагат в различните държави за осигуряване на равенство в здравеопазването;
- Да се запознаете как се измерва неравенството при дистрибуцията на здравна помощ.

**1. Дистрибуция и справедливост в здравеопазването**

Въпросите за дистрибуцията или разпределението на здравните услуги между хората са в тясна зависимост от политиката, приета в различните здравни системи, по отношение на осигуряването на справедливост и контрол над измененията в здравния статус, политиката за разпределение на здравната помощ между различните групи от обществото.

**Дистрибуцията на здравна помощ** е разпределението или предоставянето на здравни услуги на различни групи от обществото по политически справедлив начин.

Но какво означава „политически справедлив начин“? Това означава да се прилагат такива политики в обществото, които осигуряват справедливост в разпределението на здравните услуги.

Определянето на понятието „справедливост“ в здравния сектор е доста сложна тема поради теоретичните и приложните многосмислови трактовки. Така например се срещат над 10 понятия за справедливост в разпределението на блага. Освен това тези въпроси опират и до разбиранията за полезността в икономическия ѝ смисъл.

Срещат се различни теоретични възгледи за справедливостта. Например Виич посочва четири:

- **Теория за даване на право** – индивидите дават право на това, което те считат, че с времето си е придобило справедливост;
- **Теория на утилитаризма** – приема се за справедливо това разпределение, което се основава на отредения за индивида доход. Основният критерий при разпределянето на благата е способността на индивида да плати за тях;
- **Теория за максимум** – включва максимизиране на ползата за тези, които имат най-малки предимства за реализиране на потребление с дохода си, например социално слаби, възрастни, инвалиди, хронично болни и др.;
- **Теория на егалитаризма** – включва стриктно възгледа за равенство, например равно здраве при отделните групи население.

В повечето страни се прилагат на практика критериите на последните две теории. Но нито една от теориите не е напълно адекватна за здравния сектор. Ето защо е необходимо по-ясно дефиниране на справедливостта в здравеопазването.

**Справедливостта** в дистрибуцията на здравна помощ е преследване на максимално благополучие в рамките на налични бюджетни ограничения чрез по-равното разпределение на свързани със здравето характеристики.

Свързаните със здравето характеристики са следните:

- **Здравни ресурси** – ще определим като справедливо това разпределение на здравните ресурси между различните области и групи население, което се основава на минимални или никакви различия.
- **Достъп до здравна помощ** – разгледан в териториален, физически и икономически аспект, достъпът ще определим като справедлив при осигуряване на равенство или на минимални различия между хората.
- **Потребление на здравна помощ** – показателите характеризиращи потреблението или използваемостта на здравните услуги трябва да показват равенство или с минимални различия при различните групи от населението.
- **Здравен статус** – здравно-демографските показатели за здравно състояние на различни групи от обществото трябва да са с минимални различия или равни стойности.

От гледна точка на възможните политики за осигуряване на справедливо разпределение в посочените свързани със здравето характеристики, ще определим първите две групи характеристики като зависими от действията на здравния мениджмънт и здравните политики, т.е. от начина на устройство на здравната система. Потреблението на здравни услуги, както и здравето на населението зависят от голям брой обективни фактори – култура, образование, социален статус, генетични фактори, начин на живот и т.н. Следователно тяхното по-равно разпределение е необходимо, но не и практически достижимо само със средствата на здравната политика и система. Ето защо в повечето здравни системи въпросите за справедливостта се фокусират главно върху по-равното разпределение на ресурсите за здравеопазване и на достъпа до здравна помощ, който не трябва да зависи от икономически, териториални или физически бариери. Равенството в потреблението и здравето също може да бъде обект на здравни политики, но би могло да се постигне с междусекторно сътрудничество и внедряване на поли-

тиката за здраве във всички останали политики на обществото – образователни, храни и начин на живот, екология, работна среда, избягване на пътния травматизъм и т.н.

## 2. Равенство в здравеопазването

При дефиниране на понятието „справедливост“ се използва и понятието за равенство. Но равенството също може да се разбира нееднопосочно, както се разбира вече – равенство в разпределението на ресурсите, в достъпа до здравни услуги, в потреблението и в здравето на хората.

