

Глава 9

ВЪВЕДЕНИЕ В ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ**Необходимост от изучаване на здравните системи**

Няколко основни причини изискват изучаване на здравните системи в контекста на проблемите на глобалното здраве: те са средството, чрез което се предоставят здравните услуги; здравето на индивидите е свързано с ефективността на здравните системи; повечето страни изразходват значителен дял от националния си доход за развитие на здравната система, но често се наблюдават големи различия в ефективността и ефикасността; глобалните влияния на такива процеси като застаряването на населението оказват натиск върху разходите на здравните системи; достигането на най-добро здраве за популациите на възможно най-ниска цена е основна цел на страните в света; развитието и поддържането на ефективна и ефикасна здравна система е важно за всяка страна и особено предизвикателство за страните с ограничени финансови и човешки ресурси.

Определение на понятието „здравна система“

Според Световния доклад за здравето от 2000 г. (WHR, 2000) здравните системи включват *„всички организации, институции и ресурси, които са посветени на извършването на здравни дейности“*, а здравна дейност е *„всяко усилие, независимо дали в областта на здравната помощ на индивида, или в областта на общественото здраве, или чрез инициативи на междусекторно сътрудничество, чиято основна цел е подобряване на здравето“*.

Здравните системи са съставени от редица независими структурни елементи, които могат да бъдат публични, частни работещи

за печалба (for-profit) или частни, работещи без печалба (not-for-profit).

За по-пълното разбиране на мястото на здравната система в обществото е необходимо да се подчертае, че здравната политика като част от социалната политика на всяка страна е насочена към осигуряване на количественото и качествено възпроизводство на човешките ресурси. В този смисъл, *здравната система* може да се представи още като *система от дейности, медицински и немедицински* (стопански, социални, материално-технически и технологични, екологични, образователни и възпитателни), *научни и приложни, организирани в обществото за оптимизиране на количествените и качествени аспекти на възпроизводството на човешките ресурси*.

Здравните системи представляват едни от най-големите сектори в световната икономика. По данни на СЗО в тях са ангажирани около 60 милиона души, две трети от които са заети с предоставяне на здравни услуги и една трета – с мениджмънт и поддръжка. Ресурсите на здравните системи се разпределят неравномерно и непропорционално на здравните проблеми. На страните с нисък и среден доход се падат едва 18% от световния доход и 11% от здравните разходи в света, макар че в тях живее над 80% от световното население.

Фундаментални цели и функции на здравните системи

Здравните нужди днес са много по-различни от тези преди 50–100 години. Хората днес се обръщат към здравните системи във връзка с много по-широк кръг проблеми – не само за облекчаване на болката и лечението на физически ограничения и емоционални разстройства, но и като реципиенти на здравна информация и съвети относно храненето, отглеждането на децата, сексуалното поведение и др. Здравните системи имат отговорност и за защита на лицата срещу финансов риск при заболяване и зачитане на човешкото достойнство.



WHR (2000) посочва **три фундаментални цели на здравните системи:**

- **подобряване на здравето на обслужваното население;**
- **задоволяване на очакванията на хората;**
- **финансова защита срещу разходите при увреждане на здравето.**

Реализацията им се осъществява чрез **4 важни функции:**

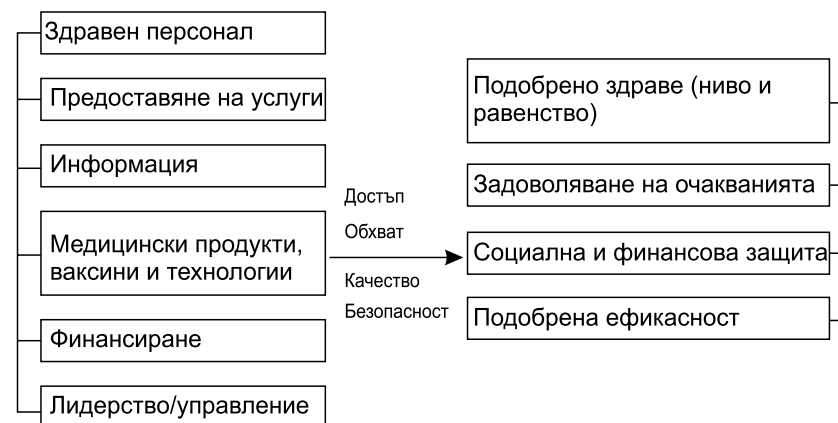
- **предоставяне на всеобхватни и качествени здравни услуги;**
- **генериране на финансови и човешки ресурси;**
- **справедливо финансиране;**
- **ефективно управление, регулиране и стопанисване.**

