



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”

ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ”

ЛЕКЦИЯ № 1

ЗА ДИСТАНЦИОННА САМОПОДГОТОВКА ПО УЧЕБНА ДИСЦИПЛИНА
„ЗДРАВНО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И
ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ”

ТЕМА : ЗДРАВНАТА СИСТЕМА КАТО СОЦИАЛНА СИСТЕМА

РАЗРАБОТИЛ: ДОЦ. Д-Р ГЕНА ГРЪНЧАРОВА, Д.М.

Гр. Плевен

2017 год.

ЗДРАВНАТА СИСТЕМА КАТО СОЦИАЛНА СИСТЕМА

В днешният сложен свят е доста трудно да се определи какво точно представлява една здравна система, от какво се състои, къде започва и къде свършва.

В Доклада на Генералния директор на СЗО пред Световната Здравна Асамблея за 2000 г. се дава следното определение: **“здравните системи включват всички организации, институции и ресурси, които са посветени на извършването на здравни дейности”**.

В същия документ се подчертава, че **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.”**

С други думи, **здравната система представлява изключително широк комплекс от медицински и немедицински дейности, ориентирани към опазване и възстановяване на здравето.**

За по-пълното разбиране на мястото на здравеопазването в обществото е необходимо да подчертаем, че здравната политика представлява част от социалната политика, която от своя страна осигурява възпроизводствената част на обществото и по-специално - възпроизводството на човешките ресурси (в неговия количествен и качествен аспект).

В този смисъл, **здравеопазването** може да се представи още като **“система от дейности, медицински и немедицински** (стопански, социални, материално-технически и технологични, екологични, поведенческо-образователни и възпитателни), **научни и приложни, организирани в обществото за оптимизиране на количествените и качествени аспекти на възпроизводството на човешките ресурси”** (М.Попов, 1997) .

Чрез горното определение се очертава полето на междусекторното сътрудничество за постигане на целите на здравеопазването, т.е. то се разглежда като обединяване на разнообразни усилия (на програмен или друг принцип), свързани със здравето, а не като някаква йерархична организация. Неправилно е понятието “здравеопазване” да се ограничава само в рамките на медицинската помощ и здравните служби, които носят специфичните черти на здравната система, но не изчерпват нейния обхват.

За съжаление, почти цялата налична информация за здравните системи се отнася най-вече до самото предоставяне на здравни услуги и инвестирането в тях, т.е. до **системата за здравна помощ**, включваща профилактични, лечебни и палиативни интервенции, насочени към индивидите или към популациите. В болшинството страни тези услуги съответстват на по-голямата част от заетостта, разходите и дейността, която би била включена в по-широкото понятие за здравна система. Набирането на данни за другите аспекти на дейностите по опазването на здравето изисква огромни усилия – например оценка на това

доколко добре здравните системи лекуват пациентите, националните здравни баланси, оценка на приноса на домакинствата за финансиране на системата и др. Независимо от трудностите, такава информация е необходима, за да се измерят количествено и да се оценят онези дейности, включени в по-широката дефиниция и да може да се прецени тяхната относителна цена и ефективност за постигане на целите на здравната система.

„Здравните системи включват всички организации, институции и ресурси, които са посветени на извършването на здравни дейности” (Доклад на Генералния Директор на СЗО, 2000).

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.”

С други думи, **здравната система представлява изключително широк комплекс от медицински и немедицински дейности, ориентирани към опазване и възстановяване на здравето.**

За по-пълното разбиране на мястото на здравната система в обществото е необходимо да подчертаем, че здравната политика представлява част от социалната политика и 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 са едни от най-големите сектори в световната икономика. По данни на СЗО в тях са ангажирани близо 60 млн души, две трети от които са заети с предоставяне на здравни услуги и една трета – с мениджмънт и поддръжка. Ресурсите за здравните системи се разпределят неравномерно и непропорционално на здравните проблеми в различните страни и региони. На страните с нисък и среден доход се пада едва 18% от световния доход и 11% от здравните разходи в света, макар че в тях живее над 80% от световното население и на тях се падат над 90% от изгубените години живот поради преждевременна смъртност и инвалидност.