Но кои различия между хората се считат за несправедливи и осъдителни? Може ли да се търси смисълът на здравната политика в постигането на еднакво здраве за всички хора или предоставянето на еднаква по обем и качество здравна помощ? В трактовките на Световната здравна организация терминът „неравенство“ като антипод на равенство се отнася до такива различия в здравето, които са не само излишни и могат да бъдат избегнати, но се считат и за неправомерни и несправедливи в морално-етичния смисъл на думата. Като критерий за неправомерност се приема степента на възможен индивидуален избор на ситуацията, предизвикваща заболяването. Например ако човек би могъл да намали рисковете за здравето си, но не го прави, следва, че предизвиканото (например) влошено здравно състояние не е неправомерно (човек е реализирал правото си на свободен избор) и затова не е несправедливо. Но разликите в здравното състояние, обусловени от биологични различия, се считат по-скоро за неизбежни, отколкото за несправедливи.

Осигуряването на равенство по въпросите на здравето предполагат, че в идеалния случай, на всички ще се предостави еднаква възможност да постигнат пълно здраве. Никой не бива да бъде поставен в неблагоприятно положение, което не позволява да се реализират потенциалните възможности, ако това може да се избегне. Използваното работно определение за равенство според Световната здравна организация е следното:



**Равенството в здравеопазването** е свързано със създаване на еднакви възможности за здраве и със свеждането на различията в здравето до неизбежния минимум.

Неизбежният минимум се обуславя от генетични, биологически и външни детерминанти на здравето, които на дадения етап от развитието на медицинската наука и здравеопазването не могат да бъдат преодоленни и управлявани.

В повечето здравни системи в Европа е залегнало убеждението, че е необходимо справедливо и равноправно използване на наличните ресурси за здравето на цялото население. Равенство в здравето може да се постигне и когато се предоставя еднакъв достъп до здравни услуги и еднакво количество и качество на оказваната здравна помощ на всички с равна потребност от нея.

### 3. Видове равенство

Равенството (или неравенството) независимо от това как се разбира (по отношение само на разпределението на ресурсите или на потреблението, или на здравето и т.н.) има две измерения. **Първото** е свързано с обектите, които се сравняват. Според това измерение се различават **социално-икономическо и географско** (или териториално) равенство.

Под **социално-икономическо равенство** или **неравенство** се разбира равно или неравно разпределение на свързани със здравето характеристики между различни социално-икономически групи на населението – според дохода, социалния статус, професия, съсловие.

Примери за социално-икономическо неравенство са различията в потреблението на здравни услуги на селското от градското население. Обикновено хората от село потребяват по-малко здравни услуги от хората в града поради различни причини – по-ограничен



достъп до здравни заведения, по-ниска здравна култура, склонност към самолечение, ангажираност със селско-стопански дейности и т.н. Също така някои здравни показатели като детска смъртност и обща смъртност са с по-високи стойности за селата, отколкото в градовете. Най-добри здравни показатели има населението в столицата, което се дължи основно на наличието на развита здравна мрежа, много лекари, добър достъп до здравна помощ.

**Таблица 2. Каква част от населението не може да си позволи да заплаща**

	За страната	Българи	Турци	Роми
Таксата от 1 лв.	5,6	4,1	7,3	21,4
Няколко такси по 1 лв. при прегледи с направление	11,7	9,6	11,4	34,9
За преглед без направление	33,2	31,4	23,9	55,1
За консултациите при изследвания	28,3	26,5	17,9	47,6
За болничен престой	31,6	29,7	22,5	53,2