Развивайки по-детайлно тези идеи, може да се каже, че всички здравни системи трябва: да предоставят достъп до обширен обхват от здравни услуги, включващи превенция, диагностика, лечение и рехабилитация; да защитават болните и техните семейства срещу финансовите разходи при влошено здраве и инвалидност чрез въвеждане и действие на някакъв тип осигурителна схема; да подобряват здравето на популациите чрез подходящо управление и регулиране на здравната система, промоция на здравето и осъществяването на ключовите функции по опазване на общественото здраве, такива като наблюдение, лабораторен контрол, контрол върху храните и др.

СЗО е разработила работна рамка за различните части на здравните системи и ролите, които те изпълняват в дейността на здравната система. От гледна точка на системния подход са дефинирани 6 изграждащи блокове на здравната система (**фиг. 9.1**):

Посочените изграждащи блокове означават:

- **Добри здравни услуги** (good health services) – предоставяне на безопасни и ефективни здравни интервенции по най-ефикасен начин;
- **Здравен персонал** (health workforce) – наличие на необходимия брой обучени кадри в съответните специалности, разпределен правилно по места според нуждите и из-



Фиг. 9.1. Изграждащи блокове на здравната система

вършващ своята дейност колкото е възможно по-ефективно и ефикасно;

- **Здравна информационна система** – предоставя необходимата информация за проследяване на здравния статус и дейността на здравната система по подходящ и своевременно начин;
- **Медицински продукти, ваксини и технологии** – осигуряване на безопасни и качествени продукти на възможно най-достъпни цени и използването им по ценово-ефективен начин;
- **Ефективна финансираща система** – достатъчно средства за финансиране на съответни здравни програми и за защита на индивидите от финансов риск при ползване на здравните услуги;
- **Лидерство и управление** – мениджмънт, контрол и регулиране на здравните системи по открит и отговорен начин за постигане на най-добро здраве с изразходваните средства.



Работната рамка на СЗО подчертава, че ако страните комбинират тези изграждащи блокове и насочват вниманието си към осигуряване на качество, безопасност и универсално покритие, то здравните услуги ще допринасят за подобряване здравето на населението по справедливи начини и ще осигуряват защита от финансов риск и максимална полза от изразходваните финансови средства.

Според Томсон (2010), към тази рамка следва да се добавят още три важни характеристики на екологията на националните здравни системи в условията на глобализацията: *мобилност на стоки, услуги и капитал; мобилност на идеи и иновации; мобилност на индивидите и микробните агенти.*

Подобряването на функционирането на здравните системи е ключов момент за постигане от всички хора по света на възможно най-високо ниво на здраве и намаляване на различията между отделните страни и вътре в страните между отделните групи от населението.

Организация на предоставянето на здравните услуги

Начинът, по който са организирани здравните системи, има много общо с историята, политиката и ценностите на отделните страни. Като цяло, страните изразходват повече средства за здраве в сравнение с ръста на техния БНП. С нарастването на доходите страните отделят по-голямо внимание към осигуряването на универсален достъп до основен пакет здравни услуги, универсално покритие със здравно осигуряване и към подобряване на ефективността, ефикасността и равенството на здравните системи.

Няма идеален начин за категоризация на системите за здравна помощ – те са твърде различни и сложни (*табл. 9.1*).



Табл. 9.1. Категоризация на подходите към избрани проблеми на здравните системи

	Здравноосигурителна система	Национална здравна служба	Плуралистичен модел
Здравето като право	Фундаментално	Фундаментално	Здравето като лично добро
Собственост на средствата и на здравните институции	В по-голямата си част – публични и частни not-for-profit	Исклучително публични	Публични, частни for-profit и частни not-for-profit
Наемане на работа на персонала	Предимно частно	НЗС и частно	Предимно частно
Форма на застраховане	Главно от държавата и от фирми, работещи с държавни схеми	Исклучително публично осигуряване свързано със здравната служба	Публично и частно без печалба и с печалба, с голям брой неосигурени
Финансиране на застраховането	В някои страни – индивидуални застрахователни премии; в други – от работодателя и работещите; в трети страни – от данъци	Исклучително от данъци	Данъци, участие на работодатели и работещи, индивидуално плащане извън застраховки
Избрани примери на страни	Франция, Канада, Япония, Германия	Обединеното кралство	Индия, Нигерия, Филипините, САЩ