ФУНДАМЕНТАЛНИ ЦЕЛИ И ФУНКЦИИ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ

Здравните нужди днес, както за бедните, така и за богатите, са много по-различни от тези преди 100 или 50 години. Нарастват очакванията за достъп до различни форми на здравна помощ, както и нуждите от мерки за защита на болните и техните семейства от финансовите разходи при влошено здраве. Кръгът, в който функционират здравните

системи, се разширява още повече от нарастващото осъзнаване на влиянието върху здравето на индустриализацията, транспорта, замърсяването на околната среда и глобализацията на търговията. Хората днес се обръщат към здравните системи за помощ във връзка с много по-широк кръг проблеми, отколкото преди – не само за облекчаване на болката и лечението на физически ограничения и емоционални разстройства, но също така за съвети относно храненето, отглеждането на децата, сексуалното поведение и др.

Хората обикновено встъпват в пряк контакт с дадена здравна система в качеството си на пациенти един или два пъти годишно. Много по-чест е техният контакт като консуматори на други услуги, несвързани с предписване на лекарства, а като реципиенти на здравна информация и съвети. Те се срещат със системата като съучастници в плащането, съзнателно всеки път, когато заплащат за помощ или плащат здравни или социални осигуровки или несъзнателно, когато плащат данъци, които се използват частично и за финансиране на здравеопазването. Много голямо значение има това как системата удовлетворява здравните нужди на хората и по какъв начин събира приходи от тях, включително и каква защита им предлага срещу финансов риск. В частност, хората имат право да очакват, че здравната система ще зачита тяхното лично достойнство. Доколкото е възможно, техните нужди трябва да бъдат бързо удовлетворявани, без дълги изчаквания за диагноза и лечения – не само поради по-добри здравни резултати, но и поради зачитане на времето на хората и намаляване на тяхната тревожност. Пациентите очакват също конфиденциалност и предоставяне на възможност за участие в изборите, касаещи тяхното здраве, включително къде и от кого да получат помощ.

Здравните системи имат отговорност и за защита на лицата срещу финансов риск при заболяване и зачитане на човешкото достойнство. Следователно, **трите фундаментални цели на здравните системи включват:**

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

За реализацията на тези цели решаваща роля има осъществяването на **4 жизнено важни функции:**

- **предоставяне на здравни услуги**, като под “здравна услуга” се разбира всяко действие (лични грижи за здравето, медицинска помощ, хигиенни мероприятия, междусекторна инициатива), чиято основна задача е подобряване на здравето;
- **създаване (генериране) на човешки и материални ресурси**, които правят възможно осъществяването на здравните услуги;
- **финансиране**, т.е осигуряване на финансовите средства за заплащане на здравните услуги, като се обръща внимание на разпределянето на финансовия риск чрез предварително заплащане (осигуровки);

➤ **ефективно управление и стопанисване** чрез разработване и прилагане на правила за работа на всички равнища и осигуряване дейността на различните участници в здравеопазването в стратегическите направления.

Много въпроси относно функционирането на здравните системи нямат ясен или лесен отговор, тъй като резултатите от дейността им са трудно измерими и е трудно да се отдели приносът на здравните системи от другите фактори.

Подобряването на функционирането на здравните системи е ключов момент за реализацията на цялостната мисия на СЗО за достигане от всички хора по света на възможно най-високо ниво на здраве и намаляването на различията в здравето между отделните страни и вътре в страните между отделните групи от населението.

Различната ефективност, с която здравните системи организират и финансират своята дейност и реагират на потребностите на населението, обяснява голяма част от нарастващите различия в здравните индикатори между бедните и богатите, вътре в страните и между страните. Продължаващите неравенства в средната продължителност на предстоящия живот са силно свързани със социално-икономическата принадлежност на лицата, дори и в страни, които се радват на доста добро здраве. Нещо повече, различията между бедни и богати нарастват, когато средната продължителност на предстоящия живот се раздели на години в добро здраве и години на недееспособност. В действителност, бедните имат не само по-кратък живот, но по-голяма част от него се прекарва в недееспособност. С други думи, **начинът, по който функционират здравните системи променя дълбоко качеството, ценността и продължителността на живота на милиарди обслужвани лица.**

Здравните системи се развиват и изграждат като сложна система със свои вътрешносистемни взаимоотношения и в тясна връзка с другите социални, икономически и обществени структури на държавата.

От гледна точка на системния подход могат да се посочат следните **по-важни особености на здравната система като социална система:**

1. Сложност и неразривна връзка с всички сфери и области на общественения живот. Здравеопазването е главна област от сферата на възпроизводството на човешките индивиди и се намира в непосредствена връзка с другите основни сфери и главни области на общественения живот. Най-важни параметри на здравната система са: населението и неговото здраве, условията на труд и бит, начинът на живот, състоянието на околната среда, нивото и перспективите на развитие на науката и т.н.

