

## Глава 6

### ЗДРАВЕ И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

---

В тази глава се разглеждат ключовите за здравната икономика понятия – здраве, измерители на здравето, стойност на здравето и се изяснява значението на здравеопазването за отделните индивиди и обществото като цяло.

#### 1. Здраве

Здравето е една от основните човешки потребности и предпоставка за реализиране на всички останали потребности. От икономическа гледна точка здравето се счита за благо. За разлика от другите блага обаче, то не може да се разменя, купува или продава. Поради особения статут на здравето в съвременните общества се утвърждава тезата, че всеки член на обществото има право на здраве и че обществото в лицето на държавата трябва да се грижи за това здраве.

От медицинска гледна точка дефинирането на понятието здраве не е еднозначно. Съществуват множество определения за здраве – от много тесни до много широки.

На единия полюс е най-тясната *медико-техническа дефиниция*, според която здравето е **ниво на функционалност на организма, което може да бъде установено от медицински експерти и да бъде измерено с медицинска апаратура**.

На другия полюс е известното определение на СЗО за здравето като **състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само липса на болест или недъг**.

Тази дефиниция представя **здравето като интегративна категория** с три компонента, т.нар. *триъгълник на здравето*. Здравето на човека се разглежда като хармонично единство между биологични и социални качества, обусловени от вродени и придобити биологични и социални въздействия, а болестта представлява нарушение на това единство, както и на способността на човека да води продуктивен в социално и икономическо отношение живот.

*От широката дефиниция на СЗО следва, че всички сфери на икономиката имат пряко отношение към здравеопазване-*

то, тъй като всички стоки или услуги оказват влияние поне върху един от аспектите на благосъстоянието - физически, психически или социален.

## 2. Измерване на здравето

Нееднозначното дефиниране на здравето предопределя и наличието на различни *подходи за измерване на здравето* (Табл. 6.1).

В *социалната медицина* се използват показателите за обществено здраве, които измерват здравето на ниво популация (дадена група от хора, населението на една страна, на един регион или на света). Основни показатели за общественото здраве са: смъртност, заболяемост, средна продължителност на предстоящия живот и др.

**Таблица 6.1.** Теоретични концепции за измерване на здравето

ТЕОРИИ/КОНЦЕПЦИИ	ПРАКТИЧЕСКО ПРИЛОЖЕНИЕ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Здравен статус</li> <li>• Здравни резултати</li> <li>• Описание на здравното състояние и определяне на стойността на здравето</li> <li>• Оценка на здравните технологии</li> <li>• Гледна точка (перспектива) на икономическия анализ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Измерване на резултатите               <ul style="list-style-type: none"> <li>- обществено здраве</li> <li>- клинична практика</li> <li>- икономическа оценка</li> </ul> </li> </ul>

В *клиничната медицина* се използват измерители на здравето на човешкия организъм, като съвкупност от негови параметри, които се намират в нормални граници или се отклоняват от тях. Прилагат се едномерни и многомерни системи за оценка на здравния статус, които са специфични за дадено заболяване или общи, неспецифични за заболяването.

Най-простият вид скала е *само с едно измерение*, като например скалата за измерване на зрението чрез размера на шрифта, който човек може да прочете или 10-точковата скала за измерване на болка.

По-точен метод за измерване на здравния статус е идентифицирането на *няколко компонента или измерения*, които са свързани с диагнозата или здравното състояние. Съществуват над 600 системи за описание на здравето, т.нар. *дескриптивни системи* ([www.proqolid.org](http://www.proqolid.org)), повечето от които са *специфични за дадено заболяване или състояние*. Тези системи използват точкови скали за оценка на състоянието на пациента. Например MADRS е скала за оценка на депресията, която включва 10 измерения, всяко от които има седем нива на тежест. ODI (*Oswestry disability index*) се използва за пациенти с болки в гърба и съдържа 10 измерения с по шест нива. За всяко измерение се поставя числова стойност, съответстваща на нивото на тежест, след което резултатите за всички измерения се сумират и се получава общ резултат, който представлява оценка на степента на тежест на състоянието на пациента.

Специален интерес представлява измерването на *здравето* на отделния индивид или група от хора *като резултат от медицинска интервенция*. В този случай се прави измерване на здравното състояние преди и след интервенцията и на базата на получените резултати се прави извод за нейната ефективност. В клиничните проучвания широко приложение намират т.нар. *генерични измерители на здравния статус* (Табл.6.2), които използват концепцията за *качество на живот, свързано със здравето* (*health-related quality of life, HRQL*). В същността си тя е по-широка от медико-техническата дефиниция, но по-тясна от определението на СЗО.