- *Системите, отнасящи се към национална здравноосигурителна схема* (напр., Франция, Германия, Канада, Япония и др.), предлагат здравно осигуряване на всички хора за договорен пакет услуги. Някои страни включват редица различни осигурителни фондове, които покриват същия пакет здравни услуги. В други системи здравното



осигуряване се предоставя главно чрез държавни органи, както е в Канада.

- **Системите, насочени към националната здравна служба**, имат изключително малък частен сектор. Държавата е единственият платец за здравна помощ и притежава по-голямата част от здравните институции и изпълнителите на здравна помощ са държавни служители (Обединеното кралство, Куба и др.).
- **Плуралистичните системи** (като тази в САЩ) имат силно развит частен сектор not-for-profit или for-profit, като в някои страни той има доминираща роля.

Както се вижда от **табл. 9.1**, болшинството страни с висок доход предоставят универсално покритие с основен пакет здравни услуги и здравето е фундаментално право. Изключение прави само САЩ, която обаче в последно време също предприема стъпки в тази насока. Повечето страни със среден доход са възприели принципа на универсална здравна помощ като право, но не всички са го постигнали, макар то да е законово регламентирано.

В повечето страни с висок доход собствеността в здравните системи е предимно публична или на частни not-for-profit организации. В плуралистичните системи, като САЩ и много страни с нисък и среден доход, собствеността е смесена между публичния сектор, частния not-for-profit и частния for-profit сектор.

Страните се отличават по **начина на здравно осигуряване**.

В националните модели за здравно осигуряване, както е в повечето страни с висок доход, редица частни фирми също могат да предоставят здравно осигуряване за пакет услуги, договорен с държавата, като цената на осигуряването е еднаква за всички осигурители.

В Обединеното кралство е присъща публична схема за здравно осигуряване, свързана с националната здравна служба.

В плуралистичните системи осигуряването приема различни форми и много хора са без осигуряване въобще. Публичният сектор може да осъществява някои осигурителни схеми (в САЩ – Medicare и Medicaid). Хората могат да закупват осигуряване от частни for-profit и not-for-profit осигурители.



Друго измерение на здравните системи е **начинът, по който те финансират осигурителните схеми**.

В Обединеното кралство това става чрез фондове, заделени от общите данъци.

Канадското правителство и правителствата на отделните щатове също заделят средства от общите данъци.

В други страни с национални здравно-осигурителни схеми, (Германия и др.) по-голямата част от средствата се набира от вноски на работодателите и работещите.

В националните здравноосигурителни схеми правителствата обикновено използват фондове от общите данъци за осигуряване на лицата, които не могат да плащат (напр., безработните).

В някои плуралистични системи правителствата финансират от данъците осигуряването на някои специални групи от населението – инвалиди, бедни, възрастни. В тези системи значителен брой хора остават без осигуряване и се наблюдават значителни out-of-pocket разходи.

Много страни с нисък доход имат силно фрагментирани и плуралистични здравни системи, включващи публични и частни изпълнители на здравни услуги. Те често имат публично организирани осигурителни програми за държавните служители. Заплащането на услуги out-of-pocket съставлява значителен дял.

Много от страните със среден доход, особено в Латинска Америка, са организирани своите здравни системи по типа на национална здравноосигурителна схема като се стремят да осигурят универсално покритие. Плащанията по типа out-of-pocket заемат по-малка част и обикновено засягат неосигурените лица.

Нива на здравна помощ

Здравните системи обикновено са организирани на три нива на здравна помощ: **първична, вторична и третична**.

В повечето страни в висок доход, първичната помощ се предоставя от общопрактикуващи лекари, които представляват първия контакт на пациента със здравната служба.

Вторичната помощ обикновено се предоставя от лекари-специалисти и многопрофилни болници, които в по-голямата си част са разположени в по-малките или по-големите градове. На това ниво на лекарски и болнични услуги, може да се получи лечение по повод на някои заболявания или състояния, включително медицински процедури и хирургични интервенции, които не могат да бъдат предоставени на ниво на първичната помощ.