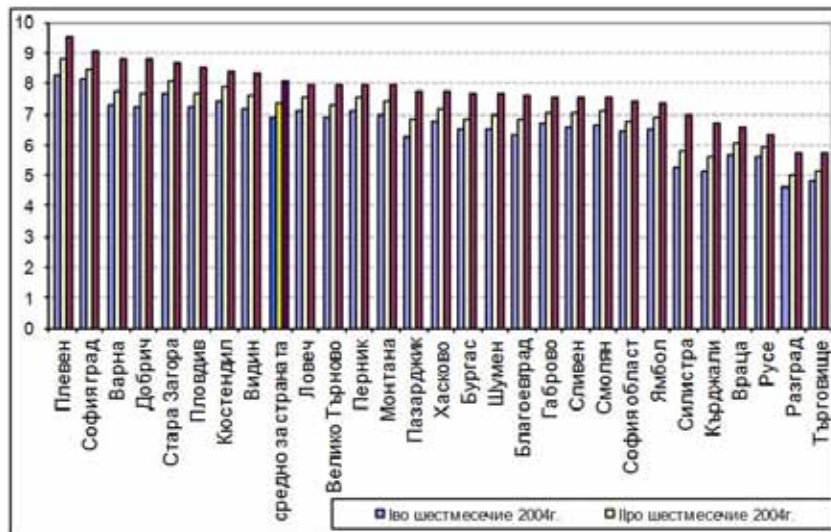
*Източник: Ф. Отворено общество*

На таблица 2 са показани относителните дялове от населението при различни етнически групи (в проценти), което не може да заплаща даже намалената потребителска такса за пенсионерите в системата на задължителното здравно осигуряване. Това показва, че за хората с ниски доходи тази такса представлява бариера за достъпа до здравна помощ.

Под **географско или териториално равенство** или **неравенство** се разбира равно или неравно разпределение на свързани със здравето характеристики между различни териториално обособени групи на населението – населението в различните области и райони.



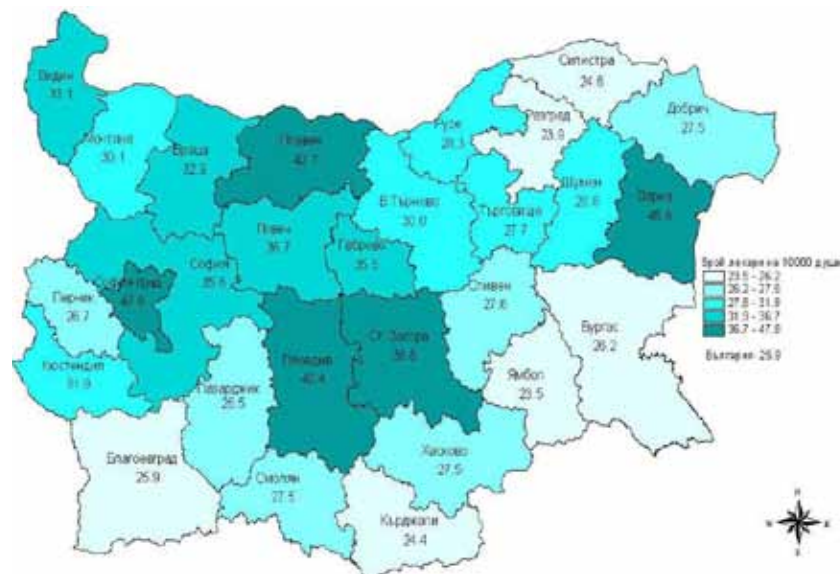
Примери за географско неравенство могат да се почерпят от отчетите на НЗОК, отнасящи се до разпределението на ресурси или потребление на здравни услуги в регионален мащаб. На фиг. 6 е представена осигуреността с общопрактикуващи лекари на 10 000 осигурени лица по области, от която се вижда, че разликите са доста големи дори и при лекарите, които поемат 70–80% от здравните потребности и до които всички осигурени лица трябва да имат равен достъп.



Фигура 6. Динамика на осигуреността с общопрактикуващи лекари на 10 000 задължително здравно-осигурени лица по области

Източник: НЗОК

На фиг.7 е представена осигуреността с лекари на 10 000 души население в различните области на страната. Проличава също наличието на значителни различия в разпределението на този основен ресурс за здравна помощ.



Фиг. 7. Осигуреност с лекари на 10 000 души население по области за 2008 г.