2. Комплексност на системата, т.е. здравната система включва в себе си в качеството на важни елементи всички съществуващи в дадена страна формирания, които в една или друга степен имат отношение към опазване на здравето на населението. Количеството и разнообразието на тези елементи може да бъде различно за всяка страна и да се променя през различни етапи от нейното развитие.

3. Динамичност на

системата, т.е. задачите, методите на работа, структурата и взаимната връзка между нейните елементи зависят от непрекъснато изменящата се външна среда и от вътрешното състояние на системата - обем на научните знания, наличие или недостиг на кадри, ресурси и т.н.

4. Функционален характер на системата. За разлика от държавата и обществото като цяло, които се разглеждат като самостоятелни системи, здравеопазването е функционална и отворена система, което означава че за решаване на определени здравеопазни проблеми могат да се привличат различни организации и формирования, независимо от тяхната ведомствена подчиненост.

ЕВОЛЮЦИЯ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ

Здравни системи съществуват откакто хората се опитват съзнателно да защитават своето здраве и да лекуват заболяванията. Но дори в индустриализираните страни организирани здравни системи в съвременния смисъл, предназначени да обслужват цялото население, не са съществували преди 100 години. Болниците имат по-дълга история, но и те до 19-ти век са били организирани предимно от благотворителни организации и често са служели за подслон на сираци, инвалиди, мизерстващи или душевно болни лица. Не е съществувало нищо подобно на съвременната практика за препращане от едно ниво на системата към друго и за защита от финансов риск, с изключение на предлаганите средства от благотворителността или от малки общи фондове на работещите в същата професия.

В края на 19-ти век индустриалната революция променя дълбоко живота на хората по света. Обществата започват да осъзнават огромните загуби от умиранията, заболяванията и инвалидността, които настъпват сред работещите вследствие на инфекциозни заболявания, производствени травми или експозиции на вредни фактори. Освен човешката стойност, заболяванията и умиранията водят до огромни загуби в производството. В отговор на това собствениците на компании започват да предоставят медицински услуги на работниците и да подобряват условията на труд.

По същото време здравето на работниците се превръща в политически въпрос в редица европейски страни. Бисмарк, канцлерът на Германия, стига до заключение, че поемането на осигурителните фондове за заболявания от държавата би намалило подкрепата на работническите профсъюзи в момент, когато движенията на работниците-социалисти се засилват и би увеличило икономическата сигурност на работниците. По такъв начин, в 1883 г. Германия приема закон, изискващ от работодателите да осигуряват здравето на нископлатените работници в някои професии, разширявайки обхвата в следващите години. Това е **първият пример на модел на държавно социално осигуряване**. Популярността на този закон довежда до възприемане на подобно законодателство в Белгия през 1894 г. и в Норвегия през 1909 г. След това германският модел се разпространява в Япония през 1922

г. Към 1935 г, 90% от населението на Дания е здравно осигурено по месторабота. Холандия въвежда социално осигуряване по време на окупацията през Втората световна война.

Във Великобритания лорд Бевъридж в свой доклад пред Парламента в 1942 г. определя здравната помощ като една от трите основни предпоставки за надеждна система за социална сигурност. В Бялата книга на Правителството от 1944 г. се подчертава, че “Всеки, независимо от средства, възраст, пол или занятия ще има равна възможност да получава най-добрите и най-съвременни медицински и свързани с тях налични услуги”, добавяйки, че тези услуги трябва да бъдат всеобхватни и безплатни и трябва да насърчават промоцията на здравето, а също така лечението на заболяванията. През 1948 г. е въведена Националната здравна служба на Великобритания.

Непосредствено след Втората световна война Япония и бившият Съветски съюз разширяват националните си здравни системи и обхващат цялото население с осигуряване, както и Норвегия, Швеция, Унгария и други социалистически държави в Европа и Чили.

Днешните здравни системи са моделирани в различна степен върху една или повече от основните постановки, появили се и възприети още в края на 19-ти век.

ТРИ ПОКОЛЕНИЯ РЕФОРМИ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ В СВЕТА

През 20-ти век се наблюдават *три припокриващи се поколения реформи* на здравните системи. Те са предизвикани не само от проблемите на общественото здраве, но и от търсене на по-висока ефективност, справедливост и съответствие със законните очаквания на обслужваното население.