Третичната помощ се предоставя в специализирани болници, които обикновено са разположени в големите градове. Те са обезпечени с разнообразен лекарски персонал и могат да се справят с различни заболявания, които изискват високо ниво на диагностика, лечение и хирургични интервенции.

Много страни с нисък и среден доход са разкрили здравни институции за първична, вторична и третична помощ по географски области в зависимост от числеността на населението – напр., център за първична здравна помощ на всеки 5000 или 10 000 души население; болница за вторична помощ – във всеки район и болница за третична здравна помощ – в големите градове. В тези страни асистенти на лекаря, сестри и акушерки съставляват персонала за най-ниското ниво на здравната система. Първото ниво, в което би могло да има обучен лекар, са центровете за първична здравна помощ или районните болници.

Разходи на здравния сектор

Здравният сектор е важна част от икономиката на всички страни и сектор, в който правителствата и частните предприемачи влагат значителни ресурси. Общите разходи за здравеопазване като дял от брутният вътрешен продукт (БВП) варират съществено между отделните страни (*табл. 9.2*).

Табл. 9.2. Общи здравни разходи като % от БВП и частни разходи като % от общите разходи за здраве в избрани страни – 2009 г.

Страна	Здравни разходи (% от БВП)	Частни здравни разходи (% от общите здравни разходи)
Индонезия	2.4	48.2
Пакистан	2.6	67.2
Бангладеш	3.4	68.3
Филипините	3.8	65.1
Шри Ланка	4.0	54.8
Индия	4.2	67.2
Перу	4.6	41.4
Египет	5.0	58.9
Нигерия	5.8	63.7
България	6.8	45.51
Виетнам	7.2	61.3
Афганистан	7.4	78.5
Израел	7.6	41.1
Южна Африка	8.5	59.9
Австралия	8.5	32.3
Бразилия	9.0	54.3
Ирландия	9.7	20.4
Коста Рика	10.5	32.6
Дания	11.2	13.6
Франция	11.7	20.8
Куба	11.8	6.9
САЩ	16.2	51.4

Източник: Global Health Observatory. Health Expenditure ratios. Available at: <http://apps.who.int/ghodata>. Accessed March 24, 2013

От *табл. 9.2* следват някои важни изводи:

- Общите здравни разходи за здраве варират в широки граници: от 2.4% от БВП в Индонезия до 16.2% в САЩ.



- Редица страни с нисък и среден доход разходват 4-7% от техния БВП за здравеопазване.
- Няколко страни със среден доход разходват около 8% от БВП за здраве;
- Някои страни с висок доход и Куба разходват повече от 10% от техния БВП за здраве.
- В широко граници варира и делът на частните разходи като % от общите разходи за здраве.
- Само в няколко страни с висок доход делът на частните разходи е сравнително нисък – 10-25% от общите разходи за здраве. Това са страни като Дания, Франция, Ирландия, които имат широко разгърнати програми за здравно осигуряване.
- В редица относително бедни страни, които нямат официална система за социално осигуряване, разходите в частния сектор за здраве съставляват над 60% от общите разходи за здраве, т.е. в страните, където хората имат най-малко възможности да плащат от джоба си, се наблюдават най-високи частни разходи.
- По-богатите страни, в които хората могат да си позволят да плащат out-of-pocket, частните разходи са относително ниски, защото тези страни имат добре развита здравно-осигурителна система.
- Сред страните с висок доход само в САЩ частните здравни разходи са над 50% от общите разходи за здраве.

В заключение следва да подчертаем, че здравните системи във всички страни, и особено в страните с нисък и среден доход, са изправени пред редица **важни предизвикателства**:

- застаряването на населението и нарастването на хроничните неинфекциозни заболявания;
- подобряване на качеството на управление на здравните системи;



- генериране и поддържане на необходимия брой и качество на здравния персонал и неговото правилно разпределение;
- мобилизиране на достатъчно финансови ресурси за здравния сектор;
- предоставяне на здравна помощ с подходящо качество;
- осигуряване на достъп и равнопоставеност при ползване на здравните услуги;
- създаване на механизми за финансова защита на бедните и маргинализираните групи от населението при ползване на здравните услуги и фокусиране на разходите към пакет услуги, които на относително ниска цена ще имат най-висок ефект върху предотвратяването и лечението на тези заболявания, от които са най-засегнати тези групи.