Второто измерение на равенството респективно – на неравенството е свързано с еднородността на сравняваните здравни потребности. Според него се различават също два вида равенство : **вертикално и хоризонтално.**

**Вертикалното равенство** означава да се осигурява нееднакво лечение на нееднакви здравни потребности.

Например грипът и острата пневмония да се лекуват различно според спецификата на заболяването и на съответното ниво на компетентност на здравното или лечебното заведение.

**Хоризонталното равенство** означава да се осигурява еднакво лечение за еднакви здравни потребности.

Примери за хоризонтално равенство или неравенство могат да се дадат с различни групи болни, но с еднакво здравно състоя-

ние, за които трябва да се осигуряват еднакви лекарства, здравни услуги и достъп до здравни заведения. Например за инсулиново-зависимите диабетици независимо в кой район на страната живеят или с какви доходи са, трябва да се подсигурият глюкомери, тест ленти, инсулин от съответната разновидност, консултации с ендокринолог и други услуги. Същото важи за онкоболните, за хора с други заболявания и т.н.

#### 4. Политики за осигуряване на равенство

В здравеопазването има много примери за политически решения, осигуряващи повече равенство и по-справедливо разпределение на здравната помощ.

##### 4.1. Осигуряване на социално-икономическо равенство

Социално-икономическото равенство се счита за цел на публичните здравни системи. Например в Швеция още през 1935 г. се приема, че това което една социална група може да си купи за пари, обществото трябва да осигури за друга, която не може да си го позволи. В Канада с въвеждането на общественото здравно осигуряване през 1971 г. се е целяло да се направи потреблението на здравна помощ по-слабо зависимо от дохода. По-късни изследвания показваха, че тази политика е успешна, тъй като е довела до по-голямо потребление на здравни услуги от бедните, които са били и с относително висока заболеваемост.

За целите на Националната здравна служба във Великобритания е записано: „Ще се провежда лечение за всеки гражданин без изключение, без икономически бариери „ (Бевъридж – 1942 г.). От 1948 г. до сега английската здравна система е реформирана многократно, но тази нейна характерна черта – равният достъп за всеки гражданин, остава неотменна.

В страните с доминиращи обществени системи на здравеопазване като Франция, Германия, Белгия и др., този критерий –

социално-икономическо равенство не е така стриктен. При тях е въведено участие на пациента в стойността на здравните услуги – например във Франция и Белгия – 30%.

Критерият за социално-икономическо равенство (или поне във вида максимин възглед) присъства дори и в страни с пазарно ориентирани системи на здравеопазване. Например в САЩ са изградени две правителствени програми – Medicare и Medicaid като средство за справедливо разпределение на здравна помощ за възрастни лица над 65 години и социално слаби с доходи под определен критерий.

Достъпът до здравна помощ е основополагащ принцип в съвременната българска система на здравеопазване. Съгласно чл. 52, т.1 на Конституцията на Република България „Гражданите имат право на здравно осигуряване, гарантиращо им достъпна здравна помощ и на безплатно медицинско обслужване при условия и по ред определени със закон“. В Закона за здравно осигуряване, чл. 4 ал. 1 се гарантира „свободен достъп на осигурените лица до медицинска помощ чрез определен по вид, обхват и обем пакет от здравни дейности, както и свободен избор на изпълнител, сключил договор с районна здравно-осигурителна каса“. Като основни принципи на задължителното здравно осигуряване се посочват принципите на солидарност на осигурените лица при ползването на набраните средства и равнопоставеност при ползването на медицинска помощ. Въпреки тези законови гаранции на справедливостта и равенството в здравеопазването, на практика съществуват проблеми на затруднен достъп на хората с ниски доходи или без доходи до лекарства, консумативи и услуги, които се заплащат.

##### 4.2. Осигуряване на географско равенство

Докато въпросите на социално-икономическото равенство са по-добре решени в повечето развити страни, географското или териториално равенство все още е цел както в обединена Европа, така и във всички страни. За постигането ѝ се прилагат различни политики.



Например в САЩ политиката е да се насочват повече лекари и медицински кадри към недоосигурените области и щати. Създадена е специална президентска комисия, която се занимава с този въпрос. В Холандия се правят опити да се осигури географска справедливост по отношение на разпределението на високо технологични мощности в болници и центрове със скъпа и уникална апаратура.