Първото поколение реформи полага основите на националните системи на здравеопазване и разширяване на системите за социално осигуряване. Такива реформи се извършват в 1940-1950-те години в богатите страни и малко по-късно в по-бедните страни. Към края на 1960-те години много от системите, изградени преди едно или две десетилетия, се оказват под силен натиск. Цените нарастват, особено с нарастването на обема и интензивността на болнично-ориентираната помощ. Здравните услуги се използват в по-голяма степен от по-богатите и усилията за насочване на услугите към бедните са често неуспешни. Твърде много хора зависят от своите възможности за заплащане на здравни услуги и често получават неефективна и с ниско качество помощ. Тези проблеми стават все по-остри в по-бедните страни. Проучвания върху дейността на болниците разкриват, че над половината от болничните разходи са свързани с лечение на състояния, с които би могла успешно да се справи амбулаторната помощ. Следователно, очертава се потребност от радикална промяна, която да направи системите по-ценово-ефективни, справедливи и достъпни.

Второто поколение реформи утвърждава промоцията на първичната здравна помощ като средство за достигане на универсален обхват със здравни грижи, което страните могат да си позволят. Този подход отразява опита на редица страни, които постигат относително добри здравни резултати на сравнително ниска цена, обезпечавайки ми-

нимално ниво на здравни услуги за всички, храна и образование, заедно с предоставяне на качествена питейна вода и санитарни условия (Китай, Куба, Индонезия, Южна Африка и др.). Това са ключовите елементи на ПЗП, заедно с ударението върху общественоздравните мерки, профилактиката, снабдяването с основни лекарства и здравното възпитание на обществото. Чрез възприемането на първичната здравна помощ като главна стратегия за достигане на целта на “Здраве за всички” по време на международната конференция по първичната здравна помощ, организирана от СЗО и УНИЦЕФ в Алма-Ата през 1978 г., СЗО подновява усилията за предоставяне на основни здравни грижи на всички хора.

Третото поколение реформи започва през 90-те години на 20-ти век и е породено от идеите за по-добро отзоваване на повишените изисквания на хората, полагане на повече усилия за осигуряване на достъп на бедните до здравни услуги и поставяне на ударение върху начина на финансиране, управление и оценка на дейността на здравните системи. Значимо **нараства интересът към осигурителните механизми, включително към частното финансово застраховане**. Реформи, включващи такива промени, се наблюдават в някои азиатски страни, като всеобщо здравно застраховане е въведено в различни степени в Корея, Малайзия, Сингапур и др. Реформи за консолидиране, разширяване или сливане на застрахователното покритие за споделяне на по-голям риск се наблюдават също в Аржентина, Чили, Колумбия и Мексико. Смесица от здравно осигуряване и здравна помощ срещу заплащане се наблюдава в голяма част от здравните системи в бившите социалистически страни. В развитите страни, които вече имат универсално покритие, се наблюдават съществени промени в използването на ресурсите и в разпоредбите за набиране на фондовете и начина на заплащане на изпълнителите на здравна помощ. Общопрактикуващите лекари като “gatekeeper” към по-горните етажи на здравната служба, са отговорни и за използването на ресурсите. В някои страни на ОПЛ се предоставят фондове, с които те “закупуват” вторична и третична помощ за своите пациенти (напр. Великобритания).

В последното десетилетие се наблюдава промяна във виждането, която СЗО нарича **“нов универсализъм”**, което означава предоставяне на висококачествена основна помощ на всички лица, определяна чрез критериите за ефективност, цена и социална приемливост и определен избор на приоритети сред интервенциите, съблюдавайки етичния принцип за справедливост в използването на ресурсите.

Здравната политика и стратегии трябва да обхващат както държавното финансиране и дейности, така и предоставянето на услуги и финансиране от частния сектор. Само по този начин здравната система като цяло може да бъде ориентирана към постигане на целите, които са в интерес на обществото.

Управлението включва формулиране на насоките на здравната политика, която трябва да се опира на посочените три цели на здравната система и да определя стратегиите за постигането на всяка цел.