**Качеството на живот, свързано със здравето (КЖСЗ)** е понятие с много измерения, повлияно от субективната гледна точка на индивида. То е от значение за клиничните и епидемиологичните проучвания, както и за икономическите оценки в здравеопазването (анализи „разход-резултат“ и „разход-полезност“). В зависимост от предмета на проучването могат да бъдат изследвани различни аспекти на качеството на живот.

Обикновено КЖСЗ се оценява чрез измерване на четири отделни компонента или измерения: психическо състояние (напр. чувство за страх или поражение, радост, задоволство и

др.), социални връзки (вид и брой на социалните контакти със семейството, роднините, приятелите и др.), функционална годност (способност за концентриране и работоспособност) и състояние на тялото (т.е. способност за професионална дейност, ограничения при извършването на определени дейности, издръжливост и мобилност).

Инструментите, които се използват за измерване на КЖСЗ най-често са под формата на *анкети*. Едните директно се допитват до пациентите, а при другите лекарят оценява качеството на живот на своя пациент (собствена срещу експертна оценка). Особено важна задача при съставяне на анкетите за качеството на живот е изборът на подходящи измерения на задаваните въпроси.

Например, ако се оценява качеството на живот на пациенти с астма въпросите трябва да дават възможност за измерване и на влошаването на „психичното състояние“ вследствие на заболяването (например страх от задушаване или потиснатост от ограничената физическа активност). Това се постига чрез *специфични за заболяването анкети за качество на живот*. Ако трябва да се обхване общото качество на живот, т.е. неповлияно от някакво конкретно заболяване, се използват т. нар. *генерични (обща, неспецифични за заболяването) анкети* за качеството на живот.

Различните генерични дескриптивни системи определят здравето по различен начин, главно поради факта, че са създадени с различни цели.

Инструментите, които са специфични за дадено заболяване по правило целят постигане на по-висока чувствителност чрез специфичните си въпроси, но резултатите от тях са несъпоставими между различните заболявания. Генеричните инструменти за измерване на КЖСЗ могат да се прилагат при широк спектър и различни степени на тежест на заболявания или начини на лечение. Тъй като не се отнасят за определено заболяване, могат да се прилагат при всички заболявания, както и при здрави хора.

Генеричните инструменти са създадени за измерване и сравнение на КЖСЗ чрез набор от различни измерения, въпреки

че тези измерения често не могат да бъдат комбинирани в една обща стойност за оценка на здравното състояние. Това е така понеже броят на различните измерения и/или нивата в рамките на измеренията е много голям.

Има и някои дескриптивни системи, които позволяват изчисляването на общ индекс за здравния статус. Само те могат да се използват за информиране на политическите решения за разпределянето на ресурсите за здравеопазване между различни интервенции, поради което заслужават по-голямо внимание. В таблица 6.2 са представени някои от най-популярните генерични дескриптивни системи и измеренията на здравето, които те включват. Между тях съществува огромна разлика по отношение на броя на измеренията, от които са съставени, както и по това в кой край на спектъра на дефиниране на здравето „тесния“ или „широкия“ се намират. Системата HUI-III, например, възприема по-скоро тясно медицинско понятие за здравето, докато измерението „обичайни дейности“ поставя EQ-5D повече в другия край на спектъра.

Дори на това прагматично ниво има огромни различия при дефиниране на здравето. Като цяло обаче, всички представени в таблица 6.2 системи го дефинират по-тясно от общото благосъстояние, но по-широко от наличието или отсъствието на медицинска диагноза. Въпреки различията, те споделят общото разбиране, че здравето по своята същност включва *три основни измерения: физическо, психическо и социално*, което съответства на дефиницията на СЗО.

Измеренията, които са включени в разгледаните дескриптивни системи се отнасят единствено до *здравните състояния*. Като такива, всички те касаят само „качествения“ аспект на здравето, за разлика от „количествения“, който отчита неговата *продуктивност*.

***Всеки смислен измерител на здравето задължително трябва да включва и двата му аспекта – качествен и количествен.***

Обичайната „продължителност на живота в здраве“ може да бъде представена чрез кривата на фигура 6.1, на която на всяка единица време, съответства определено *КЖСЗ*.