За да реши въпросите на различията в здравето между различните региони, Великобритания прилага от 1976 г. специална програма RAWP, която има за цел подобряване на географската справедливост в смисъла на равен достъп за здравни потребности. Програмата RAWP коренно променя начина на разпределение на здравните ресурси според формула в която са заложили данни за брой и полово-възрастова структура на населението, показатели за смъртност, междурегионални отношения, наличие на медицински учебни заведения и инвестиции. Центърът разпределя ресурсите между 14 регионални здравни организации. Счита се, че програмата RAWP е изиграла позитивна роля в изместване на центъра на тежестта в разпределението на ресурси от страната на предлагането към страната на потребностите на населението. По-късно – от 1992 г. във Великобритания е въведен нов модел на система от типа на обществен пазар. В него разпределението на ресурси се насочва още по-близо до потребностите, тъй като не се ръководи от централна формула, а от търсенето на пациентите.

В България се прилагат различни средства за осигуряване на равен достъп до здравна помощ за всички райони на страната, но географските неравенства се запазват и в годините на реформиране на здравната ни система. Едно от средствата е разпределението на бюджета на НЗОК между 28-те районни здравно-осигурителни каси според броя и възрастовата структура на осигурените лица, обхват на диспансеризираните лица по заболявания, наличните договорни партньори и други показатели. Друго средство е Националната здравна карта, както и регионалните здравни карти включващи минималното и максимално количество на медицински кадри, легла и болници, както и гарантиране на потребностите на различните региони от здравна помощ.



## 5. Измерване на неравенствата в здравеопазването

Измерването на равенството и неравенството в здравния сектор се осъществява с инструментариума на вариационния анализ – размах на вариацията, коефициент на вариация, коефициент на Джини, криви на Лоренц и др.

### Въпроси за самоподготовка:

1. Как се дефинират дистрибуцията и справедливостта в здравния сектор?
2. Какви основни възгледи за справедливостта са адекватни за здравеопазването?
3. Какви видове равенство има в здравеопазването?
4. Как се осигуряват социално-икономическото и географското равенство в здравеопазването на различни страни – приведете примери.

### КЛЮЧОВИ ПОНЯТИЯ:

**Дистрибуция на здравна помощ (health care distribution)** – разпределението или предоставянето на здравни услуги на различни групи от обществото по политически справедлив начин.

**Справедливост (equity)** е преследване на максимално благополучие в рамките на налични бюджетни ограничения чрез по-равното разпределение на свързани със здравето характеристики.

**Равенството (equality)** е свързано със създаване на еднакви възможности за здраве и със свеждането на различията в здравето до неизбежния минимум.



**Социално-икономическо равенство (social-economic equality)**

– равно или неравно разпределение на свързани със здравето характеристики между различни социално-икономически групи на населението

**Географско равенство (geographical equality)**

– равно или неравно разпределение на свързани със здравето характеристики между различни териториално обособени групи на населението.

**Хоризонтално равенство (horizontal equality)**

– да се осигурява еднакво лечение за еднакви здравни потребности.

**Вертикално равенство (vertical equality)**

– да се осигурява нееднакво лечение на нееднакви здравни потребности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гладилев Ст., Евг. Делчева, Икономика на здравеопазването, Принцепс, 2009
2. Делчева Евг., Всеобщ достъп до качествена здравна помощ, в: Икономиката на България и ЕС : Догонващо икономическо развитие – стратегия и реалности, БАН, 2006, с. 76–98
3. Делчева Е. и кол., Пазарни и непазарни дефекти в социално-културната сфера, Стопанство, 2000, 196с.
4. Делчева Евг., П.Атанасов, Пазарна трансформация в здравеопазването, в: Пазарна трансформация в социално-културната сфера, изд. Стопанство, 2007, 9–62 с.
5. McGuire Al., J.Henderson, G.Mooney, The Economics of Health Care, Int. Library of Economics, London, Routledge & Kegan Paul, 1988
6. Veach R., A theory of medical ethics, New York, 1981