КОНЦЕПЦИЯТА НА СЗО ЗА ОЦЕНКА НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ

Както бе отбелязано по-горе, здравните системи са отговорни не само за подобряването на здравето на хората, но те трябва и да ги защитават срещу финансовия риск на заболяванията и да зачитат човешкото достойнство, т.е. водещо значение има доброто качество на здравната помощ и нейната справедливост.

Оценката на това доколко добре дадена здравна система извършва своята дейност изисква обсъждане на **два големи въпроса**.

Първият въпрос е как да се измерят резултатите, т.е. как да се определи какво е достигнато по отношение на трите основни цели: добро здраве, съответствие на системата на очакванията на хората и справедливо финансово участие.

Вторият въпрос е в това как да се сравни реално постигнатото с най-доброто, което здравната система би могла да постигне със същите ресурси.

Здравната система се различава от другите социални системи (образование, търговия и др.) в две отношения, които превръщат целите за справедливо финансиране и съответствие на системата в особено значими.

Първото различие е в това, че здравната помощ е много скъпа. Голяма част от потребностите за здравна помощ са непредсказуеми, така че жизнено важно за хората е да бъдат защитени от изправянето пред избор между финансовото рухване и загубата на здравето си. Механизмите за споделяне на риска и предоставяне на финансова защита са по-важни дори от случаите, когато хората се застраховат за физически вещи (жилища или превозни средства) или срещу финансов риск за семейството при ранна смърт на главата на семейството.

Втората особеност на здравето е в това, че самото заболяване и самата медицинска помощ могат да застрашат достойнството на хората и тяхната способност да контролират това, което се случва с тях. Така че съответствието на системата на очакванията на хората означава, освен другите неща, и запазване на достойнството и автономността на лицата и намаляване на страха и неприятностите, които заболяването често им донася.

Целта на здравната система е двойна:

- **добро качество** – т.е. поддържане на най-доброто достижимо ниво;
- **справедливост** – равенство в здравето и разпределянето на финансовата тежест между индивидите и групите.

В Доклада на СЗО пред Световната здравна асамблея през м.май 2000 г. за пръв път се представя **нова методологична основа за оценка на дейността на здравните системи**, която се опира на **5 критерия**:

1. **Общо равнище на здравето на населението;**
2. **Здравно неравенство сред населението;**
3. **Общо равнище на съответствие** на системата (комбинация от задоволяването на очакванията на пациентите и доколко добре действа системата);

4. **Разпределение на съответствието сред населението**, т.е. как оценяват хората с различен икономически статус дали са добре обслужени от здравната система;

5. **Разпределение на финансовата тежест** на здравните системи сред населението (кой плаща разходите).

1. Общо равнище на здравето. Достиженията в средното ниво на здраве на популацията се отчита за пръв път на ниво на отделните страни чрез мярката **очаквана продължителност на живота, съобразена с инвалидността** (очаквана продължителност на живота в добро здраве (disability-adjusted life expectancy – DALE, в доклада на СЗО за 2001 г. същата мярка е наречена HALE – Health-adjusted life expectancy), т.е. това е **очакваната продължителност на живота в състояние на пълно здраве**. Този индикатор има важно предимство, че е директно сравним с традиционно изчисляваната средна продължителност на предстоящия живот на базата на таблиците за смъртност. Оценено е, че в 24 страни HALE е над 70 години, а в 32 страни – под 40 години (в 3 страни - даже под 30 години). Това се страните, които са най-силно засегнати от СПИН-епидемията.

2. Неравенство в здравето. Измерването на постигнатото в разпределението на здравето се опира на сравняване на индекса за равенство в преживяемостта при децата до 5-годишна възраст. Индекс равен на 1 означава пълно равенство в страната, а индекс равен или близък до нула означава крайна степен на неравенство в здравето. Всички страни с най-нисък ранг по този критерий са от Африка, с изключение на Афганистан и Пакистан. Обратно – с най-висок ранг са страните с висок доход, които в значителна степен са елиминирали смъртността в детската възраст - болшинството са европейски страни. Неравенствата в очакваната продължителност на живота се запазват и са силно свързани със социално-икономическата принадлежност, дори в страни с доста добър здравен статус като цяло.

3. Съответствие на здравната система на очакванията на хората. Това не е мярка за откликването на здравните нужди на хората, а за това доколко системата удовлетворява или не очакванията на хората за уважение към тях от страна на лицата, предоставящите профилактични, лечебни и други услуги.