**Таблица 6.2.** Генерични дескриптивни системи, измерващи здравето чрез единен индекс

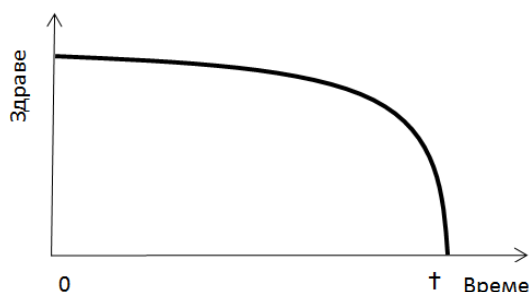
Дескриптивна система	Страна на произход	Измерения	Нива	Здравни състояния
<b>EQ-5D</b> (бивша EuroQol)	Великобритания	Подвижност, самообслужване, обичайни дейности, болка/дискомфорт, тревожност/депресия	3	243
<b>QWB</b> Качество на здравето (Quality of well-being)	САЩ	Подвижност, физическа активност, социални функции 27 симптома/проблема	3 2	1170
<b>SF-6D</b> (производна на SF-36)	Великобритания (САЩ)	Физическо функциониране, ролеви ограничения, социално функциониране, болка, психично здраве, жизненост	4-6	18,000
<b>HUI-III</b> Индекс на здравната полезност	Канада	Зрение, слух, говор, подвижност, сръчност, емоционално състояние, когнитивни умения, болка	5-6	972,000
<b>AQoL</b> Оценка на качеството на живот (Assessment of quality of life or Australian QoL)	Австралия	Заболяване, независим живот, социални връзки, физически сетива, психично здраве (всяко има по три подгрупи)	4	16.8 млн.
<b>15D</b>	Финландия	Подвижност, зрение, слух, дишане, сън, хранене, говор, отделяне, обичайни дейности, психично функциониране, дискомфорт/симптоми депресия, умора, жизненост, сексуална активност	5	30,518 млн.

*Източник: Olsen, A.J. Principles in Health Economics and Policy, Oxford University Press, 2009*

Когато се разглежда проспективно, кривата става вероятностна, с очаквана продължителност на живота и очаквано здравно състояние за всяка единица време. След като всяка година живот бъде коригирана със съответно тегло за *КЖСЗ* (обик-

новено в диапазона от 0 – смърт до 1 – пълно здраве), площта под кривата показва *продължителността на живота в добро здраве* (healthy life expectancy, HALE), дефинирана от СЗО като: „средния брой години, които човек очаква да изживее в пълно здраве с отчитане на годините, прекарани в по-лошо от пълното здраве, поради заболяване или травма“.

При наличието на даден здравен потенциал, дадена заобикаляща среда и напълно здравно-неутрално поведение, при което индивидът не се ангажира с целенасочени здравословни или нездравословни дейности, влошаването на биологичното здраве следва естествения си път.



**Фигура 6.1.** Очаквана продължителност на живота в здраве

Очевидно формата на кривата на „очакваната продължителност на живота в здраве“ за средностатистическия човек варира в различните страни в зависимост от заобикалящата среда, начина на живот, както и от използването на медицинска помощ.

Следователно, на индивидуално ниво здравните подобрения се измерват чрез очакваното увеличаване на качеството и продължителността на живота. Те обикновено се представят като *години живот, коригирани с оценка на качеството* на живота (*quality-adjusted life years, QALYs*). На популационно ниво, колкото повече хора получават здравни подобрения, толкова по-големи са общите здравни подобрения за обществото.

### **3. Здравеопазване**

Здравеопазването се отнася до ресурсите, които обществото използва за дейности, свързани с предоставяне на *лечение*,

*здравни грижи, рехабилитация и предотвратяване на заболяванията.*

Посочените по-горе видове здравни услуги се различават най-малко в три важни аспекта. *Първо*, те се различават по основната си цел. Превенцията, лечението и рехабилитацията целят основно подобряване на здравето, т.е. *произвеждането на здравни резултати*. *Здравните грижи*, от друга страна, имат качествено различна цел. Взаимодействието между предоставящия здравни грижи и пациента не е фокусирано върху резултатите, а е насочено главно към самия процес на обгрижване и свързаните с него концепции като достойнство, уважение, автономност, емпатия и симпатия. Икономическата оценка на здравните интервенции традиционно е насочена към измерване на здравните резултати и в голяма степен пренебрегва по-неосезаемите и следователно по-трудно измерими процеси на здравните грижи.

*Второ*, здравните услуги се различават по наличието или отсъствието на алтернативи за тях. Например, има много алтернативни мерки за профилактика, за прилагането на които не е необходимо участието на медицински специалист, но за повечето заболявания хората предпочитат да отидат на лекар. Липсата на алтернативи на дадена здравна услуга е ключов мотив за решението за публичното ѝ производство. По принцип колкото по-малко алтернативи съществуват за дадена здравна услуга, толкова по-уязвими са хората и толкова по-задължено е обществото да я направи достъпна, без заплащане.

*Накрая*, видовете здравна помощ се различават по техния *времеви хоризонт*. Докато лечението и здравните грижи се занимават с настоящето, превенцията се занимава с бъдещето. Колкото по-кратко е времето между интервенцията и положителния ѝ резултат, толкова „по-героична“ е тя и по-голямо е моралното задължение на обществото да я осигурява. Поради това от етична гледна точка има разлика между здравна услуга, при която се спасява живота на даден човек (например при хирургична интервенция) и здравната помощ, в резултат на която се спасява неизвестен (статистически) живот в бъдеще (например при ограничаване на тютюнопушенето). Освен това от етична гледна



точка има разлика между лекуването на тежко болни пациенти в момента и отлагането на очаквани предстоящи нежелани събития за неопределено време в бъдещето чрез лечение на хронично болни.

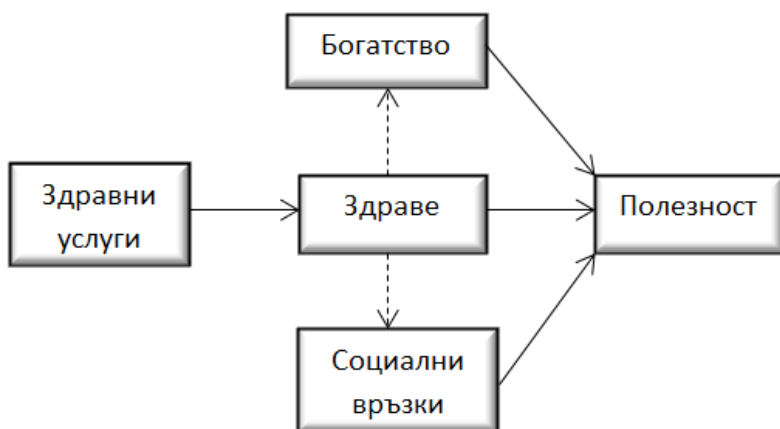
Докато лечението може да има кратък времеви хоризонт в рамките на болничния престой, при някои диагнози продължителната рехабилитация след интервенцията може да е от ключово значение за крайния здравен резултат. Например след сърдечносъдов инцидент (инфаркт) или ортопедичен проблем (фрактура на крака), интензивната рехабилитация под формата на физиотерапия и усилията от страна на пациента може да са решаващи за неговото оздравяване.

#### **4. Значение на здравеопазването за хората**

Причината, поради която хората консумират здравни услуги е не защото те им носят удовлетворение сами по себе си, а заради положителния ефект, който здравната помощ има върху здравето. Следователно, **търсенето на здравни услуги е производно на търсенето на здраве**. Обикновено обаче удовлетворението, което произтича от потреблението на здравните услуги е негативно. Здравеопазването може по-скоро да се счита за „необходимо зло“, отколкото за това, което икономистите наричат „благо“. Използването на медицинска помощ е свързано с различни видове вреди - от времето за чакане или нежеланите лекарствени реакции до простия факт, че повечето хора се страхуват от болниците. Следователно, за да искат хората да потребяват здравни услуги, очакваните ползи (очаквани здравни подобрения) трябва значително да надвишават вредите от самото консумиране на медицинската помощ.

#### **5. Стойност на доброто здраве**

Първо и най-важно, доброто здраве има собствена *абсолютна стойност*. Подобреното здраве има директен ефект върху полезността за индивида и неговото благосъстояние. Освен този директен ефект, има два важни „положителни странични ефекта“ от подобреното здраве: здравите хора могат да печелят повече и могат по-добре да задоволяват своите социални потребности. Тези връзки са показани на фигура 6.2.