Съответствието на очакванията може да бъде анализирано по различни начини. Експертите на СЗО предлагат разграничаване на две категории за оценка на този аспект, декомпозирани в седем основни елемента:

I. Уважение към лицата, което включва:

- * **Зачитане на човешкото достойнство;**
- * **Конфиденциалност** или правото да определя кой има достъп до личната здравна информация;
- * **Автономност**, т.е. право да участва в изборите по отношение на собственото здраве.

II. Ориентацията към клиента, което включва:

- * **Бързо, навременно обслужване:** незабавно внимание в случаи на спешност и разумно време на изчакване при неспешни случаи;
- * **Предоставяне на удобства от подходящо качество** - чистота, достатъчно пространство и качествена болнична храна;
- * **Достъп до мрежи за социална подкрепа** (семейства и приятели) за хората, получаващи грижи;
- * **Избор на изпълнител на здравна помощ,** или свобода на избор кой индивид или организация да предостави грижите на лицето.

Създадена е **система за оценка на тежестта на тези седем елемента:**

Уважение към хората: Общо – 50%

- * *Зачитане на достойнството – 16,7%*
- * *Конфиденциалност – 16,7%*
- * *Автономност – 16,7%*

Ориентация към клиента: Общо – 50%

- * *Навременно обслужване – 20%*
- * *Качество на удобствата – 15%*
- * *Достъп до мрежи за социална подкрепа – 10%*
- * *Избор на предоставящ здравни услуги – 5%.*

Всеки от 7-те елемента е оценяван по 10 точкова система и след това на базата на относителната значимост е извеждана средната оценка. Максимална оценка има САЩ – 8,1. *България се нарежда на 161 място сред 191 страни с оценка 4,43.*

Както при оценката на здравния статус, така и по отношение на съответствието, важно значение има това **какво е отношението към различните групи лица** – дали някои са обслужвани с любезност и учтивост, а други са унижавани (оскърбявани) и презирани. *Една напълно справедлива здравна система не трябва да прави разграничение и трябва да получи еднакво ранжиране на съответствието по всеки от 7-те елемент за всяка група в популацията.* В почти всички страни бедните лица са определени като основна група в най-неизгодно положение. В частност, те са третирани с по-малко респект по отношение на тяхното достойнство, имат по-малък избор на изпълнител на здравна помощ и са им предлагани по-нискокачествени условия. Също така селските жители са обслужвани по-лошо от градските. В някои страни се отбелязва неравенство в третирането на жени, деца или подрастващи, туземците или етническите групи.

4. *Справедливо финансиране на здравните системи означава, че рисковете, пред които се изправя всяко домакинство поради стойността на здравните услуги се разпределят според способността за плащане, а не според риска на заболяването; справедливо финансираната система гарантира финансова защита за всеки.*

Заплащането на здравната помощ може да бъде несправедливо по два начина:

⇒ То може да изложи семействата на големи неочаквани разходи, които трябва да бъдат заплащани от джоба в момента на ползване на услуги, вместо да бъдат покрити от някакъв вид предварително плащане.

⇒ Може да бъде наложено регресивно плащане, при което тези, които са най-неспособни да плащат, заплащат повече от богатите. Този проблем може да бъде преодолян чрез въвеждане на пропорционално на дохода предварително плащане.

Начинът, по който се финансира здравната помощ, се счита за напълно справедлив, ако съотношението между общите разходи за здраве и общите разходи, несвързани с храна, е еднакво за всички домакинства, независимо от техния доход, здравен статус или тяхното ползване на здравната система. Семействата, които изразходват 50% или повече от разходите си, извън храненето, за здраве имат вероятност да обеднеят. Задълбочени проучвания на домакинствата показват, че в Бразилия, България, Ямайка, Киргистан, Мексико, Непал, Никарагуа, Парагвай, Перу, Русия, Виетнам и Замбия повече от 1% от всички домакинства са принудени да изразходват за здраве половината или повече от техните месечни възможности за плащане, което означава, че милиони семейства са в риск от обедняване. Несъмнено причината за това е високият дял на плащанията от джоба. Тази голяма възможност за финансова катастрофа се дължи предимно на начина на финансиране на здравната система, а не само на общото ниво на разходи или доходите в страната.