**Фигура 6.2.** Инструментален характер на здравните услуги и здравето

Здравните услуги и богатството са измерими във физически и парични единици. Социалните връзки могат да се измерят чрез броя на приятелите и членовете на семейството, както и чрез честотата на контактите с тях, но разбира се, това не показва нищо за качеството на тези контакти. Здравето може да бъде измерено чрез различните дескриптивни системи, описани по-горе. Полезността е най-трудният за измерване елемент от фигура 6.2. Много често понятията „**полезност**“, „**стойност**“ и „**предпочитание**“ се използват като синоними, но те не са такива. *Предпочитанието* е най-широкото понятие, което описва цялостната концепция. *Полезността* и *стойността* са различни видове предпочитания, които се различават по начина на измерване.

При измерване на предпочитанията има два важни критерия. Първият е дали резултатите, съдържащи се във въпроса към респондентите са сигурни или несигурни. Вторият е как отговаря респондента – дали трябва да се оцени по някаква скала на базата на самонаблюдение или да избира от предложени стандартни отговори.

**Таблица 6.3.** Методи за измерване на предпочитанията

<b>Формат на въпроса</b>	<b>Сигурни резултати, изразяващи се в стойност</b>	<b>Несигурни резултати, изразяващи се в полезност</b>
<b>Начин на отговаряне</b>		
<b>Оценка по скала</b>	Номинална скала Рангова скала Визуална аналогова скала Пропорционална скала	-
<b>Избор на стандартен отговор</b>	Времева размяна Сравнение по двойки Еквивалентност Персонална размяна	Стандартна лотария

*Източник: Драмънд, М. и съавт. Методи за икономическа оценка на здравни програми, Медицина и физкултура, София, 2007*

В зависимост от комбинацията на формата на въпроса и начина на отговаряне съществуват различни методи за измерване на предпочитанията (Табл.6.3). Трябва да се подчертае, че различните методи водят до различни резултати.

Стрелките на фигура.6.2 илюстрират разликата между *абсолютната* стойност на здравето, която директно носи полезност и неговата *инструментална* стойност, която носи полезност чрез дохода и/или социалния живот.

Въпреки че основният акцент тук не е поставен върху функционалните зависимости, които всеки клас блага имат с полезността или благосъстоянието, нито с тяхното относително значение, тези въпроси имат важно политическо значение.

По отношение на зависимостта между богатството и полезността, има все повече доказателства, че над определено ниво на дохода, повечето пари не правят хората по-щастливи. При ниски нива на доходите, обаче, увеличението на парите със сигурност прави хората по-щастливи.

По отношение на връзката между социалните връзки и полезността, важно за хората е да чувстват, че *имат* близки приятели, а не колко на брой са те.

По отношение на връзката между здравето и полезността, такова насищане не се наблюдава - колкото повече е здравето, толкова по-добре. Следователно, положителните странични

ефекти от подобреното здраве за благосъстоянието на хората са по-високи за бедните в сравнение с богатите и по-високи за хората, които са социално изолирани, отколкото за хората, които не са.

По принцип е възможно да бъде направена размяна между различните класове блага. Например, подобреното здраве може да компенсира намаленото богатство - може да е по-добре човек да бъде беден, но здрав, отколкото богат, но болен. Приятните социални връзки също могат да бъдат значителна компенсация за намаленото богатство - или е по-добре човек да е богат и самотен, вместо беден, но с много добри приятели?

Фигура 6.2 показва ключовата роля, която имат здравните услуги и здравето в живота на хората. Освен директната стрелка от здравето към полезността, има и прекъснати линии от здравето към богатството и от здравето към социалните връзки. Разбира се, взаимодействията между здравето, богатството и социалните връзки са по-комплексни, отколкото показва фигурата. Например е доказано, че добрите социални връзки имат положителен ефект върху здравето и че социалното положение, свързано с високи доходи също може да има положителни здравни ефекти.

Както беше посочено по-горе, когато човек се нуждае от здравна помощ са налице малко или въобще никакви заместители. Следователно, достъпът до здравни услуги е важна детерминанта на полезността за индивида.

Днес все повече се налага идеята, че не е достатъчно само да се живее по-дълго, а е важно и какво е качеството на този по-дълъг живот.

Затова целта на здравеопазването е повишаване на качеството на живота чрез намаляване на заболяемостта и смъртността чрез предоставяне на качествена и ефективна здравна помощ и утвърждаване на промоцията на здравето като нова парадигма на общественото здраве.

**Ключови понятия:** здраве; измерители на здравето; качество на живот, свързано със здравето; специфични за заболяването и генерични дескриптивни системи; здравеопазване; полезност; стойност; предпочитание, измерване на предпочитанията