5. *Справедливостта на разпределението на финансовото участие* се обобщава в индекс, който е обратно свързан с неравенството в разпределението, т.е. колкото е по-нисък, толкова по-голямо е неравенството в разпределението. За болшинството страни с висок доход този индекс е близък до 1, т.е. ***високи нива на равенство се наблюдават в страните с преобладаващо предварително плащане (здравно осигуряване).***

Справедливо финансиране означава ***равенство в начина на споделяне на финансовата тежест за поддържането на дадена здравна система.*** То се занимава с принципа “от всеки според способността да плаща”, а не с това дали използването на здравните услуги е справедливо, т.е. не дава отговор на въпроса дали всеки получава “според нуждата”.

По този критерий България се нарежда на 170 място сред 191 страни-членки на СЗО като данните са за 1997 г. , т.е. преди въвеждане на здравното осигуряване.

Оценка на общите постижения на целите на здравната система

Тъй като дадена система може да функционира добре по отношение на някои от 5-те посочени цели и по-лошо по отношение на други цели, то сравненията между страните изискват петте цели да се сумират в една **цялостна мярка**. Това налага да се определи относителната тежест на всяка цел. На базата на експертна оценка от над 1000 души от 125 страни е дадена следната значимост на отделните цели:

- * Здраве – общо 50% (ниво – 25% и равенство – 25%);
- * Съответствие - 25% (ниво – 12,5% и равенство – 12,5%)
- * Справедливост на финансовото участие – 25%.

Следователно 37,5% (3/8) се отнасят до нивата на показателите, а 62,5% (5/8) се отнасят до разпределението (равенството).

Оценка на цялостната дейност на здравната система

Цялостният индикатор за постиженията, подобно на 5-те специфични индикатора, от които е съставен, представлява една абсолютна мярка. Той дава информация за това доколко добре дадена страна постига различните цели, но не говори нищо за това доколко достигнатите резултати съответстват на това, което би могло да се постигне с наличните ресурси в страната. Ето защо, **измерването на достиженията, съпоставени с ресурсите**, се явява най-важният индикатор за дейността на дадена здравна система.

За всяка една здравна система е важно да се оцени, при даден човешки капитал и налични ресурси, колко близко е тя до най-високото ниво, което може да се изисква от нея: **да действаш добре означава да се отдалечиш от минималното ниво и да се приближиш до максимума**. От икономическа гледна точка: **една ефикасна здравна система постига повече, отнесено към ресурсите, с които разполага**. Обратно на това – **една неефикасна здравна система прехосва ресурсите, дори ако достига високи нива на здраве, съответствие и справедливост**.

СЗО предлага два подхода за оценка на здравната система:

- * **чрез отнасяне на ресурсите към средния здравен статус**, изразен чрез DALE, т.е. оценка на системата на ниво здравен статус.

- * **чрез отнасяне на ресурсите към цялостното постижение на системата**, опиращо се на 5-те посочени критерия.

1. **Най-добро ниво на здраве**, изразено чрез DALE, са постигнали високоразвитите страни – Япония, Австралия, Швеция, Франция и др. Най-добри постижения в равенството на здравето обаче има Обединеното Кралство, следвано от Япония, Норвегия и др.

2. **Най-добро ниво на съответствие** на системата имат силно развитите страни, които не само влагат значителни ресурси, но отделят голямо внимание на очакванията на хората, на зачитането на тяхното достойнство и автономност (САЩ, Швейцария, Люксембург, Германия, Япония, Канада, Норвегия, Холандия, Швеция и др.). България заема 161-

во място по този показател, което значи, че елементите на уважение на пациентите и ориентацията към клиентите все още не са заели нужното място в здравното обслужване у нас.

3. По справедливост на финансовото участие първите места се заемат от Люксембург, Белгия, Дания, Германия, Норвегия, Япония и др., т.е. това са страни с добре развита здравно-осигурителна система, в която държавата и работодателите имат съществен дял във формирането на осигурителните фондове. България по този показател е в крайно неблагоприятна позиция – 170-то място, тъй като данните са преди въвеждането на здравното осигуряване.

4. По общото постижение на целите подреждането на страните съответства в голяма степен на тяхното социално-икономическо развитие, но когато постигнатите резултати се съпоставят с наличните ресурси се получава, че не всички силно развити страни имат еднакво ефикасни здравни системи. С най-добри цялостни постижения при отчитане на ресурсите са Франция и Италия. САЩ са на първо място по заделяни средства за здраве на глава от населението, но по ефикасност на здравната система са на 37-мо място, което означава, че други страни с по-малко средства постигнат близки или даже по-добри резултати.